



Terapeutiske potensialer i kroppslig og verbal samhandling

Maren Johanne L. Halvorsen

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

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

Mai 2016

Forord

Temaet til denne studien har sitt utspring i personlige erfaringer og refleksjoner fra klinisk praksis. Dessuten har litteratur som jeg har lest i forbindelse med masterutdannelsen i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi vært med på å forme faglige relevante spørsmål knyttet til oppgavens tematikk.

Arbeidet med oppgaven har vært en spennende og lærerik prosess, der jeg ikke bare har fått muligheter til å utfordre og utvikle mine fagkunnskaper, men også lært meg selv bedre å kjenne. Det er mitt ønske at oppgaven bidrar til refleksjon og ettertanke, og leder til nye innsikter også for andre fagutøvere, ikke bare meg selv.

Når prosjektet nå omsider har nådd sin ende vil jeg passe på å utlede en stor takk til Eline Thornquist for usedvanlig god veiledning. Med alt fra oppmuntrende kommentarer når det trengtes som mest, til passende utfordringer knyttet til fag og språk på det riktige tidspunktene, har det vært mulig å strekke seg stadig lenger, og jeg har oppdaget hvilke enorme læringspotensialer det ligger i å skrive faglige tekster.

Jeg vil også takke min familie og mine nærmeste venner som har bidratt med støttende ord underveis og heiarop i innspurten. Dessuten vil jeg takke for forståelse for at denne prosessen har vært tidkrevende og humørpåvirkende. En ekstra stor takk til min mor Maryan og min venn Elise for korrekturlesing, og til min far Ole Petter som har sørvet meg med god mat og drikke den siste måneden.

Arvika, mai 2016

Maren Johanne L. Halvorsen

Sammendrag

Møter mellom fysioterapeut og pasient finner sted i ansikt-til-ansikt situasjoner der partene må forholde seg til hverandre, både gjennom samtale og kroppslige samspill. Allikevel fins lite forskning om fysioterapibehandling som sosial praksis. Således ses et behov for forskning som retter oppmerksomhet mot samhandlingen mellom partene. Med kroppslige og verbale samspill i sentrum for interessen er hensikten med studien å løfte frem potensialer av terapeutisk verdi for fysioterapifaget generelt. Det er tatt utgangspunkt i én fysioterapibehandling i psykiatrien, hvor fokus har vært på hvordan pasienten stimuleres til deltakelse, og hva slags erfarings- og meningsverden som utvikles når det gjelder pasientens kroppslige problemer og plager. Til å belyse problemformuleringen er det foretatt en kvalitativ studie med videoobservasjon, der selve interaksjonsprosessen mellom terapeut og pasient har vært gjenstand for analyse. Videomaterialet er strategisk valgt med henblikk på å belyse problemformuleringen, og studien er forankret i hermeneutikk og fenomenologi.

Av materialet kommer det frem at både pasient og terapeut er orientert mot kroppen som kilde til opplevelse og erfaring, og at de ser kroppslige reaksjoner og væremåter i sammenheng med levd liv. Situasjonen er preget av at fysioterapeuten bruker sin faglige autoritet til å gjøre pasienten til en likeverdig deltaker i behandlingen. Fysioterapeuten fremstår målrettet, involvert og engasjert på måter som synes å fremme pasientens deltakelse, og hun stimulerer pasienten til å ta initiativ til å komme med seg og sitt. Det ses imidlertid også innslag av handlingsiver som synes å gå på bekostning av pasientens deltakelse. Ytterligere viser materialet at fysioterapeuten har vedvarende oppmerksomhet på pasientens reaksjoner, og at hun oppfordrer til språkliggjøring av opplevelser og erfaringer. Herigjennom utfordres pasienten til grenseoverskridelse i god forstand. Dette tilsier at det ligger terapeutisk verdi i å stimulere pasienter til deltakelse gjennom å gjøre deres erfarings- og meningsverden relevant.

Nøkkelord: Psykomotorisk fysioterapi, fysioterapi, samhandling, kroppslig samspill, kroppslig og verbal kommunikasjon, intersubjektivitet, videoobservasjon, interaksjonsanalyse

Summary

Encounters between physiotherapist and patient take place in face-to-face situations, in which the parties must deal with each other, both through conversation and physical interaction. Few studies have sought to understand physiotherapy as a social practice; that is, to focus on the interaction between the parties. With physical and verbal interaction at the centre of interest, the purpose of the study is to highlight the potential therapeutic value for the physiotherapy profession in general. The point of departure is taken in a single physiotherapy treatment in psychiatry. The focus has been on how the patient is encouraged to participate, and what kind of experience and sense of understanding that develops with respect to the patient's bodily problems and ailments. To this end, I conducted a qualitative study with non-participating video observation in which the interaction process between therapist and patient is studied. The video material is purposely chosen in order to illuminate the problem formulation, and the study is based on hermeneutics and phenomenology.

The material shows that both patient and therapist are oriented towards the body as centre of experience and that they both regard the patient's bodily reactions and behavior in the context of lived life. Furthermore, the material shows that the physiotherapist employs her professional authority to make the patient an equal participant in treatment. She appears directed, involved and engaged in ways that seem to promote the patient's participation, and she encourages the patient to take initiative to contribute. However, an element of eager management on the part of the therapist seems to come at the expense of patient participation. Further, the material demonstrates that the physiotherapist regulates the degree of closeness and distance to the patient's boundaries and needs. She challenged the patient's boundaries in a good sense by encouraging verbalization of experiences, and sustained attention to the patient's reactions. This indicates that there is therapeutic potential in stimulating patients to participate by making their experience meaningful and relevant.

Keywords: Psychomotor physiotherapy, physiotherapy, interaction, physical and verbal communication, intersubjectivity, video observation, interaction analysis.

1.0 INNLEDNING	2
1.1 TEMA OG BAKGRUNN FOR STUDIEN	2
1.2 OPPGAVENS RELEVANS FOR FYSIOTERAPIFAGET	5
1.3 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	6
2.0 TEORI	8
2.1 BEGRUNNELSE FOR VALGT TEORI	8
2.2 FENOMENOLOGI	10
2.2.1 <i>Intersubjektivitet</i>	14
2.3 KOMMUNIKASJON	16
2.3.1 <i>Relasjonell kommunikasjon</i>	18
3.0 METODOLOGI OG METODE	23
3.1 VITENSKAPSTEORETISK FORSTÅELESERAMME	23
3.2 METODISK TILNÆRMING	25
3.3 BAKGRUNN FOR VALG AV VIDEOMATERIALE	27
3.4 TRANSKRIPSJON OG ANALYSE	28
3.4.1 <i>Transkripsjon</i>	28
3.4.2 <i>Analyse</i>	30
3.5 ETISKE BETRAKTNINGER	32
3.6 PÅLITELIGHET OG GYLDIGHET	35
4.0 RESULTAT OG DRØFTING	36
4.1 GENERELT INNTRYKK AV VIDEOMATERIALE.....	37
4.1.1 <i>Behandlingens oppbygning og forløp</i>	37
4.1.2 <i>Pasienten</i>	38
4.1.3 <i>Fysioterapeutens væremåter</i>	40
4.2 DEN INNLEDENDE SAMTALEN – FYSIOTERAPEUTENS ANERKJENNENDE VÆREMÅTER	41
4.2.1 <i>”Du må gjerne ta plass”</i>	41
4.2.2 <i>”Er det noe du ellers vil si?”</i>	43
4.2.3 <i>Drøfting: Forvaltning av definisjonsmakt</i>	44
4.3 KROPPSLIG TILNÆRMING – NÆRHET OG AVSTAND.....	46
4.3.1 <i>Massasje med knotteball</i>	46
4.3.2 <i>Approksimasjoner</i>	48
4.3.3 <i>Massasje med direkte kroppskontakt</i>	50
4.3.4 <i>Drøfting: Forholdet mellom handlingers intensjon og funksjon</i>	52
4.3.5 <i>Drøfting: Fysioterapeutens perspektiv og tilnærming til kroppskontakt</i>	55
4.4 ØVELSER – BEVEGELSE VEKKER MINNER	60
4.4.1 <i>Å reise og sette seg</i>	60
4.4.2 <i>Å gjenvinne et trygt utgangspunkt</i>	63
4.4.3 <i>Drøfting: Kroppen ”husker”</i>	64
4.5 SPRÅK OG INNLEVELSE – EN AVRUNDING.....	68
5.0 AVSLUTTENDE KOMMENTARER.....	70
REFERANSELISTE	72
VEDLEGG 1	78
VEDLEGG 2	80
VEDLEGG 3	82

1.0 Innledning

1.1 Tema og bakgrunn for studien

I mitt virke som fysioterapeut og som student ved mastergradsutdannelsen i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, har jeg i økende grad blitt oppmerksom på relasjonelle aspekters betydning for hva som kommer ut av både undersøkelse og behandling i kliniske møter. Pasientene presenterer oftest kroppslige plager, men hvordan behandlingen virker på disse plagene, synes å kunne knyttes til forhold som også strekker seg ut over fagutøverens praktiske og kliniske kompetanse. *Måten* fysioterapeuten tar i sine pasienter på, *hvordan* øvelser introduseres og instrueres, *hva* som snakkes om og gjøres relevant og på *hvilken* måte, er bestemmende for hvordan behandlingen utspiller seg og for hva som kommer ut av den. Terapeutens kommunikative ferdigheter spiller altså en sentral rolle. Dette setter mellommenneskelig aktivitet i lupen når praksis skal studeres.

Med oppmerksomheten rettet mot mellommenneskelige forhold trer kvaliteter ved selve *samhandlingen* mellom partene i forgrunnen. I ordet *samhandling* ligger i seg selv en forventning om to aktive deltakere. Dette tilsier en oppmerksomhet på *hvordan* pasienter involveres i undersøkelse og behandling.

Avhengig av fortolkningsrammen fagutøveren benytter vektlegges ulike aspekter ved pasientens plager, og som følge involveres pasienten på ulikt vis. Ytterpunktene i ulike kroppsoppfatninger kan sies å være en ”vondt skal vondt fordrive”-holdning på den ene siden, der kroppslige plager forstås og kan fikses ”utenfra” – uten pasientens deltakelse. Pasientens plager kan ”repareres” på mekanisk vis, og pasienten må bare finne seg i at prosessen i seg selv kan være smertefull. Det andre ytterpunktet er kvalitativt forskjellig fra overnevnte holdning. Pasientens kroppslige uttrykk, væremåter og belastningsmåter betraktes som meningsbærende i seg selv (Thornquist & Bunkan, 1986; Engelsrud 1990; Øvreberg, 1997; Thornquist, 1998, 2009; Bunkan, 2001; Dragesund, 2001; Råheim, 2002; Gretland, 2007). Pasienten oppfordres til å si ifra om ubehag, og skal nettopp *ikke* finne seg i å bli behandlet på måter som er smertefulle (Thornquist & Bunkan 1986; Øvreberg & Andersen, 2002). Overordnet kan førstnevnte holdning sies å rette oppmerksomheten mot pasienten som (kroppslig) objekt, mens sistnevnte holdning retter oppmerksomheten mot pasienten som *kroppslig subjekt*.

Når pasienters – i betydningen menneskers – subjektstatus holdes frem, og denne knyttes til kroppen, forstås med Maurice Merleau-Ponty (1994) at mennesket er sammensatt, og at kroppen selv er meningsbærende og uttrykksfull. Ytterligere, når kroppslige uttrykk og væremåter ses i lys av kultur og sosialt liv i tråd med Pierre Bourdieu (1999), forstås at sosialitet og kultur er forhold som påvirker hvordan vi tenker oss og kler oss, tenker og snakker, handler og samhandler: Vår livssituasjon og livshistorie nedfelles kroppslig og kommer fysisk til uttrykk gjennom måter vi beveger oss på og reagerer.

Lagt til grunn en kroppsforståelse der kroppen betraktes som et *”integrert fysisk-psykisk-sosialt fenomen”* (Thornquist & Bunkan, 1986 s. 16), kan det også forstås at en kroppslig tilnærming til andres plager, alltid er noe mer og noe ganske annet enn et møte med en ”tom” kropp: Det er et møte med deres erfaringer – nåtidige så vel som fortidige (Thornquist & Bunkan, 1986; Råheim, 2002; Thornquist & Gretland, 2003; Gretland, 2007, Thornquist, 2009).

Plagene pasienten presenterer, kan med dette heller ikke forstås som ”rene” fysiske plager eller ”bare” psykiske. En slik forståelse er i tråd med allmennmenneskelige kunnskaper som tilsier at vi erfarer oss selv som *hele personer*. Forunderlig nok, snakker vi likevel ofte om plager og problemer som *enten* fysiske eller psykiske. Denne dikotomien i språket kan sies å følge av det dualistiske menneskesyn som preger vår kulturkrets: En del av den vestlige kulturarv er nemlig en tenkning om mennesket som oppdelt i to – i kropp og ”sjel” (Thornquist, 2009). Som ”vondt-skal-vondt”-fordrive holdningen indikerer, kommer det kropp-sjel-dualistiske tankesett ikke bare til uttrykk gjennom daglig tale og hverdagslig tenkning, det gjør seg også gjeldende i våre organisasjoner og vårt fagspråk, og videreføres gjennom vår praksis (Thornquist, 2009 s. 40). Jamfør hvordan sykehusene er inndelt i psykiatriske og somatiske avdelinger, skriver Thornquist (2009 s. 40). Dessuten hvordan helsesektoren er inndelt i spesialiteter, og hvordan fagspråket i utstrakt grad er preget av *”en fysikalsk orientering der kroppen oppfattes som et rent fysisk legeme”* (Thornquist, 2009 s. 88).

Dette får en til å tenke over hva en som fagutøver er bærer av, og hvilke verdier en ønsker å bidra til å videreføre: Hva som gjøres relevant i kliniske møter, og hvordan kroppslige plager og forhold forstås, avhenger altså av øyet som ser (Thornquist & Bunkan, 1986;

Thornquist & Gretland, 2003; Gretland, 2007; Thornquist, 2009) Funn kan være gitt som biologiske tilstander, men ikke alle kroppslige forhold kan forstås i lys av kroppens ”biologikk” alene (uttrykk hentet fra Braatøy, 1979). Kroppslige forhold kan også ses i lys av personens tidligere erfaringer og det sosiale og kulturelle liv han eller hun er en del av. Således kan det forstås at funn også kan oppstå i *kraft av* samspillet mellom partene (Thornquist, 2009).

Med oppmerksomheten rettet mot samspillet synes det vel så interessant og nødvendig for utvikling av praksis, å studere fysioterapeuters *tilnærming* til pasientene – både i håndverk og samtale – ikke bare *hvilke* tiltak som kan iverksettes for å oppnå ”terapeutisk effekt”. Kanskje ligger det ubenyttede terapeutiske potensialer i samhandlingsprosessen i seg selv? Kanskje finner vi gull om vi begynner å grave i det som ligger skjult for oss selv i egne vaner – i kommunikative ferdigheter vi tar *for gitt* – i våre væremåter og handlinger?

Denne oppgaven springer ut av en genuin interesse for å undersøke relasjonelle og kommunikative aspekter ved fagutøvelsen nærmere. Med utgangspunkt i spørsmålet om det kan ligge skjulte terapeutiske potensialer i samhandlingsprosessen, vil jeg undersøke det som *skjer* i faktisk praksis. En tilnærming som går ut på å se på *hva* som gjøres og på *hvordan* – i motsetning til hvordan fysioterapeuter *forteller* om det de gjør – springer ut av den erkjennelsen at praktisk og sosial kompetanse *viser seg* i handling (Engelsrud, 1990; Thornquist, 1990; Øberg, 2009; Irgens, 2010; Zeiner, 2013, Thornquist & Gretland, 2003). Jeg støtter meg til tradisjoner i sosiologi og sosialantropologi som tar utgangspunkt i faktiske, ikke-konstruerte situasjoner, hvor menneskelig *samhandling* eller interaksjon, står i sentrum for interessen (Watzlawick, Bavelas & Jackson, 1967; Goffman 1963; 1974; Kendon, 1988). I tråd med disse tradisjonene vil jeg i min studie vektlegge praksisnære beskrivelser av det kontekstuelle og spesielle.

Hensikten med den valgte tilnærmingen er å trekke frem terapeutiske potensialer i kroppslig og verbal samhandling som kan være av verdi for fysioterapifaget generelt. Utgangspunkt tas i en praksissituasjon i psykiatrien.

1.2 Oppgavens relevans for fysioterapifaget

Gjennom klinisk praksis og teoretisk skoloring har jeg blitt kjent med fysioterapi som *relasjonell virksomhet*. Møtet mellom pasient og fysioterapeut finner sted i ansikt-til-ansikt situasjoner der partene må forholde seg til hverandre, både gjennom samtale og gjennom bevegelser og berøring. Fagutøvelsen er således samhandling *i seg selv* – ergo er den relasjonell. Det tilsier at kommunikasjonen – både den kroppslige og verbale – er essensiell. Innen fysioterapi er det imidlertid i beskjedne grad utviklet analytiske redskaper for en forståelse av behandling som *sosial praksis* (Thornquist, 2009). I det psykoterapeutiske fagmiljøet har det på den annen side vært fokus på relasjonelle aspekter relatert til utbytte av terapi. Her er det stor konsensus om at arbeidsalliansen er en viktig prediktor for terapeutisk utbytte (Bordin, 1979; Ekeland, 1999; Wampold, 2001; Norcross, 2002). Til forskjell fra annen behandling i psykiatrien er det i fysioterapi *kroppen* som står i sentrum for undersøkelse og behandling. Det at partene *gjør* noe sammen gir også andre muligheter for tilgang til hverandres verden, enn når man bare sitter og snakker sammen (Engelsrud 1990; Thornquist 1998, 2009; Gretland, 2007; Øberg 2009). Samtalen har likevel en vesentlig plass også i fysioterapien, men den dreier det seg oftest om kroppslige forhold og erfaringer (Ekerholt & Falck, 1995; Øvreberg, 1997; Bunkan, 2001; Dragesund, 2001; Gretland, 2007; Thornquist, 2009; Øien, Iversen & Råheim, 2011).

Psykomotorisk fysioterapi (PMF) er en fysioterapitradisjon som kan sies å befinne seg et sted i grenselandet mellom tradisjonell fysioterapi og psykoterapi. Samtalen tillegges større betydning enn i tradisjonell fysioterapi, og kroppen har en særstilling i behandlingen jamført med psykoterapi. PMF ble i sin tid utviklet i praksis og gjennom praksisbasert teori (Bunkan, Radøy & Thornquist, 1982; Thornquist & Bunkan 1986; Øvreberg & Andersen, 2002), og senere har fysioterapeuter trukket veksler på fenomenologi, spesielt på Merleau-Pontys (1994) bidrag. Merleau-Ponty videreutvikler Husserls kroppsforståelse, og understreker at kroppen er sammensatt og meningsbærende. Det poengteres at kroppen selv er uttrykksfull, og at det er *gjennom* kroppen at vi forstår hverandre (Merleau-Ponty 1994). Å smile, for eksempel, illustrerer hvordan kroppen kommuniserer *mening* idet smilet forstås som noe annet enn å vise tenner.

Innenfor det psykomotoriske fagmiljøet er det flere som holder frem terapeutiske potensialer ved kommunikasjon, ikke bare ved den kroppslige, men også den verbale

(Thornquist og Bunkan 1986; Monsen 1989; Gunnari 1994; Gretland 2007; Thornquist, 2009): Gjennom samtalen kan fysioterapeuten få innblikk i og bli kjent med pasientens forståelse, tanker og vurderinger, og ved å etterspørre pasientens opplevelser signaliseres også at dette er viktig. Derigjennom kan fysioterapeuten bidra til deltakelse på pasientens premisser, og derfor er det en sentral oppgave for fagutøvere å søke innblikk i pasientens verden. Omvendt kan tema som ikke berøres, oppfattes som uinteressante innenfor den terapeutiske rammen, hvilket igjen kan bidra til å forstumme sider av pasienten.

I denne oppgaven rettes oppmerksomheten mot verbal samhandling og kroppslig samspill. En slik faglig orientering kan sies å være forenelig med en grunnlagstenkning der kroppen forstås som sammensatt og meningsbærende (jf. Merleau-Ponty, 1994). Og fordi all fysioterapi er sosial praksis, vil temaer som tas opp i oppgaven ha relevans for fysioterapifaget generelt, ikke bare for psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Dette blant annet ved å knyttes an til aktuelle helsepolitiske debatter som brukermedvirkning og kommunikasjon som omtales i neste avsnitt.

1.3 Hensikt og problemstilling

En del av tjenesteytingen innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering er å stimulere pasienter til deltakelse og egen læring. Dette følger av formålet til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator i § 1 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Av retningslinjene fremgår at helsepersonell ikke bare skal yte tjenester som bidrar til å øke pasienters funksjons- og mestringsevne, men også at pasientene skal ivaretas og behandles som likeverdige deltakere i samhandlingen.

Med begrepene *deltakelse* og *likeverd* trekkes oppmerksomheten mot forskjeller i makt og myndighet, og dermed mot den innebygde og uforanderlige autoritetsstrukturen i terapeut-pasient relasjonen: Pasienten er hjelpetrengende, terapeuten innehar den etterspurte kompetansen (Thornquist, 2009). Dette innebærer at fagutøveren er den i forholdet med mest makt, hvilket gir spesielle muligheter for å påvirke pasientens muligheter til deltakelse.

Spørsmål om *hvordan* pasienter stimuleres til deltakelse med henblikk på likeverd, retter søkelyset mot de økende krav til *brukermedvirkning* og *informasjon* som preger dagens helsetjeneste. Lov om pasient- og brukerrettigheter slår fast at:

- ”*Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelser og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon*” (§3-1).
- ”*Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger*” (§3-2) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Av lovverket følger at pasienter ikke bare har rett til medvirkning ved gjennomføring av undersøkelse og behandling, men også ved valg av tilgjengelige behandlingsmetoder. Dessuten har de krav på informasjon som gir innsikt i helsetilstand og helsehjelp.

Som nevnt innledningsvis er ulike fortolkningsrammer styrende for hva som vektlegges i kliniske møter. Men i tråd med det kropp-sjel-dualistiske menneskesyn som er nedfelt i våre organisasjoner og vår praksis, rettes i helsetjenesten generelt, ensidig fokus mot informasjon om fakta- og saksopplysninger (Thornquist, 1998, 2009). Man kan imidlertid spørre seg hva pasienten skal med all informasjon om ben- og brusk-strukturer ved brudd og osteoporose? Eller hormonnivåer ved depresjon? Tatt ulike kroppssoppfatninger i betraktning kan ”den nødvendige informasjon” også dreie seg om helt andre forhold. En innsikt i *sammenhenger* der kroppslige forhold kan knyttes til noe i pasientens erfarings- og meningsverden, kan kanskje synes mer fruktbart?

Med økende fokus på informasjon og brukermedvirkning følger i sin tur også ønsker og krav om endret rollefordeling mellom partene. Men om autoritetsstrukturen er uforanderlig som følge av ulikhet i situasjon og kompetanse, kan det synes mer relevant å stille seg undrende til hvordan fagutøvere kan *anvende* sin makt *med hensyn til* likeverd og deltakelse. Det omfatter blant annet spørsmål om i hvilken grad og på hvilken måte

pasienters bidrag kan og bør gjøres relevant, om hvordan bidragene kan følges opp og hvordan de kan videreføres inn i faglige valg og beslutninger.

På bakgrunn av dette trer aktuelle spørsmål fram i lyset: Hvordan virker fysioterapeuters handlinger og væremåter inn på pasienters muligheter til deltakelse? Hva åpner og lukker vi for i møte med våre pasienter?

For å finne svar retter jeg oppmerksomheten mot samspillet mellom terapeut og pasient. Med utgangspunkt i en fysioterapibehandling i psykiatrien vil jeg undersøke *hvordan pasienten stimuleres til deltakelse. Dette tilsier også en oppmerksomhet mot hva slags erfarings- og meningsverden som utvikles når det gjelder pasientens kroppslige problemer og plager.*

2.0 Teori

2.1 Begrunnelse for valgt teori

I det følgende vil jeg gjøre rede for mine begrunnelser med hensyn til teoretiske perspektiver som er valgt for å belyse oppgavens problemformulering. Som en del av redegjørelsen vil jeg først ta lesere med på et kort historisk tilbakeblikk i utviklingen av kommunikasjonsvitenskapen.

