

Betydningen av egenbehandling for studenter i psykomotorisk fysioterapi

*«Jeg har funnet sitteknutene mine»
– tre psykomotoriske terapeuters erfaringer fra
egenbehandling*

Marit Weideborg

Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi

Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helse vitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

Vår 2013

FORORD

Masterstudiet og arbeidet med denne oppgaven har vært en berikende og spennende prosess.

Underveis har det vært mange personer som har bidratt og som jeg i denne forbindelse ønsker å takke for hjelpen. Arbeidet med studien har vært omfattende og krevende for meg, og jeg retter en stor takk til alle de som har bidratt til gjennomføringen.

Tusen takk til intervjupersonene som deltok i studien. Uten deres åpenhet om erfaringer og refleksjoner om egenbehandling ville det ikke vært mulig å gjennomføre denne studien.

Til min veileder, professor, Målfrid Råheim: Tusen takk for all hjelp og støtte, nyttig og grundig veiledning. Dine innspill, konstruktive tilbakemeldinger og fagkunnskap har vært viktig for å holde fokus, og for at jeg hele tiden har kunnet strekke meg litt og litt mer.

Jeg vil også rette en takk til kommunen og Sissel som har gitt meg betingelser og tid til å gjennomføre masterstudie. Og en takk til mine kollegaer Synnøve og Berthe Johanne som har vært fleksible i denne perioden. De har vist imøtekommenhet og tilrettelegging for gjennomføringen.

Jeg takker Håkon, Arve, Hilde, Ragnhild, og Håkon som har lest og kommentarer til sene nattetimer, diskutert semikolon og garpegenitiv. Takk til "Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter" for økonomisk støtte. Og takk til alle som har bidratt til at jeg har holdt motet oppe, deltatt i diskusjoner og undringer, og hørt på mine klager og begeistrede beretninger om kroppen. Og en gang til; takk til Håkon for all støtte.

Molde, 14. mai 2013

Marit Weideborg

SAMMENDRAG

Hensikten med denne oppgaven er å bidra til mer kunnskap om betydningen av egenbehandling for studenter i psykomotorisk fysioterapi. Med utgangspunkt i tre kvalitative semi-strukturerte intervjuer, settes fokus på hva som skjer av personlig og terapeutisk utvikling gjennom egenbehandling og hvordan denne bidrar til studentenes kunnskapsforståelse av faget. Tre relativt nyutdannede psykomotoriske terapeuter ble intervjuet om erfaringene med egenbehandling. Kunnskapen er samskapt som et produkt av møtet mellom meg som intervjuer, og den intervjuede.

20 timer egenbehandling inngår som krav til A9-takstkompetanse for psykomotorisk fysioterapi etter NFFs retningslinjer. Egenbehandlingen skal utføres av en psykomotorisk terapeut med takstkompetanse. Egenbehandling gir studenter mulighet til å erfare psykomotorisk fysioterapi fra pasientens ståsted.

Resultatene viser at deltakerne har opplevd en reell psykomotorisk fysioterapiprosess. Deltakerne erfarte en omstillende behandling. Deltakerne forteller om skjellsettende erfaringer, personlige erkjennelser og dypere innsikt i faget. Studiens resultater viser at egenbehandling er et særlig eksempel på læring og erkjennelse gjennom kroppen – fra taus kunnskap i kroppen til å kjenne og erkjenne egen kroppslig væremåte som et resultat av levd liv, med interaksjon og påvirkning fra omverdenen. Praktisk kunnskap og profesjonsstudier krever personlige erfaringer av faget for å kunne utøve og for å kunne ta gode skjønsmessige vurderinger. Gjennom egenbehandling får deltakeren erfare betydningen av den terapeutiske relasjonen fra pasientens perspektiv. Studien viser hvordan egenbehandlingen kan være et særegent bidrag til psykomotoriske fysioterapistudenters utvikling.

Nøkkelord: egenbehandling, psykomotorisk fysioterapi, terapeutisk utvikling, personlig utvikling, praktisk kunnskapsutvikling.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to broaden the understanding of the importance of the students' personal therapeutic treatment for students of psychomotor therapy. Based on three qualitative, semi-structured interviews, the study spotlights the personal and therapeutical development driven by personally experiencing the treatment and how such development contributes to the students' understanding of psychomotor therapy. Three recent graduates in psychomotor therapy were interviewed about their experiences with personal treatment. The knowledge herein is a joint product of the sessions between myself as the interviewer and the interviewed participants.

The Norwegian Physiotherapist Association includes 20 hours of self-treatment as a requirement for A9 competency. The personal treatment shall be performed by an accredited psychomotor therapist, and this personal treatment gives the students the opportunity to experience psychomotor therapy on their own body.

The results show that the participants have experienced a real psychomotor therapy process. The participants reported effective treatment. Further, the participants told of transformative experiences, personal insights and a deeper understanding of the subject. Based on the study's results it is shown that personal treatment is a good example of learning and acknowledgement through one's own body, transforming us from passive bodily knowledge to feeling and acknowledging that our body posture is a result of how we have lived and interaction and influences from our surroundings. Acquiring knowledge and applying it professionally requires personal experience with the subject matter in order to make sound judgment calls and decisions. Through personal treatment the participant can experience the importance of the therapeutical relationship from the perspective of the patient. The study shows how personal treatment can contribute considerably to the individual psychomotor therapy student's development.

Keywords: personal treatment, psychomotor therapy, therapeutical development, personal development, practical knowledge development.

Innhold

FORORD	i
SAMMENDRAG	ii
ABSTRACT	iii
1. INNLEDNING	1
1.1. Bakgrunn.....	1
1.1.1. Egne erfaringer med og tanker om egenbehandling.....	1
1.1.2. Historikk – egenbehandling var med fra starten	2
1.1.3. NFFs rolle.....	3
1.2. Aktuell kunnskap om problemområdet.....	4
1.3. Hensikt og problemstilling.....	6
2. TEORETISK REFERANSERAMME	7
2.1. Praktisk kunnskap	8
2.1.1. Den tause dimensjonen.....	9
2.1.2. Profesjonsstudier og -utøvelse	13
2.2. Norsk psykomotorisk fysioterapibehandling – om grunnlagstenkning og hva behandlingstilnærmingen handler om.....	15
3. METODE.....	18
3.1. Valg av metode og forskningsdesign	18
3.3.1. Retrospektivt design.....	19
3.1.2. Det kvalitative forskningsintervjuet	19
3.2 Utvalg.....	20
3.2.1. Rekruttering.....	21
3.2.2. Kriterier for inklusjon og eksklusjon	22
3.2.3. Utvalget og dets størrelse	22

3.3. Produksjon av forskningsmaterialet.....	23
3.3.1. Forberedelser til intervju	23
3.3.2. Gjennomføring av intervjuene	23
3.3.3. Intervjuopptak	24
3.4. Analysen	25
3.4.1. Begynnende analyse inkludert transkripsjon.....	25
3.4.2. Foreløpige temaer.....	26
3.4.3. Koding (A (intervju1), B (intervju 2) eller C (intervju 3)).....	27
3.4.4. Hovedtemaer (H) fra intervjuene – sammenfallende kategorier	28
3.4.5. Fra hovedtemaer til kjernetemaer, fra kode til mening	29
3.4.6. Resultatkapittelet blir til	30
3.5. Etske betraktninger	30
4. RESULTATER – ERFARINGER MED EGENBEHANDLING	31
4.1. Utdrag fra de enkeltes beretninger	32
4.2. Kunnskap om seg selv basert på egenutvikling	35
4.2.1. Kroppslige erfaringer og sammenhenger	35
4.2.2. Å arbeide med kroppserfaringer gir bedret selvforståelse	37
4.2.3. Erfare endring, omstillingsprosessen – «en oppdagelsesreise»	38
4.2.4. Skille mellom mitt og andres	40
4.3. Å være pasient og kunnskapen det gir	41
4.3.1. Økt kunnskap om pasientrollen.....	42
4.3.2. Økt kunnskap om terapeutrollen	42
4.4. Kunnskap om psykomotorisk fysioterapi via egenbehandling	46
4.4.1. En dypere forståelse av PMF og teori	47
4.4.2. Bringe kunnskap videre fra terapeut til student	48
5. DISKUSJON	50

5.1 Erfaring med egenbehandling – utdyping.....	50
5.1.1. Oppdagelser og omstilling i egenbehandling.....	50
5.1.2. Kunnskap om seg selv og kunnskap om psykomotorisk fysioterapi via egenbehandling – egenbehandling som et særlig eksempel på læring og erkjennelse gjennom kroppen.....	52
5.1.3. Metaforenes betydning.....	54
5.1.4. Mer om praktisk kunnskap og læring gjennom kroppen – om kunst, helhetlig mening og praktiske synteser.....	55
5.2. Metodediskusjon.....	59
5.2.1. Forskerrollen – refleksivitet.....	59
5.2.2. Studiens gyldighet.....	61
5.2.3. Overførbarhet.....	64
6. AVSLUTTENDE KOMMENTAR.....	66
Litteraturliste.....	67
Vedlegg 1: NFF	
Vedlegg 2: Intervjuguide	
Vedlegg 3 Personvernombudet for forskning	
Vedlegg 4: Informasjonsskriv7	
Vedlegg 5: Utvikling av problemstillingene	

1. INNLEDNING

1.1. Bakgrunn

Tema for denne masteroppgaven er psykomotoriske terapeuter sine erfaringer med egenbehandling (EB). EB inngår som et krav for takst-kompetanse til å utøve psykomotorisk fysioterapi (PMF), men ikke for å bestå selve utdanningen, noe det tidligere gjorde. I praksis gjennomfører uansett de fleste studentene EB underveis i utdanningsløpet. Kravet for å få godkjent egenbehandlingen er 20 behandlinger hos en psykomotorisk terapeut med takst-kompetanse. Det er ikke nedfelt hva denne behandlingen skal inneholde, den sier kun hvilken type kompetanse terapeuten skal ha.

1.1.1. Egne erfaringer med og tanker om egenbehandling

Gjennom utdannelsen til å bli psykomotorisk terapeut tilegner studentene seg kunnskap på flere måter (UiT, 2010). Teoretisk basert undervisning og kunnskap har en sentral plass. Det har også læring gjennom praksis i ulike former (bevegelsespraksis, veiledet klinisk praksis mv), der læring gjennom selve praksisutøvelsen og læring gjennom (egen)kroppen er sentralt (ibid). EB hører også hjemme i dette bildet.

Utgangspunktet for valg av EB som tema var at jeg var nysgjerrig på hvilket utbytte studenter har av EB. Jeg har undret meg over hvilken funksjon det er tenkt at dette skal ha som en del av utdanningen, da det heller ikke stilles noen eksplisitte krav til innholdet i EB. Jeg har også reflektert over hvilken betydning det har for hvordan jeg selv har tilegnet meg faget. På mitt utdanningskull har vi studenter utvekslet erfaringer fra egenbehandlingen. Mitt inntrykk har vært at det er ulikt i hvor stor grad medstudenter har hatt utbytte av EB og hva dette utbytte består av. De fleste på mitt utdanningskull har gått i EB, til tross for at dette ikke er et krav for å få godkjent selve utdanningen.

Jeg gikk selv i EB i en lengre periode, og da jeg avsluttet hadde jeg hatt langt mer enn 20 timer behandling. Jeg opplevde det som meningsfylt å ha denne muligheten. Det ga meg noe annet enn hva veiledning, praksis og teoriundervisning ga. I egenbehandlingen fikk jeg oppleve hvordan det er å være pasient, hvordan det er å kle av seg, hvordan det er å være sårbar og den trengende. Jeg kunne i rolige omgivelser få legge merke til hvordan det er å bli

tatt på, bli instruert, korrigert, kjenne på mitt forsvar, mine hold, mine stivheter og mine svakheter. Jeg opplevde å få et pusterom i det jeg opplevde som en krevende kombinasjon av jobb og studie. Det har også vært belastende å jobbe med seg selv på toppen av en ellers krevende hverdag, samtidig som det har vært en god støtte i krevende situasjoner jeg har vært gjennom i jobb og studier så vel som privat.

1.1.2. Historikk – egenbehandling var med fra starten

Psykomotorisk fysioterapi ble utviklet på slutten 1940-tallet av fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen og psykiater Trygve Braatøy. Det fantes da psykoterapeutiske behandlingsformer med interesse for sammenhengen mellom kropp og følelser, bl.a. ved vegoterapi og Nic Waals' behandlingsmetoder.

I et intervju forteller Bülow-Hansen at samarbeidet med Braatøy også innebar at hun behandlet ham: «Dr. Braatøy var interessert i å oppleve på egen kropp hvordan det virket å bli behandlet» (Bunkan & Thaulow, 1982, s. 6). Det kan tyde på at Bülow-Hansen og Braatøy svært tidlig oppdaget betydningen av å kjenne utøvelsen på egen kropp og mulig var dette noe av grunnlaget for kravet om EB. Det har siden begynnelsen vært sentralt å lære via praktisk øving for å kunne utøve faget: «Psykomotoriske muskelgrep, øvelser og behandling for øvrig kan ikke læres utelukkende ved lesning. Kunnskap må også formidles direkte fra person til person» (Bunkan, 1982, s. 2).

Bülow-Hansen spredte sin kunnskap på flere måter. Fysioterapeuter fikk gå i EB og veiledning hos henne og observere at hun behandlet pasienter. Opplæringen i faget var basert på en 'mester-svenn -modell'. Gudrun Øvreberg er en av de som gikk i lære og EB hos Bülow-Hansen (Ottesen, 2010). Hun fortalte i et intervju om opplevelser fra EB, at hun blant annet skrev logg etter behandlingstimene, for så å stille spørsmål til Bülow-Hansen ved neste møte (ibid). Øvreberg (Epost, 15.4.2013) skriver at det gjorde at hun både måtte reflektere som pasient og som terapeut. Ifølge Øvreberg var Bülow-Hansens oppfatning at å kjenne det på egen kropp for så reflektere den eneste måten hun kunne lære faget på. Helt fra starten har altså psykomotoriske terapeuter gått i EB, det har vært en tradisjon for faget. Øvreberg skriver også at EB sammen med et intervju utført av psykolog/psykiater skulle sikre at terapeuter var kompetente til å behandle etter Bülow-Hansens prinsipper (ibid).

1.1.3. NFFs rolle

NFF stiller ulike krav til videreutdanninger innenfor sine fagfelt, og er organet som godkjenner takstkompetanse og spesialistkompetanse innenfor fysioterapifaget. Det som tidligere ble kalt *Videreutdanningen i PMF* foregår pr i dag på to ulike vis. *Masterstudiet i helsefag, Studieretning i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi* ved Universitetet i Tromsø, er et treårig deltidsstudium som gir 120 studiepoeng. *Videreutdanning i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi* ved Høgskolen i Oslo og Akershus gir 60 studiepoeng. Studiet går over tre semestre, med undervisning i første og siste semester. Ved godkjent utdanning på et av stedene har man kompetanse til å utøve og praktisere PMF, som ansatt eller som selvstendig næringsdrivende fysioterapeut (Aars, 2012). Det er kun mastergraden sammen med 20 egenbehandling som kvalifiserer til A9-takstkompetanse. NFF har rollen som godkjenning sin stans for A9-takstkompetanse, delegert fra Helsedirektoratet (HOD). NFF har også regler for bruken av tittelen spesialist i PMF. Et av kravene for å kunne kalle seg spesialist er at en har A9-takstkompetanse. I *Forskrift om utgifter til fysioterapi* (2012) finner vi *takst A9, psykomotorisk fysioterapi, inntil 60 minutter*. I *Merknad A5* står det:

Det er et vilkår for rett til stønad at behandlingen utføres av fysioterapeut som:

- a) har bestått eksamen i klinisk masterstudium i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi og har gjennomført 20 timer egenbehandling hos fysioterapeut med takstkompetanse eller*
- b) har godkjent 120 studiepoeng eller tilsvarende videreutdanning knyttet til fagfeltet psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, herunder psykomotorisk fysioterapi, og har gjennomført 20 timer egenbehandling hos fysioterapeut med takstkompetanse eller*
- c) har godkjenning for bruk av takst A9 per 1. januar 2011.*

Forskriften er i samsvar med kravene til videreutdanningen for å oppnå A9 takstkompetansen, utarbeidet av HOD og NFF, og er støttet av Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 26.10.2010 (Rekve, 2010).

Det er ikke presisert hva EB skal være utover at den skal utføres av terapeut med A9 kompetanse. At kravet ikke presiseres noe videre gir rom for ulike tolkninger av hva behandlingen kan inneholde. Jeg har kontaktet NFF for å høre hva som ligger til grunn for dette kravet. På epost (dato:22.3.2012) svarer nestleder i NFF, Elin Engeseth (utdannet psykomotorisk terapeut) at NFF har lyttet til råd fra fagmiljøet om å videreføre kravet om EB. Da psykomotorisk fysioterapi fikk egen takst i 1974 var altså EB et av kravene for å få takstkompetanse (se vedlegg 1, NFF).

1.2. Aktuell kunnskap om problemområdet

Det finnes lite eller ingen skriftlig dokumentert kunnskap om betydningen av egenbehandling som del av kompetanseoppbyggingen i PMF. Søk i ulike databaser som SMIL, Pub Med, Svemed+, Helsebiblioteket, Pedro og EMBASE med bruk av søkeord egenbehandling, self treatment og own treatment ga ingen relevante treff. Likevel, mange i miljøet kan gi gode muntlige begrunnelser for hva som er hensikten med EB. Jeg har snakket med Berit Heier Bunkan og Gudrun Øvreberg, to sentrale personer i miljøet. På spørsmål til NFF får jeg ikke noe skriftlig dokumentasjon om bakgrunn for krav til takstkompetanse, men at EB er et krav som alltid har vært i utdanningen (Engeseth, epost, 22.3.2012). Det kan tolkes som at det ses på som en selvfølge at det er et krav med erfarte gode grunner, likefullt er det lite skriftlig beskrevet. Når det trolig er gode grunner til at det alltid har vært og fortsatt er sånn, vil jeg tro at det burde begrunnes tydeligere, med dagens økende krav til dokumentasjon i helsevesenet som bakgrunn. I og med at NFF jobber for en offentlig godkjent spesialisering, bør kravene til denne også begrunnes i skriftlig dokumentert kunnskap.

Det nevnes fra NFF at kravet om EB har sammenheng med etterutdanninger innen psykoterapeutiske behandlingsmetoder der egenerapi inngår i utdanningen (Engeseth, epost, 22.3.2012). At faget PMF ble utviklet i samarbeid med psykiater Braatøy gjør at det er knyttet til hans tenkning, som også har bidratt til at utdanningen ofte sammenligner seg med videreutdanninger innfor psykologi og psykiatri. Dette bekreftet samtaler med erfarne psykomotoriske terapeuter som kan fortelle at fagets tilknytting til psykiatere er en av grunnene til at vi har EB. Jeg ser det derfor som nyttig å knytte EB mot psykologiens og psykiatriens begrunnelse for egenerapi. Jeg har derfor gjort ulike søk med ordene egenbehandling, egenerapi, egenanalyse, own/ self/ personal treatment/ therapy, sammen med ordene student, spesialist i psykiatri/psykologi. Jeg har brukt databasene Google scholar,

pubmed, medline, psycinfo, samt i tidsskriftet til legeforeningen og psykologforeningen, og forskning.no.

Korneliussen (2011) skriver at i Sverige må alle psykologistudenter gå i 50 timers behandling. I Norge er ikke dette et krav til grunnutdanningen i psykologi, men mange gjør det likevel. Det kreves imidlertid 100 timer egenerapi/psykoterapi på visse spesialistretninger i klinisk psykologi (Psykologforening, 2008). I et intervju med forskning.no sier psykolog Paul Johansson dette om betydningen av egenerapi for psykologistudenter i Sverige: «Da lærer de mye om seg selv, samtidig som de får prøvd hvordan det er å sitte på den andre siden av bordet. Man kan ikke lese seg til denne erfaringen.» (Korneliussen, 2011)

I Freuds tid ble det ansett å være vel så viktig å bli analysert av Freud som å lese hans tekster for å tilegne seg den psykoanalytiske metoden (Geller, Norcross, & Orlinsky, 2005). Freud mente at uten selv å ha blitt analysert kunne en ikke forstå betydningen av behandlingen (ibid). På Freuds tid gis det et inntrykk av at noe av grunnlaget for egenerapi handlet om motoverføringer fra pasienten til terapeuten (Zachrisson, 2008). Zachrisson (2008) skriver: «Å redusere islettet av motoverføring var selve rasjonalen for egenbehandlingen». Om ikke terapeuten først har analysert seg selv, vil dette øke sannsynligheten for motoverføringer. «Det er som om man ikke har gjort rent i eget hus før en setter i gang å rydde hos andre» (Zachrisson, 2008). Et viktig moment som nevnes av flere er viktigheten av å tåle egen hjelpeløshet i en terapeut-pasient relasjon, og at denne hjelpeløsheten ikke ødelegger behandlingen, men tvert imot at evnen til å tåle den bedrer kvaliteten på behandlingen (Nissen-Lie, Monsen, & Rønnestad, 2010; Thulow, 1977). Argumenter som ble brukt da en startet opp med egenbehandling for psykoanalytikere på 70-tallet var at egenbehandlingen ville kunne gi bedre innsikt i egne følelser og problemer, og at denne bearbeidingen ga en trygghet og mulighet til å bruke sin personlighet i møte med pasienter (Holter, 1995). PMF kan sammenlignes med spesialistutdanninger i psykologi og psykiatri med tanke på at alle er terapiformer der en kommer tett på pasienters følelsesliv. Studier til Geller et al. (2005) viser at mange terapeuter relaterer personlige erfaringer i egenerapi som den viktigste enkeltstående påvirkningen til profesjonell utvikling.

Studier av flere lands psykoterapeuter viser at terapeuter er opptatt av egen profesjonell utvikling, dette uavhengig av kjønn, profesjon, nasjonalitet og erfaringsnivå (Rønnestad & Orlinsky, 2005). Studier har undersøkt hva som har betydning for psykoterapeuters

egenutvikling, innforstått både personlig og profesjonell utvikling (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Studiene til Orlinsky og Rønnestad (2012) og Rønnestad og Skovholt (2003) viser at egenbehandling sammen med veiledet pasienterfaringer, og personlige erfaringer og kriser gir størst betydning for psykoterapeuters egenutvikling. Rønnestad og Orlinsky (2005) påpeker at fellesnevneren for disse erfaringene er interpersonlige aspekter. Rønnestad og Orlinsky (2005) skriver også at begrunnelsen for egenerapi for psykoterapeuter er at det gir økt selvforståelse og selvvinnsikt og at dette har betydning for den terapeutiske væremåten.

Da det ikke finnes noen tidligere studier på dette feltet innen fysioterapi, ser jeg denne oppgaven som nyttig. Økt kunnskap om hvilken betydning EB har for studentene kan være med på å begrunne tydeligere hvorfor denne behandlingen skal være et krav for å ha rett til A9-takstkompetanse. Det er dessuten nyttig for utdanningen å ha kunnskap om hvilken betydning egenbehandlingen har for studenten i utvikling av forståelsen av faget. Det er gjort lite arbeid med å beskrive betydningen av EB, her ment som den konkrete erfaring studenter opplever at dette gir. Fra dette perspektivet vet vi derfor lite om hvilken betydning det har for terapeutrollen, for personlig utvikling og for tilegnelse av faget.

1.3. Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å få kunnskap om betydningen av egenbehandling i utdanningen til psykomotorisk terapeut, og dens bidrag til utvikling av kompetanse til utøvelse for psykomotorisk fysioterapi. I et kunnskapsperspektiv er det interessant å undersøke hvilket utbytte studentene får fra EB i forhold til andre deler av utdanningen. Økt kunnskap om betydningen av EB vil kunne være et bidrag til at styrker, potensialer og eventuelt svakhet ved denne delen av utdanningen blir mer synlig, bevares, videreutvikles og/eller endres.

Da det tidligere ikke er gjort noen studier som omhandler EB for fysioterapeuter, kunne jeg velge å belyse saken på flere vis. Oppgavens begrensede ramme (40 studiepoeng) og dermed omfanget, gir meg dog et behov for å spisse problemstillingene. Jeg har valgt å se på tidligere studenter, altså psykomotoriske terapeuter som er relativt nyutdannede. Disse har et perspektiv hvor de ser tilbake på hvordan de opplevde EB i nær fortid, og kan knytte

erfaringen til teori i faget og til praksisutøvelse som terapeut. *Mitt* perspektiv i oppgaven måtte derfor være åpent med tanke på deres erfaringer, og problemstillingene¹ er:

- Hva forteller tidligere studenter at egenbehandlingen har bidratt med til faglig og personlig utvikling?
- Hva mener de at egenbehandlingen og det å være i pasientrollen har gitt av kompetanse til praktisk utøvelse av psykomotorisk fysioterapi?
- På hvilke måter bidrar læring via egenbehandling til kunnskapsutvikling?

