



Kropslig dialog - dialog om kroppen - Fysioterapeutisk samhandling

Tina Hostrup Andersen

**Mastergradsopgave i helsefag, studieretning psykiatrisk og
psykomotorisk fysioterapi**

Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitet i Tromsø

Maj 2013

Resumé

Denne studie handler om kropslig dialog- og dialog om kroppen – fysioterapeutisk samhandling. Det centrale i dette studie, er at belyse kommunikation, som et vigtigt element i behandlingen. Mere præcist, søger jeg at undersøge: *hvad kendetegner kommunikationen mellem fysioterapeut og patient i psykomotorisk behandling i psykiatrien?*

Kommunikation er et vanskeligt begreb med mange nuancer og stor kompleksitet. Kommunikation kan forstås på flere måder og er bredt dækkende for de relationer vi har med hinanden. Man kan ikke undgå kommunikationen, man kan ikke vælge at ikke-kommunikere. Derfor er det oplagt at kommunikation er centralt, men hvordan kan kommunikation defineres og forstås og hvordan kan kommunikation anvendes aktivt i den fysioterapeutiske behandling?

Vi definerer os selv ud fra hvordan andre møder og opfatter os. Vi er afhængige af et fællesskab og af, at have et tilhørsforhold til andre mennesker. Den relationelle dimension i samhandlingen kommunikerer kropsligt (Goffman 2010; 1963). Derfor er det vigtigt at fysioterapeuten har fokus på kroppens kommunikation.

Det empiriske materiale i dette studie bygger på observation af en konkret behandlingstime, hvor kommunikation og samhandling mellem fysioterapeut og patient studeres. Der er fokus på den relationelle virksomhed og ”de små ting”, der ved første øjekast kan virke som ”tilsyneladende ubetydelige sandheder”, men som i dette studiets perspektiv, kan vise sig som værende afgørende i behandlingen.

Med udgangspunkt i udvalgt teori (Bateson, Bråten, Goffman, Thornquist m.fl.) belyses, at kommunikation både har et indholds- og relationsaspekt. Herudfra og sammenholdt med erfaringsnær praksis defineres 4 væsentlige områder eller temaer, som syntes at have en særlig fremtrædende rolle i kommunikationen mellem fysioterapeut og patient: *Fælles opmærksomhed, Måder at være sammen på, Lege med udtryk og Når indlærte mønstre brydes.*

Med udgangspunkt i disse temaer forsøges det, i dette studie, at pege på nogle væsentlige kommunikative særtæk, der er relevante at være opmærksomme på, og som kan anvendes aktivt i den fysioterapeutiske behandling. Flere kommunikative særtæk er væsentlige bl.a. vigtigheden af, at have fælles fokus i behandlingen og af, at anvende kommunikation (kropslig og verbal), som et udgangspunkt for dialog. Lidt overraskende har det, i dette studie og i den beskrevne case vist sig, at brug af humor giver nogle kommunikative muligheder der, anvendt på den rigtige måde, kan inddrages i behandlingssituationen

Summary

This study is about bodydialogue- and dialogue about the body - physiotherapy interaction. Focus is to analyze the communication as an important element in the physiotherapy treatment. More precisely: What characterizes communication between therapist and patient in psychomotor treatment in psychiatry?

Communication is a difficult concept with many nuances and great complexity. Communication can be understood in several ways and you can find communication in every relationship we have with each other. One can not, not communicate. Therefore it is obvious that communication is important. But how can communication be defined and understood and how can communication be used in the physiotherapy treatment?

We define ourselves based on how other people see us when we meet. People are dependent on solidarity, and to have the need of belonging to other people. The nonverbal act expresses the relation in the interaction (Goffman 2010; 1963). Since physical therapist focuses on the body, it will be needed to have a greater focus on the body's communication in treatment.

The empirical material in this study is based on the observation of an actual treatment (1 hour) where communication and interaction between a therapist and a patient are studied. The focus is on the interaction and on "the small things" that at first glance may seem like "apparently insignificant details", but in perspective of this study, may be crucial in the treatment.

Based on chosen theory (Bateson, Bråten, Goffman, Thorquist and others) it is illustrated that communication has both a contents- and relationship aspects. Based on the theory and practical observation of a treatment I define four key themes that seemed to have a certain role in the communication between therapists and patients: *Joint attention, Ways to be together, Play with expressions and When patterns learned are broken.*

Based on these themes this study attempt to point out some essential communicative characteristics, that are relevant to be aware of, and which can be used directly in the physiotherapy treatment. More communicative characteristics are important as alignment in the interaction and to using communication (nonverbal and verbal) as a starting point for dialogue. Surprisingly for me, this study has shown, that humor can be used in the treatment, if it is used in the right way.

Forord

Som masterstuderende, inden for studieretningen psykiatrisk og psykomotorisk fysioterapi på Tromsø Universitet, har jeg skrevet afslutningsopgave om: Kroplig dialog - dialog om kroppen - Fysioterapeutisk samhandling.

Grunden til at jeg har valgt denne studieretning er, at jeg gennem de sidste 17 år har arbejdet inden for psykiatrien som fysioterapeut. Mit interessefelt er at hjælpe mennesker inden for dette område, der er relativt tabubelagt, og få større forståelse for hvordan patienter med psykiske lidelser, kan mestre deres hverdagsliv, på baggrund af de krænkelsererfaringer de har med sig.

Tromsø er det eneste sted i Skandinavien, ja - måske verden, hvor der er fokus på den kliniske fysioterapeutiske med fokus på ”håndværket”, samtidig med, at der er et meget højt fagligt og teoretisk niveau. Studieretningen i Tromsø favner bredt med bl.a. fokus på det psyko-endokrine-epiologiske-antropologiske-biologisk-fysiologisk-sociokulturelle-relationelle aspekt i behandlingen.

Dette studie har på mange måder været en rejse både intellektuelt og fysisk! Jeg har gennem de sidste 3 år rejst frem og tilbage mellem Aalborg og Tromsø. Jeg vil derfor benytte denne lejlighed til at takke min mand og børn for den store rumlighed og støtte, som de har givet mig, igennem disse spændende år.

Jeg vil takke Susanne Sternberg, som har været min faglige vejleder gennem disse 3 år: Tak for de mange inspirerende og faglige stunder vi har haft sammen og tak fordi du gjorde det muligt. Også en tak til Margit Berg, som har vejledt mig i Tromsø, sammen med mine 3 studie kammerater, Tine Vold, Gry Enge og ikke mindst Marit Weideborg: Tak for de mange faglige og hyggelige stunder vi har haft gennem studiet. Det kommer jeg til at savne.

Endelig vil jeg takke Mie Frydenlund for faglig sparring under skriveprocessen af denne opgave og naturligvis Anne Gretland, der som min faglige vejleder, har givet værdifulde input, rådgivning og gode ideer.

Sidst min ikke mindst, var det ikke muligt at gennemføre dette studie, uden velvillig hjælp fra både fysioterapeut og patient i mit observationsstudie. Tak for det.

Tina Hostrup Andersen

Aalborg den 14. maj 2013

Indhold

Resumé	1
1.0 Indledning (Baggrund for problemstillingen)	5
1.1 Legitimering/ almengøring af problemstillingen	7
1.2 Interesse og formål (udvikling af kundskab)	8
1.3 Problemstilling.....	9
2.0 Metode	11
2.1 Aktuel kundskab om emneområdet	11
2.2 Dataindsamling	12
2.2.1 Observation ved brug af video.....	13
2.2.2 Udvalgelses af informanter.....	15
2.3 Databearbejdning.....	16
2.3.1 Overblik over rå-materiale.....	16
2.3.2 Sammendrag af behandlingstimen.....	17
2.3.3 Udpegning af temaer til analysen	17
2.3.4 Bearbejdning af udvalgte sekvenser	18
2.4 Udarbejdelse og fremstilling af analyse.....	19
2.5 Kritik, faldgrupper i metoden	20
2.6 Etik.....	21
3.0 Teoretisk perspektiv	23
4.0 Resultater og analyse	28
4.1 Sammenfatning af behandlingstimen.....	28
4.2 Fælles opmærksomhed, som et tema i kommunikationen mellem fysioterapeut og patient.....	30
4.2.1 Erfaringsnær beskrivelse og transskriberet uddrag.....	30
4.2.2 Teoretisk belysning og diskussion.....	32
4.2.3 Sammenfatning – fælles opmærksomhed	35
4.3 Måder at være sammen på, som et tema i kommunikationen mellem fysioterapeut og patient	36
4.3.1 Erfaringsnær beskrivelse og transskriberet uddrag.....	36
4.3.2 Teoretisk belysning og diskussion.....	38
4.3.3 Sammenfatning – måder at være sammen på	42
4.4 Lege med udtryk, som et tema i kommunikationen mellem fysioterapeut og patient	44
4.4.1 Erfaringsnær beskrivelse og transskriberet uddrag.....	44
4.4.2 Teoretisk belysning og diskussion.....	48
4.4.3 Sammenfatning – lege med udtryk	52
4.5 Når indlærte mønstre bydes, som et tema i kommunikationen mellem fysioterapeut og patient ..	53

4.5.1 Erfaringsnær beskrivelse og transskriberet uddrag.....	53
4.5.2 Teoretisk belysning og diskussion.....	55
4.5.3 Sammenfatning – når indlærte mønstre brydes	58
5.0 Afsluttende diskussion.....	60
5.1 Identificerede kommunikative særtræk i de 4 temaer	60
5.2 Kommunikation, som aktivt element i behandlingen	64
5.3 Overvejelser om stigmatisering	65
6.0 Litteratur	66
Bilag 1. Godkendt ansøgning til NSD	70
Bilag 2. Godkendt ansøgning til Dansk datatilsyn.....	76
Bilag 3. Information til fysioterapeuten.....	78
Bilag 4. Information til patienten.....	81
Bilag 5. Observations guide.....	84
Bilag 6. Beskrivelse af den filmede behandlingstime	86

1.0 Indledning (Baggrund for problemstillingen)

At arbejde i psykiatrien med børn og voksne, som har oplevet krænkelser, svigt, tab, tillidsbrud og lignende, stiller særlige krav til den fysioterapeutiske behandling. Det er nødvendigt at have det relationelle aspekt i fokus for at kunne etablere trygge og forudsigelige rammer for patienten. En væsentlig del af samarbejdet mellem terapeut og patient er den kropslige og verbale kommunikation. Dette er temaet for denne opgave.

Fysioterapeuter ser hele tiden på kroppens bevægelser og stillinger gennem undersøgelse og behandling. De kropslige udtryk er værdifulde i bidraget til forståelse af patienten og hvordan vores tilgang til patienten skal være. Vi tillægger på denne måde vores fysioterapeutiske praksis en kommunikativ kropsforståelse, idet vi forstår kroppen som meningsbærende og et udtryk for patientens verden.

Fysioterapi kan på denne baggrund forstås som en social praksis, hvor kommunikation spiller en central rolle. Vi kan ikke undgå at kommunikere, både i det uformelle og formelle møde mellem mennesker. Vi kan ikke ikke-kommunikere (Bateson 1972). Ud fra denne betragtning er kommunikation i en fysioterapeutisk behandling central, men også en kompliceret proces.

Kommunikation mellem patient og terapeut er en krævende og kompliceret proces af forhandlinger gennem behandlinger (Øien 2010). Fysioterapeutens evne og sensibilitet i forhold til at kunne forhandle ser ud til at stimulerer til forandring. Det er patienten og fysioterapeutens evne til at komme videre fra vanskelige situationer i deres interaktion, der gør, at nye måder at være sammen på opstår (ibid.). Det understøtter tanken om, at fysioterapeuten må være i stand til at kunne rumme og imødekomme patienten, samtidig med, at det både er fysioterapeuten og patienten der præger behandlingssituationen gennem deres deltagelse og kommunikation.

I vores møde med andre, vil vi forhandle om hvem vi skal være for hinanden. At være sammen og have en god relation er centralt (Album 1996). Som sundhedsfagligt personale inden for sundhedsvæsenet, er det derfor vigtigt, at se på hvordan vi inddrager patienten aktivt i samarbejdet omkring behandlingen, idet dette vil påvirke deltagerens selvbillede (Thornquist 2009).

Vi har som fysioterapeuter fokus på kroppen i vores undersøgelse og behandling af patienten. Vi kan se på kroppen som en biomekanisk størrelse, lave funktionsvurderinger ud fra et naturvidenskabeligt perspektiv og på den baggrund lave en vurdering af patientens problemstilling. Men hvis vi vil se fysioterapi som en social praksis, hvor den kommunikative kropsforståelse tillægges værdi, bliver det vigtigt at se på, hvordan vi som fysioterapeuter kan etablere en relation til patienten.

At etablere en relation, hvor patienten oplever sig tryk og anerkendt, stiller krav til fysioterapeuten. Det kræver at fysioterapeuten viser interesse for patientens situation, er aktiv lyttende og stiller spørgsmål for at kunne afdække patientens oplevelser. Dette indikerer, at det er centralt at vi som fysioterapeuter via en kropslig tilgang, kan få indsigt i patientens erfaringsverden. Dette kan ske ved at inddrage patienten gennem hele behandlingen gennem en dialog om kroppen, ud fra de kropslige reaktioner, væremåder, handlinger m.v., som fremkommer (Bunkan 1995, Gretland 2007, Thornquist 2009).

Thornquist's (2009) forståelse af kroppen som udtryksfuld og som grundlag for samhandling og meningsdannelse, er hentet fra Merleau-Ponty's krops-fænomenologi. Merleau-Ponty (1994) fremhæver, at kroppen er det naturlige *jeg*, et centrum for erfaringer og erkendelse og kontakt med omverdenen (ibid.). Det er gennem kroppen, at vi som mennesker er rette mod verden. På den måde er det via perception og bevægelse, at vi søger mening. Det er i kraft af kroppen, at mennesket er i kontakt med andre og via denne integreres i socialt liv (ibid.). Vi bliver kendt med os selv og vores omgivelser, gennem meningskabende samhandling med andre. Herigennem integrerer vi kropslige erfaringer og handlinger i en kontinuerlig proces, og gennem denne udvikles bevægelsesmønstre og evnen til at mestre (ibid.).

Eline Thornquist (2009) fokuserer bl.a. på kropslig kommunikation. Ud over fænomenologi, henter Thornquist viden fra mange forskellige områder, som antropologi, psykolog, sociologi, samfundsvidenskab og kommunikationsteori. Thornquist henviser blandt andet til Bourdieu (1999), der er optaget af, hvordan samfundsstrukturer kan ses i vores handlingsmønstre, og hvordan disse er i et gensidighed forhold til den kontekst vi handler inden for, eller ud fra. Vores historie og erfaringer er nedfældet i kroppen, som mønstre for perception og bevægelse. Det er det, som giver kroppen en social fysiognomi

(ibid.). Bourdieu peger på, at kropslig kommunikation er knyttet til og må ses i sammenhæng med konteksten.

Bourdieu (2007) er optaget af hvordan objektive sociale strukturer nedfældes som kropslige dispositioner. Mennesket fremtræder kropsligt gennem kropsholdning, bevægemønstre, hvordan den enkelte indtager et rum, tager plads o.s.v. Kroppen bliver på denne måde knyttet til kommunikation og må ses i sammenhæng med konteksten, også den historiske kontekst (Bourdieu 2007). Han mener, at den historiske kontekst præger kvinder og mænds fremtræden og fællestræk, uden af han skelner til specielle og individuelle erfaringer, som det enkelte individ har med sig. For eksempel kvinder, der har været udsat for fysiske overgreb. Disse træk og kropslige erfaringer bærer individet med sig. Det er i denne sammenhæng væsentligt, at den kropslige kommunikation er præget af begge disse erfaringer.

1.1 Legitimering/ almengøring af problemstillingen

Hvor andre faggrupper har samtalen som tilgang til behandling inden for psykiatrien, har fysioterapeuten kroppen som tilgang i undersøgelse og behandling af patienter. Dermed har fysioterapi sin berettigelse inden for psykiatrien (Gretland 1999). Grunden er, at fysioterapeuter har kroppen i fokus under undersøgelse og behandling. Dette gør at fysioterapeuters behandlingstilbud er udfyldende i forhold til andre faggrupper, som først og fremmest fokuserer på den verbale kommunikation med patienterne (ibid.). Nogle hævder, at det er af betydning at kombinere den kropslige og verbale tilgang i behandlingen og fysioterapeutens møde med patienten (Thornquist 1992, Gretland 1999).

Det centrale i dette opgave er at betragte kommunikation som et vigtigt element i behandlingen – uanset om denne kommunikation udtrykkes verbalt eller kropsligt. Det er vigtigt at afdække og få forståelse for hvad kroppen kommunikerer og hvordan denne kommunikation kan tolkes? Hvordan er sammenhængen mellem kropslig og verbal kommunikation og hvordan kan fysioterapeuten anvende kommunikation som et aktivt og bevidst element i behandlingen?

Socialt samvær med andre mennesker er noget vi er afhængige af. Vi forstår os selv ud fra hvordan andre møder og opfatter os. Vi er således afhængige af et fællesskab og at have et tilhørsforhold til andre mennesker (Goffman 2010; 1963). Den relationelle dimension ved samhandlingen er det som formidles kropsligt (ibid.). Altså hvem vi skal være for

hinanden. Mennesker bærer personlige og specifikke erfaringer med sig, som kan aktiveres i specielle situationer.

Disse betragtninger er vigtige, idet de tager udgangspunkt i patientens egne oplevelser, udtryk eller erfaringer. På denne måde kan vi gennem behandlingen stimulere til kropslig forankring og fortrolighed og minimere risikoen for at patienten bibeholder distance til egen krop (Bunkan 1995, Thorngquist 2009). Dette er en vanskelig udfordring og selv om terapeuten har de bedste intentioner, lykkedes det ikke altid. På trods af vanskeligheden påkalder udfordringen konstant opmærksomhed fra terapeuten. Det, at kunne sætte ord på kropslige oplevelser, væremåder og refleksioner betyder mulighed for mere verbal dialog i behandlingen. At verbal dialog har en vigtig plads i behandlingen med tanke på at fremme patientens egenforståelse og evne til at være deltagende i behandlingen (Bunkan 1995, Thornquist 2009, Gretland 2007). Dette kan være stærkt medvirkende til at patienten ikke fastholdes i patientrollen, men tager aktiv del i behandlingen. Dette kan styrke patientens tilfredshed med behandlingen og lette patientens overgang til hverdagslivet.

Samfundsmæssigt er dette perspektiv særdeles relevant. Kan en bedre forståelse for kropslig og verbal kommunikation i behandlingen, bidrage til en bedre behandling? Dette er naturligvis centralt for den enkelte patient, men det er også centralt for de krav, der stilles til fysioterapeuten og de kompetencer, som fysioterapeuten skal besidde.

På trods af overskrifter som ”patienten i centrum” og ”det gode patientforløb” er der sket en langt større faglig specialisering og effektivisering i den danske psykiatri. Vi hører ofte om patienter, der føler sig overset eller overhørt, patienter der føler sig udenfor eller patienter, der oplever at de ikke bliver taget alvorligt. Her tror jeg, at større fokus på kommunikation i behandlingen, kan være medvirkende til at sikre, at patienten ikke bare føler sig inddraget/involveret i behandlingen, men faktisk er en del af behandlingen. Kroppen er central i etableringen af fællesskab og tilhørighed (Bourdieu 1999).

1.2 Interesse og formål (udvikling af kundskab)

Psykomotorisk fysioterapi er en erfaringsbaseret behandlingstradition, udviklet i praksisfeltet omkring 1947. Det er foreløbig sparsomt med forskningsbaseret kundskab om praksis baseret på denne faglige tradition. At beskrive særtræk ved fysioterapeuters praksis kan være med til at udvikle og formalisere erfaringskundskab. Det kan bidrage til at udvikle fysioterapeuters forståelse af og refleksion over egen praksis, og til faglig

udvikling generelt. Dette kan styrke fysioterapeuten i den reflekterede samhandling med patienten og undersøge og behandle hver enkelt ud fra den pågældendes egen situation og individuelle behov.

Det kan også bidrage til at øge opmærksomheden for, at kommunikation er en væsentlig del af den relationelle sundhedsfaglige forståelse og dermed en væsentlig del af fysioterapeutens arbejde. Dette kan være interessant for andre fysioterapeuter, der arbejder i psykiatrien, men også for andre fysioterapeuter i både primær og sekundær sektoren. Dette kan bidrage til større helhedsforståelse i behandlingen.

Fokus i denne opgave, er at betragte kommunikation, som et væsentligt aspekt i den fysioterapeutiske behandling. Det væsentlige er, at forsøge at finde nogle unikke særtræk i kommunikationen i en behandlingssituation. Dette kan gøres ved at fokusere på det konkrete og specifikke og herudaf udlede generel viden om området¹. I denne opgave fokuserer jeg på en specifik behandlingssituation – 1 konkret behandlingstime og forsøger med udgangspunkt heri, at finde særlige kendetegn i kommunikationen mellem fysioterapeut og patient. Hvad kommunikerer der verbalt og non verbalt? Små detaljer, ord, bevægelser, mimik. Detaljer som, hvis man ikke har fokus og forståelse for disse, let kan overses og måske betragtes som værende ubetydelige, men som i en større kontekst er væsentlige for kvaliteten af den behandling, som den enkelte patient får og deltager i. Det vigtige for mig er således, at studere de ”små ting” og de særlige kommunikative særtræk i en konkret behandlingssituation.

1.3 Problemstilling

Den litteratur og kundskab som jeg har gennemgået fokuserer alle på samhandlingen mellem terapeut og patient. Der er opmærksomhed på den kropslige kommunikation, brud og forhandling i behandlings-situationen, gensidig erkendelse og anerkendelse. Trods opmærksomhed på kropslig kommunikation, er der behov for at undersøge, hvordan vi

¹ Jf. Flyvbjerg, der studerer det unikke gennem blandt andet casestudiet. Han kalder det ”den konkrete videnskab” altså fænomener med det formål at opnå detaljeret viden om fænomenet. Jeg bruger deltagende observation i denne opgave, hvilket kan kategoriseres under casestudiet. Casestudiet af en konkret praksis (kontekst bundet) som giver værdifuld viden i studiet af mennesker (og samfund). Fokus på de små ting – ”tilsyneladende ubetydelige sandheder”, kan vise sig at være generelt vigtige og betydningsfulde. Iagttagelsen af små ting bringer noget generelt frem om fænomenet (Flyvbjerg 2006).

som terapeuter i konkret praksis kan anvende den kropslige dialog og hvordan vi kan sprogliggøre de reaktioner og væremåder, der kommer til udtryk i behandlingen.

Dette leder frem til følgende problemstilling:

Hvad kendetegner kommunikationen mellem fysioterapeut og patient i en psykomotorisk behandling² i psykiatrien?

² I denne opgave sidestilles begrebet psykomotorisk behandling med Norsk PMF – tradition (psykomotorisk fysioterapi)

2.0 Metode

Opgavens problemstilling retter sig mod at gennemføre en analyse, hvor teori og praksis sammenkobles for at udlede de væsentlige aspekter i kommunikationen mellem fysioterapeut og patient. Dermed er det relevant at afsøge litteratur om kommunikation og om forholdet mellem patient og terapeut inden for fysioterapi. At koble teori med praksis forudsætter indsigt i, hvordan praksis konkret er og kan beskrives – i form af en konkret behandlingssituation. Centralt i denne opgave er at dokumentere og analysere en konkret behandlingssituation – 1 behandlingstime. Det analytiske sigte er således at uddrage væsentlige pointer om kommunikation mellem patient og fysioterapeut i forhold til den beskrevne praksis.

Nedenfor, i metodeafsnittet, beskrives hvordan jeg afsøger litteratur og afgrænser det teoretiske perspektiv, der beskrives i afsnit 3.0, hvordan dataindsamling (1 behandlingstime) og databearbejdning foretages og hvordan analysen og diskussionen opbygges og gennemføres. Endelig vil der til sidst i metoden være selvkritik af valgt metode og etiske betragtninger.

2.1 Aktuel kundskab om emneområdet

For at finde kundskab om emneområdet har jeg søgt i databasen CINAHL. Jeg har brugt følgende søgeord: Professional-Patient Relations+ and Physical Therapists or Physical Therapy+ and communication+ or Negotiation. Herudover har jeg gennemgået pensumlisten for studiet. Jeg således fundet forskellige relevante artikler omhandlende kommunikation mellem patient og terapeut. De vigtigste er:

Aud Marie Øien (2010), *Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study*. Denne er en del af hendes PhD studie. Empirien er bl.a. baseret på video-optagelser af psykomotoriske behandlinger. En af Aud Marie Øien konklusioner er, at kommunikation mellem terapeut og patient er en krævende og kompliceret proces af forhandlinger gennem behandlingsprocessen. Det viste sig ligeledes, at hvis terapeuten og patienten var i stand til at komme videre fra disse krævende situationer i behandlingen, opstod der nye måder at være sammen på (Øien 2010).

Kerstin Margareta Ek (1990), *Physical Therapy as communication: microanalyse of treatment situation*, et Ph.D studie, som ser på kommunikationen mellem terapeut og

patient. Her tydeliggøres det, at der ofte ikke er overensstemmelse mellem treatment dialogue og social dialogue (ibid.).