Under det turbulente 1960-tallet vokste det i flere forskningsmiljøer fram en økende interesse for å utvikle en mer adekvat forståelse av kommunikasjonsprosessen. Dette på bekostning av tidligere oppfatninger om kommunikasjon som en statisk enveisprosess for overføring av budskap, med særlig interesse for overtalelseteknikker (Griffin, 1997). Interessen for interaksjonsprosesser trakk oppmerksomheten bort fra kommunikasjonsanalyser av offentlig tale, og mellommenneskelig kommunikasjon ble satt i fokus. Forhold som non-verbal kommunikasjon, etablering av tillit, selvavsløring, konfliktløsning og andre mellommenneskelige anliggender ble det sentrale (Griffin, 1997). Nye og vesensforskjellige orienteringer til kommunikasjonsanalysen var på fremmarsj, og i følge Delia (1987) var Wiener (1948), Ruesch & Bateson (1951) og Watzlawick, Bavelas & Jackson (1967) blant de viktigste teoretikerne i denne sammenhengen. De stod for en ny

standard, som senere har fått stor betydning for videreutviklingen av kommunikasjonsfeltet.

Paul Watzlawick, Janet B. Bavelas og Don D. Jackson presenterer i boken *"Pragmatics of Human Communication"* (1967) relasjonelle kommunikasjonsteorier som synes relevante for å belyse min problemformulering. Teoriene som presenteres er i stor grad også forankret i Gregory Batesons arbeider da Bateson blant annet fungerte som mentor for de tre forfatterne (Isebakke, 2007). Bateson (1972) var en av flere som på den tiden forsøkte å utvikle et teoretisk rammeverk for hvordan interaksjonspraksiser kunne forstås som et system av atferd. Spesielt ved hans tilnærming, og den Watzlawick et al. presenterer, er blant annet at kroppslige budskap tillegges like stor vekt som verbale uttalelser.

En tilnærming med utgangspunkt i *"Pragmatics of Human Communication"* synes særlig fruktbart for min undersøkelse der jeg vil se på det som utspiller seg – både kroppslig og verbalt – i samhandlingen mellom pasient og terapeut. Det anses i den forbindelse også relevant å fremheve at arbeidene til både Bateson og Watzlawick et al. ofte forbindes med kommunikasjonspatologi i psykiatrisk forstand. Dette legges imidlertid ikke til grunn for valgt teoretisk perspektiv som sådan, da deres teorigrunnlag ikke kun er forbeholdt psykiatri og patologi. I oppgaven vil jeg også referere til boken som *"Watzlawick et al., (2014)"*, da jeg benytter både en gammel og ny utgave av samme klassiker.

Erving Goffman var en annen som lot seg inspirere av utviklingen av interaksjonsanalyser. Han pekte blant annet på viktigheten av å ta utgangspunkt i selve samhandlingen eller samspillet mellom deltakende parter – *"the interplay of acts"* – framfor å ta utgangspunkt i enkeltindividene og i deres personlighet og særtrekk slik psykologer ofte gjorde (Goffman, 1955, 1963, 1974). Hans tilnærming og begreper har åpnet mulighetene for å studere og fortolke interaksjoner på detaljnivå, der blant annet kompleksiteten mellom kroppslig og verbal samhandling står i sentrum. Goffman interesserte seg for mangfoldet av situasjoner, og forhold som respekt og selvrespekt er sentrale anliggender som gjennomsyrrer hans arbeid (1955). Han studerte samhandling i ulike faktiske situasjoner, og han var en kritiker av den kunnskap som ble fremskaffet fra eksperimentelle studier (1963, 1974). Goffmans bidrag synes med dette også å være helt sentrale for oppgavens tematikk og problemformulering.

Utover å trekke veksler på overnevnte kommunikasjonsteoretikere og sosiologen Goffman vil jeg, for å forankre kroppen i samspillet, henviser til fenomenologi og spesielt til Merleau-Pontys (1994) bidrag. Som en hjelp til å plassere de ulike teorier og forståelser i en klinisk kontekst vil jeg hyppig referere til Eline Thornquist (1998, 2003, 2009) som legger fram mange gode poeng i den forbindelse. Dessuten vil jeg også i stor grad nyttiggjøre meg av boken ”Den relasjonelle kroppen” hvor Anne Gretland (2007) spesifikt tar for seg fysioterapibehandling i psykiatrien. I oppgaven generelt og drøftingen spesielt, vil jeg også trekke inn andre referanser der dette synes relevant eller nødvendig for å belyse flere sider av et poeng.

2.2 Fenomenologi

”Cogito ergo sum” (jeg tenker, altså er jeg), var René Descartes (1596-1650) faste holdepunkt, og det ble en milepel i filosofiens historie. Menneskets bevissthet ble satt i fokus, og med Edmund Husserl (1859-1938) kom ønsket om en ”restart” i filosofien – ”å gå tilbake til saken selv”. Som Descartes var Husserl opptatt av bevisstheten, men i motsetning til Descartes’ verdensløse (eller kroppsløse) subjekt (det tenkende jeg), var Husserl interessert i forstå *hvordan mennesker har tilgang til hverandres verden* (Thornquist, 2003 s. 110). Med ham vokste det fram en konstitusjonsfilosofi (fenomenologi), hvor menneskets bevissthet ble karakterisert med en form for rettethet (intensjonalitet), i betydningen at vi alltid er bevisst *om noe*, at bevisstheten er alltid rettet *mot noe*. Sagt på en annen måte og med Thornquist (2003 s. 84): ”*Intet viser seg uten å vise seg for noen*”.

I mange sammenheng omtales fenomenologi ofte som *erfaringsfilosofi*. Her er det imidlertid viktig å skille mellom hvordan erfaringsbegrepet brukes i fenomenologisk forstand, i forhold til i andre vitenskapsfilosofiske retninger som også kalles erfaringsorienterte. I empirismen og positivismen betraktes verden uavhengig av subjektet. I slik tenkning består erfaring i å registrere omverdenen via sansedata, og i denne registreringen er subjektet intet mer enn en *passiv mottaker*. Empiristene la vekt på metodisk observasjon av virkeligheten og fremhevet at bare det som kunne måles, veies eller telles, kunne betraktes som virkelig og sant (Thornquist, 2003 s. 85). Til forskjell fra dette, eller snarere stikk i strid, er fenomenologiens anliggende *menneskets grunnleggende tilhørighet til verden*. Fenomenologer orienterer seg mot *den måte* erfaring etableres på, og

i motsetning til i positivismen og empirismen, anses i fenomenologien subjektivitet som forutsetning for forståelse overhodet. Oppmerksomheten rettes nettopp mot verden slik den erfares *for* subjektet (Thornquist, 2003).

Med menneskets grunnleggende tilhørighet til verden (vår *væren-i-verden*)¹ som utgangspunkt, og subjektivitet som forutsetning for forståelse, rettes oppmerksomheten mot *hvordan* vi mennesker på grunnleggende vis er tilstede i verden *som* subjekter. Merleau-Ponty (1994) knytter denne menneskelige subjektivitet til *kroppen*. Han fremhever at det er som *kroppslige subjekter* vi er tilstede i verden, og at levd erfaring og levd liv derfor har kroppslig forankring. En filosofi som hans tilsier en tenkning om mennesket som *helt*, og ikke som *delt* i to, hvor kropp og subjektivitet holdes fra hverandre. I vår del av verden råder som nevnt en tenkning om mennesket som oppdelt i to deler – kroppen som objekt på den ene siden og ”sjelen” eller ”psyken” som subjektet på den andre. En slik tenkning kan sies å være i tråd med et positivistisk/empiristisk tankesett, hvor kroppen kan forstås som et rent objekt i verden. En av Husserls innvendinger mot vitenskaper som hadde naturvitenskapen som ideal, var nettopp at mennesker ble beskrevet, utforsket og forstått som ”*ting*”. Kritikken han reiste handlet blant annet om at når mennesket fratras subjekt-status, og dermed reduseres til fysiologiske og kjemiske prosesser, utelukkes en vesentlig dimensjon ved menneskelige uttrykk; nemlig *meningsdimensjonen* (Thornquist, 2003). I Merleau-Ponty’s (1994) filosofi betraktes kroppen selv som uttrykksfull og meningsbærende: Kroppen *kommuniserer mening*, og det er via kroppen at meningen *gripes* eller forstås av den andre – det er altså *gjennom kroppen* vi forstår hverandre.

Meningsdimensjonen ved menneskelige uttrykk har blant annet med å gjøre at vi erfarer i helheter og ikke i deler. Kroppslige uttrykk som smil eller vink kan forstås nettopp som smil eller vink gjennom at vi erfarer helheten ved uttrykket: Når en person smiler og vinker ser du ikke først tennene som vises, deretter hånden og armen som beveges, for så å legge til en subjektiv meningsdimensjon ved det hele. Du ser at dette er en person som smiler og vinker, og mest sannsynlig oppfatter du personen som glad og som en som hilser. Sånn sett

¹ Med uttrykket ”væren-i-verden” peker fenomenologien på at vi både er *i* verden, og at vi er en del *av* verden (Thornquist, 2003).

vil vi alltid erfare mer enn det vi blot sanser: Vi *med-gir-noe*, eller legger samtidig mening til det vi umiddelbart ser og hører (Thornquist, 2003). *Hvordan* vi erfarer, er videre strukturert av hvilke forventninger vi har, og forventningene igjen, henger sammen med hva vi tidligere har erfart. Det vi legger til er således knyttet til personlige erfaringer så vel som til erfaringer vi *deler* med andre – både ut fra vår *livsverden*² og sosiokulturelle læring, blant annet (Thornquist, 2003).

I tillegg til å legge mening til sanseinntrykkene våre, kan vi fokusere oppmerksomheten (bevisst eller ubevisst) mot ”det ene” eller ”det andre”. Vi kan for eksempel fokusere på hvordan noe *smaker* eller se på hvordan det *ser ut*, fokusere på *hvordan* folk snakker (jf. dialekt) eller på å høre *hva* de sier – og denne styringen av oppmerksomheten er bestemmende for hvordan saker og ting fremtrer for oss – både tankemessig og emosjonelt (Thornquist, 2003). *Hva* vi retter oppmerksomheten mot må igjen ses i sammenheng med den situasjonen eller det prosjektet vi holder på med. I en behandlingssituasjon for eksempel, er fysioterapeutens oppmerksomhet rettet mot pasienten, ikke mot kunsten på veggene. Motsatt vil det være naturlig for den samme fysioterapeuten å ha fokusert oppmerksomhet mot kunsten på veggene når han eller hun er på guidet tur i kunstmuseet. Da vil personers bevegelsesmønster komme i bakgrunnen for fysioterapeutens oppmerksomhet (Thornquist, 2003).

Om vi trekker eksempelet med fysioterapeuten i kunstmuseet enda litt videre, kan vi se at fysioterapeuten også har mulighet til å *veksle perspektiv*: Forestill deg at terapeuten nylig har vært på kurs i ganganalyse og er ivrig etter å ta i bruk den nye kunnskapen, eller bare er spesielt oppmerksom på folks bevegelsesvaner som følge. Da kan fysioterapeuten flytte sin oppmerksomhet vekk fra kunsten og heller fokusere på de andre besøkernes gangmønster. Terapeuten vil imidlertid ikke kunne studere både kunsten og en persons gangmønster samtidig. Man vil alltid bare kunne se *én* ting av gangen, og *hva* som oppfattes, vil videre avhenge av tidligere erfaringer (Thornquist, 2003): Personer som ikke er utdannet fysioterapeuter (eller liknende), vil for eksempel ikke se en

² Vår *livsverden* betraktes som menneskets *primære erkjennelsesform*. Begrepet referer til den verden vi lever i til daglig og som vi ikke har et reflektert forhold til (Thornquist, 2003).

hoftesirkumduksjon. Men, forutsatt at de i det hele tatt legger merke til en annens gangmønster, vil de kanskje se en sirkulær eller svingende bevegelse av benet. Kanskje vil de også se at denne bevegelsen har noe med hoften å gjøre, men de vil ikke se en sirkumduksjon. Dette viser til betydningen av den menneskelige subjektivitet: Grunnen til at vi oppfatter noe *som* noe, har å gjøre med at det er den menneskelige *bevisstheten* som utfører persepsjonen. Sanseerfaringer alene sier lite (Thornquist, 2003 s. 104). Altså, når du ikke har sett en hoftesirkumduksjon før, og dermed ikke vet hva det er fordi du ikke har den erfaringen, vil du heller ikke se sirkumduksjonen.

Tid binder erfaringer sammen til sammenhengende strømmer av erfaringer ("stream of experience"). Fortid og fremtid oppfattes i lys av nåtiden på en slik måte at nåtiden for eksempel kan vekke minner fra fortiden. Minnene kan i sin tur blande seg inn i nåtiden på måter som gjør at vi erfarer at vi *er* tilbake i fortiden (Thornquist, 2003). Et nærliggende eksempel med henblikk på fysioterapi er hvordan berøring, for noen, forbindes med trygghet, omsorg og kjærlighetsfylte relasjoner og situasjoner. For andre kan håndspåleggelse erfares som noe som er ekkelt, og forbindes med situasjoner og steder som er utrygge. Avhengig av tidligere erfaringer kan berøringen altså vekke forskjellige sanselige minner (Thornquist, 2003). I eksemplene over vises også til *romdimensjonen* ved erfaring. Rommet har ikke bare med fysisk lokalisasjon å gjøre, men også med hvordan vi i bestemte *omgivelser* oppfatter noe på bestemte måter (Thornquist, 2003). En klar og tydelig situasjonsdefinisjon i behandlingssammenheng kan for eksempel bidra til at berøring ikke oppleves truende, selv om personen har vonde erfaringer med håndspåleggelse. Situasjonsdefinisjonen bidrar altså til å tydeliggjøre at situasjonene "nå og da" er ulike. Men om pasienten for eksempel har erfaring med at fysioterapi er smertefullt (jamfør "vondt skal vondt fordrive"-holdningen), kan behandlingsrommet og behandlingssituasjonen i seg selv gi assosiasjoner til smertefulle erfaringer. I fenomenologisk forståelse er ethvert rom (sted eller situasjon) et *meningsmettet* rom hvor vi med-gir noe. Vi legger altså inn våre forventninger og tidligere erfaringer, kunnskaper og minner i de situasjonene vi til enhver tid befinner oss i (Thornquist, 2003).

Det vi persiperer kan således sies å være forbundet med vår historie: Vi ser og hører med øyne og ører som er preget av det vi har sett og hørt før. Et slikt historisk perspektiv understrekes i fenomenologisk forståelse generelt, men Merleau-Ponty (1994) er den som knytter historien til kroppen. Han sier at kroppen har to ”lag”, hvorav det ene laget – den vanemessige (habituelle) kroppen – bærer fortiden med seg, og at fortiden sånn sett ikke er forbi. Det andre laget er den kroppen som er her og nå (”the present body”). Med Merleau-Ponty (1994) kan det sies at kroppen besitter en form for hukommelse og en kunnskap som blir med oss videre i livet. Denne hukommelse påvirker ikke bare hva vi erfarer og oppfatter, men også hvordan vi uttrykker oss kroppslig. Kroppslige bevegelsesvaner og væremåter kan dermed bidra til innsikt alle sammenhenger.

2.2.1 Intersubjektivitet

I fenomenologisk tenkning sies at en forutsetning for kommunikasjon er at partene *deler* noe – at de har et minimum av felles forståelse (Thornquist, 2003). I den forbindelse er det viktig å trekke fram våre allmenmenneskelige erfaringer som følger i kraft av det å være mennesker. Dessuten kan personer dele erfaringer som medlemmer av samme samfunn, kultur, organisasjon og så videre (Thornquist, 2009). Slikt sett har vi alltid noen felleserfaringer gjennom vår livsverden og sosiale verden, men fordi vi alle lever ulike liv i denne fellesverdenen, har vi også personlige erfaringer som er spesielle for hver enkelt av oss. Således vil vårt kunnskapsgodt variere, og som følge, vil vi ha forskjellige innfallsvinkler til det som kan antas å være felles (Thornquist, 2003 s. 109). De felleserfaringer vi *antar* å ha, vil i sin tur hele tiden utfordres når vi er i interaksjon med andre. Dette er noe å tenke over, spesielt i helsefaglige sammenheng, sier Thornquist (2003): Fagutøvere evner kanskje ikke alltid å forstå pasienters situasjon, opplevelse eller erfaring fullt ut, fordi de selv ikke har erfart tilsvarende. Hvis helsepersonell da i tillegg er raske med å ”plassere” det pasienten sier ut fra egne forestillinger, står pasienten i fare for å bli avkreftet som person ved at hans eller hennes erfaringer undermineres.

Intersubjektivitet i Merleau-Pontys (1994) filosofi knyttes til hans kroppssyn: Det å være et subjekt er i følge ham å være i verden *som* kropp. Han fremhever at det er som *kroppslige* subjekter vi tenker, ser, snakker og handler – at det er som *kroppslige subjekter* vi persiperer og samhandler (Merleau-Ponty, 1994). I hans filosofi sender kroppen uavbrutte

budskap, og kroppen er således aldri taus, aldri uttrykksløs. Dette er sentralt med tanke på menneskelig samhandling, for uansett om vi ønsker det eller ikke, om vi er oss det bevisste eller ei, meddeler vi oss til hverandre konstant. På den måten kan vi invitere andre til deltakelse og kommunikasjon, eller vi kan avvise og ignorere hverandre – også uten at vi tenker over det. At kroppen aldri er ”taus” er et sentralt poeng i Merleau-Pontys forståelse av intersubjektivitet. Dette fordi enhver kropp også er *synlig*; kroppen finnes i dobbelt forstand, både som subjekt og objekt. Vi ser imidlertid ikke hverandres kropper som gjenstander eller ”ting”, vi ser uttrykksfulle kropper som kommuniserer mening (Merleau-Ponty, 1994). Dette skiller kroppens objekt-status i Merleau-Pontys tenking på grunnleggende vis fra den kroppsforståelse som ligger til grunn i den kartesianske tradisjon (Thornquist, 2003): Ifølge Merleau-Ponty kan følelser og kroppslige uttrykk ikke skilles fra hverandre (1986 s. 220). Det innebærer at vi gjennom å meddele oss på kroppslig vis, gir uttrykk for hvordan vi har det så vel som hvordan vi ”tar det”. Han fremhever at vi kan prøve ”lure” hverandre ved å formidle noe annet enn det vi egentlig føler, men når det kommer til stykket, er det vanskeligere å ”lyve” med kroppen enn med ordene, hevder han (Merleau-Ponty, 1986).

Når temaet er intersubjektivitet er det viktig også å fremheve språkets betydning for etablering av fellesskap med andre. Merleau-Ponty holder fram hvordan språklige og kroppslige uttrykk utfyller hverandre, og hvordan dette er av betydning når vi skal forstå verden og reflektere over den: Gjennom persepsjon og handling har vi tilgang på verden, og i begge tilganger er kroppen det sentrale. Språket kan i sin tur hjelpe oss til å sette ord på det vi erfarer, og selv om ordene aldri vil kunne beskrive erfaringen fullt ut, bidrar de til å fullbyrde erfaringen ettersom den finner en språklig form (Merleau-Ponty, 1986). På den måten er det mulig for oss å dele våre personlige erfaringer og å reflektere.

Med en forståelse for hvordan verbale og kroppslige kommunikasjonsformer utfyller hverandre i etableringen av *fellesskap* med andre, rettes oppmerksomheten mot kommunikasjon som *mellommenneskelig anliggende*. Med henblikk på å belyse oppgavens problemformulering settes *interaksjonspraksiser* i sentrum for interessen. I det følgende vil jeg gjøre rede for kommunikasjonsteorier som kan legges til grunn for meningsfylte analyser, der det tas utgangspunkt i kommunikasjon som mellommenneskelig aktivitet.

2.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon forbindes ofte med verbal kommunikasjon i form av samtale eller dialog, gjerne mellom to personer. Begrepet rommer imidlertid langt mer enn det. Vi kan snakke om kommunikasjon i tid og rom, kommunikasjon gjennom brevutveksling, via internett og aviser og så videre. Dessuten kan kommunikasjonsbegrepet ha helt andre betydninger for spesialister i forskjellige felt (jf. sosiologer, antropologer, fysiologer osv.). I denne oppgaven rettes oppmerksomheten mot kommunikasjon som mellommenneskelig aktivitet, hvor kompleksiteten mellom kroppslig og verbal samhandling står sentralt.

Kommunikasjonsbegrepet stammer fra det latinske "communicare" som betyr *å gjøre felles* (Thornquist, 2009). Dette er interessant å ha i mente da det i store deler av kommunikasjonslitteraturen ofte snakkes om kommunikasjon som en *lineær* hendelse av *informasjonsoverføring*. Men om budskap blot *sendes* som en informasjonspakke som så *mottas* i den andre ende, er det slik å forstå kun den ene parten som er aktiv av gangen. I så måte gjøres intet *felles*. Thornquist uttrykker nokså elegant at: "*det blir ingen dialog av en monolog pluss en monolog*" (Thornquist, 2009 s. 19). *Dialogen* krever to aktive deltakere som er konsentrert mot hverandre, og som prøver å sette seg inn i hverandres sted, skriver hun. Etter Thornquists (2009) perspektiv å dømme kan kommunikasjon således betraktes som sosiale handlinger som nettopp handler om å *meddele*, eller om å gjøre noe felles.

Goffman (1963) sier at, "*når mennesker er i en posisjon til å fornemme hverandres tilstedeværelse ("co-presence"), vil det alltid oppstå en eller annen form for gjensidige handlinger*" (Goffman 1963 s. 17; min oversettelse). Personer som er "co-presence" vil derfor alltid være en kilde til informasjon for hverandre, enten ved at de bevisst *gir* informasjon, eller ved at de *avgir* informasjon gjennom handlinger som ikke nødvendigvis er ment som informative (Goffman, 1963). Det kan for eksempel være gjennom motorisk uro eller gjennom dialekten de snakker med. Med Goffman kan kommunikasjon således sies å pågå kontinuerlig, så fremt man "fornemmer" at de(n) andre er der. Det være seg om man er seg kommunikasjonsutvekslingen bevisst eller ikke. Når man vel fornemmer den andres tilstedeværelse vil det altså alltid oppstå en eller annen form for *samhandling*.

Watzlawick et al. (1967) går så langt som å si at: *"one cannot not communicate"* (Watzlawick et al. 2014 s. 30). Denne grunnsetningen begrunnes med at handling (behavior) ikke har noen motsetning og at all handling i en interaksjonssammenheng *"has message value, i.e., is communication"* (Watzlawick et al. 2014 s. 30). Grunnsetningen som presenteres som det første av fem tentative aksiomer i boken *"Pragmatics of Human Communication"*, har etter bokens utgivelse i 1967 vært sitert gjentatte ganger i en rekke kommunikasjonslitteratur. Som følge har den også vært gjenstand for mye debatt idet aksiomet er sitert i ulike kontekster vesentlig forskjellig fra det som opprinnelig ble foreslått (Bavelas, 1990). I forsøket på å holde tungen rett i munnen når jeg her gjengir aksiomet, vil jeg gjøre en tydelig begrepsavklaring for videre bruk. Forstått i sin opprinnelige form sier grunnsetningen at det ligger budskap i alle *handlinger* og derfor kan man ikke ikke-kommunisere. Begrepet handling brukes her for det amerikanske *"behavior"*. I mye helsefaglig litteratur benyttes ofte også begrepet atferd i samme oversettelse. Det er nærliggende å tenke at inkonsekvent og ureflektert begrepsbruk har bidratt til en del av forvirringen, især i litteratur på norsk da disse begrepene står for kvalitativt forskjellig forståelse. Jeg lener meg på utgreiingen til Thornquist (2009) som skriver at begrepsavklaring her er viktig: *"Handling knyttes til mål og mening, og er spesifikt for mennesket. Atferd er det observerbare, de fysiske forflytninger i rommet"* (Thornquist, 2009 s. 23). I det følgende vil jeg derfor konsekvent benytte handling i tråd med Thornquist (2009) og Watzlawick et al. (1967).