2. TEORETISK REFERANSERAMME

I *Studieplanen til mastergradsprogrammet helsefag, studieretning i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi* vektlegges ulike kunnskapsformer: Klinisk/praktisk og teoretisk kunnskap for praktisk yrkesutøvelse, faglig utviklingsarbeid og forskning (UiT, 2010). Forståelse av kroppen, sykdom og funksjon blir belyst gjennom humanistiske, samfunnsvitenskapelige og naturvitenskapelige perspektiver. Det er sentralt å forstå kroppen som et sammensatt fenomen. Den er mer enn biologi og biomekanikk – kroppen står i sentrum for erfaringer og opplevelser og vi uttrykker oss kroppslig. Utdanningen vektlegger kunnskap tilegnet gjennom praksis i forskjellige former, som øvelser med og på medstudenter, veiledet praksis på medstudenter og pasienter, gruppearbeid og annet. Teori og praksis integreres i utdanningen og studentene lærer gjennom kroppen via deltakelse og handling. «Kompetent fagutøvelse er kjennetegnet ved et finkoordinert samarbeid med pasienten, der kroppslige og verbale virkemidler utfyller og glir over i hverandre. Dette krever førstepersonserfaring og praktisk trening» (UiT, 2010, s. 17). Studiet tar også sikte på å gi studentene personlig utvikling gjennom kroppslig forankring og trygghet. Egenbehandling kan være et bidrag til denne delen av studiet og være et bidrag til å lære gjennom egen kropp og gjennom handling og praksis. I studieplanen (2010, s. 11) beskrives handlingskompetanse som innebærer: kroppslige/kliniske innfallsvinkler og tilnæringsmåter med hensyn til undersøkelse/funksjonsvurderinger og terapeutiske arbeidsmåter – individuelt og i gruppe-

¹ Se vedlegg 5 for utvikling av problemstillingene

sammenheng. Studenten skal utvikle ferdigheter for kritisk og analytisk å kunne forholde seg til fagkunnskap, og arbeide med teoretiske problemstillinger.

I denne studien har jeg tatt utgangspunkt i to teoriperspektiver: Teori som psykomotorisk fysioterapi (heretter PMF) bygger på, og teori om praktisk og kroppslig basert kunnskap. Disse perspektivene er valgt fordi de bidrar til å belyse den erfaringsbaserte kunnskapen som studien tar sikte på å bringe fram. Det første som bakgrunn for å forstå EB i rammen av PMF, og det andre for å se EB i lys av hvordan kunnskap erverves, spesielt med tanke på kroppslig læring og erkjennelse. Perspektivene er dels sammenvevde. Underveis vil jeg også tematisere profesjoner og kunnskap, som utdanning til psykomotorisk terapeut og andre helseprofesjoner er del av.

2.1. Praktisk kunnskap

Praktiske kunnskapstradisjoner har tradisjonelt blitt formidlet fra mester til svenn, bygget på tidligere generasjoners erfaringer, en kunnskapsutvikling som innebefatter øving i praktiske ferdigheter og utøvelse i videre forstand i handling, der personlige erfaringer med den aktuelle praksisen står sentralt (Molander, 1996). Å lære på denne måten krever oppmerksomhet i observasjon og handling. Praktisk kunnskap øves inn med kroppen (Molander, 1996, s. 15), en tradisjon jeg vil si at PMF-faget har tilhørt og fortsatt har noe rot i.

Ifølge Polanyi (2000) erverver vi praktisk kunnskap fra erfaringer og opplevelser, inkludert i handling. Erfaringer, ferdigheter og utøvelse av kunnskap kommer gjerne forut for teoretisk kunnskap, sier han (Polanyi, 2000). Forholdet mellom teori og praksis er sentralt i all kunnskapsutvikling (ibid), og også sentralt for utøvelse av klinisk virksomhet som psykomotorisk terapeut. Terapeuten må kunne mer enn å analysere bevegelser og ha teoretisk kunnskap om faget. For terapeuten må kunnskapen kunne anvendes og tilpasses hver enkelt situasjon, hvor også kliniske og personlige erfaringer og ferdigheter i møte med den enkelte pasient spiller inn og spiller seg ut. Praksis og erfaringer er grunnleggende for også å kunne anvende teori, hevder Polanyi (2000). Med dette grunnlaget for kunnskapsutvikling ser jeg at kunnskap gjennom handling og samhandling, der den tause dimensjonen er sentral, kan bidra til å belyse den kunnskap som studentene erverver via EB. Taus kunnskap er ofte den kunnskap som ikke så lett lar seg beskrive. Taus kunnskap er gjerne kompetanse som kommer til uttrykk i praksis, i konkrete situasjoner, og også som inkluderer kroppslig basert kyndighet. Se, gjøre og være kan ses på som tause kunnskapsformer, hevder Molander (1996, s. 35).

Basen av kunnskap finnes ikke primært i språklig formuleringer, men heller i praksis, i det å gjennomføre og handle i situasjoner (ibid).

2.1.1. Den tause dimensjonen

I 1967 utgav Michael Polanyi boken *The tacit dimension*. Boken tar for seg begrepet «tacit knowing». Dette er gjerne oversatt til norsk som taus kunnskap, eller som underforstått kunnskap. Det forstås som at kunnskap inneholder aspekter som vi er tause eller underforstått oppmerksomme på (Polanyi, 2000). Molander (1996, s. 35) og Åsvoll (2009, s. 33) påpeker at Polanyi bruker en aktiv verbform hvor kunnskapens aktive og personlige side vektlegges. Åsvoll (2009, s.33) bruker begrepet «taus kunnskaping», for å presisere at å få kunnskap er en aktiv handling. Det brukes mange begreper for praktisk kunnskap. Grimen (2008a, s.76) nevner noen: «Taus kunnskap, knowing how, mutual knowing, intransitiv kunnskap, personlig kunnskap, intuitiv kunnskap, vanemessig kunnskap, hverdagskunnskap, handlingskunnskap». Disse begrepene sier til sammen mye om hva innholdet i praktisk kunnskap gjerne er. Den praktiske kunnskapen har en form og et innhold som er knyttet til personen som innehar kunnskapen og til selve anvendelsen i handling, og er avhengig av å bli lært i situasjoner hvor den anvendes (ibid). Kunnskapen avhenger av kunnskapsbæreren, for eksempel en erfaren terapeut. Grimen (2008a, s.76) skriver: «Praktisk kunnskap uttrykkes i handlinger, bedømmelser, vurderinger og skjønn». EB er en spesiell situasjon i en slik sammenheng. Som pasient og læresvein samtidig lærer en bokstavelig talt på og i egen kropp, på flere plan. Når terapeuten utfører ulike grep på studenten for eksempel, kan studenten kjenne dette på kroppen både grepet, relasjonen og konteksten, og samtidig forestille seg hvordan egne grep på egne pasienter kan kjennes ut. Kunnskapen overføres kroppslig.

Polanyi (2000, s. 16, 31, 32) tar altså utgangspunkt i «at vi kan vite mer enn vi kan si». Som et eksempel på dette bruker han at vi kan gjenkjenne et ansikt, men vanskelig beskrive hvordan vi kan gjenkjenne det. Vi kan for eksempel bare vagt beskrive stemningen i et ansiktsuttrykk, men vi forholder oss likevel spontant til det. Polanyi (2000, s.17) gir også eksempel på hvordan en ved et universitet bruker store ressurser på praktiske øvelser for å lære studenter å identifisere sykdommer eller dyrearter. «Alle deskriptive vitenskaper studerer fysiognomier som ikke kan beskrives fullstendig i ord, ikke en gang ved bilder». Dette innebærer at vi bruker sansene aktivt i søken etter kunnskap, vi lærer på grunnleggende vis

gjennom kroppens sanser. Gunn Engelsrud skriver: «Ved å arbeide med egen kropp og bevegelse, kan en person skape kunnskap om egne og andres livsforhold» (2001, s. 114).

Polanyi (2000) viser til forskning om at mennesker erverver kunnskap, selv om de ikke har klart for seg hvordan kunnskapen ble ervervet. Dette er eksempler på at mennesker erverver ferdigheter, men ikke kan identifisere hvordan de har fått dem, og at vi som mennesker kan vite mer enn vi kan uttrykke verbalt (Polanyi 2000, s.19). Et mye brukt eksempel er å lære seg å sykle: Plutselig kan du det! Å lære seg å sykle krever utøvelse og trening. Det hjelper kanskje at noen har forklart oss hva vi bør tenke på, men ferdigheten må trenes på for at det å sykle skal «sette seg i kroppen». Vi kan lære oss å sykle uten at vi kan de teoretiske ligningene med tanke på fart, muskelkraft eller balanse. Kunnskapen finnes «lagret» i det Merleau-Ponty betegner for kroppsskjemaet vårt, og viser seg i selve bevegelseshandlingen på sykkelen (Merleau-Ponty 1962, i Thornquist, 2003). Elementet *å gjøre kroppslig* er helt sentralt, gjennom handling og persepsjon, som ikke lar seg forstå i sin grunnleggende betydning med å vite OM hva noe er. Merleau-Ponty (1962, i Thornquist 2003, s. 119) peker nettopp på dette når han sier «jeg kan» og ikke «jeg tenker».

Forholdet mellom levd kropp og redskaper som tilgang til omgivelsene gis det flere eksempler på av Merleau-Ponty (1962, i Bengtsson 2006, s. 28). Disse eksemplene viser hvordan redskaper nærmest kan bli inkorporert som del av subjektets kropp, og bli en forlengelse av kroppen. Et særlig kjent eksempel er stokken, som for den blinde gjennom bruk blir en forlengelse av egenkroppen, altså inkorporert i kroppen som kyndighet og handlingsrom. «Å gjøre ting til del av kroppen innebærer at en vane dannes», sier Bengtsson Bengtsson (2006, s. 28) med referanse til Merleau-Ponty (1962). Eksempelet viser også til at en er rettet mot og sammenvevd med en meningsfylt omverden. Dette eksempelet anvendes også av Polanyi (2000, s.21) som beskriver i den sammenheng at taus kunnskap har to ledd: «Vi kjenner det første leddet bare ved å bruke kjennskapen vi har til det, for å rette oppmerksomheten mot det andre». Han beskriver det også med «vi retter oppmerksomheten fra noe for å rette den mot noe annet». Vi retter altså oppmerksomheten fra det første leddet, stokken i hånda, mot det andre leddet, altså utover mot objektene stokken berører. Polanyi (ibid) beskriver det første leddet som proksimalt, nære, og det andre leddet som distalt, lenger unna. Dette eksemplifiseres altså ved en blind manns stakk. Mannen føler seg fram med stokken, da transformeres hans oppmerksomhet på hvordan den trykker i hånden (proksimale

leddet) til en følelse av at tuppen (distale leddet) ikke bare berører objektet, men han får en følelse av objektene (størrelse, form, konsistens mv.). Han blir klar over sansningen i hånden gjennom dens mening som befinner seg ved enden av stokken, som oppmerksomheten er rettet mot. Den tause kunnskapen etablerer en meningsfull relasjon mellom de to leddene, det proksimale og det distale, som gjør at vi kan identifisere en forståelse av helheten (ibid).

Bruken av begrepet taus kunnskap kan lede til at kunnskapen forstås som ubevisst eller utilgjengelig, men det som heller menes er at kunnskapen ikke kan formuleres eksplisitt eller artikuleres verbalt (Polanyi, 2000). Denne type kunnskap artikuleres derimot i kroppslig handling (Grimen, 2008a). Både eksempelet med å etablere ferdigheten som skal til for å sykle og bruken av blindestokken til å ta seg fram i omgivelsene, peker på vanedannelse som inkorporeres i og med kropp og bevegelse, i handling. Kroppslig etablerte reaksjonsmønstre knyttet til pust og muskelspenninger, som er sentralt i det en jobber med i PMF, kan også knyttes til vanedannelse i og med kropp og bevegelse, i dagliglivets praktiske og sosiale virkelighet. Det vil jeg utdype under grunnlagstenkning i PMF.

En dimensjon ved taus kunnskap som Polanyi (2000) beskriver er innlevelse. Han viser til filosofer som mente at mennesket i likhet med kunstverket kun kan forstås ved innlevelse. Polanyi definerer innlevelse som noe som ligger under alle observasjoner i dagliglivets verden. Å bruke en teori for å forstå naturen er å internalisere den. Uten å internalisere teori gjennom bruk mister den sin betydning. Hvis vi for eksempel bare ser på leppenes motoriske bevegelse når vi snakker med en annen vil ordene miste sin betydning. Polanyi (2000, s.28) sier at: «Studier av bevegelser har en tendens til å paralysere ferdigheter, men vil forbedre den når de følges av praktiske øvelser». Polanyi beskriver at all kunnskap inneholder en taus dimensjon, som krever innlevelse. Om en i vitenskap forsøker å eliminere alle menneskelige og personlige elementer vil en kunne ødelegge kunnskapen. Sann kunnskap om en teori kan bare etableres etter at den har blitt internalisert og omfattende brukt for å tolke erfaringer, hevder han (Polanyi 2000, s.30). Thornquist (2006, s. 88) viser også til den personlige og tause kunnskapen, hun skriver om hvordan våre erfaringer sitter i kroppene våre. Et eksempel som Thornquist (ibid) bruker er når to personer møtes i et håndtrykk. Håndtrykket mellom disse to eksisterer bare der og da, i handlingen. Handlingen kan ikke bevares i sin fysiske manifestasjon, men likevel vil ikke menneskene som har utført handlingen være sporeløse av opplevelsen handlingen har gitt dem. Den vil «sitte i kroppene», i personene. Inkorporerte

praksiser, som å håndhelse, konversere, spasere i et offentlig rom osv., eksisterer ikke adskilt fra menneskene som utfører handlingene. Selv om vaner og væremåter gjerne er ervervet og tas i bruk ubevisst eller retttere sagt uten å måtte aktivt reflektere over det, har de festet seg i personen, dvs. de er kroppsliggjorte. Inkorporert kunnskap og praksis forsvinner ikke, og erfaringene vi erverver kan ikke slettes fra oss (ibid). Et sterkt eksempel på dette er personen som har amputert foten fra kneet og ned, som ikke bare kjenner smerte i foten som ikke lenger er der, men som også «kjenner» hvordan han kan begi seg gående uten hjelpemidler ut i verden (Merleau-Ponty, 1994, s. 18-21). Kroppsliggjort kunnskap i form av kroppslige ferdigheter, kyndighet og vaner er hovedsaken til hvorfor levd livs erfaringer må tas på alvor i klinisk praksis i møte med pasienter. Og også hvorfor læring og erkjennelse gjennom kroppen må ses på som en del av utdanningen til (psykomotorisk) fysioterapeut og som et bidrag til kunnskapsutvikling. Siden kroppen er historie og hukommelse med tanke på handling og samhandling i verden er det viktig å forsøke å observere, være oppmerksom og lydhør for å forstå sammen med pasienten hva kroppslige uttrykk og vanemønstre kan bety og gi dem mening også verbalt. Da må vi vektlegge det relasjonelle, og en kroppslig og verbal tilnærming, og dette må utfylle hverandre (Thornquist 2006, Øien et al, 2010, Sviland et al. 2012).

Praktiske kunnskaper formidlet i praktisk handling har ofte blitt kaldt kunst, som for eksempel kokkekunst eller legekunst (Molander 1996, s.38). Dette har sammenheng med at kunnskapen utfolder seg eller viser seg i utførelsen, i handlingen. Kanskje har det ikke bare sammenheng med lang trening, men også med betydningen av innlevelse for å lære seg å bli en dyktig kokk, tømrer eller lege – for å bli ekspert. Molander peker i denne sammenheng på at håndverk er noe mer enn kroppsarbeid (Molander 1996, s.15). Kunnskapen eller kunsten finnes i det å utføre eksemplarisk og gjøre vurderinger i forhold til oppgaven og situasjonen. Oppmerksomheten er rettet mot det kroppslige, mot det rette håndlaget, blikket for (sam)handlingen og når det eller det skal gjøres (timing). Molander (1996, s.38) skriver at i sentrum for den tause kunnskapen står den levende kunnskapen, som bæres og kommer til uttrykk i menneskers liv og engasjement.

Det tause aspektet utgjør en del av all kunnskap, og vi kan derfor ikke neglisjere betydningen av personlige elementer i kunnskapsutvikling (Polanyi, 2000). Taus kunnskap innbefatter det usagte, innlevelse, sanseintrykk og vurderinger som er uttalt, men som samtidig er

grunnlag for våre menneskelige handlinger (Grimen, 2008a). Den tause kunnskapen er gjerne personlig, situasjonsavhengig, forankret i handlinger, erfaringer, følelser, ideer og verdier. Likevel er det ikke slik at kroppslig basert kunnskap og erfaring ikke på noe vis er tilgjengelig for vår oppmerksomhet (ibid). Som et eksempel kan kroppslige erfaringer bli tilgjengelige for oss gjennom arbeid med bevegelser, uttrykk og pust, i samspill med andre. (Engelsrud, 2001, s.114). I EB har en altså rollen som pasient, og får mulighet til å lære om egne spenningsmønstre i samhandling og relasjon med terapeuten. En er også på vei til selv å bli terapeut, slik at en veksler mellom rollene student/ læresvenn og pasient. En veksler også mellom disse perspektiver. Det som ofte kjennetegner kunnskap er at en *ikke* kan se all kunnskapen den innbefatter fra bare én vinkel. «Det finnes ingen posisjon som tillater oss å ta et overblikk over alt vi vet, eller betrakte det på en konsistent samtidig måte fra ett perspektiv» (Grimen 2008a, s. 80). Ikke all kunnskap kan artikuleres til enhver tid, hvilket viser at for eksempel PMF bygger på kunnskap fra mange kilder og ulike fagområder. Tause kunnskapsdimensjoner kan si noe om kunnskapen som erverves gjennom kroppen som pasient i EB. Engelsrud (2001, s. 114) beskriver hvordan vi gjennom kropp, bevegelse og å være oppmerksomt tilstede, kan finne ut mer om hvilken mening som skapes av og i en situasjon. PMF karakteriseres av en kroppslig tilnærming til pust og muskulære spenninger som et særlig ståsted for læring og erkjennelse, med terapeutrelasjonen som forutsetning og ramme (Sviland, Råheim, & Martinsen, 2012; Thornquist, 2005; Øien, 2010). Studentens kropp utvides til å inkludere pasientrollen, og studenten får med det et pasientperspektiv på terapeutrollen.

2.1.2. Profesjonsstudier og -utøvelse

Profesjonsstudier er utdanninger på universitets- eller høgskolenivå, som er sertifisert for å forvalte bestemte typer kunnskap (Grimen, 2008a). Profesjonsutøvelse innebærer å yte tjenester til en klient/pasient (Terum & Grimen, 2008). Fysioterapiutdanningen er et profesjonsstudium, og fysioterapeut er en beskyttet tittel. Mastergradsutdanningen i psykomotorisk fysioterapi utdanner fysioterapeuter til spesialkompetanse i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. For godkjent takstkompetanse A9, psykomotorisk fysioterapi, kreves sertifisering fra NFF/HOD.

Profesjoners kunnskapsbase består av både teoretisk og praktisk kunnskap, og en må anvende kunnskap fra mange ulike kilder i den praktiske utførelsen av faget (Grimen, 2008a).

Profesjonell kompetanse innebærer taust kunnskap, som kan være vanskelig å sette ord på (ibid). Som fysioterapeut må en kunne kommunisere med pasienten, strekke seg for å forstå pasientens livsverden, ha ferdigheter som skal til for å gjøre en god kroppsundersøkelse, sortere faktorer som har betydning for pasientens helse. Dette innebærer en rik kunnskapsbase (Grimen 2008a, s.73). Årsaken til mangfoldigheten ligger i at utøvelsen har et praktisk mål. Grimen (ibid) skriver: «Et mulig og kanskje fruktbart perspektiv på profesjonskunnskap kan være at det dreier seg om meningsfulle helheter som ikke nødvendigvis er godt teoretisk integrert. Meningsfulle sammenhenger kan bli skapt på andre måter enn gjennom teoretisk integrasjon.» Det er kravene en møter i den praktiske hverdagen i utøvelsen av faget som er med å bestemme hva som blir meningsfulle sammenhenger, eller «*praktiske synteser*», som Grimen kaller det. Igjen peker dette på at kunnskapen som skal til for å utøve PMF innebærer kunnskap fra mange kilder og ulike fagområder. Kunnskapen er sammensatt av heterogene elementer og er teoretisk fragmentert. Sammenhenger i fagets utøvelse, sier Grimen (2008a), blir skapt gjennom krav som den praktiske utøvelsen stiller framfor gjennom teoretisk integrasjon. Med dette som grunnlag er det lett å se at litteraturen om PMF bygger på teori flere ulike perspektiver, både samfunnsvitenskapelige, humanistiske og naturvitenskapelige fag, og benytter seg av mange læreformer, praktiske og teoretiske.

Profesjonsutøvelse innebærer en asymmetrisk relasjon, der klienten/pasienten søker den profesjonelles kunnskap og kompetanse (Terum & Grimen, 2008, s. 9). Pasienten må ha tillit til at terapeuten besitter relevant og tilstrekkelig kunnskap. Den profesjonelle, her terapeuten, er avhengig av tillit fra myndighetene, samfunnet og pasienten, og kvaliteten på utøvelsen er viktig for å oppnå legitimitet (ibid).

I en fysioterapi praksis er det fysioterapeuten som er på kjent grunn, er «hjemme», og da også bestemmer bruken av rommet og hva som vil skje, når og hvordan (Thornquist, 1991). Pasienten er i en utsatt posisjon. Med andre ord, det er i hovedsak terapeutens ansvar å skape en situasjon og en relasjon hvor pasienten kan kjenne seg komfortabel og trygg. I en samtale kan imidlertid pasienten velge hva han/hun ønsker å snakke om, men med kroppen kan en ikke velge på samme måte. I undersøkelse og behandling i PMF er da pasienten mer i terapeutens nåde enn omvendt (Thornquist, 2006).

2.2. Psykomotorisk fysioterapibehandling – om grunnlagstenkning og hva behandlingstilnærmingen handler om

Psykomotorisk fysioterapi (PMF, også omtalt som norsk psykomotorisk fysioterapi,) er en behandlingsform for pasienter med muskel- og skjelettplager og/eller psykosomatiske plager. Den ble først utviklet av fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen i samarbeid med psykiater Trygve Braatøy på 1940- og 50-tallet. PMF bygger på forståelsen av at fysiske, psykiske og sosiale belastninger påvirker kroppen som en funksjonell enhet, som igjen påvirker muskelspenninger, respirasjon, kroppsholdning, balanse og fleksibilitet (Thornquist & Bunkan, 1986; Øvreberg & Andersen, 1986). Det er del av grunnlagstenkningen at det er et sirkulært samspill mellom følelser, pust, muskelspenninger, holdning, bevegelser og autonome funksjoner (Thornquist & Bunkan, 1986). I PMF vurderer terapeuten pasientens ressurser utfra disse forholdene sammen med pasientens sykehistorie og reaksjoner på en omfattende kroppsundersøkelse. Bevissthet om egen kropp anses som grunnleggende for å oppleve, akseptere og dermed gjøre seg kjent med egne kroppslige reaksjoner, for dernest eventuelt å kunne endre dem (Øien, Råheim, Iversen, & Steihaug, 2009). At kropp og følelser, kropp og liv er sammenvevde og nedfelt i kroppslige og vanemessige spennings-, reaksjons- og handlingsmønstre er i senere tiår knyttet tydeligere til en fenomenologisk kroppsforståelse (Engelsrud, 2001; Sviland et al., 2012; Thornquist, 1991, 2006; Øien, 2010).

Den psykomotoriske undersøkelsen har som mål å beskrive pasientens kroppsholdning, bevegelses- og muskulære spenningsmønstre i ulike stillinger: sittende, stående, rygg- og fremliggende stilling (Gretland, 2007, s. 95-96). Holdning kan, slik Braatøy argumenterte for, ses som et resultat av hvordan vi har blitt møtt og lever våre liv, og har en dobbel betydning i hans tenkning: Kroppsholdning og attityde/innstilling (Sviland et al., 2012). Med undersøkelsen som basis beskrives hvordan pasienten gir etter for tyngdekraft og lar seg bevege av terapeuten, og terapeuten danner seg et inntrykk av pasientens respirasjon og autonome funksjoner og reaksjoner i situasjonen. Terapeuten ønsker å få innblikk i pasientens opplevelse av situasjonen – følelser, tanker og assosiasjoner. I undersøkelsen og senere i behandlingen oppfordres pasienten til utforske hvilke måter hun vanligvis beveger seg på, og slik å bli bevisst på sin vanemessige væremåte og gjennom det lære om seg selv (Thornquist, 1991). Gjennom behandlingen ønsker en å bidra til at pasientens kroppsliggjorte erfaringer

blir legitimert, og er utgangspunkt for læring og erkjennelse. Pasientens egne erfaringer får status som relevante, og peker mot at terapeuten og pasienten sammen, i en terapeutisk relasjon, utforsker mulige sammenhenger og årsaksforhold knyttet til pasientens plager (ibid).