Ruth Parry (2005), *A video analysis of how physiotherapists communicate with patients about errors of performance: insights for practice and policy*. Denne undersøgelse fremhæver, at det er nødvendigt med kundskab om kommunikation. Det er den verbale kommunikation, der er i fokus. Behov for mere viden om kommunikation i praksis, dens funktion og konsekvenser af denne.

Eline Thornquist har ligeledes beskæftiget sig med verbal og non-verbal kommunikation i doktorafhandlingen *Conceiving funktion (1998), An investigation of the epistemological preconditions, conceptualizations and methodologies in physiotherapy.*, samt i hendes bog: *Klinik kommunikation information* fra 1998 som i 2009 udkom med ny titel, redigeret og fornyet. Thornquist (1998), fokuserer på vigtigheden af den kropslige kommunikation, ud fra kommunikative og social-kulturelle perspektiver.

I forhold til undersøgelser, der er gjort inden for psykiatrien, har jeg fundet en rapport fra projektet, fysioterapi i psykiatri. Denne er udarbejdet af Anne Gretland (1999), *Kroppens spor- en udfordring i psykiatrien*. Gretland afdækker erfaringskundskab om fysioterapi som behandlingstilbud til patienter med psykiske lidelser, gennem feltarbejde af 1-2 ugers varighed på 3 psykiatriske sygehuse i Skandinavien. Konklusionen fra rapporten er: Der er et stort potentiale i at integrere fysioterapi i behandlingen af psykiatriske patienter.

Fysioterapeuter repræsenterer en anden kvalitativ indfaldsvinkel til psykiatrien ved at have kroppen som fokus i undersøgelse og behandling (ibid.). Rapport førte til bogen: *Den relasjonelle kroppen (2007)*, der behandler faglige temaer på flere niveauer. Der er således via dette arbejde gjort opmærksom på vigtigheden af fysioterapi inden for psykiatrien. Det at have kroppen i fokus og dermed blive mere opmærksom på de kropslige spor, som kommer til udtryk via sindslidelser og andre traumer og krænkelsererfaringer.

2.2 Dataindsamling

For at udvikle empirisk materiale til studiet, har jeg valgt observationsstudiet, da jeg gerne vil analysere en konkret behandlingssituation – 1 behandlingstime. Problemstillingen fokuserer på praksis og derfor vil deltagende observation være en anvendelig metode, fordi den har til hensigt at beskrive hvad mennesker gør og siger i sammenhæng, som ikke er

struktureret af forskeren (Fangen 2010). Det er således den menneskelige samhandling, der skal studeres.

Denne metode bruges ofte i forbindelse med observationer af dagligdags-situationer, men kan også bruges i andre sammenhænge, som f.eks. behandlingssituationer (Fangen 2010). Fangen mener, at deltagende observation er oplagt at bruge, når man blandt andet observerer menneskers samhandling og hvilke roller de indtager, samt hvordan de ser verden. Fangen tager udgangspunkt i Mead, som bruger begrebet symbolsk interaktion, forstået som menneskets evne til at tage en andens rolle. Dette betragter Mead som grundlaget for alt menneskelig kommunikation (ibid.). Det vil sige, at man er interesseret i at forstå den anden ud fra dennes oplevelse af verden. Det er, ud fra denne forståelse, vigtigt at studere mennesker i de situationer de indgår i, i stedet for at se dem som isolerede størrelser. Derfor er deltagende observation oplagt at bruge (Fangen 2010).

2.2.1 Observation ved brug af video

For at kunne belyse kommunikation i en fysioterapeutisk behandling anvendes videofilm som værktøj til udvikling af empirisk materiale. Det væsentlige i denne opgave er at se på den (kropslige) non-verbale kommunikation og den verbale kommunikation. Her er den deltagende observation i form af film- og lydoptagelser velegnet, idet man både kan observere hvad der siges og gøres, og herudfra bl.a. kan analysere, om der er overensstemmelse mellem det kropslige og det sproglige udtryk.

Thornquist (2010) berører flere aktuelle og vigtige overvejelser i forhold til at vægte handlingers meninger i klinisk praksis og forskning i praksisfeltet. Thornquist tager blandt andet afsæt i Wormnæs, som skriver: *”Det vi sansemæssig bevitner er bevægelsesforløp”* (Thornquist 2010:211). Det visom mennesker observerer, er ikke ønsker, intentioner, motiver med mere. Vi ser handlinger, barnet der løber, to der danser o.s.v. Vores kendskab til den aktuelle situation og til deltagerne, giver os en større forudsætning for at kunne forstå og opfatte det som sker, og på den måde få indblik i deltagernes virkelighedsforståelse (ibid.).

Fog (1994) beskriver ud fra sine observationer, hvad der kan ligge i kropslige udtryk, ansigtsudtryk og tonefald. Fog har erfaret, at der ikke altid er overensstemmelse mellem det kropslige udtryk og det sproglige udtryk (ibid.). Fog, som primær arbejder med interview, er kommet frem til, at det er vigtigt at observere deltagernes kropslige udtryk.

Det at videofilme kan give mulighed for at udvikle gode beskrivelser af hvad der foregår i situationen og hvilke mulige betydninger det har for samhandlingen.

Videooptagelse regnes for en form for deltagende observation (Fangen 2010). En videooptagelse af en behandlingssituation vil nedtone min rolle som deltager, ved at jeg ikke er til stede under selve optagelsen. Det at nedtone min deltagelse vil ifølge Fangen (2010) kunne give nogle vanskeligheder i forhold til at kunne forstå kommunikation og de koder deltagerne har (ibid.). Dette problem afhjælpes dog af, at jeg som fysioterapeut kender til den tænkning, der ligger til grund for den behandling, jeg vil videofilme. Desuden er den behandlingssituationen jeg studerer afgrænset af parternes situationsforståelse (i kraft af, at det er en fysioterapeutisk behandling) og det begrænsede antal deltagere (fysioterapeut og patient).

For at fremme intersubjektivitet ved udvikling af det empiriske materiale har jeg søgt hjælp hos en kollega. Vi har sammen set filmen igennem for at få en så bred og fyldig beskrivelse af behandlingen som mulig.

Goffman (2010;1963, 2011;1967) var optaget af at studere og forstå hvordan interaktionen mellem mennesker udspiller sig. Han studerede mennesker i deres hverdagsliv og de omgivelser de befandt sig i, face-to-face interaction. Ved at studere den faktiske praksis og dermed have sin opmærksomhed på, hvad der faktisk foregik mellem deltagerne, fik han indblik i den sociale ordens grundlag og mikromekanismer (ibid.).

Vi orienterer os mod hinanden gennem blik, gesture, kropslige placeringer, tone fald med mere. Disse betragtes som ydre tegn på, at vi orienterer os og involverer os i hinanden og at dette sker både bevidst og ubevidst (ibid.). Ud fra denne betragtning kan brugen af video være en god måde at indsamle data på, for både at iagttage og beskrive hvad der sker i den konkrete samhandling. Det vil hjælpe mig til at iagttage deltageres gestuer, hvordan de er placeret i forhold til hinanden o.s.v. På denne måde får jeg mulighed for at beskrive deres samhandling.

Det er vigtigt at beskrive samhandlingen (behandlingssituationen) så detaljeret som muligt, for at have en godt grundlag for analysen og dermed kan trække de mønstre og kropslige udtryk frem, der sker i samhandlingen (Fangen 2010 s. 102).

Efter at have set filmene mange gange, alene og sammen med henholdsvis kollega og vejleder, har jeg beskrevet behandlingstimerne detaljeret, svarende til det man inden for kvalitativ forskning, vil kalde tykkebeskrivelse (bilag 6).

2.2.2 Udvalgelses af informanter

Jeg har valgt at filme en fysioterapeutisk behandling, der tager afsæt i behandlingstraditionen Norsk Psykomotorisk Fysioterapi. Behandlingen foregår i fysioterapien på psykiatrisk sygehus. Jeg har valgt at videofilme en fysioterapeut med mange års erfaring inden for den psykomotoriske behandlingstradition i psykiatrien. Grunden til at mit valg er, at jeg af andre fysioterapeuter inden for fagfeltet (danske fysioterapeuters organisation, vejleder og kollegaer) blev anbefalet at tage kontakt til denne fysioterapeut. Fysioterapeuten har gennem mange år arbejdet inden for psykiatrien i Danmark og har den Psykomotoriske videreuddannelse (PMF). Derudover har hun undervisnings- og vejledererfaring. Det er således en person med stor viden og erfaring inden for det psykiatriske område, der indvilligede i at deltage i dette studie. I denne forbindelse underskrev fysioterapeuten et informationsskrift, som jeg har udarbejdet (bilag 3).

Fysioterapeuten blev bedt om selv at vælge patienten. Der var ikke krav om at patienten skulle have modtaget et bestemt antal behandlinger for at deltage, idet det er den kropslige dialog og dialogen om kroppen, som er i fokus. Jeg har haft fokus på, at det ikke handler om at opnå statistisk repræsentativitet, men at finde et gode eksempler, der kan belyse problemstillingen (Fangen 2010), j.v.f. afsnit 1.2 (udvikling af kundskab).

Fysioterapeuten aftalte tid til information og optagelse af behandlingen. Patienten mødte ikke op. Dermed blev det nødvendigt at fysioterapeuten fik en aftale med en ny patient, der kom som aftalt. Jeg sikrede mig, at patienten var informeret, havde læst informationsskriftet og underskrevet dette (bilag 4). Optagelsen startede med, at patienten og fysioterapeuten gav et mundtligt samtykke.

På trods af ekstra lydudstyr på videokameraet var lydoptagelsen dog af så dårlig kvalitet, at jeg valgte at gå tilbage til fysioterapeuten for at høre om muligheden for at optage en ny behandling. Fysioterapeuten aftalte et nyt møde med patienten. Denne optagelse blev udført med en lyd kvalitet, som gjorde det muligt at høre hvad deltagerne talte om.

2.3 Databearbejdning

Fangen fremhæver³, at det nødvendigt som forsker hele tiden at være kritisk i alle faser i processen, også i analysen for at undgå fejltolkninger (Fangen 2010). For at kunne arbejde med den relative store mængde data, der er i en behandlingstime, har det været nødvendigt at strukturere data og tydeliggøre processen.

Målet med dette at kunne strukturere data i en række temaer, som kan danne grundlag for analysen i kapitel 4.

Jeg anvender følgende metode og fremgangsmåde:

- Overblik over rå-materiale
- Sammendrag af behandlingstimen
- Udpegning af temaer til analysen
- Bearbejdning af udvalgte sekvenser

2.3.1 Overblik over rå-materiale

Efter at have videofilmet behandlingstimen så jeg filmen igennem i sin helhed for at kunne få et indtryk af den mangfoldighed en praksissituation giver.

Herefter så jeg videooptagelsen igennem med en kollega, mens vi hver især noterede hvad vi som observatører fandt interessant, og som kunne trækkes frem som kendetegnende for kommunikationen mellem patienten og fysioterapeuten. Formålet var at fremme intersubjektiviteten i forståelsen af det empiriske råmateriale. Min kollega havde på forhånd modtaget min projektskitse og den udarbejdede observations guide (bilag 5).

³ I forhold til analyse og rapportering er der en række væsentlige overvejelser i forhold til den kvalitative metode. Der findes forskellige teorier til dette analysearbejde. Analysearbejdet er vigtigt for forskeren, hvis man ønsker at udvikle videnskabelig viden. Analyseproceduren skal være en systematisk gennemgang af materialet. Det vil sige, at man bl.a via gennemlæsning af den transskription, der er lavet på baggrund af videofilm opdeler materialet i temaer, enheder og kategorier. Disse holdes op mod teoretiske referencer samtidig med, at der hele tiden stilles spørgsmål til relevansen, validiteten og refleksiviteten (Fangen 2010, Kvale og Birkmann 2009). Det er dog væsentligt at være bevidst om, at spørgsmål om validitet ikke er noget, der er afgrænset til en bestemt del af observationsstudiet. Den præger alle faser i den kvalitative forskningstilgang - lige fra den første tematisering til resultatet (Fangen 2010)

Behandlingstimen blev inddelt i forhold til positioner, bevægelser og de udgangsstillinger fysioterapeuten og patienten befandt sig i, på følgende måde: Indledende samtale ca. 10 min, stående og siddende udgangsstilling ca. 10 min, liggende på briksen ca. 30 min. og de sidste 10. min var hvile og afslutning.

På baggrund af ovenstående proces blev der udarbejdet en omfattende beskrivelse (tykkebeskrivelse) af behandlingstimen. Beskrivelsen har været et vigtigt værktøj for at kunne forstå materialet. Denne fremgår af Bilag 6.

2.3.2 Sammendrag af behandlingstimen

Ud fra bilag 6 udarbejdede jeg en sammenfatning af behandlingstimen. I denne sammenfatning fremkommer mine tanker og overordnede forståelse af, hvad der sker i behandlingstimen. Sammendraget skal hjælpe mig videre i forhold til at se efter kendetegn på kommunikation mellem fysioterapeuten og patienten. Sammendraget fremgår af analysens afsnit 4.1, der er første skridt frem mod analysearbejdet. Udover at se videooptagelsen igennem flere gange alene og sammen med en kollega, har jeg også set filmen igennem sammen med min vejleder. Det er, som Erikson (1992) fremhæver, vigtigt for at sikre præcision, rehabilitet og for at udvikle valid kundskab

Gennemgangen af videooptagelsen er også sket ud fra min viden og erfaringer og ud fra litteratursøgningen og det teoretiske perspektiv (kap.3.0).

2.3.3 Udpegning af temaer til analysen

For at kunne sikre en enkel analytisk struktur har jeg valgt at inddele analysen i en række temaer. Inspirationen til den temabaserede tilgang er hentet fra Thagaard (2011).

Processen frem mod udpegning af de 4 temaer, der er grundlaget for analysen er følgende:

- 1) Ved hjælp af min observationsguide (bilag 5) og beskrivelsen af behandlingstimen (bilag 6) samt sammendrag heraf, har jeg struktureret datamaterialet ud fra en række kategorier⁴.

⁴ Kategorier: Anerkendende tilgang, lyttende, gentagelser, verbale udtryk, kropslige udtryk, placering, udgangsstillinger, positioner i forhold til hinanden, kropslig guidning, ser på hinanden m.v.

- 2) Ovenstående kategorier inddeles under 2 analytiske kommunikative begreber: indholdsaspektet og rolle/reasonsaspektet⁵. Disse begreber er beskrevet i det teoretiske perspektiv (se kapitel 3). Begreberne er centrale i forhold til problemstillingen anvendelige i analysearbejdet.
- 3) Med udgangspunkt i ovenstående kategorier og deres inddeling i indholds- og rolle/reasons-aspektet, fremkommer 9 temaer⁶, der samles i nedenstående 4 overordnede temaer.
- 4) Valg af temaer til analysen. Disse temaer (4 i alt) fremgår af afsnit 2.4
- 5) Udpegning af centrale sekvenser, der illustrerer særtræk i behandlingstimen.

2.3.4 Bearbejdning af udvalgte sekvenser

De udvalgte sekvenser, der illustrer særtræk i behandlingstimen, skal være med til at underbygge de valgte temaer. Sekvenserne er fundet på følgende måde: Med de 4 temaer for øje finder jeg relevante sekvenser findes i datamaterialet, ved at se filmen igen og igen, ved gennemgå beskrivelsen og sammendrag af behandlingstimen.

De udvalgte sekvenser transskriberes herefter detaljeret. Til denne transskribering har jeg brugt forskellige tegn for at tydeliggøre, hvad der kropsligt og verbalt kommer til udtryk, både hos fysioterapeuten og patienten.

⁵ Kategorierne inddeles herefter på følgende måde:

Indholdsaspektet: Stimulering til refleksion, bruger metaforer, fysioterapi via greb og bevægelser, gentagelser kropslige og verbalt fra terapeutens side (tid og muligheder), følger op på reaktioner, men ikke alle, tid til fordybelse, gentagelser af bevægelser, justere ud fra hvad patienten gør, patienten følger fysioterapeuten og omvendt, udfordring, udforskning og afprøvning.

Rolle/ relations aspektet: fællesskab, de gør noget sammen der er menings givende for dem begge, det er samspil, det er i starten terapeuter som er styrende for bevægelser og emner der tages op, emner der tages op kommer ud fra patienten reaktioner, gensidighed. Patienten og fysioterapeut kommer med metaforiske udtryk under bevægelser, kommer med humoristiske modspil, giver og modtager. Der er en veksling mellem at give og modtage. Humor, tryghed og anerkendelse mellem dem, patienten bliver hørt og set som en helt menneske, hvem skal de være for hinanden og hvad skal deres møde dreje sig om. Forventnings afstemning, ro. Fordybelse, nærvær, opmærksomhed.

⁶ Ud fra kategorierne opstår følgende 9 temaer: Fælles opmærksomhed, Måder at være sammen på, Kropslig samhandling mulighed for verbal dialog, Lege med udtryk, Når indlærte mønstre brydes. Forskellige måder at flytte grænser på, Udforske og nuancere nye kropslige erfaringer, Det dynamiske i behandlingen, Fra det konkrete til hverdagslivet. Disse 9 temaer operationaliseres til 4 overordnede temaer, som danner det videre grundlag for analysen.

Jeg har brugt følgende betegnelser: **F** er fysioterapeuten, **E** er patientens fiktive navn, det inden for parentes () er det analoge sprog som handlinger, gesture, tonefald, placeringer. Det uden for parentes () er det digitale sprog, ord. I de situationer hvor enten **F** eller **E** siger noget, eller bevæger sig, som en opfølgning uden at det er en afbrydelse, har jeg markeret med en firkantet parentes []. På denne måde har jeg samtidig forsøgt at give læseren indblik i og fornemmelse af hvem af deltagerne, der er styrende og tager initiativet i de udvalgte sekvenser. Jeg skriver ord-ret og præcist det, som deltagerne siger. Derfor vil der være nogle ord som er præget af dialekt, slang m.v.

De ord eller sætninger, som kræver en uddybende forklaring for at kunne forstås, har jeg lavet en fodnote på. Jeg har skrevet disse uddrag med en anden bogstavstørrelse, linjeafstand og de er rykket ind i forhold til den øvrige tekst, for at tydelig gør dem.

Det er vigtigt at få transskriptionen så detaljeret som mulig, for at skærpe iagttagelsen og se det kropslig i samspil med det sproglige udtryk samhandling.

2.4 Udarbejdelse og fremstilling af analyse

I kapitel 4 fremlægges analyse og resultatet af databearbejdningen. Jeg har bygget analysen op på følgende måde for at have en systematisk gennemgang af de fire temaer. De fire temaer betragter jeg som første del af resultatet m.h.p at udpege de centrale elementer i kommunikationen mellem fysioterapeut og patient i en psykomotorisk behandling i psykiatrien. På denne måde er udpegningen af de 4 temaer en del af resultatet – altså 4 vigtige kendetegn i kommunikationen mellem fysioterapeut og patient.

De 4 temaer, der danner den videre ramme for opbygningen af analysen er:

- Fælles opmærksomhed
- Måder at være sammen på
- Lege med udtryk
- Når indlærte mønstre brydes

Analysens opbygning

Hvert tema relateres i fremstillingen til erfaringsnær beskrivelse og transskriberede uddrag (empiri) og belyses teoretisk. Her inddrages flere relevante teoretiske vinkler. Det teoretiske perspektiv i hvert tema diskuteres i forhold til empirien.

Hvert tema afsluttes med en opsummering. Det centrale fra disse opsummeringer vil efterfølgende indgå i afsluttende diskussion i kapitel 5.0. Hvert tema i analysen opbygges på følgende måde:

- Tema 1..2..3..4
 - Erfaringsnær beskrivelse og transskriberet uddrag
 - Teoretisk belysning og diskussion
 - Sammenfatning i forhold til temaet

2.5 Kritik, faldgrupper i metoden

Ofte vil deltagende observation omfatte, at man som forsker deltager som observant. Hvis jeg havde deltaget som observant under optagelsen af behandlingstimen, ville det være muligt at tage notater og observere forhold, der ikke kommer med på filmen. Omvendt vil man som observant under behandlingstimen kunne påvirke deltagerne og den samhandling, der observeres. Min tilstedeværelse ville kunne påvirke deltagerne oplevelse/følelse af frihed og naturlighed under behandlingstimen. Det kan på denne baggrund være mindre forstyrrende for samhandlingen at observere denne gennem videofilmning (udefra) (Fangen 2010).

Det at behandlingstimen optages på video og der på den måde er et kamera tilstede, kan påvirke deltagerne, ved at de er beviste om at de bliver observeret. Deltagernes væremåde kan forstærkes. F.eks. kan deltagerne trække sig, være mere tilbageholdende, kropslig og verbal urolige m.m.. Det ses f.eks. at patienten er kropslig urolig i starten af optagelsen og vender sit ansigt væk fra kameravinklen. Dette kan være udtryk for at kameraet påvirker hende.

Patienten giver, under den indledende samtale udtryk for, at hun er bevist om at andre mennesker iagttager hende og hvordan hun kropsligt agerer. Denne bevidsthed gør, at hun har kontrol på hvordan hun virker sammen med andre. 5.51 min. inde i samtalen fortæller hun, hvordan hun til et møde havde siddet og pillet ved sine fingre, hvorefter hun havde puttet sine hænder ind under lårene og siger ” *man skal ikke afsløre for meget*”.

Den kropslige uro aftager når opmærksomheden flyttes fra hende.

Det kun at have filmet deltagerens samhandling i løbet af behandlingstimen uden efterfølgende at have interviewet dem, gør at jeg ikke får det fulde indblik i deres oplevelse

af det der skete, i løbet af timen. Dette kunne også have forklaret fysioterapeutens bevægegrunde og valg nærmere. På denne måde kan der være en risiko for, at jeg ser og tolker ud fra min egen forståelse. Det kan påvirke intersubjektiviteten igennem hele skrive processen. Det har jeg som tidligere nævnt forsøgt at tage højde for ved at inddrage en kollega gennem analyseprocessen og samtidig har jeg kunne bruge min vejleder.

Jeg havde ved starten af dette projekt, valgt at lave et interview med fysioterapeuten. Grunden var, at jeg ønskede at interviewe fysioterapeuten, samtidig med at vi så videooptagelsen og dermed ville få et bedre indblik i fysioterapeutens valg. Dette var ikke muligt ifht til tidsplanen for denne opgave.

Hvis der havde været flere ressourcer ville det også have været muligt at gennemføre studie af flere forskellige behandlingstimer. Og også med flere forskellige fysioterapeuter og patienttyper. Det er et lille studie omfattende 1 behandlingstime med kun to deltagere. Derfor må man være meget kritisk i forhold i forhold til større generalisering.

2.6 Etik

Dette studie er indmeldt til Norsk Samfundsvitenskabelige Datatjeneste (NSD), fordi jeg anvender video- og lydoptag, som bliver lagret og bearbejdet via brug af datamaskine, hvor informanterne kan genkendes direkte eller indirekte (ibid.).

Jeg har derfor ansøgt om tilladelse til dette studie hos NSD og fået godkendelse (bilag 1). På trods af, at jeg studere på Tromsø Universitet og her er underlagt reglerne herfor, har jeg undersøgt om der gælder andre retningslinjer, da mit studie udføres på en institution i Danmark. Det har derfor været nødvendigt at anmelde studiet til Datatilsynet (bilag 2).

Når der bruges informanter i forbindelse med indsamling af empiri, er det vigtigt at inddrage etiske retningslinjer for at sikre informanten m.h.t. personverd og personvern.

Personvern ivaretages ved konfidensiell behandling af informanten (NEM 2009). Når der anvendes video kan man ikke på samme måde som i et interview sikre anonymitet. Ved videooptagelser kan man genkende personer og kan forskeren ikke offentliggøre data, som kan afsløre sine informanters identitet (Fangen 2010). Konfidensialiteten sikres også ved data bliver opbevaret sikkert og ved at materiale makuleres efter brug og det i øvrigt opbevares sikkert, så det ikke kommer i andre hænder(ibid.).

Filmen er kun blevet set af min vejleder, min kollega (under databearbejdningen) og jeg selv.

For at varetage informanternes autonomi som svare til personverd, har jeg indhentet informeret samtykke til deres deltagelse i projektet (bilag 3). Samtidig er deltageres navne blevet ændret og dermed anonymiseret. Ifølge Fangen (2010) vil man vanligvis ændre navne, stednavne og andet når man publicer sit materiale, samtidig sørge man for at den informerede samtykker, er skriftlig (ibid.).

Informeret samtykke indebærer at informanterne informeres om formålet med det studie, de deltager i. Deltagerne har underskrevet en samtykke-erklæring (bilag 3 og bilag 4). Ledelsen på den institution, hvor undersøgelsen foregår, har også godkendt studiet.

3.0 Teoretisk perspektiv

I psykomotorisk behandling er der fokus på dialogen om og med kroppen i en behandlingssituation. Kommunikationen mellem patient og fysioterapeuter er central i behandlingssituationen (Bunkan1995;1968).

I denne opgave fokuseres på kommunikation i behandlingen med udgangspunkt i psykomotoriske behandlingsprincipper. Der er derfor relevant at anvende et kommunikativt perspektiv til at observere og studere praksis som en relationel virksomhed.