Et viktig poeng som er felles for Goffman (1963, 1974) og Watzlawick et al., (1967) er at enhver form for handling springer ut av en sammenheng. Derfor må den bestemte handlingen også forstås i lys av den konteksten den inngår i. Ytterligere bidrar handlinger til å bestemme hva slags kontekst som skapes. Således er handlinger både kontekstskapt og kontekstskapende, hvilket innebærer at aktører i samhandling skaper aktive omgivelser for hverandre (Thornquist & Gretland, 2003). Forstått slik kan handlinger altså anses både som *uttrykk* for- og *bidrag* til situasjoner – et viktig poeng å ha i mente når interaksjonspraksiser skal analyseres.

2.3.1 Relasjonell kommunikasjon

Når den første grunnsetningen til Watzlawick et al. (2014) ses i forhold til sin opprinnelige sammenheng, understreker det et viktig poeng i forholdet mellom kommunikasjon og handling: Handling har ingen motsetning, derfor kan man ikke ikke-handle, eller ikke-”oppføre seg” (behave). ”Så hvis man godtar at alle handlinger i en interaksjonssammenheng innehar budskap, følger det at uansett hvor mye man prøver, så kan man ikke ikke-kommunisere” (Watzlawick et al., 1967 s. 29-30; min oversettelse). Å trekke seg tilbake eller å være stille, er i seg selv kommunikasjon. Den som påvirkes kan i sin tur heller ikke kan la være å respondere og kommuniserer således selv.

Med utgangspunkt i aksept om at all handling er kommunikasjon, understrekes med Watzlawick et al. (1967) at det i interaksjon ikke er snakk om enkel informasjonsoverføring, men ”*fluid and multifaceted compound of many behavioral modes – verbal, tonal, postural, contextual etc. – all of which qualify the meaning of the others*” (Watzlawick et al., 1967 s. 50). Med disse ordene understrekes betydningen av konteksten, og forholdet mellom kroppslig og verbal samhandling plasseres i oppmerksomhetsfeltet.

Forholdet mellom kroppslig og verbal kommunikasjon

”*Human beings communicate both digitally and analogically. Digital language has a highly complex and powerful logical syntax but lacks adequate semantics in the field of relationship, while analogic language possesses the semantics but has no adequate syntax for the unambiguous definition of the nature of relationships*” (Watzlawick et al., 1967 s. 66).

Tidligere var jeg inne på hvordan fenomenologer ser språket som sentralt for refleksjon og intersubjektivitet. I dette avsnittet vil jeg med en forenklet framstilling, vise til forholdet mellom analog (ikke-verbal) og digital (verbal) kommunikasjon slik Watzlawick et al. (1967) presenterer det.

Watzlawick et al. (1967) forklarer at mennesket er det eneste levende vesen som har evnen til å forholde seg til subjekter og objekter ved bruk av ord (språk). Med språket har vi mulighet til å informere, presisere og utdype, blant annet. Dessuten gjør evnen til metakommunikasjon og abstraksjon oss i stand til å reflektere over *at* vi kan snakke og

handle, likeledes *hvordan* vi snakker og handler. Slikt sett gir det oss evnen til å reflektere over oss selv og de relasjonene vi inngår i (Watzlawick et al., 1967). Språket gjør oss altså i stand til å sette oss inn i den andres sted eller til å se oss selv fra den andres perspektiv, og dette igjen, er en forutsetning for at vi skal forstå hverandre (Thornquist, 2009).

Men språket har også den begrensning at det ikke kan beskrive hendelser eller handlinger slik de utspiller seg over tid; ordene må nødvendigvis komme etter hverandre, og derfor skjer det alltid både en reduksjon og en oversettelse når kommunikasjonsutvekslinger transformeres til tekst eller tale (Thornquist, 2009). Idet språket er bygd opp av symboler eller tegn manipulert i henhold til dets logiske syntaks, er forholdet mellom ordet og det ordet betegner arbitrært (vilkårlig). Watzlawick et al. (1967) refererer til Bateson & Jackson (1970) som sier: *"There is nothing particular five-like in the number 5; there is nothing particular table-like in the word table"* (Watzlawick et al., 1967 s. 62; Bateson & Jackson, 1970 s. 202).

Den analoge kommunikasjonen innbefatter på sin side alt som ikke er verbal kommunikasjon. Altså alt fra kroppsbevegelser og kroppslig posisjonering, holdninger, gester og ansiktsuttrykk. Dessuten inkluderes språkets tempo og rytme, stemmeleie og alle andre ikke-verbale kommunikasjonsenheter som presenteres i en kontekst hvor interaksjon foregår (f.eks. helsepersonellens klesdrakt). I fortsettelsen vil jeg i hovedsak henvise til kroppslig kommunikasjon der det er snakk om analog kommunikasjon – også utover dette avsnittet.

I vår (digitale) tid (jf. datamaskiner og telefoner) er det kanskje vanskelig å forestille seg kommunikasjon uten (det verbale) språket, men når det er snakk om relasjonell interaksjon (i ansikt-til-ansikt-situasjoner), er det etter Watzlawick et al. (1967) å dømme den kroppslige kommunikasjonen vi ofte kan stole mest på. I følge forfatterne har det sammenheng med at det i motsetning til hva som er tilfelle i verbal kommunikasjon, i den kroppslige kommunikasjonen er en bestemt likhet mellom "det som betegner og det betegne". Et overrasket ansiktsuttrykk kan for eksempel variere mellom et "fryst uttrykk" og en ekstrem ansiktsforvrengning, men uansett kommuniseres selve overraskelsen via uttrykket. Uttrykkets "størrelse" vil i sin tur gjerne samsvare med "størrelsen" på overraskelsen (jf. et smerteskrig kan virke i overensstemmelse med smertens styrke og varighet).

Forholdet mellom kroppslig og verbal samhandling slik Watzlawick et al. (1967) presenterer det, er ikke i tråd med fenomenologiens helhetsorientering. Forfatterne benytter et dualistisk menneskesyn i sin tenkning, der følelser nærmest fremstår som årsak til kroppslige uttrykk. Kroppen fremstilles altså som to *uavhengige* enheter – som kan påvirke hverandre gjennom årsak-virkningsrelasjoner.

Kommunikasjon om innhold, roller og relasjon

Watzlawick et al. (1967) påpeker hvordan enhver kommunikasjonssekvens ikke bare har et innholdsaspekt, men også alltid et rolle- eller relasjonsaspekt:

”Every communication has a content and a relationship aspect such that the latter classifies the former and is therefore metacommunication” (Watzlawick et al., 1967 s. 54)

Dessuten understreker de at kommunikasjonsutveksling alltid er enten symmetrisk eller asymmetrisk, basert på likhet eller ulikhet mellom partene (Watzlawick et al., 1967 s. 70).

Innholdsaspektet omhandler i stor grad informasjon om saksforhold, som i all hovedsak formidles bevisst via de verbale uttrykk. Rolle- eller relasjonsaspektet er på sin side knyttet til kommunikasjon om hvem partene skal være for hverandre. Dette er ofte innbakt i innholdsaspektet og dreier seg på en måte om ”informasjon om informasjonen” – derav ”metakommunikasjon”, som det fremgår av sitatet. Kommunikasjon om roller og relasjon angår *forholdet* mellom partene og de reglene som gjelder i situasjonen, og det foregår ofte uuttalt og ubevisst både fra senderens og mottakerens side (Watzlawick et al., 1967).

I kliniske møter reguleres samhandlingen i stor grad av lov- og regelverk, men deltakerne må allikevel forholde seg til hverandres ideer om hvordan rollene og relasjonen skal være (Thornquist, 2009). Hvordan man presenterer seg, handler i sin tur om hvilke forventninger man har både til den andre, seg selv og situasjonen. Goffman (1974) kaster lys over dette ved å understreke gjensidigheten i aktørenes selvpresentasjon, situasjonsdefinisjon og rolle. Thornquist (2009) eksemplifiserer Goffmans tenkning med å si at pasienten i en behandlingssituasjon kan *forvente* å få spørsmål som angår personlige forhold, men dersom pasienten stiller tilsvarende spørsmål tilbake, regnes dette som frekt. Med Thornquists eksempel illustreres Goffmans (1974) understrekning av *situasjonsdefinisjonen* og *rammen* (frame) som avgjørende hva som er akseptabelt eller

uakseptabelt, friskt eller frekt også i en klinisk situasjon. Så selv om kliniske møter er mer forhåndsbestemte enn mange andre sosiale anledninger, viser dette at det også her er behov for forhandlinger om hva som skal gjelde.

Watzlawick et al. (2014) illustrerer forskjellen på kommunikasjon om innhold og relasjon blant annet ved å vise til uenigheter blant par i parterapi. I et eksempel illustrerer de hvordan parets uenigheter viste seg å foregå på et relasjonelt plan, mens de forsøkte å løse problemet på et innholdsplan og derfor ikke kom til bunns i problemet. Det hele dreide seg om at den ene parten tok seg ”friheten til” å tilby en venn husly i noen dager, uten å konferere med den andre. I løpet av terapitimen kom paret fram til at de var enige om selve *saken* – at det var riktig å tilby vennen husly. Det som viste seg å ikke være så greit var derimot at den ene parten var blitt utestengt fra beslutningen. For å komme til bunns i problemet måtte paret altså snakke om *måten* de kommuniserte på – de måtte reflektere over forholdet ved metakommunikasjon (Watzlawick et al., 2014 s. 61-62; min oversettelse).

Behandlingssituasjonen – et asymmetrisk utgangspunkt
Som nevnt er all kommunikasjon enten symmetrisk eller asymmetrisk basert på om det er likhet eller ulikhet mellom partene. En tennismatch eller en samtale blant venner kan karakteriseres som symmetrisk interaksjon, idet interaksjonsutvekslingen er basert på gjensidighet og hvor deltakernes handlinger speiler hverandre slik at de opptrer likt. Men symmetri kan også komme til uttrykk i form av ”negativ” konkurranse, for eksempel gjennom å strides i samspillet, om hvem som har retten til å bestemme eller til å ta initiativ (Watzlawick et al., 1967).

I en behandlingssituasjon er utgangspunktet for interaksjonsutvekslingen asymmetrisk på bakgrunn av partenes ulikhet i situasjon og kompetanse (Thornquist, 2009). Fysioterapeuten er i sin ”fulle rett” (som følge av rammene satt av lov- og regelverk) til å være den som bestemmer – den som tar initiativ. Spørsmålet er så om pasienten innfinder seg med asymmetrien, hengir seg til sin rolle og følger etter, eller om pasienten tilstreber symmetri slik at samspillet blir en kamp om kontroll (i betydningen makt). Med dette er vi tilbake til spørsmål presentert innledningsvis om hvordan fagutøvere *braker* sin makt. Som den med bestemmelsesrett (mest makt) har den profesjonelle blant annet kontroll over

innholdet i samtalen på to måter; både ved spørsmålsstillingene og ved selektiv oppmerksomhet (Thornquist, 2009 s. 101-102). På den måten kan terapeuten styre hva som følges opp og hva som overhøres, hva som verdsettes og ikke, og herigjennom kan terapeuten påvirke pasientens muligheter til deltakelse.

En viss kontroll, som over temavalg i samtalen, er selvsagt nødvendig om fagutøveren skal kunne handle adekvat (Thornquist, 2009), men terapeuten kan også velge å være dominerende (ta kontroll) uten å dominere (Watzlawick et al., 1967). Om pasienten i sin tur ikke tar ytterligere ”ett skritt ned” – ikke underkaster seg ved å ta rollen som *underdanig*, kan partene delta i samhandlingen som likeverdige, også selv om utgangspunktet er asymmetrisk. Om den profesjonelle på den annen side kun gjør sin egen kunnskap og meningsverden relevant (som ved en typisk tredelt samtalestruktur)³, danner dette dårlig grobunn for reelt samarbeid mellom partene (Thornquist, 2009; Gretland, 2007).

For å undersøke hvordan interaksjonsutvekslinger fungerer i praksis, kan man blant annet se på mønstre for turtaking, hvordan aktørene lytter til hverandre og på hva som foregår i pausene i samspillet. Aktører i samhandling signaliserer som regel både når de gir og tar tur, og når de lytter til hverandre eller ikke. For eksempel er det visse mønstre for posisjonering og orientering som lyttere ofte inntar, og som avgir informasjon til den som snakker om i hvilken grad man følger med. Blikkretning, hodebevegelser, mimikk og korte verbale bekreftelser er eksempler på feedback taleren får om hvordan det han uttrykker blir mottatt (Kendon, 1988). Dessuten kan *aktive lyttestrategier* som reformulering, bekreftelse, lytting og gjentakelse, formidle anerkjennelse (Thornquist, 2009 s. 142). Hvordan aktørene alternerer i sine handlinger medfører i sin tur noen bestemte muligheter og begrensninger for hvordan interaksjonen kan forløpe. Turtakingen trenger dog verken å være av verbal eller gestikulerende karakter, det kan være hva som helst som aktørene velger å behandle som eksplisitt: For eksempel kan man på en verbal uttalelse svare med en fysisk handling. Likeledes kan man verbalt svare på en kroppslig handling, og man kan

³ Samtalen i kliniske møter preges ofte av en typisk tredelt struktur der terapeuten først stiller et spørsmål som pasienten svarer på, for deretter å følge opp med et nytt spørsmål eller en evaluerende kommentar av pasientens svar (Thornquist, 2009).

svare på en kroppslig handling ved selv å handle fysisk (Goffman, 1963; Kendon, 1988).

Teoretiske perspektiver fra fenomenologi og kommunikasjonsteori kaster lys over hvordan vi mennesker er henvist til- og forholder oss til hverandre. Med disse perspektivene lagt til grunn åpnes mulighetene for å fortolke og forstå menneskelig samhandling. I det følgende kapittel vil jeg gjøre rede for den metodologiske og metodiske tilnærming jeg har benyttet i min studie av samhandlingen mellom terapeut og pasient.

3.0 Metodologi og metode

Denne studien er forankret i fenomenologi og hermeneutikk med bruk av kvalitativ metode. Formålet med tilnærmingen er som målsettingen med kvalitative tilnærminger generelt, å oppnå en forståelse av sosiale fenomener (Thagaard, 2013). I min studie er de sosiale fenomenene det refereres til, det som skjer i samhandlingen mellom terapeut og pasient.

I kvalitative tilnærminger er fortolkning av særlig stor betydning. Det betyr at viktige metodologiske utfordringer knytter seg til hvordan man som forsker analyserer og fortolker fenomenene som studeres (Thagaard, 2013). I den forbindelse er det viktig å gjøre grunnlaget som kunnskapen hviler på eksplisitt slik at forskningsresultatene kan bli troverdige og overførbare (Thagaard, 2013). I foregående kapittel har jeg redegjort for oppgavens teoretiske perspektiver. I dette kapitlet vil jeg presisere og tydeliggjøre de prosessene som har ledet fram til resultatene som presenteres.

3.1 Vitenskapsteoretisk forståelsesramme

Grunnlaget for den forståelse jeg har utviklet gjennom forskningsprosessen kan knyttes til den vitensteoretiske fortolkningsrammen jeg har benyttet. Her har jeg tatt utgangspunkt i en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming som åpner mulighetene for å fortolke situasjoner i en verden som fremstår som grunnleggende meningsfull (Thornquist, 2003). Jeg har tatt høyde for at det ikke er mulig å fullt ut redegjøre for egen forforståelse, men gjennom å synliggjøre vitenskapsteoretisk forståelsesramme og fremgangsmåte har jeg tilstrebet å gjøre forskningsprosessen så gjennomskiktig som mulig (Thornquist, 2003 s. 198).

Hermeneutikk dreier seg om forståelse og fortolkning av menneskelig virksomhet (aktiviteter så vel som resultater eller produkter av dem) som har til hensikt å formidle noe (Thornquist, 2003). Her er det av betydning å fortolke folks handlinger gjennom å utforske meningsinnhold som stikker dypere enn det som er umiddelbart innlysende (Thagaard, 2013). Opprinnelig var hermeneutikkens anliggende først og fremst tekstfortolkning, men etter hvert har også meningsfulle uttrykk som handling og samhandling blitt inkludert.

Et av grunnprinsippene innen hermeneutikken er at vi *alltid allerede* har en forutforståelse eller forforståelse i møte med alle slags fenomener (Thornquist, 2003 s. 142). Dette innebærer at våre fordommer og forutsetninger er avgjørende for hvordan vi tolker og forstår det vi studerer, eller de fenomenene vi har foran oss. Et annet viktig prinsipp er at vi forstår delene i lys av helheten, hvilket innebærer at meningsinnholdet ved det som studeres bare kan ses i lys av den sammenhengen det er en del av (Thagaard, 2013 s. 41). Tilsvarende kan handlinger - kroppslige uttrykk eller utsagn - altså tillegges annet meningsinnhold når det ses i lys av en annen kontekst. I praksis innebærer en hermeneutisk tilnærming å pendle mellom erfaringsnære begreper som aktørene selv benytter og erfaringsfjerne begreper som har tilknytning til teori og som går utover aktørens egen forståelse (Geertz 1973 s. 14-15).

Thornquist (2003 s. 191) problematiserer kroppen som hermeneutisk felt ("kropp som tekst") ved å henvise til Merleau-Pontys (1994) tenkning og kroppssyn: Hun fremhever kroppens subjektstatus og påpeker at kroppen finnes i dobbelt forstand – både som subjekt og objekt, hvilket innebærer at vi som mennesker både ser og er synlige. Ytterligere holder hun fram kroppen som sammensatt: Mennesker er både biologiske vesener og uttrykksfulle aktører *samtidig*. Thornquists poeng er sentralt med tanke på å analysere og forstå menneskelig samhandling idet kroppens tvetydighet tilsier at det er en risiko forbundet med forståelse og fortolkning av kroppslige uttrykk. Et blunk kan for eksempel oppfattes som enten en meddelelse (jf. flørt eller liknende) eller en naturlig foreteelse (jf. blunke for å fordele øyevæsken og hindre uttørking). Kommunikative prosesser kan således misoppfattes som naturlige prosesser og motsatt (Thornquist, 2003 s. 191).

I fenomenologien brukes fenomenbegrepet i betydningen ”det som viser seg” (Thornquist, 2003). Det vektlegges at det som viser seg kommer til syne for *noen*, og at den som ser, ser med øyne som er preget av tidligere erfaringer. Dessuten at perspektivet som benyttes er avgjørende for hva oppmerksomheten rettes mot (Thornquist, 2003). Alt dette tilsier at min forforståelse og forkunnskap har påvirket hva jeg har lagt merke til i mitt empiriske materiale, ytterligere hvordan funnene har blitt fortolket og forstått. Min forforståelse og forkunnskap knyttes blant annet til min erfaring som fysioterapeut og som student på masterutdannelsen i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Dessuten knyttes det til de erfaringer jeg har fra private samhandlinger med andre, og den litteraturen jeg har lest meg opp på i forbindelse med studien. Ytterligere har perspektivet jeg har valgt, med utgangspunkt i problemformuleringen, også vært avgjørende for hva jeg har lagt vekt på å trekke frem, og følgelig også hva jeg oversett eller valgt å ikke tillegge relevans.

3.2 Metodisk tilnærming

Kvalitative metoder er velegnet for å få fram *kvaliteter* eller nyanser og særegne karaktertrekk ved sosiale fenomener (Repstad, 2007 s. 16). Det er altså velegnede metoder for å få fram mye informasjon om få enheter (Thagaard, 2013). Fenomenene/prosessene som studeres tolkes i lys av den konteksten de inngår i, og på bakgrunn av analysen kan den forståelsen som utvikles ha overførbarhet til tilsvarende situasjoner (Thagaard, 2013). Malterud (2002) fremhever hvordan kvalitative metoder kan bidra til å åpne for forskning på områder der kunnskapsgrunnlaget er magert. Tatt fysioterapitradisjonen som helhet i betraktning, er det behov for forskning som retter oppmerksomhet mot behandlingsformen som sosial praksis. Det er som beskrevet innledningsvis, i beskjeden grad utviklet analytiske redskaper for å forstå dette aspektet ved fagutøvelsen. I den forbindelse er det viktig å understreke at det er tatt til orde for kommunikasjon i undersøkelse og behandling fra flere hold innenfor det psykomotoriske fagmiljøet (Thornquist og Bunkan 1986; Monsen 1989; Gunnari 1994; Gretland 2007; Thornquist, 2009). Her er det trukket fram terapeutiske potensialer i både kroppslig og verbal samhandling. Min studie med fokus på samspillet mellom terapeut og pasient, vil kunne bidra med nye innsikter som underbygger kunnskaper psykomotoriske fysioterapeuter har vært opptatt av å formidle i en årrekke, men som i beskjeden grad har vært gjenstand for forskning i fysioterapimiljøer utenfor den psykomotoriske fagtradisjonen.

For å kunne bidra til ovenstående har jeg valgt å gjøre en studie med observasjon der jeg analyserer interaksjonsprosessen mellom terapeut og pasient i én fysioterapibehandling i psykiatrien. Jeg har benyttet ikke-deltakende observasjon som metode og video som verktøy for å få tilgang til det som *skjer* i behandlingssituasjonen, altså samhandlingen slik den utspiller seg *i* praksis. Til studien har jeg valgt å benytte eksisterende videomateriale som brukes i undervisning på masterutdanningen i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi.

Ved å benytte video har jeg hatt mulighet til å spole fram og tilbake i materialet, hvilket har gjort det mulig å få øye på nyanser og mønstre i interaksjonsprosessen, ikke minst når det gjelder kompleksiteten mellom kroppslig og verbal samhandling (Jordan & Henderson, 1995). Jeg støtter meg til Silverman (2005) som sier at det i kvalitativ forskning kan være tilstrekkelig med observasjon av én case. Dette begrunnes med at tilgangen til kompliserte data fra videoobservasjon ofte kan føre til kompliserte analyser (Silverman, 2005). Silverman (2000) fremhever også hvordan videoobservasjoner med lydopptak kan gi gode data knyttet til forholdet mellom terapeut og pasient.

Til transkripsjon og analyse har jeg ikke benyttet én bestemt tilnærming, men latt meg inspirere av flere – især Thagaard, 2013 og Thornquist, 2003, men også Jordan & Henderson (1995), Fangen (2004) og Polit & Beck (2008) ”Veien blir til mens du går”, er et velkjent sitat. Slik har også analyseprosessen ”blitt til” eller tatt form etterhvert som jeg har beveget meg fram og tilbake mellom empiri, analyse og litteratur – mellom helheter og deler. Det synes i denne forbindelse relevant å trekke frem at hensikten med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming er å oppnå en *gyldig forståelse* av *meningen* i et empirisk materiale, og tekstene som produseres som følge av den. I hermeneutikken legges det vekt på at det ikke finnes én egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere måter og nivå (Thornquist, 2003; Thagaard, 2013).

I tråd med Thagaards (2013) fremstilling av forholdet mellom systematikk og innlevelse har min analyseprosess vært preget av fleksibilitet og spontanitet, så vel som innlevelse og systematikk. *Fleksibilitet* ved at jeg har beveget meg fram og tilbake i de ulike delene av analysen med åpenhet for utvikling av nye innsikter. Jeg har blant annet spilt på at tema fra empirien, teoretiske perspektiver og problemformuleringen har fått påvirke hverandre på

en gjensidig måte. Dessuten har jeg forholdt meg til empirien både med nærhet og avstand: Jeg har vekslet mellom å fokusere på deler av materialet, for å få øye på detaljer, og på å se materialet i sin helhet for å få øye på mønstre og sammenhenger. Jeg har forsøkt å sette meg inn i aktørens sted – derav *innlevelse* – og på den måten fått idéer til refleksjon knyttet til meningsinnholdet i deres bidrag. *Systematikken* i prosessen, i den grad det kan kalles det, kan knyttes til refleksjoner og begrunnelser for de valgene jeg har tatt underveis med tanke på valgt videomateriale og fremgangsmåter for analyse og fortolkning. *Spontanitet* trekkes inn i denne forbindelse da den forståelse jeg har oppnådd gjennom arbeidet ofte har kommet plutselig og uventet. Kreativiteten har således fått følge sin egen prosess idet jeg ikke fullt ut kan redegjøre for det som har skjedd i mellom de ”identifiserbare punktene” i analysen – i mellom det jeg vet jeg har trukket inn, og det som har kommet ut av den (Thagaard, 2013 s. 15).