En form for endring og omstilling er oftest et mål for terapi (Gretland, 2007, s. 97). Gretland skriver:

«Omstillende behandling kjennetegnes blant annet av at pasientens kroppslige selv regulering utfordres ved at selvbeskyttelse, vanemessige bevegelser og væremåter utfordres og kroppslige forsvar svekkes gjennom endringer i muskulære spenninger og pustemønstre» (2007:88).

Hvilke aspekter hos personen omstillingen handler om er individuelt, dog innebærer det alltid på ulikt vis og i ulikt monn, å arbeide med pust og vanemessige muskelspenninger.

Omstillingen skjer helst gradvis gjennom tilpasning og utvikling hos pasienten (Gretland, 2007). I PMF litteratur (Thornquist & Bunkan, 1986; Øvreberg & Andersen, 1986) brukes begrepet «omstilling av respirasjon». Endring av holdning skjer som følge av kombinasjonen omstilling av respirasjon og endring av muskelspenninger. Den ideelle respirasjon er spontan – den har omstillingsevne (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 45). Det vil si at respirasjonen endrer seg i takt med de utfordringene en møter i dagliglivet (Øvreberg & Andersen, 1986). Pusten slippes til framfor å holdes tilbake. Det innebærer for eksempel at det skjer en endring av respirasjonen til mer basal i overgangen fra sittende til liggende stilling, eller at det blir respiratorisk medbevegelse på samme sides thorax når armen strekkes (Thornquist & Bunkan, 1986).

Omstillingsevne er pasientens mulighet og potensial for endring. Det er gjerne dette potensialet PMF-undersøkelsen fokuserer på, framfor pasientens «svakheter», som spenninger og blokkeringer (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 16). Omstilling krever tid, og inneholder flere faser (Øvreberg & Andersen, 1986). Den avhenger av pasientens delaktighet og bevisstgjøring. Pasienten må gi seg hen til endringsprosessen (Øvreberg & Andersen, 1986), som innebærer en fysisk og mental prosess i en bred forstand (Thornquist & Bunkan, 1986). Omstillingen kan gi holdningsendring, bedret kroppsfornekkelse og økt behov for å bevege

seg (Øvreberg & Andersen, 1986). Den kan også innebære å tørre å kjenne på tilbakeholdte følelser når spenninger i kroppen blir mer balansert, da en også vet at ved muskelspenninger holdes følelser tilbake (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 17).

PMF søker å omstille pasienten til et mer hensiktsmessig bevegelsesmønster, gjerne mindre belastende enn det hun/han hadde (Gretland, 2007, s.97-98). Hva som er hensiktsmessig kan ses fra flere perspektiver. Biomekanisk sett finnes det lover for hva som er mest hensiktsmessige bevegelser og stillinger. I et fenomenologisk perspektiv ser en kroppslig væremåte og bevegelsesmønster som hensiktsmessig ut fra personens erfaringer, ressurser og situasjon (Gretland, 2007, s. 98). Hva som er hensiktsmessig utfra kulturelle normer og verdier, utfra sosial tilpasning og emosjonell tilstand kan stå i kontrast til de biomekaniske kunnskaper om ideelle forhold for tyngdekrefter i kropp og bevegelse (ibid).

Fysioterapi er alltid en relasjonell virksomhet (Gretland, 2007, s. 95). For å danne seg et inntrykk av pasienten, bruker terapeuten hele seg. Han/hun observerer utgangsstillinger og bevegelser, beveger, berører og kjenner med egne hender, samtidig som han/hun er i dialog med pasienten (Gretland, 2007, s. 96). Konklusjonen på undersøkelsen er da et resultat av det terapeuten har observert, hvordan pasienten fremtrer i situasjonen og meningsutvekslingen mellom terapeut og pasient. Gretland (2007) understreker at undersøkelsens hensikt peker mot at terapeuten må inneha en forståelse av kroppens tvetydighet, og veksle mellom ulike perspektiver. PMF vektlegger altså at kroppen som levd kropp, og kroppslige uttrykk avhenger av ulike mekanismer og sammenhenger. Vi har en biologi som utgangspunkt, noe av vårt kroppslige potensiale og uttrykk er genetikk. Sykdom og skader kan dessuten være resultatet av fysiske belastninger. Våre vaner og kroppslige uttrykk utvikles fra sosialt liv, som et resultat av selvutvikling og dermed identitetsutvikling. Fra livets spede begynnelse lærer vi gjennom kroppen. Vi utvikler vanemessige måter å omgås verden utfra de erfaringer vi gjør oss, og identiteten vår blir knyttet til vår væremåter og vaner. Våre kroppslige væremåter og vaner er formet via deltakelse i sosiale fellesskap og praktiske aktiviteter, og bærer slik kulturell og sosial kunnskap i seg (Gretland, 2007). Kroppen er en biologisk organisme, samtidig som den er erfarende, meningsbærende og sosial (Gretland, 2007; Råheim, 1994; Thornquist & Bunkan, 1986). Kroppen har mange betydninger, og som terapeut er utfordringen å gripe dette mangfoldet på meningsfylt vis i møte med og

behandling av pasienter. Hvis ens vaner blir til hinder for en selv, kan det være hensiktsmessig å arbeide med endring/omstilling (Gretland, 2007, s. 99). Terapeuten må følgelig ha kunnskap om ulike teoretiske perspektiver på kropp og bevegelse, samt ha den kyndighet som skal til, som til sammen bidrar til å skape en helhetlig forståelse av pasienten og hans/hennes helseproblematikk (Gretland, 2007). Med det menes at terapeuten må ha fokus på pasienten i vid forstand, være på vakt for den minste reaksjon fra pasienten, se, lytte og føle (Øvreberg & Andersen, 1986, s. 12). Vesentlig for undersøkelse og behandling er at terapeuten er oppmerksomt tilstedeværende, har innlevelse og er deltakende i det som skjer der og da i situasjonen (Gretland, 2007). En del av grunnlagstenkningen i psykomotorisk fysioterapi er altså at behandlingens resultater hviler på kompleks forståelse av kropp, helse og sykdom, på den spesifikke kroppslige tilnærmingen behandlingen representerer, på terapeutens faglige og personlige kompetanse bundet sammen med den terapeutiske relasjonens kvalitet (Øien et al 2011). Også terapeuten er avhengig av å lære gjennom egen kropp, ikke bare pasienten.

3. METODE

3.1. Valg av metode og forskningsdesign

Egenbehandling er, i likhet med mye annet innen psykomotorisk fysioterapi, lite beskrevet og begrunnet. Jeg har derfor valgt en kvalitativ tilnærming til dette fagområdet. Kvalitative metoder er også svært godt egnet der kunnskapsgrunnlaget er lite, hvor det er særlig viktig å få fram særtrekk og egenart (Malterud, 2011). I denne masteroppgaven har jeg valgt et kvalitativt, retrospektivt intervju-design. Dette er en egnet metode når målet er å få frem hva mennesker forteller om sine opplevelser og erfaringer, utdype og klargjøre hva de selv opplever som meningsfylt og hvordan de reflekterte og tenkte rundt erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg ønsker å forstå psykomotoriske terapeuters opplevelser og erfaringer med å gå i EB som student, med fokus på hva dette gjør for deres egenutvikling, terapeutisk utvikling og kunnskap om faget.

3.3.1. Retrospektivt design

For å få med hele behandlingsforløpet til studentene har jeg valgt å intervjuere deltakere i studien ett til tre år etter avsluttet behandling. Jeg så det som hensiktsmessig at det ikke hadde gått mer enn tre års siden behandlingen. Dette for at detaljer om behandlingen går tapt med tiden hvis det er for lenge siden. I den sammenheng kan en si at tre år er ganske lang tid, samtidig som at det har gått noe tid siden behandling ble avsluttet også kan bidra til at deltakerne i større grad er i stand til å løfte blikket og se hva EB-en har gitt av vesentlige erfaringer og endringer, i et retrospektivt perspektiv.

3.1.2. Det kvalitative forskningsintervjuet

Målet med studien var å bringe fram hva et behandlingsforløp i EB for studenter i psykomotorisk fysioterapi kan innbefatte, og først og fremst hvilke erfaringer og kunnskaper det ga studentene. Utgangspunktet var at dette ikke var beskrevet tidligere, og at en da ikke vet om det samsvarer med intensjonen for EB. Jeg som forsker var ute etter studentenes erfaringer, innsikter og refleksjoner. Valget av individuelle forskningsintervjuer var sakssvarende med tanke på type kunnskap jeg var ute etter.

Formålet med intervjuene er å produsere kunnskap gjennom samtale om emner som både interesserte forsker og den intervjuede, «Inter Views», som Kvale og Brinkman (2009, s. 22-23) kaller det. Intervjuet er en verbal utveksling ansikt til ansikt mellom intervjuer og intervjuede (Mishler, 1986). Intervjuer forsøker å lokke frem erfaringer, informasjon og meningsyttringer fra den intervjuede om et spesifikt tema eller fenomen (ibid). Det kvalitative intervjuet er egnet til å forstå det valgte temaet fra den intervjuedes perspektiv, og har som mål å fortolke meningsinnholdet i sentral tematikk fra deltakernes livsverden (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 47-49). Et av intervjuets styrker er at det bl.a. fanger opp nyanser og flertydighet osv. i intervjupersonenes erfaringer og oppfatninger av det valgte temaet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 49-50).

Det semi-strukturerte intervjuet innebærer en halvfast struktur, som likevel bærer preg av å være en samtale mellom intervjuer og intervjuede (Tjora, 2010). Mitt perspektiv gjorde at jeg ønsket å bruke semi-strukturert intervju. Denne type intervju gir mulighet til i detalj å forfølge forskjellige retninger de ulike intervjuene tar, utfra åpne spørsmål stilt i intervjuet (Britten,

2006). Samtidig forfølges sentrale sider ved tematikken underveis. Som intervjuer er målet å lede intervjuede «frem til bestemte temaer, men ikke til bestemte meninger om dem» (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 50)

For intervjusituasjonen er det viktig med tillit og fortrolighet (Thagaard, 2009). Jeg la til rette for at deltakerne skulle føle seg trygge, ved å finne et sted det passet deltakerne å møtes, ha med noe og spise og drikke, småsnakke innledningsvis, gjenta hva som var hensikten, vise til at intervjuene ville bli anonymisert, og på den måten skape en tillitsfull ramme for intervjuet. Jeg brukte åpne spørsmål, for å gi rom for deltakernes egne ord og fortellinger. Jeg fokuserte på å være «naiv», oppmerksom, lyttende og bekreftende, samt å stille oppfølgingsspørsmål utfra det de intervjuede vektla. Jeg var oppmerksom på det som ikke ble verbalisert, og la merke til ansiktsuttrykk, kroppsspråk og stemmeleie slik at jeg kunne tilpasse oppfølgingsspørsmål i tråd med dette. Jeg hadde fokus på å unngå det generelle, men heller å stille spørsmål rundt deltakernes konkrete erfaringer.

I forkant av intervjuene hadde jeg oppfordret deltakerne til å lese loggen sin fra EB og ellers generelt tenke på opplevelser fra EB. Under intervjuene brukte jeg en intervjuguide (vedlegg 2). Denne inneholdt emner som skulle dekkes og forslag til spørsmål. Jeg oppfordret til å snakke spontant ut fra det som dukket opp underveis, og gjerne fortelle om konkrete hendelser. Innledningsvis i intervjuet stilte jeg spørsmål om den praktiske gjennomføring av EB. Dette førte til at deltakerne naturlig begynte å snakke om temaer som var sentrale i intervjuguiden. Deltakerne fortalte om historier fra behandlingen, om forhold til terapeuten, hva de hadde tatt med seg videre i sitt virke som terapeut osv. Noen emner i intervjuene var vanskelig å konkretisere. Da kunne jeg stille spørsmål som «*Kan du si noe mer om hvorfor du trengte det?*» Likevel ble noen beskrivelser hengende ved det generelle, der deltakeren ikke helt visste hvordan de skulle beskrive opplevelsene.

3.2 Utvalg

Studiens forskningsmateriale baserer seg på et strategisk utvalg av deltakere. Det innebærer at deltakerne er valgt utfra at de har egenskaper og erfaringer som er relevante for å belyse problemstillingen (Thagaard, 2009). Det vil si at det er et ønske å finne deltakere som kan uttrykke seg på en reflektert måte om det aktuelle temaet (Tjora, 2010), og som i mitt tilfelle har erfaring med EB i ramme av PMF og under sin utdanning.

Personene som er intervjuet i studien, omtales i oppgaven som deltaker, intervjuede og student, men kan også være terapeut og pasient. Det er derfor viktig å se sammenhengen det er skrevet i. Fysioterapeuten som intervjuede gikk til behandling hos, omtales i størst mulig grad som Terapeuten, dette for å skille behandlende terapeut i disse tilfellene fra når det snakkes om studentens rolle som terapeut og i generelle trekk om terapeutrollen. Den psykomotoriske fysioterapibehandlingen som deltakerne har vært gjennom omtales som egenbehandling (EB) eller som behandling.

3.2.1. Rekruttering

Jeg prøvde flere ulike måter for å komme i kontakt med tidligere studenter. Jeg kontaktet studieledere på utdanningene i UiT og HiOA, men lyktes ikke med å få tilgang til tidligere studentlister. Studielederne tipset om at studenter gjerne vet hvem av medstudentene som kan ha noe å si om EB. Dette temaet er etter lærernes erfaringer, gjerne temaer studentene diskuterer seg i mellom. Jeg fikk formidlet kontakt til potensielle deltakere via studenter fra uteksaminerte kull. Jeg sendte først ut informasjonsskriv, informert samtykke og frankert returkonvolutt, totalt syv henvendelser. To takket nei, en svarte ja og fire svarte ikke. Personen som takket ja tok jeg kontakt med på telefon og avtalte intervju.

I neste runde ble en form for «snøballmetode» brukt. Snøballmetoden innebærer at en benytter seg først av noen få personer som har egnede kvalifikasjoner eller erfaringer, for så å be disse personene om navn på andre med tilsvarende egenskaper (Thagaard, 2009). Min medstudent kontakten en kollega. Kollegaen informerte om studiet og mottok informasjonsskrivet. Pga. hennes bosted kunne hun ikke inkluderes i studien, men hun informerte medstudenter som kunne ha noe å si om EB, og to takket ja til deltakelse. En av disse satte meg så i kontakt med en medstudent som hun tenkte hadde noe å bidra med. Snøballmetoden kritiseres for at det kun blir deltakere fra et nettverk (Thagaard, 2009), men mine to studenter rekrutterte deltakere fra ulike nettverk, slik at deltakerne i studien kommer fra to ulike nettverk. Rekrutteringen foregikk høsten 2012. Etter at fire hadde takket ja til å delta, ble rekrutteringen avsluttet. For de tre første som takket ja til å delta, ble avtale om intervju gjort umiddelbart. Mengden data fra disse tre intervjuene førte til at jeg kontaktet den fjerde personen og informerte om at hun ikke ble inkluderte i studien, og forklarte årsaken. I løpet av rekrutteringsprosessen ble ni personer spurt om å delta, to menn og syv kvinner.

3.2.2. Kriterier for inklusjon og eksklusjon

Inklusjonskriteriet var at deltakerne hadde fullført videreutdanningen maksimum tre år før intervjuet ble foretatt. Det var ingen krav til alder eller kjønn, eller hvilket lærested de var utdannet ved. Jeg ønsket å intervju personer jeg ikke kjente fra før, da jeg vet at en kan komme innpå personlige erfaringer med tanke på temaer i intervjuet. Av økonomiske grunner var jeg avhengig av at personene bodde innenfor visse regioner av landet. Dette var med å avgrense hvem som kunne delta. Jeg hadde til hensikt å rekruttere både kvinner og menn. De mennene som ble kontaktet svarte ikke på henvendelsen.

3.2.3. Utvalget og dets størrelse

Størrelsen på utvalget i en kvalitativ studie er ikke bestemt av faste regler (Kvale & Brinkmann, 2009). Kriterier som avgjør størrelsen er dybden og lengden på intervjuene, og hvor mye som er mulig for forskeren å gjennomføre (Thagaard, 2009). Blir materialet for omfattende for forskeren, vil kvaliteten på analysen lett forringes. Hvor mange deltakere som skal til for å gi et godt svar på forskningsspørsmålet avhenger av kompleksiteten i problemstillingen, hvor dekkende det strategiske utvalget er og hvor godt intervjuene fungerer som kilde til kunnskapsutvikling (Malterud, 2011). Med disse kriteriene blir ikke antall deltakere det viktigste for kvaliteten på datamaterialet.

I min masteroppgave ble antall deltakere og lengden på intervjuene begrenset av den tiden jeg hadde til rådighet, og at materialet ikke måtte bli større enn at det var håndterbart. Jeg planla derfor å intervju fra to til fire personer. Da tre intervjuer var gjennomført anså jeg datamaterialet til å være såpass innholdsrikt at jeg fant det viktigere å arbeide grundig med analysen framfor å øke antall intervjuer.

Utvalget består av tre kvinner som er utdannet psykomotoriske terapeuter. De avsluttet utdanningen i perioden 2010-2012, er i alderen 30-50 år og har hatt 20 EB i løpet av en periode på rundt et år. Deltakerne bor i tre ulike fylker.

3.3. Produksjon av forskningsmaterialet

3.3.1. Forberedelser til intervju

Intervjuguiden inneholdt sentrale temaer og konkrete spørsmålsformuleringer, i tråd med Kvale og Brinkmanns (2009) anbefalinger. Guiden er ment som en veileder, og skal ikke følges slavisk. Guiden (vedlegg 2) jeg utarbeidet var en del av forberedelsene til å gjennomføre intervjuene. Intervjuguiden inneholdt spørsmål basert på min forforståelse av hvilke temaer som kunne være relevante for å besvare problemstillingen. Den ble presentert på et mastergradsseminar, hvor jeg fikk kommentarer. Jeg gjorde et prøveintervju for å få intervjuguiden mer under huden, og forbedre den. Jeg leste også om intervjuteknikk og bedret mine kunnskaper om terapeutisk utvikling, om taus og erfaringsbasert kunnskap og om PMF, samt om personlige beretninger om terapiprosesser.

3.3.2. Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble avtalt pr telefon, og gjennomført uken etter. Jeg møtte en deltaker på hennes kontor, de to andre intervjuene foregikk hjemme hos deltakernes familie. Jeg hadde med noe å spise og drikke. Alle intervjuene ble foretatt i løpet av to uker. Årsaken til at de ble så tett i tid var delvis at det hadde drøyd med å få ta tak i deltakere, at alle tre sa ja på omtrent på samme tid, og at alle forslø tidspunkt for intervju i samme tidsperiode. Av denne grunn fikk jeg lite tid til å bearbeide data fra et intervju før neste, og følgelig heller ikke i særlig grad mulighet til å justere retningen intervju spørsmålene eller forbedre intervjuteknikk, noe Malterud (2011, s. 97) skriver er nyttig. I etterkant ser jeg at mer tid mellom intervjuene ville gjort meg bedre rustet til å gjennomføre neste intervju.

Intervjuguiden ble fulgt fritt, dvs. at jeg ikke brukte den oppsatte rekkefølge av større tema, men jeg forsøkte å stille spørsmål ut fra hvilke temaer vi kom innpå i intervjuet. Som intervjuer hadde jeg fokus på å la deltakerne få snakke fritt om de temaene som kom opp. Som lytter var det krevende til en hver tid å vite hvilken dimensjon av samtalens innhold jeg skulle følge opp. For å klare dette var kunnskap om intervjutema til god hjelp, samt å ha problemstillingene i bakhodet. Midtveis i intervjuene hadde vi en pause. I pausen kunne jeg

danne meg en oversikt over hvilke temaer som i mindre grad var belyst. Det ga utdyping og flere nyanser.

Avsatt tid til hvert intervju var 90 minutter. Det var tilstrekkelig til å snakke om de aktuelle temaer, men alle intervjuene kunne ha vart lenger. Deltakerne oppfordret meg til å ta kontakt pr telefon om jeg trengte mer informasjon og de var også villige til å stille opp til andregangsintervju. Kvaliteten på opptakene var gode, og innholdet i intervjuene var godt dekkende for problemstillingene. Deltakerne fikk også beskjed om at de gjerne kunne ta kontakt senere, om de kom på noe mer de ønsket å meddele, men det var det ingen som gjorde.

Jeg tok imidlertid kontakt med deltakerne for å høre hvordan de hadde opplevd intervjusituasjonen og jeg fikk samstemt tilbakemelding på at det hadde vært spennende og lærerikt å delta. Det hadde gitt nye perspektiver på hva EB hadde betydd for dem.

3.3.3. Intervjuopptak

Jeg valgte å bruke av lydbånd, en digital diktafon, under intervjuene. Lydbånd gir mulighet til å konsentrere seg om intervjuets emner, som å lytte aktivt og ta inn det som blir sagt og ikke sagt (Thagaard, 2009). Lydopptaket bevarer alt som sies, tonefall og pauser (Kvale & Brinkmann, 2009). Lydopptak kan imidlertid gi et formelt preg, og være et hinder for den gode samtalen (Thagaard, 2009). Et av intervjuene var preget av nervøsitet innledningsvis. Om det hadde hjulpet å skru av båndopptaker vites ikke. Jeg anså det som for krevende kun å bruke notater underveis, det ville redusert mengden data og det hadde vært vanskelig å konsentrere seg nok om samtalen. Videoopptak kan også brukes ved intervju, da bevares også det mellommenneskelige spillet og kroppsspråket (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg anså bruk av video som en vel krevende prosess, for egen del og for deltakerne. Det vesentlige for min oppgave var det som ble sagt.

Jeg tok ikke notater i vanlig forstand underveis i intervjuene, men noterte kun små stikkord om emner deltakerne kom innpå som jeg ønsket å spørre mer inntil senere. Siden notater underveis kan være et hinder for at samtalen flyter godt (Thagaard, 2009), valgte jeg derfor

heller å notere i etterkant av intervjuet. Kort tid etter hvert intervju skrev jeg ned hovedinntrykket av intervju, hvordan jeg hadde opplevd situasjonen og hva jeg opplevde var hovedtematikken. Notater, huskelapper og memoarer anbefales å skrives ned under hele forskningsprosessen, både som del av forskningsmaterialet og som refleksjon over forskningsprosessen (Flick, 2009). I mitt arbeid var notatene et bidrag til refleksjon og analyseprosessen og fungerte som en verdifull kontekst for senere analyse.

Opptakene ble overført til en minnebrikke og kunne da høres via lydanlegg. Kvaliteten på opptakene var gode. På to av opptakene var det lett å høre alt som ble sagt, mens på det siste snakket intervjupersonen noe lavt. Sett i etterkant kunne jeg bedt henne snakke høyere, men det kunne ha stresset deltakeren, og om dette er hennes vane ville hun glidd tilbake til et lavt volum.

Oppbevaring av datamaterialet, minnebrikke med lyd- og dokumentfiler og papirmaterialet ble oppbevart innelåst i et arkivskap på min arbeidsplass som kun jeg har tilgang til.

3.4. Analysen

Analysen består av flere dels overlappende steg. Analysen ble gjennomført med inspirasjon fra Tjora (2010) og Malterud (2011) sine analysebeskrivelser.

3.4.1. Begynnende analyse inkludert transkripsjon

Analysen startet med innsamling av materialet og fortsatte helt til resultatet forelå. Selve intervjuene ble første skritt i analysen, siden jeg begynte en fortolkning av det intervjuede sa, og notater fra intervjusituasjonen ble altså skrevet ned. Jeg lyttet så til intervjuene på lydbånd og skrev ned hovedinntrykket. Deretter ble transkripsjonen gjennomført som også satte meg detaljert inn i materialet, og senere bearbeidet jeg det muntlige språket i transkripsjonene til utsendelse. I dette arbeidet fortolkes også det som intervjuede sier og meningsinnholdet hentes fram, gjennom tekstens betydning og språklige form (Kvale & Brinkmann, 2009).