Det er relevant at inddrage erkendelses- og kommunikationsteorien, som Gregory Bateson var med til at grundlægge tilbage i 50'erne. Denne teoretiske forståelse er en del af den forståelse som nu oftest kaldes konstruktivisme (Hermansen et. al 2004) og systemisk tankegang (Hermansen et. al 2004). I denne forbindelse mener jeg, at det er vigtigt at tage udgangspunkt i socialkonstruktivistisk erkendelsesteori. Bateson taler her om relationer, kontekst, cirkularitet og rekursiv feedback (Hermansen et. al 2004).

Bateson mener, at relationen går forud for alt. Mennesker kan bedst beskrives ved at iagttage deres relationer og den relation, der opstår mellem mennesker (ibid.). Der vil således altid være et gensidigt forhold. Relationer sker i en kontekst og denne kontekst klassificerer budskabet. Det vil sige, at den fungerer som en form for metatekst, der kommunikerer en mening om, hvordan budskabet eller handlingen skal forstås (Hermansen et.al 2004). Konteksten er den ramme vi opfatter og formidler inden for. En ramme, der angiver hvordan interaktionen og kommunikationen, inden rammen, skal forstås.

Vi kan opfatte en konteksts mening forskelligt. Det afhænger af hvilken forståelsesramme, som tilskrives den sociale situation. Den forståelsesramme vi vælger er begrænset ud fra den viden, erfaring og kultur den enkelte lever i (ibid.). Den cirkulære forståelse er et modspil til den lineære forståelse, hvor der søges en årsagsforklaring. I den cirkulære forståelse er vi alle, i en relation. I sociale relationer er der konstant interaktion. Opmærksomheden flyttes fra den enkelte til relationer. Dette fører til feedback – handling, virkning (Hermansen et.al 2004).

Disse ovenstående begreber er vigtige at have fokus på i forhold til min problemstilling. Det er relationel virksomhed at udøve fysioterapi. Den udøves i relation til en eller flere patienter. Dette er relevant, når jeg skal se på kommunikationen mellem en patient og

terapeut. Det vil her være vigtigt at se på handlingerne og reaktioner, som en del af den psykomotoriske behandlingstradition. Her ser vi bl.a. på omstillingsevne, respirationsændringer i forhold til stillingsskift og reaktioner på bevægelser. Vi har således fokus på handlingen. I forhold til perspektivet i denne opgave bliver det interessant at se på hvordan dette kommer til udtryk i behandlingen.

Fysioterapeutens forståelse af relationer, som en cirkulær gensidighed giver mulighed for at forstå hvad, der sker i behandlingen. Dette giver fysioterapeuten mulighed for konstant at analysere og korrigere behandlingen i forhold til patientens kommunikation (verbal og non-verbal). Bateson taler om *communicare*, der betyder at gøre fælles. Alt perception, respons og adfærd må betragtes som kommunikation (Bateson 1972).

Det er ifølge denne kommunikationsteori ikke hændelsen, der i sig selv er interessant, men hvad den fortæller os. Der er fem grundlæggende antagelser inden for kommunikationsteorien. Man kan ikke *ikke*-kommunikere. Enhver kommunikation har et indhold og et relationsaspekt og oplevelsen af en relation bestemmes af hvordan aktørerne punkturnere kommunikationssekvenser imellem sig. Mennesker kommunikerer både digitalt og analogt (Hermansen et.al 2004).

Det at kommunikation hele tiden foregår i det sociale felt bevirker, at kommunikation er en del af vores læring, opfattelse af vores verden og af os selv som mennesker. Det er ligeledes ud fra ovenstående antagelser at kropslig kommunikation, kan betegnes som den analoge kommunikation. Denne analoge kommunikation er konstant til stede i form af gestus, kropsholdning og kropssprog m.v. Det er den analoge kommunikation, der hjælper os til at forstå konteksten og give den mening. Altså hvordan vi ser ”den anden” og vores forhold til det vi siger (ibid.).

Vi kan således have overensstemmelse mellem det kropslige og sproglige udtryk ved eksempelvis at synke sammen når vi græder og er triste. Andre gange er der ikke kongruens, f.eks. når patienten kniber øjne sammen ved berøring, men siger at det ikke gør ondt.

Kropssproget er ifølge Bateson metakommunikation, der hjælper os til at tolke budskabet i rammen af behandling, leg m.m. (Nielsen og Rom 2007, s.71). Tolkning finder sted i alle møder mellem mennesker, uanset det er uformelle eller formelle møder. Det sker ofte

automatisk, intuitivt, ordløst og ubevidst (ibid.). Denne forståelse kan være central når jeg skal analysere kropslig dialog.

Bråten (2004) har beskrevet udviklingen af de kommunikative kompetencer fra fødsel til alderdom. Fra fødselen kommunikerer barnet kropsligt med sine omsorgspersoner, gennem bevægelser, ansigtsudtryk, gesturer og toneleje. Der er derved kropssproglig kommunikation, uden verbale ind- og udtryk, mellem barnet og omsorgspersonen. Det er en medfødt evne, som fortsætter gennem hele livet. Det kropssproglige sker gennem bevægelser, kroppsstillinger, gesturer, toneleje. Det kropslige sanses direkte og kan indbyde til dialog og samhandling, hvor der er opfølgning og efterligning af hinandens udtryk. Dette er fundamentet for videreudvikling af gensidig udfyldelse af selvfølelsen og delagtighed i andre, i direkte eller umiddelbar forstand (ibid.).

Meningsdannelse sker på baggrund af kropslig samhandling med en fælles opmærksomhed. Denne fælles opmærksomhed giver barnet mulighed for at imitere læring gennem deltagelse i den andens bevægelser. Verbaliseringen kommer på baggrund af ovenstående, hvor den fælles opmærksomhed er begyndelsen til at kunne dele fælles symbolverden. Barnet begynder at indkode verbale udtryk og begrebsfeste og gennem det finder barnet ud af at kropslige udtryk, toneleje, m.m. har en symbolsk karakter (ibid.). At gøre noget sammen med en fælles opmærksomhed er centralt for at kunne etablere dialog. Og forudsætningen for at forstå dialogen.

Indholds- og rolle/reasonsaspektet

I alle direkte møder mellem mennesker er der mulighed for at påvirke hinanden og man skiftes mellem at modtage og afsende budskaber. Bateson (1972) mener, at vi ikke kun kommunikerer en sag (et verbalt udtryk) til hinanden, men også hvem vi skal være for hinanden. På den måde har alt kommunikation et indholds- og rolle- eller relationsaspekt. (ibid.). Relationsaspektet kommer frem, i den måde vi forholder os til hinanden, og i hvad vi siger til hinanden. Altså hvordan den enkelte ser sig selv i relationen til andre. Der ligger budskab i alle handlinger og mange gange flere budskaber samtidigt. Alt hvad der sker mellem deltagerne er af interesse, idet de skaber rammen for hinanden, i den pågældende situation (Goffman 2011;1967). Vi kan derfor ikke kun se på hvad deltagerne formidler kropsligt og verbalt, men også se på hvordan deltagerne synkroniserer sig mod hinanden i

deres handlinger og gør noget sammen (Thornquist 2009). Det kan på denne baggrund være centralt at have fokus på interaktionen i en behandlingstid for at se hvem de er for hinanden og igennem dette, finde ud af hvad de er fælles om og hvordan gensidighed, mening og oplevelser, bliver dannet mellem deltagerne.

Rolle- og relationsaspektet ligger rammen for den videre interaktion mellem deltagerne. På den måde overfører kommunikationen ikke kun informationer, men er styrende for den videre handling (Watzlawick et al. 1967).

I vores møde med andre vil vi forhandle om hvem vi skal være for hinanden. At være sammen og have en god relation er i følge centralt (Album 1996). Som sundhedsfagligt personale inden for sundhedsvæsenet er det vigtigt at se på, hvordan vi inddrager patienten aktivt i samarbejdet, idet det vil påvirke deltagernes selvbillede (Thornquist 2009).

Det er vigtigt at se på begreberne rolle og status, når kommunikation og relationen mellem mennesker analyseres. Status er noget formelt og fastlagt, som fysioterapeut, læge o.s.v. Roller er hvordan man f.eks. som fysioterapeut forvalter og udformer sin status i det praktiske felt (Goffman 2011;1967). Status sætter rammen for handlemulighederne, idet det har sammenhæng med rettigheder og pligter, som man i kraft af sin fagliguddannelse, har fået. Roller formes og påvirkes af de forskellige sociale situationer vi indgår i, og hvilke mennesker vi er sammen med (ibid.). I sundhedsvæsenet vil mødet mellem patienten og sundhedsfagligt personale være styret af forskellige strukturelle kendetegn, som ikke kan forhandles. Det vil altid være en asymmetrisk relation, fordi fag-udøveren (fysioterapeuten) har samfundets anerkendelse/autorisation som hjælper og patienten har brug for hjælp. Fysioterapeuten har derfor i udgangspunktet mere institutionel magt, men samtidig ansvar for at behandlingssituationen er præget af ligeværdighed og anerkendelse (Thornquist 2009).

Sundhedsvæsenet har sine egne særtræk i kraft af den institutionelle tilknytning. På denne måde ved mennesker der mødes i sundhedsvæsenet stor set ved hvordan man skal opføre sig, for ikke at falde uden for rammen. Det bevirker at den institutionelle kontekst har betydning for situationsforståelsen i mødet mellem fysioterapeuten og patient.

I alle sociale relationer vi indgår i, har vi brug for at vide hvilken situation vi indgår i og hvilken rolle vi kan forme herudfra. Det er ligeledes centralt, at de personer, der indgår i

situationen, har en nogenlunde ens opfattelse af situationen, for at kommunikationen kan få mulighed for at udvikle sig (Thornquist 2009).

Goffman (2011;1967, 1983) bruger begrebet situationsdefinition. Dette begreb indeholder tolkningsskemaer og retningslinjer, som hjælper os til at forstå den situation vi er i. Det vil derfor være forskelligt fra situation til situation, hvad der vil blive opfattet som passende eller upassende. I udgangspunktet vil mennesker i ansigt – til – ansigt – kontakt undgå at krænke hinanden, ved at udvise høflig respekt (Goffman 2010; 1963). Det handler om at være på linje.

Når en person fremstår for andre, vil vedkommende bevidst eller ubevidst definere den situationen han indgår i. Derved er hans egen selvforståelse central (Goffman 2011;1963).

Ud fra ovenstående tyder det på, at indholdsaspektet og relationsaspektet er væsentligt og en vigtig analytisk ramme for behandlingstimen. Det giver anledning til at have fokus på forhandling af, hvem vi skal være for hinanden således at vi kommer på linje, selvom at relationen i udgangspunktet er asymmetrisk. Det centrale er, at vi er sammen og gør noget for at kunne give et indhold mening.

4.0 Resultater og analyse

Som indledning til præsentation af resultat gives først en kort sammenfatning af behandlingstimen (afsnit 4.1) Denne sammenfatning er udviklet fra beskrivelsen af den filmede behandlingstime (bilag 6), og danner rammen for forståelse af de sekvenser, som beskrives detaljeret, for at illustrere de særtræk i behandlingstimen, der er centrale for at belyse problemstillingen.

Temaerne som fremkom, var:

- Fælles opmærksomhed
- Måder at være sammen på
- Lege med udtryk
- Når indlærte mønstre brydes.

4.1 Sammenfatning af behandlingstimen

Formålet med sammenfatningen er at udtrække de centrale kendetegn i behandlingstimen i forhold til problemstillingen i denne opgave: Hvad kendetegner kommunikationen mellem fysioterapeut og patient i en psykomotorisk behandling i psykiatrien?

I starten af behandlingstimen er Eva afventende og svarer på de spørgsmål fysioterapeuten stiller hende. Hun er kropslig urolig under den indledende samtale. Fysioterapeuten kommer med humoristiske bemærkninger og metaforiske udtryk. De kommunikerer ved at Eva reagerer ved at le og ”lege med”.

I løbet af behandlingstimen er der gennemgående en let og behagelig stemning i rummet. Eva virker tryk ved fysioterapeuten, selvom om hun er kropslig urolig i starten. Eva og fysioterapeut ler sammen og skiftes til at komme med små spøgefulde og sjove bemærkninger i forhold til det, de er optaget af. Der er indimellem en let og sjov betoning i deres ord. Man får indtryk af, at de ler fordi de har en indforståethed, der bygger på noget fælles de har oplevet i tidligere behandlingstimer. Når de smiler og ler sammen, er det med udgangspunkt i det kropslige: bevægelser, udgangsstillinger, reaktioner eller de ord de anvender og måden de taler sammen på.

I løbet af behandlingstimen er Eva lige så ofte den, der starter en med en humoristisk vending eller metaforiske udtryk, som er sigende for det fysioterapeuten og Eva er optaget

af lige her og nu. Eva er nu mere tydelig i forhold til hvad hun har behov for fx at hun skal puttes ordentligt, stiller opklarende spørgsmål eller beder fysioterapeuten sige noget for at hun kan strække benet. Eva kommer med humoristiske bemærkninger og bliver mere fast og tydelig i sin stemme.

Fysioterapeuten vælger igennem hele behandlingstimen udgangsstillinger og bevægelser, som de sammen arbejder med. De gør hun blandt andet på baggrund af de svar Eva kommer med i løbet af den indledende samtale. Eva kommer, med hjælp fra de spørgsmål fysioterapeuten stiller hende, frem til at fokus i behandlingstimen skal være på hendes fødder, ben og lænd. Eva og fysioterapeuten er i løbet af behandlingstimen igennem følgende udgangsstillinger: stående, siddende, foroverbøjet, rygliggende og Eva slutter i stående, efter at have hvilet i 5 min på briksen.

Fysioterapeuten er rolig i sine bevægelser og det ses at hun guider Eva gennem bevægelserne ved at bruge sine hænder, betoning af stemmen og gennem valg af ord. Den kropslige guidning er både i forhold til at støtte Eva under en bevægelse, ved at stimulere en muskelgruppe der skal arbejde med, eller ved f.eks. at ligge en hånd på den kropsdel, der skal være i ro, mens bevægelsen udføres.

Eva følger fysioterapeutens guidning gennem hele behandlingen. De ser ofte på hinanden og det virker til, at de har en fælleopmærksomhed på det, de gør sammen. Der er ofte stille i rummet mens Eva udfører en bevægelse. Fysioterapeuten guider Eva kropsligt og verbalt under de forskellige bevægelser. Imellem bevægelserne stiller fysioterapeuten spørgsmål til Eva om hvad hun mærker eller oplever, i forhold til det de har været optaget af. I disse situationer er der ofte stille, inden Eva svarer og sætter ord på det hun er blevet spurgt om.

I de situationer hvor Eva har svært ved at finde ord er fysioterapeuten afventende og giver Eva tid til at formulere sine svar. Når Eva giver udtryk for at hun ikke kan svare, hjælper fysioterapeuten hende, ved at komme med mulige forklaringer eller årsager og sammenhænge. De snakker blandt andet om tunges placering og Eva ønsker og at vide hvorfor dette spørgsmål er relevant. Fysioterapeuten forklare hende hvilke spændinger det kan give i kæbe, respiration med mere. Det ses at Eva herefter er opmærksom på spændingen i kæben og tungens placering.

Bevægelserne som Eva og fysioterapeuten har en fælles opmærksomhed på, bliver ofte gentaget flere gange. Det er fysioterapeuten, der opfordrer og stimulerer til gentagelse af bevægelserne. De ses at fysioterapeuten er opmærksom på hvordan Eva udfører bevægelserne og justerer ved hele tiden at guide Eva med sine hænder og stemme. Det ses også at bevægelserne gentages for at udfordre Eva.

Fysioterapeuten er også opmærksom på hvordan og hvilke reaktioner Eva har under og efter stillingsskift, passive og aktive bevægelser.

Fysioterapeuten registrerer Evas reaktioner ved at se på hende, ligge sine hænder på hende og ved at spørger ind til hendes oplevelse og få hende til at uddybe sine svar og udsagn.

Det er forskelligt hvordan fysioterapeuten følger op på Evas reaktioner. Nogle gange gentager fysioterapeuten det, som Eva siger. På et tidspunktet siger Eva *"står ad helvede til"*. Dette gentager fysioterapeuten *"står ad helvede til"* og afventer igen Evas reaktion. Andre gange fortæller fysioterapeuten Eva hvad hun registrerer, som i den situation hvor fysioterapeuten mærker, at Eva er fugtig på foden. Herefter spørger fysioterapeuten ind til hvad Eva selv tænker er grunden til denne fugtighed og Eva kommer frem til at hun *"føler sig usikker"*.

Evas reaktioner, fugtig på huden, aftager og forsvinder helt efter at Eva har gentaget bevægelsen flere gange med varierede modstand samtidig med at hun har sat ord på sine oplevelser med hjælp fra fysioterapeuten ord. Eva får mere kraft i sit ben når hun skal strække det samtidig med at fysioterapeuten siger *"kom ud af mit greb"* mod slutningen af timen. Eva er blevet inddraget i denne refleksionsproces og fået en forståelse af mulige sammenhænge mellem (f.eks.) hendes reaktioner (fugtige hænder og fødder) og hendes oplevelse af at være usikker.

4.2 Fælles opmærksomhed, som et tema i kommunikationen mellem fysioterapeut og patient

4.2.1 Erfaringsnær beskrivelse og transskriberet uddrag

De sidder ved bordet og taler sammen. Eva er optaget af at fortælle om hvad der er sket i løbet af ugen og fysioterapeuten stiller spørgsmål til Eva for få hendes opmærksomhed hen på kroppen og hvordan hun har mærket og oplevet den. Fysioterapeuten minder Eva om

hvad de arbejdede med sidste gang og hvad de var optaget af. De kommer frem til et fælles udgangspunkt, nemlig behandlingen af Evas fødder, ben, lænd og kæbe.

Mod slutningen af den indledende samtale (ca. 7 min inde i filmen) begynder Eva at sætte ord på hvad hun mærker i kroppen.

E: Den skaber sig stadigvæk lidt (læner sig frem til bordet, hviler armen på bordet og tager højere hånd op til ansigtet). Især der med holdningen (tager hånden væk fra ansigtet, ser på f, og drejer hovedet mod vægen) at de der ben de vil gerne falde sammen (retter sig lidt op i overkroppen, tager armen ned, ser på F, hænderne er ved kanten af bordet bevæger dem ned af) ler lidt (læner sig tilbage, ryggen hviler mod stoleryggen, ser til højere, smiler, bevæger på foden) kan mærke det rigtig meget i lænden den er stiv som et bræt (drejer hovedet til højere ser ned i gulvet) [**F:** (smiler)]

F: Men jeg tænkte (rømmer sig, ser ned i bordet, højere hånd er på bordet) skal vi prøve det samme som sidst gang, have fokus på dine fødder og ben for de var også så godt som bortrejst sidste gang

E: ja

Den fælles opmærksomhed kommer frem ved hjælp af, at fysioterapeuten minder Eva om hvad der var i fokus sidste gang og hvad Eva er optaget af. Samtidig er fysioterapeuten meget inkluderende i sit kropslige udtryk. Dette ses ved at fysioterapeuten er afventende og anerkende i sin tilgang, nikker og viser interesse for Eva. Fysioterapeuten signaler hermed med sine væremåder og reaktioner på det Eva fortæller, at hun er interesseret i at finde noget de kan være fælles om. Det kan være medvirkende til at Eva føler sig anerkendt og betydningsfuld, hvilket kan være en vigtig forudsætning for, at Eva har en tryghed til at udtrykke sine behov og ønsker.

Igennem hele behandlingstimen har fysioterapeuten gennemgående en stor opmærksomhed på Eva og får hende inddraget i behandlingen. Fysioterapeuten veksler hele tiden mellem spørgsmål til hvad Eva mærker og til forklaringer på mulige forståelses sammenhænge i forhold til det som Eva mærker eller ikke mærker. Det er ikke kun i forhold til samtale at Eva inddrages. Der er også fælles opmærksomhed i forhold til de kropslige bevægelser de arbejder med. De er blandet andet koncentreret om at Eva skal strække knæet i den liggende udgangsstilling. Fysioterapeuten guider kropsligt og verbalt for herved at stimulere til bevægelsen. Eva er optaget af at udføre bevægelsen. De arbejder med denne bevægelse over lang tid og de ses at de finder en fælles rytme i denne bevægelse. Der er

gennemgående en ro og tid til at Eva får mulighed for at udføre de forskellige bevægelser: (ca. 27 min. inde i behandlingen.)

F: (rejser sig fra briksen, venstre hånd støtter E knæ, højere er omkring hæl) nu ligger jeg min hånd under din fod (rømmer sig) og så vil jeg bede dig om langsomt men dog med nogen kraft (ligger vægten over på venstre ben, læner sig lidt ind over E, løfte venstre arm og strækker den frem foran sig, ser på E) og strække dit ben ud (ligger vægten over på højere ben og flytter sig lidt mere ned mod E fod) Giv mig noget, kom så (ligger modstand på bevægelsen). [**E:** (strækker benet meget langsom, i ryk, ser op i loftet)]

F: kom å, kom så (ligger venstre hånd ind under pt. knæ) og slip (bevæger på E fod i et roligt tempo, trykker lidt på foden, manuel greb). [**E:**(synker, bevæger lidt på kæben)]

F: (bøjer E knæ og foden står ned i briksen igen, ser på E) kom igen, giv mig lidt, giv mig lidt (stemmen er rolig, ordene kommer hurtig efter hinanden). [**E:** (strækker benet langsomt i en jævn bevægelse)]

Dette eksempel repræsenterer fælles opmærksomhed på kroppen (fælles objekt-opmærksomhed) og kropslig og verbal guidning (stimulering).

4.2.2 Teoretisk belysning og diskussion

Opmærksomhed er en nøgledimension i kommunikation. Hansen (1991, 2000) tillægger opmærksomhed stor betydning. Opmærksomhed er en vigtig regulator i det tidlige samspil og kan således betragtes som et kommunikativt element i den før-sproglige udveksling mellem mor og spædbarn (ibid.). Opmærksomhed og samspil er grundelementer i intersubjektivitet. Indlevende opmærksomhed fra terapeuten, er grundlæggende for al terapi. Det der danner udgangspunktet for gensidigt samspil er den opmærksomhed vi har på hinanden eller den opmærksomhed vi sammen kan have på en ydre genstand (objekt) (Hansen 1991, 2000). Det at have en fælleopmærksomhed på en ydre genstand, som fx kroppen, kan betragtes som en forudsætning for intersubjektivitet. Intersubjektivitet er ifølge Stern (2000) når vi deler en erfaringsverden og når vi er optaget af det samme. Han betragter dette som et tidligt og grundlæggende kommunikations niveau (ibid.).

På baggrund af ovenstående kan fællesopmærksomhed give mulighed for at deltagerne deler en erfaringsverden og kan på den måde betragtes som centralt for en hver terapi/behandling. Når Eva og fysioterapeuten finder en fælles rytme og dermed koordinere deres bevægelser mod og med hinanden eller når de ler sammen, er det på baggrund af at de deler en erfaringsverden, hvor noget nyt og uventet opstår i deres samhandling. Det er det, som blandt andet giver muligheder for ændringsprocesser og refleksion i et terapeutisk

samspil (Hansen 2000). Hansen fremhæver, at forudsætningen for at terapi er en hjælp for patienten, ligger i at skabe et intersubjektivt fællesskab (ibid.).

Forskellige teoretikere giver opmærksomhed en central betydning i forhold til kommunikation, samspil og intersubjektivitet (Hansen 1991, 2000, Trevarthen 1989, Stern 2000;1985 Goffmann 2011;1967). Trevarthen, mener at motivation og evnen til at kommunikere med mennesker, sker gennem gensidig opmærksomhed og udveksling i en ansigt – til – ansigt – kontakt (ibid.). Goffman, anvender begreber som fokuseret og ufokuseret opmærksomhed. Den fokuserede opmærksomhed finder sted i samtaler og i direkte samhandlingssituationer. Den ufokuserede er den opmærksomhed som kommer frem i situationer, hvor vi ikke er optaget af hinanden selvom at vi er i nærheden af hinanden. Vores primære opmærksomhed ligger således et andet sted. Ifølge Goffman er mennesket optaget af hinanden, de passer på hinanden og er hinandens publikum. Det vil derfor være hensigtsmæssigt at være i positioner, hvor vi ser på hinanden under samtale for at kunne udveksle og justere i forhold til budskaber der sendes og modtages (ibid.). At tage udgangspunkt i oplevelsesverden, altså at dele oplevelser, at gøre noget sammen og snakke om noget fælles, bryder med ensomheden og forvirringen.

Fysioterapeuten kan ved at tage udgangspunkt i Evas oplevelsesverden blive *en selvregulerende anden*. Dette vil sige, at man hjælper med at regulere og variere følelser, at terapeuten, på denne måde, kan være med til Eva genopretter oplevelsen af, at blive set og hørt og på den måde få oplevelse af, at kunne påvirke en anden (Stern 2000, Hansen 2000). Det at fysioterapeuten er afventende, lyttende, opmærksom og kropsligt viser, at hun har hørt, set og forstået Eva, giver grundlag for at Eva kan opleve sig tryk og anerkendt og på denne måde kan hun opleve at være en del af noget fælles, dele noget med en anden.