3.3 Bakgrunn for valg av videomateriale

Filmen som er anvendt i min studie er valgt på bakgrunn av et videoutdrag jeg fikk se i en undervisningstime tidlig i studieforløpet på masterutdanningen. Aktørene kan derfor sies å være strategisk valgt med henblikk på å kunne belyse problemformuleringen.

Da jeg fikk se videoutdraget første gang var det noe ved terapeutens handlinger og væremåter som både berørte meg følelsesmessig og engasjerte meg faglig. Terapeuten hadde en rørende, anerkjennende måte å være på overfor pasienten, samtidig som hun tok hånd om pasienten på måter som ved første øyekast fremstod som antiterapeutisk, og som jeg lot meg irritere av. Dette spenningsforholdet mellom terapeutens anerkjennende væremåter på den ene siden og som stimulerte pasienten til å delta som *hel person*, og terapeutens ”moderlige” omsorgskaraktter på den andre siden, som tilsynelatende stimulerte pasienten til passivering, vekket en umiddelbar interesse for å studere situasjonen nærmere. Var det ikke noe i den som hadde potensiale for læring og utvikling for meg så vel som for andre fysioterapeuter? Da det også var en spesiell hendelse i filmen hvor pasienten fikk angst og flashbacks fra tidlig barndom i forbindelse med en kroppsøvelse, ante det meg at filmen kunne bidra til å kaste lys over hvordan forbindelser etableres mellom pasientens kroppslige forhold og erfarings- og meningsverden. Dette ble altså bakgrunnen for det valgte videomaterialet.

Før jeg tok den endelige avgjørelsen om å bruke filmen fikk jeg se den i sin helhet ved å ”strømme” den fra skolens nettserver. Jeg vurderte at behandlingssituasjonen slik den utspilte seg kunne bidra til å belyse oppgavens tematikk på en god måte og derigjennom bidra med relevant kunnskap til fagfeltet.

3.4 Transkripsjon og analyse

Jeg startet analyseprosessen med å se igjennom filmen flere ganger for å danne meg et umiddelbart inntrykk av videomaterialet jeg skulle arbeide med. I denne prosessen identifiserte jeg også i noen grad mønstre og sammenhenger, samt sekvenser som skilte seg ut på en eller annen måte. Derneft skisserte jeg filmen i grove trekk, hvor de situasjoner og øyeblikk som umiddelbart vakte interesse kom til syne gjennom beskrivelsen. Til dette stilte jeg meg undrende til hva det var ved de enkelte situasjoner som bidro til at jeg ble interessert, og jeg noterte aktuelle tema knyttet til min umiddelbare forståelse. Jeg brukte god tid i innledningsfasen av analysen på å gå fram og tilbake mellom egne notater, videomaterialet, relevant litteratur og problemstillingen.

3.4.1 Transkripsjon

Jeg transkriberte materialet del for del slik filmen var lagt ut på skolens nettserver i seks deler. De seks delene bestod av ulike ”overordnede” samhandlingssituasjoner i behandlingen: 1) ”Samtale”, 2) ”Langsittende på benk”, 3) ”Knær, P får det dårlig”, 4) ”Hva tror du det handler om”, 5) ”Liggende, schizofreni og borderline” og 6) ”Avslutning”. Således var filmen allerede delt inn i situasjoner som til å starte med fungerte både veiledende og villedende med tanke på nye ”oppdagelser” i analysen.

Under transkripsjonen oppdaget jeg tidlig at det var vanskelig å få øye på alt som foregikk samtidig, så jeg var nødt til å forholde meg til det visuelle og det auditive i tur og orden. Jeg foretok først en nedtegning av situasjonsbeskrivelser som skilte ulike sekvenser i behandlingen fra hverandre. Her inkluderte jeg beskrivelser av sosiomaterien og hvilken aktivitet aktørene foretok seg. Derneft transkriberte jeg samtalen ordrett i kolonner ved siden av – én for terapeuten og én for pasienten. I denne delen av transkripsjonen inkluderte jeg også endringer i stemmeleie /stemmebruk ”opp” eller ”ned” / ”sterk” eller ”svak”, og jeg noterte host, kremt, latter og ”tenkelyder” som ”hm...” og ”mm...”. Dette gjorde jeg i intervaller på om lag fem minutter av gangen med stopp der det virket naturlig

med tanke på hvordan situasjonene forløp. Så fulgte jeg på med transkribering av det visuelle – også inndelt i én kolonne for hver av aktørene – før jeg gikk videre i materialet. I den visuelle delen av transkripsjonen beskrev jeg aktørenes kroppstillinger, væremåter og handlinger, mine tolkninger av ansiktsuttrykk (for eksempel tilfreds eller alvorlig) samt hvordan de orienterte seg kroppslig og posisjonerte seg i forhold til hverandre og i rommet.

Jeg noterte i tillegg pauser og pausenes varighet og hvordan aktørene forholdt seg til hverandre og aktivitetene som pågikk gjennom disse pausene. Ved å plassere situasjonsbeskrivelsene og den kroppslige og verbale kommunikasjonen i kolonner ved siden av hverandre var det mulig å fange samtidigheten i det som skjedde. Og ved å dele inn den verbale og kroppslige kommunikasjonen i ytterligere to kolonner, en for hver av aktørene, var det mulig å beskrive når og hvordan aktørene avbrøt hverandre og hvordan de ga og tok tur.

I løpet av intervallene måtte jeg stoppe opp, notere, spole tilbake og gjenta utallige ganger for å få beskrivelsene så like samhandlingen som mulig. Dette var en tidkrevende prosess hvor det var nødvendig å ta valg i forhold til hva som var relevant å få med. Dessuten var det valg å ta med tanke på vurderinger av hva som skulle kategoriseres som det ene eller det andre, som sterk eller svak stemme, eksempelvis. Transkripsjonen var således ikke tolkning foruten, snarere en begynnende del av analysen i tråd med Silvermans (2005) fremhevning av den. Det viste seg at stemmebruk, stemmeleie og latter var spesielt betydningsfullt å notere da aktørene på hver sin måte brukte dette i sin verbale kommunikasjon. Pasienten hadde tidvis en spak og skingrende stemme, især i situasjoner hvor hun fremstod som utrygg. Dessuten lo hun ofte i situasjoner hvor jeg fikk inntrykk av at hun var usikker på seg selv. Terapeuten brukte på sin side stemmeleie og stemmebruk til å regulere stemningen i ulike situasjoner, og til å aktivere eller passivisere pasienten. Det var som at aktørene tonet seg inn på hverandre gjennom å speile hverandres endringer i hvordan de brukte stemmen.

Noen ganger var det ikke mulig å høre hva aktørene sa på videoen, og det viste seg å bli en stor utfordring å la være å fylle ut med ord jeg ”trodde” de sa. Når jeg studerte det visuelle og lyttet samtidig var dette av og til oppklarende, men enkelte steder måtte jeg la

ufullstendige setninger bli stående. Dette viste meg hvor lett det er å tolke ut fra konteksten, og i hvilken grad jeg kontinuerlig tolket også ubevisst allerede i transkripsjonen. Jeg gjorde korrektur på transkripsjonen et par ganger før jeg sa meg fornøyd med graden av samsvar mellom videomaterialet og teksten.

3.4.2 Analyse

Inspirert av Jordan & Henderson (1995) og med utgangspunkt i problemstillingen og relevant teori, laget jeg en observasjonsguide (se vedlegg 1) som i neste steg fungerte veiledende for å identifisere mønstre og sammenhenger i materialet, samt øyeblikk som skilte seg ut på en eller annen måte. Jeg så altså etter tendenser i materialet som kunne bidra til å belyse oppgavens tematikk, og kodet ulike situasjoner etter meningsinnholdet i dem. Til kodene knyttet jeg kommentarer (memos) om hvordan jeg tenkte slik Corbin & Strauss (2008 s. 159-165) anbefaler å gjøre. Kodingen ble således foretatt på to abstraksjonsnivå: Det første nivået var knyttet til de konkrete beskrivelsene av hvordan aktørene selv uttrykte seg, og det andre nivået var knyttet til min tolkning av deltakernes situasjon, væremåter og uttrykk – kroppslige så vel som verbale. Således brukte jeg allerede på dette tidspunktet i analysen både erfaringsnære og erfaringsfjerne begrep. Dette ga en begynnende forståelse for hvilke temaer og sekvenser som kunne bli relevante å løfte frem med henblikk på å belyse oppgavens problemformulering. På bakgrunn av kodene forsøkte jeg å klassifisere meningsinnholdet i ulike kategorier i tråd med Thagaards (2013) analytiske tilnærming:

Rød: T's anerkjennende væremåter. P's bidrag føres videre i handling og samtale.

Oransje: P's bidrag underkjennes. Initiativ avbrytes.

Grønn: P passiviseres. Tas hånd om. Fraskrives ansvar.

Mørkegrønn: P stimuleres til deltakelse. I samtale og aktivitet.

Rosa: P tar initiativ til samtale og aktivitet.

Lilla: P får kroppslige reaksjoner. Samsvar og uoverensstemmelser i kroppslige reaksjoner og verbale uttrykk. T's anerkjennende væremåter og bekreftende handlinger på P's kroppslige reaksjoner.

Mørkerød: P's kroppslige forhold og -reaksjoner knyttes til hennes erfarings- og meningsverden.

Mørkeblå: P ler. T møter/møter ikke latter.

Blå: T byr på seg selv.

Turkis: P virker usikker/utrygg. T stopper opp og imøteser mangel på forståelse/usikkerhet/utrygghet. T stopper ikke opp. Forklarer/instruerer.

Lyseblå: T sjekker status – hvordan går det? Oppfordrer til grensesetting. Gir anledning til å avbryte en øvelse/aktivitet.

Mørkegrå: T og P *deler noe*. Felles oppmerksomhet. Pauser. Tull og tøys. Gjensidig latter.

Lysegrå: T's tilnærming til pasienten. Kroppslig tilnærming.

Å kategorisere på denne måten ble imidlertid en problematisk måte å dele inn meningsinnholdet på da konteksten som følge av behandlingstimens forløp virket avgjørende for hvordan samhandlingen utspilte seg. Etter å ha studert samhandlingssituasjonen på kloss hold i lengre tid gikk jeg derfor på nytt tilbake til å studere helheten. Kategoriseringen virket imidlertid ikke meningsløs: På bakgrunn av kategoriene ble min interesse styrt i retning av spesielle mønstre og sammenheng i materialet: *Fysioterapeutens tilnærming, herunder oppbygningen av timen, karakteristiske trekk ved fysioterapeutens væremåter og viktig informasjon om pasienten som kom fram underveis*. Informasjonen om pasienten virket i sin tur til å være bestemmende for fysioterapeutens valgte tilnærming, hennes handlinger og væremåter. Basert på disse innsikter lagde jeg nye beskrivelser av samhandlingen i sin helhet, som skisserte karakteristiske trekk ved pasienten, ved fysioterapeutens tilnærming/behandlingens oppbygning, samt fysioterapeutens væremåter. Disse beskrivelsene står presentert innledningsvis i neste kapittel – ”Resultat og drøfting”. At jeg har valgt å gjøre det slik kan ses i lys av oppgavens vitenskapsteoretiske forståelsesramme, spesielt med tanke på det hermeneutiske grunnprinsipp: At vi forstår delene i lys av helheten, og at meningen således kun kan forstås i lys av den konteksten det er en del av (jf. Thagaard, 2013 s. 41; Thornquist, 2003) En forutsetning for å forstå de utvalgte delene (sekvensene) som resultatet hviler på er altså å se dem i lys av helheten – samhandlingssituasjonen i sin helhet.

Ut fra de nye innsikter av mønstre og sammenheng plukket jeg ut sekvenser fra videomaterialet som var typiske for de temaene som kom til syne, og som jeg anså som relevante for å belyse oppgavens problemstilling. Temaene presenteres i kapitlet ”Resultat og drøfting”. Sekvensene ble så bearbeidet og skrevet ut på måter som belyste samhandlingen mellom terapeut og pasient på meningsfylt vis. Til hver sekvens knyttet jeg tekstnære kommentarer i form av egne refleksjoner og tolkninger, og disse ble siden sammenholdt med- og drøftet ut fra relevant teori.

3.5 Etske betraktninger

En utfordring ved kvalitative metoder kan være å fremstille resultatene på en måte som er akseptabel for informantene, og som samtidig formidler et faglig adekvat perspektiv (Thagaard, 2013). I denne studien har fokuset vært på samhandlingen mellom terapeut og pasient med et klart siktemål om å trekke lærdom ut av andres praksis og inkludere det som ligger skjult for oss selv i våre egne væremåter og handlinger. Dette innebærer at terapeutens og pasientens væremåter i min studie har vært underlagt analyse, dessuten at pasientens erfaringsverden har vært trukket fram i lyset. Disse forhold kan sies å være knyttet til aktørene på et personlig plan, og etiske overveielser i forhold til håndtering av data og fremstilling av resultater har derfor vært nødvendig.

Som jeg var inne på i begrunnelsen for valg av videomateriale, var det noe ved terapeutens væremåte og handlinger som for meg, ved første øyekast, fremstod som ambivalent; anerkjennende og profesjonell på den ene siden, *antiterapeutisk* på den andre. Formuleringer av slik karakter kan oppfattes som kritikk av fysioterapeutens profesjonalitet. Følgelig har jeg måtte veie mine ord med omhu med henblikk på å verne om terapeutens integritet, og samtidig fremheve det sentrale for oppgavens tematikk. Jeg begrunner formuleringen med at den fra min side ikke er ment som en påstand, heller ei som kritikk av fysioterapeuten verken på et profesjonelt eller personlig plan. Hensikten med å fremheve det som tilsynelatende ikke fungerer så vel som det som fungerer bra, er nettopp å trekke fram potensialer av terapeutisk verdi i måten vi som fagutøvere opptrer, fremstår og kommuniserer med våre pasienter på – i ferdigheter vi tar for gitt, og i vaner vi ikke er oss bevisst. Der jeg stiller meg undrende til det fysioterapeuten gjør er hensikten altså ikke å si noe om hva som er rett eller galt i den aktuelle situasjonen, for det er det opp til den behandelende fysioterapeut å vurdere – jamfør Gretland (2007) og Thornquist

(2009). Jeg ønsker å reise noen spørsmål til ettertanke og refleksjon som gjelder for fysioterapeuter generelt, og ikke for fysioterapeuten i denne undersøkelsen spesielt.

Når det gjelder pasienten har jeg gjort meg overveielser knyttet til hvor mye informasjon om pasientens bakgrunn og sykdomshistorikk som er relevant å ha med i fremstillingen av oppgaven, og på hvilken måte leser kan få den nødvendige informasjon samtidig som pasienten vernes på gode måter. Med ”gode måter” mener jeg at pasienten ikke skal oppleve fremstillingen som krenkende, ikke oppleve seg misforstått eller at hun står i fare for å bli ”avslørt” på noen måte. Dette i tråd med ”veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag”, utstedt av De forskningsetiske komiteene (2010).

For å belyse oppgavens problemformulering har det vært nødvendig å vise hvordan pasientens kroppslige forhold knyttes til hennes erfarings- og meningsverden. Dessuten kan terapeutens valgte tilnærming i behandlingen heller ikke forstås løsrevet fra den kunnskap terapeuten besitter om pasientens erfaringsverden – kunnskaper som jeg som observatør og du som leser også i noen grad får ta del i. At pasientens erfaringsverden kommer til uttrykk var nettopp en av grunnene til at jeg valgte å benytte akkurat dette videomaterialet til studien. Det vurderes rimelig at leser får den nødvendige informasjonen for å forså resultatene, så lenge aktørens anonymitet sikres og integritet vernes om.

For å sikre aktørens anonymitet er navn i råmaterialet erstattet med fiktive navn. Dessuten omtales de i hovedsak i nøytrale termer som ”pasienten” (P), ”terapeuten” (T), eller også ”fysioterapeuten” (F). Videre er språket renskrevet til bokmål slik at eventuelle dialektiske ord og uttrykk ikke kan bidra til å stedfeste verken person eller situasjon. Kjønn er også for ordens skyld generalisert ved at terapeut og pasient begge omtales som hunnkjønn, uten at dette har noe med deres virkelige kjønn å gjøre. Det skal understrekes at siden filmen blir brukt i undervisning på universitetet, har andre studenter og lærere på min utdanning også tilgang på videomaterialet i sin opprinnelige form. Alle som har tilgang er imidlertid underlagt lov om taushetsplikt som følge av Lov om helsepersonell m.v. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Med dette vurderes kravet om full anonymitet ivarettatt.

Det vurderes etisk forsvarlig å ta vare på rådata fra transkripsjonen også etter oppgaven er ferdigstilt, slik at resultatene kan etterprøves. Rådata vil oppbevares på forsvarlig vis, på en ekstern minnepenn.

Ved å velge et allerede eksisterende videomateriale til min studie har jeg unnlatt å utsette personer for påkjenningen av å bli filmet og observert. Dermed har jeg unngått å bruke aktørens tid ved å trekke dem ut av deres sosiale situasjon eller arbeid (Ruyter, 2003). Det synes unødig å skulle gjøre det når det allerede finnes et brukbart videomateriale. At situasjonen jeg har studert er tatt opp på video helt uavhengig av min studie innebærer også at jeg kan studere behandlingen slik den utspiller seg i "sin naturlige situasjon". Dette kan bidra til å øke sannsynligheten for at interaksjonsanalysen frembringer troverdige resultater (Thagaard, 2013). Det tas allikevel høyde for det uunngåelige ved enhver form for åpen observasjon, at påkjenningen av å bli observert eller filmet kan påvirke aktørens væremåter, noe som i sin tur også kan påvirke studiens resultater og troverdigheten av dem (Thagaard, 2013).

Aktørene har samtykket til at videomaterialet kan brukes i undervisning og som grunnlag for skriftlige gjengivelser og drøftinger i oppgavesammenheng av studenter og lærere på fysioterapiutdanningene ved Universitetet i Tromsø. Jeg har derfor ikke selv innhentet informert samtykke fra aktørene til min studie. Anonymisert erklæring om informert samtykke til filmen ligger vedlagt (se vedlegg 2). For øvrig ble det søkt om godkjenning av prosjektet før dets oppstart, og personvernombudet for forskning (NSD) vurderte at prosjektet ikke var meldepliktig (se vedlegg 3).

Praktisk og etisk sett er videodata komplekse å håndtere, så her har det vært nødvendig med gode rutiner for håndteringen: For å sikre personvernet har jeg ikke selv oppbevart videomaterialet, men "strømmet" videoen som er lagt ut på universitetets nettserver. Lærere og andre studenter på min utdanning har som nevnt også tilgang til filmen gjennom pålogging via Feide, men filmen oppbevares innelåst på skolen.

Hva angår etiske regler knyttet til forholdet forskere i mellom har jeg tilstrebet å utvise god henvisningsetikk i tråd med De nasjonale forskningsetiske komiteers retningslinjer for god forskningspraksis (2009).

3.6 Pålitelighet og gyldighet

Gjennom å redegjøre for valg jeg har tatt i løpet av forskningsprosessen, beskrive fremgangsmåter for bearbeiding av materialet samt redegjøre egen bakgrunn og forståelsesramme, har jeg forsøkt å synliggjøre forskningsprosessen på en troverdig måte. Og for at leser skal få mulighet til å følge mitt utgangspunkt for fortolkning, presenteres empiri fra studien i utstrakt grad i resultatene (Polit & Beck, 2008 s. 202). Ved bruk av teori i tolkning og drøfting har jeg videre tilstrebet å løfte analysen og forståelsen av det som utspilte seg i samhandlingssituasjonen på en måte som sier noe allment om fysioterapi som relasjonell virksomhet, og derigjennom hvilke terapeutiske potensialer som ligger i kroppslig og verbal kommunikasjon.

I min studie er det tatt utgangspunkt i én fysioterapibehandling, som er strategisk valgt slik at resultatene skal kunne si noe om det fenomenet jeg har ønsket å se nærmere på. Dette vurderes å ha vært tilstrekkelig til å belyse problemformuleringen og til å reise noen spørsmål i forlengelse av studien. Samhandlingssituasjonen kan anses som *ett* eksempel fra praksis, som kan være gjenkjennbar for fysioterapeuter med liknende erfaringer, og resultatene kan således være nyttige også i en større sammenheng (Thagaard, 2013 s. 213). Hadde jeg benyttet flere samhandlingssituasjoner til sammenlikning kunne jeg imidlertid fått tilgang til et ”rikere” og bredere materiale. Å benytte video av én behandling har på sin side gitt muligheter til nøyaktige transkriberinger, og til å analysere hva som utspiller seg i detaljer og på en dyptgående måte (Silverman, 2005). Dette kan sies å bidra til å øke resultatenes troverdighet.

At jeg har observert en samhandlingssituasjon i *faktisk praksis* og ikke basert studien på eksempelvis intervju hvor informantene *forteller* om det de gjør, kan videre sies å være med på å styrke studiens gyldighet. Dette ved at jeg har fått tilgang til å studere det som faktisk *skjer*. Jeg har på den annen side ikke fått mulighet til innsyn i terapeutens meningsverden som ved intervju (Thornquist, 2003; Thagaard, 2013). Det er imidlertid mange som argumenterer for at det folk sier at de gjør, og det de faktisk gjør, ikke alltid er i overensstemmelse – jamfør Engelsrud (1990), Thornquist (1990, 2009, 2012), Thornquist & Gretland (2003), Øberg (2009), Irgens (2010), Zeiner (2013).

Oppsummert kan det sies at jeg er ydmyk for at mine teoretiske perspektiver har vært styrende for hva jeg har vektlagt i mine beskrivelser, og at det derfor også finnes andre muligheter enn de jeg har trukket fram. Når alt kommer til alt, er det allikevel leserens tolkning som avgjør studiens nytteverdi og gyldighet – uavhengig av min forforståelse og vitenskapsteoretiske forankring (Fangen, 2004 s. 212-213).

4.0 Resultat og drøfting

I denne delen av oppgaven presenteres funn fra undersøkelsen, som analyseres og drøftes i lys av relevant teori. Innledningsvis vil jeg gi en kort presentasjon av videomaterialet i sin helhet. Dette har som nevnt til hensikt å gi leser et innblikk i konteksten slik at utdragene som gjengis kan forstås i lys av behandlingssituasjonen som helhet. Først beskrives *behandlings oppbygning og forløp*, deretter informasjon om *pasienten*, og til sist karakteristiske trekk ved *fysioterapeutens væremåter*.

Ut fra de generelle beskrivelsene er det løftet frem tre overordnede tema;

1) ”fysioterapeutens anerkjennende væremåter”, 2) ”nærhet og avstand” og 3) ”bevegelse vekker minner”. Sekvenser som er typiske for temaene er trukket ut, og fremstilles i kronologisk rekkefølge slik behandlingen spiller seg ut. Hvert tema er således knyttet til hver sin del av behandlingen, henholdsvis: ”Den innledende samtale” (*fysioterapeutens anerkjennende væremåter*), ”Kroppslig tilnærming” (*nærhet og avstand*) og ”Øvelser” (*bevegelse vekker minner*). Til hver temaoverskrift følger underoverskrifter som introduserer utdragene som følger.

Utdragene fra videomaterialet er forsøkt fremstilt på meningsfylt vis. Verbale ytringer (samtalen) presenteres først i kursiv, og kroppslige uttrykk følger bak i parentes. Dette gjøres konsekvent, uavhengig av om det initieres med kroppslige eller verbale kommunikasjonsformer. Som Thornquist (2009) poengterer i tråd med Watzlawick et al. (1967), skjer det alltid både en reduksjon og en oversettelse når interaksjonsaksiser transformeres til tekst. I gjengivelsene forkortes pasienten med ”P” og fysioterapeuten med ”F”.

Til hver sekvens har jeg knyttet situasjonsnære beskrivelser slik at samhandlingen kan forstås i sin opprinnelige kontekst. Ytterligere har jeg knyttet tekstnære kommentarer til utdragene. Her tilstreber jeg gjennom mine refleksjoner og tolkninger å løfte frem det allmenne som aktualiseres. Tema som fremkommer i de tekstnære kommentarene løftes ytterligere ved å drøftes i lys av relevant teori, og knyttes opp i mot den relevans de kan ha for praksis. Disse temaene omhandler: I) Hvordan fysioterapeuten forvalter sin definisjonsmakt, II) forholdet mellom handlingers intensjon og funksjon, III) fysioterapeutens kroppslige tilnærming til pasienten, og IV) kroppslig hukommelse. Til sist avrundes kapittelet med en diskusjon om språkbruk og innlevelse i behandlingsøyemed, med utgangspunkt i fysioterapeutens anvendelse av allmennmenneskelige og felleserfaringer i møte med sin pasient.