I forkant av transkripsjonen lyttet jeg gjennom opptakene og skrev ned hovedinntrykk fra intervjuene og stemningen jeg opplevd når jeg hørte intervjuene. Dette for å få et overblikk av materialet fra et fugleperspektiv før jeg beveget meg inn på et mer detaljert nivå og stod i fare for å miste noe av oversikten.

«Transkripsjon er kort sagt svekkede, dekontekstualiserte gjengivelser av direkte tale» (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 187), og innebærer en fortolkning av intervjuet. En transkripsjon er en delvis framstilling av talen, den vil alltid være transformert, og den inkluderer deler av talen og utelater andre deler (Mishler, 1986). Transkribering av intervjuene var nøysomt og tidskrevende arbeid som krevde lytting og atter lytting. Skriftspråk er noe annet enn tale: For eksempel tilføyes komma og punktum, og når disse settes gjøres noe med det som uttrykkes (Kvale & Brinkmann, 2009).

Jeg utførte transkripsjonen selv. En av fordelene med det er at jeg da i mindre grad mistet visuelle ledetråder og informasjon om stemningen (Tjora, 2010). Transkripsjonen var nyttig og interessant, for jeg ble godt kjent med materialet. Ved transkripsjonen tok jeg utgangspunkt i at den skal brukes til analyse. Samtidig kunne jeg ikke vite hva som ville være nyttig på detaljnivå eller hva som ville bli de mest sentrale temaene i analysen, og jeg forsøkte derfor å være nokså detaljert i transkriberingen. Jeg brukte tegnsetting etter *Transkripsjonskonvensjoner* beskrevet i Kvale og Brinkmann (2009, s. 190-191). Jeg tegnfestet når ord ble dratt ut, og når noe ikke har latt seg transkribere. Jeg noterte hvis jeg gjorde en fri tolkning av noe som var vanskelig å høre. Jeg skrev ned alt som ble sagt, og i tillegg lyder som kremt, sukk, fnis. Jeg tok i stor grad med bekræftende svar som «mm», som ble brukt mye for å holde flyten i samtalen. Når intervjupersonen snakket dialekt skrev jeg på dialekt. Ved å skrive på dialekt, skrive korte eller lengre pauser, latter, kremting osv., opplevde jeg at et hovedinntrykk av stemningen fra intervjusituasjonen ble bevart. Slike tegn, for eksempel hvis en deltaker fniste eller lette etter ord, kunne for eksempel styrke inntrykk av usikkerhet eller at temaet var vanskelig å snakke om. I transkripsjonen er alle navn som kan identifisere personer fjernet. To av intervjupersonene har fått tilsendt transkripsjon etter språkvask og tekniske tegn er fjernet, og intervjuene ble skrevet om til bokmål. Alle intervjuene er på 90 minutter, et par minutter mer eller mindre, og de utgjør fra 31 til 40 siders tekst.

3.4.2. Foreløpige temaer

Jeg både hørte og leste gjennom for å danne meg et helhetsinntrykk av hva hvert intervju handlet om, før jeg gikk på tvers i materialet. Utfra det skrev jeg ned temaer som intervjuene vekket hos meg. Dette var *foreløpige temaer*, merket FT. I arbeidet med dette stilte jeg meg

spørsmål som: Hva er det umiddelbare jeg ser? Hva kjennetegner intervjuet? Hva husker jeg fra intervjuet? Hva gjorde inntrykk? Hva er det mest interessante her? (Tjora 2012, s. 178). Oversikten *foreløpige temaer* i hvert intervju ble brukt videre i prosessen for å beholde helhetsperspektivet.

3.4.3. Koding (A (intervju 1), B (intervju 2) eller C (intervju 3))

Jeg benyttet meg av Tjora (2012) sin beskrivelse for koding. Jeg gikk inn og så hva hver enkelte del av teksten handlet om. Jeg var detaljert og hele materialet ble kodet. Dette innebar en systematisk gjennomgang av materialet linje for linje. Ved bruk av penn og linjal, delte jeg tekstene inn i små enheter. I marginen skrev jeg ned ord og uttrykk som beskrev det mindre utsnittet eller avsnittet, samt koden (eks. A1).

Denne kodingen sa i stor grad noe om hva informanten snakket om, kodene sa noe om generelle temaer som intervjuet handlet om. Denne type koding kritiserer Tjora (2013, s. 181-182). Dette fordi kodingen sier lite *hva* informanten sier. «Vi må derfor hele tiden tilbake til intervjuteksten for å kunne komme videre til neste trinn i kodingen, og da blir det et spørsmål om kodingen egentlig bidrar nok i analysen» (ibid). Jeg kodet derfor materialet en gang til, og da mer tekstnært. Dette førte til at kodingen ble svært detaljert. Jeg hadde i intervju: A 170-, B 143- og C 131 koder. Et stort antall koder egner seg ikke for sortering av data, men beskriver mer i detalj hva som kommer fram i intervjuene og peket ut viktige aspekter til videre analyse (ibid). Med FTene og problemstillingen i bakhodet gikk jeg gjennom kodene og slo sammen koder der jeg så at meningsenhetene hang tett sammen og fjernet koder som var helt irrelevante i forhold til problemstilling, det ble så A65 koder, B82 koder og C120 koder. Dette innebar også meningsfortettinger – en forkortelse av intervjupersonens uttalelser til kortere formuleringer (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg forsøkte å lese så fordomsfritt som mulig og tematisere uttalelsene fra deltakerens synsvinkel. Temaene og organisering endret seg også utfra at min forståelse av materialet gradvis utviklet seg.

3.4.4. Kategorisering av koder (A, B, C) til temaer (T)

Det store antallet koder gir ikke mulighet til å lage en hovedstruktur for analysen (Tjora, 2013, s. 185). Kategoriseringen innebærer å samle kodene som er relevante for problemstillingen i grupper (ibid). Jeg kunne i dette arbeidet utelukke nye koder som ikke var

relevante for problemstillingen. Jeg laget kategorier (K) som dekket alle intervjuene. Kategoriene var svar på problemstillingen, men med utgangspunkt i empirien. Dette ble 25 kategorier (K1-K25). Jeg kategoriserte kodene (A1-65 koder, B1-82 koder og C1-120 koder) under de 25 kategoriene, men behandlet fortsatt intervjuene hver for seg. Dette for også å beholde det særegne ved hvert intervju. Kodene kunne tidvis passe under flere kategorier. Jeg valgte da å la koden stå under flere kategorier. Det var en kontinuerlig prosess under hele analysen å avveie hvilken kategori kodene hørte mest til. Prosessen innbar også at jeg stadig måtte bevege meg tilbake til transkripsjonene.

Kategoriene ble utarbeidet utfra disse temaene i intervjuene:

Intervju A: «Fikk innblikk i ”nye” sider hos seg selv», «Forventninger til EB», «Endring og prosess», «Oppdage mindre gode sider», «Forstå at en bør endre for så å jobbe med endring», «Tankene jobber hele tiden med prosessen» og «”Ting” blir sett i sammenheng».

Intervju med B: «Betydningen av å kjenne det på egen kropp», «Omstillingen behandlingen ga henne» og «Terapeutens væremåte».

Intervju med C: «EB gir erfaring til å forstå hvilken prosess pasienter skal gjennom», «EB gir evne til å forstå sammenheng tanke-følelse-kropp» «Ga henne en ny forståelse av seg selv», og «Gjorde henne mere trygg, mindre preget av angst».

3.4.4. Hovedtemaer (H) fra intervjuene – sammenfallende kategorier

Denne delen av analysen handlet om å sammenfatte innholdet i datamaterialet til en helhet. Dette stadiet av analyseprosessen skiller seg fra Tjora (2013, s. 185-186) sin metode. Der han beskriver at kategorier blir til hovedtemaer, arbeidet jeg fram hovedtemaene på en litt annen måte. Kategoriene var delvis overlappende. Ved å gå flere runder gjennom disse sammen med problemstillingen som retningsgivende og atter lesing av intervjuene, kom disse hovedtemaene fram: «Situasjonsinnsikt og ferdigheter som erverves via EB for å kunne anvende teoretisk kunnskap adekvat.» «Situasjonsrelatert dømmekraft.» «Integrering av teori i praksis.» «Forstå teori gjennom praksis.» «Betydningen av å være i pasientrollen.» Alle beskrev at EB ga dem en annen og dypere forståelse av faget/PMF enn det undervisning ga, men det var vanskelig å si helt konkret hva det var. Utfra dette arbeidet diskuterte jeg meg, sammen med veileder, fram til fem hovedtemaer(H):

«H1: Kunnskap om meg selv basert på egenutvikling, med undertemaene Selvførståelse, Endring og Kroppslige reaksjonsmønstre», «H2: Om det å være pasient i PMF med undertemaene tillit og maktrelasjon og bidrag til utvikling som terapeut», «H3: Kunnskap om utøvelsen av PMF - Terapeuten som modell», «H4: Basis i læring på egen kropp - Forhold teori – praksis», «H5: Forvalter en integrert kunnskap – om helhet, blick og grep».

3.4.5. Fra hovedtemaer til kjernetemaer, fra kode til mening

I dette arbeidet var jeg inspirert av Malterud (2011, s. 104-107) og hennes tredje analysetrinn: *Kondensering - fra kode til mening*. I arbeidet med kategorier og koder til hovedtemaene, som nå foregikk på tvers av intervjuene, endret stadig hovedtemaene seg. Til hovedtemaene skrev jeg ned hvilke assosiasjoner tittelen ga, som var en hjelp til å se etter overlapping, til flere runder med å sortere kategorier og koder. Det ble tydelig at H3 og H5 overlappet. Videre viste så H4 og H3 seg også å overlappe. H3 ble så til: «Kunnskap om terapeutrollen og PMF behandling via EB». Det stod altså tre kjernetema igjen (se 4.2., 4.3., 4.4.). Helt konkret i arbeidet fram mot kjernetemaer la jeg H1-H5 med deres undertemaer på et stort bord og plasserte kategorier og koder under. Slik kunne jeg flytte rundt på kodene og hovedtemaer ble justert. Når et undertema hadde svært få koder vurderte jeg om disse heller hørte hjemme i et annet undertema. Andre ganger ble grupper så store at jeg så det som hensiktsmessig ut fra meningsinnholdet å dele dem opp.

Materialet ble dekontekstualisert i flere runder, kodet og kategorisert, så samlet i hovedtemaer. «Dekontekstualisering tillater oss midlertidig å løfte ut deler av stoffet og se nærmere på det sammen med andre elementer av materialet som sier noe om det samme» (Malterud, 2011, s. 93). Å arbeide fram de tre kjernetemaene handlet også om å rekontekstualisere, å se temaene i sammenheng igjen (se også nedenfor). I stedet for en overflod av tekst har jeg nå tre kjernetemaer med deres tilhørende koder som kan fortelle noe om erfaringer med EB. I løpet av analysen kom forskjellene mellom kjernetemaene tydeligere fram.

3.4.6. Resultatkapittelet blir til

I arbeidet med å skrive resultatpresentasjonen tok jeg utgangspunkt i Malteruds (2001) *fjerde trinn – rekontekstualisering*. «I rekontekstualiseringen skal vi sørge for at de svarene som vi har lest ut av det dekontekstualiserte materialet fortsatt stemmer med overens med den sammenhengen der de ble hentet ut» (Malterud, 2011, s. 93). Når jeg hadde brukt en kode i resultatpresentasjonen gikk jeg så tilbake til transkripsjonen og sjekket kodens opprinnelige sammenheng slik at den fortsatt hadde en gyldig sammenheng i resultatpresentasjonen.

Da jeg skrev resultatkapitlet, sammenfattet jeg funnene fra materialet i en analytisk beskrivelse som kan deles med leseren, samtidig som jeg fokuserte på å være lojal mot deltakernes stemmer. Jeg valgte å arbeide med hvert kjernetema, undertema og tilhørende koder som en enhet. Jeg startet med det kjernetemaet som omhandlet det som konkret hadde skjedd i behandling, da dette også var del av rammen for de andre temaene. Hvert kjernetema inneholdt flere nyanser som beskrev ulike meningsaspekter (undertema), som da ble presentert med en undertittel. Med dette utgangspunktet arbeidet jeg med å løfte beskrivelsene ved å binde sammen eksempler fra empirien knyttet til hva de handlet om og ved å bruke min innsikt fra analysene, samt å oppsummere kjerneinnhold i hvert kjernetema til en mer allmenn betydning.

Etter at analyseteksten var skrevet, gikk jeg igjen tilbake til det opprinnelige materialet for å sjekke funnene opp mot sammenhengene de var hentet ut fra. Jeg lette etter data som kunne motsi konklusjonene. Jeg sjekket at alle deltakerne var representert i vesentlig grad.

3.5. Ethiske betraktninger

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datateneste A/S (vedlegg 3).

Informasjonsskriv med informert samtykke (vedlegg 4) ble sendt til deltakere som ble forspurt å delta i undersøkelsen. Samtykkeerklæringene inneholdt informasjon om min bakgrunn, hensikten med studien, bruk av lydopptak, samt bruk og oppbevaring av materialet. Deltakerne fikk vite at de kunne når som helst underveis i prosessen trekke seg fra deltagelsen i prosjektet. Informert samtykke foreligger fra samtlige deltakere i studien.

Jeg har gjennom hele prosessen vært bevisst på å ivareta deltakerne og datamaterialet på en etisk forsvarlig måte. Deltakerne i studien viste meg tillit og fortalte om erfaringer og opplevelser av privat karakterer, om sykdom, om nære relasjoner, og om oppvekst. Miljøet av psykomotoriske terapeuter i Norge er lite, materialet er sensitivt og jeg har derfor behandlet det forsiktig, og framstilt deltakere og terapeuter slik at ikke andre enn dem selv kan kjenne seg igjen. Det innebærer at diagnoser, dialekt, alt av navn, og enkelte detaljer er utelatt fra resultatpresentasjonen. Og enkelte steder er sitater endret for å ivareta anonymitet. Ved et tilfelle er det også innhentet eksplisitt samtykke fra deltaker til å bruke sitatet.

Et intervju er en asymmetrisk relasjon der intervjuer styrer tema og spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009). Som intervjuer hadde jeg ansvar for å ivareta balansen mellom ønske om og utforske mest mulig, og samtidig ivareta deltakerens sårbarhetsgrenser (Fog, 2004). I arbeidet var det viktig for meg å ivareta deltakernes verdighet og anonymitet i transkribering, analysing og presentasjon, uten å miste innhold og nyanser.

4. RESULTATER – ERFARINGER MED EGENBEHANDLING

Jeg vil først si noe generelt om de praktiske rammene for egenbehandlingen, før deltakernes erfaringer presenteres. Alle tre, Siv, Karen og Ine², hadde 20 egenbehandlinger, som er det obligatoriske. Ingen hadde henvisning fra lege for behandling. Alle fikk økonomisk støtte fra *Fondet*³ til behandlingen. Alle fortalte at behandlingen ble avsluttet fordi terapeuten forholdt seg til disse obligatoriske timene. En grunn til dette var lange ventelister hos terapeutene. Deltakerne sa at antall behandlinger burde vært justert etter den enkeltes behov. Alle har gått ca 1,5 år i behandling, der behandlingen var ukentlig i begynnelsen, og hver tredje/fjerde uke mot slutten. Ingen spurte etter eller fikk journal fra terapeuten. Alle har kun gått til *en* terapeut. Alle tre har opplevd at de har gått i en reell behandling der de ble møtt som pasient. Det var likevel rom for å drøfte egne pasienter ved enkelttilfeller.

² Fiktive navn

³ Fond til etter- og videre utdanning av fysioterapeuter

Før presentasjonen av kjernetemaene vil jeg gi en kort presentasjon av den enkeltes historie om EB. Her vektlegges variasjonen som er mellom intervjuene, men likevel beslektethet i skjellsettende erfaringer. Tittelen på det enkelte intervju beskriver et vesentlig tema som ble berørt i alle intervjuene, men var særlig fremtredende i gjeldende intervju. Dernest presenterer jeg kjernetemaene med undertemaer, som går på tvers av de tre intervjuene.

4.1. Utdrag fra de enkeltes beretninger

Intervju med Karen: «Å få dypere innsikt i sammenhenger tar tid»

I intervjuet vektla Karen hvordan egenbehandlingen har gjort at hun har forstått psykomotorisk fysioterapi på et dypere og mer helhetlig plan. Hun la sterk vekt på at å forstå sammenhengen mellom tanke, følelse og kropp må erfares, og at dette har vært en prosess over tid. Det er ikke noe du kan lese deg til. For å underbygge disse sammenhengene la Karen vekt på at tillit og gode relasjonen til Terapeuten var viktig. Fra behandlingen fortalte Karen:

Jeg ble overrasket over hvor lite vi gjorde. Men det var ikke lite, for hvis jeg skulle ha med ikke bare kroppen, men kropp, tanke og følelse, så måtte jeg få litt plass til å få med alt. Ikke bare haste videre til neste ting, jeg trengte litt mer tid da. At det for eksempel ikke var veldig mye prat fra Terapeuten, at hun ikke bare snakket i vei om ting. Det gjorde hun ikke, men hun ga meg tilbakemeldinger der det passet. For eksempel: Hva kjente du nå? Hvis hun så pusten komme i ryggen. Hennes tanke da, var at jeg skulle sette ord på de kroppslige opplevelsene, og det var ikke alltid jeg hadde mulighet til det. Jeg kunne merke at det kjentes godt eller nå var det akkurat som jeg fikk beveget meg mer der, men det følelsesmessige innholdet kunne kanskje komme senere. ..Jeg opplevde at behandlingen var veldig skreddersydd til meg, og at hun var veldig tilstede og så meg, hva jeg trengte her og nå. ...Jeg hadde mye behov for omsorg og trygghet. ..EB var en veldig god opplevelse for meg og noe jeg ønsker å gi videre. Hun ble et ideal for meg som terapeut.

Intervju med Ine: «Å oppdage hva de kroppslige opplevelsene handlet om – forhandlinger med og støtte fra Terapeuten»

Ine fortalte om en behandlingsprosess som hun selv beskrev som inngripende. Hun var motivert for å jobbe med seg selv, og ville ta tak i sin kroppsliggjorte forhistorie. Behandlingen bar preg av dette. At hun leste PMF litteratur mellom behandlingen, følte hun også gjorde at hun reflekterte mer over det som skjedde i behandlingen. Hun fortalte om at spenninger som hun hadde pakket alle slags vonde følelser inn i, løsnet og hun kom i kontakt med et større spekter av følelsene sine. I behandlingen ble det brukt mye bilder, både fra Terapeutens side og fra Ine selv. Ine fortalte om en slik episode:

Hun (Terapeuten) var nesten en morsfigur for meg, ...det hun sa var riktig, ...jeg var ikke kritisk til hennes utsagn. Jeg tenkte at hun sier mye klokt. Det er ikke sikkert det hadde blitt det samme om broren min sa det. Og i etterkant har jeg tenkt en del på det i forhold til mine pasienter, du har en del makt i forhold til dem. Jeg tror det er viktig for meg å få pasientene til å innse ting selv eller komme med ting selv, enn at jeg skal stå over dem og si sånn er det. Men samtidig tror jeg at jeg hadde nytte av at noen andre bare fortalte meg det. Men hvis hun sa noe som var helt på jordet ville jeg avkreftet det. Det skjedde faktisk en gang. Hun hadde noen utstrykninger over setet, som hun drog ut, sånn at jeg følte at rompa stakk veldig ut. Jeg klarte ikke si fra. Men neste time sa jeg at jeg syntes det hadde vært ekkelt. Det ble et tema at jeg skulle jobbe med å si stopp i situasjonen. Hun mente at jeg var sånn som ventet alt for lenge med å si fra. At hun sa det var veldig nyttig. For da klarte jeg å si fra.

Det at jeg syntes det var ekkelt mente hun at hang sammen med mitt tidligere forhold til kroppen min, at jeg ikke likte å bli bred og stor. Men da kjente jeg at det var helt feil tolkning, for meg var det ikke det. For meg var det mer at det minnet meg om fødsel da ting ble presset ut. Det var liksom et eller annet fra det at jeg hadde hatt flere fødsler og den siste var så tøff. Så der kjente jeg at hun tok feil.

Ine hadde altså erfaringer med forhandling med Terapeuten sin om hva kroppslige reaksjoner kunne bety, og ble oppmuntret av Terapeuten til å si fra ved ubehag, og ved uenighet om tolkninger.

Intervju med Siv: «Å møte seg selv i døra» om krevende personlig utvikling»

Siv fortalte om hvor krevende og ubehagelige det var å se de sidene ved seg selv hun var mindre fornøyd med. Hun oppdaget at hun hadde kroppslig kontroll via muskulære spenninger og holdt pust. Hun fortalte om konkrete episoder der hun oppdaget hvor grensene hennes var og hvor utfordrende det var og hvordan det endret seg betydelig i løpet av behandlingen.

*Jeg husker jeg satt på en krakk på gulvet. Terapeuten kom med et tau, og sa at nå skulle jeg få kjenne på grensene mine. Så la hun ut det tauet, **langt ut på gulvet, langt** bort fra meg. ..Det dannet en grense, la det i en slags sirkel. Og det opplevde jeg som helt forferdelig og da kjente jeg at: - Nei, der er ikke jeg, jeg har ikke så stor grense. Det der skal nærmere. Og jeg kjenner det når jeg snakker om det nå også, da begynte bare tårne og renne, jeg vet ikke hvorfor, men det var så rart for det var alt for stort. Og **der** var ikke jeg. Jeg sa til henne; - Nei, det går ikke, det er alt for **stort**. Så kom hun nærmere med det og så gikk hun nærmere med tauet, helt til det var greit for meg; der hadde jeg min grense. Det var veldig overraskende hvor nære den var, det var ikke store rommet å være i. ...Jeg oppdaget hvor lite rom jeg hadde. Veldig lite rom! ...Det var egentlig veldig spennende. Så gikk det lang tid, og så gjorde vi det samme igjen. ...Da var den grensa jeg hadde hatt, alt for liten. Da ble jeg nesten kvalt. ..Da måtte jeg ha mere rom. Den måtte lenger ut. Jeg tror ikke den var så langt ute som vi begynte med første gangen, men den var ganske mye lenger ut. Så det hadde forandret seg. ...Jeg tror det som gjorde at den hadde endret seg var at jeg hadde jobbet med grensene mine og det å kjenne på at jeg kan faktisk slippe litt kontroll på ting, slippe pusten til. Jeg var kanskje litt utpreget kontrollfrik, og hønemor for barnet mitt selv om hun er voksen. Etterhvert kunne jeg la ungen min ta mer ansvar for eget liv.*

Noen aspekter var altså mer fremtredende enn andre i hvert enkelt av intervjuene, samtidig som det var temaer som var felles. Kjerneteamaene som er felles er: «Kunnskap om seg selv basert på egenutvikling», «Å være i pasientrollen» og «Kunnskap om PMF via egenbehandling».

4.2. Kunnskap om seg selv basert på egenutvikling

Dette kjernetemaet inneholder personlige erfaringer og opplevelser deltakerne fikk i egenbehandlingen. Dette er også grunnlag for hva de videre fortalte om kunnskap behandlingen ga, noe som beskrives i de andre kjernetemaene.

4.2.1. Kroppslige erfaringer og sammenhenger

Å starte med behandling var en barriere for flere. De utsatte det, grudde seg og var spente. Dette handlet om at de visste at det ville komme opp ting fra fortida, i og med den kroppslige tilnærmingen PMF innebærer. Det ville komme opp vonde følelser. En sa hun tenkte i forkant: *«Her blir det gråting! Det bare kommer til skje, for jeg har litt med meg som kommer ut.»* De hadde med seg forståelsen av PMF-behandling som krevende. Men de var også spente på å få være i pasientrollen, få en reell behandling og få innblikk i hvordan en erfaren terapeut jobber. En deltaker fortalte hun hadde blitt skuffet om ikke behandlingen hadde blitt inngripende. Hun ønsket at det skulle skje en omstilling.

