



LINDA AARØEN LIEN

” Hva er det mennesker som har vært utsatt for traumer opplever har gitt mening i behandlingen hos psykomotorisk fysioterapeut når det gjelder å leve videre med traumene?”

MASTERGRADSOPPGAVE I HELSEFAG,
STUDIERETNING PSYKIATRISK OG PSYKOSOMATISK FYSIOTERAPI.

INSTITUTT FOR HELSE OG OMSORGSFAG
DET HELSEVITENSKAPELIGE FAKULTET UNIVERSITETET I TROMSØ

MAI 2016

FORORD

Utdannelsen jeg nå er i ferd med å avslutte, har tatt tre år. Det er med stor glede jeg kjenner på at jeg nå forstår mer av sammenhengene jeg lette etter, og som var årsaken til at jeg søkte meg til dette studiet i utgangspunktet.

Tre år er relativt lang tid, og det krevde en del koordinering for å passe det inn i et veletablert og overfylt liv. Først vil jeg trekke frem min arbeidsgiver – LHL klinikkene Skibotn.

Ledelsen oppmuntret meg til videreutdanning, og de så at psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi kunne fylle en stadig større kompetanseetterspørsel i vårt tilbud. Jeg har fått permisjon i den grad jeg har trengt det, og vil nå rette en stor takk til ledelsen og alle mine kolleger for velvillig tilretteleggelse.

En like stor takk går til informantene som stilte opp. De ga meg rike historier som var tett pakket med informasjon. For å besvare mitt forskningsspørsmål hadde jeg ved hjelp av dem et stort reportoar av velformulerte anekdoter og refleksjoner å ta av.

Tusen takk til Britt Vigdis Ekeli som har veiledet meg, jeg holdt på å si, med et fenomenologisk blikk på meg og skriveprosessen. Hennes måte å være på ga meg fremdrift i arbeidet, og til slutt var jeg trygg på at uansett hva jeg løftet frem, ville hun se ordentlig på det og komme med en ikke nedvurderende tilbakemelding. Det kan ikke ha vært lett.

Norsk Fysioterapiforbunds Fond til etter- og videreutdanning har gitt meg økonomisk støtte til studiet, og fortjener en takk for det.

De fleste i min store og erfaringsmettede familie og vennekrets har vært berørt av dette arbeidet, og har stilt villig opp med alt fra bosted under samlinger til dype refleksjoner rundt temaer jeg har studert. På slutten av skriveprosessen sørget de for å få i meg mat og holde det rent rundt meg, spesielt Tom da, min ekte mann. Hjertelig takk alle sammen.

Jeg trenger også å takke Cecilie som ikke er sammen med oss mer.

Nordnes, 10. mai 2016

Linda Aarøen Lien

SAMMENDRAG

Denne studien handler om mennesker som har vært i behandling i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (NPF). Målet var å finne ut av hvordan terapiformen har påvirket deres evne til å leve med krenkelsestraumener, og studere hva det var i behandlingen som virket, eventuelt ikke virket.

Hensikten med studiet var å bidra til fagutvikling innen PMF, et fagfelt med en stadig voksende mengde dokumentasjon, og å bidra til å alminneliggjøre tematisering av krenkelsestraumer. Grunnlagstenkningen bak studiet er kroppsfenomenologisk, og metodevalget er kvalitativt.

Empirien består av tre nedskrevne intervjuer som ble gjennomført i en semistrukkert form for å gi informantene rom til å fortelle sin egen historie. Informantene hadde opplevd krenkelsestraumer i barndommen, og hadde i forskjellige faser av livet og i forskjellig lengde gått til behandling i NPF.

Resultatene er todelt. I den ene delen presenteres informantenes narrativer som sier noe om egne erfaringer, både i livet og i terapien. Det kommer frem at de har hatt utbytte, til dels svært godt utbytte av behandlingen. Kontakt med egen kropp, reduserte muskelspenninger og hjelp til å arbeide med grensesetting for seg selv og andre var temaer som gikk igjen, og som ble studert nærmere i den andre delen. Språket ser ut til å ha hatt en god funksjon som terapeutens verktøy, og som en hjelp til å kunne sette ord på følelser og kroppsforannelser blant informantene.

Det ble beskrevet spesielt en opplevelse som ikke var entydig positiv, men hadde en tvetydighet som både svært bevisstgjørende og svært skremmende.

Tidsperspektiver ble belyst, og her er varigheten av behandlingen av betydning. Det kan synes som at krenkelsestraumer setter seg så fast i mennesket at det å få til omstilling som kan adapteres og settes ut i hverdagslivet er vanskelig. Samtidig kan det se ut til at PMF har bidratt til bedre mestring på området hos informantene som har hatt behandling over mange år. En informant som hadde hatt to års behandling opplevde det som alt for kort tid med tanke på adaptering.

ABSTRACT

This study concerns people who have received Norwegian Psychomotor Physiotherapy (NPF) treatment. The aim was to find out how the treatment has influenced their ability to cope with violation traumas in life, and study what it was about the treatment that had effect or did not have effect.

The purpose of the study was to contribute to the ever-growing amount of research documentation in NPF, and to contribute to make common talking about violation traumas. The theoretical perspectives informing this study is body phenomenology, which grounds human subjectivity in the body. The chosen inquiry method is qualitative.

Research data was three interview transcriptions drawn from semi-structured interviews, which enabled the informants to tell their own story. The informants had violation traumas during childhood, and had received NPF treatment during different stages in life and in different lengths of time.

The results are dichotomous. In part one the informants narratives, which say something about self-experiences both in life and in therapy, are presented. I revealed that they've had benefits, partly very good benefits from treatment. Improved body contact, reduced muscle tensions and help to set limits regarding themselves and other people's actions towards themselves were themes they had in common. These themes were subjects to closer inquiry. The language seemed to have had a useful function as a tool for the therapists, and a help to enable the informants to put words to feelings and bodily sensations.

One therapy incident in particular was illuminated as ambiguous in terms of benefits. The informant presented it as both scary and very enlightening.

Time perspectives were investigated and one of the findings were that the duration of the therapy course was of importance. It seemed as if violation traumas leave wounds, which are of such power that adaptable changes are difficult. Anyhow, it might seem as if PMF has contributed to a better coping concerning the informant who received treatment during many years. One of the informants had a two-year treatment course. She found it far too short because of the lack of adaption.

INNHold

1. INNLEDNING	1
1.1. Bakgrunn for oppgaven	
1.2. Studiens relevans	1
1.3. Forskningsspørsmål	2
<i>1.3.1. Avgrensing av forskningsspørsmålet.</i>	<i>2</i>
1.4. Forskning og fagutvikling innen temaet	2
2. TEORI	4
2.1.Norsk Psykomotorisk Fysioterapi	4
<i>2.1.1. Tilbakeblikk</i>	<i>4</i>
<i>2.1.2. Veien til psykomotorisk fysioterapibehandling</i>	<i>5</i>
<i>2.1.3. Psykomotorisk prøvebehandling</i>	<i>7</i>
2.2. Traumer	8
2.3.Narrativer i forskningen	12
<i>2.3.1. Bakgrunn</i>	<i>12</i>
<i>2.3.2. Narrativ analyse</i>	<i>13</i>
3. METODE	14
3.1. Bakgrunn for forskningsdesign og metodevalg	14
3.2. Empiriproduksjon	16
<i>3.2.1. Utvalg</i>	<i>16</i>
<i>3.2.2. Intervju</i>	<i>17</i>
<i>3.2.3. Transkribering</i>	<i>19</i>
3.3. Analyse	21
<i>3.3.1. Å analysere empiri i kvalitativ forskning</i>	<i>21</i>
<i>3.3.2. Narrativ tematisk analyse</i>	<i>21</i>
<i>3.3.3. Temaer</i>	<i>23</i>
3.4. Etikk	23

3.4.1. <i>Etiske overveielser</i>	23
3.4.2. <i>Pålitelighet, gyldighet og generalisering</i>	25
4. RESULTATER OG DISKUSJON	26
4.1. Innledning	26
4.2. Presentasjon av informantene	27
4.2.1. <i>Mona – En intellektuell og en følelsesmessig forståelse</i>	27
4.2.2. <i>Tina – psykomotorikeren må ikke pensjonere seg før meg ☺</i>	32
4.2.3. <i>Lise – jeg er sterk</i>	36
4.3. Temaer på tvers av narrativene	38
4.3.1. <i>Muskelspenninger</i>	38
4.3.2. <i>Grensesetting</i>	41
4.3.3. <i>Språk</i>	43
4.3.3.1. <i>Verbalt språk i kommunikasjonen</i>	43
4.3.3.2. <i>Verbalt språk til økt selvforståelse</i>	46
4.3.4. <i>Kontakt med kroppen</i>	50
5. AVSLUTNING	51
LITTERATURHENVISNINGER	52
VEDLEGG:	
Vedlegg 1	
Vedlegg 2	
Vedlegg 3	
Vedlegg 4	

1. INNLEDNING

1.1. Bakgrunn for oppgaven

En av drivkreftene bak dette studiet, er at det kan synes håpløst å yte adekvat hjelp der traumeopplevelser har gitt plager som etter hvert har satt seg i hele mennesket. I tilfeller hvor jeg som fysioterapeut har møtt slike pasienter, avdekker undersøkelsene et vidt spekter av plager. Smerte er vanlig. En lokal fysioterapitilnærming til smertene fører oftest til at smertene flytter seg, evt. at det oppstår andre plager i stedet. Man sitter igjen med en bestemt følelse av at pasienten ikke har fått særlig hjelp. Å møte disse pasientene med Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (NPF) har gitt meg grunn til å tro at det kan føre til endringer i måten pasientene mestrer å leve med traumer. Dette vil jeg belyse for å få mer kunnskap om sammenhengene.

Jeg har arbeidet med diagnoseuspesifikke tilbud som rehabilitering av mennesker med sykkelig overvekt og arbeidsrettet rehabilitering. En stor del av deltakerne her har utviklet multiple diagnoser, og har søkt til helsevesenet for hjelp i mange år. I en studie ble det påvist misbruk, mishandling og vanskjøtsel i barndommen hos 70 % av ekstremt overvektige kvinner og menn som skulle få gjennomført en mageoperasjon for å redusere vekten (Kirkengen, 2009). Etter at jeg har begynt å etterspørre traumeerfaringer fast i klinisk praksis, overrasker ikke det tallet meg. Vold, emosjonelt, fysisk og seksuelt misbruk og mishandling i barndommen kan føre til uheldige og varige forandringer i både hjernens strukturer, de hormonelle systemer og det autonome nervesystem som kan være sykdomsfremkallende på mange nivåer (Gretland, 2007; Kirkengen, 2015; Monsen & Ryberg, 1991).

NPF egner seg godt som behandlingsmetode når følgene av traumer manifesterer seg som plager i hele mennesket og faktisk også i dets omgivelser (Gretland, 2007; Øvreberg, Bülow-Hansen, & Andersen, 1989; Eline Thornquist & Bunkan, 1986).

1.2. Studiens relevans

Relevansen av denne studien er todelt. Jeg tar opp krenkelsestraumer og ser det i lys av behandling med NPF.

Man kan kaste lys over et tema ved å fortelle historier om det. Det som vi ikke snakker om, forblir tildekket. For de som har opplevd det, er det vanskelig å fortelle historien om krenkelsestraumene. En av årsakene kan være at det mangler et publikum med empati og

innsikt i hva sånne opplevelser innebærer i sin fulle bredde. Kanskje fordi folk helst ikke vil vite. « Å bryte tausheten er et bidrag til å avsløre virkeligheten og de maktpill som fratar mennesker personverd» (Gretland, 2007) s. 51. Dette er mitt bidrag til alminneliggjøringen av å tematisere krenkelsestraumer.

NPF har en raskt økende mengde dokumentasjon. Faget er utviklet gjennom praksiserfaringer, og det forskes i stor grad innenfor kvalitative tradisjonsrammer. Denne studien er mitt bidrag til å utforske fagfeltet videre, og dokumentere det.

1.3. Forskningsspørsmål

” Hva er det mennesker som har vært utsatt for traumer opplever har gitt mening i behandlingen hos psykomotorisk fysioterapeut når det gjelder å leve videre med traumene?”

Forskningsspørsmålet springer ut fra interessen for å høre pasientens egen historie om hvordan opplevelsen av behandlingen har vært.

1.3.1. Avgrensing av forskningsspørsmålet.

I oppgaven brukes begrepet traumer. Det videre arbeidet er spisset mot krenkelsestraumer. Det var en forutsetning at traumene var blitt tematisert i NPF. Det var fordi hvis pasienten hadde plager som sprang ut fra traumene, skulle forståelsen for det være integrert i behandlingen. Videre i oppgaven vil fysioterapeut med videreutdanning i NPF også kalles psykomotoriker.

1.4. Forskning og fagutvikling innen temaet.

For å kartlegge tidligere forskning innenfor dette temaet, har jeg gjort et litteratursøk og funnet en del arbeider som jeg synes er relevant å trekke frem. Søkeordet «Norwegian Psychomotor Physiotherapy» i kombinasjon med traumas gir ca. 29¹ treff i Google Scholar. I «Touched in sensation – moved by respiration» undersøkes en pasients behandlingsforløp over 10 år. Det er psykomotorikerens journaler som utgjør empirien, og heri ligger også sitater fra pasienten selv. De mener at nye erfaringer i bevegelse og fornemmelser samt endring i bevegelsesmønster (gjennom NPF), bidrar til endrede (retuned) fornemmelser og støtte til de bærende strukturene til egeneksistensen (Sviland, Råheim, & Martinsen, 2012). Sviland, Martinsen og Råheim har pasientperspektiv og en narrativ tilnærming i en annen

¹ Fra jan. 2016. I mai 2016 er tallet 70

studie. De fant at tillit, tid, frittalenhet og det å bli lyttet til med respekt var forutsetninger for terapeutisk effekt (Sviland, Martinsen, & Råheim, 2014).

«Norwegian Psychomotor Physiotherapy» + «patient perspective» gir 29 treff i Google scholar. Rundt en tredel av dem sier noe om pasientens opplevelse av behandlingen, men ikke spisset opp mot endring ifht traumemestring. Noen av dem har diagnose som utvalgsriteria. Pasientbeskrivelse av smerteopplevelse går igjen, og Øien et al. har gitt pasienten en stemme i flere artikler. (Øien, Råheim, Iversen, & Steihaug, 2009; Øien, Steihaug, Iversen, & Råheim, 2011) Her utforskes ikke traumeerfaringer direkte, men bl.a. fokuset på kommunikasjon gjør dem relevante i forhold til det jeg søker å forstå i studien min.

Søk med I PubMed med samme søkeord ga ingen treff, men søk på «Norwegian Psychomotor Physiotherapy» ga 6² treff, hvorav to artikler omhandler pasientens perspektiv på behandlingen. I “The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: patients' experiences, a basis for knowledge” (K. Ekerholt & Bergland, 2004) har forfatterne fått frem pasientperspektivet til behandlingen generelt, og resultatene sier mye om hvordan pasienten ønsker seg at terapeuten er. Den andre artikkelen, “Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: patients' perspective on body awareness» (Dragesund & Råheim, 2007) får frem pasientperspektivet i behandlingen gjennom fokusgruppeintervjuer, og den er spisset mot mestring av kronisk smerte.

Helt fra Aadel Bülow-Hansen og Braatøy så at nervøs legning og reaksjonsmåte kunne være en dominerende faktor hos pasienter med yrkesnevroses (Braatøy, 1948) (B. Bunkan, 1978), har sammenhengen mellom kroppslige plager og levd liv vært sentral i fagutviklingen innen NPF. Derfor finner jeg mye som er relevant for mitt forskningsspørsmål i pensum- og anbefalt litteratur fra studieprogrammet. Ekerholt tar for seg pasienters erfaringer med psykomotorisk fysioterapi i hovedfagsoppgaven sin. Resultatene som kom frem av denne studien handlet om erfaringene pasientene hadde av å ha kontroll eller ikke kontroll i behandlingssituasjonen, og tilliten til terapeut (Kirsten Ekerholt, 2002). I boka «Den relasjonelle kroppen» skriver Gretland om hvordan kroppen bærer spor av erfaringer og vitner om livet vi har levd, og oppsummerer sentral forskning om temaet frem til da. (Gretland, 2007). Ahlsen et al. bruker narrativ analyse i studier av pasienthistorier. Her er kroniske muskelsmerter nøkkelord, og innholdet i det pasientene forteller utgjør resultatene. (Ahlsen, Bondevik, Mengshoel, & Solbrække, 2014; Ahlsen, Mengshoel, & Solbrække, 2012).

² Fra jan. 2016. I mai 2016 er tallet 17

Forfattere utenfor fagfeltet NPF som jeg har funnet, eller blitt ledet til via pensumlitteratur er også relevant. Spørsmålet om sammenhenger mellom plager og livsverden har opptatt psykologer, leger, psykiatere og filosofer. Lege Anna Luise Kirkengen har (som eneforfatter og sammen med andre fra flere fagfelt) helt siden 90-tallet skrevet om sammenhengene med hvordan traumer setter spor hos mennesker. Hun har også vært opptatt av hvordan behandlere skal framtre for at det skal gagne pasienten (Getz, Kirkengen, & Ulvestad, 2011; Kirkengen, 2001, 2008, 2015). Innen psykologi har jeg kunnet støtte meg til Arne Roar Blindheim som skriver om hvordan traumer virker på oss (Blindheim, 2012; Dyregrov & Dyregrov, 2009). Teorien om «Freeze, flight, flag and faint» har fått mye oppmerksomhet i søken etter forklaringer på forsvarsverket mennesker har mot traumatisk stress (Schauer & Elbert, 2015).

2. TEORI

2.1. Norsk Psykomotorisk Fysioterapi

2.1.1. Tilbakeblikk

Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (NPF) har sine røtter helt tilbake til 1940-tallet. Det var fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen som la grunnlaget for behandlingsformen da hun begynte å videreutvikle fysioterapipraksisen sin. Hun pekte bl.a. på sammenhengen mellom muskelspenninger og pust, og det gjorde at psykiater Trygve Braatøy ble interessert i å etablere et samarbeid. Han hadde stor innflytelse på Aadel Bülow-Hansens kunnskapsutvikling. Men det var først og fremst de praktiske erfaringene med pasienter som var og er grunnlaget for utvikling av arbeidsmetoden (Øvreberg et al., 1989). Det ble en retning innen fysioterapifaget som representerte et helhetssyn på mennesket. Kroppen var fortsatt innfallsvinkel og plagene derfra var henvisningsårsak til NPF (Eline Thornquist & Bunkan, 1986). Metoden innebar at mennesket ble sett på som en helhet hvor funksjonen i et kroppselement hadde konsekvenser for funksjonen i et annet. Med en slik tilnærming hvor mennesket sees i en helhet også tatt i betraktning menneskets relasjoner og omgivelser for øvrig, blir ikke behandlingen symptomorientert (B. H. Bunkan, 2001).

«Behandlingen dreier seg om en kroppslig, emosjonell og erkjennelsesmessig omstillingsprosess med utgangspunkt i holdning, muskulatur og åndedrett. Åndedrettet tillegges størst betydning i reguleringen av følelseslivet. Fritt åndedrett blir tegn på å

kunne slippe seg. I forståelsen bak psykomotorisk behandling, mennesket som et kroppslig subjekt, vil kroppslig omstilling alltid følges av emosjonell omstilling» (Vollset, Meland, & Nessa)s.