Det at være sammen om noget og gøre noget sammen kan betragtes som kommunikation. (Bråten 2004). Det er gennem en fælles opmærksomhed med udgangspunkt i det sanselige og kropslige at spædbarnet og omsorgspersonen kommunikere og via dette lærer sig selv og hverandre kende (ibid.). Fysioterapeuten og Eva arbejder med en fælles opmærksomhed omkring den kropslige bevægelse, som i ovenstående uddrag. De har begge en opmærksomhed på kroppen. Fysioterapeuten ved, at hun kropsligt guider ved hjælp af sine hænder for at stimulere Eva, så der sker en kropslig bevægelse. Eva responderer på den

kropslige kontakt, ved at udføre bevægelsen. Denne bevægelse bliver gentaget flere gange, hvilket kan give mulighed for at mærke efter og forholde sig kropsligt til det der sker. Eva oplever varme og tydelighed af benet, efter at have arbejdet med denne bevægelse over tid. Eva får også en oplevelse af, at der er svært for hende at strække benet mod en kraft givet af fysioterapeuten.

Med udgangspunkt i kroppens reaktioner og tegn opstår der muligheder for samtale. Det handler om at inddrage patienten aktivt, så den enkelte hjælpes til at blive kendt med egen krop og reaktionsmønstre (Thornquist og Bunkan 1986). Det at Eva aktivt inddrages via gentagelse af bevægelser, guidning kropslig og verbalt, kan være med til at sikre, at der er en fælles opmærksomhed og Eva bliver mere fortrolig med egen væremåde og kropslige erfaringer.

Hvis det man skal være fælles om bliver for uklart eller begrænset, kan der opstå perceptuel forvirring hos deltagerne. Den perceptuelle forvirring sker ved, at man ikke er i stand til at sortere væsentlige og uvæsentlige indtryk fra hinanden. Derved kan der, hos nogen mennesker, opstå kaos og omgivelserne kan fremstå som grænseløse, uoverskuelige og farlige (Gretland 2007:53). Baggrundshorisonten kommer til at fylde og dermed dominere den aktuelle situation og det bliver derfor vanskeligt for individet at orientere sig realistisk i den aktuelle situation (ibid.). Perception og bevægelse hænger sammen og derfor kan man forstå en bremsning eller en undgåelse af bevægelser, som et forsøg på at skærme sig selv for bestemte indtryk. Det ses i løbet af behandlingen, at Eva ikke bruger fuld kraft når hun skal skubbe fysioterapeuten væk. Eva bremser sig, holder tungen spændt og begrænser respirationen. Eva er tydelig overrasket over spørgsmålet som fysioterapeuten stiller hende. ”*Hvor er din tunge henne?*” Dette spørgsmål kommer mens fysioterapeuten arbejder manuelt med Evas fod og underben. Eva kan ikke sige hvor tungen er, hun ser lidt forvirret ud, stemmen er undrende. Fysioterapeuten giver forskellige muligheder for hvor tungen kan være placeret. Eva bliver interesseret i hvorfor hun bliver spurgt om tungens placering og fokus flytter sig hertil. Eva bevæger lidt på kæben og der ses efterfølgende respirationsudslag i maveområdet (oftest ses den midtthorcalt). Dette eksempel kan ses som et brud på den fælles opmærksomhed. Eva og fysioterapeuten deler i dette øjeblik ikke en fælles opmærksomhed. Fysioterapeuten stiller et spørgsmål som forvirrer Eva. Fysioterapeuten responderer på Evas undring og gennem forklaring og

uddybning, får Eva forståelse af sammenhængen mellem tungens placering og spænding i kæben. Der er igen en fælles opmærksomhed på det, der foregår i situationen mellem Eva og fysioterapeuten. Dette viser, at det er vanskeligt at have en fælles opmærksomhed gennem en hel behandlingstid. Der vil altid være øjeblikke hvor der ikke er fælles opmærksomhed. Brud i behandlingen vil give deltagerne mulighed for at finde nye måder at være sammen på. De nye måder at være sammen på, vil kun opstå, hvis deltagerne er i stand til at komme videre efter bruddet, altså reetablere fælles opmærksomhed (Øien 2010).

Ifølge Merleau-Ponty (1994) vil vi i kraft af at være interesseret i noget, se muligheder. Det der er med til at skærpe vores sanser, er vores baggrundshorisont. Denne baggrundshorisont er dannet på baggrund af det vi har oplevet og erfaret, hvilket præger vores forståelse af verden (ibid.). Det at fysioterapeuten tager afsat i hvad Eva oplever som væsentligt for behandlingen, kan være med til at skærpe hendes sanser og dermed være med til at skabe en struktur og tryghed for hende. Opmærksomhed og anerkendelse er nogle af de grundelementer, der skal være til stede for at kunne udvikle egne grænser og struktur (Jørstad 1995:33).

4.2.3 Sammenfatning – fælles opmærksomhed

Ud fra erfaringsnær praksis og teoretiske belysning af ovenstående tema, kan det se ud til at fællesopmærksomhed er et afgørende og grundlæggende element i kommunikationen mellem fysioterapeut og patient.

Fællesopmærksomhed som udgangspunkt for gensidigt samspil mellem patient og fysioterapeut, giver deltagerne mulighed for at dele erfaringsverden, intersubjektivitet. På den måde kan det, at have en fælles opmærksomhed omkring noget, betragtes som en grundlæggende forudsætning for at kommunikation kan opstå mellem mennesker.

Indlevelse, selektiv og fokuserede opmærksomhed fra terapeuten er grundlæggende for al terapi. I den konkrete behandlingstid hjælper fysioterapeuten således Eva til at sætte ord på hvordan hun oplever kroppen og hvad hun oplever som vigtigt at fokusere på i behandlingen. Det er således gennem den opmærksomhed, de har på hinanden, at de etablerer det videre samspil med primær fokus på bevægelser.

Det at finde et fælles udgangspunkt for hvad der skal være i fokus i løbet af behandlingen er afgørende for at patienten føler sig anerkendt og betydningsfuld og en forudsætning for at Eva havde en tryghed til at udtrykke sine behov og ønsker.

Når Eva og fysioterapeuten deler en erfaringsverden hvor noget nyt og uventet opstår i deres samhandling er der mulighed for ændringsprocesser og refleksion i et terapeutisk samspil. Med udgangspunkt i kroppens reaktioner og signaler opstår der muligheder for samtale. Det handler om at inddrage patienten aktivt så den enkelte hjælpes til at blive kendt med egen krop og reaktionsmønstre.

På baggrund af ovenstående analyse er der meget der peger på at fælles opmærksomhed er et helt centrale og afgørende element i en behandlingssituation, idet det giver mulighed for at skabe/igangsætte dialogen med kroppen som udgangspunkt.

Den måde hvorpå vi placere os i forhold til hinanden har betydning for vores muligheder for at udveksle og justerer i forhold til de budskaber, der sendes og modtages. Det giver mulighed for at finde ud af, om man i behandlingstimen er på linje med hinanden eller om der er brud, som gør at man må reetablere det, man er i gang med eller fælles om.

4.3 Måder at være sammen på, som et tema i kommunikationen mellem fysioterapeut og patient

4.3.1 Erfaringsnær beskrivelse og transskriberet uddrag

Gennem behandlingstimen er det fysioterapeuten, som overordnet tager initiativet til det der skal foregå i behandlingen. Det er således fysioterapeuten, som vælger udgangsstillinger og hvilke bevægelser de skal være sammen om. Der veksles mellem stillinger og bevægelser, der stilles forskellige krav til tyngde, kraft, forankring, balance, koordination m.v. Hver gang, der er stillingsskift eller Eva skal udføre en ny bevægelse, hjælper fysioterapeuten hende ved at guide kropsligt og verbalt. Fysioterapeuten bruger således sine hænder og sin kropslige placering samt stemmen til, at give Eva perceptuelle informationer om hvad der skal ske. Der er en koncentration og tilstedeværelse mellem fysioterapeuten og Eva når de arbejder sammen om at udføre de forskellige bevægelser. Fysioterapeuten forsøger at inddrage Eva på flere forskellige måder gennem behandlingstimen. Den måde hvorpå fysioterapeuten gør dette, er ved kropsligt og verbalt at understøtte stillinger og bevægelser. Fysioterapeuten bruger sine hænder for at stimulere

til bevægelser eller til at stimulere til en øget opmærksomhed i forhold til, at Eva kan mærke og registre kroppen, som hun generelt har svært ved. Bevægelserne gentages ofte.

Under udførelsen af bevægelserne er der nogle gange stille. Andre gange høres fysioterapeutens stemme, som guider Eva i bevægelsen. Efter at Eva har udført en bevægelse, spørger fysioterapeuten ofte ind til hvad Eva registrer, mærker og oplever. Der er ro og tid til at udføre bevægelserne, og det ser ud til at de er sammen om det, der foregår i løbet af behandlingen. Når bevægelser gentages finder de en fælles rytme. De toner sig ind og følger hinanden. De ler og smiler til hinanden i løbet af behandlingstimen og fysioterapeuten giver plads til Eva, ved at give hende tid til f.eks. at svare eller finde kraften, når hun eksempelvis skal strække benet mod en modstand.

Jeg har valgt følgende to sekvenser ud. Første sekvens, ca. 15 min inde i behandlingstimen, starter med at Eva står med ryggen op ad væggen og fysioterapeuten skråt foran. Fysioterapeuten starter med at spørge Eva om hun ”*Kan glide ned herfra?*” Eva svarer tøvende ”*Ja*”. Fysioterapeuten starter med at bede Eva om at give lidt efter i knæene. De arbejder med denne bevægelse - at glide ned - ved at give efter i knæene og skubbe op igen, strække benene. Mens de arbejder gentagende gange med denne bevægelse høres fysioterapeutens stemme, som er rolig, tydelig og fast i sin instruktion. Samtidig guider fysioterapeuten med sine hænder. Således stimuler fysioterapeuten til bevægelse, der hvor der skal være bevægelse og ikke bevægelse. Eva finder ind i en rytme, som følger fysioterapeuten guidning.

E: (strækker langsomt ud i knæene og op til stående, har drejet hovedet lidt til venstre).

Der er stille et stykke tid, der er ingen af dem der bevæger sig eller siger noget.

F: (venstre albue er bøjet og armen let løftet) og giv efter (går lidt væk fra E, højere hånd er ved E lænd og venstre er strakt). [**E:** (bøjer langsomt knæene i et roligt tempo, ryggen glider langs med vægen)]

F: og skub op (er gået lidt væk fra E, ser på hende, ser på ryggen). [**E:** (strækker langsomt knæene, glider langs med vægen, ryster lidt på hoved)]

F: Der ja, og giv efter (langsom og rolig stemme føring, bevæger venstre arm i en rolig rytme op og ned). [**E:** (glider ned langs med vægen, bøjer knæene, det er en rolig jævn bevægelse, kommer langt ned i knæbøjningen)]

F: og skub og [**E:** (glider langsomt op ad vægen, strækker knæene, maven skubbes lidt frem)]

E: den vil gerne poppe ud (tager hænderne op til lænden, smiler)

F: Ja det vil den gerne (ler lidt sammen med E) glid ned (tager venstre hånd ind til E lænd). [E: (glider ned)]

F: nej, det er for langt ned, kom lidt højere op igen (bruger venstre hånd, der hviler på E lænd, til at stoppe bevægelsen). [E:(stopper sin bevægelse og glider lidt op igen)]

F: Ja der ja.

Den anden sekvens er ca. 27 min. inde i behandlingstimen. Eva er lejret i rygliggende udgangsstilling og fysioterapeuten står på højre side af briksen. Fysioterapeuten har dels arbejdet manuelt med Evas fod og ben. Dels med aktive øvelser, hvor Eva spænder selektivt over fod- og knæled. De begynder nu at arbejde med, at Eva skal strække sit ben mod let modstand. Eva's ben er bøjede og foden står på briksen. Herfra skal benet strækkes ud, så det kommer ned og ligge på briksen igen.

F: (rejser sig fra briksen, venstre hånd støtter E knæ, højere er omkring E's hæl) nu ligger jeg min hånd under din fod (rømmer sig) og så vil jeg bede dig om langsomt, men dog med nogen kraft.(ligger vægten over på venstre ben, læner sig lidt ind over E, løfte venstre arm og strækker den frem foran sig, ser på E) og strække dit ben ud (ligger vægten over på højere ben og flytter sig lidt mere ned mod E. fod) Giv mig noget, kom så (ligger modstand på bevægelsen). [E: (strækker benet meget langsom, i ryk, ser op i loftet)]

F: kom så, kom så (ligger venstre hånd ind under E. knæ) og slip (bevæger på E fod i et roligt tempo, trykker lidt på foden, manuel greb). [E: (synker, bevæger lidt på kæben)]

F: (bøjer pt. knæ og foden står ned i briksen igen, ser på E) kom igen, giv mig lidt, giv mig lidt (stemmen er rolig, ordene kommer hurtig efter hinanden). [E: (strækker benet langsomt i en jævn bevægelse)]

F: ja (støtter under E hæl og knæ under bevægelsen, ser på E, læner sig lidt frem og ind over E)

E: det er hårdt for mig.

F: du bed også godt sammen (holder ved på E fod, massere den lidt, klapper den)

E: (ser på F) uhhh

F: igen, ja der (støtter E. ben under hele bevægelsen)og. [E: (strækker benet)]

4.3.2 Teoretisk belysning og diskussion

For at kunne belyse temaet ”Måder at være sammen på” med teori, har jeg opdelt afsnittet i samhandling⁷ og hvem er vi for hinanden.

Samhandling

Det er gennem mødet ansigt-til-ansigt, at vi er i en åben kommunikation med hinanden. Her får vi kontakt til os selv og andre. Det centrale er, at kroppen altid er meningsbærende

⁷ Samspil, samhandling og interaktion bruges synonymt i opgaven af hensyn til sproglig variation

og det er gennem kroppen at vi sanser, lærer og forstår (Goffman 2010;1963). Når vi observerer hvad andre gør og hvordan de forholder sig i den aktuelle situationen, åbner det for handlemuligheder og ny erkendelse, som ikke ville finde sted, hvis man var alene. Vi lærer at opfatte og håndtere forskellige situationer ud fra hvordan andre klarer en udfordring (Merleau-Ponty 2005). Ved at se hvordan andre mennesker opfører sig i samvær, lærer vi at se og opfatte verden. At gøre noget sammen er med til at skabe intersubjektivitet på et dybt og tidligt og kommunikativt niveau (Bråten 2004).

Når nogle gør noget sammen og pludselig begynder at smile, le, finde en fælles rytme gør at de glider ind i kendte mønstre og noget nyt og uventet opstår ved, at de deler en erfaringsverden. De er samstemt i intensitet og intention som giver en fornemmelse af hvor den anden er og hvad hun vil (Bourdieu 1999). Når fysioterapeuten guider kropsligt og verbalt til bevægelse og Eva følger med, kan det ses som en måde hvorpå de er sammen på. Det er kroppen som er et fælles udgangspunktet for det, de er sammen om.

Eva justerer bevægelsen ud fra fysioterapeutens mimik, stemmebrug og valg af stilling og bevægelse. Det er fysioterapeuten som fører an og viser hvordan Eva skal takle udfordringen: at slippe sig ned mod tyngende og bruge kraft til at komme op igen. Det er den fælles opmærksomhed, som er nøglen til at de finder sammen om fælles rytme gennem gentagelse af bevægelsen og de bliver på denne måde koordinerede med hinanden. De smiler og ler og det ser ud at de deler en erfaringsverden.

Kropsligt samspil giver mulighed for at opleve mestring, følelser og egne værdier. God kontakt til andre vil fremme fornemmelsen af egen krop og forankring i egen krop og danne baggrund for et bevægelses-repertoire præget af balance og variation (Sherborne 2001). Kropslig mestring og kontrol kan skabe tro på egen kapacitet generelt og derfor styrke muligheden for at skabe relationer. Socialt liv er skabt og sprogliggjort via kropslig aktivitet (Merleau-Ponty 1994, *ibid.*). Det at Eva får mulighed for at gentage bevægelser med variationer, støttet af fysioterapeuten via kropslig og verbal guidning, giver Eva mulighed for at eksperimentere og variere sine bevægelser, uden at det får præg af træning. Det at fysioterapeuten vælger en bevægelse, som ikke er for sammensat og kompleks, giver Eva en bedre kropskontakt og forankring, idet informationerne ved simple bevægelser er reducerede. At mestre simple bevægelser og gennem dette få oplevelse af, at kunne noget i samspil med andre, giver mulighed for at skabe relationer. At inddrage Eva,

ved at forholde sig til hende og vise hende interesse gennem spørgsmål om Eva's oplevelse eller ved at anerkende hendes oplevelse i løbet af behandlingstimen, kan være med til at skabe et fælles udgangspunkt og kropslig forankring.

Hvem er vi for hinanden?

Personlig udvikling sker gennem samvær med andre og gennem dette samvær dannes vores psyke (Binder⁸ 2000,2002, 2006). At have følelser og tanker i forholdet til noget, er grundelementerne i dannelsen af vores psyke (ibid.).

Med begreber som holdning, spejling, destruktion og potentielle rum for at beskrives centrale processer i den udvikling barnet gennemgår (ibid.).

Holdning – indebærer at omsorgspersonen kan rumme barnet, så barnet får en baggrund, som det kan forstå verden ud fra. Virkeligheden skabes således gennem kropsligt samspil, gennem andres blikke, hænder, væremåder og handlinger, som barnet imiterer (ibid.).

Fysioterapeuten og Eva arbejder med bevægelser i forskellige udgangsstillinger, bevægelserne gentages og fysioterapeuten støtter og stimulerer til bevægelserne gennem sine hænder, blik, tonefald og handlinger. Eva følger fysioterapeutens guidning og gennem den kropslige tilgang etableres et samspil.

Spejling – barnet bliver kendt med sig selv ved at se andres gensvar. Spejling kan også ses som en del af samhandling, hvor barnet lærer gennem små brud af de etablerede regler. Igennem dette lærer barnet, at det er et selvstændigt individ og at andre ikke altid er samstemt med det (Binder 2000,2002).

Eva giver udtryk for, at det er hårdt for hende at strække benet mod den modstand fysioterapeuten giver. Fysioterapeuten svarer ved at sige, "*du bed også godt sammen*", hvorefter hun giver verbal stimulering til Eva om at strække benet igen mod modstanden. Fysioterapeuten regulerer ikke modstanden, selv om Eva giver udtryk for at det er hårdt. Det kan ses som et brud. På denne måde følger fysioterapeuten ikke den etablerede regel om, at Evas behov skal opfyldes. I stedet for melder hun tilbage til Eva, at hun kunne se at

⁸ Binder tager afsæt i D.W. Winnicotts teori fra 1971 *Playing and reality*. London: Routledge, der omhandler oprindelsen til mennesket psyke, at psyken dannes ved at vi kun kan have følelser og tanker ved at føle og tænke i forhold til noget.

det var hårdt ved at hun bed sammen, hvorefter Eva på ny bliver udfordret på det hun oplever som vanskeligt. Eva kan på denne måde få en oplevelse af, at fysioterapeuten og hende selv, ikke altid er samstemt og at de er to selvstændige individer.

Det centrale er, at barnet har ejerskab til egen krop og får omsorg (Binder 2000). Dette giver barnet et vigtigt tyngdepunkt, der kan overføres til det at have forankring og holde sig på benene (Sherborn 1997, Thornquist og Bunkan 1986). Overført til behandlingen er det centrale at Eva får et ejerskab til egen krop og får fornemmelsen af, at kunne stå på egne ben. At arbejde med forankring kan forstås som vigtigt i forhold til væren i verden og stå på egne ben. Eva får bevægelses erfaringer og mulighed for at udfolde tro på egen kraft. (stopper med at holde sine kræfter tilbage, udfolder sig)

Ifølge Binder (2000) vil de patienter, der søger hjælp hos en psykoterapeut, søge et forhold, der kan hjælpe dem til at tænke, føle, handle og ønske på nye måder. De søger en anden, som kan forstå dem. Han stiller på baggrund af dette, spørgsmålet om hvilken anden terapeuten kan være for patienten (ibid.). Han bruger begrebet *meningsbærende anden*, for at belyse hvor central relationen til andre er. Det er gennem relationen at vi udvikler os som individer og gennem denne, at vi forstår verden omkring os. Forståelsen af os selv og omverden sker gennem måder hvorpå vi bruger og tolker gestus, kropslige udtryk, bevægelser, betoning med mere (ibid.).

Gennem relationer til meningsbærende andre etableres således en indre verden, som vi bærer med os i vores møde med andre. Det er det, som giver os en opfattelse af verden som enten tryk eller utryk, farlig eller ufarlig. Tidligere erfaringer om meningsbærende andre ligger som en for-forståelse, når vi møder nye mennesker. Det er denne for-forståelse, der danner rammen for mødet med andre. Hvis de erfaringer vi har med os er ”gode nok” kan det give os tryghed og lyst til at udforske andres måder at forstå på (ibid.).

Ved at fysioterapeuten guider Eva kropsligt og verbalt gennem de bevægelser, der er i fokus, får Eva en kropslig fornemmelse, oplevelse af bevægelsen og på den måde mulighed for at integrere bevægelsen. Sådan kan hun få kendskab om sig selv og egen formåen. Fysioterapeuten er opmærksom på Eva og gennem dette støtter hende i de bevægelser, de er optaget af. Eva får en fornemmelse af den bevægelse hun arbejder med, gennem gentagelse. På den måde får hun mulighed for at erfare og integrere den.

Fysioterapeuten giver Eva mulighed for at erfare nye måder at bevæge sig på, gennem gentagelse, tid og ro i behandlingstimen. Det handler om at give patienten mulighed for selv at tænke i kropslige sammenhænge og til dette er det kroppen, som i stor grad er indfaldsporten til dette (Thornquist og Bunkan 1986).

Fortrolighed, samstemmighed og fælles forståelse med meningsbærende andre giver barnet mulighed for at erfare, at det kan handle selv. Relationen vil altid bestå af enkeltindivider, som er sammen om noget og hvor alle, der deltager bidrager til samhandlingen (Binder 2000). Fysioterapeuten og Eva bidrager begge to til samhandlingen ved, at de justerer sig i forhold til hinanden i løbet af behandlingstimen. Eva følger fysioterapeutens kropslige og verbale guidning og fysioterapeuten juster sin guidning og valget af bevægelser og udgangsstillinger ud fra Eva's reaktioner og måder at bevæge sig på.

Thornquist (2012) fremhæver, at selvom vi lærer os selv at kende gennem samhandling med andre er vi på samme tid enkelte individer (ibid.). På den måde er fysioterapeuten og Eva i deres samhandling på samme tid alene. I en behandlingssituation, er det centralt at tydeliggøre for patienten, at der er forskelle på, hvad vi hver især opfatter og oplever om det vi er sammen om. Vi er ikke ens tænkende individer, men at det er vigtigt at tilkendegive give sin mening o.s.v. for at vi sammen kan udvikle os som selvstændige individer. Efter nogle gentagelser af bevægelsen ses det, at fysioterapeuten trækker sig kropsligt lidt væk fra Eva. Fysioterapeuten har på denne måde lavet lidt afstand til Eva ved at hun stopper med at guide med sine hænder. Dette kan være et udtryk for, at hun prøver at give Eva en oplevelse af, at hun selv kan udføre bevægelsen uden så meget støtte.

4.3.3 Sammenfatning – måder at være sammen på

Ud fra erfaringsnær praksis og teoretiske belysning af ovenstående tema, kan elementer i samhandlingen antages at være fremmede for kommunikationen mellem fysioterapeut og patient. Som mennesker er vi afhængige af et fællesskab og det at have et tilhørsforhold til andre. I samvær med andre lærer vi at se og opfatte verden.

Kropslige møder (ansigt til ansigt) åbner specielle muligheder for kommunikationen. Det er gennem kroppen at vi sanser, lærer og forstår os selv og andre. Vores virkelighed skabes gennem kropsligt samspil, andres hænder, blikke med mere. Det er hvordan vi forholder os til hinanden, der får betydning for vores selvforståelse og hvordan vi møder omgivelserne.

Måden hvorpå vi er sammen får betydning for hvordan vi forstår os selv som selvstændige individer og hvordan vi forstår andre omkring os. Det at gøre noget sammen, er med til at skabe intersubjektivitet, som er kommunikation på et tidligt niveau. Det er gennem den samstemte intensitet og intention i samhandlingen, der giver individet en fornemmelse af hvor og hvem den anden er. I behandlingstimen var det tydeligt, at det er den fælles opmærksomhed, som er nøglen til at de finder sammen om fælles rytme og ved gentagelse af bevægelser, bliver Eva og fysioterapeuten mere koordinerede. De smiler og ler sammen, og det ser ud at de deler en erfaringsverden.

Det at vi lærer gennem samhandling med andre, får betydning for vores egen forankring i kroppen. En god kontakt til andre vil kunne fremme denne forankring, ved at omgivelserne kan opfattes som trygge.

Fortrolighed, samstemmighed og fælles forståelse med meningsbærende andre giver os mulighed for at erfare at vi er i stand til selv at handle. Alle der indgår i relationen vil bidrage til samhandlingen.

Vores erfaringer fra andre relationer bærer vi med os ind i mødet med andre. Denne for - forståelse ligger på den måde rammen for samhandlingen. Den gør, at nogle mennesker vil trække på erfaringer af, at verden er utryk, og på denne måde vil de være mere tilbageholdende og andre med gode erfaringer, vil have mere lyst til at udfordre andres måder at forstå på.