Fortida fram i lyset

Deltakerne fikk behandling etter PMF-prinsipper, men med innslag av kunnskap fra traumebehandling, knyttet til at Terapeuten hadde denne type utdanning også. De hadde også et ønske om å oppleve PMF-behandling mest mulig autentisk og beskrivelser de ga viser at det ble innfridd. Gjennom den kroppslige tilnærmingen var deltakerne gjennom en behandling der deres forhistorie og tidlige erfaringer var tema. Behandlingen berørte også deres forhold til nære familiepersoner. Utgangspunkt for behandlingene var krav fra utdanningen om 20 EB-timer. En av deltakerne sa: *«Jeg var ikke behandlingstrengende, men jeg hadde rester fra fortida som det var nyttig å ta tak i.»* Selv om EB er et krav hadde alle et ønske om å utnytte denne muligheten til å jobbe med seg selv. En annen sa: *«Det er en unik mulighet til å få jobbe med seg selv og dykke i egen bagasje.»* Skulle det gi nytte var de bevisste på at de måtte være åpne for å få tak i spenningsmønstre i kroppen, være åpne om seg selv og sin historie. Å være pasient handlet om dem selv som personer, det var ikke alltid like behagelig. Prosessen var krevende. En deltaker uttrykte det slik:

Å gå i behandling var å møte seg selv i døra og hilse på sider som ikke var så oppe i dagen. Vi har med oss masse rart i bagasjen, jeg har også min historie. Det å jobbe

med det i behandling var nyttig. Kjenne det på kroppen, når det kom fram noe som egentlig ikke var så greit, kjenne at det påvirket meg, for eksempel at jeg holdt pusten, beit tenner. Jeg har aldri vært så obs på at jeg biter tenner som jeg var der.

Kroppslige funn ble satt i en større sammenheng

Deltakerne fortalte om kroppslige funn det ble arbeidet med, for eksempel om stivhet i kroppen og om å stå dårlig på beina: «*Vi startet å jobbe med beina, jeg stod dårlig på beina og tyngden var bakpå.*» Andre eksempler på kroppslige funn var tunga i ganen, stram mellom skulderbladene, armene holdt inntil kroppen, ømme muskler, holdt pust og stiv brystkasse, spenninger i setemuskulatur og tennene sammenbitt.

Sentralt i det deltakerne formidlet her var hvordan de kroppslige funnene ble løftet opp i en større sammenheng, slik at det kroppslige spenningsmønsteret ga mening. En fortalte at når Terapeuten arbeidet med trapezius kunne Terapeuten si: «*Hvem er det som sitter her, er det moren din, eller noen andre?*» Deltakeren tolket hensikt slik: «*Hun sa det for å få meg til å prøve å huske ting eller komme opp med ting. Men det syntes jeg var vanskelig i situasjonen, jeg kunne heller komme på hva det handlet om når jeg kom hjem. Og så si det til henne ved neste time.*» Deltakerne fortalte om slike refleksjoner rundt kroppslige reaksjoner, som dels kom opp i situasjonene med Terapeuten, eller i ettertid. De satte ord på erkjennelser om deres kroppslige og vanemessige væremåte:

Jeg klemte meg sammen, latisimus var kjempestram! Jeg hadde også veldig lys stemme, det satt i strupehodet. Det hang jo sammen det hele, min livshistorie, hvordan jeg ble håndtert av omgivelsene og hvordan jeg reagerte på det. Jeg så tydeligere sammenhengen mellom kroppslige erfaringer og min væremåte. Jeg skulle ikke ta noe plass hjemme som barn, det var ikke plass til meg. ...Det som jo egentlig skulle være den trygge basen var ikke det.

Med utgangspunkt i å bli oppmerksom på kroppslige reaksjonsmønstre i muskulatur og pust, på måter å ta rommet på, stemmebruk osv., ble sammenhenger til egen historie klarere.

Eksempler på episoder der deltakerne oppdaget at de ikke sa fra til Terapeuten ved ubehag, eller noe de ikke hadde lyst til osv., kom også fram. Erkjennelser knyttet til at de ofte ikke

klarer å være direkte eller tydelige med tanke på å si fra til sin mor, til sine barn, eller livsledsager, til pasienter eller kollegaer fulgte med. En deltaker uttrykte det slik:

Når Terapeuten jobbet med leggen og med grep var det helt annerledes enn når vi øvde på skolen. Nå var det vondt! Reaksjonen på det var at jeg lå der og fant meg i det akkurat som pasientene også gjør. Jeg var helt overrasket over at jeg lå der og faktisk bare – bare lå der og tenkte at dette går over, i stedet for å si noen ting. Enda jeg visste at jeg har veldig lyst til å si fra, for jeg ble irritert. .. Jeg trodde at det å si fra ikke var noe problem, man må jo si fra når noe er vondt, men det var altså ikke kroppen helt med på.

Slik ny selvinnsikt styrket forståelsen for at det kan være vanskelig for pasienter å si fra og sette grenser overfor terapeuten sin.

4.2.2. Å arbeide med kroppserfaringer gir bedret selvforståelse

Deltakerne fortalte om betydningen EB har hatt for at de nå kan se på sin historie og hvem de er med et nytt blikk, hvordan det også gjør at de kan håndtere følelser og forholde seg til den sosiale verden på en måte som er bedre for dem selv. Følelser som oppstår er ikke lenger fremmede, de kan ses i sammenheng med levd liv. Endringene som har skjedd har bidratt til at de ser på behandlingen som noe de ikke ville være foruten. En av deltakerne uttrykte sin takknemlighet: «Jeg er veldig takknemlig for å gå i egenbehandling, for meg var det fantastisk å få oppleve. Når du kjenner det selv så forstår du det på en annen måte.» Ved å jobbe konkret med kroppserfaringer, hadde de fått bedre kroppskontakt, fått arbeidet med gamle «gjemte» følelser i kroppen og fått ny innsikt i egen historie. De hadde rett og slett fått en dypere forståelse av seg selv. Det hadde bidratt til at de kunne stole mer på seg selv. En uttalte: «Jeg har funnet sitteknutene mine. Jeg hadde ikke det før.» En annen sa: «Det er deilig å kjenne; nå sitter jeg nedpå.» De beskrev en merkbar forankring i seg selv og økt evne til å være mer tilstede her og nå. Det hadde gjort dem bedre i stand til å ta avgjørelser på grunnlag av det som skjer her og nå. Som en sa: «Etter hvert som du blir tryggere kan du stole på deg selv og gå din egen vei.»

4.2.3. Erfare endring, omstillingsprosessen – «en oppdagelsesreise»

Deltakerne fortalte at før de startet i EB hadde de hatt mer behov for kontroll og vanskelig for å si fra. Behandlingen førte til at de kunne slippe litt av kontrollen, være mindre 'hønemor', være mer direkte i talen og/eller i mindre grad finne seg i det som ikke var godt for dem. I omstillingsprosessen opplevde de blant annet redsel når spenninger forsvant, fulgt av økt behov for trygghet og omsorg. Etter en behandlingstime kunne de kjenne på slitenhet, trøtthet og tomhet. Lenger ut i behandlingsprosessen kunne det komme følelse av velvære etter en time. «Kroppen var rensset,» sa en, mens en annen fortalte:

Da jeg startet i EB var jeg anspent og ble lett nervøs. Gjennom EB fikk jeg bearbeidet ting og nå er jeg roligere og tryggere. Vi startet ofte med de samme øvelser som sist, det dempet angsten og ga meg en trygg base.

I behandlingstimene og i etterkant kjente de på ulike reaksjoner. I en time skjedde det at én fikk angstanfall ved overdosering, og andre fikk rom for å gråte. Da spenninger løsnet kom gamle følelser tilbake og det var rom i behandlingen for å kjenne på disse. Å slippe spenninger gjorde at vanskelige ting kom opp og det kunne oppleves befriende: «Særlig det at jeg fikk en forståelse av ting som kom opp, selv om det var ubehagelig, var det befriende.» Behandlingstimer ga også reaksjoner når de kom hjem, for eksempel kjente seg trøtt, sliten, utmattet, sulten, oppkvikket eller kroppslig velvære. En deltaker sa;

I starten var jeg kjempe-kjempe trøtt etter hver behandling og noen ganger gikk jeg rett hjem og la meg og sov et par timer. ...Jeg tenkte trøttheten handlet om at jeg hadde brukt mye energi. ..Etterhvert følte jeg at jeg hadde vært på spabehandling, jeg fikk en veldig behagelig følelse i kroppen. ...Jeg ble veldig rolig i kroppen.

Det å arbeide med seg selv, arbeide med fortida og slippe på gamle spenninger, kunne være energikrevende. Trøttheten ble for eksempel forklart med en travel hverdag for så komme inn i en tilstand etter behandling der en tillot seg å slappe av.

Deltakerne fortalte i det hele tatt at det skjedde mange forandringer i løpet av EB. De kjente på muskulære endringer, at muskelspenninger som hadde sittet lenge ikke var der lenger, eller at muskulatur som var lite brukt ble aktivert. En deltaker fortalte:

Jeg kjente plutselig en dag at jeg var veldig sliten mellom skulderbladene og jeg hadde ikke gjort noe spesielt. Jeg hadde bare gått hos Terapeuten, så kjente jeg et eller annet som jobbet... Og da sa Terapeuten til meg at hun på en måte hadde fått i gang de små musklene, og de prøvde å jobbe for å holde meg mer oppe.

Flere kjente at den fysiske formen ble bedre uten at de trente mer enn før. De mente dette bl.a. handlet om at pusten ble endret. En beskrev det slik:

Jeg tror jeg hadde veldig oppblåst mage, den ble mindre etter hvert. Det er noe med pusten, for pusten kom lenger.. Jeg husker jeg begynte å puste her oppe, opp i thoracalen. Jeg kjente plutselig: -Å det er bevegelse her oppe i tillegg!

Alle beskrev at og hvordan de var i endring under EB. Én opplevde rask endring. Andre opplevde at det tok lenger tid å oppdage at det hadde skjedd endring. Deres forståelse av dette var at omstillingen måtte få tid til å feste seg. Etter timene kunne også kroppen oppleves annerledes, fulgt av nye metaforer i beskrivelser av hvordan de kjente seg, som for eksempel. «Følte meg som en sumobryter. ..Jeg så sikkert ikke sånn ut, men jeg følte meg veldig bred og veldig stor etter behandling. .Sikkert ganske små forandringer, men de virket store i mitt hode.»

Å oppleve endring kunne også gi en motstand mot å gå inn i den. En følelse av å være helt utslitt etter behandling kunne være fordi det hadde blitt vel mye endring på en time. Samtidig var de tydelige på at det ikke ville ha skjedd noen endring uten å gå inn i det som også kjentes ubehagelig. For å tåle at ubehag kom, var det viktig å ha den indre motivasjonen for omstilling. Flere kjente på angst i løpet av behandlingsperioden. Det kunne være tilfeller av angst når en følte at det ble for inngripende der og da, når spenninger slapp, eller i møte med andre mennesker. Deltakerne fortalte at når spenninger i kroppen begynte å slippe, kjente de først på ubehag, før de så etter hvert opplevde positive forandringer. Kroppslige endringer gjorde altså at reaksjoner fra tidligere kom opp. En deltaker fortalte hvordan redselen hun hadde hatt som barn kom tilbake:

Jeg begynte å tenke mer på fortida mi underveis, ting i relasjoner, ting jeg har vært gjennom. Det var ubehagelig og litt sånn, jeg orker ikke, men nå har jeg blitt kastet ut i det – nå har hun løsnet mye av de spenningene som jeg har pakket inn i alle slags

vonde følelser, det var tøft å jobbe med. Det gjorde at jeg en periode kunne få angst i møte med andre mennesker. Særlig når jeg skulle snakke og andre høre på meg – når jeg var i sentrum for oppmerksomheten.

Når spenningene var borte, så kom det fram andre følelser som jeg sikkert har pakket inn eller holdt tilbake. ..Jeg husker jeg var veldig redd som barn. ..Så husker jeg at jeg fikk høre at det var ingenting å være redd for. Jeg tror at den redselen måtte jeg hele tiden skyve vekk – det var noe galt med meg – du kunne ikke være redd for sånne ting. Kanskje allerede da begynte jeg å stramme meg litt til i stedet for være redd. Sånn at når stramningene forsvant kom redselen tilbake.

EB gjorde noe betydningsfullt med dem, som mennesker. Behandlingen var med andre ord dyptgående, en reise i dem selv. En deltaker fortalte at det var både skremmende og lærerikt. Det handlet om å gå i seg selv og lære om seg selv. Det skremmende kunne være at en ikke vil se sider ved seg selv som kom opp. En deltaker formulerte det slik:

Det kan gjøre vondt å oppdage sider du ikke er fornøyd med, men også oppdage at du kan jobbe med det og det kan bli til noe bedre. Og videre å oppdage at det var noe jeg trengte å endre, men at det ikke er så ubehagelig som man tror å forandre på de sidene. Å slippe kontroll, kunne si fra, være litt tøffere og klarere i talen var bedre for meg selv, og jeg fikk positive tilbakemeldinger fra andre.

Deltakernes omstillingsprosesser gjennom EB, viser at veien gjennom endringene har vært krevende, men at omstilling har gjort noe positivt med dem.

4.2.4. Skille mellom mitt og andres

Å jobbe med seg selv var viktig for å kunne skille mellom hva som er ens eget og hva som til enhver tid er pasientens. Dette ble kommentert som en viktig grunn for å ha EB som en del av studiet. Som en sa: «Vi er jo også bare mennesker og det er viktig å vite hva en selv bringer med seg inn i en terapeut/pasient -relasjon.» I EB kan en få dukket ned i det som har vært på ens eget ubevisste plan. Å få bevisstgjort viktige ubevisste aspekter ved en selv og egne reaksjonsmønstre, bidro til en bedret forståelse av og evne til å skille mellom eget og andres. I

EB var det også rom for å ta opp for eksempel når en ikke fikk det til å fungere med egne pasienter. Dette økte forståelsen av at når terapien ikke ga ønskede resultater, var det flere faktorer som kunne bidra til det. Det kunne være at pasienten ikke var moden for endring/omstilling, framfor at det handlet om studentens terapeutiske evner. Som en sa: «*Jeg har lett for å tenke at jeg må gjøre noe annerledes, det handler om meg som terapeut, men jeg lærte at det er ikke alltid jeg kan gjøre noe annerledes.*» Som terapeut er det også viktig å kjenne egne kroppslige reaksjoner og følelser i møte med pasienter. En fortalte:

Jeg har opplevd å bli veldig trøtt etter å ha behandlet pasienter, helt utslitt. Da har jeg tenkt: Hva er grunnen til dette, er det fordi jeg har anstrengt meg alt for mye, har jeg gjort for mye i timen, eller er det noen følelser som blir holdt tilbake hos den andre som gjør at det blir sånn?

EB-en ga en modningsprosess som gjorde at hun forstod aspekter i behandlingen av egne pasienter hun ikke tidligere hadde sett klart. For eksempel turte hun å bryte av behandlinger med egne pasienter om hun kjente at noe ble feil. Gjennom EB ble deltakerne enda mer kjent med seg selv. Som terapeut selv er det viktig å kunne kjenne på egne kroppslige signaler som er del av kommunikasjonen terapeut-pasient, og gå i rette med og utnytte disse på en god måte i behandlingen.

Oppsummert på et mer allment nivå: EB var en unik opplevelse, en reise i dem selv, som gjorde at mange ulike sider ved forhistorie og egne kroppslig forankrede reaksjonsmåter ble bragt frem og bearbeidet. Omstillingsprosessen tok utgangspunkt i det kroppslige, men handlet like fullt om refleksjon og erkjennelse. Omstillingsprosessen var krevende, men det var kanskje også grunnen til at de opplevde den som meningsfull og utviklende. EB satte levde liv, kroppslig vanemessige reaksjoner og væremåte og følelser i dypere sammenheng, med bedret selvforståelse og selvfølelse som følge.

4.3. Å være pasient og kunnskapen det gir

Dette kjernetemaet behandles i to undertemaer, med fokus på henholdsvis pasientrollen og terapeutrollen.

4.3.1. Økt kunnskap om pasientrollen

Deltakerne kom automatisk inn i pasientrollen og opplevde en reell behandling. Det var godt å få være pasient heller enn å bli møtt som en student/kollega. Det innebar at de ikke opplevde noe krav om at de skulle vise hva de kunne som fysioterapeuter, men at de fikk komme med sine kroppslige spenninger og ta tak i det de selv slet med. De ble ”blottstilt”, og det var krevende. Også kroppslige baserte erfaringer forbundet med skam ble bragt fram og kommentert. Dette ga innsikt i hvor krevende det er å være pasient. Som en sa: *«Uavhengig av personlige problemer, har alle noe å lære av å være i pasientrollen for å kunne forstå hvor sårbar en er som pasient.»*

En deltaker sa: *«Å være pasient ga meg aha-opplevelser.»* Det å ha kjent hvordan et grep kan oppleves i behandling var helt annerledes enn når en medstudent utførte det i klasserommet. Dets virkning var større når de fikk *tid* til å legge merke hva det også kunne gjøre følelsesmessig. En sa det slik: *«Det samme tenker jeg da som terapeut: Det jeg har kjent som pasient, vil sikkert de (pasientene) også kjenne litt(.). .. Jeg har med meg det i bakhodet, at det er en vei til målet, og de må få tid til å kjenne og ta det til seg.»* Å gå i behandling var derfor nødvendig for å kjenne og forstå hvordan det er å være pasient, kjenne hva et grep kunne gjøre med dem og at det tar tid – kjenne, legge merke til og ta endringene inn over seg.

Erfaringer/ innlevelse som pasient økte studentens empati for pasienten og påvirket deres væremåte i møte med pasienter. De forstod bedre hvor krevende det er å være pasient, gjennomgå en omstilling, arbeide med å endre vanemønstre, ta tak i vonde minner, og hvor sårbar og blottstilt en er som pasient.

4.3.2. Økt kunnskap om terapeutrollen

Bevisstgjøringsprosessen om terapeutrollen forgikk parallelt på to plan, gjennom opplevelsen av å være pasient og gjennom å observere terapeuten i behandlingssituasjonen.

Refleksjon for terapeutisk utvikling

Bevissthet om egen terapeutisk væremåte ble ervervet gjennom selv å ha opplevd deres terapeut som tilstedeværende for dem. De ble hørt og sett, og behandlingen ble tilpasset deres

behov og væremåte. Det førte til at de reflekterte den terapeutiske relasjonen og over hvordan de selv møtte pasienter. De stilte spørsmål ala: Hvordan er det å være pasient og bli møtt av meg som terapeut? Hvordan er jeg som terapeut? Er jeg *sånn*, slik som min Terapeut?

Erfare nytten av å ta seg tid

Erfaring av å ha tid til å reagere, kjenne etter og reflektere som pasient, førte til at deltakerne som terapeuter selv ble mindre opptatt av å rekke å gjøre så mye i løpet av en behandling. Vel så viktig ble det å gi pasienten rom til å legge merke til eller kjenne etter, samt å være lyttende og autentisk som terapeut. En deltaker fortalte om hvordan hennes Terapeut tok seg tid til å jobbe med én ting:

*Jeg tror det var andre gangen. Da brukte jeg mye tid på å finne en god sittestilling sammen med henne. Hun jobbet masse for at jeg skulle kjenne at jeg satt ordentlig nedpå, hun ga seg ikke. Og jeg fikk en sånn WOW, det var en **helt ny** opplevelse for meg. Jeg hadde **aldri** opplevd å sitte så godt noen gang. Og da lærte jeg at jeg må dvele litt mer; jeg er så utålmodig, en sånn rask person. Jeg jobbet med meg selv for ikke alltid å være så rask som terapeut.*

Deltakerne uttrykte at de selv videre ønsker å anvende det de hadde opplevd som gode terapeutiske tilnærminger. En sa: «Det gjør at heller ikke jeg legger føringen for hva som er viktig for pasienten.» På spørsmål om hun husket hva det var hennes Terapeut gjorde som endret på hvordan hun tok i mot pasienter, kom følgende svar:

Det handlet helt sikkert om hvordan jeg har blitt tatt i mot. Jeg fikk lov å komme med mitt når det passet meg. Og at det ikke trengte å være så mye alltid. Vi rekker ikke alt på en time. I dag jobber vi med en ting og det er nok. ..Som terapeut tenker jeg at hvis det er en ting pasienten brenner inne med den dagen, så er det utgangspunkt for behandlingen. Jeg skal ikke legge føringen for hva som er viktig for pasienten.

Å kjenne seg kyndig som terapeut

Deltakerne fortalte også om hvordan omstillingsprosessen i EB gjorde dem mer trygge på seg selv, også med tanke på å kunne stole mer på seg selv som terapeut. En deltaker uttrykte det slik:

Jeg vet ikke om det har noe med egenbehandlingen å gjøre, men en utvikling jeg gjorde som følge av egenbehandlingen. Jeg gikk gjennom en modningsprosess som gjorde at jeg turte å lytte til meg selv og ta avgjørelser som terapeut der og da. Gjennom egenbehandlingen ble jeg enda mer kjent med meg selv og mine kroppslige signaler og kunne stole på dem i møte med pasienter.

Deltakeren kunne kjenne på egne kroppslige signaler som terapeut og bruke dem i behandling med pasienter.

Deltakerne fortalte at det ble lettere å møte pasienters følelsesmessige reaksjoner. En deltaker beskrev det slik:

Når en pasient hos meg opplever noe, en følelse, sinne, sorg, glede, frustrasjon, så har det at jeg har blitt litt tryggere på meg selv som terapeut gjort at jeg kanskje håndterer det på en annen måte, at jeg ikke er så redd for det lenger.

Deltakerne beskrev en utrygghet forbundet med å håndtere pasientens reaksjoner i behandling, men at denne utryggheten ble mindre etter at de selv hadde vært gjennom behandling. De beskrev at de bedre kunne håndtere pasienters følelsesreaksjoner: «Når en pasient for eksempel begynner å gråte, da er det pasients følelser og om hun vil sitte stille og gråte, blir hun møtt med aksept og forståelse.» Å ha selv kjent reaksjoner etter behandling, kjent at det går over og at det ikke er farlig, var viktig når de selv opplevde at pasienter reagerte på behandling. En deltaker sa:

Den trøttheten som jeg kjente gjør at jeg har en forståelse når pasienter kommer og sier: Jeg er så trøtt. Jeg har kjent det selv, og det var ikke noe farlig, det gikk jo veldig bra. Da er det mindre skremmende når pasienter sier det, jeg trenger ikke å bli skremt og tenke: Dette var ikke bra.

Deltakerne la vekt på at de reaksjonene de selv hadde kjent på, ikke var skremmende når de opplevde at pasienter fikk tilsvarende reaksjoner på behandling. Det ble også sagt at det er vanskelig å si eksakt hva EB sitt bidrag er til den terapeutiske utvikling, for som en sier: «*Det hele er jo en mix av alt en lærer*». Den evige spiralen mellom kroppslige erfaringer og refleksjon, var grunnlag for utvikling for studentene og bygger terapeutisk kompetanse. Slik ble undervisning på skolen, teori, øvelser på medstudenter, praksis på egne pasienter og EB vevd sammen for å utvikle studentene til å kunne praktisere PMF. Der den totale kompetansehevingen er så komplekst satt sammen, er det vanskelig å skille hva som eksakt bidrar til hvilken spesifikk kompetanseheving.

Relasjonen til Terapeuten - om tillit og makt

Å kjenne den måten de hadde blitt møtt av Terapeuten, påvirket studentenes egne væremåter som terapeuter. Terapeuten ble omtalt som læremester, et ideal og en morsfigur. Én beskrev terapeuten som en modell for hvordan hun ønsker å være som terapeut.

Deltakerne fortalte om gode relasjoner til Terapeutene, preget av tillit, og de følte seg ivaretatt. Det var rom for å åpne opp og komme med sin «bagasje». Møtet med Terapeuten ble beskrevet som preget av vennlighet, åpenhet og raushet. En sa: «*Da får man lyst til å åpne seg, både emosjonelt og kroppslig. Jeg kjente meg velkommen og trygg.*» 'Kjemien' mellom studentene og Terapeutene var med andre ord god, med dette viser deltakeren betydningen av den terapeutiske relasjonen. En av deltakerne fortalte om møtet med terapeuten slik:

Det var en følelse av å være velkommen. Jeg følte meg ivaretatt. Med et smil sier hun; det roet ned sympatikus! Og mer alvorlig: Den kontakten du får med terapeuten gjør at du enten skrur på sirenen eller senker ned. ..At pasienter føler seg trygge i første møte, tenker jeg er et godt utgangspunkt.