4.1 Generelt inntrykk av videomateriale

4.1.1 Behandlingens oppbygning og forløp

Behandlingen starter med en innledende samtale hvor pasient og terapeut sitter overfor hverandre, fullt påkledd, og med et bord imellom seg. Den fortsetter med pasienten i langsittende på behandlingsbenken. Pasienten er ikledd knelang tights og t-skjorte. Hun er godt innpakket i pledd, og har en stor pute i ryggen og en på magen.

Kroppsbehandlingen starter med massasje. Først masseres pasientens føtter og legger med knotteball, deretter gjøres approksimasjoner av pasientens tær, og til sist masseres føttene med direkte hudkontakt.

Videre fortsetter behandlingen med pasienten i sittende stilling. Terapeuten sitter ved siden av på en stol og trykker håndflatene mot pasientens lår. Trykningen foregår med jevne bevegelser, i nedadgående retning. Deretter beveger terapeuten seg ned til pasientens føtter, og trykker tilsvarende på dem med begge hender.

Terapeuten reiser seg så fra gulvet og setter seg ved siden av pasienten på benken. Hun instruerer pasienten i å reise- og sette seg. Pasienten følger opp på instruksjonen og reiser og setter seg noen ganger, mens terapeuten veileder og etterspør pasientens opplevelser underveis. Behandlingen får et brudd (ca. 4 min inn i øvelsen) hvor pasienten får en

angstreaksjon som leder til flashback fra en mobbeepisode fra barndommen. Reaksjonen munner ut i gråt.

Neste del av behandlingen består i samtale knyttet til reaksjonen. Til å starte med sitter terapeuten på en stol overfor pasienten som blir sittende på benken med føttene i gulvet. Samtalen fortsetter mens terapeuten rydder og rer opp benken, og pasienten reiser seg og setter fra seg et vannglass på bordet bortenfor.

Når pasienten setter seg igjen, snakker de to videre om reaksjonen før pasienten etter ”klarsignal” fra terapeuten legger seg i sideleie. Pasienten bres over med teppe og får en pute på magen. Med jevne håndbevegelser trykker terapeuten på pasientens kropp, først på bena, siden på overkropp og arm. Samtalen fortsetter fortløpende og avsluttes når terapeuten senker benken og pasienten setter seg opp.

Pasienten blir sittende mens fysioterapeuten gjør rytmisk stabilisering på pasientens ben: Terapeuten legger hånden med vekslende plassering på pasientens legger, hvorpå pasienten lager motpress mot terapeutens hånd (forsøker å holde stillingen).

Deretter avrundes behandlingen med en samtale knyttet til pasientens opplevelse av egne ben. De to blir stående på gulvet å snakke sammen mens pasienten tar på seg ytterbuksen. Så setter de seg ved bordet og avslutter behandlingstimen med en samtale sittende overfor hverandre, fullt påkledd, slik de startet.

4.1.2 Pasienten

Pasienten er en lettere adipøs kvinne, med et utseende som gir inntrykk av at hun er i 30/40-årene. Ut fra samtalen får jeg å vite at hun har kjæreste og at hun er mor til et barn som nylig har vært sykt med feber og oppkast, og som fortsatt ikke er helt friskt. Det kommer fram at barnet har vært til undersøkelse hos en lege som pasienten ikke har tillit til og at hennes ønsker om å bytte lege, eller å få noen andre til å undersøke barnet, har blitt avvist. For dette er pasienten sint, og som følge av alt sinne får hun angst. Sinne, angst og bekymring har derfor preget den foregående uken og gjort at pasienten ikke har hatt det så bra med seg selv.

Pasienten går til psykolog og har vært til behandling der nylig. Hun forteller at samtalene med psykologen har hjulpet henne noe, men at de også har åpnet for mye nytt og mye gammelt, og at hun nå gjerne vil "lukke døren" og "ha det godt". Mens pasienten er til behandling er barnet på skolen. Pasienten forteller at lærernes oppfatning av barnet er at det er et stille barn, hvilket strider i mot pasientens egen oppfatning. Hun er både sint og lei seg for dette.

I løpet av den innledende samtalen kommer det frem at pasienten hadde det ok i bena etter forrige behandling, og at hun er innstilt på å fortsette å jobbe med samme kroppsområde. Etter at fysioterapeuten åpner for at pasienten kan komme med seg og sitt, tar pasienten initiativ til å fortsette samtalen med et tema om bena. Hun forteller at hun som ung jente "plutselig" (pasientens eget uttrykk) begynte å slite mer på skoene på innsiden, og at hun fikk behov for spesialtilpassede sko. Dette undrer hun seg over. I samme momentet fikk hun også problemer med knærne. Pasienten ler mens hun forteller at moren på tidspunktet var veldig sint for at hun måtte bruke så mye penger på sko. For benproblematikken var pasienten til lege, men hun fikk aldri å vite hvilke årsakssammenhenger plagene kunne dreie seg om. Selv ser hun heller ingen sammenheng, men hun har gjort seg opp noen tanker om hvordan knærne påvirkes om man belaster føttene skjevt.

Gjennomgående snakker pasienten i korte vendinger, men hun utdyper gjerne når terapeuten oppfordrer henne til det, eller når terapeuten stiller spørsmål i forlengelse av pasientens utsagn. Pasientens stemme er generelt svak og hun snakker noe utydelig, til dels mumlende, foruten i korte øyeblikk når hun blir ivrig. Da ses også spontane bevegelsesuttrykk som hun hurtig bremser igjen, og en forsiktig søken etter blick-kontakt. Generelt går pasienten ut og inn av blick-kontakten på en måte som fremstår naturlig, men hun tenderer til å se ned mot egne hender når vanskelige følelser kommer på tale. I disse øyeblikkene vrir hun også urolig på seg, flytter på- eller strekker ben og armer, og biter seg gjerne i underleppen.

Når kroppsbehandlingen starter kommer det fram at pasienten har et vanskelig forhold til egne ben. Hun har blant annet tidligere bedrevet selvskading av føttene i form av å klippe seg selv med saks. Erfaringen med selvskadingen gjør at hun i dag ikke tør å "pille på"

eller selv behandle områder med hard hud under føttene, for hun er redd for å miste kontrollen som tidligere. Fram til for et par år siden pakket hun også alltid føttene godt inn i klær og sko for å beskytte dem, men i senere tid har hun begynt å bruke sandaler på sommerhalvåret. Dette synes hun er deilig. Hun hevder at det aldri har kommet på tale at noen andre enn fysioterapeuten skal få røre føttene hennes, men senere kommer det fram at kjæresten masserer dem innimellom. Han har uttalt at føttene hennes er mykere nå enn tidligere. Ved behandlingens start merker pasienten spenninger på innsiden av lårene, i tillegg er hun litt plaget med ryggen. Det er i hovedsak pasientens venstre ben som har vært mest problematisk for henne, men hun forteller at hun den siste tiden også har begynt å merke mer til det høyre.

Underveis i behandlingen kommer det fram at pasienten nylig er diagnostisert med borderline-problematikk og schizofreni. Selv opplever hun seg feildiagnostisert og hevder at hun alltid har hatt et posttraumatisk stress-syndrom. Hun ser sine reaksjoner i sammenheng med traumatiske erfaringer knyttet til krenkelsener som overgrep og mobbing. Som barn kunne hun ikke fortelle om krenkelsene hjemme, og det var for øvrig heller ingen andre voksne som tok tak i mobbingen. I senere tid har hun også ved flere anledninger opplevd ikke å bli lyttet til av fagpersoner og andre vedrørende egen sykdom og krenkelseserfaringer. Det samme gjelder når hun har ytret seg angående sitt barns sykdom.

4.1.3 Fysioterapeutens væremåter

Fysioterapeuten starter behandlingen med å invitere pasienten til å sitte – eller ”ta plass”, som er uttrykket hun bruker. Hun toner seg umiddelbart inn på pasientens utlegginger om elendighet fra uken som har vært. Hun lytter engasjert og holder blikk-kontakt, kommenterer med innlevelse i både stemmebruk og bevegelser, og spør etter utdypninger på de temaene pasienten forteller om og er opptatt av. I overgangen fra samtale til kroppsbehandling spør hun pasienten om det er noe pasienten vil si før de går i gang.

Gjennomgående i behandlingen etterspør terapeuten pasientens opplevelser, samt hva hun foretrekker – for eksempel om hun skal bruke stor eller liten ball til massasjen. Hun oppfordrer pasienten til å si ifra om ubehag og smerte, og hun informerer alltid på forhånd

når hun skal gå i gang med noe nytt. Det samme gjelder når benken skal heves eller senkes. Fysioterapeuten virker vår for pasientens kroppslige reaksjoner, og hun svarer på dem både kroppslig og verbalt. Hun formidler tydelig at hun respekterer pasientens grenser, også når disse ikke verbaliseres. Når pasienten får sin angstreaksjon, inntar terapeuten en lyttende posisjon, sittende i øynehøyde like overfor pasienten. Hun gir pasienten tid til å merke, tid til å reagere, og tid til å ordlegge seg. Deretter anerkjenner hun pasientens opplevelse; hun bekrefter pasienten på at det hun var utsatt for ikke var ok, og at det er i orden og normalt å reagere som hun gjør.

Terapeuten viser stor omsorg for pasienten. Enkelte ganger er omsorgen dog så stor og av en slik karakter at jeg opplever den nærmest antiterapeutisk. Pasienten blir som et barn i ”mors favn”, nær sagt. Hun pakker pasienten inn i puter og pledd i kroppsposisjoner som minner om fosterstilling, og istedenfor å stille krav til at pasienten er med, gjør terapeuten i stor grad den fysiske jobben *for* henne. Samtidig er det en løpende dialog hvor terapeuten til stadighet etterspør pasientens opplevelser. Således trekker hun pasienten aktivt med i behandlingen, tross at pasienten stimuleres til å være kroppslig passiv.

Med noen innledende ord om det generelle inntrykket av behandlingsforløpet, pasienten og terapeuten, har jeg tilstrebet å gi leser et innblikk i konteksten for samhandlingen. I den følgende tekst presenteres funn mer detaljert med utdrag fra empirien. Det som viser seg løftes fram ved tolkninger og drøftinger.

4.2 Den innledende samtalen – fysioterapeutens anerkjennende væremåter

4.2.1 ”Du må gjerne ta plass”

Ved behandlingstimens start står pasienten ved bordet og trekker to lag med trøyer nedover baken. Hun tar av seg det tredje og ytterste tøylaget, en tynn jakke, og kaster denne over rygglenet på stolen ved siden av. Fysioterapeuten har akkurat skrudd på kameraet og går mot bordet som pasienten står ved.

F: *Ja, men du må gjerne ta plass.*

P: *Ja, takk.* (Trekker stolen ut med benet og setter seg. Ser på terapeuten).

F: *Ja, det her har jo vært... Så var det avbud på deg, og så var det avbud på meg, og...*
(Setter seg overfor pasienten).

P: *Ja, det var flaks at du meldte avbud, ellers måtte jeg ha gjort det.*

Situasjonen fortsetter med at pasienten forklarer hvorfor hun måtte ha meldt avbud dersom terapeuten ikke hadde kommet henne i forkjøpet. Fysioterapeuten møter pasientens blikk og inntar en lyttende kroppsposisjon; hun lener seg framover og legger hodet på skakke. Med ansiktet formidler hun interesse for det pasienten forteller og på bekreftende og spørrende måter, både i ordelag og tonefall, viser hun engasjement og innlevelse i pasientens fortelling.

Refleksjoner

Ordene fysioterapeuten åpner behandlingen med er kanskje en vanlig høflighetsfrase på lik linje med ”vær så god og sitt”. Implisitt er en slik invitasjon også med på å definere situasjonen som profesjonell, og fysioterapeuten som den profesjonelle. Fysioterapeuten er den som har institusjonelt basert makt til å sette premissene i behandlingsrommet, hun har størst ansvar for hva som skapes og for hvordan samtalen forløper. Konvensjonen skaper i sin tur rammene; pasient og terapeut har en felles forståelse av at dette er en klinisk situasjon hvor pasienten er den hjelpetrengende og terapeuten er hjelperen. Fysioterapeuten statuerer sin rolle som den profesjonelle ved å ta ordet, og ved å be pasienten om å ta plass initierer hun overgangen fra det dagligdagse til den kliniske situasjonen. *Hun bestemmer at timen skal starte.*

Ordene fysioterapeuten velger er det imidlertid verdt å dvele litt ekstra ved. Framfor å *be* pasienten om å sette seg, og således underbygge sin rolle som den som bestemmer, bruker hun ordet *gjørne*, som kan forstås mer som en oppfordring eller en invitasjon. Dessuten sier hun ”ta plass”, framfor eksempelvis ”sett deg”. Å ta plass kan handle om flere ting; i dette tilfellet kan uttrykket forstås som en oppfordring om fysisk å ta plass på stolen eller i rommet, men i ordene ligger også en invitasjon til pasienten om å ta plass i situasjonen. Således kan det forstås som en invitasjon til deltakelse i samtalen – i behandlingen; pasienten inviteres til å ta plass *som person*, til å komme med seg og sitt.

4.2.2 "Er det noe du ellers vil si?"

Den innledende samtalen bærer preg av at de to sitter fokusert mot hverandre. Det identifiseres flere ledd der begge partene bygger på hverandres bidrag og dveler ved tema som utdypes i fellesskap. Terapeuten er imidlertid den som i hovedsak initierer overganger og stiller spørsmål, og således styrer samtalen i en slik retning at hun får fram relevant informasjon, blant annet om hvordan pasienten har hatt det siden sist og hvordan hun reagerte på behandlingen. Pasienten forteller at hun ikke har hatt det så bra, at det har vært en vanskelig uke, men at dette ikke henger sammen med behandlingen hun fikk. Hun har stått i situasjoner som har gjort henne sint og fortvilet, og av dette har hun vært plaget med mye angst.

Gjennomgående har fysioterapeuten en oppmerksom tilstedeværelse i situasjonen. Hun følger opp det pasienten sier på en engasjert måte – både kroppslig og verbalt, og hun formidler med innlevelse interesse for pasientens fortelling, opplevelser og reaksjoner:

F: *Jeg kan godt se på deg at du er lei deg.* (Strekker seg opp og lener seg bakover mot rygglenet. Beholder blikk-kontakten med pasienten)

P: *Ja, jeg er veldig lei meg. Og skikkelig sint tror jeg (humrer).* (Beveger urolig på bena)

F: *Kan du få utløp for det sinne på noen måte da?* (Ser på pasienten med en alvorlig mine)

P: *Nei, det får jeg ikke til.* (Ler lett. Trekker bena til seg).

F: *Nei. Så det hoper seg bare litt opp?*

P: *Ja.*

Fysioterapeuten ser ned på et ark som ligger på bordet foran henne, men hun flytter raskt blikket tilbake til pasienten.

F: *Er det noe du ellers vil si før vi går i gang?*

Refleksjoner

Fysioterapeuten forholder seg til pasienten som et kroppslig subjekt, - som en person med levd liv, egne følelser og refleksjoner. Med ord, mimikk og bevegelser bekrefter hun at hun forstår at situasjonen pasienten står i er vanskelig for henne. Ytterligere kommenterer

fysioterapeuten at hun *ser* på pasienten at hun er lei seg. I dette ligger også bekreftelse og anerkjennelse.

Fysioterapeuten forholder seg til pasienten som en som er meningsberettiget, og hun stimulerer til deltakelse ved å åpne for at pasienten får ta initiativ – ”er det noe du ellers vil si før vi går i gang?”. Ordene ”før vi går i gang” har også en undertekst; fysioterapi handler ikke først og fremst om å snakke, men om å gjøre noe sammen. Underteksten bidrar til å definere situasjonen. Ved spørsmålet aktiveres også pasienten til refleksjoner over eget liv og egne kroppslige reaksjoner og væremåter; pasienten har siden forrige behandling tenkt over hvordan hun som ung jente ”plutselig” endret gangmønster og fikk behov for spesialtilpassede sko. I samme periode hadde hun mye vondt i knærne. Fysioterapeuten følger opp dette og spør om pasienten kan se en sammenheng. Pasienten knytter ikke plagene til noe i sin erfarings- og meningsverden for øvrig, men av måten fysioterapeuten spør og kommenterer på, får jeg et inntrykk av at hun ser plagene pasienten forteller om i sammenheng med noe sentralt i pasientens livshistorie. Av pasientens initiativ til samtale om bena, får jeg også et inntrykk av at fokus for tidligere behandling nettopp har dreiet seg om pasientens plager med- og forhold til egne ben.

4.2.3 Drøfting: Forvaltning av definisjonsmakt

Kliniske møter har som nevnt en innebygd, uforanderlig autoritetsstruktur basert på partenes ulikhet i situasjon og kompetanse (Thornquist, 2009). På bakgrunn av dagens krav og ønsker om endret rollefordeling mellom terapeut og pasient – jf. brukermedvirkning –, er det viktig å fremheve at autoritetsstrukturen nettopp er *uforanderlig* (Thornquist, 2009). Fagutøveren har offentlig anerkjennelse gjennom sin autorisasjon og er den med mest makt i forholdet (Thornquist, 2009). Dette innebærer spesielle muligheter både for hensiktsmessig bruk av makt og for maktmisbruk. Slik å forstå er det først og fremst opp til fysioterapeuten om møtet blir pasientorientert og fremmer deltakelse, eller ikke. Dette tilsier en oppmerksomhet på hvordan fysioterapeuten *forvalter* sin faglighet.

Når samhandlingssituasjonen her studeres i lys av Goffmans understrekning av gjensidigheten mellom aktørenes selvpresentasjon, situasjonsdefinisjon og rolle (1974), ses at pasient og terapeut presenterer seg for hverandre, med noen felles forestillinger om

hvordan situasjonen skal være og rollene formes. Terapeuten statuerer tidlig sin rolle som den profesjonelle, og pasienten innfinner seg med rollen som den hjelpetrengende (jf. Watzlawick et al., 1967). Således er de begge med på definere situasjonen som profesjonell (jf. Goffman, 1974) med den asymmetri som dette innebærer (jf. Thornquist, 2009).

I lys av Goffmans tenkning (1974) kan organiseringen av rommet også sies å bidra til å underbygge rammene i situasjonen; inntil veggen står et bord og to stoler, vendt mot hverandre: Her er det lagt opp til at partene skal sitte å *snakke* sammen. Midt i rommet er det plassert en behandlingsbenk, og ved siden av står terapeutens krakk. Der ligger også to knotteballer på gulvet: Her er det lagt opp til at partene skal *gjøre* noe sammen. Konvensjonen i seg selv og organiseringen av rommet bidrar altså til å sette premissene for samhandlingen; det kan forventes at pasient og terapeut i dette rommet skal inngå i både verbale og kroppslige samspill med hverandre.

Den innledende samtalen foregår med aktørene sittende i likeverdig høyde, fullt påkledd, med et bord i mellom seg. Terapeuten har på sin side et ark med notater. Det har pasienten ikke. Dette gir inntrykk av at terapeuten er den styrende part, og at hun har en klar agenda med samtalen. Således kunne en forvente at samtalen fikk en typisk tredelt struktur, der fysioterapeuten i første ledd stilte et spørsmål til pasienten, som pasienten i sin tur svarte på, og som fysioterapeuten i tredje ledd kommenterte i evaluerende former eller fulgte opp med et nytt spørsmål (jf. Thornquist, 2009). Slik utspiller samtalen seg imidlertid ikke. Fysioterapeuten er den som innleder samtalen, og den som oftest initierer overganger til nye tema, men hun inviterer også pasienten til å komme med sine bidrag. Eksplisitt og implisitt – gjennom *ordene* hun velger så vel som gjennom *måten* hun uttrykker seg på – inviterer fysioterapeuten pasienten til å ta plass i behandlingen – *som person*. Således får samtalen en struktur som preges av flere ledd, der partene bygger på *hverandres* bidrag og hvor tema utdypes i fellesskap.

At samtalen utspiller seg slik, kan forstås i lys av karakteristiske trekk ved terapeutens handlinger og væremåter. Fysioterapeuten etterspør ofte pasientens opplevelser og erfaringer. Og framfor raskt å ”plassere” det pasienten sier ut fra egne forestillinger, og på

en måte som virker avkrefte, benytter hun isteden *aktive lyttestrategier* (jf. Thornquist, 2009). Ytterligere trekker hun kroppen inn som en integrert del av disse. Forstått med Watzlawick et al. (1967), Goffman (1974), Kendon (1988) og Thornquist (2009) kan det sies at terapeuten inntar lyttende kroppsposisjoner. Dessuten at hun benytter seg av reformuleringer av pasientens utsagn, og at hun varierer med å stille åpne spørsmål som innbyr til utdyping og lukkede spørsmål som gir pasienten anledning til å bekrefte eller avkrefte hvorvidt terapeuten har forstått henne rett. Fysioterapeuten formidler at hun *ser* og *hører* ved å følge opp både med ord og handling det pasienten uttrykker både kroppslig og verbalt. Således formidler fysioterapeuten via sine handlinger og væremåter at pasientens bidrag er viktige og relevante innenfor den kliniske rammen. Samtalen blir på denne måten heller ikke en tilleggssak til kroppsbehandlingen som følger; informasjonskilder av kroppslig og verbal art blir isteden over i- og utfyller hverandre, noe blant andre Thornquist (2009) og Gretland (2007) fremhever som sentralt og verdifullt i fysioterapi.

I tråd med Schibbys (1988) anvendelse av anerkjennelsesbegrepet, kan det sies at fysioterapeuten forvalter sin maktposisjon på måter som fremmer pasientens opplevelse av egenverd og selvtillit. Dette ved å innta en spørrende og lyttende holdning, i motsetning til en ”bedreviter”-rolle. Pasienten stimuleres til å delta som en likeverdige deltaker i samhandlingen.

4.3 Kroppslig tilnærming – nærhet og avstand

4.3.1 Massasje med knotteball

Pasienten har fått plass på benken. Benken står plassert midt i et stort, tomt rom, med hodeenden hevet til et ryggene. Pasienten sitter på langs, med en pute på magen og en i ryggen og med et pledd over seg. Hun er ikledd t-skjorte og knelang tights, og sitter med hendene foldet, hvilende på den store puten i fanget.

Kroppsbehandlingen innledes med massasje av pasientens føtter. Til dette velger fysioterapeuten å benytte seg av en liten knotteball. Hun løfter pleddet vekk fra pasientens føtter og begynner å trille ballen mot pasientens fotsåle. Idet hun starter minner hun pasienten på å si ifra om noe er ubehagelig. Fysioterapeuten senker sitt stemmeleie når hun innleder massasjen, dessuten tempoet på bevegelsene. Det faller en behagelig ro over

situasjonen. Samtalen foregår lavmælt, og periodevis er det også lange pauser med stillhet. I disse stundene har pasient og terapeut likevel felles oppmerksomhet gjennom å følge ballens bevegelser.

F: *Hvordan er det?* (Søker kontakt med blikket).

P: *Det er godt.* (Møter ikke fysioterapeutens blikk. Følger med på massasjen).

F: *Det er godt?* (Søker på ny kontakt med blikket)

P: (Nikker).

F: *Ja (lavt, nesten hviskende).*

Noen sekunders stillhet.

F: *Skal jeg trykke hardere, eller?* (Søker kontakt med blikket).

P: *Bare trykk litt hardere.* (Møter fysioterapeutens blikk).

F: *Sånn?* (Øker tempoet på trillebevegelsen og søker på ny kontakt med blikket).

P: *Ja.* (Gjør en nikkebevegelse med hodet).

Refleksjoner

Fysioterapeuten er den som oftest initierer blikk-kontakt underveis, og spesielt tydelig er fysioterapeutens søken etter kontakt i de øyeblikkene hvor hun etterspør pasientens opplevelse. Det er imidlertid primært pasientens sanseopplevelse som etterspørres, med spesielt fokus på behag-ubehag. Samtalen er lite orientert mot pasientens følelser og erfaringer. Dette kan det være gode grunner til; ved å trekke linjer tilbake til den innledende samtalen kan det forstås som at fysioterapeuten kjenner til noe grunnleggende viktig i pasientens livshistorie – noe som er sentralt for hennes valg av tilnærming, både med tanke på bruken av avstandsskapende hjelpemiddel (ball) og ved å holde fokus for samtalen på her-og-nå-opplevelser.