I en behandlingssituation, er det centralt at tydeliggøre for patienten, at der er forskelle på, hvad vi hver især opfatter og oplever om det vi er sammen om. Vi er ikke ens tænkende individer, men at det er vigtigt at tilkendegive give sin mening for at vi sammen kan udvikle os som selvstændige individer.

Gentagelse af bevægelser og aktiviteter kan være med til at skabe forudsigelighed og tryghed. Det handler således ikke om at gentage bevægelser for bevægelses skyld. Det handler om at give nye perceptuelle erfaringer, for at etablere varierede bevægelser erfaringer og egen oplevelse. I behandlingstimen arbejdede fysioterapeuten og Eva med bevægelser i forskellige udgangsstillinger. Bevægelserne blev gentaget samtidig med at fysioterapeuten støtter og stimuler til disse bevægelser med sine hænder, sit blik og

tonefald og handlinger. Eva følger fysioterapeutens guidning og gennem den kropslige tilgang etableres et samspil.

Gentagelse af bevægelsen kan bruges terapeutisk, for at etablere en tryghed, genkendelighed og mindske oplevelsen af præstationsangst. Samtidig kan gentagelse af bevægelser gøre patienten mere kendt med sig selv og dermed bedre i stand til at identificere sig selv i forhold til andre. Det handler om at give patienten mulighed for selv at tænke i kropslige sammenhænge gennem en kropslig tilgang.

4.4 Lege med udtryk, som et tema i kommunikationen mellem fysioterapeut og patient

4.4.1 Erfaringsnær beskrivelse og transskriberet uddrag

De spørgsmål som Fysioterapeuten stiller til Eva i starten af behandlingstimen har fokus på kroppen: F.eks.: ”*Hvad mærker du?*” og ”*hvad med hoften?*”. Eva er i starten tøvende når hun svarer på disse spørgsmål og det er ikke altid hun kan svare. I de situationer giver fysioterapeuten mulige forklaringer på det Eva mærker/ikke mærker. Hun forklarer blandt andet, at der er en logisk sammenhæng mellem det at hænge i overkroppen og stå med overstrakte knæ. Senere spørges der mere ind til Evas subjektive oplevelse: ”*Hvad tænker du kan være grunden til det?*” og ”*Hvad mener du med det?*”

I løbet af behandlingstimen bliver Eva mere fast i sin stemme, når hun svarer. Hun begynder at stille spørgsmål til fysioterapeuten, og giver udtryk for hvad hun har brug for. Deres stemmer varierer i kraft og tempo, og i perioder har deres stemme en lethed og en drillende klang. Fysioterapeuten gentager løbende gennem behandlingstimen det Eva siger, hvorefter hun bekræfter udsagnet ved at sige: ”*ja*” eller ”*uhm*”. Som timen skrider frem begynder Eva at gentage nogle af de ord som fysioterapeuten bruger.

Ved verbal guidning høres det at fysioterapeut varierer med sit tryk på ordene, sin tydelighed af stemmen og hendes valg af ord.

Under guidning af bevægelser bruger fysioterapeuten forskellige ord til at understøtte bevægelsen. Hun bruger sætninger som: ”*Giv efter i knæene*”, ”*glid hele vejen*”, ”*giv efter*”, ”*skub dig op*”, ”*skub gulvet væk*”, i den foregående sekvens, hvor Eva står op ad væggen og bøjer og strækker knæene. Under bevægelsen i rygliggende, hvor Eva arbejder mod en modstand som fysioterapeuten giver, bruger hun ord og sætninger som: ”*Stræk dit*

ben ud”, ”giv mig noget”, ”kom så”, ”vis hvem der bestemmer”, ”kom ud af mit greb, ”giv noget modstand”, ”det er ikke farligt at markere sig”, ”giv den gas – kom ud af mit greb”, ”skyd en fordom”. Disse sætninger bliver sagt samtidig med, at Eva skal strække sit ben mod forskellige former for modstande, som fysioterapeuten giver hende. Under denne bevægelse begynder Eva verbalt at bidrage i forhold til den bevægelse, der skal udføres. Eva bruger ord som ”fesen” (dialekt for slapt eller svagt,) da hun spontant giver udtryk for hvordan hun oplevede bevægelsen. Her bliver hun bekræftet af fysioterapeuten og opfordret til at gøre bevægelsen igen, hvorefter der er mere kraft i bevægelsen.

Under den indledende samtale siger Eva: *”Min lænd er stiv, som et bræt, min ben vil gerne falde sammen”,* når hun skal sætte ord på hvordan kroppen mærkes. Under behandlingen siger Eva *”Jeg vil gerne være med til at slå fordomme ihjel”*.

Som tidligere beskrevet skiftes Eva og fysioterapeuten til, spontant, at komme med små sjove og humoristiske kommentarer til hinanden. Disse humoristiske udsagn bliver modtaget af den anden, hvilket giver et indtryk af, at de er på linje med hinanden, at de interagerer gennem det at lege med grænser og udfordre hinanden. Dette ses tydeligt i to udvalgte sekvenser.

Første sekvens er ca. 22 min. inde i behandlingstimen. Den starter med, at Eva nu ligger i rygliggende på briksen og fysioterapeuten ligger et tæppe på Eva, mens Fysioterapeuten svarer på et spørgsmål som Eva tidligere har stillet om sin mave. Der er en lethed over deres stemmer mens de taler sammen. Fysioterapeuten forklarer på hvorfor Eva’s mave fylder mere. Eva er lyttende og bekræfter fysioterapeutens udsagn. Fysioterapeuten spørger: *”Hvordan ligger du?”* Eva svarer med et: *”Uhm”*. Fysioterapeuten tager fat om Eva’s venstre fod og konstaterer at den er kold. Eva bekræfter dette og smiler. Herefter retter fysioterapeuten sin opmærksomhed på Evas lænd, mærker og sammenligner hvordan lændesvajet var i stående og at det nu er mindre. Fysioterapeuten tager tæppet af Eva og går nu ned til enden af behandlingsbriksen og tager fat i h.ø. fod, hvorefter Eva siger med en let drillende stemme:

E: du skal lige putte⁹ mig ordentlig (tonen er let drillende) [F: (vender rundt og går tilbage) ja, javel da (smiler, stemmen er let) ler lidt.

E: ler lidt (smiler)

⁹ ”Putte” er et dansk udtryk som bruges når man lægger et barn i seng om aftenen

De ler sammen, ser på hinanden.

F: så bliver du puttet (tager tæppet omkring E højre skuldre, ser på hende)

E: ja tak (ser på F) [**F:** så (ligger tæppet omkring venstre skulder) er det passende? (tonen er let drillende)]

E: ja (nikker, smiler til F) [**F:** det var godt (smiler og drejer sig og går ned til højre fod)]

I denne sekvens er giver Eva udtryk for sit behov, nemlig at blive puttet. Fysioterapeuten responderer på ved at lægge tæppet omkring Evas skuldre. Der er en drillende tone i Eva's stemme og fysioterapeuten svare tilbage med smil og lethed i sin stemme. Eva udfordrer den traditionelle rollefordeling ved at tage initiativet og ved at stille et spørgsmål fra sin privatsfære. Traditionelt set er rollerne i en behandlingssituation, at det er behandleren som har autoriteten, stiller spørgsmål og krav, tager initiativet og spørger ind til følelser o.s.v. Patienten er afventende og svarer på spørgsmål.

Anden sekvens jeg har udvalgt er ca. 40 min henne i behandlingstimen. Fysioterapeuten skifter mellem at massere og stimulere til spænding og bevægelse af h. og ve. ben. Eva følger den kropslige og verbale guidning, som fysioterapeuten giver. Fysioterapeuten varierer sine ord og følger op på Eva's reaktioner undervejs. Eva oplever, at det er hårdt for hende at strække benet mod den modstand, som fysioterapeuten giver hende. Hun bliver fugtig på hænderne og de snakker lidt om årsagen til dette. Fysioterapeuten justerer på modstanden. Eva oplever, at det er lettere at arbejde mod modstand over ve. ben, hun er fast og tydelig i sit svar:

F: ja (let i stemmen) træk op (guider med sine hænder, stemmen er fast og tydelig) og giv mig modstand (ligger modstand mod bevægelsen) [**E:** (bøjer og strækker benet)].**F:** (bevæger benet fra side til side, der er stille, ligger den en hånd op på E venstre hånd) ja det må man sige ja til¹⁰ [**E:** (nikker, uhm)]

F: ja, Det er ikke så farligt at marker sig (løfter og bøjer E ben).

E: neejj, ikke altid (er lidt tøvende, smiler, benet er bøjet).

F: (læner sig lidt ind over E, hviler hænderne på E bøjede knæ) neejj, ikke altid, (ler sammen med E) Lige nu? (løfter benet så foden er fri fra briksen)

E: det er jeg ikke

Eva gentager bevægelsen, hvorefter fysioterapeuten massere hendes lår og fod, bøjer hendes ben, så foden står ned i briksen. Fysioterapeuten sætter sig på kanten af briksen.

¹⁰ Det fysioterapeuten her kommenter på, er at Eva ikke længere er fugtig på huden, Eva bekræfter dette. De har en fælles opmærksomhed om det de taler om

E: (bevæger hovedet lidt bagover og frem, bevæger lidt på munden og snøfter) jo, jeg vil godt være med til at slå nogen fordomme ihjel (smiler).

F: Jaa [E: uhm] F: Hvad tænker du lige på, når du siger det? (trækker lidt i E ben og læner sig lidt bagud, ser på E)

Der er stille

E: Jamen der er mange fordomme

F: Ja(trækker lidt i benet, ser på E) Hvad for nogen vil du være med til at slå ihjel? (ser på E) Du skulle have været med ude på festivalen¹¹, der slog vi også fordomme ihjel.

De ler begge to

E: jamen det ved jeg ikke (maven løfter sig og der høres et suk, bevæger lidt på hovedet) jeg gad godt at (taler langsomt med mange stop) [F: (ligger sine hænder på E knæ, ser på hende)] E: jeg gad da godt, at det der, folk de tror der er bevidst valg man tager (løfter sin hånd til ansigtet) sådan at blive syg (flytter på sin hånd) [F: ja (læner sig frem mod E)] E: De tror det er ens egen skyld, at man er svag og (ligger sin arm ned langs kroppen) ja og alle de der ting. [F: uhm]

F: jeg tænker også at noget af det, der i høj grad, at du lever (rejser sig fra briksen, klapper E på benet, læner sig hen mod E ansigt) eller og at skyde fordomme ned[E: Uhm] F: det er ved at bryde en arv [E: uhm] F: det er du i høj grad i gang eksponeret for (tager fat om E fodled og strækker benet) [E: uhm] F: ja, kom op igen(hænderne på E ben). [E: (bøjer benet)]

F: så giver du den gas [E:(strækker benet hurtigt, med kraft)]

I denne sekvens kommer Eva frem til, at det ikke er farligt for hende at markerer sig kropsligt sammen med fysioterapeuten. Fysioterapeuten spørger ind til Evas oplevelse, hvad hun tænker når hun blandt andet bruger ordret ”fordomme”. Eva får tid til at tænke og finde svar, der er stille i rummet og fysioterapeuten er opmærksom på Eva. Eva sætter ord på hendes oplevelse af andre, hvad de tænker og udtrykker i forhold til hendes sygdom. At Dette kan være udtryk for at Eva har erfaret andres indtryk af hende gennem deres væremåde, holdninger, blikke og ord i samvær med hende.

Fysioterapeuten stiller opklarende spørgsmål til Eva, så hun får mulighed for at give udtryk for sine egne tanker og forståelse af mulige sammenhænge. Samtidig giver fysioterapeuten udtryk for hvad hun tænker. Fysioterapeuten sætter det at ”slå fordomme ihjel” i et andet perspektiv. Fysioterapeuten viser, at Eva har mulighed for at ændre på sin situation i det hun er i gang med, ved at hun i samvær med fysioterapeuten oplever, at det ikke er farligt at skubbe fysioterapeuten væk.

¹¹ Det er en musik festival, hvor psykiatrifonden havde en informationsstand, hvor formålet var at informere om de fordommene, der er i forhold til psykiske sygdomme.

4.4.2 Teoretisk belysning og diskussion

For at belyse temaet ”Lege med udtryk” har jeg opdelt dette afsnit i *metaforer* og i *humor* og deres betydning for kommunikationen.

Metaforer og deres betydning for kommunikationen

Vores almene erfaring kommer til udtryk i vores hverdagsprog. Vi kan blandt andet tale om at ”*være på hælene, tung i bagdelen, langsom i optrækket*, når vi oplever, at vi ikke er med eller ikke kan klare det vi står i, lige nu. Dette er eksempler på, at vi forstår hinanden ud fra vores kropslige væremåder og at vi kommunikerer gennem kroppen (Thornquist 2009). Vi udtrykker ofte os selv gennem metaforer for kroppen.

Vi har fælles erfaringer, som knytter sig til vores kropslige eksistens. På den måde ved vi hvad det vil sige, at have styrke eller ikke at have styrke. Vi orienterer os via kroppen i forhold til hvad der er op og ned, frem og tilbage, under og over o.s.v. Dette erfarer vi gennem kropslige sanseindtryk og perception (ibid.). Johnsons (1987) har fundet frem til, at vores kropslige erfaringer danner et udgangspunkt for vores forestillingsverden og vores måder at bruge sproget på. At vi mennesker har en fælles erfaring, som er knyttet til vores kropslige tilstedeværelse (ibid.). Vi kender blandt andet til de rumlige begreber via vores kropslige erfaringer. De erfaringer vi danner os gennem kropslig sansning/perception bruger vi som basis for vores forestillingsverden. Disse kropslige erfaringer er førsproglige, men præger vores sprog og forståelsesverden fremadrettet (ibid.). Vi sætter **foden** i gulvet, vi **vejer** vores ord eller ser **ned** på andre. Disse begreber er erfaret kropsligt før vi danner dem sprogligt. Når Eva i den indledende samtale skal sætte ord på hvordan kroppen mærkes, siger hun: ”*min lænd er stiv som et bræt og mine ben vil gerne falde sammen*”. Her sammenligner hun fornemmelsen i lænden med et stift bræt og benene, som noget der gerne vil falde sammen.

På denne måde kan det se ud til, at Eva bruger sine almene menneskelige erfaringer, som er erfaret gennem kropslig perception til at beskrive hvordan hun mærker kroppen. Det kan fortælle os om hvordan hun oplever sig selv.

Lakoff og Johnson (2003;1980) har fundet ud af, at vores dagligdag er fyldt med metaforer, det kommer til udtryk i vores sprog, handlinger og tanker. De har indflydelse på vores hverdag og hvordan vi fungerer i denne. Begreberne strukturerer dét vi opfatter, hvordan vi

optræder og hvad vi tænker om andre mennesker (ibid.). De fremhæver sproget, som en måde at få information om, hvordan vi som mennesker danner os retningslinjer for brugen af metaforer. Lakoff og Johnson (2003;1980) tager afsæt i Reddy¹², når de grupperer metaforer (ibid.). Der er mange forskellige måder at grupperer metafor på. Jeg har valgt at se lidt nærmere på hverdags, kropslige og de kontekstafhængige metaforer.

Hverdagsmetaforer er de metaforer, som er uafhængige af mennesker og kontekst og som er passende i mange situationer. Et eksempel kan være, dine ord virker tomme (Lakoff og Johnson 2003). I andre tilfælde er konteksten af betydning, for at forstå meningen med metaforen. Det er ikke altid, at den samme sætning vil betyde det samme for forskellige mennesker. Der kan være kulturelle forskelle i anvendelse og forståelse af metaforer (ibid.).

Det er ikke altid tilfældigt hvilke metaforer, der bruges i hverdagslivet eller i det faglige sprog. Metaforer er blandt andet kendetegnet ved, at de kan formidle mere end det man siger med ord. På den måde kan metaforen få os til at se og forstå nye sammenhænge (ibid.). Når Eva giver udtryk for, at *"hun vil slå fordomme ihjel"*, kan dette ses som en kontekstafhængig metafor. Den bliver nævnt i sammenhæng med at Eva arbejder kropsligt (med at strække benet mod en modstand). Fysioterapeuten spørger Eva hvad hun tænker på. Fysioterapeuten forsøger at få kendskab til hvilke tanker, der ligger bag dette udtryk. Dette giver mulighed for at forstå nye sammenhænge og skabe nye koblinger.

Begreberne **op - ned, foran – bagved, nær – fjern, frem – tilbage, bøje – strække, lukke – åbne** er motoriske funktioner, som giver en klar afgrænsning af begrebernes struktur og som er grundlæggende for vores rumlige og perceptuelle erfaringer (Lakoff og Johnson 2003). Disse er relevante for vores daglige kropslige handlinger da det, via vores interaktion med det fysiske rum, danner struktur for de grundlæggende rumlige begreber. Derimod har de følelsesmæssige erfaringer ikke nogen klare kropslige mønstre og derfor kan de ikke alene, give en klar begrebsstruktur. Trods dette, er der en systematisk sammenhæng mellem følelser og kropslige erfaringer: op er glæde, ned er trist (ibid.).

¹² Reddy har dokumenteret at vores sprog groft kan opdeles i følgende komplekse metafor: En tanker (eller betydning) er en genstand, et sproglig udtryk er en beholder, kommunikation er at sende. Lakoff og Johnson (2003;1980:13)

I behandlingstimen bruger fysioterapeuten ord som *"glid ned"*, *"giv efter i knæene"*, *"giv efter"*, *"skub dig op"*, *"skub gulvet væk"*. Fysioterapeuten bruger begreber som er retningsgivende i forhold til hvilken bevægelse og rumlig orientering Eva skal have. På denne måde stimulerer fysioterapeuten til en bevægelse, men samtidig kan hun overføre et budskab om at **stå på egne ben** og have kontrol, uden at benene *"falder sammen"*, (metafor som Eva selv bruger). Fysioterapeuten kan via brugen af metaforer viderebringe sine tanker om, at Eva skal kunne slippe sig ned mod tyngden og slippe stivheden i ryggen.

Metaforene, som fysioterapeuten bruger, er genkendelige for Eva. Hun responderer ved at arbejde med den kropslige bevægelse **op – ned**. De rumlige strukturer kan også ligge et budskab ind, som handler om at have kontrol over egen krop, ved at slippe sig ned og skubbe sig op, ved hjælp af kraft fra benene.

Humor og dens kommunikative betydning

Eksemplet ovenfor er et af mange eksempler på, at humor har en fremtrædende plads i samspillet mellem patient og behandler. At le gennem humor og jokes kan fungere som en invitation til deltagerne om, at komme nærmere. Humor og latter er invitation på samme niveau, som at blive inviteret til middag eller til at starte en samtale: hensigten er at formindske den sociale distance (Coser 1959:172). Jefferson (1979) betragter også latter som en invitation, men som en der kan accepteres eller afslås (ibid.).

Ud fra denne betragtning kan det, at fysioterapeuten ler og siger noget sjovt, være en invitation til Eva om at deltage og dermed mindske den sociale distance mellem behandler og patient). Eva tager imod invitationen og ler sammen med fysioterapeuten. Herved inviterer hun fysioterapeuten ind i fællesskabet, ved selv at komme med jokes og le.

Humor og latter kan forstås som det Bateson (1972) kalder metakommunikation. Begrebet viser, at nogle budskaber siger noget om, hvordan andre budskaber skal forstås. Vi kan metakommunikere med kropssprog, bevægelser, tonefald, mimik o.s.v. Vi bruger disse til at tolke de budskaber vi modtager i en given situation. På denne måde kan vi tilkendegive når vi vil være alvorlige, vil lege, drille eller lave sjov (ibid.) Det er ikke kun det analoge udtryk, der metakommunikere. Det kan det digitale udtryk også. Nogle ord eller begreber vil have karakter af metaforer og på den måde sige noget om hvordan budskabet skal forstås.

Bateson betragter blandt andet metaforer, som et udtryk for, hvordan vi tænker (ibid.). Det analoge og det digitale sprog kan ikke sidestilles, da de foregår på to forskellige niveauer. Det analoge udtryk kvalificer sig selv. Det analoge udtryk beskriver Bateson, som den kommunikation, som kommer til udtryk parallelt eller implicit i tonefald, kropsudtryk, sætningsopbygning o.s.v. Den analoge kommunikation hjælper os til at forstå det der sker i relationen. Denne type kommunikation finder sted bevidst eller ubevidst i alle relationer mellem mennesker (ibid.).

I den situation hvor Eva sætter ord på sit behov ved at sige, ” *du skal putte mig ordentlig* ” (let spøgefuldt tone efterfulgt af et smil og latter), kan man sige at hun kommunikerer på flere kanaler. Ordene er digitale og ledsages af smil/latter, som er en analog kommunikation. Det er den analoge kommunikation, der sender/bærer budskabet om, at ordene og situationen, skal forstås som en spøgefuldt kommunikation. Samtidig ligger der en metakommunikation i budskabet, som siger noget om forholdet mellem fysioterapeuten og Eva: Her er trygt og rum for at være spøgefuldt. Der er plads til Eva og til, at hun kan give udtryk for sine behov, uden først at blive spurgt. Evas budskab kan dermed forstås som udtryk for at hun ser fysioterapeuten, som en omsorgsperson, der kan opfylde hendes behov. Eva bruger humoren til at sende budskabet. Eva udtrykker sig digitalt udtrykker hun sig parallelt med den analoge kommunikation. Det gør hun via sin ansigts mimik (smiler) og hendes tonefald som er let og drillende.

Denne analoge kommunikation hjælper fysioterapeuten til at tolke budskabet og dermed opfatte situationen som leg og sjov. Fysioterapeuten responderer let og drillende og ligger tæppet omkring Eva.

Goffman (2011;1967), mener at humor eller jokes blandt andet kan bruges til at afspænde en alvorlig eller tilspidset situation. Det handler om ikke at tabe ansigt. Dette kan ske hvis man ikke opfører sig efter de normer og regler, som er gældende for den relation eller kontekst man er i (ibid.). Det kan f.eks. være, at man taler før man bliver spurgt eller stiller et personligt spørgsmål til behandleren. Dette kan ses som brud på den normale opfattelse af regler i forhold til positioner i en behandlingssituation (ibid.). Ved at sige noget humoristisk, kan man undgå at situationen bliver opfattet som farlig af de andre deltagere.

Samtidig mener Goffman (2011;1967), at vi som mennesker i samvær med andre, har en hensynsfuld blindhed. Denne hensynsfulde blindhed opstår, når for eksempel en person, der sidder ved middagsselskabet har lidt spinat mellem tænderne. De andre ser det, men gør ikke noget, for at undgå at fornærme eller udstille den anden (ibid.). For at kunne korrigere og dermed reetablere situationen, når der er en disharmoni i relationen, sker dette ved deltagerne skaber nye regler for samværet. For at kunne reetablere relationen må der ske en udveksling. Denne udveksling kan eksempelvis ske ved at fremføre en morsomhed, der ikke skal tages alvorligt (ibid.).

Eva's udsagn om, at hun gerne vil puttes af fysioterapeuten kan ses som et brud på de gældende regler inden for sundhedsvæsenet. På den måde kan Eva's let drillende tonefald ses som en måde hvorpå hun forsøger at afvæbne situationen. Bruddet tydeliggøres ved, at Eva giver udtryk for at tæppet ikke er lagt ordentligt om hende. Fysioterapeuten er ikke præget af en høflig blindhed, da hun opfylder Evas behov og lægger tæppet ordentligt omkring hende. Dette er udtryk for udveksling og reetablering. Fysioterapeuten finder det acceptabelt, at det i denne kontekst er muligt at ændre på den gængse rolleopfattelse.

Bateson (1972) anvender begrebet komplementær relation. Dette betyder at man supplerer hinanden, men man har hver sin funktion. Disse forskellige funktioner tillægges forskellige værdier og tillægges magt. Dette fordrer gensidighed, som ikke vil ændres før en af deltagerne begynder at punkterere anderledes - altså at gøre noget, som er anderledes end reglerne foreskriver (ibid.). Dette skaber ideer og gør behandlingssituationen mere levende og situationsafhængig.

Fysioterapeuten og Eva's relation kan man ses som værende komplementær i situationen omkring tæppet. Eva bryder, de supplerer hinanden, og fysioterapeuten reagerer på Eva's brud.

4.4.3 Sammenfatning – lege med udtryk

Ud fra erfaringsnær praksis og teoretiske belysning af ovenstående tema, kan anvendelsen af metaforer og humor være centralt i kommunikationen mellem fysioterapeut og patient.

Metafor kommer til udtryk gennem vores sprog, handlinger og tanker. De formidler mere end vi kan sige med ord og får os til at se og forstå nye sammenhænge. Gennem brug af metaforer kan vi blive kendt med hinanden. I behandlingstimen var det tydeligt at

metaforer og dialog om metaforernes betydning gav Eva mulighed for at se nye sammenhænge og bruge disse erfaringer kropsligt. Eksemplet ”at slå fordomme ihjel” hjælper Eva med at koble behandlingen og den konkrete øvelse med hendes erfaringsverden. Fysioterapeuten viser har, at hun tager udgangspunkt i Eva’s erfaringsverden, som en væsentlig del af behandlingen.