Det var flere grunner til at studentene hadde tillit til Terapeuten. Det handlet om Terapeutens væremåte, men også om Terapeutens posisjon. Terapeutene var erfarne, anerkjente i fagmiljøet og hadde arbeid tilknyttet utdanningene. Terapeutenes væremåte gjorde at studentene hadde respekt for og så opp til Terapeuten. Å føle seg godt mottatt førte også til at de ble lite kritiske til det Terapeuten sa og gjorde, og lot Terapeuten styre behandlingen. Det

kjentes ”naturlig”. Pasientrollen i seg selv innbyr også til det. Men denne respekten førte også til at de ikke stilte spørsmålstegn ved Terapeutens tilnærming, ei heller spurte deltakerne hvorfor Terapeuten gjorde som hun gjorde. Refleksjon under intervjuet gjorde også at en deltaker mente at hun nå kunne se at Terapeuten hadde vært «ovenfra og ned» i enkelte episoder. Terapeuten kunne for eksempel tolke deltakerens kroppslige reaksjoner uten spørsmålsformulering eller undring sammen med henne. Erfaringer og refleksjon over EB gjorde at det ble tydelig for studentene hvor mye makt en har som terapeut. Det å være i pasientrollen ga dem ydmykhet overfor den makt en har som terapeut, og de forstod innenfra at en skal være forsiktig med hvordan en bruker sin makt som terapeut. En deltaker uttalte om sin Terapeut at hun enkelte ganger stilte henne for nærgående spørsmål: «*Det finnes mer terapeutiske måter å stille spørsmål på, jeg (som terapeut) vet ikke hva som er riktig for pasientene.*» Denne deltakeren snakket mye om å ivareta, høre på og la pasienten få komme med sin historie, og at dette hadde blitt enda viktigere gjennom selv å være i pasientrollen.

Oppsummert på et mer allment nivå: Å ha opplevd både terapeutrollen og pasientrollen i en reell terapisisituasjon og fra pasientens synsvinkel, ga studentene en opplevelse av grunnleggende dimensjoner i terapisisituasjonen, den terapeutiske relasjonen, og en forståelse av premissene som ligger til grunn for terapien. EB skilte seg fra øvesituasjonen under utdannelsen, og viste dermed i hvor stor grad behandlingen farges av kontekst og det relasjonelle. Studentene fikk næring til refleksjon både av å observere Terapeuten og ikke minst av selv å være pasient. Spesielt fikk de en opplevelse av tillit og makt premissene mellom terapeut og pasient. Studentene søkte Terapeutens kunnskap både som pasient og student, og likeledes blir Terapeuten både terapeut og ”mester”. Det oppstår da en asymmetrisk relasjon på to måter. (Dette er noe studentene i ettertid reflekterte over.)

4.4. Kunnskap om psykomotorisk fysioterapi via egenbehandling

I intervjuene ble det spurt om hva EB hadde å si for forståelsen av faget og hva det ga som andre deler av undervisningen ikke ga. EB ble beskrevet som en unik måte å lære på. Det lære via egen kropp ga en dypere forståelse av faget.

4.4.1. En dypere forståelse av PMF og teori

Deltakerne fortalte at EB var et bidrag til å forstå teorien. Å relatere teori til kroppslige erfaringer ga dybde i forståelsen og konkretiserte teorien. Kombinasjonen av å studere, være en del av fagmiljøet og gå i EB var givende. Å lese teori om de kroppslige opplevelsene de hadde i EB, gjorde det lettere å forstå sammenhenger som litteraturen beskrev. Å knytte erfaringer i EB til teori, gjorde at deltakerne reflekterte mer rundt det som skjedde i behandlingen.

Å bli øvd på av medstudenter ga ikke muligheten til å se sammenhenger slik som i EB. I motsetning til i undervisningen ble funn godt fulgt opp i EB-en, noe som gjorde at de forstod sammenhenger. EB-en var en helhetlig behandling, mens på skolen ble det undervist mer stykkevis, eller man var et slags prøveprosjekt eller et ”objekt for prøving” når man øvde på hverandre. Innholdet i undervisningen på studiet ble forstått i en sammenheng via å være pasient selv. I EB-en lærte deltakerne også noen grep og øvelser som ikke hadde blitt vist på studiet. I pasientrollen var de i en autentisk behandling, hvilket ga en dypere forståelse av faget og kontekstens betydning. Gjennom EB fikk de erfare at levde liv og kroppslige symptomer sammenheng. EB var også et viktig bidrag til å forstå at faget var mer enn bare teknikker og håndverk. En deltaker uttrykte hvordan det var å lese teori i lys av EB-en:

*Å ha lest teori uten å gå i EB hadde ikke gitt samme dybde, for da kunne jeg ikke ha relatert det til **meg** selv på samme måte. Det hadde heller ikke sattet i hukommelsen på samme måte. Når jeg hadde kjente det selv, fikk jeg konkrete bilder på akkurat det jeg leste i hodet.*

I behandlingen fikk de bruke tid, det var ikke slik at de skulle rekke gjennom noe slik det gjerne er i en undervisningssituasjon. Det førte til at de fikk med flere dimensjoner i det de gjorde, og da kunne lite oppleves som mye. Et uttrykk som gikk igjen blant deltakerne var; «less is more». En deltaker utdypet det slik:

Jeg ble overrasket over hvor lite vi gjorde egentlig, men det var jo ikke lite! For hvis jeg skulle ha med ikke bare kroppen, men ha med kropp, tanke, følelse, så måtte jeg få litt

plass til å få med alt, ikke bare haste videre til neste øvelse. Jeg trengte litt mere tid da, at det ikke var et tett program.

EB gjorde også at deltakerne fikk innblikk i hvordan en erfaren Terapeut organiserer arbeidet sitt. Det ga innblikk i hvordan en praktisk kan organiseres. Innredning av rommet, hvordan utstyr kan brukes, som bruk av tepper, puter og håndklær. Hvordan en behandlingstime kan legges opp fra begynnelse til slutt. Det var en struktur på timen. En deltaker fortalte: «Først hadde vi en oppsummering, hva som var nytt, ..- hadde du noen reaksjoner etter forrige gang? Med en mulighet til å komme med mitt og oppsummere fra sist.» Selv om det var struktur på timen sa en: «Det var struktur, samtidig som jeg ikke følte jeg ble ledet inn noe». Et annet moment EB var til hjelp for, var dosering og timing som terapeut selv. En deltaker sa det slik:

Timing- det er den erfaringen jeg føler sitter i meg, nå er den i ryggmargen. DEN er der, fordi jeg har erfart det så nært. Jeg hadde ikke klart å time det det så godt selv hvis jeg aldri hadde hatt den opplevelsen, ..hvor hun (terapeuten) la inn kommentarer, oppfordret meg til å si fra.

4.4.2. Bringe kunnskap videre fra terapeut til student

Deltakerne trakk fram opplevelser fra EB-en som var nyttig for en selv som terapeut. En deltaker fortalte at eget arbeid med grensesetting brukte hun i behandling av sine pasienter. Pasienter ble like overrasket som det hun hadde blitt over hvor hennes grenser var. Pasienter oppdaget også at det spiller en rolle hvor de var, de kunne bli for nære eller de kunne bli for utflytende. Å oppleve hvordan Terapeuten utøvde faget var fascinerende. Det var noe annet å erfare Terapeuten enn det deltakerne opplevde ellers i utdanningen, undervisere og veiledere, der det ble mer stykkevis og delt. En sa: «Jeg tror bare vi ble vist én hel behandling på utdanningen.» Terapeutene trakk inn flere elementer; «Jeg synes hun trakk inn mye mer enn bare fokus på den ene kroppsdelen som var vond. Når jeg kom med vond nakke så begynte hun fra føttene og så alt i sammenheng.» En annen dimensjon som deltakeren trakk fram var Terapeutens håndlag. En sa det slik: «Måten hun (T) jobbet på med teknikker, hun hadde årevis med erfaring, hun trekker inn så mye mer enn en fersking som så vidt har lært en teknikk.»

Deltakerne fortalte at det var lærerikt å kjenne Terapeutens grep. Det gjorde deltakerne mer bevisst på hvordan de holdt grep selv, og å få fram det en ønsker å ha fram. Det var hjelp til selv å få et fastere, klarere og mer presist grep. Grep kjentes annerledes i en behandling enn når de øvde på skolen. Det var viktig å få oppleve at ting kjentes annerledes som pasient enn som en student, altså i en terapeutisk relasjon. Som terapeut var det viktig å vite at pasientene trenger tid for å kunne kjenne etter hva øvelser og grep gjør.

En deltaker sa; «*jeg lærte alltid noe nytt*». Alle de små tingene som Terapeuten gjorde var nyttig å prøve ut på egne pasienter, selv om ikke alt fungerte like bra. En deltaker fortalte også at hun ble mer bevisst på å arbeide kroppslig framfor å bruke for mye av timen til samtale. Hun fortalte:

T var veldig god til å utnytte timen, vi skulle jobbe kroppslig og ikke bruke for mye tid til å sitte og prate. ..Jeg var litt i den andre enden på skalaen, jeg ga pasienter litt mye rom til å prate. Jeg jobber med å korte inn den biten, heller trekke samtalen inn i det vi gjør i timen. Så ikke hele timen går til prat.

Deltakerne fikk øvelser som de skulle gjøre hjemme. For eksempel gni seg i hendene, gni føttene, kjenne etter hvordan de satt. Øvelsene opplevde de som nyttige. Men de ble også overrasket over hvor vanskelig det var å få gjort disse øvelsene. En deltaker sa:

Jeg kunne kjenne på hvor vanskelig det var, selv om det var lette øvelser. Jeg fikk mer forståelse for at det ikke bare er å levere ut et treningsprogram og tro at pasientene skal gjøre det.

Oppsummert på et mer allment nivå: Studentene opplevde at EB ga verdifull tillegg til den undervisningen de fikk gjennom forelesninger, litteratur og øving. EB utfylte teori og satte det inn i en sammenheng. De fikk i praksis kjenne mye av den kunnskapen en erfaren terapeut innehar. Det at pasient/student og Terapeut har gjort noe sammen over tid, har gitt studentene kunnskap om utøvelsen av faget og om hvordan relasjonen mellom terapeut og pasient påvirker utbyttet av terapien. Den teoretiske kunnskapen ble kroppsliggjort gjennom hva de praktisk gjør sammen i terapitimene. Gjennom å oppleve Terapeutens arbeid over tid, fikk de

også innblikk i praktiske sider ved faget, fra nye grep via Terapeutens timing av grep og tale, til hvordan behandlingsrommet er innredet.

Dimensjonen som er felles for de tre kjernetemaene er deltakernes egen utvikling i og med den kroppslige tilnærmingen i PMF og økt forståelse av faget, som både handler om selvutvikling og selverkjennelse og som er terapeutisk utviklende og om den terapeutiske relasjonen. Studentene gikk i EB-en gjennom en prosess som pasient, som student og som svenn. Via kroppslige erfaringer fikk de kunnskap om flere sider ved PMF, også det som vanskelig lar seg gjøre å teoretisere.

5. DISKUSJON

I dette kapittelet skal jeg diskutere erfaringene fra studien av EB, og utdype deres betydning for teorien jeg har valgt. Kapittelet avsluttes med en metodediskusjon.

5.1 Erfaring med egenbehandling – utdyping

Jeg vil i det følgende gi innblikk i mulige måter å forstå deltakerens skildringer. Hovedfokus i resultatdelen og diskusjonsdelen er EBens virkning på ulike plan i deltakernes liv og virke som terapeuter. Ved å lage møter mellom kjernetemaene og teorien, knyttes deltakernes erfaringer opp mot praktisk kunnskapsforståelse og psykomotorisk grunntenkning. Dette for å utdype forståelsen av erfaringene og prosessene deltakerne har fortalt om. Først vil jeg omtale terapiprosessen – hva EB har betydd for faglig og personlig utvikling. Deretter vil jeg ta opp erfaringer som omhandler betydningen av å være i pasientrollen og hva det har bidratt med til faglig utvikling. Dette er relatert til hvordan egenerapi og pasientperspektivet har bidratt til kunnskapsforståelsen av PMF. Emnene er på ingen måte avgrenset fra hverandre, men sammenvevde.

5.1.1. Oppdagelser og omstilling i egenbehandling

Alle tre deltakere oppdaget noe ved seg selv, på en ny måte eller noe de ikke hadde vært seg bevisst før EB. Gjennom PMFs kroppslige tilnærming, refleksjon og erkjennelse oppnådde de endringer i det egenkroppslige. De opplevde det en i PMFlitteraturen kaller en omstillingsprosess. «Karens» erkjennelsesprosess gjorde at hun forstod at det var sammenheng mellom levd liv, følelser og kroppslig væremåte. «Siv» ble bevisst sider av seg

selv som hemmet henne som person, en prosess som også innebar ubehag. Gjennom å jobbe aktivt med endring basert i det kroppslige fikk hun det bedre med seg selv. «Ine» opplevde at «baktåsfenomener» fra krevende perioder av livet fortsatt var del av hennes kroppslige væremåte, selv om de var bearbeidet intellektuelt. Disse baktåsene fikk hun arbeidet med gjennom egenbehandlingen.

I dag er det fastsatt 20 timer EB for kravet om godkjent EB jfr. A9-takstkompetanse. Studentene opplevde at behandlingen ble avsluttet fordi det var fastsatt et timeantall. De opplevde at terapeuten ikke hadde tid til å fortsette prosessen pga. lange ventelister. Selv hadde studentene ønsket at prosessen hadde vart lenger. Bülow-Hansen kommenterte fastsettelsen av timeantallet og hensikten med EB i et intervju. Hun ble spurt om hva som burde vært annerledes med utdanningen og svarer:

Det må ikke settes et fiksert antall timer for egenbehandling. Noen trenger mye, andre mindre. Målet for egenbehandling er at vedkommende selv får erfare de reaksjoner som kommer under omstillingen av respirasjonen. Noen slipper igjennom på et blunk når følelsene kommer sammen med omstillingen. Noen må stoppe opp og vente en stund, og noen kommer kanskje ikke gjennom. Med omstillingen av respirasjonen kommer holdningsforandringen. (Øvreberg & Andersen, 1986, s. 6)

Kanskje kunne et tall bli satt som et minimum for antall behandlinger, men at studentene kan få anledningen til å fortsette prosessen når dette er et behov/sterkt ønsket? I intervjuet sier Bülow-Hansen at studentene skal gjennom en omstilling (ibid). Dette samsvarer også med deltakernes forventninger. Kunne det vært retningslinjer for at EB skal inneholde en omstillingsprosess? Dette var både Bülow-Hansens oppfatning og studentenes ønske. Som Gretland (2007) skriver, er målet for terapi at det skjer en endring, og i psykomotorisk termologi omtales dette gjerne som en omstilling. I det videre skal jeg argumentere for å forstå PMF via kroppen, hvilket innebærer å forstå omstilling via egen kropp.

5.1.2. Kunnskap om seg selv og kunnskap om psykomotorisk fysioterapi via egenbehandling – egenbehandling som et særlig eksempel på læring og erkjennelse gjennom kroppen

Det kroppslige: Å være og å gjøre, å erfare og å reflektere

Jeg vil rette oppmerksomheten mot det kroppslige i EB. Studentene ønsket å forstå hvordan spenningsmønstre hadde sammenheng med levd liv. De arbeidet med kroppslige funn, som for eksempel hadde to deltakere vekten på hælene. Studentene fortalte at EB-en ga innsikt i egen kroppslige væremåte. Undersøkelserfunnene av studentenes vanemessige kroppslige bevegelses- og spenningsmønstre, deres væremåte, ble løftet opp i en større sammenheng til deres *levde liv*. Ved samhandling og interaksjon med Terapeuten - gjennom bevegelser, massasjeregrep og refleksjon - fikk deltakerne innsikt i hva terapien kan vekke av kroppslige og emosjonelle reaksjoner og innsikter. Et eksempel på dette var irritasjon heller enn å si fra ved smertegrep, og stiv muskulatur sammen med holdt pust som følge av å holde armene inntil kroppen. Et kroppsmønster som dette, sammen med lys og svak stemme kunne forstås som en følge av erfaringer fra barndommen. Slik innsikt kom gjerne etter at sansefornemmelser knyttet til kroppsmønsteret ble tydelige, og i relasjon med terapeuten ble det mulig å reflektere over hva de betydde. Deltakerne fortalte om disse og andre personlige erfaringer som eksempler på hvordan de på et dypere plan forstod sammenhenger i egne liv, og sammenheng mellom tanke, følelse og kropp. Bullington (2007) skriver, med utgangspunkt i en kroppsphenomenologisk forståelse, at vi vanligvis ikke er oppmerksomme på våre kropper, vi er rettet mot verden, selv om våre kropper er grunnlaget for all erfaringer. Det er vanskelig å fange kroppens vaner og mening med bevisstheten, da det tilhører kroppens vesen å være taus og ikke-tematisk (ibid). Den kroppsphenomenologiske forståelsen bidrar til å forstå hvordan erfaringer kroppsliggjøres, hvordan spenningsmønstre blir vanemessige og «skjult» for vår bevisste tanke.

Gjennom EB får studentene i en kontekst preget av ro og oppmerksomhet på seg selv, kroppsliggjort erfaringer, sansefornemmelser og persepsjon. Molander (1996, s 29) påpeker at erfaringer og persepsjon ofte gis altfor snever betydning, ikke minst i et kunnskapsteoretisk perspektiv. Persepsjon er her ment som noe langt mer enn et passivt aksjonspotensiale i nervene. Det er aktivt, i betydningen av persepsjon som handler om å tilskrive opplevelser mening – hvordan vi opplever verden via kroppen (Bullington, 2007, s. 119). Kroppen er

simpelthen vårt perspektiv på verden, et perspektiv som er i stadig endring ettersom kropper endrer seg, beveger seg osv. Molander (1996, s 29) skriver: «Kroppslighet må tas på alvor om man skal forstå kunnskap i handling, for eksempel kunnskap i fysioterapi.» I dette ligger kunnskap som finnes gjennom å vise og gjøre – altså erfare kroppslig – dimensjoner som til ikke til fulle lar seg fremstille skriftlig, og som kanskje også blir borte i en opplærings-situasjon. Deltakerne opplevde en vesensforskjell mellom praktiske øvelser i opplærings- og undervisningssituasjoner og EB som autentisk behandling. I EB opplevde de å bli sett, helhetlig og omsorgsfullt, gitt oppmerksomhet, tatt på og instruert i øvelser av Terapeuten. De opplevde en reell behandlingssituasjon og en relasjonell virksomhet. Det er rimelig å hevde at konteksten i en opplæringsituasjon knyttet til ferdighetstrening og det å trene på kroppsundersøkelse på hverandre er en vesensforskjellig situasjon fra en reell behandlingssituasjon, og påvirker hva som kan oppleves og hvilke erfaringer som kan høstes. Faktorer som kan spille inn er det terapeutisk-relasjonelle, tidsaspektet knyttet til arbeidet på og i og med kroppen, tillit, motivasjon, ro og refleksjon. Slik blir EBs bidrag særegent for studenten, og kanskje den mest personlige og sterkeste læringsarenaen.

Betydningen av at behandlingen ble opplevd som autentisk kan ha gjort at studentene fikk en sterkere forståelse av den helhetlige og relasjonelle tilnærmingen PMF innebærer – å forstå seg selv som en helhet, hvor deres historie er inkorporert i deres kroppslige væremåte. I følge Bullington (2007) er dette ikke noe vi er vant til å ha oppmerksomhet på. Det er en kroppslig kunnskap vi vanligvis ikke verbaliserer. EB kan være et bidrag for fullt å forstå sammenhengen mellom personers forhistorie og levde liv, og kroppslige væremåte, at dette blir mer enn teori. Deltakerne beskriver hvordan kroppslige erfaringer, betydninger og sammenhenger ble aktualisert. Gjennom dette fikk forhistorien også en ny mening. Forståelsen av det førrefleksive og kroppslige subjektet ble gitt en personlig betydning, som også ble et bidrag til forståelsen av dette subjektet, altså seg selv.

Kroppsperspektivet fortjener å bli utdypet litt mer. I et fenomenologisk perspektiv oppfattes kroppen som erfarende. Det er snakk om den levde kroppen (Merleau-Pontys uttrykk), med tanker, vaner og følelser som kontinuerlig kommer til uttrykk. Den psykosomatiske tankegangen strekker seg også etter å se mennesket som ikke delbart, men en helhet bestående av kropp og sjel (Bullington, 2007). Det gir mulighet til både kroppslig mening og en meningsskapende kropp, som det førkroppslige (ibid). Gjennom EB fikk deltakerne tilgang til

oppmerksomhet på den meningssskapende egenkroppen. Kroppslig væremåte ble sett i sammenheng med levde erfaringer. Det ble knyttet til hvordan deltakerne hadde blitt møtt av omgivelsene gjennom oppvekst (relasjoners betydning), og hvordan det har blitt inkorporert i deres væremåte. Våre vaner er i en kroppsfenomenologisk forståelse dypt kroppslig forankret (Merleau-Ponty, 1994). Braatøy (1945, i Sviland et al., 2009) var også opptatt av hvordan normer formidlet av nærpersoner kan sette seg i kroppen som angstfull beredskap osv., som kan bli fastlåste. Deltakerne erfarte at å endre vaner ikke kan gjøres raskt, det krever først å kjenne hva som skjer i kroppen for så å erkjenne. Deltakerne opplevde at de som terapeuter lenge før pasienten kan se hva som skal endres, og at dette også gjaldt for dem selv under EB. Gjennom selv å jobbe med endring forstod de mer av hvorfor det ofte tar lang tid å endre det vanemessige. I PMF påpekes betydningen av langsom omstilling for gradvis å integrere nye væremåter (Thornquist og Bunkan, 1986). Alle vaner er kroppslige og har et meningsbærende opphav. For deltakerne fikk innarbeidede mønstre som en gang hadde hatt sin mening i situasjoner de hadde stått i, nå mulighet til å kunne endres utfra at de i dag stod et annet sted. Deltakerne beskrev også «baklåsfenomener», som er et uttrykk Braatøy (1945, i Sviland et al., 2009) brukte, handler om spor fra levd liv som fortsatt sitter i kroppen, selv om forholdene som har skapt dem ikke er der mer. En deltaker opplevde sterkt at hendelser fra tidligere var bearbeidet intellektuelt, men ikke nødvendigvis kroppslig. Det handlet om «følelser som var pakket inn i muskelspenninger». Å arbeide med slike baklåser var å slippe innarbeidede spenninger, som også innebar å slippe følelser til.

5.1.3. Metaforenes betydning

Deltakerne forteller for eksempel at de stod dårlig på beina i oppstart av behandlingen. Senere i intervju kom det også fram at de hadde funnet sitteknutene sine. For deltakerne var det ikke bare i fysisk forstand de fant sitteknutene sine, det var også i en større og overført betydning. Deltakerne viser i intervjuene stadig til ord, uttrykk og metaforer som har dobbel mening, for å vise vesentlige betydninger av behandlingen. De forteller også at metaforer ble brukt mye i behandlingen, som også førte til at de brukte slike metaforer med egne pasienter. Metaforer som gjerne ses på som oppbrukte kan gjenvinne sin mening når en føler deres betydning gjennom egne kroppslige opplevelser (Sviland et al., 2012). Metaforbruk knyttet til kroppserfaring kan også endre mening gjennom behandlingen, slik den er beskrevet av Øien et al. (2007), og Sviland et al. (2012). Underforstått i det mine deltakere fortalte lå det at

deltakerne gjennom en kroppslig forankring, og også gjennom omstilling, kjente seg tryggere på seg selv. Men veien dit hadde ikke vært enkel. Som en deltaker uttrykte det, innebar det å få innsikt i sider ved seg selv som hun ikke likte å se. En annen fortalte at å komme i kontakt med «gjemte følelser» også innbar angst i sosiale lag i en overgangsfase. I PMF-litteratur (Øvreberg & Andersen, 1986) beskrives at omstillingsfasen tar tid og at ubehagelige reaksjoner må godtas, noe deltakerne fortalte at de erfarte.

Ny betydning av «gamle uttrykk» kom fram i sammenheng med aha-opplevelser. Én slik var hvor vanskelig det faktisk var å si fra, noe som økte empatien for pasienter med dette problemet. Som terapeut hadde en deltaker tidligere tenkt at det ikke var så vanskelig å si fra, men gjennom egne kroppslige opplevelser kom erkjennelsen av hvor vanskelig det kunne være. En annen deltaker fortalte at hun ble utfordret på å si fra kontant, ved neste behandling. I samarbeidet med Terapeuten lærte deltakerne at det faktisk ikke trengte å være så ubehagelig å si fra til f.eks. sin mor eller samboer. Dette kan ses i sammenheng med uttrykk de brukte som «å ha funnet sitteknutene mine». I dette uttrykket lå også at de gjennom bedret kroppslig forankring ble tryggere på seg selv, kunne ta mer plass og i større grad å si fra.