Når man skulle teoretisere over behandlingsmetoden, ble innfallsvinkelen fra den cartesianske filosofien med et dualistisk menneskesyn hvor kropp og sinn var adskilte enheter som kunne undersøkes uavhengig av hverandre, ubrukelig som rammeverk. Husserl regnes som den som utviklet fenomenologien, en filosofi som satte jeget som omdreiningspunkt for erfaringer. «Livsverden» ble brukt for å begrepsfeste dette. Det er den konkrete virkelighet vi erfarer og lever i, og som er en forutsetning for all empirisk vitenskap. Når så Maurice Merleau-Ponty videreutviklet filosofien til at jeget som erfarer, også – og først og fremst - innebærer kroppslige erfaringer/sansing, ble kroppsfilosofien et ståsted hvorfra NPF kunne undersøkes nærmere innenfor vitenskapelige rammer. Det gjorde det også mulig å utvikle et språk i terapien hvor symptomer og diagnoser ble usentralt, og pasientens uttrykk for erfaringer, reaksjoner og levemåte hele tiden ble utgangspunktet for neste skritt i behandlingsforløpet.

2.1.2. Veien til psykomotorisk fysioterapibehandling.

«Den grunnleggende etiske utfordringen i alt helsearbeid er å forholde seg til pasienter som hele mennesker: Det vil si mennesker som søker mening, som søker å opprettholde sin selvaktelse, og som søker relasjoner til andre», sier Gretland og spisser det hun mener i tre rettesnorer:

«-Pasienters lidelser må forstås og behandles som meningsbærende i forhold til deres erfaringsverden.

-Klinisk arbeid må hindre ytterligere tap av selvaktelse og selvoppløsning hos pasienter med svekkede selvfunksjoner.

-Den terapeutiske relasjonen må fremme pasientens selvfølelse og deltakelse i sosialt liv» (Gretland, 2007) s. 34.

For å få til dette, må terapeuten gå i seg selv og kaste lys over alt som kan være med å påvirke synet på pasienten. Og tross i at man forfekter et kroppsfilosofisk syn på mennesket, må man ta høyde for den dominansen et medisinsk reduksjonistisk syn på mennesket har hatt og fremdeles har i helsevesenet i dag, og at vi som barn, elever, pasienter, studenter og fagpersoner er blitt formet av dette synet. Det vi er blitt vant til i helsesammenheng er oppmerksomhet mot delene av mennesket. Undersøkelser har lokal- og symptomorientert

fokus, og går i dybden på lokale funn. Følelser blir ikke tatt i betraktning i forhold til kroppslige plager, og det «zoomes ikke ut» for å se de lokale funnene i et helhetlig perspektiv.

NPF står i kontrast til dette synet. Med en kroppsfenomenologisk innfallsvinkel baseres undersøkelse og behandling på mennesket i sin livsverden.

«..kroppen er en funksjonell og samspillende enhet der dens enkeltdeler står i et innbyrdes avhengig forhold til hverandre. Konsekvensen av dette er at vi må vurdere lokale plager og symptomer i sammenheng med kroppens totale balanse, dens belastnings- og spenningsforhold. Og det er først når vi erkjenner at kropp og følelser, psyke og soma, står i et gjensidighetsforhold til hverandre, at behandlingen kan bli mer enn kortvarig symptomlette.» (Eline Thornquist & Bunkan, 1986) s. 13.

I et helsevesen dominert av et reduksjonistisk tankemønster, er det enkelte pasientgrupper som står i særskilt fare for å ikke få de hjelpen de trenger. Det er f.eks pasienter som ikke fyller kriteriene for noen diagnose og/eller presenterer kroppslige plager som ikke gir funn innenfor en reduksjonistisk undersøkelsesmodell. Mange av disse finner veien til en psykomotorisk fysioterapeut, enten via medier og nettverk eller via en fastlege som anerkjenner metoden og mener at pasienten kan få hjelp der.

De tre informantene i denne studien har mange konsultasjoner og behandlingsforløp hos forskjellige faggrupper bak seg. De har hatt tilbakemelding fra behandlere om at det ikke er noe å gjøre da det ikke er noen funn å gripe fatt i. Selv har de hatt en gryende forståelse for at de kroppslige plagene de har slitt med, er forårsaket bl.a. av krenkelsestraumer fra barndommen, og de har sett at i psykomotorisk behandling anerkjennes, bekreftes og forklares en slik forståelsesmodell.

«Den røde tråden i psykomotorisk behandling er å oppleve kroppen og å oppleve via kroppen. Det overordnede målet kan skisseres som; å utvikle varhet og kontakt med kroppens signaler og reaksjonsmåter, opplevelse og forståelse av sammenhengen mellom kropp og følelser, og å utvikle en opplevelse av kroppen som MEG» (Eline Thornquist & Bunkan, 1986) s. 72.

Når det er sagt, må det nevnes at psykomotorikere ikke definerer pasientgrupper som kan ha nytte av behandlingsmetoden. Tvert imot kan alle gjennomgå en psykomotorisk prøvebehandling, og konklusjonen om hvorvidt dette kan være nyttig eller ei trekkes på bakgrunn av det som kommer frem i undersøkelsen hos hver enkelt pasient.

2.1.3. Psykomotorisk behandling.

For å gi en teoretisk forståelse av hva informantene har møtt i behandlingen hos psykomotoriker, og for å ha et omdreiningspunkt ifht det som kommer frem i resultatet av studien, vil jeg gi en kort presentasjon av behandlingsforløpet.

Pasienten kommer først til en prøvebehandling. Undersøkelsen kalles det fordi delene i undersøkelsen kan bli tatt frem igjen gjennom hele behandlingsforløpet, og det vil gi en pekepinn om pasientens egnethet for denne type behandling. Også pasienthistorien får frem viktig informasjon om reaksjonsmønstre av følelsesmessig og kroppslig art som kan vise seg på nytt under behandlingen (Øvreberg et al., 1989). Det er viktig at pasienten ikke blir eksponert for minner fra traumer i måten terapeuten er på og snakker.

Anamnesen fortoner seg som en samtale som terapeuten leder. Pasienten bidrar med sine tanker om hva fokuset skal være, og terapeuten oppmuntrer til det ved å lytte interessert til det som bringes frem, og stille spørsmål om temaene. Det pasienten forteller, blir møtt med en aksept for at dette er greit og relevant (Eline Thornquist, 2006a) s. 76. Det vises ved at terapeuten griper fatt i det som blir sagt, og forsøker å belyse det videre sammen med pasienten.

I kroppsundersøkelsen har terapeuten fokus på samspill mellom respirasjon, muskulær tilstand, holdning og bevegelse. Man ser etter fleksibilitet og omstillingsevne (Eline Thornquist, 2006a) s. 78. Det gjør man ved at pasienten får bruke forskjellige utgangsstillinger; stående, sittende og liggende. I hver utgangsstilling ser terapeuten på hvordan pasienten bruker kroppen i bevegelser som instrueres. Man følger respirasjonen spesielt oppmerksomt, for dersom pasienten endrer pustemåte, så betyr det noe, og man tar det med seg videre som et funn. Pasienten oppfordres hele tiden til å kjenne etter om han eller hun legger merke til eller kjenner hva som foregår i kroppen i undersøkelsen, og til å snakke om det.

Måten terapeuten arbeider på er basert på det synet at kroppen slik den fremstår er et uttrykk og en bærer av liv og historie (Eline Thornquist, 2006a).

«Det er avgjørende å observere, å være bevisst, å være «inntonet», å forsøke å forstå kroppens uttrykk – å lokke frem, sammen med pasienten, signifikansen av disse uttrykkene. I disse nødvendigvis samhandlende bestrebelsene, er språk og samtale viktig» (Eline Thornquist, 2006a) s. 88, (min oversettelse).

Samtalen handler om det de oppdager sammen her og nå. Det hjelper pasienten blant annet til å sette ord på det som skjer, og det oppstår et språk som kan være et virkemiddel i det videre arbeidet med bevisstgjøring.

Andre virkemidler som brukes, er bevegelser, øvelser, massasje og sansestimulering.

«Øvelser er aktive og ledet aktive. Ikke minst benyttes lirkende rotasjons- og strekkebevegelser for å hjelpe og «modellere» pasienten inn i nye og mer hensiktsmessige stillinger og bevegelsesmønstre. Det legges vekt på å arbeide med pasientens forhold til tyngdekraft og underlag, og på å stimulere fri og uanstrengt strekk i kroppen» (Eline Thornquist, 2006b).

Problemene pasientene kommer til NPF for, kan for eksempel være stiv og smertefull muskulatur. Det kan være dysfunksjon av forskjellig slag og i forskjellige områder av kroppen. Ofte er det pasienter som har gått med plager over lang tid, og ikke funnet noe som lindrer tross at de har oppsøkt hjelp forskjellige steder i helsevesenet. Mange har opplevd at symptomene flytter seg rundt i kroppen ved tilfriskning et sted. Da kan det tyde på at spenninger er uttrykk for et kroppslig forsvar, og at pasienten trenger denne beskyttelsen. Terapeuten unngår da løsgjørende tiltak som for eksempel massasje og strekk, og arbeider i stedet med stabilitet og forankring (Eline Thornquist, 2006b). Så kan man komme tilbake til frigjørende bevegelser når pasienten opplever å stå trygt og godt på underlaget, og tåler å slippe litt på forsvaret uten at det oppstår autonome reaksjoner.

Muskulatur kan være veldig hard eller veldig slapp. «Hvis problematikken betinges av fastlåste situasjoner, personlighetsstruktur eller emosjonelle konflikter, blir behandlingen vanskeligere, og kan ta lengre tid» (B. H. Bunkan, 2001) s. 2848. Det legges opp til at pasienten kan følges over år, det gir pasienten mer tid til å bearbeide den følelsesmessige omstillingen som må følge med, og kanskje øve seg i nye måter å løse problemer på.

Det poengteres i boken «Aadel Bülow-Hansens fysioterapi» at behandlingen ikke skal foregå i det uendelige, men avsluttes. Det må pasient og terapeut bli enige om på bakgrunn av hvorvidt det har skjedd en omstilling for eksempel med mer strekk og større evne til å stå på egne ben. (Øvreberg et al., 1989)

2.2. Traumer

Ordet traume er gresk og betyr skade eller sår. Det kan være vevsskade på kroppen som oppstår etter et uhell eller at noen andre påfører deg det. Men i dag forbinder vi kanskje begrepet mer med reaksjoner mennesker får etter sjokkerende opplevelser, og vi sier at de

som har opplevd slike hendelser kan bli traumatiserte. Seksuelt misbruk i barndomsårene er et traume som setter alvorlige spor. Skaden som oppstår er ikke nødvendigvis synlig, men som vi skal se kan den være livstruende. Etter hvert vet vi en del om hva som skjer med mennesker etter en slik hendelse eller gjentatte hendelser. Det er ikke sånn at alle får en lik reaksjon selv om krenkelsen er tilsynelatende lik. Det er fordi menneskene som er involvert handler og persiperer ut fra den livsverden de er i, og relasjonen mellom de involverte er også en del av denne livsverdenen. Derfor er det vanskelig å snakke i generelle vendinger om hvordan traumet arter seg for den enkelte. I diagnosemanualen ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders står det at en traumatisk hendelse kan beskrives som en hendelse av usedvanlig truende eller katastrofal art, som sannsynligvis ville fremkalle sterkt ubehag hos nesten alle» (Organization, 1992). Når man så forsøker å klassifisere ubehaget i diagnosegrupper, fjerner man seg mer og mer fra opplevelsen den traumatiserte har jo flere klassifikasjonskriterier man legger til. Så jeg vender meg bort fra ICD-10 i det videre arbeidet, men belyser diagnoseproblematikken så vidt i resultatdelen.

Det er nå mye forskning på hvordan alvorlige traumer virker på mennesker. Det er fokus på kroppens stress-responssystemer innen biomedisinske forståelsesrammer for å kunne si noe generelt, så vel som fenomenologiske studier hvor man går i dybden for å søke forståelse ut fra enkeltmenneskers erfaringer. Jeg tenker at disse forskningstradisjonene kan dra vekslers på hverandre for å få en bredest mulig forståelseshorisont.

Når et menneske utsettes for fare, er det sansene først som tar det inn. Informasjonen sendes til thalamus, og videre til amygdala og prefrontalt cortex i hjernen. Amygdala fungerer som en alarm og sender signalene blant annet til hippocampus og videre til hypothalamus (Dyregrov & Dyregrov, 2009) s. 165. Hypothalamus-hypofyse-binyre-systemet svarer akutt med økt produksjon av kortisol. For mye kortisol over tid kan senke produksjonen slik at stressresponsen på nye traumer og stress-situasjoner blir påvirket, som vi skal se (Gretland, 2007) s.77. Det sympatiske nervesystemet setter i gang produksjon av noradrenalin dersom faren oppleves som særlig truende, og dette vekker en fluktipuls, eventuelt en kampimpuls dersom fluktmulighetene er begrenset, med bl.a. puls- og blodtrykksøkning (Schauer & Elbert, 2015) s. 110. Gjentatte erfaringer med traumatisk stress danner et fryktnettverk i hjernen som kan bli patologisk frakoblet fra kontekstuelle pekere som tid og sted for den opprinnelige faren. En slik tilstand manifesterer seg som posttraumatisk stress-syndrom (Schauer & Elbert, 2015) s. 118. «Virkingen av en ny krenkelseserfaring kan bli helt uforholdsmessig» (Kirkengen, 2015) s. 103.

Barn som blir utsatt for traumer opplever ekstrem redsel, samtidig som det ikke var noen der til å roe og trøste. Å ta inn over seg hvor hjelpeløs man var da overgrepene skjedde, kan være umulig, og man dissosierer (Anstorp, Benum, & Jakobsen, 2006) s.126. Dissosiasjon kan forklares nærmere ved at på høyden av opphisselsen avtar flukt- eller kampimpulsen og generelle fryktsymptomer erfares, inkludert svimmelhet, kvalme, hjertebank, spenninger, kornete syn, uvirkelighetsfølelse, nummenhet og prikking i kroppen. Når reaksjonen er på det verste, settes det inn parasympatisk aktivering. Det kan komme en «avslåingsreaksjon» og forskjellige former for dissosiering kan oppstå (Schauer & Elbert, 2015) s.112. Posttraumatisk stress kan være sanseopplevelser eller situasjoner som minner om traumet, og fryktnettverket slås på. Dissosiering kan bli reaksjonen, særlig hvis det opprinnelige traumet førte til dissosiasjon.

Traumatiserte barn er utrygge både på seg selv og på andre. De vil lett føle seg i fare, og vansker med affektregulering sammen med andre følger av traumet kan lett føre til utagering. Andre vil på grunn av utrygghet på seg selv og andre trekke seg tilbake og isolere seg (Dyregrov & Dyregrov, 2009) s. 189.

Seksuelt misbruk kan føre til at ens integritet blir truet eller skadd. Man blir fratatt råderetten over egen kropp. «Integritet og vitalitet er fenomener som konstituerer et menneskes væren i verden på alle nivåer, fra det genetiske til det eksistensielle. Kampen for å opprettholde eller gjenopprette sin integritet preger væremåten og forstyrrer vanlig liv og funksjon »(Kirkengen, 2015) s. 16.

Et annet utfall av at graden av stress blir for stor, kan være at en fortrenger belastningen og ubehaget. Det er best å glemme. Psykiater Braatøy brukte begrepet «muskulære baklåsfenomener». I det la han at muskelspenninger binder og lagrer emosjonene hos de som sperrer av affektytringer. Han sikter til mennesker med nevrosesom oppstår i barndommen, og at avsperringen kan handle om fortrengeing og sosiale hensyn. «Når spenningene blir stående over tid, er det vanskelig eller umulig å løse det opp uten hjelp fra fysioterapeut,» sier han (B. Bunkan, 1978) s. 19. «Dersom belastningene fortrengees over tid, vil dette kunne gi seg utslag i form av sykdom i et eller flere av organsystemene», skriver Monsen. Hun utdyper at det kan handle om smerter i det motoriske system som hodepine, belastningslidelser/ fibromyalgier. Det kan gi forstyrrelser i de autonome og hormonelle systemer og føre til magesår, hypertensjon, astma, m.m. Immunsystemet kan svikte og åpne for virusinfeksjoner og auto immune lidelser (Monsen & Ryberg, 1991) s. 24. Her vil jeg nevne at i en oversiktsartikkel som Kirkengen refererer til fant de at 57 % av pasienter med diagnosen

fibromyalgi hadde symptomer forenlig med posttraumatisk stress-syndrom (Kirkengen, 2015) s. 25.

Andre følger av krenkelsestraumer kan være belastninger med opplevelsen av ydmykelse og andres forakt som igjen kan gi sosial selvforakt og skam. (Kirkengen, 2015) s. 17.

“Lisak (1994) examined the content of verbatim transcriptions of autobiographical memories elicited from a group of male survivors of sexual abuse who exhibited PTSD symptoms. Interestingly, many of the same themes reported in female sexual abuse victims emerged in male victims. Prevalent themes included anger, isolation and alienation, negative schema about self and others, fear, helplessness, self-blame, guilt, shame, and humiliation” (Foa, Molnar, & Cashman, 1995)s. 678.

«Det er også dokumentert at tidlige traumatiske erfaringer er en årsaksfaktor for utvikling av psykoser og schizofreni.(...) Også selvmord er nært knyttet til traumer» (Gretland, 2007) s. 55.

Det kan virke skremmende å skulle være behandler til et menneske som har opplevd krenkelsestraumer. Man sier minnet eksponeres i situasjoner som minner om traumatet. Fysioterapeuter tar alltid utgangspunkt i kroppen, og kroppskontakt kan være en potensiell eksponering. Det er forsket mye på dette temaet, og der er ingen entydige svar på om eksponering av minner som skjer hos behandler er farlig. Psykologer har også forsket på å bruke det som verktøy i behandling mot traumer. Resultatene så langt kan tyde på at enkelte, da kanskje spesielt de som har opplevd seksuelle overgrep i barndommen, er veldig sårbar for eksponering hos behandler. Det kan oppleves som retraumatisering og føre til psykisk sykdom. Psykologene har da forsøkt å utvikle kriterier for hvorvidt pasienten vil tåle det (Hokland, 2006).

I PMF har man hatt slike kriterier siden metoden ble utviklet. I prøvebehandlingen registreres respirasjon og autonome reaksjoner, og sammen med pasienthistorien utgjør det begrunnelsen for hvorvidt pasienten vil tåle behandlingen eller ikke. I fysioterapien for øvrig opererer man med «røde flagg» som kriterier for å fraråde behandling. Det kan likevel oppstå usikkerhet i noen tilfeller. Det er for eksempel vanlig at pasienten holder traumene hemmelig eller har fortrenget dem helt. Det er enighet om at behandlere bør etterspørre traumeerfaringer fordi det stort sett verdsettes av pasientene (Gretland, 2007; Hokland, 2006; Kirkengen, 2015) Mer fysioterapiforskning trengs på området.

2.3.Narrativer i forskningen

2.3.1. Bakgrunn

Narratologi betyr læren om fortellinger. Det er teorier om metoder til å analysere nedskrevne fortellinger. Denne vitenskapen har en lang tradisjon i analyse av litterære verker. Utover 1900-tallet ble metodene tatt i bruk til å analysere «sanne historier» hentet fra mange typer samfunnsinstitusjoner, for eksempel aviser og politiske taler (Loseke, 2007). Det ble en del av fagutviklingen innen flere humanistiske fag. Narrativer ble etter hvert politiske verktøy hvor mennesker eller grupper av mennesker skapte og brukte dem til å definere identitet (Loseke, 2007). Slike historier ble interessante forskningsobjekter for å belyse og studere individ og samfunn. Man snakket om «the narrative turn» i humaniora, vendt bort fra positivistiske teoridrevne forskningsmetoder (Riessman, 2005).