Der er en sammenhæng mellem det vi udtrykker med ord og de kropslige erfaringer vi har med os. Derfor er det ikke alle metaforer og udtryk som vi forstår ens. Det centrale i behandlingen i forhold til kommunikationen må være at fysioterapeuten spørger ind til patientens egen forståelse af anvendte ord/metafor for at kunne dele en erfaringsverden.

Det at anvende humor i behandlingen kan være med til at sætte en ramme for, hvordan budskaber skal forstås i en relation. På den måde kan en sjov betoning være med til at sende et signal om behandlingen f.eks. kan opfattes som en leg. Det at lave sjov kan, på den anden side, også bruges for at afvæbne en truende situation, hvor man bryder med de etablerede regler og normer, der er gældende, således at vi ikke taber ansigt i situationen. På denne måde kan humor se som en invitation til dialog.

I behandlingstimen var humor en vigtig faktor i at afvæbne en ”farlig” situation og i at mindske den sociale distance mellem Eva og fysioterapeuten. De bruger især humoren aktivt til at arbejde sig ind på hinanden og som et fælles redskab til dialog om noget der er vanskeligt og svært. Med humoren inviterer både fysioterapeuten og patient hinanden ind i et fællesskab. I eksempelet vedr. ”puttesituationen” bruger fysioterapeuten patientens invitation konkret behandlingen og følger op på denne invitation.

4.5 Når indlærte mønstre bydes, som et tema i kommunikationen mellem fysioterapeut og patient

4.5.1 Erfaringsnær beskrivelse og transskriberet uddrag

Gennem hele behandlingstimen varierer fysioterapeuten udgangsstillinger og bevægelser ud fra Evas reaktioner. Fysioterapeuten instruerer, justerer og ændrer eksempelvis den kraft som Eva skal arbejde imod. Dette sker gennem gentagelser af bevægelsen og gemmen samtalen ud fra den kropslige reaktion, som igen bliver fuldt op af fysioterapeuten.

Fysioterapeuten bruger gesturer, ord og kropslige bevægelser. Denne guidning hjælper Eva til at udføre bevægelsen. Bevægelsen bliver udforsket og afprøvet, ved hjælp af fysioterapeuten guidninger og gennem Eva's aktive deltagelse. Eva bliver hele tiden opfordret til at gentage bevægelserne. Det ses at Eva's bevægelser i starten af timen, er langsomme og uden flow. I løbet af behandlingstimen får Eva mere kraft i sine ben, hendes stemmen bliver tydeligere og mere fast.

Fysioterapeuten er hele tiden opmærksom på Eva og følger verbalt op på Eva's autonome reaktion. Fysioterapeuten gør Eva opmærksom på, at hun er fugtig på sin højre foden (det er højre ben hun arbejder med), og spørger videre ind til, hvad Eva tror det kan skyldes. Eva får en opmærksomhed på, at hun er usikker og at hun får lyst til at bevæge på sig. De arbejder videre et stykke tid og skifter derefter over til venstre ben. Under bevægelsen giver Eva udtryk for, at det er lettere nu, end tidligere i behandlingen. Fysioterapeuten reager ved at sige "du er også tør nu" samtidig med at hun har en hånd på Eva's fod.

De har en dialog omkring betydningen af Eva's reaktion, fugtige hud og Eva får indsigt, i at der er sammenhæng mellem fugtig hud og oplevelsen af usikkerhed. At den autonome reaktion og oplevelsen kommer mens hun arbejder med at strække benet, mod den modstand fysioterapeuten giver hende. Fysioterapeuten udfordrer Eva gennem justering af kraften og stimulerer til, at Eva gentager bevægelsen. Under gentagelsen bruger fysioterapeuten metafor "*kom ud af mit greb*". Eva leger med og kan til sidst skubbe fysioterapeuten væk og på den måde komme ud af hendes greb, uden at blive fugtig på huden.

Mod slutningen af timen får Eva indsigt i, hvad der kan ligge til grund for hendes reaktioner og hvilke muligheder hun har for at bryde med disse.

Den sekvens jeg har valgt her er tidligere anvendt i opgaven – her dog i en længere form, for at tydeliggøre af indholdet i denne sekvens.

Sekvensen er ca. 30 min inde i behandlingen. Eva ligger på briksen og har arbejdet et stykke tid med at stække benet mod modstand som fysioterapeuten ligger på bevægelsen. Eva har givet udtryk for at hun syntes det er hårdt og fysioterapeuten svarer Eva ved at sige "*du bed også godt sammen*", bevægelsen gentages, hvorefter fysioterapeuten siger følgende:

F: du bliver lidt fugtig nu (har en hånd på E fod)
E: (drejer hovedet og ser på F) det kan jeg godt selv mærke. Stille. Også på min pande (bevæger på sig under tæppet)
F: også på din pande [de ler begge to] **F:** hvad skyldes det tror du? (bevæger på E fod) [**E:** Uhm] **F:** (flytter hånden fra foden og går op og stiller sig ved E ansigt, ser på hende)
E: at jeg er usikker, det kan jeg mærke, ler lidt, så begynder jeg også at bevæge på mig (bevæger venstre ben) [**F:** (bøjer E ben) vis hvem der bestemmer (ligger sine hænder på E ben og læner sig ind over benet)] **E:** strækker benet, roligt tempo) ler.
F: du ler (klapper på E fod) [**E:** det er fordi jeg syntes at det er lidt sjovt (bevæger hovedet fra side til side, smiler)]
F: ja det er sjovt (holder en hånd på E fod og en på hendes ben)
E: det er okay at blive udfordret
F: Ja (læner sig lidt frem mod E) Kæmpe lidt imod mig og oveni købet vinde (tonefaldet er let, massere E fod)
E: ja, få lov til det (smiler, tonefaldet er let)

Herefter arbejder de videre med bevægelsen, som justeres og udforskes i forhold til den modstand fysioterapeuten ligger på bevægelsen. Eva er igen tør på huden. De taler om fordomme Eva ønsker at slå ihjel. Herefter arbejder de videre med modstand mod bevægelsen. Eva vil have at fysioterapeuten siger noget til hende, for at hun kan strække benet. Fysioterapeuten siger ”*skyd en fordom*” og Eva stækker benet. Anden sekvens er ca. efter 40 min.

E: ej den var lidt fesen.
F: ja var den ikke, kom igen (bøjer E ben) **E:** (strækker benet)
F: der var mere kapav, du kan godt. [**E:** uhm] **F:** men ikke uden lidt fugt (mærker på E hånd) [de ler begge to] **F:** (massere benet) men jeg tænkte, at det er ikke længer er, så meget spørgsmålet om at du bliver bange og får ubehag ved det. Men mere, at det er uvant for dig. At din krop stadigvæk tror at det er blodig alvor og med livet som indsats, når du gør det. (går op til E ansigt, ser på hende)
E: det tror jeg du har ret i, fuldstændig, at det er lidt uvant. [**F:** (ligger tæppet på E ben), ja]

4.5.2 Teoretisk belysning og diskussion

Det potentielle rum er et sted (behandlingsrummet), hvor man har mulighed for at skabe ny mening, gennem kreativt at overskride det, der er givet på forhånd (Binder 2000). Det fører til et gensigt fællesskab, som træder frem, når mennesker bliver en del af en fælles kultur. Denne fælles gensidighed er afhængig af, at man deler en fælles mening der dels udtrykkes kropsligt og sprogligt (ibid.). Gennem vores position som behandlere, bliver vi til en meningsbærende andre, ved at forsøge at forstå patientens indre virkelighed, gennem at lege og lytte (ibid.).

Fysioterapeuten er lyttende og samtidig spørger hun ind til Evas indre verden for at få indblik i den. Eva giver udtryk for at fugtigheden på hendes hud skyldes, at hun oplever sig usikker. Dette udforsker fysioterapeuten sprogligt og kropsligt sammen med Eva. Eva får mulighed for at øve sig og afprøve det at trække benet mod forskellige modstande, og herigennem får hun lov at lege og dermed danne sig en kropslig erfaring med bevægelsen. Gennem leg udfordres Eva og hun øver sig blandt andet i, at komme ud af fysioterapeutens greb og herigennem erfare nye måder at bevæge sig på.

Hansen (2000) fremhæver vigtigheden af, at kunne dele sine oplevelser og tanker med andre og at disse andre respondere gennem meningsudveksling og følelsesmæssig tilkendegivelse, er central for den enkeltes udvikling. Det at være sammen med en anden giver mulighed for at ændre og justere på egen opfattelse. Det er det intersubjektive møde her og nu, som skaber udvikling og som overføres til den terapeutiske relation (ibid.). Når man arbejder med mennesker, der har krænkelsererfaringer er det vigtigt at give dem oplevelse af kontrol og mestring for at undgå retraumatisering. Terapeutens opgave er at affekt-regulere i samhandlingen med patienten (ibid.). Fysioterapeuten er opmærksom på Eva's reaktioner og inddrager Eva ved at spørge ind til hendes oplevelse, almindeliggøre reaktionerne ved at give mulige årsagssammenhænge eller ved at sige højt det hun ser og mærker. Fysioterapeuten justerer modstanden og giver Eva mulighed for at erfare, at hun kan komme ud af fysioterapeutens greb. Det giver Eva en tryghed i situationen, så hun ikke oplever at miste kontrollen, men tværtimod mestre den. Den nye kropslige erfaring som Eva tilegner sig i det terapeutiske rum, kan understøtte hendes udvikling og bryde med tidligere indlærte erfaringer.

Affektive signaler giver information og er handlingsorienterende (Hansen 1991). Det er gennem affekt-indtoning, at barnet får besked om dets oplevelser er blevet forstået og delt af en anden, der giver et fælles engagement (Stern 1990). Fysioterapeuten bruger Eva's reaktioner, som blandt andet er fugtig hud, ujævn bevægelse, nedsat kraft, en tøvende i stemmens betoning, til at regulere den aktivitet de er sammen om. På den måde kan Eva opleve sig forstået, hvilket kan være fremmede for Eva og fysioterapeutens fælles engagement.

Det er ifølge Hansen(1991) den konkrete dialog og samspil der giver mulighed for at komme vider. Svar og handlinger er styrende for hvad man gør som terapeut i

behandlingen (ibid.). Fysioterapeuten udfordrer og justere Eva ud fra hvad der sker i det konkrete samspil. Fysioterapeuten følger ofte op på Evas reaktioner, ved at spørger ind til hvad hun mærker eller oplever her og nu. På den måde er dialogen hele tiden med udgangspunkt i det kropslige. Ud fra det kan det tænkes at det er den intersubjektive proces der skal være i fokus for at skabe udviklings muligheder for Eva.

Kropslig læring af vanemæssige bevægelses- og reaktionsmønstre sker ureflekteret gennem barndommen (Bourdieu 2007). Det vi lærer, lærer vi i samvær med andre og det bliver inkorporeret kropsligt (hexis) og bliver varige måder at tænke og føle på, ligesom det kommer frem i kropsholdning, i måder hvorpå vi bevæger os, måden vi betoner ordene på o.s.v. Det er således regler og normer, der indlæres og indskrives kropsligt og er retningsgivende for, hvad der er tilladt i de forskellige kontekster, vi som mennesker bevæger os i. Reaktioner er tidligt indlærte og forankret i kroppen. Kroppen kan ikke skelne, men agerer i fortid (ibid.). Eva er uvant med at give modstand, komme ud af en andens greb, at vise hun er stærk. Dette gør hende usikker og hun reagere kropsligt ved at have svært ved at finde kraft og bliver fugtig på huden. Eva's usikkerhed er inkorporeret kropsligt ses i hendes måder at bevæge sig på, og måden hun taler på. Herudfra er det derfor sandsynligt, at Eva bærer tidligere kropslige erfaringer med sig, som er præget af, at hun har været domineret af andre. Det at Eva reagerer med at blive fugtig på huden, når hun udfordres til at give fysioterapeuten modstand o.s.v. er et tegn på at kroppen agerer i fortid - i behandlingssituationen. Kroppen kan ikke skelne og vil reagere på det i nutid. Da kroppen ikke skelner, er det vigtigt at i talesætte det der sker, samtidig med at nye kropslige erfaringer inkorporeres.

På den måde får Eva indsigt i sine kropslige væremåder og at de er kontekstafhængige og at bevidsthed omkring det giver mulighed for at bryde med det.

Det at vores perceptuelle erfaringer er kropsligt nedfældet og er grundlaget for vores strukturering af begreber og metafor, gør at vores krop ofte husker før vi kan sætte ord på (Braatøy 1947). Braatøy henfører til at følelsesmæssige tilstande har direkte kropslige følger. Vi kan blandt andet opleve spændinger i forskellige dele af kroppen, få ondt i maven, fugtige hænder med mere på baggrund af erfaringer i samvær med andre mennesker. Det betyder i følge Braatøy, at vores erfaringer går længere tilbage end vi husker bevidst (ibid.).

4.5.3 Sammenfatning – når indlærte mønstre brydes

Ud fra erfaringsnær praksis og teoretiske belysning af ovenstående tema er det centralt at skabe et terapeutisk rum, hvor patienten oplever sig tryk, set og hørt, for på den måde at give mulighed for at udtrykke sig kropsligt og verbalt (kommunikere).

Behandlingsrummet kan betragtes som et rum hvor der er mulighed for at øve sig i det uvante og gennem kropslig tilgang, hvor bevægelser kan blive gentaget og udforsket, og hvor nye kropslige erfaringer kan tilegnes. Det kan understøtte patientens egen udvikling og give mulighed for at bryde med tidligere indlærte mønstre.

Det er centralt, at dialog med udgangspunkt i det kropslige, giver patienten mulighed for at opleve hvordan indlærte mønstre lagres i kroppen og hvordan disse brydes. I behandlingen kan patienten via dialog med fokus på kroppen blive kendt med disse kropslige reaktioner.

Det at kunne dele sine oplevelser og tanker med andre og at disse andre respondere gennem meningsudveksling og følelsesmæssig tilkendegivelse, er central for den enkeltes udvikling. Det er det intersubjektive møde her og nu, som skaber udvikling og som overføres til den terapeutiske relation. Når man arbejder med mennesker, der har oplevede krænkelser, er det vigtigt at give dem oplevelse af kontrol og mestring for at undgå retraumatisering. Terapeutens opgave bliver at affekt-regulere i samhandlingen med patienten. Affektive signaler giver information og er på denne måde handlingsorienterende. Fysioterapeuten bruger Eva's reaktioner, som blandt andet er fugtig hud, ujævn bevægelse, nedsat kraft, en tøvende i stemmens betoning, til at regulere den aktivitet de er sammen om.

Fysioterapeuten er opmærksom på Eva's reaktioner og inddrager Eva ved at spørge ind til hendes oplevelse, almindeliggøre reaktionerne ved at give mulige årsagssammenhænge eller ved at sige klart det hun ser og mærker. Fysioterapeuten justerer modstanden og giver Eva mulighed for at erfare, at hun kan komme ud af fysioterapeuten greb. Det giver Eva en tryghed i situationen, så hun ikke oplever at miste kontrollen, men tværtimod mestre den. Den nye kropslige erfaring som Eva tilegner sig i det terapeutiske rum, kan understøtte hendes udvikling og bryde med tidligere indlærte erfaringer.

Vores perceptuelle erfaringer er kropsligt nedfældet og er grundlaget for vores strukturering af begreber og metafor, gør at vores krop ofte husker før vi kan sætte ord på

dem. Kropslig læring af vanemæssige bevægelses- og reaktionsmønstre sker således ureflekteret gennem barndommen. Det vi lærer, lærer vi i samvær med andre og det bliver inkorporerede kropsligt. Regler og normer indlæres og indskrives kropsligt og er retningsgivende for, hvad der er tilladt i konteksten og hvordan kroppen reagerer i denne. I behandlingstimen er Eva er ikke tryk med at give modstand, komme ud af en andens greb, at vise hun er stærk. Gennem behandlingen får Eva indsigt i sine kropslige væremåder og at de er kontekstafhængige og at bevidstheden omkring det giver mulighed for at bryde med dette tidlige indlærte.

5.0 Afsluttende diskussion

Med udgangspunkt i analysen afrundes opgaven her, med at opsummere de kommunikative særtræk, som kunne identificeres i den behandlingstid, som har været grundlaget for det analytiske arbejde i denne opgave. Det diskuteres her, hvad der kendetegner kommunikationen mellem fysioterapeut og patient i en psykomotorisk behandling i psykiatrien, som udgør problemstillingen i denne opgave.

I sammenhæng med dette vil jeg komme med nogle betragtninger om hvilke ”kommunikative værktøjer” som fysioterapeuten kan inddrage i behandlingen og hvorfor disse værktøjer bør indgå aktivt i behandlingen af patienter inden for psykiatrien.

Afslutningsvist vil jeg komme med nogle betragtninger om betydningen af fællesskab og hvad kommunikation betyder for oplevelsen af, at være inddraget i et fællesskab. Hvor jeg i dette studie har fokuseret på en 1:1 relation (behandler – patient) kan tænkningen udvides til at være ”en til mange” relation og dermed være af mere samfundsmæssig karakter. Mange mennesker oplever sig selv, som værende sat uden for fællesskabet eller endda sat uden for samfundet. Dette er særligt relevant for psykiatriske patienter. Dette emne har ikke været i fokus i dette studie, men er afgjort en væsentlig problemstilling.

5.1 Identificerede kommunikative særtræk i de 4 temaer

Frem mod analysen blev 4 temaer identificeret som centrale i kommunikationen mellem patient og fysioterapeut i behandlingen. De kommunikative særtræk for hvert tema er følgende:

Fælles opmærksomhed

Fælles opmærksomhed er et helt centralt og afgørende element i en behandlingssituation. Det er forudsætningen for at deltagerne kan dele en fælles erfaringsverden i behandlingssituationen (Stern 2000). På den måde kan det, at have en fælles opmærksomhed omkring noget, betragtes som en grundlæggende forudsætning for at kommunikation kan opstå mellem mennesker. Indlevelse, selektiv og fokuseret opmærksomhed fra terapeuten er grundlæggende for al terapi (Hansen 1991, 2000).

Den måde hvorpå vi placerer os i forhold til hinanden har betydning for vores muligheder for at udveksle og justerer i forhold til de budskaber, der sendes og modtages. Det giver mulighed for at finde ud af, om man i behandlingstiden er på linje med hinanden eller om

der er brud, som gør at man må reetablere det, man er i gang med (Goffman 2010;1963, 2011;1967). Jeg har i analysen kunne identificere, at det i en konkret behandling var centralt og afgørende at fysioterapeut og patient havde fælles opmærksomhed som udgangspunkt i behandlingen og at dette var et vigtigt grundlag for deres videre samspil. Samtidig giver patientens reaktioner og signaler mulighed for at terapeuten kan tage afsæt i patientens erfaringsverden. Kommunikationen mellem fysioterapeuten og patienten er således et grundelement i den fælles opmærksomhed og medvirkende til at inddrage patienten i behandlingen.

Måder at være sammen på

I samvær med andre lærer vi at se og opfatte verden. Det er gennem kroppen at vi sanser, lærer og forstår os selv og andre. Det er hvordan vi forholder os til hinanden, der får betydning for vores selvforståelse og hvordan vi møder omgivelserne (Goffman 2010; 1963, Merlau-Ponty 2005).

Det at ”gøre noget sammen”, er med til at skabe intersubjektivitet, som er kommunikation på et tidligt niveau (Bråten 2004). Det er gennem den samstemte intensitet og intention i samhandlingen, der giver individet en fornemmelse af hvor og hvem den anden er (Bourdieu 1999).

I den analyserede behandlingstime var det tydeligt, at fysioterapeutens verbale og kropslige guidning var medvirkende til, at tydeliggøre at det er kroppen, som er et fælles udgangspunktet for det, patient og fysioterapeut er sammen om. Der var i behandlingen tegn på, at patientens kommunikation til fysioterapeuten, nonverbalt som verbalt, i ligeså høj grad definerer måden de er sammen på. Både fysioterapeut og patient bidrager kommunikativt og dette er kernen i måden at være sammen på. Fortrolighed, samstemmighed og fælles forståelse med meningsbærende andre giver os mulighed for at erfare, at vi er i stand til selv at handle. Alle der indgår i relationen vil bidrage til samhandlingen (Binder 2000, 2002, 2006).

I en behandlingssituation, er det centralt at tydeliggøre for patienten, at der er forskelle på, hvad vi hver især opfatter og oplever i forhold til, det vi er sammen om. Vi er ikke ens tænkende individer, og det er vigtigt at tilkendegive sin mening, for at vi sammen kan udvikle os som selvstændige individer. Det handler om at give patienten mulighed for selv

at tænke i kropslige sammenhænge gennem en kropslig tilgang. I behandlingstimen får patienten kendskab til sig selv og egen formåen. Fysioterapeuten er opmærksom på at understøtte dette i behandlingen. Fysioterapeuten støtter patienten i hendes bevægelser og via gentagelse får patienten mulighed for at erfare og integrere bevægelsen kropsligt. Når patienten inddrages aktivt i behandlingen og når denne inddragelse definerer måden vi er sammen på, hjælpes patienten til at blive kendt med egen krop og egne reaktionsmønstre.

Lege med udtryk

I den analyserede behandlingstime var det tydeligt at anvendelsen af metaforer og humor var centralt i kommunikationen mellem fysioterapeut og patient. Dialog om metaforernes betydning gav patienten mulighed for at se nye sammenhænge og bruge disse erfaringer kropsligt. Fysioterapeuten bruger metaforerne til at tage udgangspunkt i Eva's erfaringsverden, som et væsentligt kommunikativt aspekt i behandlingen.

Metafor kommer til udtryk gennem vores sprog, handlinger og tanker. De formidler mere end vi kan sige med ord og får os til at se og forstå nye sammenhænge. Gennem brug af metaforer kan vi blive kendt med hinanden (Lakoff og Johnsen 2003;1980).

Der er en sammenhæng mellem det vi udtrykker med ord og de kropslige erfaringer vi har med os (Thornquist 2009). På trods af det er det ikke alle metaforer og udtryk som vi forstår ens, idet de kan være kultur og kontekst afhængige (Lakoff og Johnson 2003).

Anvendelsen af humor i behandlingen kan være med til at sætte en ramme for, hvordan budskaber skal forstås i en relation. På den måde kan en sjov betoning være med til at sende et kommunikative signaler om hvordan behandlingen skal opfattes (Bateson 1972). Humor kan også bruges for at afvæbne en truende situation, hvor man bryder med de etablerede regler og normer, der er gældende, således at vi ikke taber ansigt i situationen (Goffman 2011;1967). På denne måde kan humor se som en invitation til dialog og en vigtig faktor i at afvæbne en "farlig" situation og i at mindske den sociale distance mellem patient og behandler (Cosier 1959, Jefferson 1979).

Ovenstående sås tydeligt i behandlingstimen. Både patient og fysioterapeut brugte humoren til at arbejde sig aktivt ind på hinanden, som et fælles redskab til dialog om noget

der er vanskeligt og svært. Med humoren inviterer både fysioterapeuten og patient hinanden ind i et fællesskab.

Når indlærte mønstre brydes

Det er centralt at skabe et terapeutisk rum, hvor patienten oplever sig tryk, set og hørt, for på den måde at give mulighed for kommunikationen, både kropsligt og verbalt. Behandlingsrummet kan betragtes som et rum hvor der er mulighed for at øve sig i det uvante og gennem kropslig tilgang, hvor bevægelser kan blive gentaget og udforsket, og hvor nye kropslige erfaringer kan tilegnes. Det kan understøtte patientens egen udvikling og give mulighed for at bryde med tidligere indlærte mønstre (Binder 2000).

Vores perceptuelle erfaringer er kropsligt nedfældet og er grundlaget for vores strukturering af begreber og metafor. Dette gør at vores krop ofte husker før vi kan sætte ord på (Braatøy 1947). Kropslig læring af vanemæssige bevægelses- og reaktionsmønstre sker ureflekteret gennem barndommen (Bourdieu 2007). Det vi lærer, lærer vi i samvær med andre og det bliver inkorporerede kropsligt.

I behandlingstimen blev patientens utryghed (som var kropsligt erfaret) registreret af fysioterapeuten og gennem behandlingen fik patienten større indsigt i sine kropslige væremåder og bevidstheden omkring at bryde kroppens reaktionsmønstre. Det er centralt, at dialog med udgangspunkt i det kropslige, giver patienten mulighed for at opleve hvordan indlærte mønstre lagres i kroppen og hvordan disse brydes. I behandlingen kan patienten via dialog med fokus på kroppen blive kendt med disse kropslige reaktioner.

At kunne dele sine oplevelser og tanker med andre og at disse andre respondere gennem meningsudveksling og følelsesmæssig tilkendegivelse, er central for den enkeltes udvikling. Terapeutens opgave er at affekt-regulere i samhandlingen med patienten (Hansen 2000).

Affektive signaler giver information og er handlingsorienterende (Hansen 1991). I behandlingstimen brugte fysioterapeuten patientens reaktioner (fugtig hud, ujævn bevægelse, nedsat kraft, tøven, stemmens betoning) til at regulere den aktivitet, de er sammen om.