Igjen trekkes pasienten inn som person, som en som er meningsberettiget. Ved å inviteres til persepsjon av egen kropp, aktiveres hun til å delta i massasjen selv om hun samtidig er kroppslig passiv. Ved at fysioterapeuten forholder seg til- og handler ut i fra pasientens uttrykk – både de kroppslige og verbale – gis pasienten også mulighet til å stole på at det

hun merker og sier er viktig. Hun gis mulighet til å stole på seg selv, sin kropps- og selvfølelse. Hun får imidlertid ikke anledning til å erfare seg selv på et nivå med assosiasjoner og følelser.

Balltrillingen fortsetter i flere minutter. Både føtter og legger masseres før fysioterapeuten initierer neste overgang; direkte kroppskontakt ved approksimasjoner og massasje. Samtalen forløper i stor grad på tilsvarende måte som beskrevet over, men det trekkes også inn elementer fra den vanskelige uken pasienten har hatt. Dessuten dweler de lenge ved pasientens vanskelige forhold til egne ben; hennes tidligere behov for å beskytte føttene, selvskadning og problemer med berøring fra andre.

4.3.2 Approksimasjoner

Terapeuten går over til å gjøre approksimasjoner av pasientens tær. Hun skaper forutsigbarhet for pasienten gjennom å informere om hva som skal skje:

F: *Så vil jeg gjerne fortsette med å gjøre approksimasjoner av tærne dine.* (Lager en gripebevegelse med hånden og beveger den opp og ned over pasientens fot).

P: *Ja.* (Nikker).

F: *Og grunnen til at vi gjør det her, Sandra. Jeg vet ikke om du husker at jeg har sagt det før, men det er for å gi deg noe stimuli her.* (Omfavner pasientens fot).

F: *Så du får litt bedre kontakt her før vi går i gang med noen øvelser, ikke sant?*

P: *Mm, ja.* (Nikker)

Refleksjoner

Fysioterapeuten velger å bruke ordet approksimasjoner i sin forklaring av hva som skal skje. Dette er et faguttrykk som det ikke er gitt at pasienten kjenner betydningen av, og som derfor kan skape usikkerhet hos pasienten. Idet terapeuten også bruker hånden til å demonstrere, virker det imidlertid mindre forvirrende. Pasienten gir uttrykk for å forstå terapeutens intensjoner. Videre sørger fysioterapeuten for at det ikke råder tvil om hensikten med berøringen. Det etableres en trygg og forutsigbar ramme rundt noe (berøringen) som kan virke tilsynelatende utrygt for pasienten.

Situasjonen fortsetter: Terapeuten har akkurat lagt hendene om pasientens forfot. Hun sitter med ryggen til kameraet, men beveger armen utfor kroppen på en måte som gir inntrykk av at hun trykker lett på pasientens tær.

F: *Og husk nå å si ifra om det gjør vondt!*

Pasienten smiler, løfter øyenbrynene, trekker pusten og ser vekk.

P: *Ja, jeg kan merke jeg blir heeelt (Ler).*

F: *Ja, jeg kan merke at det skjer et eller annet. (Løfter en hånd fra pasienten).*

F: *Er det ok sånn her? (Legger hånden tilbake på pasientens fot og trykker på tærne).*

P: *Ja. (Nikker og smiler).*

F: *Fordi det var det jeg sa, eller tenkte i stad, at du kan jo godt fjerne foten, ikke sant? Eller si stopp.*

P: *Ja, mm. (Nikker istemmende. Holder blikket på foten).*

F: *Ja. (Svarer på innpust).*

F: *Men jeg skal nok prøve å holde et øye. (Søker blikk-kontakt)*

P: *(Smiler kort. Holder øynene på foten).*

Refleksjoner

Situasjonen innbyr ikke pasienten til å delta aktivt i behandlingen; hun blir ”tatt hånd om” på måter som verken stimulerer til egenomsorg eller til å reflektere over meningssammenhenger i kroppslig forhold. Hun oppfordres til grensesetting, men utover det stimuleres hun til å være kroppslig passiv. Terapeutens ord; ”jeg skal nok prøve å holde et øye” – i betydningen ”for deg”, underbygger inntrykket av overnevnte forhold. Ved første øyekast fremstår situasjonen som antiterapeutisk idet pasienten *gis* behandling, fraskrives ansvar og således ikke egentlig ”trenger å være tilstede”.

Det er imidlertid viktig å fremheve at terapeuten er oppmerksom på pasientens uttrykk og kroppslige reaksjoner. Hun forholder seg således likevel til pasienten som *kroppslig subjekt*. Pasienten får en sterk reaksjon ved håndspåleggelsen som fysioterapeuten handler

umiddelbart på; hun fjerner den ene hånden og kommenterer reaksjonen. Pasienten gis deretter alternativer til hvordan hun kan forholde seg til det ubehagelige og utrygge på nye måter; hun kan fjerne foten eller si stopp.

4.3.3. Massasje med direkte kroppskontakt

Under massasjen av føttene etterspør terapeuten endringer i pasientens opplevelse av egen kropp i forhold til spenning-avspenning:

F: *Føler du at du begynner å slappe litt mer av nå?*

Pasienten flytter selv fokuset til armene hvor hun fornemmer økt spenning, tross at massasjen av føttene oppleves behagelig.

F: *Kan du se en sammenheng?*

Pasienten ser ettertenksomt ned mot foten som masseres før hun løfter blikket og møter fysioterapeutens.

P: *Jeg tror det er vanskelig å gi slipp begge steder. (Smiler).*

F: *På en gang? Både i hendene og i føttene?*

P: *Ja. Ja. (Nikker gjentakende ganger)*

F: *Ja (svarer på innpust).*

Massasjen fortsetter noen sekunder i stillhet hvor de to har felles oppmerksomhet på massasjen som gis.

F: *Jeg kan følge deg i det!*

P: *Ja, det er sånn det føles. At jeg faktisk begynner å slappe litt mer av helt her oppe i bena. (Fører hånden oppover langs innsiden av låret).*

P: *Og så er det som om resten av kroppen liksom "grrr". (Samler hendene og strekker armene framover i en innadrotasjon. Rister på overkroppen og hodet til "grr-lyden").*

F: *Ja? Den krøller seg litt sammen?*

P: *Ja. Den skal liksom ta over da. Den skal liksom passe på. Det er sånn det føles.* (Ser ned og trekker haken unnskyldende mot brystet).

F: *Ja. På en eller annen måte gir det jo mening. For det er grenseoverskridende for deg dette her, er det ikke?* (Søker kontakt med blikket).

P: *Ja.* (Nikker mens hun holder øye med foten sin).

F: *Ja (svarer på innpust).* (Flytter blikket ned mot sine egne masserende hender).

Refleksjoner

I denne situasjonen gis pasienten mulighet til å knytte sine sanseopplevelser til noe i sin erfarings- og meningsverden. Terapeuten åpner for dette gjennom å spørre om hun kan se en sammenheng. Pasienten forstår det som at spenningene i armene henger sammen med et behov for beskyttelse, som et kroppslig beredskap som setter inn idet hun gir slipp i bena. Fysioterapeuten lar pasienten slippe til med sine refleksjoner, hun oppfordrer pasienten til å fortsette og utdype, blant annet ved sine bekræftende nikk og ”ja”. Pasientens uttrykk kan på sin side oppfattes som litt unnskyldende, jamfør; ”Det er sånn det føles”. De kroppslige uttrykkene formidler det samme; hun ser ned og trekker haken ”unnskyldende” mot brystet. Her kan det synes om pasienten er litt flau over egne kroppsformennelser og refleksjoner, og/eller at det ligger en uuttalt forventning i luften om å komme med noe mer. Fysioterapeuten anerkjenner imidlertid pasientens opplevelse, og hun bekrefter henne på refleksjonene hun gjør seg.

Situasjonen byr ytterligere på noen innfallsvinkler til kommunikasjon på høyere nivå, men som terapeuten velger ikke å forfølge. Kunne hun stimulert til språklig kontakt i sterkere grad ved for eksempel å knytte kroppsformennelsene til mening i forhold til sosiale situasjoner og erfaringer? At hun velger ikke å gjøre det, kan kanskje forstås i forlengelse av temaer tatt opp tidligere; pasientens vanskelige forhold til egne ben og til berøring, og sammenholdt med bruken av begrepet ”grenseoverskridende”. Det virker imidlertid som at situasjonen er felles - at pasient og terapeut er opptatt av det samme og at de deler referanseramme.

4.3.4 Drøfting: Forholdet mellom handlingers intensjon og funksjon

I lys av teoretiske perspektiver lagt til grunn for denne oppgaven (Goffman, 1955, 1963, 1974; Watzlawick et. Al, 1967), kan det forstås at det ikke alltid er samsvar mellom det personer *gjør*, og det de har *til hensikt* å gjøre eller *sier* at de gjør. Dette leder interessen mot å se på hvilke *funksjoner* terapeutens handlinger får i praksis. La oss i den forbindelse dvele litt ved den passivisering av pasienten, som kommer til syne som noe som preger store deler av kroppsbehandlingen:

Kontrasten mellom at pasienten blir ”tatt godt hånd om” og at samtalen er lite følelses- og meningsorientert er i denne sammenheng et interessant fenomen. Ut fra karakteristiske trekk ved fysioterapeutens væremåter kan det se ut som at hun gjennomgående søker å involvere pasienten som et kroppslig subjekt, med levd liv, erfaringer og meninger. Likevel holder hun samtalen på et nivå der pasienten i hovedsak får erfare seg selv gjennom umiddelbare sanseopplevelser, og ikke på et nivå med assosiasjoner og følelser. Persepsjonskategorier som behag-ubehag, tung-lett og anspent-avspent går igjen. Begges oppmerksomhet er således, gjennom kroppslige stimuli og spørsmål, rettet mot kroppen som fornemmelser. Samhandlingen foregår med dette på de kommunikasjonsnivåene som Bråten (2004) kaller for kroppslig kommunikasjon, og kommunikasjon gjennom felles *objektoppmerksomhet*.

Som beskrevet virker det som om pasient og terapeut har felles referanseramme; måten fysioterapeuten snakker om pasientens kroppslige forhold på virker til å samsvare med pasientens personlige fornemmelser og erfaringer, tanker og følelser. Forstått med Binder (2000) ligger forholdene sånn sett til rette for at terapeuten, som en *meningsbærende annen*, kan bidra til å åpne opp for pasientens kroppslige meningspotensial. Ifølge Binder kreves imidlertid at terapeuten utfordrer pasienten på uvante måter, om pasienten skal komme til nye innsikter. Dette kan for eksempel være gjennom spørrende fortolkninger eller gjennom å leke med ord og uttrykk til hun treffer noe i pasientens erfarings- og meningsverden. Gretland (2007) fremhever at det i slike sammenheng kan være en utfordring for terapeuter å finne balansen mellom å ikke presse for mye – utover det pasienten selv er klar til – og å ikke være *for* tilbakeholden, og således frarøve både pasienten og seg selv muligheter til å forstå.

I den delen av samhandlingen som her drøftes, observeres at pasienten har lett for å svare i korte vendinger, og at det som sies nærmest bare er tilløp til samtale. For eksempel svarer hun kort og konsist på spørsmål om hvordan massasjen oppleves: ”*Det er godt*”. Fysioterapeuten reformulerer i sin tur pasientens ord på en spørrende måte, og bekrefter deretter med sitt hviskende ”*ja*”, at hun har sett pasientens bekræftende nikk som svar på spørsmålet. Om fysioterapeuten her hadde lagt til noe sånt som: *Hva er det som er godt?* Eller, om hun i forlengelse av pasientens umiddelbare reaksjon på kroppskontakten hadde spurt: *Hva merker du?* Eller, hva legger du merke til? Og ytterligere, om hun hadde gitt pasienten mulighet til selv å merke egne behov ved å spørre hva pasienten selv har lyst til – dette framfor kun å bekrefte pasientens reaksjon ved å kommentere at hun også merker at det skjer *noe*, og deretter legge hånden tilbake og spørre om det er ok – *Om* fysioterapeuten hadde inntatt en spørrende holdning av en slik karakter, kunne hun bidratt til å stimulere til språklig kontakt og uttrykk i sterkere grad. Forstått med Bråten (2004) kunne samtalen således vært løftet til et høyere kommunikativt nivå, der pasienten kunne knyttet sine kroppsfornemmelser til mening, for eksempel i forhold til sosiale situasjoner og erfaringer.

Gjennom å etterspørre pasientens *opplevelse* formidles imidlertid at dette er relevant, men om fysioterapeuten i tillegg hadde dvelt ytterligere ved utsagnene, kunne dette altså gitt åpning for assosiasjoner og minner, ettertanke og refleksjon. Det er ikke dermed sagt at dette burde vært gjort. I lys av oppgavens problemformulering er det et poeng å vise til noen muligheter der det å ”løfte” samtalen kan stimulere pasienter til deltakelse i sterkere grad. For på den annen side, om partene ikke snakker sammen om det som opptar dem, er det ikke godt å vite om situasjonen er felles, skriver Gretland (2007 s. 111). Om det er fysioterapeutens intensjon å holde samtalen på et lavere kommunikativt nivå, er gjennom observasjon alene ikke til å vite. Til dette kreves samtale med fysioterapeuten. Det jeg imidlertid får å vite gjennom observasjonen er at fysioterapeuten benytter en *gradert tilnærming* til pasientens kropp (knotteball). Dette tilsier at fysioterapeuten besitter en forforståelse eller før-kunnskap (jf. Thornquist, 2003) knyttet til pasientens forhold til egne ben og til kroppskontakt og berøring – jamfør pasientens krenkelseserfaringer.

I fenomenologisk teori forstås med Merleau-Ponty (1994) at kroppen besitter en utematisert hukommelse; kroppslige minner fra fortiden kan gjennom ulike former for sanseinntrykk og bevegelse vekkes i nåtiden, og ”føre oss tilbake” til fortiden. Ytterligere kan det med Bourdieu (1999) forstås at personer på bakgrunn av livssituasjon og livshistorie reagerer på bestemte måter. I lys av dette kan fysioterapeutens tilnærming forstås omtrent slik: Ved å holde oppmerksomheten for samtalen på her-og-nå fornemmelser søker hun å forankre pasienten i nuet. Og ved å være oppmerksom på pasientens kroppslige reaksjoner – vår for hennes kroppslige grenser – søker hun å unngå å gå for langt, slik at behandlingen ikke blir en *retraumatisering* for pasienten. Oppsummert kan det sies at terapeuten *gjennom* å unngå å knytte assosiasjoner og minner til berøringen, søker å ta *hånd om* pasienten på gode og trygge måter. Altså på måter som gir gode erfaringer med berøring og nærhet, og ikke omvendt, slik pasienten har erfart det fra før.

Med oppmerksomheten rettet mot pasientens kroppslige reaksjoner, tenderer fysioterapeuten imidlertid til å handle *for* pasienten når kroppslige reaksjoner oppstår. Pasienten får således ikke selv øve seg på grensesetting, uansett hvor mye hun oppfordres til det. I tillegg taltaler fysioterapeuten her pasienten ved navn på en slik måte, som gir assosiasjoner til hvordan en mor taler til sitt barn når barnet skal forklares noe ”veldig viktig”, men som moren antar at barnet ikke fullt ut er i stand til å forstå. En kan spørre seg om det i denne situasjonen kanskje forholder seg slik at fysioterapeuten er *for* opptatt av å ”passe på” – at hun er *for* tilbakeholden, eventuelt for ivrig?

Om terapeutens handlinger og væremåter ses i lys av utfordringer knyttet til helsearbeid generelt, kan det sies å være en sentral utfordring å balansere mellom det å være oppmerksomt tilstedeværende, avventende, ledsagende, initiativtakende, støttende og aktivt regulerende i forhold til innhold og forløp. Dette er i tråd med hva Thornquist og Gretland (2003) skriver i sin artikkel omhandlende samme tematikk. De utdyper med å påpeke hvordan dagens helsetjeneste i stor grad preges av det som ofte kalles *handlingstvang*: Det forventes ofte at helsepersonell skal ha løsninger på ”rede hånd”, hvilket leder til at helsepersonell gjerne handler der og da, framfor å trekke seg tilbake, avvente og tenke over situasjonen. Således har fagutøvere lett for å bli *for* aktive og styrende, på bekostning av pasienters deltakelse (Thornquist & Gretland, 2003 s. 18).

I så måte kan det sies at fysioterapeutens *handlingsiver* her går på *bekostning* av pasientens deltakelse: Pasienten stimuleres til å melde seg ut av situasjonen, til å *ta i mot* kroppsbehandlingen, framfor å delta aktivt på kroppslig vis. Dette til tross, fungerer fysioterapeutens handlinger og væremåter likevel anerkjennende og bekreftende. Den passivisering (og antydning til regresjon⁴) som fysioterapeutens handlinger bidrar til, står altså i kontrast til den aktivisering og progresjon fysioterapeuten tilsynelatende søker å oppnå gjennom sin spørrende og støttende holdning for øvrig.

4.3.5 Drøfting: Fysioterapeutens perspektiv og tilnærming til kroppskontakt
Om en holder frem kunnskap fra fenomenologien om bevissthetens *intensjonale rettethet* (jf. Thornquist, 2003), kan oppmerksomhet sies å være en nøkkelfaktor i behandling. *Hva* fysioterapeuten tar inn og forholder seg til er imidlertid avhengig av en rekke forhold: Persepsjon innebærer alltid både utvelgelse og fortolkning av informasjon (Thornquist, 2003). Dette tilsier at fysioterapeutens perspektiv er bestemmende for hva hun legger merke til, og at det hun har oppmerksomheten rettet mot, er med på å forme gjensvarene hun gir – både kroppslig og verbalt.

Gjennomgående er fysioterapeuten oppmerksom på pasientens kroppslige reaksjoner; hun er vår for- og anerkjenner pasientens kroppslige uttrykk både ved å justere grad av nærhet og avstand, og ved å kommentere og stille spørsmål. Jamfør hvordan hun fjerner hånden fra pasientens fot når pasienten får en sterk reaksjon på berøringen, og hvordan hun kommenterer reaksjonen etterfølgende: ”Ja, jeg kan godt merke at det skjer et eller annet”. At fysioterapeuten velger å bruke uttrykket *merke* i denne sammenheng er spesielt interessant: Hun gjør for det første sitt eget perspektiv tilgjengelig for pasienten, og formidler implisitt at pasientens reaksjoner er noe som skal tas på alvor. For det andre setter hun ord på hvordan hun tar *pasientens perspektiv* ut fra egen forståelse av kroppslige tegn. Ved å handle ut fra det hun legger merke til, gjøres pasienten også implisitt medbestemmende i situasjonen.

⁴ Når jeg i denne sammenheng skriver at terapeutens handlinger leder til ”antydning til regresjon”, mener jeg at det ses antydninger til at pasienten inntar mer barnlige og mindre modne væremåter. Regresjonsbegrepet forstås med utgangspunkt i Jon T. Monsen (2000), Daniel Stern (2000) og Stein Bråten (2004).

For å vurdere rimeligheten i hva fagutøvere gjør relevant i kliniske sammenhenger må utgangspunktet for det enkelte møte tas i betraktning, nemlig pasientens plager (Thornquist & Bunkan, 1986; Gretland, 2007; Thornquist, 2009; Thornquist & Gretland, 2003; Øvreberg & Andersen, 2002). Ut i fra den samlede informasjonen om pasienten, er det rimelig å anta at pasientens plager er sammensatte, og at hun har plager av ulik karakter, knyttet til forskjellige kroppsområder. I den forbindelse er det relevant å dvele ytterligere ved terapeutens oppmerksomhetsfelt og fortolkningsramme, dessuten forholdet mellom pasientens og terapeutens verden.

I den kroppslige tilnærmingen er fysioterapeuten orientert mot *hele kroppen*, og i samtalen er hun orientert mot pasienten som *hel person*. Dette kommer til syne selv om hun i sin fysiske tilnærming ”bare” berører pasientens ben. Hun spør for eksempel: ”Føler du at du begynner å slappe litt mer av nå?”. Hun spør ikke spesifikt om beina, selv om det var i lårene pasienten presenterte spenninger. Pasienten svarer i sin tur med å flytte fokus til spenninger i armene. Selv forstår pasienten dette som et kroppslig beredskap, som at armene må ta over når beina gir etter. At fysioterapeuten ikke avviser pasientens refleksjoner, men snarere bekrefter, følger opp og reformulerer pasientens uttrykk, vitner om en helhetsorientering de begge er innforstått med.

I denne sammenheng trekker fysioterapeuten inn begrepet *grenseoverskridelse*. Begrepsbruken sier noe om terapeutens oppmerksomhetsfelt og fortolkningsramme; selv om hun etterspør pasientens opplevelse av spenning-avspenning i forlengelse av massasjen, benytter hun ikke behandlingsformen massasje som et ”tradisjonelt” teknisk virkemiddel til å løse opp i spesifikke muskulære spenningstilstander. I så tilfelle ville det vært rimeligere å massere direkte på spenningene i lårene. Ved bruken av begrepet grenseoverskridelse formidler hun en orientering mot pasienten som kroppslig subjekt, og ved den graderte tilnærming hun velger, viser hun forståelse for at pasientens erfaringer har satt kroppslige spor (jf. Merleau-Ponty, 1994; Thornquist, 2003, 2009; Gretland, 2007). Videre uttrykker hun både i ordelag og handling at hun vet at behandlingen skrider over grensen for hva pasienten er i stand til å tåle, uten å måtte beskytte seg på annet vis. Med dette aktualiseres tema om berøring og kroppskontakt i behandlingsøyemed.

Berøring

Forstått med Merleau-Ponty (1994) tilsier kroppens tvetydighet at kroppen finnes i dobbelt forstand; både som subjekt og objekt. Dette innebærer at mennesket både ser og er synlig – at det både kan berøre og bli berørt. Dette er interessant fordi uttrykkene ”berøre” og ”bli berørt” i seg selv har dobbelt betydning: Mennesket kan berøres fysisk, men også følelsesmessig. Ytterligere kan fysisk berøring gi følelsesmessige reaksjoner, og følelsesmessig berøring kan medføre kroppslige reaksjoner. Kropp og følelser står altså i et gjensidighetsforhold til hverandre, eller sagt med Merleau-Ponty (1986); kropp og følelser kan ikke skilles fra hverandre fordi følelsene er *i* kroppsuttrykket.

I psykomotorisk tradisjon fremheves observasjon av *respirasjonen* som den viktigste ledetråden for hvordan fysioterapeuten skal arbeide (Bunkan, Radøy & Thornquist, 1982; Thornquist & Bunkan, 1986; Øvreberg og Andersen, 2002). Ettersom pust og følelser er så nært knyttet til hverandre, er respirasjonen en sentral indikator på hvordan pasienten har det. Det samme gjelder imidlertid også andre autonomt innerverte kroppsfunksjoner, samt kroppsholdning og bevegelsesinitiativ (Braatøy, 1947; Bunkan, Radøy & Thornquist, 1982; Thornquist & Bunkan, 1986; Øvreberg & Andersen, 2002). Dette tilsier en oppmerksomhet på pasienten i videre forstand i undersøkelse og behandling. I så måte er det interessant å trekke frem pasientens reaksjoner ved håndspåleggelse: Pasienten smiler, løfter øyenbrynene, trekker pusten og ser vekk når fysioterapeuten berører henne. Videre garderer hun seg med muskelspenninger i armene, selv om hun verbalt uttrykker at massasje oppleves godt. I tillegg ses antydninger til at pasienten inntar mer barnlige, mindre modne væremåter i denne delen av behandlingen, hvilket er iøynefallende fordi det står i kontrast til det reelle aldersforholdet mellom partene.