Flere tiår tilbake begynte forskere innen helsefag å se nytten av narrativ tilnærming til forskningsintervjuer og dokumentasjon fra klinikken. På samme måte som i humaniora, så man verdien av å forstå helse vår utover det den dualistiske tilnærmingen frembragte av kunnskap. Det ble for snevert å bare betrakte helse ved å studere menneskekroppen som et objekt. «The 1970s saw a growing interest in narratives in connection with attempts to formulate a hermeneutic position on medical science and the patient» (Hydén, 1997).

Etterhvert har det blitt mindre oppmerksomhet mot klinisk praksis og legerfaringer og mer mot pasienterfaringer. Gjennom narrativer gir man en stemme til pasienter som har en historie å fortelle, og som kanskje ellers ikke har noen scene. «Patients' narratives give voice to suffering in a way that lies outside the domain of the biomedical voice» (Hydén, 1997). Det oppsto en egen genre, “illness narratives”.

“By arranging the illness symptoms and events in temporal order and relating them to other events in our lives, a unified context is constructed and coherence is established. In this sense, then, the illness narrative creates something new - it does not merely reflect a self-perpetuating pathological process. What is new is that suffering is given a form. That is to say, the illness is articulated and positioned in time and space, and within the framework of a personal biography. The narrative transforms symptoms and events into a meaningful whole, thereby creating the world of illness” (Hydén, 1997).

Dette sier noe om at i tillegg til at vi som publikum får kunnskap om hvordan livet til den syke oppleves, tolkes og organiseres gjennom narrativet, får den som forteller også mer kunnskap om seg selv. Indikasjonene på at det skjer er blitt så store at det å lage narrativer blir brukt som behandlingsmetode.

Pennebaker mener å ha solide holdepunkter fra forskning om at ideelt sett transformerer vi rystende erfaringer til historier og deler dem med andre. Prosessen hjelper oss til å forstå hendelsen og samtidig advare våre venner om vår emosjonelle og psykologiske tilstand. Dette hjelper oss til å opprettholde et sosialt og følelsesmessig stabilt liv. I den virkelige verden, derimot, holder vi gjerne viktige erfaringer for oss selv. Det kan være biologisk utfordrende. Det kan blokkere det naturlige, kognitive arbeidet med å forsones seg med hemmelighetene, og kan skape distanse til venner og familie. Å fortelle kan bidra til forbedring av fysisk og mental helse, og til tettere sosiale bånd (Pennebaker, 2000). I denne sammenhengen er det imidlertid viktig å løfte frem en studie som viste at en gruppe pasienter med posttraumatisk stressyndrom så ut til å få det verre etter å ha delt sin traumeerfaring. Forfatterne antydte at det kunne komme av mangel på evne til å organisere traumatiske erfaringer kognitivt selv om [eller kanskje fordi? Min refleksjon] traumet hele tiden - ved perseptuelle påminninger – skapte emosjonelle og kroppslige reaksjoner (Pennebaker, 2000).

2.3.2. *Narrativ analyse*

Det ble et behov for å definere hva som ligger i begrepet narrativ, men det viste seg vanskelig. Narrativ analyse har blitt brukt både på talt, skrevet og filmet materiale, og feltnotater som er blitt sammenstillet til narrativer (Riessman, 2008). Det er imidlertid enighet om at noen kjernepunkter må være gjeldende for at man skal kunne kalle noe et narrativ. Det må være et plot i historien. Plotet er selve handlingen, og den består av hendelser eller tanker som er satt sammen slik at det gir en meningsfylt helhet fra begynnelse til slutt. Narrativet fordrer også et publikum, og plotet vil preges av hvem det er rettet til (Guillemin & Gillam, 2006; Hydén, 1997; Ricoeur, 1980; Riessman, 2008).

Det har vært gjort forsøk på å klassifisere sykdomsnarrativer i forskjellige typologier i analyseøyemed. Frank deler inn i restitusjons – kaos- og søken-narrativer som han har identifisert, og som typifiserer forståelsen av sykdom, prosessen og retningen sykdommen tar og dens relasjon til den sykes liv (Frank, 2015) s. 211. Hydén foreslår en annen klassifisering: Sykdom som narrativ, narrativ om sykdom og narrativ som sykdom (Hydén, 1997) s. 53. Frank har også identifisert typologier han kaller sykdom som åpenbaring og den syke som fugl fønix (Frank, 1993). Jeg skal ikke gå nærmere inn på disse typologiene her, men utdype dem mer der det blir relevant i resultatkapittelet.

Frank oppfordrer oss til å «tenke med historien» i stedet for å bare tenke *på* den slik vi vanligvis gjør i forskningsarbeider. Analyse krever empiri som er en gitt narrativ tekst. Å tenke med historien innebærer å ta sin plass i prosessen med å skape narrativet, og hvor alle deltakerne vil fortsette å fortelle historier om hverandre og om seg selv i fortsettelsen av det man har lært.

“Thinking with stories is one kind of phronetic inquiry. The study of narratives can be used to generate epistemic knowledge, and narratology can be a form of techne, concerned with the making of stories. Those uses have their value, but I want to claim that the unique possibility of stories is to teach Phronesis” (Frank, 2015) s. 223.

Vi kan ha teoretisk kunnskap om anatomi, om kropp og menneske – episteme - og vi kan ha ferdigheter i håndlag og pasientbehandling – techne. Phronesis, visdom fra hjertet, kan vi ikke lese oss til. Men ved å tenke med historier, kan vi reflektere oss frem til etisk forsvarlige handlinger.

Riessman har strukturert måter å arbeide med narrativer på i tematisk analyse, strukturell analyse, dialog/performance-analyse og visuell analyse (Riessman, 2008) Hva man velger å bruke, beror på hva slags materiale du har og hva du ønsker å belyse. Dersom forskningsspørsmålet fordrer det, kan man ta i bruk flere måter, det er ikke noen strenge regler i narrativ analyse. Men med slike løse rammer og utallige muligheter, er det særdeles viktig at forskeren gjør nøye rede for hvilken fremgangsmåte som er brukt i analysearbeidet.

3. METODE

3.1. Bakgrunn for forskningsdesign og metodevalg.

Jeg skal fordype meg i historiene til mennesker som forteller om sine erfaringer fra NPF. Jeg har sagt litt om at narrative metoder ble tatt i bruk som et motsvar på et cartesiansk grunnsyn hvor mennesket ble studert som objekt. Et levende menneske er og blir et subjekt, og skal man øke sin kunnskap om menneskelige anliggender, må også det tas i betraktning. «Kroppen kan ikke sammenlignes med en fysisk gjenstand, men snarere med et kunstværk» (Merleau-Ponty, 1994) s. 107, skriver Ponty, og bruker allegorien med å si at toner, farver, poem, utfolder seg for å kommunisere. En som forsker på mennesker, forsker egentlig med

mennesker, og må erkjenne sin egen subjektivitet, at man selv er et kunstverk som virker på andre.

Med dette har jeg forlatt det dualistiske menneskesynet hvor kroppen har tilhørt naturvitenskapen og mennesket har kommet inn under humaniora og samfunnsvitenskap, og begge fagtradisjonene har ment at de studerer objekter. Det grunnsynet Ponty forfekter, kalles kroppsfenomenologi. Han mener kroppen og erfaringene i livsverdenen er kilden til uttrykk og refleksjon (Eline Thornquist, 2009) s. 115. Fenomenologien fremholder menneskets subjektstatus, og kroppsfenomenologien utdyper det med å si at vi er i verden som kropp, og våre intensjoner har en rettethet ut mot verden gjennom kroppen. I fysioterapifaget er dette forenlig med den forrang kroppen har i arbeidet med mennesker. Det tas utgangspunkt i at erfaringer setter spor i kroppen, og at menneskets uttrykk som alltid viser seg gjennom kroppen, kan si oss noe om det.

Man må huske på at livet leves og historier fortelles. Det fortalte speiler ikke det levde, men tolker det. Ricoeur mener at prosessen med å lage en fortelling ikke er ferdig før den er mottatt av et publikum. Signifikansen av historien, eller narrativet, kommer fra skjæringspunktet mellom tekstens verden og leserens verden. Det å tilegne seg en tekst ved å lese den, er å folde ut horisontene som ligger i den (Ricoeur, 1980)s. 26. Det ligger åpent for en hermeneutisk tilnærming til teksten.

Så må man finne en forskningstradisjon som rommer et slikt grunnsyn. Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). De gir tilgang til opplevelser og samhandling i dens naturlige kontekst, og er godt egnet til å få frem dybdekunnskap og en helhetlig forståelse av få enheter (Eline Thornquist, 2003). Forskeren får en nærhet til det man forsker på ved at det er en interaksjon mellom forsker og informant. Kvalitative studier har ofte fokus på informantenes opplevelse og meningsdanning, og hva slags konsekvenser meninger har (Kvale, 1997, Tjora, 2012). Interaksjonen mellom forsker og informant vil også bli belyst når man går i dybden og er bevisst meningsinnholdet i den.

Norsk psykomotorisk fysioterapi er det aktuelle fagfeltet jeg forsker ut ifra, og det vil påvirke hva jeg ser og ikke ser, men også hva jeg ser etter og ikke ser etter. Jeg ønsker å belyse hvilken nytte pasienter med traumatiske erfaringer har hatt av psykomotorisk behandling ved hjelp av fortellinger som jeg omdanner til tekst. Med et kvalitativt design åpner jeg opp for å gå i dybden av det informantene forteller som er relatert til forskningsspørsmålet. I tillegg vil

jeg kunne identifisere temaer og forhold de tar opp som ikke var satt opp i designet av studien. « Informanter kan komme inn på forhold slik som ulike personlige opplevelser og erfaringer, som de relaterer til sine holdninger, men som utgjør personavhengige aspekter som forskeren på forhånd ikke kunne ha forutsett» (Tjora, 2012) s. 24.

Empirien i studien utvikles med semistrukturert dybdeintervju. «Som hovedregel kan vi si at man bruker dybdeintervjuer der man vil studere meninger, holdninger og erfaringer» (Tjora, 2012). s. 105. En semistrukturert form er en løs ramme hvor informanten gis anledning til å komme inn på forhold som de mener er viktige selv om det ikke kommer inn under forskningsspørsmålets rammer.

Materialet er bearbeidet i tråd med narrativ tematisk analyse. Det er innholdet i det som blir fortalt som er i fokus. Man opprettholder historien noenlunde intakt, og tematiserer ut fra hovedbudskapet i den (Riessman, 2008). «Historiene» vil i min studie si informantenes uttrykte sammenhenger mellom terapi, liv og krenkelser bygd opp slik at det gir et plot rettet mot avslutningen eller konklusjonen. Jeg valgte denne tilnærmingen for å gi meg selv som forsker et verktøy til å yte rettferd overfor meningsinnholdet i deres budskap. Samtidig åpner det for tematisering og mulighet til å lese på tvers av innholdet i historiene.

Å formidle hvordan en undersøkelse er gjort, hvilke valg som er tatt på hvilke tidspunkter, hvilke problemer som har oppstått, hva slags teorier som har vært benyttet, og hvordan disse har virket, gir transparens til oppgaven. (Tjora, 2012) Jeg har ført en logg over fremdriften i studien hvor jeg også har notert tanker jeg har gjort meg og litteratur jeg har lest underveis. Det har vist seg å være en god støtte når jeg skal presentere det metodiske arbeidet på en mest mulig gjennomiktig måte for leseren.

3.2. Empiriproduksjon

3.2.1. Utvalg

I kvalitativ forskning arbeider vi som regel i dybden med relativt få strategisk utvalgte enheter (Tjora, 2012). Jeg ønsket å få historier fra pasienter som hadde tematisert traumatiske erfaringer hos psykomotorisk fysioterapeut. Forskningsspørsmålet mitt peker på deres livsverden og hvordan behandlingen har preget den. Med bakgrunn i det, inviterte jeg deltakere til intervju ut fra følgende kriterier: De skulle ha gjennomgått et behandlingsforløp med Norsk Psykomotorisk Fysioterapi over mer enn et halvt år på det tidspunktet intervjuet skulle finne sted. Det skulle være voksne mennesker over 18 år som hadde levd med et traume

som var blitt tematisert i det psykomotoriske behandlingsforløpet. Av pragmatiske årsaker som reisetid og kostnader var det et inklusjonskriterie at informantene skulle bo i Troms fylke eller oppholde seg der når datainnsamlingen fant sted. Informantene måtte være i stand til å gi sitt frivillige, informerte samtykke.

Planen var at invitasjonen til å delta i studien skulle gå ut til aktuelle pasienter via deres psykomotoriske fysioterapeuter etter at de hadde gjort en vurdering på hvem som kunne egne seg. Min henvendelse til fysioterapeuter som jeg fant på Norsk Fysioterapiforbunds websider, bar imidlertid ikke frukter. Ingen hadde pasienter som de syntes passet på det tidspunktet. Jeg fikk et forslag fra medstudenter om at de kunne distribuere invitasjonene. Jeg fulgte deres råd og i løpet av kort tid hadde jeg rekruttert tre informanter slik intensjonen var i utgangspunktet. Dette var mennesker som hadde fortalt sin historie om psykomotorisk fysioterapi og om traumene de levde med til mine medstudenter, og de identifiserte dem straks som potensielle kandidater for prosjektet mitt.

Utvalget av informanter består av Mona, Tina og Lisa, tre middelaldrende damer som hadde noe å si om hva psykomotorisk fysioterapi har betydd for dem i forhold til å leve med traumeerfaringer. Jeg kjente ingen av dem fra før, bortsett fra at jeg hadde truffet Tina i forbindelse med min jobb for et par år siden. Jeg opplevde imidlertid å føle et visst fellesskap med dem både alders- og kjønnsmessig, etnisk og kulturelt. De opplevde et møtepunkt hos meg i min kjennskap til psykomotorisk fysioterapi, og til dels i de fellesnevnerne jeg følte på. Alt dette ga en god stemning under intervjuene. Terapeutene som de gikk hos ble ikke nevnt med navn av informantene, så jeg vet ikke hvem de er. Det er heller ikke av betydning for oppgaven.

3.2.2. Intervju

Informantene fikk bestemme hvor intervjuene skulle foregå. Mona og Tina så helst at jeg kom hjem til dem. Lise ville helst at vi skulle ta det på hennes arbeidsplass fordi hun ikke var alene hjemme, og hun hadde tilgang til møterom på jobben.

Før intervjuene fant sted, tenkte jeg at jeg ville få fortellinger som ikke bare handlet om psykomotorisk fysioterapi, men også om livet og hvordan det var blitt påvirket av behandlingen. Bakgrunnen for det, var at jeg har fått mange slike historier i mitt arbeid som fysioterapeut og som student i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. De har kommet spontant, og jeg har følt at det har ligget mye lærdom i disse historiene. Et intervju som søker informantens egne historier skiller seg sterkt fra den mer tradisjonelle surveyintervju-formen

ved at man tilstreber å unngå spørsmål og svar i en fast struktur, og heller gir rom for at den som intervjues kan skape en fortelling, et narrativ. Dette gjøres ved at intervjuer og informant gjennom samtalen utvikler en fortelling med mening sammen. Som Reismann skriver, målet med narrativ intervju er å få frem meningsbærende resonnementer heller enn korte svar eller generelle påstander (2008). Semi-strukturert intervju har en halvfast struktur. Dybdeintervjuenes kvalitet hviler på opparbeidet tillit mellom forsker og informant, noe som er særlig viktig der vi forsker på sensitive temaer (Tjora, 2012).

“A delicate balance of proximity and distance operates here: you have to ask, but how you ask depends on knowledge that is incomplete without the asking. This balance-being close enough to know but recognizing the distance that always remains-seems crucial to the practice called empathy” (Frank, 2015) s. 217.

Denne typen dybdeintervju åpner for at samtalen kan styres av informanten, og at temaene som skal belyses blir bragt frem når det følte trygt og naturlig. Selv hadde jeg en intensjon om å bidra minst mulig verbalt slik at de kunne få fortelle sin historie uforstyrret. Slik jeg ser det, kan da et narrativt intervju ha en slik semi-strukturert form. Jeg utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 2) som fungerte som et slags kart. Dersom informanten var inne på temaer som tangerte intervjuguidens spørsmål, kunne jeg be om utdypning dersom det passet sånn. Jeg skal ikke gi inntrykk av at historiene står av seg selv uten min medvirkning. Det var jeg som initierte dem med forskningsspørsmålet mitt. «The researcher does not find narratives but instead participate in their creation» (Riessman, 2008). Da informantene begynte å fortelle, innså jeg imidlertid at jeg måtte relativisere ønsket om at fortellingene skulle spisses mot hva psykomotorisk fysioterapi hadde gjort for dem i form av innvirkning på livskvalitet og kroppsplager. «Creating possibilities in research interviews for extended narration requires investigators to give up control, which can generate anxiety» (Riessman, 2008). Da jeg stilte spørsmål for å tidfeste eller utdype en hendelse, forsvant flyten i fortellingen fordi de begynte å tenke omstendelig på hva som var rett svar. Så det sluttet jeg med straks jeg oppdaget dette. Riessman hevder at når du gir opp kontrollen på et strukturert intervjuformat så oppmuntrer det til større likestilling i samtalen. «Encouraging participants to speak in their own ways can, at times shift power in interviews» (Riessman, 2008)s. 24. Her vil jeg trekke paralleller til Thornquist når hun belyser rollefordelingen i samtale mellom helsepersonell og pasient. I halvstrukturerte samtaler presenterer fagutøveren seg som en person med utilstrekkelig erfaring og kompetanse. Pasienten tilskrives en rolle ikke bare som svarer, men som samarbeidspartner med relevant erfaring og kompetanse» (Eline Thornquist, 2009). En slik halvstrukturert form på et narrativt intervju er altså egnet til å dempe asymmetrien i

relasjonen. Tilbake til tidfestingen; jeg var jo engstelig for å gå glipp av viktig informasjon om tidspunkter, perioder og andre tidsrelaterede ting. Jeg ga likevel slipp, og fikk trøst av Ricoeur etterpå: «If, in this effort at comparison, the analysis of time most often performs the role of guide, the analysis of narrative, in its turn, serves as a critical and decisive corrective to it» (Ricoeur, 1980) s.22. Dette ga meg forståelse av det jeg opplevde under intervjuet. Å forsøke å ordne fortellingen kronologisk i tid ville være feilslått i denne sammenhengen. Fokuset flytter seg frem og tilbake i tid for å få frem meningsinnholdet best mulig, og hvordan dette gjøres i fortellingen kan i seg selv være meningsbærende.

Med en fenomenologisk grunntenkning i et kvalitativt arbeide undersøker du fenomenet – i dette tilfellet informantens historie – slik den trer frem for deg. Jeg følte at den narrative tilnærmingen var den som best kunne hjelpe meg til å frembringe historiene. Det rimer også med måten man nærmer seg pasienten i psykomotorisk fysioterapi: Man inviterer pasienten inn som samarbeidspartner i behandlingen ved å gi henne/han mulighet til å utvide forståelsen for egen kropp og livshistorie gjennom kommunikasjon gjennom og om kroppen. Der får man kropps-narrativet, på en måte.

Alle intervjuene varte i overkant av en time og ble tatt opp med rekorder.

3.2.3. Transkribering

Lydopptakene måtte transformeres til tekst for å gjøre dem tilgjengelig for analyse. Med meg inn i denne jobben hadde jeg en forforståelse tilegnet fra metodelitteratur om at lydopptak av en historie ikke er det samme som en historie, og at transkribert tekst fra lydopptak ikke er det samme som lydopptak. Jeg ønsket å belyse aspekter ved det levde livet, om opplevelser og erfaringer som informantene mine hadde. Ricoeur minner om at «stories are recounted, life is lived» (Ricoeur, 1991). Så først foregår en organisering av hendelser fra livet til informantene idet de forteller sin historie. Så foretar jeg en organisering ved hjelp av symboler (bokstaver, tegn, uttrykk o.s.v.) før materialet er klart for innholdsanalyse.