Fysioterapeuten er opmærksom på patientens reaktioner og inddrager patienten ved at spørge ind til hvad patienten oplever, mærker o.s.v. Dette giver patienten en tryghed i situationen, så hun ikke oplever at miste kontrollen, men bruger den aktivt. Den nye kropslige erfaring som patienten tilegner sig i det terapeutiske rum, kan understøtte hendes udvikling og bryde med tidligere indlærte erfaringer.

5.2 Kommunikation, som aktivt element i behandlingen

Kommunikation er hele tiden til stede i relationer mellem mennesker og dermed også i relationer mellem behandler og patient. De forskere jeg har indhentet viden fra lægger alle på forskellig måde, vægt på at kommunikation er central. Øien beskriver at kommunikationen i behandlingen er en krævende og kompliceret proces at forstå.

Jeg har forsøgt at identificere kommunikationen i en behandlingssituation. Dette har været vanskeligt og udfordrende, men alligevel mener jeg, at det er klart at kommunikationen er et konkret størrelse, vi kan observere og anskueliggøre i en konkret behandlingssituation. Derfor kan det undre at kommunikationen ikke anvendes endnu mere aktivt i den fysioterapeutiske behandling og også i uddannelsen af sundhedsfagligt behandlingspersonale som fysioterapeuter m.v.

Bevidstheden om at forstå kommunikation og de budskaber, som patienten sender, er grundlæggende for at sikre, at der i behandlingen tages udgangspunkt i patienten. Omvendt er den kommunikation, som fysioterapeuten afsender medvirkende til at sikre at patienten kan være aktivt deltagende i behandlingen.

For fysioterapeuten er det vigtigt at kunne aflæse både verbal og kropslig kommunikation og sammenhængen mellem disse. Dette er en nødvendig forudsætning for at både patient og behandler får indblik i hinandens erfaringsverden. For fysioterapeuten er dette vigtigt, da der i patientens kommunikation er meget information, der kan anvendes aktivt i behandlingen. For den psykiatriske patient er kommunikation væsentligt for at kunne forstå egen kropslige handle- og reaktioner måder. At sætte ord på egne erfaringer kan være en hjælp til selvforståelse. Når oplevelser og meninger får et udtryk, kan de blive tydeligere og på denne måde kan man lettere forholde sig til dem. Muligheden for at udvikle mere nuancerede og fleksible handlingsrepertoire kan opstå på denne baggrund.

Thornquist fremhæver dilemmaet mellem at behandleren på den ene side har den institutionelle magt og patienten ønsker, og har behov for hjælp. Dette er et dilemma, da det er væsentligt, at behandlingssituationen i udgangspunktet er præget af ligeværdighed. Dette dilemma kan ikke løses formelt, men der er noget der tyder på, at aktiv og bevist anvendelse af kommunikation i behandlingen, kan være medvirkende til gøre denne asymmetri mindre problematisk.

Jeg er blevet overrasket over hvor stor rolle humoren har haft i den observerede behandlingstime. Igennem hele behandlingstimen har humor ligget som en forløsende faktor. Dels har humoren været konstruktivt afvæbnende i behandlingssituationen og været med til at italesætte vanskelige og svære forhold. Aktiv (og ikke overdrevet) anvendelse humor ser altså ud til at være central og også medvirkende til at mindske asymmetrien mellem patient og behandler.

5.3 Overvejelser om stigmatisering

Det kan være relevant inddrage Goffmans teorier i behandlingssituationen. Han studerer ”de små ting”, og i hans optik får disse betydning, i forhold til at finde ud af hvordan mennesker opfører sig i samvær med andre og hvordan dette samvær former den enkeltes egenopfattelse. Goffmans tanker vil kunne bidrage til øget opmærksomhed for, at kommunikationen er en væsentlig del af den relationelle sundhedsfaglige forståelse og dermed en væsentlig del af fysioterapeutens arbejde. Dette gælder i høj grad inden for psykiatrien, hvor en af patienterne har krænkelses erfaringer ofte kommer til udtryk kropsligt og gennem deres handlemåder.

I psykiatrien møder man mennesker, som på den ene eller anden måde er uden for fællesskabet. Det kan f.eks. være sket på baggrund af deres afvigelser i udsendende, påklædning og væremåder eller fordi de er bange for andre. De er ofte isolerede fordi de afviger fra normaliteten og i kraft af dette er stigmatiserede. Derfor er det vigtigt at etablerer et fællesskab, så patienten kan få mulighed for at bryde med stigmatiseringen og opleve ny intersubjektiv orientering (Goffman 2010;1963).

Det kan derfor være svært for de stigmatiserede at anerkende sig selv, idet det kræver at andre anerkender dem. Det er via relationer og samvær med andre, at vi anerkender andre og selv opnår anerkendelse. Vi forstår således os selv ud fra andres reaktioner og væremåder – **deres kommunikation.**

6.0 Litteratur

Bateson G (1972): Steps to Ecology of mind. Ballantine Books. New York

Binder, P.E. (2000): Den meningsbærende andre i psykoterapi. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 37:327-334.

Binder, P.E. (2002): Individet og den meningsbærende andre: Teoretisk undersøgelse av de mellomenneskelige forutsetninger for psykisk liv og utvikling med utgangspunkt i Donald W. Winnicots teori. Perspektiv 23. Oslo:Unipub.

Binder, P.E. (2006): Før og nå – forståelsen av overføring i den relasjonelle psykoanalysen. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 43:917-924.

Bourdieu, P. (1999): Meditasjoner. Oslo: Pax Forlag.

Bourdieu, P. (2007): Den praktiske sans. Hans Reitzels Forlag. udgave, 1 oplag.

Braatøy, T. (1947): Sorger og sinnslidelser. Tiden Norsk Forlag, Oslo. 3. oplag.

Bråten, S. (2004): Kommunikasjon og samspill – fra fødsel til alderdom. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Bunkan, B.H. (1995[1968]): Psykomotorisk behandling ad modum Braatøy/Bülow-Hansen. I Bülow-Hansen Aa, Houge N, Hødal, Hansen H. Kompendium. Oslo: Pensumtjenesten.

Coser, R.L. (1959): Some Social Functions of Laughter, Human Relations 12:171-82.

Ek, K.M (1990): Physical therapy as communication, microanalysis of treatment situation. Dissertation for the Degree of Ph.D. Michigan state university.

Erickson, F. (1992): Ethnographic microanalysis of interaction. In: Lecompte, M.D., and Milroy, W.L. (eds.).The Handbook of Qualitative Research in Education. San Diego: Academic Press: 201-227.

Fangen, K. (2010): Deltagende observasjon. Fagbokforlaget. 2 utgave.

Flyvbjerg, B. (2006): Five Misunderstandings About Case – Study Research. Qualitative Inquiry. Volume 12, nr. 2. April 2006, 219 – 245. 2006 Sage Publications.

- Fog, J. (1994): Med samtalen som udgangspunkt. København. Akademisk forlag.
- Goffman, E. (2010[1963]): Stigma, Om afvigerens sociale identitet. Oversat fra engelsk af Brian Gooseman. Samfundslitteratur, 2009. 2 udgave, 2 oplag.
- Goffman, E. (2011[1967]): Interaction Ritual, Essays in Face-to-face Behavior. New Brunswick, N.J. : Aldine Transaction, 2005. 1 printing 2011
- Gretland A (1999): Kroppens spor- en utfordring i psykiatrien. Rapport fra prosjektet, fysioterapi i psykiatri. Regionsykehuset i Tromsø.
- Gretland, A. (2007): Den relasjonelle kroppen, Fysioterapi i psykisk helsearbeid. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørk AS.
- Hansen, B.R. (1991): Betydningen av oppmerksomhet og samspill i psykoterapi med barn. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1991, 28, 779-788.
- Hansen, B.R. (2000): Psykoterapi som utviklingsprosess: Sentrale bidrag fra to utviklingspsykologiske kunnskapsfelt. *Kap 4, side 91 -11. I: Psykoterapi og psykoterpiveiledning, Teori, emperi og praksis*. Oslo:Gyldendal.
- Hermansen M, Løw O, Petersen V (2004): Kommunikasjon og samarbejde i professionelle relationer. *Et systemisk perspektiv s.26-37. Konstruktivistiske perspektiver s.38-45. Forandrings- og læringsperspektiv s.46-53.Et kommunikationsperspektiv s.54-69*. Alinea, København.
- Jefferson, G (1979): A Technique for inviting Laughter and its Subsequent Acceptance Declination, in George Psathas (ed.) *Everyday Language: Studies in Ethnomethodology*, pp. 79-95. New York: Irvington Publishers.
- Johnson, M. (1987): *The body in the mind. The bodily basis of meaning, imagination, and reason*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Jørstad, J. (2000): Det ubevisste – venn eller fiende? *Tidsskr. Nor. Lægeforening* 2000; 120: 1199-203. <http://tidsskriftet.no/article/3929>
- Kvale S og Brinkmann S (2009): *Interview, introduktion til et håndværk*. 2 udgave, 1 oplæg. Den danske udgave Hans Reitzels Forlag, København 2009.

- Lakoff, G og Johnson, M.(2003[1980]): Hverdagslivets metaforer, fornuft, følelser og menneskehjernen. Oversat af Mie Hilde. Pax Forlag A/S, Oslo 2003.
- Merleau-Ponty, M. (1994[1945]): Kroppens fenomenologi. Oslo: Pax Forlag.
- NEM (2009): En viedning laget av Den nasjonale forskningsetiske komite for medicin og helsefag. ISBEM: 978-82-7682-059-1.
- Nielsen, MS og Rom, G (2007): Perspektiver på kommunikation, i sundhedsfaglig professioner. Munksgaard Danmark. 1 udgave, 2 oplag.
- Olsen H (2003): "Gode" Kvalitative interview med "riktige" informanter? Sociologist Tidsskrift; 11(2): 123-153.
- Parry R (2005): A video analysis of how physiotherapists communicate with patients about errors of performance: insights for practice and policy. Published by Elsevier Ltd. Chartered Society of Physiotherapy 91 (2005) 204-214.
- Robert L, Bucksey SJ (2007): Communicating with the Patients: What happens in practice? Physical Therapy, volume 87; 5: 586-94.
- Sherborn V (2001): Developmental Movement for Children: mainstream, special Needs and Pre-school. 2nd ed. London: Worth Publishing.
- Stern, D. (2000): Spædbarnets interpersonelle verden. Hans Reitzels Forlag, København. 3. udgave, 4. oplag.
- Stokkenes, G. (1999): Erkjennelse og anerkjennelse I psykomotorisk fysioterapi, Verbal- og nonverbal kommunikasjon mellom patient og fysioterapeut I to behandlingsforløp. Nordisk fysioterapi 1999; 3:168-173.
- Thagaard, T. (2011): Systematikk og innlevelse, en innføring i kvalitativ metode. 3.utgave. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Thornquist, E., Bunkan B.H.(1986): Hva er psykomotorisk behandling?. Oslo: Universitetsforlaget.

Thornquist, E. (1992): Fysioterapeuters funksjon og rolle innen psykisk helsevern. Forskningsrapport. Oslo: Universitetet i Oslo.

Thornquist, E. (1998): Conceiving function. An investigation of the epistemological preconditions, conceptualizations and methodologies in physiotherapy. A dissertation submitted for the degree of Doctor philosophiae at the university of Oslo.

Thornquist, E (2006): Face- to Face and Hands-On: assumptions and assessments in the physiotherapy clinic. *Med Anthropol* 2006; 25; 65-97.

Thornquist, E. (2009): Kommunikasjon, Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2 utgave.

Thornquist, E (2010): Vienskabsfilosofi og videnskabsteori for helsefag. 2. opplag. Fagbokforlaget.

Thornquist, E. (2012): Movement and Interaction – The Sherborn Approach and Documentation. Oslo: Universitetsforlaget.

Trevarthen, C (1989): Origin and directions for the concept of infant intersubjectivity. *Newsletter of the Society for Research in Child Development* (Autumn).pp. 1-4.

Øien AM, Steihaug S, Iversen S, Råheim M (2011): *Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study*. *Scand J Caring Sci*; 2011; 25; 53-61.

www.nsd.uib.no/personvern/

www.datatilsynet.dk/offentlig/forskning-i-regionerne/

Bilag 1. Godkendt ansøgning til NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.3) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjekttittel		
Tittel	Master oppgave, Kroplig dialog - dialog om kroppen - fysioterapeutisk samhandling	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Universitetet i Tromsø	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Det helsevitenskapelige fakultet	
Institutt	Institutt for helse- og omsorgsfag	
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Anne	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Gretland	
Akademisk grad	Høyere grad	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.
Stilling	Førstelektor	
Arbeidssted	Universitetet i Tromsø	
Adresse (arb.sted)	MH-bygget	
Postnr/sted (arb.sted)	9037 Tromsø	
Telefon/mobil (arb.sted)	776660694 /	
E-post	anne.gretland@uit.no	
		NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Fornavn	Tina Hostrup	
Etternavn	Andersen	
Akademisk grad	Høyere grad	
Privatadresse	Bentevej 58	
Postnr/sted (privatadresse)	9520 Skørping	
Telefon/mobil	004598391872 / 004529609483	
E-post	tina.hostrup@gmail.com	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	PMF er en gammel etablert behandlingsform som er utviklet i praksis og med relativ sparsom dokumentation. Dette er gælden både inden for somatikken og psykiatrien. Fysioterapi er en social praksis, hvor kommunikationen kropslig og verbal er centrale i etableringen af terapiens relationelle dimentioner. Dette er meget lidt beskrevet inden for PMF traditionen. Der er derfor behov for mere viden om den relationelle dimentionens betydning for behandling. Beskrivelse af praksis i en naturalistisk sætning kan bidrage til formalisering af erfaringkundskab og dermed et bidrag til kvalitetsikring af praksis. Problemstilling: Hvad kendetegner kommunikationen mellem fysioterapeut og patient i en behandling i psykiatrien ud fra PMF behandlingsprincipper.	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l. Maks 750 tegn.
6. Prosjektomfang		

Velg omfang	<ul style="list-style-type: none"> ● Enkel institusjon ○ Nasjonalt samarbeidsprosjekt ○ Internasjonalt samarbeidsprosjekt 	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi øvrige institusjoner		
Oppgi hvordan samarbeidet foregår		
7. Utvalgsbeskrivelse		
Utvalget	En fysioterapeut med stor erfaring i anvendelse af psykomotoriske behandlingsprinsipper inden for psykiatrien i Danmark. En patient tilknyttet psykiatrien der modtager behandling af fysioterapeuten.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivvansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	Jeg har efter anbefaling fra min veileder og danske fysioterapeuter udvalgt en fysioterapeut. Det er en fysioterapeut med dansk specialist kompetance indefor psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Hun har videreuddannelsen indefor PMF, mange års erfaring som kliniker og underviser indfor fagfeltet. Dette har jeg gjort for at sikre ovenstående kvaliteter. Fysioterapeuten udvælger selv hvilken patient der skal medvirke i optagelse af behandlings situationen. Der er således ikke bestemte krav til patienten andet en at det skal være en person med tilknytning til psykiatrien. Jeg mener at fysioterapeuten med sine faglige kvalifikationer er istand til at vælge en patient som hun mener er istand til at kunne deltage i optagelsen af behandlings timen. Grunden til at der ikke er specifikke krav til patienten er at der er fokus på kommunikation og den relationelle dimention.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.
Førstegangskontakt	Jeg vil kontakte fysioterapeuten og aftale et møte hvor jeg vil give en mündlig informasjon. Jeg vil likeledes udlever en skriftlig informasjon. Hvis den udvalgte patient har behov for yderlige informasjon efter at have sagt ja, vil jeg kontakte patienten for yderlige informasjon. Patienten vil også få en skriftlig informasjon. Mündlig samtykke dokumenteres via video optagelsen umiddelbar før selve behandlinge går igang. Det er en mündlig samtykke fra både fysioterapeuten og patienten.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om førstegangskontakt
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	Der inngår 2 personer - en fysioterapeut og en patient.	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja ○ Nei ●	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, begrunn		Les mer om inklusjon i forskning av myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input checked="" type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar		

9. Datamaterialets innhold		
Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	Observasjons data vil omhandle hendelser, handlinger og utsagn som gir grunnlag for å belyse kvalitative særtræk ved interaksjonsformen inden for behandlingstiden. Intervju data vil omhandle informantens beskrivelse av bagvedliggende tanker for handlinger, hendelser og utsagn som frem kommer i løpet av behandlingstiden som ses på videoen. Dette gir grunnlag for å sikre kvaliteten av den videre bearbejning av data.	Spørreskjema, intervju-temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet. NBI Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer	Les mer om hva personopplysninger er
Spesifiser hvilke		NBI Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte og/eller indirekte personidentifiserende opplysninger innhentes/registreres i forbindelse med prosjektet.
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke?	Videoopptak kan gi anledning til genkennelse.	Kryss også av dersom ip-adresse registreres.
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input checked="" type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn		
10. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn		NBI Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg. Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes. Les mer om krav til informasjon og gyldig samtykke, samt om forskning uten samtykke
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		

11. Informasjonssikkerhet		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Har du krysset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.
Hvordan oppbevares navnelisten/koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?		NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input checked="" type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger. Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.
Annen registreringsmetode beskriv		
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil. Les mer om behandling av lyd og bilde.
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Der brukes passord og brukernavn, datamaskinene er låst inde. Udskrift og optagelser er i aflåst skab i aflåst rum. Video optagelsen oppbevares på usb og ligger også i aflåst skab i aflåst rum.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke	Bærbar datamaskin, USB og ekstern harddisk. Den ekstern harddisk er af sikkerhedsmæssige årsager og befinder sig i meget sikker brandsikkert og aflåst rum på sygehuset i Ålborg.	NB! Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?	Fysioterapeut Mie Frydenlund. Hun har vidderuddannelse i psykomotorisk fysioterapi og har gjennom de sidste 10 år arbejdet inden for psykiatri og RCT i Danmark. Hun er en fysioterapeut med stor interesse indefor dette fagfelt. Mie vil kun se filmen sammen med mig for at sikre intersubjektivitet under observation af video filmen. Dette er med henblik på at højne kvaliteten af det data materiale der skal bearbejdes. Det er således mig der giver Mie tilladelse til at se video optagelsen sammen med mig, når jeg har brug for det.	
Overføres personoplysninger ved hjælp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til

Hvis ja, hvilke?		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraksreguleres Les mer om databehandleravtaler her
Hvis ja, hvilken?		
12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
Kommentar		
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc. Sundhedsvidenskabelig forskning i Region Nordjylland, det Danske Datatilsyn. Kontakt person Karoline Kold Andersen kk@rn.dk
Hvis ja, hvilke?		
13. Prosjektperiode		
Prosjektperiode	Prosjektstart:01.08.2012	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter. Prosjektslutt Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.
	Prosjektslutt:30.12.2013	
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner. NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata. Les mer om anonymisering
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	råmaterialet slettes.	Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet. Les om arkivering hos NSD
14. Finansiering		

Hvordan finansieres prosjektet?		
15. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		
16. Vedlegg		
Antall vedlegg	5	

Bilag 2. Godkendt ansøgning til Dansk datatilsyn

Nedenstående projekt vurderes at være omfattet af Region Nordjyllands anmeldelse af

”Sundhedsvidenskabelig forskning i Region Nordjylland” til Datatilsynet.

<p>Projektets navn: opgave i forbindelse med master i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Kropslig dialog – dialog om kroppen – Fysioterapeutisk samhandling. Problemstilling: Hvad kendetegner kommunikationen mellem fysioterapeut og patient i en psykomotorisk behandling i psykiatrien?</p>
<p>Indgår der biobank i projektet:</p> <p><input type="checkbox"/> / Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>
<p>Projektansvarlig inkl. kontaktoplysninger:</p> <p>Behandlingsansvarlig institution: Universitetet i Tromsø, Det helsevidenskabelige fakultet, instituttet for helse- og omsorgsfag.</p> <p>Daglige ansvarlige: Anne Gretland, Førstelektor, Universitetet i Tromsø, MH-bygget, 9037 Tromsø, 004777660694, anne.gretland@uit.no</p>
<p>Projektets formål:</p> <p>Psykomotorisk fysioterapi(PMF) er en gammel etableret behandlingsform som er udviklet i praksis og med relativ sparsom dokumentation. Dette er gældende både inden for somatikken og psykiatrien. Fysioterapi er en social praksis, hvor kommunikation kropslig og verbal er centrale i etableringen af terapiens relationelle dimensioner. Dette er meget lidt beskrevet inden for PMF traditionen. Der er derfor behov for mere viden om den relationelle dimensions betydning for behandling. Beskrivelse af praksis i en naturalistisk erfaringskundskab og dermed et bidrag til kvalitetssikring af praksis.</p>
<p>Oplysningerne opbevares hos – angiv evt. databehandlere (navn og adresse):</p> <p>Fysioterapeut Tina Hostrup Andersen, Aalborg Psykiatrisk sygehus, Mølleparkvej 10, 9000 Aalborg.</p> <p>Projektet er indberettet til Norsk dataselskab(NSD) og godkent.</p>

Overholder projektet reglerne i Sikkerhedsbekendtgørelsen (Bekg. nr. 528 af 15. juni 2000):

Nej

Ja

Projektets start- og sletnings-/anonymiseringstidspunkt:

Den. 01-08-2012.

Starttidspunkt

Den. 31-12-2013.

Slet-/anonymiseringstidspunkt (projektets afslutning)

I lov om behandling af personoplysninger står følgende i §5 stk. 5

Indsamlede oplysninger må ikke opbevares op en måde, der giver mulighed for at identificere den registrerede i et længere tidsrum end det, der er nødvendigt af hensyn til de formål, hvortil oplysningerne behandles.

Anmeldelse af Sundhedsvidenskabelig forskning til Region Nordjylland. Journalnr: 2008-58-0028.

Bilag 3. Information til fysioterapeuten

Forespørgsel om deltagelse i masteropgave ”Kropslig dialog - dialog om kroppen - fysioterapeutisk samhandling”

Baggrund og hensigt

Dette er en forespørgsel til dig om at deltage i et praksisstudie.

Jeg er masterstuderende ved universitetet i Tromsø med studieretningen psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Jeg er ved at udarbejde den afsluttende masteropgave, som forventes færdig i sommeren 2013.

Temaet for opgaven er kropslig dialog og dialog om kroppen i en fysioterapeutisk samhandling. Grunden til dette tema er, at fysioterapi er en social praksis, hvor kropslig og verbal kommunikation er centrale i etableringen af terapiens relationelle dimension. Dette er meget lidt beskrevet inden for PMF tradition. Jeg mener derfor der er behov for mere viden om den relationelle dimensions betydning for den fysioterapeutiske behandling.

Studiet skal bidrage til formalisering af erfaringskundskab og dermed bidrage til kvalitetssikring af praksis.

Problemstillingen i masteropgaven er hvad der kendetegner kommunikationen mellem fysioterapeut og patient i en behandling i psykiatrien ud fra PMF behandlingsprincipper.

Praktisk gennemføring

For at kunne studere praksis vil jeg optage en behandlingssituation på video, hvor du som fysioterapeut behandler en patient. Patienten udvælger du selv. Patienten skal indvillige i undersøgelsen bliver optaget på video. Jeg vil bede dig sikre, at patienten tager kontakt til mig, hvor jeg vil informere patienten yderligere.

Den videooptagede behandlingssituation vil jeg herefter anvende i min masteropgave. Konkret analyseres behandlingssituationen med fokus på hændelser, handlinger og udsagn, som kan give grundlag for at belyse kvalitative særtræk i behandlingen. For at sikre intersubjektiviteten vil jeg se videoen igennem med en anden fysioterapeut (Mie Frydenlund, videreuddannelse i psykomotorisk fysioterapi).

Hvad sker der med informationen om dig

Video og interview vil kun være tilgængelig Anne Gretland (vejleder på dette masterstudie), censor der udpeges af universitetet i Tromsø, Fysioterapeut Mie Frydenlund, samt undertegnede. Alle er underlagt tavshedspligt. Al information vil blive behandlet konfidentielt. Det vil ikke være muligt at identificer hverken dig og patienten i publikationen af studiet. Materialet (film og interview) kun bliver brugt i relation til uddannelse/ forskning.

Video og lydoptag vil blive slettet med udgangen af december 2013.

Hvis du har brug for yderlige information kan jeg kontaktes på denne mail tina.hostrup@gmail.com eller tha@rn.dk . Min vejleder Anne Gretland ved institut for helse- og omsorgsfag kan også kontaktes på denne mail anne.gretland@uit.no.

Personvern

Studiet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfundsvitenskaplige datatjeneste (NSD) og til Sundhedsvidenskabelige forskning i Region Nordjylland, Det Danske Datatilsyn.

Med venlig hilsen

Tina Hostrup Andersen

Bentevej 58

9520 skørping

Samtykkeerklæring:

Jeg har modtaget skriftlig information og vil give mundtligt samtykke på videoptagelsen.

Jeg bekræfter at have givet information om studiet.

.....

Tina Hostrup Andersen, master studerende

Dato.....

Bilag 4. Information til patienten.

Skriftlig information til deltagere der har sagt ja, til at deltage i masteropgave

”Kropslig dialog - dialog om kroppen - fysioterapeutisk samhandling”

Baggrund og hensigt

Du har indvilliget at en videooptagelse af en behandlingssituation med dig som deltager må anvendes og indgå i en masteropgave. Derfor modtager du denne skriftlige information, hvor du skriftligt godkender dette.