Historisk sett ble berøring benyttet som behandlingsmetode allerede for mange tusen år siden. Blant annet står behandling i form av berøring beskrevet i både det gamle og det nye testamentet. Enda tidligere ses det også avbildet på over 15.000 år gamle hulemalerier i Pyreneene (Nissen, 2009). Et slikt historisk perspektiv gir et inntrykk av berøring som grunnleggende viktig for mennesket, og at det å bli berørt av andre kan ha helende funksjoner. Når berøring her ses i lys av pasientens kroppslige reaksjoner, kan det imidlertid forstås at berøring, kroppskontakt og massasje ikke alltid fungerer avspennende,

beroligende og ”helende”, slik flere hevder at det ofte fremstilles også i dag (Thornquist, 2003, 2009; Nissen, 2009; Gretland, 2007).

Massasje som behandlingsform kan sies å tjene ulike funksjoner avhengig av pasientens livshistorie, problemer, og ressurser (Gretland, 2007): For noen forbindes berøring med trygge og gode relasjoner og situasjoner. For andre kan berøring erfares som noe som er ekkelt og vondt, og forbindes med utrygge situasjoner og steder (Thornquist, 2003; Gretland, 2007). Avhengig av tidligere erfaringer kan berøringen vekke forskjellige sanselige minner, og gi ulike kroppslige reaksjoner (Gretland, 2007; Thornquist, 2003, 2009).

Det å bli å tatt godt hånd om kan bidra til at pasienter får gode erfaringer med egen kropp, og det kan være en kilde til bedre selvfølelse, utvikling og vekst, skriver Gretland (2007 s. 174). For pasienter som har et problematisk forhold til å være nær andre, er terapeutens evne til å tilpasse grad av nærhet og avstand til pasientens forutsetninger og behov, avgjørende for om behandlingen fungerer terapeutisk. Nærheten kan oppleves truende og vanskelig, men den kan også være livgivende og bidra til økt avgrensning og autonomi dersom pasienten til enhver tid *er med som person* (Gretland, 2007; Thornquist, 2009). Det terapeutiske ligger i å kunne hjelpe pasienten til *grenseoverskridelse* i god forstand (Gretland, 2007).

Av pasientens reaksjoner kan det forstås at kroppsbehandlingen nettopp *skrider over* grensen for den kroppskontakt pasienten tåler, uten å måtte gardere seg. Men idet terapeuten gjør pasienten meningsberettiget, og stimulerer pasienten til å holde oppmerksomhet på kroppen som fornemmelser, etableres et tydelig skille mellom den form for grenseoverskridelse som foregår i behandlingssituasjonen, og den form for grenseoverskridelse pasienten har traumatiske erfaringer med. Ved *grensekrenkelse* fratras personen subjektstatus (Gretland, 2007). I behandlingssituasjonen, har terapeuten i motsetning til dette, vedvarende oppmerksomhet på pasienten *som person*.

I lys av ovenstående blir forholdet mellom at pasienten tas godt hånd om, og at samtalen er lite følelses- og meningsorientert mer håndgripelig: Kroppslig aktivering av minner kan være ønskelig i behandling, men det avhenger av pasientens aktuelle livssituasjon og ressurser – om pasienten er i stand til å håndtere den emosjonelle belastning det innebærer (Gretland, 2007). Med henvisning til den innledende samtalen (jf. sinne, fortvilelse, angst), er det nærliggende å tenke at terapeuten forstår pasientens aktuelle livssituasjon som ”ekstra” belastende. Således kan det forstås at fysioterapeuten systematisk unngår nærhet verbalt, når hun samtidig arbeider med kroppslig nærhet til pasienten – som har erfaringer med neglisjering og grensekrenkelse.

Når nærhet og avstand er tema, er det også av interesse å dvele ytterligere ved den vekslingen og rekkefølgen i virkemidler for somatosensorisk stimulering som terapeuten benytter: Kroppsbehandlingen innledes med *indirekte* sansestimulering (ball) i et område som er utrygt for pasienten. Gretland (2007) fremhever hvordan en slik tilnærming kan gi pasienten sensorisk stimulering uten at det trenger å assosieres med nærhet og hender utenfor den aktuelle konteksten. Knetballen fungerer altså som et avstandsregulerende hjelpemiddel, som er med på å bygge bro fra det vante, før fysioterapeuten prøver ut med mer direkte kroppskontakt.

Når pasienten så vurderes tilstrekkelig stimulert i bena, instrueres hun i øvelser. Det interessante her er at øvelsene, på lik linje med massasjen, også i økende grad stiller krav til at pasienten må forholde seg til egen kropp, og til terapeuten. Det ses altså en progresjon i forløpet av timen, hvor det tas utgangspunkt i noe som er trygt nok for pasienten, til å ta passelige utfordringer til kontrollert grenseoverskridelse. I dette arbeidet kan terapeutens oppmerksomhet og varhet for pasientens kroppslige reaksjoner, sies å være avgjørende for at pasientens grenser ikke neglisjeres og krenkes.

Pasientens forhold til berøring og fysioterapeutens tilnærming til dette, kaster lys over betydningen av å søke innsyn i pasienters erfarings- og meningsverden, og av å gjøre pasienters bidrag relevante innenfor den kliniske rammen. Gjennom kroppslig så vel som verbal kommunikasjon kan fysioterapeuten få viktig informasjon om pasientens livshistorie, som kan være av avgjørende betydning for pasientens opplevelse- og utbytte av behandling (Thornquist og Bunkan 1986; Monsen 1989; Gunnari 1994; Gretland 2007;

Thornquist, 2009) Dette kan sies å være viktig innen all form for fysioterapi idet kroppskontakt og berøring ligger innbakt i yrkesrollen (Thornquist, 2003, 2009; Gretland, 2007).

4.4 Øvelser – bevegelse vekker minner

4.4.1 Å reise og sette seg

Fysioterapeuten initierer overgangen til den første øvelsen ved å sette seg ved siden av pasienten på benken. Hun forklarer og viser hvordan pasienten kan reise seg med fokusert oppmerksomhet på å kjenne vektbæring i bena. Pasienten inviteres til å prøve.

Bevegelsen vekker et ubehag hos pasienten som hun gir både kroppslig og verbalt uttrykk for. Dessuten tenderer hun til å dumpe ned på setet når hun setter seg, og uttrykker verbalt at bevegelsen er vanskelig. Ved spørsmål kommer det fram at vanskelighetene har å gjøre med frykt for mangel på kontroll. Øvelsen gjentas noen ganger, men pasienten tar lite initiativ til bevegelse. Hun blir sittende å vente på ny instruksjon mellom repetisjonene.

I forkant av situasjonen som følger har fysioterapeuten nettopp rost pasienten for at hun klarte å sette seg på en mer kontrollert måte. Dessuten har hun forklart at det å reise seg med god tyngde på bena kan være mer skånsomt for pasientens rygg.

Pasienten har et fornøyd uttrykk i ansiktet. Hun fniser og beveger litt urolig på seg, og blir værende i blikk-kontakten med terapeuten.

F: *Hva sier du selv?*

Pasienten virker betenkt. Hun ser i gulvet og lager en lang m-lyd. Det oppstår en pause i samtalen før pasienten løfter blikket og møter fysioterapeutens.

P: *Det er rart at det skal være så vanskelig.* (Ler og flytter litt på seg).

F: *Det er rart at det skal være så vanskelig?* (Legger hodet på skakke).

P: *Ja.* (Nikker).

F: *Men hvis du ikke er vant til å bruke benmusklene dine?* (Klasker hendene mot lårene. Lener seg fram og ser pasienten i øynene).

P: *Jeg kan merke jeg får angst av å skulle bruke dem. Det synes jeg er litt rart.* (Ler og viker med blikket før hun gjenoppretter kontakten med fysioterapeuten)

F: *Ja?* (Retter seg opp og ser spørrende på pasienten).

F: *Hva skjer da?* (Fører hånden til brystet).

P: *Jeg kan merke det på pusten. At det knurrer her i brystet. Og...* (Trykker en hånd mot brystbenet).

F: *Ja?* (Nikker).

P: *Jeg begynner å svette.* (Viser fram håndflatene).

F: *Hva minner det deg om?* (Demper stemmeleiet).

Spørsmålet følges av en nok en pause i samtalen hvor de to blir sittende å se på hverandre.

F: *Eller jeg kan spørre på en annen måte. Kjenner du det fra noen andre ting?* (Lener seg fram).

Pasienten blir sittende å se ut i luften en lang stund. Så synker hun sammen, vrir ansiktet vekk og gnir seg til pannen med hånden. Hun gråter. Terapeuten følger med på pasientens reaksjon uten umiddelbart å kommentere eller gjøre noe. Etter en kort stund tilbyr hun seg å hente et glass vann til henne og så skrur hun av kameraet.

Refleksjoner

Det kan virke som om terapeuten søker å bekrefte pasienten på at det er i orden at det er vanskelig å sette seg, i og med at hun ”ikke er vant til å bruke benmusklene”.

Forståelsesrammen hun her benytter legger ikke umiddelbart opp til å knytte pasientens kroppslige funksjon til noe i hennes erfaringsverden. Allikevel presenterer pasienten sin angstreaksjon som hun knytter an til bevegelsen, eller bruken av/kontakten med bena.

Terapeuten toner seg inn på pasientens erfaringsverden; med hånden til brystet gir hun uttrykk for en forståelse av at angst kan merkes nettopp i dette kroppsområdet. I

forlengelse inviterer hun pasienten til å komme med seg og sitt gjennom

spørsmålsstillingen og nikkingen. Hånden er også ledende for hvilket svar hun søker fra

pasienten: Pasienten svarer med å beskrive *hvor og hvordan* angstreaksjonen kommer *kroppslig til uttrykk* hos henne. Deretter stiller terapeuten et spørsmål som direkte søker å knytte pasientens reaksjon til noe i hennes erfaringsverden; hva *minner* det deg om? Samtidig understreker hun alvoret i situasjonen og reaksjonen ved å dempe stemmeleiet og avvende pasientens svar. Da svaret ikke kommer, reformulerer terapeuten spørsmålet som så ser ut til å treffe noe i pasientens erfaringsverden; spørsmålet om pasienten *kjenner igjen* det som skjer leder til at hun begynner å gråte.

Situasjonen fortsetter: Fysioterapeuten spør pasienten hva hun tror det kan handle om. Videre spør hun etter kvalme, hvilket pasienten svarer bekreftende på. Fysioterapeuten legger et teppe rundt pasienten før hun setter seg overfor henne igjen, avventende.

P: *Det kommer et bilde fram av meg som barn, hvor jeg står opp og folk dytter meg ned. Og så fjerner de stolen bak meg. Jeg slår meg skikkelig! (Hikster). (Tørker tårer fra kinnene).*

F: *Jeg forstår godt at du er lei deg! Det var da heller ikke overhodet greit!*

Fysioterapeuten rister på hodet og går og henter en pakke servietter før hun setter seg overfor pasienten igjen. Hun er orientert mot pasienten og søker til stadighet kontakt med blikket.

F: *Og det er det jeg mener når jeg sier at det kan være hardt å jobbe med noe i fysioterapien, for det kan komme sånne flashbacks.*

P: *Mm. (Trekker pusten dypt).*

F: *Men da skjønner jeg jo også at du synes det er ubehagelig, når du har så dårlige opplevelser med det.*

Refleksjoner

Utdraget illustrerer hvordan kroppen kan lagre minner, og hvordan bevegelser kan aktivisere erfaringer fra tidligere i livet. Terapeutens spørsmål gir inntrykk av at hun her nettopp søker å etablere forbindelser mellom pasientens kroppslige funksjon, plager og erfaringer. Terapeuten markerer alvoret i pasientens reaksjon og situasjonen ved å stoppe

opp og etablere kroppslig kontakt via blikket. Hun trøster og viser omsorg ved å hente servietter og legge teppe om pasienten, men hun gjør ikke noe terapeutisk på kroppslig vis for øvrig mens samtalen pågår. Fysioterapeuten alminneliggjør reaksjonen ved å si at det å jobbe med noe kroppslig som i fysioterapien, nettopp kan innebære å komme i kontakt med vanskelige følelser og minner. Deretter går hun igjen tilbake til reaksjonen som personlig opplevelse ved å bekrefte og anerkjenne pasientens ubehag ved det å sette seg.

4.4.2 Å gjenvinne et trygt utgangspunkt

Situasjonen etter reaksjonen er preget av lange øyeblikk med stillhet, innimellom en lavmælt samtale. Pasienten sitter sammensunken. Hun er fjern i blikket. Terapeuten sitter overfor, fokusert og orientert mot henne.

F: *Hvordan er det å få satt ord på det sånn?*

P: *(Kremter). Det blir lettere å trekke pusten. Men kvalmen, den blir bare værende syns jeg.*

F: *Gjør den det? Vet du om noe som kan hjelpe mot kvalmen?*

Pasienten blir sittende å se ned. Hun svarer ikke.

F: *Hjelper det å komme ned i liggende? Hjelper det å komme opp å stå?* (Hever stemmen en aning mens hun legger hodet på skakke og søker blikk-kontakt).

P: *Hm. Bare sitte stille eller ligge. Jeg skal i alle fall ikke reise meg opp!* (Løfter blikket og møter fysioterapeutens. Smiler og ler kort).

F: *Nei?* (Rister lett på hodet).

F: *Vil du legge deg litt på siden?*

P: *Ja.* (Strekker på overkroppen og nikker. Drikker litt vann).

Terapeuten reiser seg for å ordne lakenet på benken hvor pasienten sitter, bak henne. Da hun ikke kommer til fordi pasienten sitter på lakenet skjer følgende:

F: *Sandra, kan du bare...?*

Pasienten vrir på hodet og oppdager at terapeuten fomler med lakenet bak henne. Hun reiser seg umiddelbart når hun ser at hun sitter på det. Hun går og setter vannglasset fra seg samtidig som hun tar initiativ til å fortsette å snakke om flashback-reaksjonen, nå på en mer kontrollert måte uten gråt og med tydeligere stemme. Når terapeuten har lagt lakenet på plass, setter pasienten seg på samme sted som tidligere. Hun inntar samme sammensunkne holdning og retter blikket ned som før.

Refleksjon

I denne situasjonen virker det som om pasienten er delvis et annet sted. Hun er fjern i blikket, tilbaketrukket, og hun responderer langsomt på terapeutens spørsmål. Terapeuten holder henne imidlertid fast i her-og-nå situasjonen ved å stille spørsmål som hun krever svar på. Når pasienten ikke svarer, gjenoppretter terapeuten samspillet ved å heve stemmen og sørge for kontakt med blikket. Dessuten reformulerer hun det åpne spørsmålet til en mer lukket variant som det er lettere for pasienten å svare på, men som allikevel krever at pasienten må ta stilling til egne behov.

Pasienten uttrykker tydelig at hun ikke ønsker å reise seg. På terapeutens umiddelbare reaksjon virker det som om hun respekterer dette, og handlingene hun følger opp med gir inntrykk av at hun vil tilrettelegge for å ivareta pasientens behov for å ligge. Det som imidlertid skjer er at terapeuten implisitt ber pasienten om å flytte på seg da hun ikke kommer til lakenet som pasienten sitter på. Pasienten, som ikke lenger har fokusert oppmerksomhet på bena, reiser seg som den største selvfølge. I forlengelse av dette blir hun tydeligere i stemmebruk, og også mer reflekterende og pratsom. Når hun setter seg igjen, går hun tilbake til den mer tilbaketrukne, sammensunkne, ”offer”-posisjonen hun hadde innen.

4.4.3 Drøfting: Kroppen ”husker”

Den fenomenologiske kroppen betraktes med et historisk perspektiv der tidligere erfaringer er med på å forme fremtidig persepsjon og handling (jf. Merleau-Ponty, 1994; Thornquist, 2003). Bourdieu (1999) fremhever i tråd med dette hvordan livssituasjon og livshistorie nedfelles kroppslig og kommer fysisk til uttrykk i bevegelsesvaner og reaksjoner. Bourdieu henviser til Merleau-Ponty som trekker fram hverdagsaktiviteter å sykle og skrive på maskin når han understreker at hukommelse og kunnskap sitter ”i hendene” og ”i

kroppen”; det er ”...vår kropp som ”vet” og ”forstår” (Thornquist, 2009 s. 194). Merleau-Ponty (1994) understreker ytterligere at persepsjon og handling står i et gjensidighetsforhold til hverandre, og at persepsjon og bevegelse er to sider av samme sak: Hva vi persiperer avhenger av kroppens muligheter. Når noe oppfattes som høyt eller lavt, lett eller vanskelig, har dette altså med kroppens orientering og muligheter til å bevege seg å gjøre (Thornquist, 2003).

Med utgangspunkt i Merleau-Ponty og Bourdieu utvikles en gryende forståelse for det som skjer i samhandlingssituasjonen når pasienten får sin reaksjon med flashback fra barndommen: Å reise- og sette seg er en bevegelse som kan sies å være en del av menneskers ”ryggmargskunnskap” eller vår kroppslige hukommelse. Det er en aktivitet som vi utfører mange ganger om dagen, og som vi tar for gitt at vi kan. Vårt tattfor-gittforhold til bevegelsen (eller til vår væren-i-verden) forutsetter imidlertid at kroppen er frisk og fungerer som den skal. Da kommer kroppen i bakgrunnen for vår oppmerksomhet (Leder, 1990; Merleau-Ponty, 1994; Thornquist, 2003; Råheim 2002). Når sykdom inntreffer og skader oppstår, og kroppens muligheter til fri utfoldelse begrenses, skjer imidlertid en forskyvning av oppmerksomhetsfeltet. Kroppens objekt-status kommer i forgrunnen: Vi utvikler et betrakterforhold til vår egen kropp, der vi må planlegge og reflektere over bevegelser og aktiviteter som vi ellers tar for gitt (Leder, 1990; Merleau-Ponty, 1994; Thornquist, 2003, 2009; Råheim 2002). I behandlingssituasjonen hvor pasienten skal øve på å reise- og sette seg kan det sies at hun stimuleres på tilsvarende måte, til å ha oppmerksomheten rettet *mot kroppen*.

Med fokusert oppmerksomhet på bena reiser og setter seg pasienten, på oppfordring fra terapeuten. Men det ses at hun tar lite initiativ til bevegelse selv. Hun blir sittende, avventende, til hun får ”beskjed” om å prøve igjen, og igjen. I tillegg ler hun usikkert hver gang hun setter seg, og hun avbryter bevegelsen flere ganger ved å reise seg igjen. Ubehaget hun kjenner på kommer *til syne* gjennom hennes kroppslige reaksjoner og væremåter. I tillegg uttrykker pasienten verbalt at hun synes det er vanskelig. Terapeuten formidler at hun ser og hører, men denne gangen har terapeuten ikke oppmerksomheten rettet mot pasientens erfarings- og meningsverden som sådan – ikke til å starte med: Fysioterapeuten er opptatt av bevegelseskvalitet, og hun oppfordrer pasienten til å legge

merke til hvordan hun bruker bena i bevegelsen. Etter hvert oppfordres pasienten også til å kjenne etter hva det er som er vanskelig, og hva som er utrygt. Som det kommer frem av beskrivelsen har pasienten vanskelig for å sette seg uten å dumpe ned på setet, og ut i fra den forståelse terapeuten formidler, kan det sies at pasienten har vanskelig for å etablere tilstrekkelig kontakt med benmuskulaturen – til holde igjen mot tyngdekraften på veien ned. Pasienten selv knytter vanskelighetene til en frykt for mangel på kontroll.

Når persepsjon og bevegelse er å betrakte som to sider av samme sak, kan det også forstås at mennesker kan skjerme seg for inntrykk ved å unngå bestemte bevegelser, eller ved for eksempel å stive seg av (Gretland, 2007; Thornquist, 2009). Bevegelsesmåter som biomekanisk sett er å forstå som uhensiktsmessige, kan således være hensiktsmessige for den det gjelder, selv om det innebærer ”uheldig” belastning for kroppen som biologisk organisme (Gretland, 2007; Thornquist, 2009). I samhandlingssituasjonen som utspiller seg ses at fysioterapeuten til å starte med har sin oppmerksomhet på kroppens ”biologiske belastningsforhold”, for å uttrykke det litt enkelt. Hun er som nevnt fokusert mot bevegelseskvalitet og er opptatt av at det å reise seg med ”god tyngde på bena” også er mindre belastende for pasientens rygg. Når pasienten uttrykker at øvelsen er vanskelig, ”plasserer” terapeuten vanskelighetene ut fra sin egen forståelse; at dette ikke er merkelig, i og med at pasienten ikke er ”vant til å bruke benmuskulene”. Implisitt formidler fysioterapeuten en forståelse for at pasientens måte å sette seg på, til vanlig, innebærer *unngåelse* av kontakt med benmuskulaturen. Dette er interessant fordi pasienten i situasjonen således ”tvinges” til å bevege seg på måter hun ellers søker å unngå – hvilket det på bakgrunn av reaksjonen som følger, kan sies at hun har ”gode grunner” til.

Som et barn som husker at det var brennende varmt å legge hånden på den røde induksjonstoppen på komfyren – og derfor unngår å repetere handlingen – har pasientens traumatiske erfaringer satt kroppslige spor: Som barnet søker hun også å unngå repeterende kontakt med det smertefulle. Ved å unngå spesielle bevegelser og kontakt med spesielle kroppsområder, skjermer hun seg altså fra inntrykk som som hun ønsker å beskytte seg fra. Men når oppmerksomheten flyttes til kroppen, og pasienten ”tvinges” til å etablere kontakt med kroppsområdet og bevegelsene, vekkes hennes kroppslige

hukommelse; det som en gang var vondt og vanskelig ”bobler til overflaten”, og kroppen må finne nye måter å beskytte på. Pasienten får angst.

Når terapeuten omsider toner seg inn på pasientens verden og tematiserer angstreaksjonen, får pasienten ytterligere kontakt med kroppen. Og med ordene ”*hva minner det deg om?*”, stimulerer terapeuten pasienten til å knytte assosiasjoner og minner til reaksjonen. Det er imidlertid ikke før terapeuten reformulerer spørsmålet, at hun treffer noe i pasientens erfarings- og meningsverden: Traumatiske minner fra tilsvarende bevegelse og muskelbruk, som pasienten har fortrenget gjennom år, kommer til bevisstheten. Ytterligere blander minnene seg inn i nåtiden på en måte som gjør at pasienten erfarer at hun *er* tilbake i fortiden, slik Thornquist (2003) beskriver at kan skje.

Med oppmerksomheten på kroppen som ”det inkarnerte objekt” pasienten ikke kan fjerne seg fra (uttrykk hentet fra Thornquist, 2003), får pasienten altså kroppslige reaksjoner. Disse kroppslige reaksjonene kan forstås som beskyttelsesstrategier eller unngåelsesmekanismer for å ”slippe” å komme i kontakt med noe som har vært vondt og vanskelig. Med terapeutens perspektivveksling og inntoning på pasienten (jf. Thornquist, 2003), følger spørsmålene som søker å knytte pasientens kroppslige reaksjoner til noe i hennes erfarings- og meningsverden, og med spørsmålene treffer terapeuten noe sentralt i pasientens livshistorie. Traumatiske erfaringer fra barndommen kan sies å ha direkte tilknytning til et kroppsområde pasienten har problemer i – et kroppsområde som også har vært i fokus gjennom hele behandlingen, og som fysioterapeuten har tilstrebet å ta ”godt hånd om”.

At pasienten etter flashback-episoden igjen kan reise seg som den største selvfølge kan forstås ved at hun ikke lenger har et betrakterforhold til egen kropp, men isteden har oppmerksomheten i samtalen *om* kroppen (jf. Leder, 1990; Merleau-Ponty, 1994). Her ses imidlertid igjen en misforhold mellom terapeutens intensjoner og hennes handlingers funksjoner som det er verdt å merke seg: Pasienten uttrykker tydelig at hun *ikke* ønsker å reise seg. Det kan forstås at hun ikke ønsker ytterligere tyngde på- og kontakt med bena. Pasienten foretrekker heller å avrunde situasjonen i sideleie. Fysioterapeuten tilstreber å etterkomme pasientens ønsker, grenser og behov, men idet hun ikke kommer til lakenet når

hun skal ordne benken, ber hun implisitt pasienten om å reise seg likevel. Pasienten setter umiddelbart sine egne behov til side og reiser seg for å imøtese terapeutens – hun har således, i et kort øyeblikk, oppmerksomheten rettet mot terapeuten og terapeutens prosjekt framfor seg selv.