Transkriberingen ble påbegynt straks etter intervjuene og fullført i løpet av en dag. Alt som ble sagt, også lyder og halve ord fra begge oss som var tilstede, ble ordrett skrevet ned. Enkelte lyder og uttrykk ved gjennomhøringen brakte frem gester og kroppsspråk for mitt indre øye fordi jeg nettopp hadde vært sammen med informanten i intervjusituasjonen.

«Vi er langt mer henvist til hverandre i muntlige sammenhenger enn i skriftlige. Meningen blir til i samtalens løp. Med blikk, mimikk, kroppslig orientering og bevegelse viser vi interesse og reaksjoner, om vi forstår eller misforstår. Vi peker, nikker og henviser til ting og sammenhenger slik at intensjon og mening fremgår i situasjonen og gjennom deltakelse» (Eline Thornquist, 2009)s. 61.

Jeg noterte ned det ikke-verbale som jeg følte var betydningsfullt for å få frem budskapet i fortellingen. Transkripsjonen ble skrevet på informantenes dialekter. I tillegg til det verbale, valgte jeg å ta med sukk, latter og andre hørbare respirasjonsuttrykk. Tonefall og klangen i stemmen forsvinner når man transformerer lyd til skrift. Men med jevne mellomrom ville informantene understreke noe så sterkt at de hevet stemmen og la spesielt trykk på ord og uttrykk. Dette symboliserte jeg ved å skrive ordene i fet skrift. Pauser og lengden på dem ble også viktig, de uttrykte for eksempel at fortelleren ønsket å være nøyaktig, at hun dvelte ved noe av andre grunner eller at temaet var uttømt. Jeg hadde en intensjon om å bidra inn minst mulig verbalt i tråd med «malen» for narrativt intervju, og i gjennomhøringen la jeg merke til at pausene kunne bli veldig lange. Jeg kom inn med spørsmål eller bekreftelse da jeg var sikker på at informanten ikke satt og tenkte seg om men hadde tømt temaet, og ventet på et innspill fra meg. Dette fikk jeg tydeliggjort i transkripsjonen ved hjelp av tegnbruk. En kort pause ble markert med ..., når pausen var lenger enn 6 sekunder ble det markert med (Pause), og ved noen anledninger var den mer enn ti sekunder og ble markert med (Pause)(Pause). I gjennomlesningen av transkripsjonene opplevde jeg å kjenne igjen det Tjora påpeker: «Når man leser en transkribert tekst fra et intervju man selv har vært med på, er man straks tilbake i situasjonen og ser for seg kroppsspråk og uttrykk som hørte situasjonen til» (Tjora, 2012) Dette følte jeg det ble mulig å dra nytte av for å sikre meg mot at jeg misforsto meningsinnhold i uttalelser i transkripsjonene.

For transparensens skyld vil jeg si litt om forandringen teksten undergikk idet sekvenser fra fortellingene ble brukt i resultatet. Fordi pausene virket signifikante og jeg opplevde de kunne hentes mening ut av, fant jeg det hensiktsmessig å beholde denne markeringen i tekstutdragene i resultatet, og eventuelt diskutere det der. Gjentakelser har jeg beholdt fordi jeg opplevde dem ofte som en understreking av informantens mening. I tekstutdragene valgte jeg å ta bort lyder, halve ord og feilsnakk som ikke hadde betydning, og jeg valgte å bruke bokmål i stedet for den opprinnelige dialekten i transkripsjonene. Omskrivingen ble gjort for å gjøre teksten mer lesbar. Jeg tror ikke innholdet har mistet noe av meningen. Oversettingen til bokmål bidro også til anonymisering. Jeg ga informantene fiktive navn i stedet for

nummer, noe som også gjorde teksten mer lesbar. Informant 1 kalte jeg Mona, informant 2 Tina og nr. 3 fikk navnet Lise.

3.3. Analyse

3.3.1. Å analysere empiri i kvalitativ forskning

Den kvalitative analysen har som mål å gjøre det mulig for leseren å få økt kunnskap om saksområdet det er forsket på uten selv å måtte gå gjennom de data som er generert i løpet av prosjektet (Tjora, 2012). I denne studien har jeg valgt en narrativ tilnærming til empirien. Vi lager alle fortellinger om opplevelser og erfaringer vi har hatt. Det som gjør fortellinger til narrativer, er når hendelser er valgt, organisert, satt sammen og sett på som meningsfylt for et utvalgt publikum (Riessman, 2005).

«Det er ikke mulig å vite på forhånd hvordan fenomener er kjedet sammen i meningsbærende helheter, eller ha en sikker formening om hvilke fenomener som bør inngå i, eller har relevans for undersøkelsesfeltet. Dette innebærer at analysen må utformes slik at det skaper mulighet for å oppdage, utforske og teoretisere relevante forhold og fenomener som ikke fanges opp av forhåndsformulerte problemstillinger og spørsmål» (Hilden & Middelthon, 2002) s. .

Jeg skal vise hvilke forhold som fanget min interesse og hvorfor, og beskrive hvordan jeg gikk frem. Allerede i planleggingen av intervjuene var intensjonen å frembringe narrativer for å kunne bruke narrativ analyse i det videre arbeidet, og det følte jeg at jeg hadde lyktes med da jeg satt med de ferdige transkripsjonene.

3.3.2. Narrativ tematisk analyse

I narrativ analyse forsøker vi å beholde historien intakt i tolkningsøyemed. Men det menes at man søker å finne ut hva informanten ønsker å si ved å identifisere historiens plot. Vi ser etter hvordan segmentene er satt sammen i tid og sammenheng for å gi mening. Det tilstrebes også å bevare segmenter fra empirien, og mangfoldet av detaljer i lange sekvenser. I motsetning til mange andre kvalitative metodologiske tilnærminger som generaliserer på tvers av enheter man skal studere, ligger det i narrativ analyse at man sentrerer arbeidet rundt narrativet (Riessman, 2008).

Etter gjennomlesning av transkripsjonene, valgte jeg å se på et og et intervju, for å avgjøre om de kunne defineres som narrativer, og så gikk jeg i gang med å finne plotet i dem. Plotet brukes til å føye sammen de mange begivenheter, episoder og hendelser til en historie

(Ricoeur, 1991). Informantene har ikke gjengitt fortiden nøyaktig slik den var. Man oversetter og tolker fortiden i historiefortelling, og i narrativer settes segmentene sammen på en slik måte at man får frem et budskap. Jeg identifiserte dette budskapet som plotet i historiene, og forsøkte å presentere dem ved hjelp av tekstsegmenter. Jeg fant det nyttig å lese transkripsjonene i lys av Ricoeur sin analyse av plot i narrativer. En hendelse bidrar til framdriften i narrativet, men også til begynnelsen og slutten (Ricoeur, 1991). Han forklarer også hvordan konkordans har forrang foran diskordans. Kort fortalt innebærer det hvordan vi legger sammen de elementene i historien som representerer samme tankegang. Når vi finner elementer som bryter med dette mønsteret, mener han det er viktig å merke seg det, fordi vi tenderer til å være mer opptatt av flyten i historien frem mot slutten, enn de uventede aspektene som kan dukke opp. Riessman diskuterer også dette:

«A narrative analysis of stories of trauma survivors, for example, might identify points where individuals' accounts converge thematically and other points where they split apart. Making sense analytically of both convergence and divergence would support trustworthiness» (Riessman, 2008) s. 191.

Min måte å tilnærme meg dette på var å forsøke å isolere hendelser i fortellingene og spørre hvorfor de var satt sammen slik de var. Hva er det de vil si? Så kikket jeg nærmere på tiden for å finne en mening i kronologi og mangel på kronologi i historiene. Jeg ble også opptatt av språket da jeg fant psykomotoriske fagtermer i informantenes historier. Jeg leste transkripsjonene med tanke på diskursen om epistemologi i helsefagene som går på fenomenologisk versus dualistisk måte å uttrykke seg på.

Jeg brukte fargekoder for å identifisere sekvenser som sa noe om det ovenfor nevnte: Tid, språk og diskordans-kordans, eller meningsmessig sammenfallende og sprikende innhold. Det budskapet jeg følte var fremtredende i historien etter intervju og transkribering, holdt jeg opp mot disse sekvensene for å se om det kom frem noe nytt. Da fremtrådte plotet slik jeg presenterer det i resultatet. Underveis var det interessante innfallsvinkler som jeg forkastet fordi jeg måtte sørge for at materialet ikke ble for stort og uhandterbart. Jeg ville for eksempel gjerne hatt med hvordan man skaper identitet med narrativer da jeg så at det var med på å belyse forskningsspørsmålet. Eller at informantene hadde en sekk med diagnoser som de forholdt seg til på forskjellig måte. Det var også nærliggende å belyse empirien med den stadig voksende mengde teori om såkalte «illness narratives». Utvelgelse av innfallsvinkler gikk til syvende og sist på hva jeg syntes var spennende, hva som var mest relevant for å svare på forskningsspørsmålet mitt, og hva som eventuelt kunne frembringe ny kunnskap.

Selv om narrativ analyse er enhets-sentrert, er det åpning for å studere likheter og forskjeller mellom narrativene. Dette falt naturlig for meg med et spørsmål om hva det er i psykomotorisk fysioterapi som virker, og hvordan det virker. På bakgrunn av forskningsspørsmålet, teorien og arbeidet med transkripsjonene, utviklet jeg et sett med temaer, slik Riessman påpeker. «In thematic analysis data are interpreted in light of thematics developed by the investigator (influenced by prior and emergent theory, the concrete purpose of an investigation, the data themselves, political commitments and other factors)” (Riessman, 2008).

3.3.3. Temaer

Etter hvert som jeg knyttet narrativene til teori, så jeg også hvordan de forskjellige temaene hang sammen innbyrdes i lys av helheten. F.eks. så trakk jeg linjer mellom grensesetting, kontakt med egen kropp og muskelspenninger både i empirien og i teorien. Og ved å ta på meg et annet sett briller, så jeg tydelig hvordan både språk og tid var dimensjoner som ga mening til resten av innholdet i narrativene. Dette var refleksjoner hvor jeg til slutt måtte sette strek fordi slikt arbeid med den hermeneutiske sirkel som arbeidsmodell får ingen naturlig avslutning. Man kan zoome inn på et element og studere det i sin fulle bredde. Etter å ha sett på det på nytt som en del av helheten, og i lys av ny teori, kan man igjen zoome inn på det samme og oppdage ny mening og sammenheng. Det som falt mest naturlig å tematisere for å besvare forskningsspørsmålet, var forskjellige elementer i behandlingen og effekten av dem. Jeg leste på tvers av historiene for å se hva som gikk igjen. Grensesetting, muskelspenninger, kroppslig og verbal kommunikasjon og kontakt med kroppen ble til slutt rammene for den delen av diskusjonen i resultatkapitlet.

3.4. Etikk

3.4.1. Ethiske overveielser

Alle medisinske studier som omfatter mennesker skal følge etiske prinsipper som er fastlagt i Helsinkideklarasjonen og vedtatt av Verdens Legeforening – World Medical Association (Association, 2001). Det stiller krav til meg som forsker om å sette meg inn i disse prinsippene, og sørge for å implementere dem i mitt arbeid med studien. Prosjektet ble meldt

inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS hvor jeg fikk et positivt svar den 29.10.2015. (Vedlegg 3) Da gikk jeg i gang med å rekruttere informanter.

Oppgaven fordret at jeg trådte inn i en annens liv og ba vedkommende åpne seg. Det ga meg et materiale som må bearbeides med stor ydmykhet. Først fikk informantene skriftlig informasjon om prosjektet og om hva deltakelsen innebar for dem, før de samtykket skriftlig til å delta (Vedlegg 1). Jeg understreket at de på et hvilket som helst tidspunkt i prosessen kunne avbryte sin deltakelse, det være seg før, under eller etter intervjuet (Kvale, 1997, Tjora, 2012). De som ønsket å delta, sendte sitt svar direkte til meg i ferdig adressert returkonvolutt. Så ble de anonymisert som nummer 1,2 og 3, og opplysninger som kunne knyttes til person ble oppbevart forskriftsmessig innelåst og destrueres straks de ikke lenger har noen nytte for den praktiske gjennomføringen av studien. Slik har jeg sikret anonymiteten til deltakerne fra rekruttering og gjennom hele prosessen.

Før opptakene startet, ble informantene gjort oppmerksom på at vi skulle forsøke å unngå detaljer som kunne identifisere dem indirekte i intervjuene. I en av historiene kom det frem en hendelse som kunne identifiseres via nyhetsoppslag og artikler i media. Selv om det var relevant for budskapet til informanten, valgte jeg å ta det bort fra transkripsjonen for å sikre anonymiseringen.

I kvalitativ forskning etableres en relasjon mellom informanten og den som henter inn empiri. I dette arbeidet handlet det om meg som forsker og informantene mine. Å kalle frem minner fra smertefulle perioder i livet kan være en stor belastning for noen. Intervjueren skal vise varsomhet og ivareta informanten ved eventuelle følelsesmessige reaksjoner. Jeg drøftet etiske problemstillinger i forkant av intervjuene. Jeg tok med i invitasjonen til deltakelse at det på ingen måte var traumene jeg ville høre om, men NPF og hva det hadde gjort med dem. Så var det opp til informanten selv om hun syntes det var viktig å bringe inn historien om traumet som bakgrunn. Thornquist skriver «... Men det er helsepersonells oppgave og ansvar å kunne tåle å snakke om vanskelige temaer. Det er tilsvarende opp til helsepersonell å skape et klima hvor det er mulig å komme frem med det som den enkelte kanskje synes er flaut og kanskje skamfullt» (Eline Thornquist, 2009). Ved å lytte til fortelleren med åpenhet, interesse og anerkjennelse, demper man frykten for fordømmelse og avvisning, eller at publikum ikke skal tåle å høre historien. Lise sa til meg etter at hun hadde fortalt om krenkelseserfaringer: *«Jeg har sittet her og sett hvordan du reagerer. Om du tåler det. Hva vil skje med deg, hva*

slags reaksjon. Det har jeg. Jeg må bare innrømme det.» Det sa meg at hun hele tiden satt og vurderte å holde tilbake deler av fortellingen for å ta hensyn til meg og hva jeg tålte. At hun likevel delte av sine erfaringer sier muligens at hun vurderte meg som tøff nok.

Selve fortellerprosessen gjør noe med fortelleren. (Riessman, 2008) Heri kan det også ligge en nytteverdi for informanten. Det å sette ord på, og strukturere hendinger og prosesser kan bidra til at stoffet integreres bedre på veien videre. Med det lagt til grunn, ringte jeg informantene et stykke tid etter intervjuene. Jeg ville forsikre meg at intervjusituasjonene ikke hadde skapt uro eller andre uønskede virkninger i etterkant. Det hadde det ikke gjort, men Mona sa hun hadde grublet en del over historien sin og det nye hun følte hun hadde lært ved å fortelle den i interaksjon med meg.

Den asymmetriske relasjonen mellom oss tatt i betraktning våre roller i intervjuet har jeg diskutert i pkt. 3.2.2. under Intervju. Jeg passet på at informantene var komfortable med det som foregikk, og bidro til at møtene ble preget av høflighet og respekt (Tjora, 2012).

3.4.2. Pålitelighet, gyldighet og generalisering

Med hensyn til pålitelighet er det viktig å få mest mulig oversikt over forskerens ståsted (Tjora, 2012). Utarbeiding av prosjektskissen til studiet, interaksjonen mellom meg og informantene og analyseringen av materialet er påvirket av meg. Jeg følger et studie som inkluderer utdanning i NPF. Det har gitt meg kunnskap om temaet, men vil også påvirke valg jeg har tatt i de nevnte situasjonene. Dette påvirket også helt klart informantenes valg av måte å ordlegge seg på, og den felles hyggefølelsen og gjenkjenningen av tema kunne nok legge en demper på eventuelle mer problematiske temaer i intervjuene. Derfor var jeg spesielt opptatt av å løfte frem diskordans i historiene.

«Den viktigste kilden til høy gyldighet er at forskningen pågår innenfor rammene av faglighet, forankret i relevant annen forskning» (Tjora, 2012). Som novise i forhold til forskningsarbeid og til fagfeltene generelt som jeg har fordypet meg i, er dette helt klart en stor utfordring. Jeg har hele veien forsøkt å holde blikket rettet mot forskningsspørsmålet og sørget for å stå på det faglige fundamentet som NPF gir. Utfordringene har vært at informantene med sine narrativer og andre fagtradisjoner som har tangert forskningsspørsmålet, har hele tiden appellert til min interesse. Kunsten har vært å samle seg igjen etter en runde i den hermeneutiske sirkel.

Naturalistisk generalisering vil si å redegjøre godt nok for detaljene i det som er studert, til at leseren selv kan vurdere hvorvidt funnene vil ha gyldighet for eksempel for leserens egen forskning (Tjora, 2012). Min kvalitative tilnærming av få enheter gir ikke et resultat som vil kunne være gyldige når man overfører dem til andre forskningsspørsmål. Jeg har i stedet prøvd å gjøre studien transparent i den grad at andre kan holde resultatet opp mot det de ønsker å vurdere det i forhold til. Det diskuteres i forskningskretser hvorvidt en slik type generaliserbarhet egentlig har særlig verdi. Mange faktorer gjør at denne typen forskning kan forsvinne i de fora hvor det hentes informasjon til for eksempel generalisering. Jeg er av den oppfatning at studier som min med en naturalistisk generalisering er av stor nytte for videre forskning. Ikke minst løftes det frem nye forskningsspørsmål som åpner for videre arbeid.

4. RESULTATER OG DISKUSJON

4.1. Innledning

I dette kapitlet presenteres resultatene fra studien. Først i form av tre fortellinger om psykomotorisk fysioterapi, om traumer og om kropp og liv. Det var Mona, Tina og Lise som sa seg villig til å dele dem med meg. Jeg vil begynne med å presentere dem. Jeg har valgt sekvenser fra intervjuene som gjenspeiler hovedbudskapet i det de ønsket å si. I metodekapittelet har jeg beskrevet hvordan jeg gjorde de valgene. Historiene er holdt opp mot narrativ teori for å gi et bilde av hvilken type historier de er. Hvordan bruker de historiene for å få frem budskapet sitt, og hva sier historiene om dem sett i lys av forskningsspørsmålet mitt?

Så har jeg funnet temaer som går igjen i alle tre historiene. De har jeg belyst først og fremst med psykomotorisk teori og kunnskap fra traumeforskning.

4.2. Presentasjon av informantene gjennom narrativene

4.2.1. Mona – En intellektuell og en følelsesmessig forståelse

Mona er en kvinne på snart 60. Jeg blir ønsket velkommen i et hus som Mona har kjøpt for noen måneder siden på et sted hvor hun ikke kjenner noen. Det bærer preg av husflidsvirksomhet, med vev, symaskin og handarbeidslitteratur. Hun har innredet med retromøblement fra 60-70-tallet. Selv er hun lett på foten med håret samlet i to fletter og kledd i ullklær. Hun fremstår som tilbakeholden og høflig, likevel er stemningen varm og hjertelig. Hun er uføretrygdet og bor alene her med en hund. Yngste barn er rundt tyve, og driver og etablerer seg på egen hånd.