Studiet du deltager i har til hensigt at bidrage til udviklingen af kundskab om psykomotorisk fysioterapi (PMF). Behandlingsformen opstod tilbage i 1940'erne, og er udviklet i og gennem praksis. Der er kun lidt forskningsbaseret kundskab om denne behandlings metode.

Derfor er formålet med video-optagelsen at skabe mere viden om psykomotorisk fysioterapi med udgangspunkt i den konkrete behandling (praksis). Temaet for masteropgaven er kropslig dialog og dialog om kroppen i en fysioterapeutisk samhandling.

Praktiske informationer

For at kunne studere praksis vil jeg videofilme en behandlingssituation, hvor du som patient indgår. Behandlingen gennemføres af **xxxxxxxxxx** og der vil være tale om helt almindelig planlagt og gennemført behandling. Opgaven skal i størst mulig grad afspejle reel praksis og i mindst mulig grad gribe ind i behandlingen. Du vil altså få den samme behandling uanset om du deltager i denne undersøgelse eller ej.

Den videooptagede behandlingssituation vil herefter blive analyseret og indgå i masteropgaven. I forbindelse med masteropgaven vil jeg se videoen igennem med en

anden fysioterapeut (Mie Frydenlund), der er uddannet i psykosomatisk fysioterapi. Jeg vil også interviewe fysioterapeuten, som du har modtaget behandling af. Interviewet sigter mod at få udfyldende information om behandlingen.

Hvad sker der med informationen om dig

Video og interview vil kun være tilgængelig Anne Gretland (vejleder på dette masterstudie), censor der udpeges af universitetet i Tromsø, Fysioterapeut Mie Frydenlund, samt undertegnede. Alle er underlagt tavshedspligt. Al information vil blive behandlet konfidentielt. Det vil ikke være muligt at identificere dig ifbm publikationen af studiet. Materialet (film og interview) kun bliver brugt i relation til uddannelse/ forskning.

Video og lydoptag vil blive slettet med udgangen af december 2013.

Frivillig deltagelse

Selvom at du på nuværende tidspunkt har sagt ja til at deltage i dette studie, kan du uden at opgive nogen grund, trække dig fra deltagelsen. Dette vil ikke på nogen måde påvirke din behandling hos fysioterapeuten, hvis du vælger at trække dig.

Ved underskrivelse af dette dokument bekræfter du at du har modtaget ovenstående information om masterstudiet. Selvom du underskriver dette dokument kan du til enhver tid trække dig fra deltagelsen.

Personvern

Studiet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfundsvitenskaplige datatjeneste (NSD) og til Sundhedsvidenskabelige forskning i Region Nordjylland, Det Danske Datatilsyn.

Hvis du på et senere tidspunkt ønsker yderligere information, har spørgsmål eller ønsker at trække dig fra studiet, kan du kontakte

Master studerende Tina Hostrup Andersen

Fysioterapeut I psykiatrien i Nordjylland

Mølleparkvej 10

9000 Aalborg

Tlf: 97643677, Mobil: 29609483

tha@rn.dk

Venlig hilsen

Tina Hostrup Andersen

Samtykkeerklæring:

**Jeg har modtaget skriftlig information og giver mundtligt samtykke på
videoptagelsen**

Jeg bekræfter at have givet information om studiet.

.....

Tina Hostrup Andersen, master studerende

Dato.....

Bilag 5. Observations guide

Jeg vil se på hændelser, handlinger og udsagn, som kan give grundlag for at belyse kvalitative særtræk i interaktionen mellem terapeuten og patient i løbet den time som videooptagelsen løber.

Aktuelle temaer:

- Hvad ser og hører jeg fysioterapeuten følger op på i løbet af behandlings timen?
- Hvordan placerer og bevæger fysioterapeuten og patienten sig i forhold til hinanden? Her tænkes bl.a. på udgangsstillinger.
- Udgangsstillinger i løbet af behandlingen og deres betydning for interaktion mellem terapeut og patient?
- Hvordan er interaktionen mellem terapeut og patient gennem hele behandlings timen?
- Ses der entydige budskaber, der understøtter hinanden?
- Hvilke former for samsvar er der mellem fysioterapeutens kropslige håndtering og den verbale formidling?
- Hvordan er de kropslige meddelelser mellem fysioterapeuten og patienten?
- Hvordan er fysioterapeutens stemmeføring, tonefald og stemmeleje? Hvordan er patientens?
- Hvordan er fysioterapeutens kropslig orientering i forhold til blikket? Ser patienten og fysioterapeuten på hinanden under samtale?
- Hvordan har fysioterapeuten organiseret behandlingsrummet?
- Hvilke stillinger, bevægelser og berøringer former anvender fysioterapeuten?
- Hvilken form for nærhed og afstand ses der under behandlings timen?
- Er der tegn på kropslig tilstedeværelse fra fysioterapeutens side? Hvordan er patientens kropslige tilstedeværelse?
- Hvordan kommer samspillet mellem patienten og fysioterapeuten til udtryk?
- Hvordan positioner fysioterapeuten sig i forhold til patienten?
- Er der meget samtale i løbet af behandlings timen?

- Hvad samtaler fysioterapeuten og patient om?
- Hvordan opstår samtalen mellem fysioterapeut og patienten?
- Hvordan reagere/ respondere fysioterapeuten på patientens handlinger, bevægelser og udsagn?

Bilag 6. Beskrivelse af den filmede behandlingstime

Den behandlings time jeg har video filmet er 1,5 år inde i behandlingsforløbet.

Fysioterapeuten og patienten er således kendt med hinanden. Eva (dette er patientens fiktive navn og fremad rettet vil Eva erstattes med E i sekvenserne fra videoen) er tilknyttet psykiatrien ambulant, hun kommer ca. en gang om ugen til behandling hos fysioterapeut og deltager i en terapi gruppe hos psykolog. Den filmede behandlingstime starter med en samtale mellem Eva og fysioterapeuten (i udskrift fra videoen kald F) som varer i vare ca. 10.min. Herefter arbejders der i stående, siddende og liggende udgangsstilling, behandlingstime slutter med at Eva hviler ca. 5 min på briksen inden hun kommer op i stående stilling igen og timer afsluttes. Hele behandlingstimen varer i ca. 55 min.

Behandlingen foregår i en lille lokale i fysioterapien. Behandlingsrummet er sparsomt indrettet. Der er to stole der er vent mod hinanden, imellem dem står der et smalt bord. Der udover er der en briks, en skammel og en hylde med blandt andet tæpper. Eva og fysioterapeuten går efter at have hilst på hinanden ind og sætte sig ved bordet. De sidder rettet mod hinanden. Eva sidder med korslagte ben, hænderne er i skødet og hun kikker ned i bordet. Hoster lidt og rette på tøjet.

Fysioterapeuten spørger ind til hvordan Eva har haft det siden sidst. Eva fortæller at hun er træt, ler lidt og bevæger sig uroligt på stolen. Hun støtter sit hoved i hænderne som hviler på bordet. Hun bevæger på tæerne, piller ved tøjet. Læner sig nogle gange tilbage og støtter ryggen mod stolen, højere arm ligger hen over brystet og venstre arme er trukket bagud og hviler på stol ryggen. Eva bevæger sig ofte under den indledende samtale. Hun bevæger ofte på hovedet, drejer det ind mod vægen væk fra kameraets retning og kikker ned i bordet. Trods det ses det at Eva ofte ser over på fysioterapeuten under dennes samtale. Eva fortæller hvorfor hun er træt i dag. Fysioterapeuten sidder roligt på stolen, korslagte ben, armene i skødet og blikket rette mod Eva. Eva fortæller og fysioterapeuten lytter, de ler lidt sammen. Fysioterapeuten giver udtryk for at hun forstår hvorfor Eva er træt.

Fysioterapeuten gentager spørgsmålet, *"hvordan har du haft det?"* Eva gentager dette spørgsmål, er lidt tøvende i sin udtagelse, er kropslig urolig. Fysioterapeuten fortsætter med at fortælle, at hun husker at det var svært for Eva at *"komme ned i kroppen"* i sidste behandlingstime. Eva bekræfter dette, ler lidt mens hun læner sig tilbage i stolen. Det kan jeg ikke huske, siger Eva, efter der har været stille et stykke tid. Sidder nu uroligt på stolen.

Eva fortæller, at hun har haft en trøls weekend grundet kæresten. Mens hun fortæller, er fysioterapeuten lyttende, kommer med små uhm, nikker og forsøger at sætte ord på det Eva er lidt usikker på. De ler ind imellem.

Eva fortæller nu om et møde hun har været til på kommunen. Det var et godt møde, fordi hun kunne tænke og være velformuleret. Hun smiler og ser over på fysioterapeuten, de har øjenkontakt og ler sammen. Eva oplevede hele tiden at mødelederen fulgte op på det de snakkede om, hun giver udtryk for at det var en god oplevelse. Fysioterapeuten siger, ” *det lyder til at du er blevet hørt*”. Eva fortsætter med at fortæller, at hun under dette møde opdagede at hun pillede ved sine negle og skynde sig at ligge fingeren ind under låret (hun viser disse bevægelser for fysioterapeuten) samtidig med at hun siger, ” *at man ikke skal afsløre for meget*”. De ler lidt sammen mens de ser på hinanden. Eva siger at mødet har gjort hende opmærksom på at hun stadigvæk kan gøre det hun har lært hele livet, nemlig det der forventes af hende.

Fysioterapeuten føre samtalen hen på det kropslige igen. Forsøger at få Eva til at huske hvad hun opleve i sidste behandlingstime ved at sætte ord på som, ” *Det var noget med det kropslige, at din krop reagere som den plejer at gøre?* ”Eva bekræfter dette.

Fysioterapeuten spørger herefter konkret ind til hvordan hun kropslig har haft det siden sidste behandling, hvor fokus var at Eva skulle komme mere i kontakt med kroppen. Eva smiler og ser tænksom ud, bevæger sig uroligt på stolen. Omtaler kroppen som ”*den*”, fortæller at ”*den skaber sig*” - især i holdningen; *her vil bene gerne falde sammen og lænden føles som et stift brat*. Fortsætter med at tale om andre emner blandt andet kæreste. Fysioterapeuten lader hende tale ud og vender tilbage til det kropslige, ved at spørge, ” *om de skal arbejde med fødder og ben som sidste. Arbejde med at ændrer vanestilling og gamle mønstre*”.

Eva er med på dette, er blevet mere rolig i sit kropslige udtryk. Fysioterapeuten spørge om der er andet Eva tænker der skal være i fokus. Eva peger på sine kæber. Fysioterapeuten spørge ”*skal vi gå til makronerne?*” og Eva svare ja.

De rejser sig begge, Eva klæder sig af og fysioterapeuten flytter på kameraet og stiller en skammel frem på gulvet.

Eva starter med at stå frit på gulvet og fysioterapeuten sidder på en skammel ved siden af hende. Fysioterapeuten spørger, *"hvordan står du?"* Eva svarer, *"ad helvede til"*, fysioterapeuten gentager svaret og Eva bekræfter dette. Herefter følger fysioterapeuten op på, ved at spørge ind til, hvad Eva ikke syntes er godt. Eva siger med en let stemme mens hun smiler, *"det er i hver tilfald mine knæ"*. Fysioterapeuten gentager *"det er i hver tilfald dine knæ"*, mens hun læner sig væk fra Eva og ser på hende. Eva siger efter et stykke tid *"og hænger her oppe"* bevæger på sine skulder mens hun siger dette. Fysioterapeuten bekræfter at hun ser dette og spørger videre om hun også kommer til at hænge i hoften? Det kan Eva ikke mærke, hvorefter fysioterapeuten fortæller at det kan være en logisk konsekvens af at hun står på overstrakte knæ. Spørger herefter ind til om Eva kan mærke fodsålerne mod gulvet i dag. Det kan Eva godt, men ikke så tydeligt i dag.

Fra stående kommer Eva nu ned og sidde på skamlen, fysioterapeuten sidder på en skammel ved siden af. De snakker lidt om hvordan Eva fornemmer fødderne ned mod gulvet, herefter trykker fysioterapeuten på Eva knæ i retning af gulvet. Adspurgt om fødder og ben bliver tydeligere af dette svarer Eva nej. Eva guides kropsligt og verbalt af fysioterapeuten til ventral fleksion et par gang og vider over i fremadfældet udgangsstilling og op i stående.

Fysioterapeuten banker på vægen bag dem og siger *"jeg vil gerne have dig hen og stå med ryggen op ad vægen, ryggen mod muren"* hendes stemme er let og drillende. Eva rejser sig og stiller sig med ryggen til vægen og fysioterapeuten står skrå foran. Fysioterapeuten opfordrer Eva til at stå med fødderne lidt længere væk fra væggen. Herefter spørger hun Eva om hun tror hun kan glide op og ned herfra? Eva svarer lidt tøvende ja. Fysioterapeuten siger nu, *"give lidt efter i dine knæ"*. Eva bøjer i knæene og glider ned langs med vægen. Fysioterapeuten stopper hende ved at sige, *"ikke længere ned"*, Eva stopper sin bevægelse og fysioterapeuten fortsætter *"og langsomt og roligt skub dig op, skub gulvet væk"*. Eva strækker knæene og kommer op. Herefter siger fysioterapeuten, *"der slap du lidt af kontakten til vægen"*, Eva bekræfter dette ved et *"uhm"*. Fysioterapeuten fortsætter med at instruere Eva i hvordan bevægelsen skal udføres. En gang imellem ligger fysioterapeuten en hånd op Eva lænd eller bryst ben når Eva udfører bevægelsen. Andre gange træder fysioterapeuten et lille skridt væk fra Eva under bevægelsen. Efter nogle gentagelser siger

Eva ” *den vil gerne poppe ud*” og ligger sine hænder på lænden. Fysioterapeuten svare ja, de ler lidt sammen, hvorefter fysioterapeuten igen instruere til bevægelsen.

Der skiftes udgangsstilling igen, der er nu gået ca. 20 min af behandlingstimen.

Fysioterapeuten siger at Eva nu skal op og ligge på briksen. Mens fysioterapeuten flytter på kameraet stiller Eva sig på siden af briksen. Fysioterapeuten kommer over til Eva mens hun siger, ”*spring*”, hendes stemme er let og drillende, Eva bliver stående og de ler begge to. Herefter siger fysioterapeuten til Eva at hun gerne må ligge sig op på briksen. Eva ligge sig op på ryggen, fysioterapeuten ser på hende og siger ” *jeg vil gerne hvis du ligger hovedet denne vej*”, klapper på briks enden. Eva drejer sig så hun ligger med hoved der hvor fysioterapeuten pegede. Fysioterapeuten ligger et tæppe på hende og svare på det spørgsmål Eva har stillet tidligere. Eva undrer sig over at hendes mave er blevet mere rund. Fysioterapeuten forklare at det kan være et udtryk for at Eva har ”*sluppet noget spænding, at hun er kommet mere i kontakt med sig selv og det kan ske når man slipper vejertrækningen*”. Mens fysioterapeuten giver udtryk for sine tanker, svare Eva med ”*uhm, tror du, ja det er rigtigt*”. De ser på hinanden under denne samtale, som slutter med at fysioterapeuten spørger Eva ”*hvordan ligger du?*” Eva svare, ”*okay*”. Herefter ligger fysioterapeuten sine hænder om Evas hø. fod og siger, ”*den er kold*”. Eva smiler og svar ”*ja*”.

Fysioterapeuten masserer foden i et roligt tempo og går efter et stykke tid op og ligger en hånd ind under Eva lænd. De snakker lidt om det lændesvaj som Eva havde i stående og som nu er udrettet. Fysioterapeuten ligger tæppet hen over Evas overkrop igen og går ned til hø. fod. Eva siger med en let drillende tone ”*du skal lige putte mig ordentlig*”, ser på fysioterapeuten og smiler. Fysioterapeuten går tilbage til Eva ansigt, smiler og siger, ” *Ja, Javel da, så bliver du puttet*” tonen er let og hun smiler til Eva, mens hun ligger tæppet ned omkring Evas skuldre. De ler begge to, herefter går fysioterapeuten tilbage til fødderne og massere hø. fod, hendes greb er rolig og i et jævnt tempo. Mens hun massere foden opdager hun et mærke på Evas fod, fysioterapeuten spørger Eva, ”*hvem har trådt dig over tæerne?*” Eva lyder overrasket og lidt undrende over hvor det mærker på foden kommer fra. Eva vil gerne se mærket og fysioterapeuten løfter hendes ben op så hun kan se set, herefter siger Eva med let stemmen, ”*at hun tabte sin telefon over foden og det gjorde ondt*”, griner lidt mens hun fortæller. Fysioterapeuten ser på Eva og tilkendegiver at det må

havde gjort ondt, de ler begge. Fysioterapeuten massere igen foden, strækker den lidt ind imellem hvorefter det ses tydelig respirations udslag i Eva mave område. Der er ikke nogen af dem der siger noget mens fysioterapeuten massere foden og benet.

Efter et stykke tid instruerer fysioterapeuten Eva verbalt og kropsligt, til at krumme tærerne og bøje fodleddet. Eva krummer tærerne og bøjer fodleddet, fysioterapeuten gentager sin instruktion nogle gange og Eva følger hende. Efter et stykke tid spørge fysioterapeuten Eva, "*hvor har du tunge?*", Eva siger, "det ved jeg ikke" hendes stemme lyder overrasket, ser på fysioterapeuten. Fysioterapeuten fortæller Eva hvor tungen kan være placeret. Eva er stille og spørger fysioterapeuten hvorfor hun blev spurgt om tungens placering. Herefter fortæller fysioterapeuten at det kan give spændinger i kæben. Bevægelsen som de arbejder med gentages nogle gange. Det ses at Eva bevæger lidt på kæbe, hvorefter der ses at maven bliver tydeligere.

Fysioterapeuten bøjer Evas ben, så foden står ned i briksen dette gør hun samtidig med at hun sætter sig på kanten af briksen. Hun støtter Evas ben med den ene hånd og massere lægemusklen med den anden hånd. Fysioterapeuten rejser sig samtidig med at hun fortæller Eva hvor hun ligger sine hænder og hvad hun skal gøre. Eva skal langsomt men med nogen kraft strække sit ben ud, fysioterapeuten ligger modstand på bevægelsen og siger "*giv mig noget, kom så*". Eva strækker benet langsomt, bevægelsen foregår i hak. Benet ligger nu på briksen og fysioterapeuten bevæger på foden, massere og trykker lidt på foden, Eva bevæger lidt på kæben og synker. Fysioterapeuten bøjer Evas ben igen og guider verbalt til stæk af benet mens hun ligger modstand på bevægelsen. Efter nogle gentagelser af bevægelsen bliver den mere jævn, Eva siger "*det er hårdt for mig*". Hvorefter fysioterapeuten svare "*du bed også godt sammen*". Bevægelsen gentages igen, fysioterapeuten tager fat om foden og siger "*du bliver fugtig nu*", Eva ser på fysioterapeuten og bekræfter at hun selv kan mærke det, der er stille et stykke tid, hvorefter Eva siger "*også på min pande*" smiler og ser på fysioterapeuten. Fysioterapeuten spørger Eva om hun ved hvad det skyldes. Der er stillet et tykke tid hvorefter Eva siger "jeg er usikker det kan jeg mærke" ler lidt, bevæger på sit ben. Fysioterapeuten bøje Evas ben og siger, "*vis hvem der bestemmer*", mens hun ligger modstand på benet. Eva strækker benet og ler. Fysioterapeuten spørger hvorfor hun ler og Eva forklare at hun syntes det er sjovt at

blive udfordret, fysioterapeuten læner sig lidt ind over hende og siger, ” *at kæmpe imod mig og oven i købet vinde*”.

Fysioterapeuten massere igen fod, læg – og lårmuskel og fortæller Eva at hun er fugtig på foden. Fysioterapeuten spørger Eva om hun ved hvorfor, Eva siger, ” *at hun tænker at hun har været for lidt opmærksom fordi, der er så meget musik i mit hoved*”. Fysioterapeuten ligger sine hænder på Eva knæ og ser på hende og siger ” *det plejer at være et udtryk for at det er over kanten*”. Eva bekræfter dette, herefter giver fysioterapeuten udtryk for at hun har brug for at sætte nogle ord på dette. Eva drejer hoved og ser på fysioterapeuten, som fortæller at hun tænker at grunden til den fugtige hud er at Eva er blevet udfordret i forhold til det hun kan have svært ved, det at strække benet med kraft og nu er det med en modstand. Eva syntes at det giver god mening og Eva skal nu strække benet uden modstand imod bevægelsen. Fysioterapeuten har sine hænder på Evas ben og siger ” *kom ud ag mit greb*” hvorefter Eva strækker benet. De ler da Eva har strakt sit ben. Bevægelsen gentage nogle gange hvorefter Eva bliver spurgt om hun kan mærke forskel på sine ben. Eva mærker omridset og tunghed i hø. ben.

Fysioterapeuten går nu over til Evas ve. ben og massere, trykker og trækker i det skiftes vis med at Eva krummer og bøjer i fodleddet som i hø. ben. Fysioterapeuten går op og ligger en hånd på Evas, de ser på hinanden, ler lidt og Eva bevæger lidt på sin hånd, hvorefter fysioterapeuten siger ” *den er tør og fin igen*”. Eva gentager bevægelsen, bøje og strække benet med modstand, nogle gange med hjælp at kropslig og verbal guidning fra fysioterapeuten. Eva siger efter et stykke tid med en fast og tydelig stemme ” *det er, nemmer end før*”, fysioterapeuten siger, ” *ja*” og fortsætter med at stimuler til bevægelsen, herefter siger hun ” *det er ikke farlig at markere sig*”. Eva svare lidt tøvende ” *Nej, ikke altid*”. Fysioterapeuten spørger hvordan der er nu og Eva siger det er fint. Gentager bevægelsen et par gange igen. Eva bevæger lidt på hovedet, smiler og siger, ” *jeg vil gerne være med til at slå nogle fordomme ihjel*”. Fysioterapeuten beder Eva om at uddybe hvad hun mener, der er herefter stille. Eva giver udtryk for at der er mange fordomme og fysioterapeuten spørger ind til hvilke fordomme hun kunne tænke at slå ihjel. Eva fortæller at hun kunne tænke sig at folk ikke ville tænke at hun bevidst har valgt at være syg, at hun er svag og at det er hendes egen skyld. Imens Eva bevæger lidt på sine arme og ben mens hun fortæller. Fysioterapeuten siger, ” *at det handler om at Eva lever og det at skyde*

fordomme ned handler om at bryde en arv og der er det hun er i gang med”.

Fysioterapeuten fortsætter *”kom igen, giv den gas”*, hvorefter Eva bøjer benet og strækker det med kraft, uden modstand på bevægelsen. Efter nogle gentagelser af bevægelsen, ligger fysioterapeuten modstand på bevægelsen samtidig med at hun siger *”kom ud af mit greb”*. Eva ligger stille og siger så *”snak lidt, jeg kan ikke”*, de ler begge to og fysioterapeuten siger *”skyd en fordom”* Eva strække benet med kraft nogle gange og fysioterapeuten ligger sin hånd på Evas og siger, *”men ikke uden fugt”* de ler begge to. Fysioterapeuten masserer Evas ben og fortæller højt hvad hun tænker, at det ikke længer handler om at Eva bliver fugtig på hunden fordi hun er bange, men at det er uvant for hende og kroppen stadigvæk tror at det er alvor. Mens hun tale går hun op til Evas ansigt, se på hende. Eva ser på fysioterapeuten og siger, *” du har ret, det er uvant”*.

Fysioterapeuten ligger tæppet hen over hendes ben og går op og sætter sig bag Eva. Hun massere og bevæger på Evas ansigt og nakke, herefter hviler Eva 5 min mens kameraet er slukket. Efter at Eva har hvilet, kommer hun op at sidde på brikskanten, fysioterapeuten spørger hende, *” whau is live?”*, Eva svare, *”uha, træt”* gaber, ser ned i gulvet, bevæger på sine fødder. De ler begge to, fysioterapeuten sætter sig lidt skråt for Eva og giver udtryk for at hun kan se at Eva er træt og spørger om hun har mulighed for at hvile sig i dag. Det giver Eva udtryk for at hun har, hun ser op på fysioterapeuten og hun flytter på tæppet. Fysioterapeuten bedre hende komme op og stå. Eva sørge, *” hvordan skal jeg stå?”* Fysioterapeuten svare, *” ja det var et godt spørgsmål”*, dette siger hun mens hun går over og flytter på kameraet. Fortæller Eva hvor hun skal stille sig og spørger Eva, *”hvordan står du nu?”*. Eva, *”lidt bedre en før, men jeg føler mig meget dvask”*, hendes stemmen er tung. Fysioterapeuten fortæller at hun kan se at hun står mere fast i knæene, men lidt tilbage i sit vante mønster i forhold til hvordan Eva stod efter øvelsen op ad vægen, *” så du er sikkert træt og der er ikke nok ikke så meget til at holde dig”*. Eva siger, *”uhm og det har du nok ret i”*, drejer rundt og går hen og begynder at tage sit tøj på, fysioterapeuten drejer sig rundt og går hen til kameraet men hun siger, *” du må gerne klæde dig på”*. Kameraet slukkes.