I stående stilling flytter pasienten oppmerksomheten tilbake til seg selv, men nå virker hun mer reflektert og kontrollert. Hun er ikke lenger *i* minnene, ikke *i* sine kroppslige reaksjoner. Forstått med Merleau-Ponty (1986) kan det sies at pasienten, med en forankring i nuet, kan språkliggjøre erfaringene og reflektere over meningssammenhenger i sine kroppslige forhold. Men idet hun setter seg igjen skjer det noe interessant: Hun går tilbake til den hjelpetrengende ”offer”-posisjonen som innen. Om en her holder fram informasjon om pasientens forhold til egne omsorgspersoner (oppsummert innledningsvis), kan det forstås at hun med dette søker å få dekket et behov hun har manglet i oppveksten; en trygg voksenperson som kan lytte, forstå og trøste. Spekulativt kan det kanskje forstås at regresjonen, som antydte tidligere, har å gjøre med liknende forhold – der terapeuten ubevisst tar på seg ”moderlige” omsorgsoppgaver som strekker seg ut over hennes rolle som fagutøver.

4.5 Språk og innlevelse – en avrundning

Med økende fokus på brukermedvirkning i dagens helsetjeneste er det lett å vektlegge forskjellene mellom partene, og følgelig overse det partene har felles. Med en i tillegg økende erkjennelse av spriket mellom profesjonell kunnskap og livserfaring (Thornquist, 2009), synes det spesielt interessant å trekke frem hvordan fysioterapeuten gjennomgående i behandlingen benytter allmennmenneskelige og felleserfaringer i møte med sin pasient: Fysioterapeut og pasient snakker om pasientens kroppslige forhold ut i fra pasientens erfarings- og meningsverden. Fysioterapeuten tar i beskjeden grad i bruk faguttrykk (jamfør approksimasjoner) og faglige forklaringsmodeller. Hun stimulerer isteden pasienten til selv å knytte kroppslige reaksjoner til følelser, og til sosiale begivenheter.

”Et viktig anliggende i fysioterapi er å bidra til at pasienter utvikler kroppskontakt som kilde til erfaringsnære begrep om kroppen”, skriver Gretland (2007 s. 184). ”...Det å få begrep om seg selv er å få grep om seg selv” (Gretland, 2007 s. 186). Tatt hele behandlingen i betraktning kan det diskuteres hvorvidt pasienten i stor utstrekning får

”begrep om seg selv”. Men ved at fysioterapeuten snakker om kroppen på måter som pasienten kan kjenne seg igjen i, og etterspør pasientens forståelse av sammenhenger, ligger forholdene til rette for dette: Forstått i et fenomenologisk perspektiv kan fysioterapeuten ved å legge til rette for at pasienten utvikler erfaringsnære begrep om kroppen, bidra til å forankre pasienten i en felles virkelig verden der det er mulig å dele erfaringer (Thornquist, 2003; Gretland, 2007). Om pasienten virkelig får erfaringsnære begrep om seg selv forutsetter imidlertid et meningsfylt språk, og for at språkbruken skal bli meningsfull, må den samsvare med pasientens erfaringer og fornemmelser, tanker og følelser (Gretland, 2007).

Et slikt perspektiv kaster lys over det språk vi har til rådighet gjennom vår fagterminologi, og hvordan det ut fra ulike oppfatninger av kroppen benyttes ulike begrepsverdener til å beskrive denne: Den *biologiske kroppen*, som oftest aktualiseres i fysioterapi, omtales gjerne med begreper knyttet til organer og fysiologiske prosesser. Likeledes omtales den *sosiale kroppen* ofte i termer som omhandler (selv)følelse og relasjoner, historie, nåtid og forventninger til framtiden. Til sist kan nevnes den *syke kroppen*, som oftest beskrives med begreper om symptomer, sykdommer og behandling (Gretland, 2007 s. 185).

Helsepersonell bærer altså kulturarven med seg også i fagspråket; kropp-sjel-dualismen og det instrumentelle kroppssynet er *nedfelt* i våre organisasjoner og videreføres *gjennom* vår praksis (Thornquist, 2009 s. 41). I beskjednen grad er det utviklet et fagspråk som tar utgangspunkt i kroppen som ”*sentrum for erfaring og erkjennelse*” (Thornquist, 2009 s. 89). Dette er tankevekkende om man holder frem kunnskap fra fenomenologi og hermeneutikk, hvor språket forstås å være avgjørende for hva vi ser og hva vi overser, for hvordan vi tolker og forstår (jf. Thornquist, 2003). Således kan det sies å ligge felles helsefaglige potensialer i å analysere og utvikle det fagspråk vi som helsepersonell *deler*.

I lys av hva Merleau-Ponty (1994), Thornquist (2003, 2009) og Gretland (2007) skriver, kan det forstås at fysioterapeuten i forlengelse av å ta i bruk et språk hun deler med pasienten, lever seg inn i det pasienten forteller; hun tar på en måte pasientens perspektiv og får med dette en forståelse for pasientens situasjon, hennes følelser og kroppslige reaksjoner. At terapeuten tar i bruk felleserfaringer i møtet med pasienten bidrar altså til at

partene får en felles plattform å stå på – en felles referanseramme som utgangspunkt for møtet. Og *måten* dette gjøres på, bidrar til at pasientens erfaringer anerkjennes og til at hennes bidrag får terapeutisk verdi.

Terapeuten kan kanskje ikke forstå pasientens personlige erfaringer fullt ut (jf. Thornquist, 2003), men gjennom å stimulere til språkliggjøring av dem, kan terapeuten ut fra egen forståelse, sette seg inn i pasientens sted (jf. Merleau-Ponty, 1986). Refleksjonene pasienten gjør seg bidrar i sin tur til at pasienten kan lære seg selv bedre å kjenne. Dette kan forstås i lys av fenomenologisk teori der *overskridelse* knyttes til bevissthet og meningsdannelse (jf. Merleau-Ponty, 1986). Kommunikasjonslitteraturen holder på lik linje fram metakommunikasjon som forutsetning for å forstå seg selv og andre (Watzlawick et al., 1967).

Ut i fra dette kan det trekkes en viktig konklusjon: Basert på den forståelse fysioterapeuten får gjennom å stimulere pasienten til språkliggjøring av opplevelser og erfaringer, i kombinasjon med en oppmerksomhet på pasientens reaksjoner, får hun grunnlag for å handle faglig adekvat: Behandlingen tilpasses pasientens behov og grenser, og bidrar til grenseoverskridelse i *god forstand*. Dette tilsier at det ligger terapeutisk verdi i å stimulere pasienter til deltakelse *gjennom* å gjøre deres erfarings- og meningsverden relevant.

5.0 Avsluttende kommentarer

Noe som fremtrer som helt sentralt i samhandlingssituasjonen som studeres er hvordan fysioterapeuten forholder seg til pasienten som et kroppslig subjekt med levd liv – som et kroppslig erfarende vesen. Dette kommer til uttrykk allerede i det første som sies, når pasienten inviteres til å *ta plass*. Samtalen har en sentral plass i behandlingen, og det ses variasjoner i kroppslig og verbal samhandling der det stilles gradvis økte krav til pasienten om å forholde seg til terapeuten. Ytterligere stilles det gradvis økte krav til pasienten om å forholde seg til seg selv: Hun inviteres i første omgang til å erfare seg selv på et nivå med persepsjon av sanseinformasjon, siden på et nivå med assosiasjoner og følelser.

Fysioterapeuten forholder seg til bevegelser, stillinger og verbale ytringer som meningsbærende uttrykk. Hun følger pasientens bidrag både med ord og på kroppslig

vis, og gjør dessuten pasienten delaktig i sine observasjoner og betraktninger (jf. ”*jeg kan godt se på deg at du er lei deg*”). På den måten får de to innblikk i *hverandres* verden. Fysioterapeuten bruker behandlingssituasjonen først og fremst til å få fram pasientens kroppsfornevelser, men det etableres også forbindelser mellom pasientens kroppslige forhold og hennes erfarings- og meningsverden. Således ses at fysioterapeuten benytter et perspektiv som søker å knytte kropp, situasjon og følelser sammen.

Pasienten bidrar også selv til en tenkning om sammenhenger mellom kropp og følelser. Hun knytter blant annet muskulære spenninger sammen med et behov for kontroll og en kroppslig beredskap. Følelser som sinne og fortvilelse knyttes ytterligere til kroppslige væremåter og reaksjoner, og trekkes inn i forbindelse med fortellinger om vanskelige sosiale situasjoner. Dermed er begge parter med på å definere premissene for hva som skal gjelde som relevant og viktig i behandlingen. I samhandlingen ses således langt på vei to aktive deltakere som synes å dele referanseramme. De er orientert mot kroppen som opplevelse og erfaring, og ser kroppslige reaksjoner og væremåter i sammenheng med levd liv.

Fysioterapeuten fremstår som målrettet, involvert og engasjert på en måte som synes å fremme pasientens deltakelse. Hun er der for pasienten, med vedvarende oppmerksomhet og aktiv arbeidsinnsats i form av instruksjon, informasjon og spørsmål som åpner for kroppskontakt og refleksjon. Dessuten stimulerer hun pasienten til å ta initiativ til å komme med seg og sitt. Det ses imidlertid også innslag av væremåter og handlinger som synes å *forhindre* pasientens deltakelse. Blant annet tar fysioterapeuten omsorgsfullt ”hånd om” pasienten, med en *handlingsiver* som søker å ivareta pasientens kroppslige grenser, men som samtidig stimulerer til passivering, tilbaketrekning og ansvarsfraskrivelse. Gjennomgående ses allikevel at terapeuten underbygger pasientens subjektstatus, også på kroppslig vis, og hun bruker sin faglige autoritet til å gjøre pasienten til en likeverdig deltaker i behandlingen; pasientens perspektiv anses relevant, hennes opplevelser, erfaringer og refleksjoner som viktige. På bakgrunn av kommunikasjonsstrategiene terapeuten benytter seg av, kombinert med hennes vedvarende oppmerksomhet på pasienten, fremstår behandlingen som pasientsentrert, selv om den langt på vei er terapeutstyrt.

Referanseliste

- Bateson, G., & Jackson, D. D. (1970). *Some Varieties of Pathogenic Organization*. I Jackson, D. D. (Red.), *Communication, Family, and Marriage. Human Communication*. (s. 202). Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Bavelas, J. B. (1990). Behaving and Communicating: A Reply to Motley. I *Western Journal of Speech Communication* 54, 593-602.
- Binder, P. E. (2000). Den meningsbærende andre i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 37, 327-334.
- Bordin, E.S (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bourdieu, P., Prieur, A., & Ringen, E. (1999). *Meditasjoner*. (s. 134-166) Oslo: Pax.
- Braatøy, T. (1979). *De nervøse sinn : Medisinsk psykologi og psykoterapi del I og II* (Ny utg. [1947]). Oslo: Cappelen.
- Bråten, S. (2004) *Kommunikasjon og samspill. Fra fødsel til alderdom*. (Ny utg. [1998]). Oslo: Tano Aschehoug.
- Bunkan H.B., Radøy L., Thornquist E. (1982). *Psykomotorisk behandling: Festskrift til Aadel Bülow- Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkan, B. (2001). Psykomotorisk fysioterapi--prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 121(24), 2845-2848.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basic of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. (3.utg.). (s. 159-165). London: Sage.

- Delia, J. G. (1987). *Communication Research: A History*. I C. R. Berger, & S. H. Chaffee (Red), *Handbook of Communication science*. (s. 20-98). Newbury Park: Sage Publications.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2016, 27.april). Redelighet, sannferdighet og etterrettelighet. Hentet 27. april 2016 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Naturvitenskap-og-teknologi/redelighet-sannferdighet-og-etterrettelighet/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2010). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet 26.april fra www.etikkom.no
- Dragesund, T. (2001). *Endring av fysisk funksjon hos langtidssykmeldte pasienter med muskel og skjelettlidelser*. Kristiansand: Høyskoleforl., 2001.
- Ekeland, T.-J. (1999). *Meining som medisin: ein analyse av placebifenomenet og implikasjonar for terapi og terapeutiske teoriar*. Bergen: Institutt for samfunnspsykologi, Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen.
- Ekerholt, K., & Falck, M. (1995). *Fotfeste : En kroppsbasert behandlingsprosess* (En Pax-bok). Oslo: Pax.
- Engelsrud, G. (1990). *Kjærlighet og bevegelse: Fragmenter til en forståelse av fysioterapeutisk yrkesutøvelse*. Oslo: SIFF, Helsetjenesteforskning Rapport nr. 1
- Fangen, K. (2010). *Deltakende observasjon* (2. Utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. (s. 14-15). New York: Basis Books.
- Goffman, E. (1955). On Face-Work. *Psychiatry*, 18 (3), 213-231.
- Goffman, E. (1963). *Behavior in public places: Notes on the social organization of gatherings*. New York: Free Press.

- Goffman, E. (1974). *Frame analysis: An essay on the organization of experience* (Harper torchbooks). New York: Harper & Row.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen: fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Griffin, Em. (1997). *A First Look at Communication Theory*. New York: McGraw-Hill.
- Gunnari, B. (1994). *Et Behandlingsforløp: En Case-studie Med Psykomotorisk Fysioterapi*. (s. 99-114) Oslo: Hovedfagsoppgave. Institutt for spesialpedagogikk. Universitetet i Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011, 16. desember). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Hentet: 26.april 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015, 2. juli). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet: 26. april 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016, 2. juli). Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Hentet: 26. april 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Irgens, E. (2010). *Samhandling mellom fysioterapeut og synspedagog i behandling av pasienter med hjerneslag: Tverrfaglig tilnærming i praksis*. Tromsø: Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø
- Isebakke, J. (2007). *KOMMUNIKASJON I LYS AV EN INTERAKSJONSTILNÆRMING: Watzlawick, Bavelas & Jacksons kommunikasjonsteori* (Hovedoppgave). Oslo: Pedagogisk forskningsinstitutt, Det utdanningsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo,

- Jordan, B., & Henderson, A. (1995). Interaction analysis: Foundations and practice. *J. Learn. Sci.*, 4 (1), 39-103.
- Kendon, A. (1988). Goffman's Approach to Face-to-Face Interaction. I P. Drew, & A. Wotton (Red.), *Erving Goffman Exploring the Interaction*. (s. 14-40) Cambridge: Polity Press
- Leder, D. (1990). *The absent body*. (s. 1-99). Chicago: University of Chicago Press.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning, forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, Nr. 25, 2002, 122:2468 – 72.
- Merleau-Ponty, M. (1986). *Phenomenology of perception*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax.
- Monsen, J. T. (2000 [1990]). *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi*. Oslo: Tano.
- Monsen, K. (1989). *Psykodynamisk kroppsterapi: En behandlingstilnærming basert på fysioterapi og psykologi*. Oslo: TANO.
- Nissen, M. (2009). Berøre og bli berørt. *Fysioterapeuten*, 28, 30-31.
- Norcross, J. C. (2002). *Empirically supported therapy relationships: Conclusion and recommendations of the Division 29 Task Force*. Oxford: Oxford University Press.
- Polit, D., & Beck, C. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ruesch, J., & Bateson, G. (1951). *Communication. The Social Matrix of Psychiatry*. New York: W.W. Norton & Company.

- Ruyter, K. W. (2003). *Forskningsetikk. Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Råheim, M. (2002). Kroppsfenomenologi - innsikt relevant for klinisk praksis. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, Nr. 25, 122:2477 – 80
- Schibbye, A. (1988). *Familien: Tvang og mulighet: Om samspill og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Silverman, D. (2000). *Analyzing Talk and text*. I Denzin, N. K. & Lincoln Y. S. Lincoln (2000). *Handbook of Qualitative Research* Second Edition (s. 821-834). Thousand Oaks: Sage.
- Silverman, D. (2005). *Doing qualitative research* (2. Ed.). London: Sage Publications Ltd.
- Stern, D. (2000). *Spædbarnets interpersonelle verden: Et psykoanalytisk og utviklingspsykologisk perspektiv* (3. utg.). København: Hans Reitzels forlag.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (1990). Communication: What happens during the first encounter between patient and physiotherapist? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 8 (3), 133-138.
- Thornquist E. (1998). *Klinikk, kommunikasjon, informasjon*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Thornquist, E. (2012). *Movement and interaction: The Sherbourne approach and documentation*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thornquist, E., & Gretland, A. (2003). Kropp, samtale og deltakelse. Del II: En nærstudie. *Fysioterapeuten*, 2003; (9), 15-20.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate*. London: Lawrence Erlbaum.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: Norton.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (2014). *Pragmatics of human communication: a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. (Pb. Ny utg. [1967]). New York: Norton.
- Wiener, N. (1948). *Cybernetics: Or Control and Communication in the Animal and the Machine*. Cambridge: Technology Press.
- Zeiner, H. (2013). *Intersubjektiv Samhandling Og Gylne øyeblikk I Norsk Psykomotorisk Fysioterapi*. Tromsø: Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø.
- Øberg, G. (2009). Fysioterapeuters oppmerksomhet og dynamiske hender i behandling av for tidlig fødte barn. *Fysioterapeuten*, 2009(8), 18-25.
- Øien, A., Steihaug, S., Iversen, S., & Råheim, M. (2011). Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 53-61.
- Øvreberg, G., & Andersen, T. (2002). *Aadel Bülow-Hansen's fysioterapi: en metode til omstilling av ansent muskulatur og hemmet respirasjon*. Skarnes: Compendius.
- Øvreberg, G. (1997). Om psykomotorisk fysioterapi: Metode – samarbeid – kommunikasjon. *Fysioterapeuten*, 1997; 64 (6), 11-13.

Vedlegg 1

Observasjonsguide

- hva ønsker jeg å se etter?

Når og hvordan finner følgende scenarier sted:

- Når og hvordan styrer T temavalg
 - Setter hun premissene i behandlingsrommet?
 - Når lar hun P styre ordet?
- Når og hvordan inviteres P til deltakelse? Når stimuleres hun til passivitet?
 - Med ord/verbalt
 - Hvilke ord brukes?
 - Åpnende eller lukkede spørsmålsstillinger?
 - Når omformulerer T sine spørsmål?
 - Lyder uten ord?
 - Forklaringer på aktivitet
 - Utførelse
 - Hensikt
 - Tonefall/stemmebruk
 - Gjennom handling/kroppslig
 - Gester?
 - Ansiktsuttrykk/mimikk
 - Aktivitet - viser
 - Hvilke aktiviteter introduseres og når?
 - Får P være med å velge aktivitet?
 - **Når og hvordan stimuleres hun til**
 - **Å se**
 - **Å bevege**
 - **Å kjenne etter**
 - **Å se sammenhenger mellom kroppslig funksjon og erfarings- og meningsverden (herunder kropp, følelser og sosiale forhold).**
- Entydige og/eller tvetydige budskap
 - I kroppslige og verbale uttrykk
 - Samsvar eller motstridende?
 - Formidles samme budskap med kropp og ord?
 - Supplerer eller utfyller ord og handling hverandre?
 - Misforståelser?
 - Når og hvordan oppstår de?
 - Når og hvordan løses de?
- Når og hvordan svarer de hverandre med ord?
- Når og hvordan svarer de hverandre med handling?
- Felles oppmerksomhet – når og hvordan, om hva?

- Snakker de om det samme?
 - Er de sammen om aktivitetene?
 - Hvordan kommer det til uttrykk når de ikke har felles oppmerksomhet?
- Er spørsmålsstillingene/instruksjonene tydelige?
- Er det samsvar mellom kroppslig orientering, blikkretning og posisjonering? (Og ord?)
 - Når og hvordan er det? Og når og hvordan er det det ikke?
 - Hvordan posisjonerer T seg i forhold til P?
 - Over/under/likeverdig høyde?
 - Avstand/nærhet
 - Under samtalen
 - Under benkebehandlingen
 - Avslutningsvis
- Når og hvordan gjør T Ps meningsverden relevant?
 - Når og hvordan viser T at hun lytter til P?
 - Hvordan kommer det til uttrykk i ord og i handling?
 - (Når og hvordan alminneliggjøres helsetilstand/plager/symptomer?)
 - (Når og hvordan tematiseres helsetilstand/plager/symptomer?)
- Når og hvordan oppstår pauser?
 - Hva kommer ut av dem?
- Når og hvordan oppstår latter?
 - Ensidig
 - Gjensidig
- Når og hvordan oppstår gråt?
 - Hvordan møter T Ps gråt?
 - Med ord og med handling
- I hvilke situasjoner søker T blikkontakt? Hvordan gjør hun det?
- I hvilke situasjoner søker P blikkontakt? Hvordan gjør hun det?
 - Blir blikket møtt?
 - Er det situasjoner hvor P søker blikkontakt som T ikke oppfatter?
- Når gjentas bevegelser?
 - Når gjentas de ikke?
- Hvordan er rommet organisert? (Sosiomaterien)
 - Er det lagt til rette for at P skal føle seg vel?
 - Stolene – under samtalen
 - Benken – gjennom behandlingen
 - Annet utstyr?

Vedlegg 2

UNIVERSITETET I TROMSØ UiT



DET HELSEVITENSKAPELIGE FAKULTET
INSTITUTT FOR HELSE- OG OMSORGSFAG
FAGGRUPPE FOR MASTER- OG PHD- STUDIER

AVTALE OM BRUK OG OPPBEVARING AV VIDEOFILM

Jeg var orientert på forhånd om opptak av video foretatt (dato:) og planlagt etterbruk i veiledning 27. nov. 2012.

Jeg samtykker videre til at dette video-opptaket kan brukes av førstelektor Anne Gretland i utdanning ved Universitetet i Tromsø. Det innebærer at filmen kan vises for utvalgte studenter og vitenskapelig ansatte, og at den kan legges til grunn for skriftlige gjengivelser og drøftinger i oppgavesammenheng av de som er nevnt i neste avsnitt.

Disse kan få tilgang til å se filmen:

Studenter: UiT's fysioterapistudenter på bachelor-, master- og phd-nivå

Vitenskapelig ansatte: UiT's faglærere for bachelorstudenter i fysioterapi, og faglærere ved masterstudiet i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Dersom filmen brukes av student i oppgaveskriving skal filmen også kunne være tilgjengelig for oppgavens sensorer.

Hva skjer med informasjon om deg?

De som ser filmen er underlagt taushetsplikt. Hvis filmen brukes i skriftlige framstillinger blir du anonymisert. Det vil ikke være mulig for noen å kjenne deg igjen i det som skrives ut fra filmen.

Filmene oppbevares innelåst når det ikke er i bruk etter avtalen.

Avtalens gyldighet

Hvis du skulle ombestemme deg, kan du når som helst trekke samtykket ditt uten å oppgi noen grunn. Om du trekker deg, skal det ikke ha konsekvenser for ditt behandlingstilbud hos fysioterapeuten.

Kontaktinformasjon

Førstelektor Anne Gretland er ansvarlig for at filmen blir brukt i hht avtalen, og kan kontaktes ved spørsmål eller ønske om endring av avtalen.

Førstelektor/fagansvarlig Anne Gretland
Masterstudiet i helsefag; studieretning psykomotorisk fysioterapi
Institutt for helse- og omsorgsfag
MH-bygget Breivika
NO-9037 Tromsø

anne.gretland@uit.no

Tillatelse til bruk av filmen

Jeg har lest informasjonen gitt ovenfor og gir hermed tillatelse til at filmen kan brukes som beskrevet.

Sted, dato [redacted] 7/12-12	Sted, dato [redacted] 7/12-12
Underskrift [redacted]	Underskrift [redacted]
Pasient	Fysioterapeut

Vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Eline Thornquist
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 17.07.2015

Vår ref: 43666 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.06.2015. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 17.07.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

43666	<i>Terapeutiske potensialer i kroppslig og verbal samhandling - Hvordan påvirkes den terapeutiske alliansen, og hvordan kan alliansen ses i relasjon til behandlingsutfall i psykomotorisk fysioterapi?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Eline Thornquist</i>
Student	<i>Maren Johanne Lundskog Halvorsen</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Maren Johanne Lundskog Halvorsen marenjhalvorsen@gmail.com

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

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

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 43666

Vi kan ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det ligger til grunn for vår vurdering at alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken:

- direkte via personentydige kjennetegn (som navn, personnummer, epostadresse el.)
- indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som bosted/institusjon, kjønn, alder osv.)
- via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger (f.eks. en navneliste)
- eller via gjenkjennelige ansikter e.l. på bilde eller videoopptak.

Personvernombudet legger videre til grunn at navn/samtykkeerklæringer ikke knyttes til sensitive opplysninger.