Hun forteller meg om et 2-årig behandlingsforløp hos psykomotorisk fysioterapeut med et tverrfaglig samarbeid med en psykolog nesten 20 år tilbake i tid. Hun har ikke hatt denne typen behandling etter det. For å forklare hvilke endringer som har skjedd med henne, forteller hun mye fra livet sitt før og nå, og om hvordan hun er, tenker og føler.

«Så var det ... ja ... noe av det som var hovedproblemet i forhold til det at jeg kunne ta vare eller ikke ta vare på meg sjøl i nære relasjoner til andre mennesker. Det var at jeg ikke respekterte mine egne grenser! (Opp et tonetrinn) Jeg visste ikke engang hvor jeg hadde mine grenser i forhold til hva andre folk skulle få lov til å gjøre med meg, mot meg, sammen med meg. Og det var noe som hun (psykomotorikeren, min tilføyelse) fort fikk en konklusjon med, dette med at jeg ikke hadde den grensefølelsen, pluss det at jeg, som psykologer og andre har sagt, at jeg mangler et filter som skal beskytte meg i forhold til å ta ting innpå meg og sånn. Jeg har ikke TV. Det er bevisst. Dagsrevyen er for tøff for meg. Jeg har senere fått vite at det kalles for å være høysensitiv. Ja. Jeg er det og har bestandig vært det, så det er vel også et av de bildene som danner **meg** og hvorfor jeg har reagert og hvordan jeg har reagert og i forhold til livet mitt ellers. Ja. (Bekreftende) Men det her med grenser, og det har jo å gjøre med både oppvekst, barndom, min oppfatning av meg sjøl fra jeg var liten jente, og et overgrep som jeg blei utsatt for ... ee ... flere gang, gjentatte ganger fra jeg var bittelita jente hvor jeg prøvde å beskytte meg sjøl og finne taktikker som gjorde at jeg skulle unngå den her mannen. Men han klarte bestandig å finne meg. Så jeg fikk en sånn opplevelse av meg sjøl at ... jeg kan ikke ta vare på meg ... alle andre vet hva jeg skal gjøre eller ikke gjøre, hva jeg skal være med på og ikke være med på, det er ikke noe vits for meg å ... for jeg forstår likevel ikke hva som er ... Så det har jo vært en

del som også har prega **meg** og som har gjort at jeg har hatt et sånt rotete liv som jeg har hatt. Rotete liv ... jeg har ikke gått på gata, jeg har ikke vært narkoman eller noe sånn der, men i forhold til menn så har jeg ikke turt ... jeg har vel ikke forstått at jeg har lov til å kjenne på om jeg er glad i denne her mannen, er jeg forelska i denne her mannen. Hvis han mente at jeg skulle være forelska i han fordi han var forelska i meg så var det bare å følge på. Uansett, jeg hadde ikke lov til å ... (pause) jeg hadde ikke lov til å ha egne følelser, ... for jeg forsto jo likevel ikke hva som var det beste for meg. Så jeg har (kremt) hatt tre ekteskap, jeg har fire unger, ingen av de fire ungene er født i et kjærlighetsforhold. Så ... (Pause) Ja. Så det. Og det er det her med å ... å vite ... ta deg sjøl alvorlig og være overbevist om at du har lov til å ta deg sjøl og dine følelser alvorlig.

Hun hadde en generell oppsummering om hvordan psykomotorisk fysioterapi hadde hatt positiv effekt på henne. Det er gått tyve år, og det som sitter igjen i minnet, er blant annet dette.

«En ting er dette med pusten som jeg liksom ... plutselig ... ble det en helt annen verden bare det å puste avslappa. Og så muskulaturen ... Jeg hadde mer følelse med muskulaturen. Følelse med kroppen min. Altså jeg jeg ... jeg følte kroppen min. Jeg kunne føle muskulatur som jeg ikke hadde gjort før, liksom at jeg kunne kjenne på at jeg har muskler i lårene, i leggene, i rumpa, i magen, i ... alt, at ... Det var en sånn stor opplevelse for meg, og at jeg når jeg hadde fokus på det, kunne kjenne at jeg hadde ... jeg hadde en kropp faktisk. Det hadde jeg ikke kjent før. Så det var en sånn «åj», en sånn «åhh», «ahh»».

Det er den kroppslige fornemmelsen som har satt seg fast, og som kroppen fremdeles husker og drar nytte av etter at det slik jeg forstår det, har skjedd en omstilling. Hun har ikke så klare minner om hva terapeuten gjorde, hvilke øvelser og teknikker som ble brukt og hva terapeuten pleide å si. Men i et tilfelle skiller det seg ut et meget tydelig minne som jeg oppfatter som en tydelig diskordans til det ellers positive bildet som tegnes av behandlingen. Det er også en diskordans i det at her fremtrer terapeuten tydelig frem i Mona sin fortelling, både som menneske og som fagperson. Diskordans er interessant da det skjærer med det generelle bildet som tegnes, og kan dermed belyse ny mening (Ricoeur, 1991; Riessman, 2008). Hun bruker mye tid på å beskrive noe som hun opplever som tvetydig i forhold til hvilken effekt det hadde hatt, og begynner med å tematisere dette med grenser:

«Det å vite hvor ... har jeg grenser, har jeg grenser i det hele tatt? Så hun som behandla meg ... Vi hadde en øvelse som for meg blei så tøff, jeg holdt på å bryte helt sammen. Men det gjorde at jeg fikk øynene opp for hvordan jeg tenker om meg sjøl. Og i forhold til resten av verden.»

Hun forteller at etter nøye forberedelser gikk hun og psykomotorikeren inn i et stort rom. Hun skulle legge en ulltråd rundt seg på gulvet for å markere grensen for hvor nært psykomotorikeren skulle få lov å komme. Det ble et nitidig arbeid for henne hvor følelsene raste gjennom kroppen. La hun den for langt unna slik hun egentlig ønsket, fikk hun skyldfølelse og følte at hun ikke hadde rett til å stoppe terapeuten. Lå den for nært, fikk hun angst. Til slutt landet hun på et dilemma passelig langt unna. Terapeuten sa at det var ikke sikkert hun ville stoppe ved tråden, så i tillegg måtte Mona si stopp dersom hun gikk over grensen.

Og det var en sånn helt seriøs, heilt totalt alvorlig tanke, jeg har tenkt på etterpå hvor det var det som styrte totalt, jeg tenkte ingenting på at, vel, det her er jo mitt behov, det her er jo jeg ... som kanskje også skulle ha vært i tankene, men det jeg tenkte på var hennes behov som blir min redsel; hvor nært kommer hun? Men min redsel den oppfattet at jeg var trollete, jeg skulle ikke ta vare på min redsel, da ... da var jeg trollete. Så jeg tok ... den grensa jeg til slutt satte var et kompromiss i forhold til hva jeg turte å strekke meg til, at hun skulle komme nær meg, samtidig som at, vel, jeg er trollete, men jeg er nødt til å gjøre det sånn, men nå er jeg så trollete at «fy skamme deg». (Vi ler litt) Ja! (Trykk på stemmen:) Så kom hun gående, og ... og en ting var den der grensa der, men hun sa at det kan hende hun går over den grensa, ... jeg skulle si stopp. Og hun kom gående og kom over tråden min og jeg holdt på å få helt panikk før jeg klarte å si stopp. Jeg var ... jeg var helt i sammenbrudd, for at ... ja ... hun var jo ei dame som jeg hadde opplevd som trygg og alt var greit, men når hun da skulle komme, komme nært meg, og hun bare ... hun sa det litt sånn snilt og greit og med vennlighet at hun har lyst å komme helt til meg, så det var jo ikke noe – holdt på å si-farlig, men det var dette med hva tåler jeg. Så det jeg opplevde da var at når jeg hadde stoppa ho, at «gud, hvor stygg du er», for at du stopper et menneske, hun har jo et behov, og jeg stopper et menneske i..i..i.. det mennesket sitt behov. At jeg er egoistisk. (pause) og trollete. ... Det har jeg (pause) tenkt på veldig mange ganger etterpå. Veldig mange ganger. Så den øvelsen den var en, ja, nesten som en slegge i hodet, haha, i forhold til at jeg fikk masse, masse sånne aha-opplevelser, det var en sånn film

som kverna og kverna og kom i lang, lang tid etterpå i forhold til det livet jeg har hatt. At det er jo sånn jeg har hatt det. Når folk skal komme, enten de er vennligsinna eller ikke, bare kommer på meg, så har jeg ikke stoppa dem. Uansett hvor mye jeg har hatt vondt av det de har gjort. For at **de** har hatt et behov. Det er alle de som er viktig. Jeg er ikke viktig. Jeg har ikke lov til å stoppe folk når de har behov for et eller annet, sjøl om de har behov for å gjøre meg ondt. Men den øvelsen der gjorde at jeg blei bevisst. Det hadde jeg ikke vært før.

Hun var opptatt av at historien måtte formidles til de som arbeider med psykomotorisk fysioterapi for at de skal forstå for et virkelig kraftig virkemiddel det kan være. Jeg velger å knytte opplevelsen hennes til retraumatisering. Det hun forteller, viser oss vanskeligheten i eksponering av traumeminner. I denne sammenhengen kunne det synes som en grei øvelse i å kroppsliggjøre grensesetting. Hun sier også selv at det gir henne svært mye innsikt i seg selv. Minnet om invadering blir imidlertid så sterkt idet det kroppslig treffer en dyp åre av det traumet har gjort henne til. Her vil jeg la meg arrestere av Ponty som snakker om traumer på en annen måte. Det handler ikke minner eller bilder om traumet, men hvordan livsverdenen er preget av at traumet og de kroppslige følgene av det har fått høy prioritet i hvordan man er og opplever. «En ny type verden» får ikke plass.

Den traumatiske opplevelse står ikke ved magt som forestilling, som objektiv bevissthet og som et tidsbestemt øjeblikk, det er væsentlig for den kun at overleve som en værensstil med en bestemt grad av generalitet. Jeg avstår fra min fortsatte evne til at skaffe mig «verdener» til fordel for en av dem, og netop derved mister denne privilegerede verden sin substans og ender med blot at utgøre en vis angst (Merleau-Ponty, 1994), s. 22.

Mona beskriver seg selv som suicidal i denne perioden. Samtidig forteller hun at hun er ikke sikker på hvor mye psykomotorikeren og psykologen visste om det. Selv husker hun at det var vanskelig for henne å fortelle om det og andre sterke følelser selv om hun prøvde, nettopp fordi det ble for sterkt.

Mona uttrykte bestemt at behandlingsforløpet ble avsluttet før hun selv følte seg ferdig. Det oppdaget hun da hun fikk ny kjæreste, og hun ikke fikk til å sette ut i livet de endringene og den kunnskapen om seg selv som hun hadde tilegnet seg sammen med psykomotorikeren og psykologen. Dette ville jeg høre litt mer om, så jeg forsøkte å få utdypet det.

«Jeg: Du opplevde at den ble for tidlig avslutta, behandlingen? For jeg tenker at når du gikk inn i denne relasjonen, ser du for deg at hvis du hadde parallelt fortsatt med behandling hos psykomotorisk fysioterapeut da, at du på en måte kunne ha spilt litt på

fysioterapeuten i forhold til den nye situasjonen og den nye kunnskapen og den nye opplevelsen du hadde i det forholdet, at du hadde kunne fått drahjelp der, eller?

Mona: Ja. Det jeg tror, er at det kunne vært med på å -holdt på å si- bekrefte meg. For jeg hadde behov for bekreftelse på ... mitt nye jeg, haha.

Jeg: Ja, og sånn som du har nevnt om sosiale relasjoner, det var ikke så mange andre?

Mona: Nei, nei. Jeg hadde ikke noen. Ja (på innpust) Så, så ... så ... det var liksom det som manglet. Jeg hadde ikke noen som kunne støtte meg annet enn disse tankene, opplevelsene som jeg hadde hatt. De var liksom rett og intellektuelt riktig, men i møte med (pause) ... det her forholdet tilsa at nei, du skal gå tilbake til sånn det var. Han sa jo ikke at du skal gå tilbake til det ... men jeg fikk jo så mye sånne negative reaksjoner når jeg prøvde å hevde meg. Og når jeg sier hevde meg, så ... jeg har aldri hevda meg mye, jeg har hatt sånne små ... Det blir å putte meg tilbake i den gamle. Jeg hadde ikke fått det her så mye inn i meg - det nye - at jeg var i stand til å tro på ... å virkelig tro og føle på at «nei, han har galt, det er riktig at jeg skal ta vare på meg sjøl på den måten. Og at jeg skal kunne ha det sånn, og at jeg skal kunne føle sånn, har lov til å føle sånn.» Hvis jeg hadde fått tilbud om å gå videre med psykomotorisk fysioterapi for å lære meg noen nøkler for å få det her ordentlig fast i meg – for det va jo helt nye kunnskaper om meg sjøl, om livet om ... hvordan - holdt på å si - relasjoner fungerer. For i og med at den følelsmessige delen av meg ikke klare å følge opp den intellektuelle forståelsen, så lever jeg livet på samme måte! Men nå vet jeg, haha ... Jeg **vet** hvor mye galt jeg gjør mot meg sjøl.»

Mona har tenkt mye på dette. Selv om hun ikke har fått sjansen til å snakke om det med så mange, har hun tydelig forsøkt å ordne historien for seg selv. Gjennom historien kan man organisere hendelsene i tid for å få det til å gi mening.

“People who are living in chaos experience others coming at them, pressing in on them with demands that seem threatening. The temporal sequence of these demands is incessant: before one can be responded to, another is asserted. The world of chaos is one in which order and control are lost and have been replaced by jabbing, aggressive, continuous demands, without sequence. Narrative seeks to redeem life and pain from chaos by creating sequence.

Temporal sequence implies causal priority: once narrative sequencing asserts that one thing belongs first, another thing can be deferred until later; it can wait, and the possibility that things can wait humanizes life. (Frank, 2015)

Mona har opplevd krenkelsestraumer. Hun har tematisert det hos psykomotorikeren. Hun har gjort viktige erkjennelser. Avslutningen hennes i intervjuet sier at historien er ikke slutt. Hun mangler verktøy for å sette erkjennelsene ut i livet. Gjennom tyve år har hun løst det slik på egenhånd:

«Jeg innbiller meg at muskulaturen blir kjørt når jeg ikke får de her daglige turene mine som da må være i en avslappet form, jeg kan ikke ha masse stresstanker eller følelsesstress, masse kaotisk følelsesstress, da låser musklene seg. Så jeg må ha den der tida til den gode bevegelsen, og det har jeg funnet ut at en halv time hjelper ikke, jeg må ha et par timer. En halv time det er det jeg bruker med når jeg går for at musklene liksom skal begynne å slippe taket.

Nå har det vært en lang periode hvor jeg ikke har tatt øvelsene mine. Og så har jeg begynt nå, bare noen dager siden, for at jeg har hatt en tung periode nå som har vært veldig vanskelig (rørt) Så ... eeh ... ja! ... Men jeg kjenner liksom at bare etter en to-tre dager hvor jeg gjør øvelsene, (hun refererer til en CD med yoga-øvelser og fokus på pusten) da kjenner jeg at jeg har ... det er liksom litt lettere etterpå.»

Selv om hun opplevde behandlingsforløpet sitt som for kort, tenker hun at terapien bidro til kroppslige kunnskaper om hvordan hun skal forholde seg til turene sine og hvordan hun skal utføre øvelsene sine. Det drar hun nytte av i dag selv om det er gått tyve år. Men hun er inne på at hun kanskje driver seg selv for hardt, hun sier hun er litt usikker der. Det kan handle om det Gretland antyder. Strukturerte og forutsigbare kroppsteknikker kan være til hjelp for å beskytte seg mot angst. Men en må samtidig ha for øye at kroppsteknikker for noen kan være et ledd i patologiske måter å beherske eller skape avstand til kroppen (Gretland, 2007), s. 69.

4.2.2. Tina – psykomotorikeren må ikke pensjonere seg før meg ☺

Tina er kvinne på omtrent 50 år. Hun ønsker velkommen i et vakkert, rent og velstelt hjem. Det bærer preg av mange mennesker, men hun bor her alene, skilt for 13 år siden. Flere av barna bor med sine familier i nærheten, og yngste sønn er hjemme i helgene. Hun har vært sykemeldt i en kort periode nå etter å ha jobbet 100 % i over et år. Før det hadde hun en lengre periode med sykemelding og et opphold på arbeidsrettet rehabilitering. Hun har fått

diagnosen fibromyalgi. Tina har gått til psykomotorisk fysioterapi i 14 år, og har fremdeles en konsultasjon i uka, pluss en time Pilates i gruppe med psykomotorisk fysioterapeut. Hun tenker at helseplagene hun strir med, bl.a. bunner i et krenkelsestraume fra barndommen. Gjennom intervjuet sitter hun med ene benet over det andre – pent antrukket i skjørt og bluse. Hun setter frem kaffe med lefse til. Jeg legger merke til en høycostal pust med kort og hastig inspirasjon. Dette pustemønsteret dominerer gjennom hele intervjuet, men slipper rundt sukk og latter.

For Tina er det veldig viktig å være i arbeid, og jobben vil hun gjøre skikkelig.

«Jeg har vært så langt nede at jeg er fryktelig redd for å komme dit igjen. For jeg vet at jeg ... det tar **sånn** tid å komme seg opp igjen ... Men jeg føler jo også ... nå går det så fint at nå klarer man å stå på ... så det er jo det at man lærer ikke. Du blir tappa og tappa og tappa for du har brukt opp all energien **PÅ JOBB**, og da har du ikke overskudd til å hente energi noen andre plasser fra. Og jeg **burde** jo vite det. Men så er det jo det her ... et økonomisk spekter også. Og det er jo også ... det er jo ei papirmølle som man bare hører om, og som man gruer seg til (I forbindelse med sykemelding o.l., min tilføyelse). Ja, det ligger der og. Og i dag hvor man går på jobb, og kommunen skal spare, det er jo fokus hele tiden på det, og det er premiering for ikke å være borte fra jobb. Alt koster. Det sliter på en kropp som er sliten fra før. (Pause) For man føler jo det at man ... selv om både lege og arbeidsgiver sier at du har jo krav på det (å være hjemme når du er syk, min avklaring), men så ... så sitter det inni der likevel. (Hun klapper seg på brystet). Du hører jo hver dag når du er på jobb at det er ikke penger til ditt og ikke penger til datt, og så huff, nå er den syk igjen, og nå er den syk, den biten sliter jeg også med. (pause)

Jeg: Har dere diskutert noe av det i behandlingen?

Tina: Nei, vi har ikke pratet noe større om det, men det er jo ikke mitt ansvar, det **vet** jeg jo - det har hun (psykomotorikeren, min tilføyelse) jo sagt - det sier jo alle sammen. Det sier jo arbeidsgiver også, det at det er jo ikke ditt ansvar, ... men samtidig så ... du blir påminnet om det hele tida, så gjør det noe med deg. (Pause) Så det er klart, jeg er en liten brikke i det, og hvis det er mange som meg ... Så er man jo litt samvittighetsfull ... og det går vel på det at man skal prøve å gjøre alle til lags ... Og det setter seg og i kroppen. Jeg tror jo det har litt med ... kanskje med min barndom også å gjøre. (Pause) Å skulle være snill pike. (Sukk) (pause) Ja. Det handler

om at man skal være snill pike, ikke være til plage for andre, ikke være til bry for andre. (Pause) Og det ... og noen - vi er jo veldig forskjellig, så - noen av oss er jo mer følsom og tar det bokstavelig, andre igjen de «næh psst» (gjør et likegyldig kast med venstrehånda, og et lite kast med nakken) blåser bare av det. Så det er jo vi som kanskje er litt ... mer følsom av oss som skal gå rundt ... og være snill pike, og ikke ta igjen. Og man kan vel ha en forståelse for at det ikke trenger å være sånn, men så sitter det på en måte i ... kropp og sjel ... haha. Ja, men det er sant ... Så jeg har nok vært et veldig sånn ja-menneske ...