5.1.4. Mer om praktisk kunnskap og læring gjennom kroppen – om kunst, helhetlig mening og praktiske synteser

Polanyi (2000) skriver at universiteter bruker store ressurser på praktisk å lære studenter å gjenkjenne for eksempel sykdommer. Dette selv om det finnes bilder og teori som beskriver slikt i detalj. Det finnes en dimensjon som ikke lar seg formidle på noen annen måte enn gjennom innlevelse gjennom kroppens sanser (ibid). Via *egenkroppens sanselighet og bevegelse* skapes kunnskap, sier (Engelsrud, 2001). Masterstudiet i PMF ved UiT vektlegger praktisk ferdighetstrening og læring gjennom veiledet behandling av pasienter/praksis (UiT, 2010). EB er ikke utdanningens ansvar men likevel anerkjent som læringsform, om enn ikke tydelig argumentert for. Freud mente en ikke kan forstå terapiens betydning, eller omfang av dens virkning uten selv å ha opplevd dens påvirkning (Geller et al., 2005). Det er en dimensjon av EB som virker vanskelig for deltakerne å forklare eksplisitt, hvor de da heller bruker «store ord» som «behandlingen var fantastisk», «unik», «noe jeg ikke vil være for uten», «jeg er takknemlig», «jeg unner alle terapeuter det», enn å bruke fyldige beskrivelser. En underforstått kroppslig dimensjon er vanskelig å gripe med ord, kunnskap som er

inkorporert kroppslig gjennom kroppslige erfaringer og innlevelse, er der. Deltakerne referer til kroppslige aha-opplevelser, for fullt ut å skjønne hva kroppslig basert omstilling innebærer. Kanskje kunne jeg utforsket denne dimensjonen på bedre måter. Muligheten for å utforske med ord er der, noe metaforbruken nevnt ovenfor antyder. Likevel, i praktisk kunnskapsutvikling, vil en taus dimensjon alltid være til stede. Å gjøre seg personlige erfaringer med den aktuelle praksisen vil være sentralt i utdanning av praktikere (Molander, 1996). I utdanning i PMF blir EB, veiledning og praksis på egne pasienter nødvendig. Når en ikke kan oppnå all kunnskap om et fag fra én synsvinkel (Grimen, 2008a), blir det viktig å oppleve behandlingen på egen kropp, fra pasientens ståsted, slik også deltakerne understreker.

Studentene understreket også at det var vanskelig å si eksakt hva EB har bidratt med av kunnskap til utøvelsen av faget. Årsaken til dette kan blant annet ligge i det Molander (1996, s. 13) beskriver: Kunnskapsutvikling og profesjonell identitet skapes i skjæringspunktet mellom øving, diskusjoner om teknikk og refleksjon over hvordan noe gjøres, for å gi virksomheten et språk og en personlig inntreden i tradisjonen gjennom en egenerapeut/veileder (ibid).

Praktisk kunnskap blir i enkelte sammenhenger omtalt som kunst, her ment som evne til innlevelse (Polanyi, 2000; Molander 1996; Grimen, 2008a). Deltakerne beskriver EB som en autentisk behandling, der de valgte å leve seg inn rollen som pasienten. Gjennom denne innlevelsen fikk de tilgang til unik kunnskap om hvordan det kjennes å være pasient og hvordan det er å bli møtt av en terapeut. De fikk også tilgang til behandlingens virkning på egen kropp. Kunst er også forbundet med ekspertutøvelse (Kvale, 1996), ofte forbundet med lang erfaring og å nå et høyere kunnskapsnivå i handling (Molander 1996). Dette er et aspekt berørt av deltakerne knyttet til erfaringer med Tearapeuten.

Den anerkjente psykiateren Yalom (2003) påpeker hvilken kompetanse egenerapi kan gi psykoterapeuter. Å gå i terapi gir studenten mulighet til å oppleve mange aspekter av den terapeutiske prosessen *fra* pasientens ståsted, i følge Yalom. Han nevner i denne sammenhengen idealisering av terapeuten, trangen til avhengighet, takknemlighet overfor en omsorgsfull og oppmerksom terapeut, og makten terapeuten får. Dette er alle aspekter som deltakerne i denne studien har omtalt - aspekter som er viktige å være klar over for terapeuter uavhengig av profesjon (ibid).

Kunnskapen til terapeuten eller kunsten i handlingen/utførselen avhenger av mange komponenter, gjerne tause personlige elementer, og det er selve situasjonen der og da som avgjør hva en trenger av kunnskap (Polanyi, 2000). Tilstedeværelsen og oppmerksomheten er avgjørende sammen med tilstrekkelig erfaring for å utøve en passende handling. Det var nettopp dette studentene merket seg ved sine Terapeuter. Skjønnsutøvelse er en del av praktisk utøvelse. Skjønn er gjerne uomgjengelig, og kjennetegnes av at det ikke holder å bruke allmenne handlingsregler for å utøve den (Grimen & Molander, 2008). Et element som virker inn i skjønnsutøvelse er førstepersonserfaringer (ibid). Polanyi (2000) kaller det «personal knowledge». Eller som Aristoteles (1973 i Grimen & Molander, 2000, s 193) sa, praktisk klokskap utføres av erfarne personer. Som studenter hadde de lite erfaring sammenlignet med Terapeutene som ga dem EB. Mengden erfaring kan påvirke evnen til bedømmelse (Grimen & Molander, 2008). Derfor får studentene gjennom EB og gjennom egen kropp erfare den erfarnes evne til å utøve godt skjønn. Slik erverver studentene førstepersonserfaringer, og EB blir også bokstavelig talt *førstehånd*serfaringer på egen kropp. Førstepersonserfaringer er en del av skjønnsutøvelsen, som så er en del av virket som profesjonell terapeut (Grimen & Molander, 2008). Terapeutens timing, håndlag, væremåte og bruk av seg selv i spesifikke situasjoner inngår i kunnskapsbanken studentene bruker i møtet med sine pasienter. Studentene beskrev også hvordan terapeutens væremåte bidro til refleksjon over egen væremåte. En deltaker tenkte at det finnes mer terapeutiske måter å uttrykke seg, eller at slik vil ikke *jeg* formulere meg. En annen deltaker betraktet sin Terapeut som et ideal for hvordan hun ønsket å være mot sine pasienter.

Flere omtalte terapeuten som et ideal og morsfigur. Dette vitner om stor tillit til terapeuten. De fortalte at de åpnet opp for å finne ut av hva spenninger handlet om. Terapeutens væremåte og god kjemi fra første møte lagde en atmosfære av tillit, der de følte de kunne åpne seg. Studenten blir tillitsgiveren. Tillitsgiveren overlater seg/noe til andres varetekt i *god* tro (Grimen, 2008b). Og nettopp *god* tro kan misbrukes (ibid). Dette erfarte ikke studentene, men de forstod gjennom å gjøre seg sårbare for en annen – åpne seg for Terapeuten – hvilken makt en har som terapeut. Ens egen sårbarhet blir den andres makt. Som en sa: «En skal være forsiktig med den makten en har som terapeut.» Grimen (2008b, s. 198) skriver at ved å gi fra seg noe, som tillitsgiver, tar han/hun en risiko og gjør seg sårbar. Jeg fikk inntrykk av at gjennom selv å ha kjent seg sårbare, fikk de økt respekt for den påvirkningskraften de har i møte med pasienten som er den sårbare, som har lagt sin tillit i terapeutens hender. Ved å gi

tillit forventer en å bli ivaretatt (ibid), og det var *det* studentene opplevde i relasjonen med Terapeuten.

Jeg viser til kroppslig interkorporering i teorikapittelet. Om en blir for opptatt av detaljer, som for eksempel teknisk utførelse av et grep, kan grepet miste sin mening. Dette kan muligvis vise noe av den helhetlige betydning ved EB, og hvorfor grep i denne relasjonelle settingen ga en annen virkning enn «å øve grep teknisk». Når en reduserer noe til enkeltelementer av helheten blir helhetens mening borte (Polanyi, 2000), i dette tilfellet det relasjonelles betydning.

Helheten kropp, sjel og verden er videre den helheten vi opplever i hvert øyeblikk, men som vi ikke nødvendigvis er vant med å ha oppmerksomheten på eller vant til å benevne med ord (Bullington, 2007).

Deltakerne beskrev at de opplevde det som nyttig å få tilgang til *hele* behandlingstimer. Via EB ble teorien om PMF også forstått på en grundigere måte. Grimen (2008a, s. 73) skriver at profesjonskunnskap ofte dreier seg om meningsfylte helheter, og at sammenhenger av hva som er meningsfylt skapes av krav den praktiske yrkesutøvelsen stiller. Disse helhetene er ikke alltid godt teoretisk integrert (ibid). Brokker av teori og kunnskap blir satt sammen til en meningsfull helhet (ibid), nettopp *i behandlingstimen*. Dette kan derfor være en mulig måte å forstå hvorfor studentene opplever EB som nyttig, for å integrere PMF-forståelse på et dypere plan, eller som Grimen (2008a) sier, i meningsfylte helheter.

Grimen (2008a, s.74) skriver at for at teori skal komme til nytte må den anvendes, og at det ofte blir sagt at det er vanskelig å integrere teori i praksis. Praksis kan forstås som omsatt teori, men utøveren må i praksis velge ut hvilke elementer som passer i en individualisert tilpasset behandling, og en må foreta en rekke skjønsmessige vurderinger som er mer eller mindre basert på teoretisk forankring. Slik kan en se teori som grunnlag for praksis, eller at teoretisk kunnskap *flyter på et underlag av praksis* (Grimen, 2008a, s. 75). For studenten kan EB være et møte mellom teori og praksis. En student fortalte at hun fikk mer ut av behandlingen fordi hun også leste teori og hun fikk mer ut av teorien fordi hun også fikk erfare den omsatt i praksis, gjennom egen kropp og i terapeutisk relasjon. Både EB og teori var bidrag til refleksjon og vica versa. Praktisk kunnskap lar seg ikke løsrive fra den som innehar den og fra situasjonene hvor den anvendes. I EB blir førstehåndskunnskap levert fra egenbehandler til student og EB blir en meningsfull arena for å lære praktikk, kunnskapsforståelse som ikke lar seg løsrive fra konteksten. Formen til PMF er i

behandlingsøyeblikket. Grimen (2008a, s. 76) skriver: «Kunnskapen peker essensielt på kunnskapsbæreren og brukssituasjonene. ..I praktisk kunnskap er opphav, brukersituasjoner og kunnskapsbærere ikke helt utskiftbare.» Slik blir det viktig for opplæringen i PMF at studenter også får lære av egenbehandlere som innehar erfaringer som brukes for å utøve handlinger, bedømmelser og skjønn, hvor meningsfylte sammenhenger blir skapt i behandlingsøyeblikket.

EB er et bidrag til mester/svenn-tradisjonen av kunnskapsformidling. Via EB får studenten førstehåndstilgang til den erfarne terapeutens kunnskap i handling, **gjennom sin egen kropp**. Ved tilegnelse av praktisk kunnskap er den personlige erfaringen med den aktuelle praksisen sentral (Molander, 1996). Som terapeut i møte med mennesker må kunnskapen en besitter tilpasses hvert enkelt møte og hver situasjon. Deltakerne beskriver hvordan erfaringer de ervervet gjennom EB, har styrket deres evne til å tilpasse behandlingen. Spesielt trekkes frem evne til å dosere behandlingen, herunder også timingen. Å ha erfart at Terapeuten har stilt spørsmål og tilpasset behandlingen etter deres behov og ikke minst vært oppmerksom, har gjort inntrykk på deltakerne. Spesielt betydningen av Terapeutens oppmerksomhet og tilstedeværelse var viktig, som for eksempel å unngå at pasienter blir fjerne. Gjennom førstepersonserfaring har de forstått betydningen av slike elementer, noe som har ført til at de selv som terapeuter er bevisste på det. I en *praktisk syntese* (Grimens uttrykk, se teoridelen) drar de i møtet med pasienter nytte av kombinasjonen av erfaringer med pasientrollen og terapeutiske væremåter, og teori knyttet til terapeutrollen og PMF.

5.2. Metodediskusjon

Intervjuene har vært møter mellom meg og mine tre intervjupersoner, med det begge parter har tatt med inn i møtet. Kunnskap har oppstått nettopp i møtet mellom meg som intervjuer og den intervjuede. Jeg har søkt etter kunnskap som har ligget delvis «skjult» i deres erfaring, og erfaringene som kom fram er skapt i SAMtalene og tolket av meg gjennom hva jeg har tatt med meg inn i møtene av tidligere erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2009).

5.2.1. Forskerrollen – refleksivitet

I møte med forskningsfeltet bærer en med seg forventninger og sin forforståelse (Malterud, 2011, s. 173). Forskerrollen innebærer spenning mellom forforståelse og evne til åpenhet, og mellom nærhet og analytisk distanse. Min forforståelse var bunnet i forståelse av og kunnskap

om PMF, samt at jeg selv har gått i EB. I oppgaven forsker jeg på mitt eget felt, PMF, hvilket gir noen særlige utfordringer: Jeg hadde noen forventninger til hva som ville komme fram. Eksempelvis hadde jeg i forkant fått høre om flere som opplevde lite utbytte av EB, og at EB var en blanding av terapi og veiledning. Jeg var derfor bevisst på å spørre *åpent* inn til hvordan deltakerne hadde opplevd behandlingen. Hva jeg hadde av forventninger om dette viste seg ikke å stemme med hva deltakerne fortalte. Deres fortellinger om EB bar preg av reelle behandlingsprosesser, kun med innslag av veiledning på egne pasienter. Deltakerne kunne imidlertid også fortelle om medstudenter som opplevde skuffelse, og fikk mindre utbytte av EB. For meg som intervjuer ble det derfor viktig å få tak i hva som gjorde at deltakerne opplevde nytten.

God kvalitet på intervjudataene avhenger av at intervjueren har god kunnskap om temaet som studeres (Kvale & Brinkmann, 2009). Min bakgrunn ga meg god kunnskap generelt om PMF og spesifikt om EB. Flere års arbeid som psykomotorisk terapeut kunne gi meg mer kunnskap om faget. Men mitt kunnskapsnivå trenger ikke nødvendigvis å ses på som problematisk, mer at det er én vinkel å se EB fra. Kunnskap og engasjement kan ses på som støy og som en ressurs (Malterud, 2011). Min kunnskap var en fordel for å stille presise spørsmål og forstå fagterminologi, men den kunne potensielt gjøre meg forutinntatt, og gjøre at jeg ikke så temaet fra andre enn *min* vinkel, det en i feltstudier benevner som feltblindhet (Tjora, 2010).

Min dobbeltrolle som forsker og «tilnærmet» kollega gjorde at jeg måtte jobbe med meg selv for å være åpen. Forskning på eget fagfelt innbar at jeg måtte være bevisst på måten jeg brukte min forforståelse og mitt ståsted. Jeg var på sett og vis i samme båt som dem jeg intervjuet mht. å være terapeut og student med erfaring fra EB. Til forskjell fra deltakerne var jeg også i forskerposisjon. Det gjorde at jeg måtte håndtere balansen mellom nærhet og avstand/analytisk distanse. Vi kunne komme inn på temaer der deltakeren kunne spørre inn til hva jeg hadde erfart. F.eks. fikk jeg spørsmål om hvordan det hadde vært å bli behandlet av to forskjellige terapeuter. Her svarte jeg bevisst i generelle trekk, for ikke å havne i en dialog der vi utvekslet erfaringer som to kollegaer, og jeg var bevisst på tidlig å dreie samtalen tilbake til deltakerens erfaringer. Dette kunne jeg gjøre ved å stille et spørsmål som: Hva gjorde at du ikke gikk til mer enn én terapeut? Jeg var også i utgangspunktet skeptisk til at det er fastsatt et tall på 20 egenbehandlinger, dette samme synet hadde ikke deltakerne. Her var jeg bevisst på

å stille spørsmål åpent slik at jeg ikke la føringer, samt når de ikke var kritiske til dette: at jeg ikke stilte oppfølgingsspørsmål der jeg understreket min mening om det. Samtidig var mine egne erfaringer en ressurs for temaer jeg kunne spørre inn til.

En ulempe ved å ha tilknytning til miljøet og egne erfaringer er at jeg kan ha oversett erfaringer som skiller seg fra mine egne, og eventuelt ikke har vært åpen nok for andre eller ulike nyanser enn mine egne. Slik kunne mine erfaringer og kunnskaper både ha gitt tilgang til innsikt og skygge for andre innsikter. For å unngå at ting ble tatt for gitt, som kunne ført til manglende utdypning eller mindre fyldige beskrivelser, stilte jeg for eksempel noen ganger naive spørsmål. Jeg informerte deltakeren om at jeg kom til å stille detaljerte spørsmål, mulig naive, om emner der de forventet at svaret var kjent for meg.

Å forske på kolleger er en særlig utfordring. Det kan for eksempel være knyttet mistanker fra deltakerne/kollegaene om hensikter om å «avsløre» «bad practice» (Coar & Sim, 2006). I mitt prosjekt vil jeg mene at det er sannsynlig at dette aspektet var lite tilstede. Jeg utforsket deres erfaringer med EB, ikke deres egen praksis. De lurte litt på mine hensikter i forkant av intervjuet, og jeg fikk presisert at jeg ønsket deres *erfaringer* og ikke var ute etter deres kunnskaper om PMF. At jeg og deltakerne hadde forholdsvis like erfaringer minsket avstanden mellom meg som forsker og de intervjuede (Thagaard, 2010), noe som bidro til tillit og åpnet opp for at deltakerne ville dele sine erfaringer.

5.2.2. Studiens gyldighet

Det kvalitative forskningsintervjuet er en samtale mellom to mennesker der kunnskap oppstår i samtalen, interaksjonen og relasjonen mellom dem (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 23).

Intervjuet bygger på gjensidighet mellom intervjuer og intervjuede der interaksjonen eller «inter views» er grunnlaget for kunnskapsproduksjonen som blir til mellom (inter-) personene i samtalen. Intervjuet viser hva deltakerne følte og mente på tidspunktet som intervjuet fant sted og i *den* konteksten (Repstad, 2007, s. 95). En ulempe med det retrospektive intervjuetdesignet er at personer har lett for å omforme hendelser og følelser fra fortida, som kan forstyrre det autentiske bilde av fortida, og heller å samsvare med nåværende oppfatninger (ibid). At det er lettere å huske hendelser enn følelser, viktiggjorde rollen av å spørre inntil de konkrete hendelsene. Likevel, i denne studien var hensikten å undersøke hva deltakerne satt igjen med fra EB-en.

Intern validitet

Relevansen av metodisk tilnærming med henvisning til å få svar på problemstillingen er av betydning for intern validitet. Dette viser jeg innledningsvis til i kapittel tre, der jeg argumenterer for at forskningsintervjuet er et relevant valg. Intern validitet handler imidlertid også om hvor rikt forskningsmaterialet er, som viser til kvaliteten på intervjuene.

Kvaliteten på intervjuene. Når det gjelder kvaliteten på intervjuene har jeg vist til forskerens rolle i dette. Forskeren/intervjueren har også et særlig ansvar for at intervjusituasjonen blir god, det vil si preget av anerkjennelse og trygghet med tanke på å komme med det en har på hjertet i sakens anledning. Dette handler om både bredde og dybde (inkludert å illustrere vesentlige erfaringer med eksempler) (Andenæs, 2000). Jeg opplevde at samtalen ga rom for at de intervjuede fikk komme med erfaringer fra egenbehandling uten at de ble sensurert, og at det de kom med kan sies å være sentralt for dere opplevelse av EB. Det kom også fram tanker om EB som de ikke hadde reflektert særlig over tidligere, hvilket viser potensialer denne type intervju kan ha. De innledende tekstene i kapittel fire om det særegne ved hvert intervju, er med å vise den enkeltes stemme inn i materialet. Eksempel som viser dette er hvordan en deltaker fortalte at hun opplevde at hun kunne si tydeligere fra til og følgelig sette grenser overfor sin mor som følge av endring gjennom terapien.

Kvaliteten på intervjuene og det som skapes krever gode intervjuferdigheter og skapes altså gjennom interaksjon mellom intervjuer og intervjuede (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 99). Jeg har gjennomført flere intervjuundersøkelser tidligere. 10 år som terapeut har dessuten gitt meg erfaring med å snakke med mennesker om personlige og nære temaer, erfaringer jeg dro nytte av i intervjusituasjonene. Det kunne være vanskelig å vite når jeg ikke skulle stille oppfølgingsspørsmål. For eksempel stilte jeg ikke oppfølgingsspørsmål hva gjaldt å oppfatte terapeuten som et ideal eller morsfigur. Her så jeg i etterkant at jeg kunne spurt mer om fenomenet idealisering av terapeuten. Intervjuene handlet tidvis om svært personlige erfaringer. Det foregikk stadig en avveining om hvor mye jeg da skulle stille spørsmål når de ikke selv fortalte åpent. For eksempel fortalte ingen direkte hvorfor terapeuten hadde blitt en morsfigur, og jeg opplevde i situasjonen at det ikke var riktig å spørre videre inn til det. Fog (2004, s. 224) skriver at i møte med andre mennesker beveger vi oss «mellom samtalens åpenhet og dens urørlighetsone», (Fog anvender begrepet «urørlighetsone» fra Løgstrup) og hun viser her til samtaler i sin alminnelighet, og til terapeutiske samtaler og

forskningsintervjuer. Det er vår moral og moralske oppfatning, utviklet i menneskelig og mellommenneskelig kontekst. Denne innlærte moralen gjelder også i en forskningskontekst, og er avgjørende for hva forsker oppfattet som moralsk forsvarlig å spørre inn til. Det er balansegang mellom det private rom og kunnskapssøken som forsker. Fog (2004, s. 231) skriver at vår viktigste evne for å håndtere denne balansegangen er å lytte oppmerksomt til det som blir sagt og ikke sagt. Slik kan vi sanse intervjupersonens sårbarhetsgrenser, og utøve moralsk skjønn for å unngå å overskride disse.

Lydopptak, transkripsjon og intervjuetekstene. Kvalitetene på opptakene var god, og beskrivelse av disse og valg ved transkripsjon er gjort i metodekapittelet. Intervjuetekstene inneholdt rike og fyldige beskrivelser, noe som er vist gjennom resultatene og ved sitater. Malterud (2009) skriver at om innholdet har store motsetninger er det ofte et tegn på at materialet er rikt. Mitt materiale inneholder ikke store motsetninger og slik sett burde produksjonen av materiale fortsatt. Jeg vurderte likevel at den måtte avsluttes, da jeg ellers ville fått vanskeligheter med å gjøre en fullverdig analyse innen fastsatt tid. Malterud (2011) peker på at et stort og slik sett uhandterlig materiale kan hindre en grundig analyse. Mitt hovedanliggende var heller ikke å få fram motsetninger, men beskrivelser av studenters behandlingsprosess. Det er likevel en ulempe at produksjonen måtte avsluttes på grunn av tiden jeg hadde til rådighet, framfor å ha fortsatt til jeg hadde oppnådd en større metning eller noen som hadde kritikk av EB.

For å ivareta kvaliteten på analysen har systematikk, grundighet og kreativitet vært sentralt. For å få framgangsmåter og valg fram, har jeg i metodekapittelet derfor beskrevet datainnsamlingen så eksplisitt som mulig, særlig med tanke på grundighet. Men som Andenæs (2000, s.293) skriver: «Men detaljnivået må stadig avveies; blir presentasjonen for detaljert, kan det bli mer trettende enn opplysende». I en kvalitativ studie vil en dessuten noen ganger gjøre noen «sprang» i analysen som vanskelig lar seg beskrive. Her handler det ofte om innsikter som har vokst fram, og kreativitet. Andenæs beskriver også hva som skjer om analysen blir oppdelt i for små enheter:

Går en for langt i å standardisere framgangsmåter som å komprimere et kvalitativt materiale, kan det svekke framgangsmåtens forankring i det enkelte prosjektets problemstillinger, og man risikerer å miste fenomenenes opplevelsesaspekter og kontekstualisering. (2000, s. 297)

Begrunnelse for valg av teori for å belyse funn er utdypet i innledningen av teorikapittelet. Teorien er valgt utfra at EB er en form for PMF, og at det er nødvendig å belyse hva PMF behandling er. Utøvelsen av PMF innebærer en sammensatt og helhetlig tilnærming som terapeut og det er derfor relevant å belyse hvordan en praktisk tilegner seg fag som PMF som både bygger på teori og praktisk håndverk. Teori om kroppslig basert læring og erkjennelse er derfor relevant.

Transparens/gjennomsiktighet. Jeg har forsøkt å styrke studiens interne validitet ved gjennomsiktighet, dette ved å gi leseren innsyn i framgangsmåter og arbeidsprosessen. Detaljerte beskrivelser av analysen tydeliggjør langt på vei grunnlaget for fortolkningene. For å finne sentral tematikk i dataene måtte ofte lengre sekvenser fra materialet leses, ikke bare plukking av hendelser og sitater. Her vil jeg igjen vise til Andenæs (2000, s.299) som skriver at for stor vekt på detaljer kan svekke det vitenskapelige nivået.