Jeg: Har du klart å endre noe på det, eller har du **prøvd** å endre på det?

Tina: Joda, jeg har endra masse.»

Hun forteller i små anekdoter om den psykomotoriske behandlingen, og jeg har samlet dem for å få frem hva hun opplever å ha igjen for det.

Ja, vi snakker veldig mye om ... ja alt handler jo om meg. Er det en dag som er tung, så er hun mi søppelbøtte. Så av og til så kan jeg jo, for å få **tømt** ut litt frustrasjon og vite at det her det blir der uten at jeg trenger å tenke på noen konsekvenser av det, eller noe sånt. Du bare øser av deg all frustrasjon og fortvilelse og forbannelse og ja ... Så tenker jeg at hun er så profesjonell at dette er på min time, og så er det ikke noe mer. Hvis jeg skal begynne å belemre venner og sånn så er det mange ganger verre. (Pause)

Og så ... ja, så hjelper hun meg kanskje til å se ting ... fra en litt annen vinkel. Hun stiller liksom spørsmålstegn til meg. Hun gir meg aldri et sånt fasitsvar ... men det her at man er nødt å tenke litt om hva ... hva kan du gjøre sjøl for å komme deg, så ... Jeg er jo nødt til å bruke meg sjøl. (Pause) Men det her med samtale, det gjør også det at da slapper jo kroppen mye mer av, for da har du jo fått ut ...

Jeg: Du kjenner det at det har avspennende effekt?

Tina: Det **har** det. Så alt det her henger jo i hop. Det har jeg vel blitt veldig klar over etter hvert. Ja. At kroppen henger i hop ... Og av og til så har jeg veldig vondt i overpartiet (Peker på thorax/skuldre) og så begynner hun å massere føttene mine. Så er de så stramme at man nesten ikke skal kunne ta i dem. Så da er det ikke bare ... det er ikke bare i nakken det sitter. (Pause) I perioder så verker det i fingrene ... og i leddene, og så er det ... hun kan massere meg i overarmen og så kan fingrene dovne vekk, og det kan være hun masserer i nakken, så kjenner jeg at det prikker i tærne. Så både det

her med å få trykket på de her triggerpunktene, og massasje. Hun finner bestandig noen plasser (ler) hvor jeg ikke tror at det er stramt, og så er det jo veldig stramt allikevel ... Hun kjenner ... jeg har sagt at hun kjenner min kropp mye bedre enn jeg kanskje gjør sjøl, for hun har jo holdt på i mange år.

Jeg: Kan du si litt om de endringene som på en måte har skjedd med deg, og spesielt med tanke på den psykomotoriske behandlinga du har vært i?

Tina: (pause) Ja, sånn som den tida jeg var gift, for eksempel, så var jeg kommet til et punkt hvor jeg var ... nok var nok. Og ... jeg hadde en mann som hverken slo eller kjefitet eller ... så han var ... egentlig så var han jo en snill mann. Men samtidig så – nok var nok for meg da, ja, men ... Og da sa psykomotorikeren til meg at nå - da var jeg litt over 40 år - så sier hun det at «ja, er det sånn du vil ha det (pause) resten av ditt liv?» Jeg hadde levd ca. halve livet ... Det har jeg mange ganger tenkt på i ettertid: Hvordan vil jeg **ha** det? Er det sånn her jeg vil ha det? Hvis jeg ikke vil ha det sånn, ja, så må jeg jo sjøl gjøre noe med det for å ... **endre** på det. Det var en **veldig** tankevekker. Jeg hadde det ikke bra. Med meg sjøl. (Pause) Jeg var ganske så langt nede. Selv om det ikke var alle som så, så visste jeg jo det sjøl ... såå ... utenfra så ser jo ikke folk hvordan man har det (pause) du bare står på, og så går du hjem og gjemmer deg. Så jeg har jo jobba en del ... med det her å sette grenser for meg sjøl. Og si nei. (Pause) Jeg husker de første årene jeg begynte å gå hos henne. Av og til så var det et ork. Det var tøft, og så var det slitsomt ... på en måte. Du måtte innom der, og så ble man jo lei. «Blir man aldri ferdig med det her, og kommer jeg meg aldri ut av det, og ...» Men nå er det liksom at det er bare godt å ha **vært** der. Det kan jo mange ganger være ... **være** tøft. Man kan jo både flire og jeg kan skrike der, og jeg kan, ja ... ettersom behovet er der. Men samtidig så når jeg går ut derifra så er det ... føler man seg litt **lettere** hvis du skjønner.

Jeg: Så du ser for deg at du skal fortsette der? (Lett, lett tone)

Tina: Ja. Hun kan ikke bli pensjonist før meg (latterutbrudd hos begge). Jeg må jo jobbe i mange år, og hun må jobbe enda lengre (videre latter).»

I Tinas historie er psykomotorikeren veldig tydelig, De har jo da også bygget en relasjon over mange år. Likevel er det ikke så lett for Tina å fortelle hva psykomotorikeren egentlig gjør. Når jeg spør direkte, sier hun:

«Men hun bruker jo ... jeg **vet** jo egentlig ikke, jeg har jo ikke fulgt med så nøye hvilke metoder hun bruker. (Pause) Men hun prøver jo å løse opp ...»

4.2.3. Lise – jeg er sterk

Lise er en dame mellom 50 og 60, hun har valgt at vi skal møtes på hennes arbeidsplass da hennes mor for tiden bor hjemme hos henne. Jobben er et kristent senter hvor jeg blir møtt med interesse og varme i et miljø hvor gjester og ansatte akkurat sitter og nyter sin lunch. Informanten har booket et samtalerom hvor vi skal kunne være i fred. Hun er moderne kledd, lett og ledig i sine bevegelser, og ansiktet sprekker med jevne mellomrom opp i et uttrykksfullt og varmt smil som søker og gir innesforståthet. Hun utstråler trygghet i den forstand at hun har kontroll på det som skjer med og rundt oss. Hun sier hun har måttet gå ned til 60 % stilling i høst fordi:

«Jeg har **store** søvnproblemer, jeg er så sliten, så **enormt** sliten. Og så har jeg disse periodene med ... dårlig balanse, utydelig syn, det er noen merkelige greier. Og så når jeg blir sliten, så kommer det. Også kjempedårlig hukommelse, dårlig konsentrasjon, strever med å snakke.»

Lise kommer flere ganger tilbake til sin styrke, både hvordan hun selv kjenner seg sterk, og hvordan behandlere har påpekt hennes styrke til å stå i ting. Hun har kommet til at krenkelser og andre belastninger hun har hatt ikke bare er negative i forhold til den hun er i dag. Hun har hatt helseplager store deler av livet, og den psykomotoriske behandlingen hun har hatt i et og et halvt år fremstår som fersk og ny i hennes historie. Her forteller hun litt om bearbeiding hun har gjort over mange år sammen med folk fra andre faggrupper (i.e. psykiater, psykologer), og hva det har gjort med henne:

Det er viktig det her med ... den første forandringa eller store forandringa i livet mitt og hva det har gjort med meg. Jeg er jo **ikke** den samme personen. **Overhodet** ikke. For jeg har gått gjennom veldig masse. Det er ikke bare negativt – jeg har jo bearbeida masse – sånn at den forandringa som har skjedd med meg er også ... det har jeg i hvert fall etter hvert sett på som ... også som en ressurs. Ja, sånn personlig ... hvem jeg er. Men det har kostet meg **enormt** masse. Og i en del år så gikk jeg ... ut og inn

av det å være suicid. Da var det så tøft at jeg lurte veldig mange ganger på om jeg klarte å leve til ... til ... kvelden (stille stemme).

Jeg: Så du mener at traumene du har opplevd i stor grad også har preget måten du tenker og er på?

Lise: Ja. Og jeg tror nok at jeg er blitt klokere. Og jeg har **masse** kunnskap og erfaring. Og jeg **merker** jo når jeg snakker med folk om ting at jeg er ikke redd, og jeg vet hva jeg snakker om. Jeg kan spørre, høre, finne ut ... hvordan har det du forteller om vært for deg, uten å måtte koble meg sjøl inn. Og det har jeg ... kan jeg! Det kan jeg gjøre overfor et annet menneske. Da jeg var i den utdanninga (sjelesorg) så jobba vi med å trene på samtaler og hadde noen som hørte på oss. Da var det flere som sa det at «Åh, hvis jeg skulle gått til behandler, så skulle jeg gått til deg». Og for meg er det en **gave**. For livet mitt er ikke blitt ødelagt. Jeg har ikke blitt ødelagt som person. Jeg har noe, jeg har fått noe viktig. Det har ikke bare vært totalt ødeleggende for min personlighet. Jeg har **også** kunnet utviklet meg. **Det er så viktig å ta det med meg** (trykk på hvert ord). For ellers så har det jo vært ... livet mitt har jo vært for jævlig ... (hvisker, ler) eller, ja, mye av det. (Pause) Jeg har evnen til å forholde meg til et menneske som har hatt det tøft. Å kunne forstå og kunne klare å høre på. Og ta imot. Det tror jeg at jeg har utvikla.

Lise kom til psykomotorisk fysioterapi for et og et halvt år siden. (Hun nevner i forbifarten en annen behandler hun hadde vært hos tidligere, men psykomotorikeren var blitt sykemeldt og behandlingen ble avsluttet da.) Det har vært nyttig for henne, og hun prøver å forklare en av vinklingene sine her:

«Jeg jobba i mange år for ikke å kjenne etter. Ikke kjenne smerter, ... distansere meg fra kroppen min. (kremt) Jeg jobba **meget** aktivt fordi jeg ikke ville kjenne etter. Og det sto i hodet mitt at (kremt) du kan ta kroppen min, men meg sjøl kan du ikke ta ... jeg gikk inn i meg sjøl når ting skjedde med meg ... så sterkt at det på en måte **skilte** kroppen og tankene mine (ler litt). Og det sitter der. At det har skjedd noe med meg. Det er noe med det samme (hos psykomotorikeren, min tilføyelse), liksom, jeg kjenner ikke ... for jeg må jobbe med min bevissthet at når hun (psykomotorikeren, min tilføyelse) tar på meg så kjenner jeg «å, hvor vondt det gjør ... hvor vondt jeg egentlig har det på den høyre sida. Mer vondt på den høyre sida der hvor jeg ikke kjenner den smerten. Jeg **kjenner** ikke smerten. Når hun tar på så er det jo **så** vondt. Jeg har jo

spenninger, jeg har jo ting som er ... kjempetøff (kremt) i kroppen. Og det tenker jeg, ja, det her er min historie, og det er nok ikke ... det er nok ikke **heldig** for meg at jeg ikke kan kjenne etter og at jeg **er** sånn at jeg ... har vennet meg til å være så distansert fra kroppen min at jeg ikke vet hva som er godt for meg. Og dermed så blir det belastninger. Og jeg **tror** ... dette med å oppdage de tingene synes jeg har vært veldig bra. På en måte å **skjønne**... og **se**...»

Lise har laget seg sitt narrativ. Hun har gitt krenkelseserfaringer og sykdom en mening i livet sitt. Hun ser og kjenner at de har vært med på å prege den hun er i dag. Hun er opptatt av å trekke frem de positive effektene de har hatt. Hun er blitt sterk samtidig som hun har stor empati og evne til å hjelpe andre mennesker som har det tøft.

“The illness event poses a series of questions for the individual: Why me? Why was I the one afflicted? How will the illness affect the functioning of my body? We seek to understand the causes of the illness and to relate the illness to our personal lives. We also seek to establish some kind of practical relationship to the illness, that is to say, to deal with the practical problems caused by the illness. The illness narrative can be seen in this context as a medium for discussing possible explanations for the illness and perhaps even for finding a way of relating to the illness. The discussion of the causes of the illness and how the illness affects the life of the afflicted is concerned with linking individual symptoms and the individual context with a shared cultural context” (Hydén, 1997), s. 57.

4.3. Temaer på tvers av narrativene

4.3.1. Muskelspenninger

Både Mona, Tina og Lise snakket om muskelspenninger og smerter. Det er jo ikke overraskende. For det første snakker de om fysioterapibehandling, og fysioterapeuter har høy kompetanse på fysiologi, funksjon, plager og behandling i muskel- og skjelettapparatet. For det andre preges de av krenkelsestraumer fra barndommen. Som jeg har pekt på tidligere, er det flere mekanismer, både i og utenfor kroppen, som kan føre til at muskulaturen strammer seg opp hos dem. La oss likevel lese hva de sier om fenomenet. Mona forteller:

«Muskulaturen min har vært mye spent. Jeg hadde symptomer som jeg ikke da visste at det var de allerede da jeg var fire-femogtyve år så hadde jeg symptomer som jeg nå vet er den her fibromyalgien som jeg har fått diagnose på, og som gjør at jeg er uføretrygdet. Og det er jo muskler som er i helspenn og ikke i funksjon. Og det var

sånn som jeg sa her litt tidligere at jeg hadde så stramme magemuskler at jordmødrene ikke klarte å kjenne på fosteret før jeg var langt på vei. Og ryggen var ... ryggmuskulaturen var så stram at det kunne kjennes ut som en ekstra ryggrad. Det er ... det er sånn jeg har gått. Så jeg har hatt en knallhard muskulatur.»

Når jeg spør Mona om hva de gjorde hos psykomotorikeren for å få til de endringene som hun fortalte om, er hun usikker. Det kan bero på at det er så lenge siden.

Tina:

«Jeg husker når jeg begynte hos psykomotorikeren, så gikk jeg jo med armene ... ut. (Viser alle ledd i armen avstivet og nevene knyttet hardt) Når jeg sto, så hadde jeg dem ikke avslappa inntil kroppen. Jeg var beredt! ... Jeg er jo kommet meg ... nå kan jeg jo stå mer med armene rett ned. Slippe dem. Men ... av og til så får jeg jo kommentarer på at nå går du med knyttne never igjen ... av – ikke psykomotorikeren – men andre ...

Jeg: I jobb og hverdag?

Tina: Ja (på innpust). Og det er ... da er kroppen anspent igjen, eller at jeg sitter sånn ...

Jeg: Hva gjør du da?

*Tina: Nei, da må jeg jo når jeg blir bevisst ... jeg har jo gått så lenge og blitt bevisst ting. Og når jeg oppdager **sjøl** at jeg går sånn så må jeg jo bare prøve å bevege meg og slippe taket og rikle litt på meg og ... Og når jeg sitter sånn her (Sitter med armene og bena korslagt, all muskulatur oppstrammet og høycostal pust, gir et sterkt preg av at hun sitter og holder fast i seg selv.) så når jeg ser det at jeg er så forknytt, så vet jeg at det her det er ikke bra for meg. Så må jeg jo prøve å ... jeg prøver å slippe (Sukk).»*

Lise:

«Før jeg gikk og skulle bearbeide (hos psykiater?)så hadde jeg jo problemer med forskjellige ting i kroppen. Spenninger – i nakke, i rygg – og det ble smerter husker

*jeg. Så gikk jeg til en fysioterapeut, og han undersøkte meg og vi snakka litt sammen, så sier han - jeg fortalte ingenting om hvordan jeg hadde det - så sier han: «Du har ingen belastningsskader og du har ingen ... sånn, på en måte fysiske feil i kroppen. Du må gå hjem og gjøre noe med livet ditt», sa han. Eeeeeeh ... jeg **kunne** ikke det. For jeg visste ikke hva jeg skulle **gjøre**.*

Jeg: Hva opplevde du da når han sa det?

Lise: Nei han forklarte jo det at å være spent i ryggen og vondt og at det er betennelsesreaksjoner i nakke og skuldre og sånn, det var (kremt) egentlig ... altså kroppen sa ifra.»

Muskulær overspenning er ikke sjelden den første opplysningen om en overbelastning, en mistrivsel eller en arbeidskonflikt, skriver Braatøy i 1948 (Braatøy, 1948). I NPF finner man ut hvor fastlåste eller omstillbare forandringene i muskulaturens stivhetsgrad og konsistens er ved en bestemt måte å gripe om muskulaturen på, utløses en reaksjon fra pasientens pust etterfulgt av en ofte synlig avspenning (Eline Thornquist & Bunkan, 1986). Dersom stramme muskler er blitt et forsvar for å skjerme seg mot voldsomme følelser og kroppens reaksjoner på det, vil man måtte vente med den slags inngripen til pasienten er klar for det. I tilfellene med Mona, Tina og Lise ser det ut til at terapeuten har klart å balansere på denne linjen. Ingen av dem forteller om noen ubehagelige opplevelser i forbindelse med muskulær avspenning, samtidig som alle tre forteller at de er blitt hjulpet av NPF. Lise fortalte at hun hos vanlig fysioterapeut slet med kroppskontakten, at det gjorde henne uvel å bli berørt. Hun turte ikke si fra til terapeuten hvordan hun hadde det. Så poengterer hun hva som er forskjellen med NPF.

I et kommunikativt perspektiv kan massasje handle om å møte pasienten i noe som er vondt, og ta hånd om pasienten på en omsorgsfull måte. «Om terapeuten er var for og tilpasser seg pasientens signaler, kan pasienten få erfaring av seg selv som verdsatt og respektert, og at andre kan være kilde til gode opplevelser» (Gretland, 2007). Det blir svært viktig at pasienten gir signaler, og som vi har sett kan det være forskjellige grunner til at verbale ytringer uteblir. De kroppslige signalene er det derimot ikke lett å skjule, og her kan psykomotorikeren som har lært seg å lese kroppens narrativ finne sine ledetråder. Samtidig oppfordres pasienten både via kroppsspråk og ord til å øve seg på å si fra, slik vi ser i det neste underkapittelet.

4.3.2. Grensesetting

Grensesetting var et tema som gikk igjen hos alle informantene. Det handlet om å sette grenser for andre og å sette grenser for seg selv. Disse to går over i hverandre, for idet du skal sette grenser for hva andre får gjøre mot deg, tar du utgangspunkt i det du føler oppleves greit for deg. Det finner du ut av ved å kjenne etter hva andres handlinger og ord gjør med deg, og dermed blir egne grenser definert. På samme vis setter man grenser for seg selv. Hvis noe føles ugreit, hvis ditt handlingsmønster sliter deg ut og gjør deg syk, har du funnet en grense, og du begynner å tenke på endring. Informantene i denne studien tematiserer grensesetting, og er samstemt om at det er svært vanskelig. Alle uttrykker at de følte behandlere forventet av dem at de burde øve på sette grenser. Slik jeg oppfattet alle tre lå imidlertid ikke vanskeligheten i å sette grensene, men å finne dem i seg selv. De har innkorporert at de skal ta minst mulig plass. Historiene deres om det er likevel veldig forskjellige, Mona har gjennom tyve år filosofert mye over dette med grenser, og oppsummerer det hun har funnet ut slik:

Jeg klarer ikke å få den følelsesmessige forståelsen i samsvar med den intellektuelle. Og det er det i veldig mye av det som er min problematikk i forhold til samfunn, relasjoner til andre mennesker. At jeg har den intellektuelle forståelsen, den er helt ... den er klar og grei og sånn er det, ferdig med det, og jeg godtar den som intellektuell forståelse. Og det har også å gjøre med at i den intellektuelle forståelsen så mener jeg at det er helt rett: jeg skal stoppe, jeg skal ikke - holdt på å si - la noen tråkke over meg, og jeg skal også hevde meg i forhold til andre mennesker og det jeg har behov for. Altså, hvis du gjør noen ting med meg så; nei, jeg stopper deg. Eller at jeg har behov for at ... hvis vi skal gjøre noe i lag, at vi skal også gjøre det på mine premisser for at det er der jeg klarer. Eller at vi skal kunne diskutere, komme fram til ting sånn at jeg også får plass i det vi skal gjøre i lag. Den intellektuelle forståelsen har jeg, og mener at det er det som er riktig. Men når det kommer til noen sånne saker, så viker jeg unna (kremt) (pause).

Når Tina tematiserer grensesetting, knytter hun det til å ville klare alt. Hun bare yter og yter for å gjøre alle til lags, og til slutt vil ikke kroppen mer. Her forteller hun om strevet med å stoppe i tide for å ta hensyn til seg selv.

*Så jeg har jo jobba en del ... med det her å sette grenser for meg sjøl. Og si nei. (Pause) Og så ... da jeg var inne på rehabilitering så var det jo så mye snakk om grensesetting. Og det er jo også sånn som psykomotorikeren har snakka veldig mye om. Men da jeg var der inne, så fikk jeg liksom bekreftelse på det at så fikk du noen andre som sa det ... Så det var litt godt det også, å få høre det fra andre og. Selv om jeg hadde hørt det før, så var det greit å liksom få bekreftelse. Det her med grensesetting for seg sjøl har vi jo snakket en del om. Og jeg vet jo også det at når jeg ... hvis jeg ikke setter grenser og bare yter og yter ... så til slutt så vil ikke kroppen min mer. **Det var forferdelig vanskelig** å sette grenser. **Veldig** vanskelig. Før var jeg ganske aktiv her i både lag og foreninger, vi hadde jo masse lag, og den tida ungene var små så var jo jeg, **ja, med**. Støtta opp, var på arrangementer, bakte, kjørte, ... ja ... det var jo noe hele tiden, så fremt at jeg bare **kunne**, så var jeg jo på farten. Og til slutt ... det ble så mye at nå er jeg ikke med på noe. Det ble stopp. (Pause) så det ble litt **meget**. (Pause) Man var på høyspent hele tida.*

Lise som opplever seg som veldig sterk, har opplevd hvordan nettopp styrken kunne være farlig når hun ikke kunne sette grenser selv:

Jeg har jo spenninger, jeg har jo ting som er kjempetøffe (kremt) i kroppen. Og da tenker jeg, ja, det her er min historie, og det er nok ikke – det er nok ikke heldig for meg at jeg ikke kan kjenne etter og at jeg er sånn at jeg ... er så ... har vennet meg til å være så distansert fra kroppen min at jeg ikke vet hva som er godt for meg. Og dermed så blir det belastninger. Det her med å oppdage de tingene synes jeg har vært veldig bra. På en måte skjønner ... og ser ... det er fortsatt ... også det med at (pause) Det var når jeg gikk gjennom massive overgrep over så lenge av en person som virkelig visste hva han gjorde. (Pause) Så ... det var skremmende, for uansett hvor store belastningene var, så kom liksom aldri «veggen». Altså ... det er vanskelig å forklare, det ble ... ting var forferdelig, og jo verre det var, så var det liksom «Hva!! Tåler jeg enda mer, tåler jeg enda mer, tåler jeg enda mer, ... jeg spurte meg selv:

Nårtid kommer smellen?» Jeg tålte uansett, det var liksom aldri en grense for hvor mye jeg tålte.

Lise har sammen med psykomotorikeren funnet ut at hun ikke vet hva som er godt for henne. Det skjønner vi når hun forteller hva de har jobbet med i terapien:

*Når jeg er til behandling så ligger jeg godt, for eksempel. Hun behandler kroppen min sånn at jeg skal ha ei god liggestilling. Jeg skal ha gode bevegelser. Jeg skal ikke i full fart bare yte det som ... eller gjøre det som blir bedt av meg. Jeg kan bruke min egen tid, jeg kan ... ta hensyn til det som er godt for meg. Det har jeg omtrent aldri i livet opplevd. Det er **helt** nytt. Det er så godt å kjenne. Kjempegodt å kjenne. Og det tror jeg at det kan være det som gjør at jeg har den slitenheta, at den kommer, men kanskje det er en periode at den kommer, at jeg liksom kan få ... ja ... et bedre liv ... tenker jeg. (Nesten hviskende) (Pause) Jeg **ser** en vei. Og jeg kjenner ... kjenner helt i begynnelsen det her med at man ikke bare skulle bryte på som akupunktur og annen fysioterapi gjør. Alle de smertene som kom når jeg var i behandling ... Det er ikke det nå. Nå er det blitt mer å lirke på plass, og komme ... sant, det der positive. ... Og det her at jeg har faktisk også rett til å ha det godt. (Pause) ja!*

I psykomotorisk fysioterapi er det mange innfallsvinkler til dette forskningsspørsmålet, og det er et kjent tema i mange behandlingsforløp. Det ligger implisitt i hele metoden å forsøke å snu fremmedgjorthet og passivitet hos pasienten til aktiv deltakelse i behandlingen. Pasienten blir oppmuntret til å kjenne etter for å bli kjent med sin egen kropp og sine reaksjonsmønstre (Eline Thornquist & Bunkan, 1986) s. 42, (Øvreberg et al., 1989). I denne sammenhengen blir kroppssyn sentralt. Biostatistiske utredninger tyder på at grensekrenkelser med stor sannsynlighet henger sammen med helseproblemer. Det sier oss ikke særlig om hvordan det ble slik eller hvordan hver enkelt fikk det. Til det kreves andre teorier og metodologier for å belyse det (Kirkengen, 2015).

Den kroppsfenomenologiske kunnskapsrammen som preger NPF, ligger også implisitt i den kliniske praksis. Pasientens subjektstatus tilsier at hun må forsøke å romme den plassen som naturlig tilhører henne. Både Mona, Tine og Lisa beskriver at de oppdaget at de kunne tillate seg selv å ta plass. De beskriver også hvordan det ikke var noen selvfølgelighet for dem. De snakker også om at det var vanskelig å få det til, selv om de ble bevisst på at de var i sin fulle rett. Spesielt Mona med sin historie om ulltråden føler at det er umulig å ta plass selv, men lett å la andre trække over dine grenser. «Barn som mer enn noe annet har lært at de ikke

verdsettes, og at de ikke er verdt noe, blir til unge mennesker som verken vet at de bør verne seg eller hvordan man gjør slikt» (Kirkengen, 2015), s. 66.

4.3.3. Språk

4.3.3.1. Verbalt språk i kommunikasjonen

Psykomotorisk behandling tar utgangspunkt i det kroppslige. Kroppens uttrykk gir terapeuten et inntrykk, og det hun finner tar hun utgangspunkt i for arbeidet sammen med pasienten. Mennesker har utviklet et verbalt språk. Ved hjelp av det, har vi symboler ikke bare for det umiddelbart nære og synlige, men også for det abstrakte. Dermed kan vi kommunisere med hverandre om det som har vært og om fremtiden, og tanker vi har gjort oss. «Med språket kan private erfaringer gjøres felles, slik at vi kan ta del i hverandres opplevelses- og meningsverden» (Eline Thornquist, 2009) s. 51. Måten språket tas i bruk i behandlingssituasjonen, er ikke tilfeldig, men har stor betydning. Det sier også informantene noe om. Lise forteller:

«Hun kommenterte – både hun første og hun andre psykomotorikeren - om at jeg gjør ting så fort. Det er som et skudd med en gang. Så var det at jeg skulle begynne å bevege meg med å ta den tiden jeg trenger, at det er greit. Og det er også såå positivt. Det der med at man ... ikke bare skal ... reagere for at andre sier det. Jeg har aldri tenkt over det. Kan du reise deg? Og så spretter jeg opp. Kan du stå opp? Spretter, på en måte. Og så: ja, hvorfor gjør jeg det, hvorfor har det blitt sånn? Ja, det der med det positive ... de der kommentarene. Og så ikke sånn direkte kommandering, men ... «så fort du gjorde det», liksom. Så når jeg spretter opp neste gang så gikk det ikke så fort. «Åja, nå gikk det litt saktere.» Og det å tillate. Det har vært så godt. Det har vært veldig positivt.»

Her beskrives en situasjon som er vanlig i NPF. Med utgangspunkt i det kroppslige, i bevegelser og kroppsuttrykk som terapeuten observerer, kommenterer hun det hun ser. Pasienten får se seg selv fra terapeutens ståsted, og det åpner for å reflektere over seg selv. (Eline Thornquist, 2009) s. 51. Lise syntes dette var veldig positivt, hun holder kommandering opp som en kontrast til denne samhandlingsmåten. En kommando brukes av en som vil utøve makt over andre. Våre relasjoner i familie, jobb og samfunn for øvrig er gjennomsyret av maktkonstellasjoner som vi kanskje ikke er oss bevisste. «Symbolsk makt er denne usynlige makten som bare kan utøves med delaktighet av de som ikke vet at de ligger under for den, eller endatil ikke vet at de utøver den» (Bourdieu, 1996) s. 38. Ved å legge

merke til seg selv i lys av terapeutens kommentarer, kjente Lise at for hennes del handlet det om å tillate seg selv å gjøre ting litt saktere. Det har fått henne til å reflektere videre over at hun vanligvis handler raskt uten å tenke seg om når andre ber henne, og at det er helt greit å ikke være sånn.

«I psykomotorisk behandling ser vi det som svært viktig å hjelpe og støtte pasientene i å tore å gjøre det de har lyst til. Tillate seg å være passiv, trøtt og ikke orke, er viktig for at man på et senere tidpunkt skal kunne finne fram til og utvikle en spontan bevegelsestrang (Eline Thornquist & Bunkan, 1986) s. 107.

Tine forteller at hun og terapeuten hennes snakker mye sammen:

*«Ja, vi snakker veldig mye om ... ja alt er jo om meg. Er det en dag som er tung, så er hun mi søppelbøtte. Så av og til så kan jeg jo, for å få **tømt** ut litt frustrasjon og vite at det her det blir der uten at jeg trenger å tenke på noe konsekvenser av det, eller noe sånt. Du bare auser utav deg all frustrasjon og fortvilelse og forbannelse og ja... Så tenker jeg at hun er så profesjonell at det her det er på min time, så er det ikke noe mer. Hvis jeg skal begynne å belemre venner og sånn så er det mange ganger verre. (Pause)*

*Og så... ja, så hjelper hun meg kanskje til å å se ting...fra en litt annen vinkel. Hun stiller liksom spørsmålsteget til meg. Hun gir meg aldri et sånt fasitsvar ... men det her at man er nødt å tenke litt om hva ... hva kan du gjøre sjøl for å komme deg. Så ... jeg er jo nødt til å bruke meg sjøl. (Pause) Sånn som den tida ... den tida jeg var gift, for eksempel, så var jeg kommet til et punkt hvor jeg var ... nok var nok. Og ... jeg hadde en mann som hverken slo eller kjeftet eller ... så han var ... egentlig så var han jo en snill mann. Men samtidig så ... nok var nok for meg da det, ja, men ... Og da sa terapeuten til meg at – da var jeg litt over 40 – så sier hun det at «ja, er det sånn du vil ha det (pause) resten av ditt liv.» Jeg hadde levd ca halve livet ... Det har jeg mange ganger tenkt på i ettertid: Hvordan vil jeg **ha** det? Er det sånn her jeg vil ha det? Hvis jeg ikke vil ha det sånn, ja, så må jeg jo sjøl gjøre noe med det for å ... **endre** på det. Det var en **veldig** tankevekker. Jeg hadde det ikke bra. Med meg sjøl. (Pause) Jeg var ganske så langt nede.»*

Tine holder frem samtalen som viktig i terapirelasjonen. Det samsvarer med funnene i Ekerholt sin studie hvor alle informantene uttrykte det samme (Kirsten Ekerholt, 2002).

«Spesielt fremhever informantene at samtalen ikke bare handler om plager og symptomer,

men at fokus var rettet mot kroppslige forhold i videre forstand, og forholdet mellom kroppslige og følelsesmessige reaksjoner. De opplever også at det er først og fremst samtalen som utgjør forskjellen mellom psykomotorisk og annen fysioterapi (Gretland om Ekerholts studie.) (Gretland, 2007) s. 197. Arbeidet med kroppen vekker følelser og assosiasjoner til pasientens livsverden. Å tematisere disse sammen med terapeuten åpner for å tenke nytt om helheten av seg selv i lys av den utvidede forståelseshorisonten som oppstår når to tenker sammen.

Det Tine forteller om, ble beskrevet i 1967 av Nils H. Houge:

«Pasienten vil også lett komme i et overføringsforhold til fysioterapeuten (den gode mor), og appellere til henne for forståelse, bruke henne som gråtemur. Å være en slik gråte- eller klagemur, er ikke fysioterapeutens minst viktige funksjon (B. Bunkan, 1978) s. 23.

Slik jeg oppfatter det, er denne funksjonen svært viktig for Tina. Et sted i fortellingen sammenligner hun seg med en trykkoker. Hun bruker terapeuten som søppelbøtte slik at hun ikke skal sprekke.

4.3.3.2. Verbalt språk til økt selvforståelse.

Det kan synes som informantene bruker en del begreper fra psykomotorisk terminologi når de skal fortelle om hvordan de har hatt det. Det er ord som forklarer en tilstand, det er også ordbilder og uttrykk. Ordene er ikke fenomenene i seg selv, men symboler på dem. Jeg skal trekke frem noen eksempler fra narrativene, diskutere rundt denne språkbruken og studere hvilken mening dette kan ha.

*«Da jeg starta med psykomotorisk behandling så fikk jeg ikke **til**, fikk ikke kontakt med enkelte ting i kroppen – fikk ikke til å gjøre det. Det **kom** ikke. Sånne småting (viser ankelfleksjon, håndleddsflexson selektivt utført). Ja! Det gikk ikke. Så, så når jeg begynte å komme i kontakt, så hakket det. Men så etter hvert så har det kommet mer sånn jevn kontakt. Så kanskje det er noe som også vil komme når det gjelder avslapning.»*

Lise snakker om at hun har fått mer jevn kontakt i «sånne småting» hvor hun bruker kroppsspråk der hun mangler ord, men uten at innholdet i det hun sier mister mening. Fagtermen i fysioterapi for det hun beskriver er selektive bevegelser. Begrepet kontakt

kjenner hun igjen i den kroppslige fornemmelsen hun får under øvelsen, og bruker det dermed naturlig. Jeg som fysioterapeut skjønner straks hva hun mener.

«I forbindelse med bedring av muskelkonsistensen blir kroppsopplevelsen større hos pasienten. Kroppsdeler som pasienten har hatt liten kontakt med, liten følelse av, vil virke nærmere og mere bevisst, og mere som en integrert del av hele personen» (B. Bunkan, 1978) s. 68.

Her finnes nevrobiologiske forklaringsmodeller som jeg ikke finner nødvendig å ta med her.

I den neste sekvensen vil Tine fortelle noe hun opplever som viktig i psykomotorisk behandling.

*«Jeg har jo mine traumer fra jeg var unge, jeg har gått til psykolog også i ... (tenker) hva kan det være – 25 år siden. Ja bortimot 20-25 år siden. Det har selvfølgelig satt sine spor i kroppen **det** også.*

Jeg: Hva mener du ... den psykologen?

Tina: Den psykologen ... ja ... ikke behandlinga, men (bearbeidinga av, min tilføyelse) traumene jeg har hatt med meg fra jeg var unge. Og alt det der det har sikkert bare spunnet på seg. De opplevelsene jeg hadde som unge. Så fikk jeg nok noe ut av kroppen også (hos psykologen, min tilføyelse). Jeg har ikke fått ut alt. Så jeg har jo påvist fibromyalgi. Det er jo sånt som sitter i kroppen, men hva den er kommet utav, det er jo (pause) Jeg er jo kanskje sånn som står på til jeg er tom. Det er jo det jeg har gjort bestandig. Er det ikke mer, så er det ikke mer. Så nå også ... hvis jeg kan klare å tenke hva som setter seg i kroppen min ... åehh ... å klare å få snakke om det og få løyst det, så mange ganger så blir det jo mye lettere. Det er jo tanker og sånn Jeg blir jo ikke bra av det, men jeg kan bli litt bedre. (pause. pause)

Jeg: Så det er det som skjer hos behandleren?

*Tina: **Ja.** For det er jo ... jeg er jo overbevist om at ting som skjer ... fysisk ... eller psykisk ... så husker jo kroppen (pause. pause).»*

Tina stopper opp flere ganger i løpet av sekvensen, og jeg tolker det som både at dette berører henne følelsesmessig og at hun leter etter ord som dekker det hun vil formidle. Hun vil forklare det hun starter og avslutter sekvensen med, det at opplevelser har satt sine spor i kroppen og at kroppen husker. Disse ordbildene er hun fortrolig med. Hun bruker dem naturlig, og det sier meg at de gir mening for henne i forhold til det hun kjenner på egen kropp. I psykomotorisk fysioterapi arbeides det ut fra en kjensgjerning at «Alt vi utsettes for som

mennesker, nedfeller seg i kroppen. Alt vi utsettes for som sosiale vesener, det vil si alt vi utsettes for også av ikke-fysisk natur, nedfeller seg i kroppen og kommer fysisk til uttrykk» (Eline Thornquist & Bunkan, 1986) s.19. Når Tine skal forklare dette byr det på utfordringer, dette er ikke dagligdagse tema. Hun prøver å bruke begrepet fibromyalgi, det er det hun bruker når hun skal forklare sine omgivelser hvordan hun har det. Men hun oppdager at det dekker heller ikke det hun prøver å si, og lander til slutt på at «kroppen husker».

Jeg synes at dette illustrerer godt vanskeligheten med terminologi innen helsefag. Hoffmann diskuterer at hvis begreper ikke dekker innholdet i det de skal beskrive, så får alle sin egen forståelse av dem, og da er de ikke lenger egnet til kommunikasjon om fenomenet. Han skriver først og fremst om begrepet «disease», men viser også hvordan det kan gjelde diagnosebegreper (Hofmann, 2010).

«Å forstå mennesker er i prinsippet å forstå vesener som selv forstår; å forske på og med mennesker er å utvikle kunnskap om vesener som selv utvikler kunnskap» skriver Thornquist, og peker på at mennesker er kroppslige subjekter, og at vår kroppslige eksistens og erfaring må inkluderes i denne forståelsen (E Thornquist, 1998) s. 8. Det står i kontrast til språktradisjonen hvor pasienten snakkes om som et objekt, som har dominert innen medisin og helse i over hundre år. «Språkproblemene» blir veldig tydelige i arbeidet med å lage diagnoser, spesielt for plager som fremstår som uforklarte. Da handler det gjerne om mennesker som har reagert på overbelastninger som for eksempel krenkelser og overgrep. Eriksen Kirkengen og Vetlesen skriver om dette og avslutter artikkelen med

«Our main errand has been to emphasize how the medical method, criteria, observations and requirements of evidence together with a disproportional focus on medical diagnostic naming represents a possible barrier to an understanding of such symptoms» (Eriksen, Kirkengen, & Vetlesen, 2013) s.13.

Er det da slik at psykomotorisk fysioterapi har en språklig plattform hvorfra pasientene bedre kan formidle hvordan de har det? Her forteller Mona fra oppstarten av behandlingen som skjedde for 20 år siden:

«Når jeg kom så prata vi jo mye, og hun så det på meg med en gang at jeg pusta ikke – ordentlig. Og det hadde jeg ikke gjort tror jeg, siden ... som småjente så har jeg pusta bare med lungene ... altså oppe i kroppen (viser med hendene på brystet og puster noen høycostale inndragninger) og ikke nede i magen. Det var et sånt forsvar, pluss dette med muskulatur, at mitt forsvar gikk i muskulaturen.»