5.2.3. Overførbarhet

Ekstern validitet omhandler overførbarheten av kunnskapen som er bragt frem i studien: Hvem er kunnskapen gyldig for, på hvilken måte og i hvilken sammenheng?

Materialets rikholdighet og utdyping av sentrale betydninger: «Resultater» viser at materialet inneholder sentral tematikk med tanke på problemstillingen, som er belyst på flere måter i studien – i presentasjonen av deltakernes erfaringer og utdypet i diskusjonen, blant annet i forhold til relevant teori. Jeg vil hevde at studien har bidratt til mer kunnskap om og dokumentasjon av EB, med et eventuelt forbehold om at utvalget er begrenset, som en følge av premissene for oppgavens størrelse. Deltakernes erfaringer er ikke sære eller vesentlig forskjellige fra studier som beskriver pasienters erfaringer med PMF-behandlingsprosesser, eller hva teori om kunnskap gjennom handling beskriver (Molander, 1996; Sviland et al., 2012). I utvalget mitt kan det være et problem at jeg ikke vet årsaken til at noen valgte ikke å svare eller takket nei. Tjora (2009, s.130) skriver: «*Er det grunn til å tro at de (som ikke deltok) ville hatt andre meninger eller erfaringer? Kan det tenkes at disse andre erfaringene har vært medvirkende til at de ikke ville stille opp?*» Om dette er tilfellet har jeg mistet noen aspekter ved erfaring med EB. Det blir da en form for «elitebias», der kun de med gode eller

«vellykkede» erfaringer er med. Det kan kanskje også rett og slett handle om at de som ikke har opplevd særlig utbytte av EB heller ikke var motiverte for å delta, uten at det betyr at de deltagende representerer en «elite» i forhold til disse andre. Tolkningene av materialet vil dessuten være gjenkjennbart for andre (psykomotoriske fysioterapeuter, pasienter i PMF mv.). I hvor stor grad en kan generalisere utfra materialet er opp til leseren å avgjøre utfra hvor rikholdige de kontekstuelle beskrivelsene i studien og forskerens evne til å argumentere (Kvale & Brinkmann, 2009). Avsluttende er det opp til leseren om beskrivelsene og argumentasjonen vekker gjenkjennelse og om den da kan overføres til andre kontekster.

Pragmatisk validitet og relevans: Oppgaven har gitt et bilde av hvordan EB kan oppleves. Studien viser at det er potensialer til kunnskap gjennom å være pasient og å lære gjennom egen kropp. Om kunnskapen studien har bidratt med oppleves som relevant og kan overføres er også opp til mottakeren/leseren selv å bedømme (Andenæs, 2000, Kvale & Brinkmann, 2009). Vil for eksempel psykomotoriske terapeuter, studenter som utdanner seg til slike terapeuter og de som driver utdanning i PMF se studiens kunnskapsbidrag som relevant for seg? Opplevs den relevant kan den også tas i bruk på ulikt vis. Det viser til pragmatisk validitet (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg håper at studien kan være et bidrag til diskusjoner om EB sin plass som en del av utdanning til å bli psykomotorisk terapeut.

6. AVSLUTTENDE KOMMENTAR

Egenbehandlingen har fra den psykomotoriske fysioterapiens fødsel vært en del av grunnlaget for å forstå faget, og jeg vil avslutningsvis trekke frem potensialene i egenbehandlingen.

Studien viser at egenbehandlingen er en unik læringsarena som utfra deltakernes fortellinger gir et særegent bidrag til utdanningen. Det er potensialer og muligheter i egenbehandlingen som skiller den fra de andre læringsarenaene i utdanningen. Den personlige læringsprosessen sammen med en autentisk rolle som pasient, ga tilgang til kunnskap fra en særegen vinkel som ikke virker til å kunne bli erstattet av andre læringsformer. Studiens deltakere har vist at når egenbehandlingen får virke som en reell behandling, en relasjonell kontekst, oppleves den som meningsfull og sentral for personlig og terapeutisk utvikling – noe deltakerne verdsatte høyt og som åpenbart er en styrke for utdannelsen.

Litteraturliste

- Aars, M. (2012, 15.04.2013). Oversikt over kompetansenivåer i psykomotorisk fysioterapi. Hentet 10.07.2013 2012, fra http://www.fysio.no/fysio_2008/FAG/Takstkompetanse/Takst-A9-psykomotorisk-fysioterapi/Kompetansenivaer-i-psyk.-fysioterapi.
- Bengtsson, J. (2006). *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer : livsverdensfenomenologiske bidrag*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Britten, N. (2006). *Qualitative interviews*.
- Bullington, J. (2007). 4 Fenomenologi och den levda kroppen. I *Psykosomatik - Om kropp, själ och meningsskapande*. Pozkal, Poland: Studnetlitteratur.
- Bunkan, B. H. (1982). Til Aadel Bülow-Hansen. I B. H. Bunkan, L. Radøy & E. Thornquist (red.), *Psykomotorisk behandling* (s. 1-2). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkan, B. H., & Thaulow, I. (1982). «Jeg er alltid optimist» - intervju med Aadel Bülow-Hansen. I B. H. Bunkan, L. Radøy & E. Thornquist (red.), *Psykomotorisk behandling. Festskrift til Aadel Bülow-Hansen* (s. 3-10). Oslo: Hammerstad boktrykkeri.
- Coar, L., & Sim, J. (2006). Interviewing one`s peers: methodological issues in a study of health professionals. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24, 251-256.
- Engelsrud, G. (2001). Bevegelse som kunnskapsområde i fysioterapi. I G. Stokkenes, T. Sudmann & G. Sæbøe (red.), *Fysioterapi på terskelen*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research* (4th. utg.). Los Angeles, Calif.: SAGE.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt : det kvalitative forskningsinterview* (2. rev. udg. utg.). København: Akademisk Forlag.
- Forskrift, o. u. t. f. (2012, 14.03.2013). Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi. Fastsatt ved kgl. res. 20. juni 2012 nr. 651 med hjemmel i lov 28. februar 2007 nr. 19 om folketrygd. , fra <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20120620-0651.html>.
- Geller, J. D., Norcross, J. C., & Orlinsky, D. E. (2005). *The psychotherapist's own psychotherapy patient and clinician perspectives*. Oxford New York: Oxford University Press.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Grimen, H. (2008a). Profesjon og kunnskap. I B. Molander & L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier* (s. 71-85). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H. (2008b). Profesjon og tillit. I B. Molander & L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier* (s. 197-213). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H., & Molander, B. (2008). Profesjon og skjønn. I B. Molander & L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier* (s. 179-196). Oslo: Universitetsforlaget.
- Holter, P. (1995). Establishment of the Norwegian Psychoanalytic Institute. *Nordic Journal of Psychiatry*, 49(34), 22-24.
- Korneliussen, I. (2011, 1.04.2013). -Psykologistudiet mangler noe. Hentet 06.12.2011, fra <http://www.forskning.no/artikler/2011/desember/306434>.
- Kvale, S. (1996). *Interviews : an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax.
- Mishler, E. G. (1986). *Research interviewing : context and narrative*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling* (2. omarb. oppl. utg.). Göteborg: Daidalos.
- Nissen-Lie, H., Monsen, J., & Rønnestad, M. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy Research*, 20(6), 627-646.
- Orlinsky, D., & Rønnestad, M. (2005). *How psychotherapist develop: A study of therapeutic work and professional development*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ottesen, A. (2010). *Gudrun Øvreberg : et liv i bevegelse : dokumentasjon av psykomotorisk fysioterapipraksis : deler og helhet i samspill*. Lillehammer, : Prosjektgruppa.
- Polanyi, M. (2000). *Den tause dimensjonen : en innføring i taus kunnskap*. Oslo: Spartacus.
- Psykologforening, N. (2008, 17.04.2013). Klinisk psykologi med psykoterapi, fra <http://www.psykologforeningen.no/Kurs-og-utdanning/Specialistreglementet/Specialiteten-i-klinisk-psykologi/Klinisk-psykologi-med-psykoterapi>.
- Rekve, V. (2010). Forskriftsendring presiserer A9-kompetanse. Hentet 15.04.2013, fra <http://www.fysio.no/FAG/Takstkompetanse/Takst-A9-psykomotorisk-fysioterapi/Forskriftsendring-presiserer-A9-kompetanse>.
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse : kvalitative metoder i samfunnsfag* (4. rev. utg. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rønnestad, M., & Orlinsky, D. (2005). En introduksjon til psykoterapeuters egenutvikling. *Impuls*, 2, 4-9.
- Rønnestad, M., & Skovholt, T. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development* 30, 5-44.
- Råheim, M. (1994). Et bidrag i debatten om fokning i fysioterapi: Kroppen som erfaring og mening. *Fysioterapeuten*(12), 15-20.
- Sviland, R., Råheim, M., & Martinsen, K. (2012). Touched in sensation – moved by respiration- Embodied narrative identity – a treatment process. *Scandinaivien Journal of Caring Sciences*, 26(4), 811-819.
- Terum, L. I., & Grimen, H. (2008). Profesjonsutøvelse - kvalitet og legitimitet. I B. Molander & L. I. Terum (red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (1991). Body Communication is a Continuous Process - The First Encounter between Patient and Physiotherapist *Sand J Prim Health Care*, 9, 191-196.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. [Bergen]: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2005). Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling. En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid.* , 2 (1), 31-44.
- Thornquist, E. (2006). Face-to-Face and Hands-On: Assumptions and Assessments in the Physiotherapy Clinic. *Medical Anthropology*, 25: 1, 65-97.

- Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforl.
- Thulow, J. (1977). Om nærhet og avstand i psykoterapi. *Nordic Journal of Psychiatry*, 31(4), 238-244.
- Tjora, A. H. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- UiT, U. i. T. (2010, 22.04.2013). Studieplan Mastergradsprogram i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, fra <http://uit.no/Content/176190/Studieplan%20aug2010.pdf>.
- Zachrisson, A. (2008). Motoverføring og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(8), 939-948.
- Øien, A. M. (2010). *Change and communication : long-term Norwegian psychomotor physiotherapy treatment for patients with chronic muscle pain*. [Bergen]: Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnsmedisinske fag.
- 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.
- Øvreberg, G., & Andersen, T. (1986). *Aadel Bülow-Hansen's fysioterapi : en metode til omstilling og frigjøring av respirasjon*. Harstad: Øvreberg.
- Åsvoll, H. (2009). *Teoretiske perspektiver på taus kunnskap / muligheter for en taus pedagogikk*. Trondheim: Tapir akademisk forl.

Vedlegg 1: NFF



Oslo, 16.10.08

Vedrørende kravet om 20 timer egenbehandling

Bakgrunn

NFF mottar en del henvendelser som omhandler finansieringen av de 20 timene egenbehandling, som er en del av kravet for å kunne heve takst A9. Vi ser at det kan være et behov for å komme fram til en tydeliggjøring av ulike sider ved dette kravet. NFF ønsker å innhente tanker om dette fra de ulike miljøene, representert ved skolene og faggruppen.

Historikk

Kravet om egenbehandling som del av takstkompetansen har eksistert helt siden 1974, da vi fikk egen takst for psykomotorisk fysioterapi for første gang. Det var den gang formulert som ”Egenbehandling ca 1 år.”

Det har siden den gang vært enighet i fagmiljøet om viktigheten av egenbehandling, også etter at Høgskolene overtok ansvaret for utdanningen.

Problemet

Det har vært formulert ulike meninger om finansieringen av egenbehandlingene. Vi vet at det vært praktisert både med og uten rekvisisjon. Dessuten har det vært rapportert at studentene får tildels ulikt utbytte av sine egenbehandling, på grunn av uklare rolleforventning til egenbehandlerne. For å lage en enighet rundt disse forholdene, som også skal ende ut i et skriv til studentene om egenbehandling, ønsker

NFF tilbakemelding på følgende punkter:

- Er egenbehandling å betrakte som vanlig behandling i psykomotorisk fysioterapi?
- Er det av kompetansemessig betydning om studenten har et problem som gir grunnlag for behandling etter rekvisisjon?
- Er det viktig at behandlingen foregår uten rekvisisjon, for å tydeliggjøre at den er en del av utdanningen?
- Er det viktig at behandlingen foregår parallelt med studiet?
- Kan egenbehandling som er tatt før utdanningen godkjennes?
- Hva forventes av den som utfører egenbehandling? Skal egenbehandler ha en veilederrolle i forhold til studenten?

Vedlegg 2: Intervjuguide

Tema-/intervjuguide

Innledningsvis fortell om:

- Hovedtemaer i studien.
- Om taushetsplikt og oppbevaring av materialet.

Oppfordre deltaker til å snakke spontant. Det som slår deg, og fortell gjerne eksempler

Tema 1 (innledende spm): Behandlingsforløpet

- Jobb i dag, utdanning, faglig interesse områder
- Hvor mange egenbehandlinger hadde du? Over hvor lang tidsperiode?
- Hvordan artet behandlingsforløpet seg?
- Hadde du en eller flere terapeuter?
- Hvor mye erfaring hadde terapeuten din?
- Opplevde du at behandlinger var en pasient terapeut relasjon eller en mer veileder student relasjon?
- Hvilke forventninger hadde du til behandlingsforløpet?
 - o Og hvordan samstemte dette med det du satt igjen med etter timene?
- Opplever du at du hadde en reel behandling, eller var det mer preget av å være en undervisningssituasjon?

Tema 2 (HovedTema): Erfaringer:

Problemstilling Hva forteller tidligere studenter i psykomotorisk fysioterapi at egenbehandlingen har bidratt med av kunnskap?

- Kan du fortelle om egenbehandlingen du hadde? Hvordan var behandlingsforløpet?
- Hvilke erfaringer ga egenbehandlingen deg?
 - o Hva synes du har vært nyttig? Og viktig? For deg personlig og som terapeut?

- Er det noen erfaringer fra timene som du husker godt? Hva tror du gjør at du husker dette?
- Kunne du bruke disse erfaringene i møte med pasienter senere?
- Hvordan fungerte det, hva kunne vært annerledes, hva fungerte ikke? Hvis du skulle gjort det om igjen?
- Var det tilfeller der du opplevd at terapeuten kom for tett på deg, hvor du ville beskytte deg selv, hva opplevde du at terapeuten fanget av deg, opplevde du at du ønsket å snakke om temaer med at det ikke var rom for det. Kom for tett på kroppen, sensitive opplysninger, utøvde skjønn. Fanget terapeuten deg.

Tema 3 (HT): Kompetanse til praktisk utførelse av faget:

Problemstilling: *Hva mener de at egenbehandling har gitt av kompetanse til praktisk utøvelse av psykomotorisk fysioterapi?*

- Hva opplever du at egenbehandlingen har gitt av kompetanse til praktisk utøvelse av faget?
 - Har du et eksempel?
 - Husker du om det var noe du oppdaget/forstod etter en behandlingstime?
- Hva har vært nyttig senere
 - Pedagogisk
 - Pasient terapeut relasjonen
- Hvilken kunnskap ervervet du via egenbehandlingen?

Tema 4 (HT) Læringsutbytte:

Problemstilling: *På hvilke måter skiller læring via egenbehandling seg fra andre måter å lære på, slik de ser på det?*

- På hvilke måter opplevde du at læring via egenbehandling skilte seg fra andre måter å lære på? Har du et eksempel?

- Hvilke type læring ga egenbehandlingen som du ikke eventuelt ikke/ i mindre grad fikk via andre undervisningsformer?
- Hvordan kunne du utnytte egenbehandlingen opp mot kunnskap og teori du fikk i undervisningen på utdanningen?
- Opplevde du at egen-behandleren/terapeuten din tilhørte en spesifikk retning innenfor faget?
- Hvilke tanker gjorde du seg om:
 - o Hva opplevde du at var hensikten med timene?
 - o Hva opplevde du at terapeuten ønsket å bidra med?

Avrundning

- Har du noen andre kommentarer til det vi har snakket om.
- Er det noen andre ting vi ikke har snakket om, som du tror er relevant når det gjelder det som har med egenbehandling å gjøre?

Vedlegg 3 Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

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

Vår dato: 06.07.2012

Vår ref:30911 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.06.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

30911	<i>Betydninger av egenbehandling for studenter i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Målfrid Råheim</i>
Student	<i>Marit Weideborg</i>

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

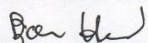
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

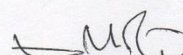
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år 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, 30.06.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Marit Weideborg, Amtmann Leths gate 19, 6413 MOLDE



Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 30911

Utvalget består av fysioterapeuter med videreutdanning i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Data samles inn via personlig intervju.

Førstegangskontakt foretas per e-post/post, med skriftlig informasjon om studien. Personvernombudet finner informasjonsskrivet vedlagt meldeskjemaet tilfredsstillende, forutsatt at opplysninger om at det ikke registreres personopplysninger om informantene fjernes, ettersom det oppbevares navneliste og lignende i prosjektperioden. Det må også tilføyes at data anonymiseres ved prosjektslutt.

I henhold til prosjektmelding, skal innsamlede opplysninger anonymiseres innen prosjektslutt 30.6.2013. Ombudet minner om at anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/navneliste slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f. eks. sted, yrke, alder, kjønn) fjernes eller endres.

Kopie Matt Walsberg, Avdeling for
Vedlegg: Forskningsplan
Kontaktperson: Linn-Merethe Red 48 28 20 11

Vedlegg 4: Informasjonsskriv

[Betydningen av egenbehandling for psykomotorikker- Hoveddel 180612]

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Undertegnede er student ved Masterprogram i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykomotorisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø. Jeg arbeider for tiden med min masteroppgave. Oppgaven er en undersøkelse av fysioterapeuters erfaringer med egenbehandling under videreutdanning til psykomotorisk terapeut. I den forbindelse ønsker jeg kontakt med kollegaer som kan tenke seg å delta som informanter. Tittel på oppgaven er:

Betydningen av egenbehandling for studenter i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi.

Bakgrunn og hensikt

Dette er en **forespørsel** til deg om å delta i en forskningsstudie for å finne ut av betydninger av egenbehandlingen under videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. Formålet er å få økt kunnskap om hva denne delen av utdanning bidrar med av kunnskap og erfaringer til studentene som får denne behandlingen. Universitetet i Tromsø, Avdeling helsefag er ansvarlig for studien.

Du er valgt ut til å bli forespurt om å delta fordi du avsluttet videreutdanningen i psykiatrisk og psykomotorisk fysioterapi for tre år eller for kortere tid siden. Deltakelsen innebærer at du vil bli intervjuet av undertegnede. Det kan finne sted på din arbeidsplass om du ønsker det, eller ved et annet egnet sted undertegnede har tilgang til. Det kan det være ønskelig å ta et supplerende intervju, om det er noe intervjuer ikke helt har forstått eller ønsker utdypet.

Utgangspunktet for valg av temaet er at egen nysgjerrighet med tanke på hvilket utbytte studenter har av egenbehandling. Jeg har undret meg over hvilken funksjon det er tenkt at dette skal ha som en del av utdanningen, da det ikke stilles noen krav til innhold i egenbehandling. Jeg har også reflektert over hvilken betydning det har for hvordan jeg tilegner meg faget. I klassen på utdanningen min utveksler vi studenter erfaringer fra egenbehandling. Jeg har et inntrykk av at det er svært ulik hva og i hvilken grad medstudenter opplever utbytte av egenbehandlingen.

Det finnes lite eller ingen skriftlig dokumentert kunnskap om betydningen av egenbehandling som del av kompetanseoppbyggingen i psykomotorisk fysioterapi. Økt kunnskap om hvilken betydning egenbehandling har for studentene kan være med på å underbygge at egenbehandling skal være et krav for å ha rett til A9 kompetanse.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer at det vil bli utført semi-strukturerte intervjuer av inntil 4 tidligere studenter i psykomotorisk fysioterapi. Intervjuerne vil ta mellom 60 og 90 minutter. Intervjuene vil deretter bli transkribert og analysert. Deretter blir betydninger knyttet erfaringer og læring fra egenbehandling fra analysen av intervjumaterialet drøftet opp mot relevant teori om erfaringsbasert kunnskap. Tilslutt vil dette presenteres i min masteroppgave som leveres våren 2013. Masteroppgaven vil være tilgjengelig etter godkjent muntlig eksamen, sannsynligvis i juni 2013.

Mulige fordeler og ulemper

For å delta må du være villig til å sette av mellom en og to timer til å svare på spørsmål om erfaringer fra din egenbehandling. Intervjuet kan gjøre at du får reflektert over hva denne behandlingen ga deg. Det kan også skje at erfaringer fra denne behandlingen kommer opp igjen på måter som også kan være krevende. Du vil ikke kan noen økonomiske utgifter ved å delta.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli anonymisert, dvs. lagret og presentert uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger.

Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd og transkribert av undertegnede. Du kan få utskrift fra intervjuet tilsendt om du ønsker det, for eventuell kommentar. Sammen med veileder vil intervjumaterialet i sin helhet bli analysert med tanke på vesentlige erfaringer og betydninger knyttet til egenbehandling. Deltakerne i prosjektet vil være anonymisert i masteroppgaven. Det er kun jeg og min veileder som har tilgang til intervjumaterialet, begge har taushetsplikt.

Det er kun prosjektleder som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Navneliste med adresse og telefonnummer oppbevares forsvarlig og atskilt fra intervjumaterialet, og slettes ved prosjektslutt.

Publiserte resultater skal ikke inneholde direkte personidentifiserbare opplysninger, og indirekte personidentifiserbar informasjon søkes unngått.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

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. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte undertegnede, Marit Weideborg, på telefon 95155193.

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

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

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Med vennlig hilsen

Marit Weideborg

Mastergradsstudent i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykomotorisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø.

Mail: maritwe@gmail.com

Telefon: 95155193

Adresse: Fysioterapisenteret Molde, Rektor Brinchmannsgate 1, 6413 Molde

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

Kriterier for deltakelse: Deltakere må ha fullført videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi ved høyskole eller universitet i Norge i løpet av de tre siste årene, deltakere må ha gjennomført minimum 20 egenbehandlings-timer.

Tidsskjema: Intervjuer vil foregå i tidsrommet september- oktober 2012, masteroppgaven leveres våren 2013.

Økonomiske utgifter for deltagere: Det vil ikke være noen økonomiske utgifter, eventuelle reiseutgifter dekkes av forskningsprosjektet.

Frafall fra studien bes meldes meg så raskt det fremkommer at deltakere ikke har mulighet til å delta på studien.

Oppbevaring og behandling av personopplysninger: Studien vil følge UiTs instruksjoner og retningslinjer for behandling av personopplysninger. Se punkt 7 og punkt 9:

<http://uit.no/Content/276710/Instruks%20for%20behandling%20av%20personopplysninger%20ved%20UiT.pdf>

Lydbånd vil bli forsvarlig oppbevart, i anonymisert og kryptert form. Det vil ikke bli brukt i andre sammenhenger og blir slettet ved prosjektavslutning juni 2013.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 95155193 eller sende e-post til maritwe@gmail.com.

Kapittel B - Personvern, økonomi og forsikring

Personvern

Det vil ikke bli registrert noen personopplysninger om deg, kun bakgrunnsinformasjon som kjønn, alder mv. I transkripsjoner fra intervju og i selve oppgaven vil det bli brukt fiktive navn.

Min veileder på masteroppgaven, Målfrid Råheim, vil ha tilgang til data som innhentes.

Databehandlingsansvarlig

Universitet i Tromsø er offisielt ansvarlig for studien og følgelig også databehandlingsansvarlig. Veileder, som representant for institusjonen, er prosjektansvarlig. Masterstudenten, undertegnede, er prosjektleder.

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

Masteroppgaven vil bli offentlig tilgjengelig når den er ferdigstilt, våren 2013. Her vil resultatene av studien bli presentert.

Økonomi

Dette er mastergradsoppgave og har ingen økonomisk støtte, men undertegnende har stipend fra FOND (Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter).

Forsikring

Det gjelder ingen forsikringsordninger for deltagere i studien.

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 5: Utvikling av problemstillingene

Utfra arbeidet med analysen så jeg behov for å justere på problemstillingene utfra kunnskapen studien ga. Her presenteres endringene:

- Hva forteller tidligere studenter i PMF at EB har bidratt med av kunnskap.
Endres til: Hva forteller tidligere studenter at EB har bidratt med til faglig og personlig utvikling?
- På hvilke måter skiller læring via egenbehandling seg fra andre måter å lære på slik informantene ser det?
Endres til: På hvilke måter bidrar læring via egenbehandling til kunnskapsutvikling?
- Hva mener de at EB har gitt av kompetanse til praktisk utøvelse av PMF?
Endres til: Hva mener de at EB og det å være i pasientrollen har gitt av kompetanse til praktisk utøvelse av PMF?)