Jeg opplever denne sekvensen som mettet med mening. Men det jeg vil sette søkelyset på, er begrepet forsvar. Mona bruker det på en måte som viser at hun har integrert det i sin forståelse av sine plager. Begrepet er kjent i psykomotorisk litteratur. « Muskelspenningene binder emosjonene, «lagrer dem», og blir en del av pasientens forsvarsholdning og middel til å bevare kontroll» (B. Bunkan, 1978) s.19. Hvis hun i stedet hadde sagt at hun hadde myofasielle tendinitter, ville det vært mer uklart for meg hva som var problemet, samtidig som hun kanskje ville definert myofasielle tendinitter dithen at begrepet forklarte det hun opplevde.

“Extracts from patients` own stories vividly expose the diffuseness of presenting complaints, ailments, troubles, worries, constraints etc. that are far from delimiting a clear medical symptom and much closer to lived experience and the essence of what is the matter with the patient” (Eriksen & Risør, 2014) s.91.

Jeg synes fortellingene i studien er et klart eksempel på det Eriksen og Risør sier her. Gjennom utdrag fra det informantene forteller, har jeg prøvd å belyse betydningen av språkbruken. Ikke bare ordene man velger å bruke, men hvilken forståelse som ligger til grunn for epistemologien. Det kan se ut som at i psykomotorisk fysioterapi som har en fenomenologisk forståelsesramme, blir måten man snakker sammen et redskap for å gi størst mulig forståelse av pasientens plager, og av det som skjer i behandlingen. Det sammenfaller med det Kirkengen og Thornquist fremhever viktigheten av:

“Recognizing that human beings live in a world of meaning, and that this is not an additional matter – a human appendage to the “real” clinical practice and research work, but the very basis of both” (Kirkengen & Thornquist, 2012) s. 1100.

Når språket gir mening i forhold til det pasienten opplever, gjør hun det til sitt. Jeg tror det gir en trygghet som en diagnose ikke nødvendigvis gir. Jeg synes neste sekvens illustrerer noe av det samme:

*«Det er et og et halvt år siden første gangen jeg var hos psykomotoriker. Jeg har ei god venninne som har gått over ganske mange år, og hun hadde anbefalt det. Og jeg tenkte «Ja, skitt, jeg prøver.» For det å gå og plages ... Og jeg hadde fått en del andre plager også. Det som er kommet de siste årene. Jeg har hatt balanseproblemer, jeg har hatt perioder med utydelig syn, utydelig hørsel, jeg var innlagt på sykehuset og fikk diagnosen slag, men jeg **tror** ikke det er det. Jeg **tror** det er traumene som fortsatt sitter i kroppen.»*

Lise underkjenner legens diagnose, og kommer med en forklaringsmodell som vi finner igjen i psykomotorisk litteratur (Øvreberg et al., 1989; Eline Thornquist & Bunkan, 1986) (Thornquist & Bunkan, 1986).

4.3.4. *Kontakt med kroppen*

Det å få kontakt med kroppen er noe som alle tre er opptatt av. De snakker om å kjenne. Å tørre og føle. Det å kjenne at noe er godt kroppslig, trekker alle frem som noe positivt de har fått oppleve hos psykomotorikeren. Lise og Mona sier det så sterkt som at det hadde de aldri opplevd før i livet. Det har vært å skyve vekk kroppsformennelser, det har vært en kamp for å la være å kjenne etter.

«Tydeligere persepsjon av kroppen kan gi sikrere fornemmelse for at vi er til, for at vi eksisterer og at verden er virkelig. Det forutsetter imidlertid at kroppen ikke er bærer av minner som truer personen, i såfall kan personen måtte beskytte seg mot kontakt med egne kroppsformennelser» (Gretland, 2007) s. 47.

Lise har klare tanker om dette:

«Jeg jobba i mange år for ikke å kjenne etter. Ikke kjenne smerter, ikke kjenne ... distansere meg fra kroppen min. (kremt) **Meget** aktivt fordi at jeg ville ikke kjenne etter. Og det sto i hodet mitt at (kremt) du kan ta kroppen min, men meg sjøl kan du ikke ... det er en slags gå inn i meg sjøl når ting skjedde med meg ... så sterkt at det på en måte **skilte** kroppen og tankene mine (ler litt). Og det sitter der.»

I teoridelen var jeg inne på hva som skjer i kroppen fysiologisk sett under traumer, og hvordan de reaksjonene kan reaktiveres når du minnes på traumet dersom det har satt seg fast i form av posttraumatisk stress. Slike reaksjoner er ekstremt belastende å oppleve. En vanlig mekanisme som slår inn for å skjerme seg selv mot dette ulidelige ubehaget, kan være å øve opp evnen til å ikke kjenne det, som Lise sier. Når du slår av for å kjenne følelser i kroppen, får du heller ikke kjenne på de gode fornemmelsene, fordi det det er den samme evnen som kjenner på begge.

Hos psykomotoriker har Lise fått prøve på å kjenne på gode fornemmelser og hun er udelt positiv:

«Det der med at det gjør sånn inntrykk på meg når hun ordner – for eksempel at jeg skal sitte godt, at den armen den hvilte visst ikke riktig, Hodet ditt - skal vi gjøre sånn – det gjør så stort inntrykk på meg. Ja følelsesmessig. Jeg kjenner jo at det blir godt.

Tenk – liksom sånn **enorm** reaksjon på det.»

I NPF er det ikke tilstrekkelig å utføre øvelser etter nøye instruksjoner. Pasienten må selv være med på å kjenne etter hva som er godt, og prøve ut stillinger ledet av sine egne persepsjoner.

«Målet er å forene hva som oppleves godt og behagelig med det som fysisk og mekanisk sett representerer en heldig belastning. Å finne frem til en hensiktsmessig sittestilling kan for eksempel gjøres på utallige måter som utvikler forskjellige sider hos en person» (Eline Thornquist & Bunkan, 1986) s. 91

Denne måten åpner for å slippe til følelser samtidig som at det er pasienten selv som regulerer graden av det. Fokus er å kjenne på kroppen hva man tåler, og kunne åpne for mer idet det kroppslige ubehaget uteblir. Psykologifeltet arbeider med å implementere kriterier for å vurdere grad av ressurser hos klientene. (Hokland, 2006) PMF har som nevnt hatt slike kriterier fra begynnelsen. Det spesielle er at det er kroppen som har fokuset, nettopp den delen av oss som setter i gang forhøyet aktivering og nettopp den delen som persiperer og uttrykker hvordan aktiveringen oppleves. Du er ved kjernen.

Lise har fått tro på at hun kan få et bedre liv. Den utprøvingen hun gjør hos psykomotorikeren gir ferdigheter i mestring. Pasienten skal gjennom behandlingen bli i stand til å hjelpe seg selv (Eline Thornquist & Bunkan, 1986). Kanskje det er dette Lise har kjent på når hun øyner håp.

5. AVSLUTNING

Jeg har i dette arbeidet fokusert på om mennesker med krenkelsestraumer har fått hjelp av NPF, og på hvordan dette har skjedd. Tre informanter ble inkludert i studien, alle hadde opplevd krenkelsestraumer i barndommen. Vi har sett at det kan føre til store helseproblemer i livet, og at selvmord skjer som følge av det. Det er tverrfaglig interesse for å komme frem til

behandlingsmåter som kan hjelpe disse menneskene til å leve med traumene uten at plagene forringer livskvaliteten. Jeg har diskutert hvorvidt PMF har noen av svarene på dette, og at mye ligger i den kroppsfenomenologiske forankringen som terapeutene har i sin kliniske praksis.

Det har kommet frem i studien at NPF her vært til hjelp for informantene som hadde tematisert krenkelsestraumer hos terapeuten. De opplevde bedre kontakt med egen kropp, lavere spenningsgrad i muskulaturen, og hjelp til å bevisstgjøre grensesetting. Jeg satte søkelyset på språket, og viser hvordan det har bidratt i interaksjonen mellom terapeut og pasient. I møtet med mennesker med krenkelsestraumer fra barndommen kan man komme i skade for å vekke minner om traumat på en måte som skaper voldsomme reaksjoner. Det kan skje både gjennom kroppslig og verbal eksponering. En informant viser at grensen for når det skjer og ikke skjer, er veldig vanskelig å finne. Etter å ha gått i dybden på situasjonen, mener jeg at pasientens subjektstatus i terapisisituasjonen er av avgjørende betydning for om slik retraumatisering skjer, og hvordan det blir ivaretatt i interaksjonen når det skjer.

For informantene i denne studien hadde varighet av behandlingen stor betydning. En informant så for seg et livslangt behandlingsforløp, en av de andre opplevde to år som altfor kort tid. Den tredje hadde bare hatt et og et halvt års behandling så langt, og tematiserte det ikke.

Min studie er av et lite omfang, og det begrenser selvsagt dens tyngde. Det å bringe frem informantenes stemmer, synes jeg likevel har gitt spennende vinklinger på forskningsspørsmålet. Noe av det som kommer frem ville vært interessant å avgrense for å gå mer i dybden på. Da tenker jeg spesielt på forskning som går i dybden på det særskilte NPF har å tilby til mennesker som har vært utsatt for krenkelsestraumer.

LITTERATURHENVISNINGER

Uncategorized References

- Ahlsen, B., Bondevik, H., Mengshoel, A. M., & Solbrække, K. N. (2014). (Un) doing gender in a rehabilitation context: a narrative analysis of gender and self in stories of chronic muscle pain. *Disability and rehabilitation*, 36(5), 359-366.
- Ahlsen, B., Mengshoel, A. M., & Solbrække, K. N. (2012). Shelter from the storm; men with chronic pain and narratives from the rehabilitation clinic. *Patient Education and Counseling*.
- Anstorp, T., Benum, K., & Jakobsen, M. (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer: integrering av det splittede jeg*: Universitetsforlaget.

- Association, W. M. (2001). World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(4), 373.
- Blindheim, A. (2012). Etervirkninger av traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 89(03).
- Bourdieu, P. (1996). *Symbolisk makt: artikler i utvalg*: Pax.
- Braatøy, T. (1948). Psykologi contra anatomi ved sykegymnastisk behandling av armnevrose og Bevegelse, affekt og holdning. *Nordisk Medicin*, 39, 923-930.
- Bunkan, B. (1978). Psykomotorisk behandling ad modum Braatøy/Bülow-Hansen. Kompendium: Oslo: Norske Sivilingeniørers Forening.
- Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi : prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for Den norske legeforening (trykt utg.)*.
- Dragesund, T., & Råheim, M. (2007). Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: patients' perspective on body awareness. *Physiother Theory Pract*, 24(4), 243-254.
- Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2009). *Krisepsykologi i praksis*: Dansk Psykologisk Forlag.
- Ekerholt, K. (2002). *Psykomotorisk fysioterapi - behandling og samhandling : psykomotoriske behandlingsprosesser belyst med pasienterfaringer*. Bergen: [K. Ekerholt].
- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2004). The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: patients' experiences, a basis for knowledge. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(6), 403-410.
- Eriksen, T. E., Kirkengen, A. L., & Vetlesen, A. J. (2013). The medically unexplained revisited. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16(3), 587-600.
- Eriksen, T. E., & Risør, M. B. (2014). What is called symptom? *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(1), 89-102.
- Foa, E. B., Molnar, C., & Cashman, L. (1995). Change in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 675-690.
- Frank, A. W. (1993). The rhetoric of self-change: illness experience as narrative. *The sociological quarterly*, 34(1), 39-52.
- Frank, A. W. (2015). Asking the right question about pain: narrative and phronesis. *British Journal of Pain*, 9(1), 209-225.
- Getz, L., Kirkengen, A., & Ulvestad, E. (2011). The human biology--saturated with experience. *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raeke*, 131(7), 683-687.
- Gretland, A. (2007). Den relasjonelle kroppen. *Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Guillemin, M., & Gillam, L. (2006). *Telling moments : everyday ethics in health care*. East Hawthorn, Victoria: IP Communications.
- Hilden, P., & Middelthon, A. (2002). Tema-Forskningsmetoder-Kvalitative metoder i medisinsk forskning--et etnografisk perspektiv. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 122(25), 2473-2476.
- Hofmann, B. (2010). The concept of disease—vague, complex, or just indefinable? *Medicine, Health Care and Philosophy*, 13(1), 3-10.
- Hokland, M. (2006). Kan noen traumatiserte pasienter ta skade av eksponering for minner om traumer? *TIDSSKRIFT-NORSK PSYKOLOGFORENING*, 43(11), 1150.
- Hydén, L.-C. (1997). Illness and narrative. *Sociology of Health & Illness*, 19(1), 48-69. doi:10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x
- Kirkengen, A. L. (2001). *Inscribed bodies : health impact of childhood sexual abuse*. Dordrecht: Kluwer.
- Kirkengen, A. L. (2008). Inscriptions of violence: Societal and medical neglect of child abuse—impact on life and health. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11(1), 99-110.
- Kirkengen, A. L. (2009). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.

- Kirkengen, A. L. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*: Universitetsforlaget.
- Kirkengen, A. L., & Thornquist, E. (2012). The lived body as a medical topic: an argument for an ethically informed epistemology. *J Eval Clin Pract*, 18(5), 1095-1101.
- Loseke, D. R. (2007). The study of identity as cultural, institutional, organizational, and personal narratives: Theoretical and empirical integrations. *The sociological quarterly*, 48(4), 661-688.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*, oversatt til dansk ved Bjørn Nake; innledning ved Dag Østerberg. Oslo: Pax.
- Monsen, K., & Ryberg, B. (1991). *Psykodynamisk kroppsterapi*: Almqvist & Wiksell.
- Øien, A. M., Råheim, M., Iversen, S., & Steihaug, S. (2009). Self-perception as embodied knowledge—Changing processes for patients with chronic pain. *Advances in Physiotherapy*, 11(3), 121-129.
- Øien, A. M., 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.
- Organization, W. H. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*: Geneva: World Health Organization.
- Øvreberg, G., Bülow-Hansen, A., & Andersen, T. (1989). *Aadel Bülow-Hansen's fysioterapi: en metode til omstilling og frigjøring av respirasjon*: Harstad.
- Pennebaker, J. W. (2000). Telling stories: The health benefits of narrative. *Literature and medicine*, 19(1), 3-18.
- Ricoeur, P. (1980). Narrative Time. *Critical Inquiry*, 7(1), 169-190.
- Ricoeur, P. (1991). Life in quest of narrative. In D. Wood (Ed.), *On Paul Ricoeur: Narrative and Interpretation* (pp. 20--33): Routledge.
- Riessman, C. K. (2005). 1 Narrative Analysis.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*: Sage.
- Schauer, M., & Elbert, T. (2015). Dissociation following traumatic stress. *Zeitschrift für Psychologie/Journal of Psychology*.
- Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2014). To be held and to hold one's own: narratives of embodied transformation in the treatment of long lasting musculoskeletal problems. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(4), 609-624.
- Sviland, R., Råheim, M., & Martinsen, K. (2012). Touched in sensation—moved by respiration. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(4), 811-819.
- Thornquist, E. (1998). Kroppslig erfaring, språk og tenkning. *Fysioterapeuten*, 14, 5.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. [Bergen]: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2006a). Face-to-face and hands-on: assumptions and assessments in the physiotherapy clinic. *Medical anthropology*, 25(1), 65-97.
- Thornquist, E. (2006b). Psykomotorisk fysioterapi - tenkning og tilnærming. *Utposten*.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* : Universitetsforlaget.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vollset, P., Meland, E., & Nessa, J. Trygve Braatøy—en nekrolog 50 år etter 1809–11.

VEDLEGG

VEDLEGG 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema til informanter

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

” Hva er det mennesker som har vært utsatt for traumer opplever har gitt mening i behandlingen hos psykomotorisk fysioterapeut når det gjelder å leve videre med traumene? ”

Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å finne ut mer om hva det er mennesker som har vært utsatt for traumer opplever har gitt mening i behandlingen hos psykomotorisk fysioterapeut når det gjelder å leve videre med traumene. Prosjektet er en mastergradsstudie ved Institutt for helse- og omsorgsfag, Uit, Norges Arktiske Universitet. Forespørselen er sendt til et utvalg psykomotoriske fysioterapeuter. De har sendt den videre til tidligere pasienter som de tror kan tenke seg å delta i et intervju om temaet.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien vil innebære at du stiller til intervju på et sted du synes egner seg best, for eksempel hjemme hos deg selv. Du vil bli spurt om å fortelle fra behandlingen du har hatt hos psykomotorisk fysioterapeut. Spesielt interessant er det å høre om forandringer som skjedde med deg etter behandlingen, og om hvordan og hvorfor det skjedde. Intervjuet vil ha en times varighet, og det vil bli tatt lydopptak underveis. Korte notater gjøres hvis det anses som nyttig.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Det er kun studenten som vil få personopplysninger om deg. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Sammen med opptak vil de lagres innelåst hvor kun studenten har tilgang mens prosjektet pågår. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner da all informasjon anonymiseres. Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.06.2016. Lydopptak, evt. notater og personopplysninger vil da slettes.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke få noen konsekvenser for deg. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

- **Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Linda Aarøen Lien, tlf 95152400, eller send hele samtykkeskjemaet med din signatur og et telefonnummer du kan nå på i den ferdig frankerte returkonvolutten.** Min veileder i prosjektet er førsteamanuensis Britt Vigdis Ekeli, Det helsevitenskapelige fakultetet ved UiT Norges arktiske universitet, telefonnr. 77660708.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta i intervju

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 2: Intervjuguide

Intervjuguide.

Semistrukturert intervju med vektlegging av narrativet.

- Hovedspørsmål: «Hva er det mennesker som har vært utsatt for traumer opplever har gitt mening i behandlingen hos psykomotorisk fysioterapeut når det gjelder å leve videre med traumene?»

Informanten skal få fortelle med minst mulig styring fra intervjuer. Dersom informanten etterspør tilbakemelding på tematikken, er følgende spørsmål mulig å stille, eventuelt at informanten har vært inne på det og blir bedt om å utdype. De kan fungere som støttespørsmål for intervjuer for å se om temaene blir dekket. Intervjuet kan selvsagt ta en helt annen vending som jeg ikke kan forutse på forhånd, og jeg vil følge informanten så lenge fortellingen kaster lys over den psykomotoriske fysioterapibehandlingen og hvilken mening den har gitt.

- Jeg er spesielt nysgjerrig på endring. Opplevde du endringer, hvordan artet endringene seg i hverdagslivet ditt og hvilken rolle ser du at den psykomotoriske fysioterapien hadde i endringene? Si litt om deg før og nå.
- Kan du si litt om de forskjellige delene av terapien?
- Hvordan følte du deg ivaretatt?
- Var det elementer fra terapien som du spesielt vil løfte frem og fortelle om og hvorfor?

Overføringsverdi:

- Hvordan ser du i ettertid at terapien har satt spor i hverdagen?

VEDLEGG 3: Godkjenning fra SND

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Britt-Vigdis Ekeli

Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 28.10.2015

Vår ref: 45193 / 3 / AGL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.10.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

45193 Hva er det mennesker som har vært utsatt for traumer opplever har gitt mening i behandlingen hos psykomotorisk fysioterapeut når det gjelder å leve videre med traumene?

Behandlingsansvarlig UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig Britt-Vigdis Ekeli

Student Linda Aarøen Lien

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

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Audun Løvlie

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf: 55 58 23 07

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Linda Aarøen Lien laaroen@outlook.com

VEDLEGG 4 Prosjektvurdering



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 45193

Formålet er å få frem pasientenes historier om den psykomotoriske behandlingen, og om det er elementer i behandlingen som har betydd spesielt mye ifht å leve videre med traumer.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 15.06.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)

slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger somf.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn) - slette digitale lyd-/bilde- og videooptak