

# **MASTEROPPGAVE**

## **Psykisk helsearbeid**

**Mai 2019**

Relasjonelle traumer og redusert kroppsbevissthet - pasienters erfaringer med å utforske kontakt med egen kropp i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi.

En kvalitativ intervjustudie

Anne Lene Jøranlid Utne



**OsloMet – storbyuniversitetet**

**Fakultet for helsevitenskap**

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid**

## **Forord**

Jeg er takknemlig, glad, og sliten for at jeg har fått lov til å skrive denne oppgaven. Arbeidet har vært krevende, intenst og veldig lærerikt. Når målstreken nå nærmer seg er det mange som skal ha sin takk.

Tusen takk til informantene, for at dere tok imot meg og åpenhjertig delte deres verdifulle historier og erfaringer. Uten dere, ingen oppgave og ingen lærdom.

Tusen takk til gode kollegaer som tok seg bryet med å hjelpe meg med å rekruttere de flotte informantene, og dermed også ga meg tillit og tillatelse til å få utforske og lære av deres behandlingsunivers.

Tusen takk til hovedveileder Bente Weimand og biveileder Kari Evelin Arellano Lorentzen. Uten deres kyndige og rause veiledning, og vennlige oppmuntring, hadde målstreken vært vesentlig lenger unna. Jeg føler meg privilegert som har hatt dere to med på laget.

Tusen takk til Fond for etter- og videreutdanning av fysioterapeuter (Fysiofondet) for økonomisk støtte.

Tusen takk til fineste Håkon Elias og Ida Sofie, for deres oppmuntring, smil, klemmer og tålmodighet med en travel mamma.

Tusen takk til Bjørn for korrekturlesning og all innsats og velvilje som er nedlagt i å drive AS familien så å si alene i de siste travle ukene. Imponerende.

Tusen takk til Mai, rolige kveldsturer og varmen fra en myk og kjærlig hestemule har hatt stor betydning for å koble en sliten og stresset «forsker» i kontakt med ro og velvære i sin egen kropp.

Tusen takk til venner og øvrig familie for deres tålmodighet, oppmuntring og støtte. Jeg gleder meg stort til å få tilbake mer tid med dere.

Anne Lene Jøranlid Utne

Skreia, 13 mai 2019.

## **Sammendrag**

Mange som kommer til behandling i Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) strever med kroppslige, relasjonelle og emosjonelle plager som kan forstås som følger av relasjonelle traumer. De vil ofte ha behov for hjelp til å bryte med alarmberedskapen i kroppen, for å kunne oppleve seg selv som trygt forankret i egen kropp i nåtiden. Det kan oppstå utfordringer knyttet til å balansere behandlingstilnærmingen, slik at den blir tålbart.

Formålet med studien var å søke kunnskap om hvordan mennesker med relasjonelle traumer opplever å utforske kontakt med egen kropp gjennom psykomotorisk behandling. Med særlig vekt på hva som kan gjøre det mulig å stå i en slik behandlingsprosessen hvis den oppleves utfordrende. Dette for å få en dypere innsikt i hvordan behandlingsprosessen kan gjøres tålbart og trygg.

Empirien er framskaffet gjennom kvalitative dybdeintervjuer. Utvalget består av 4 voksne kvinner som er under NPMF-behandling, hvor det fokuseres på å reetablere kontakt med egen kropp. Analysen er inspirert av systematisk tekstkondensering.

Funnene viser at økt kontakt med egen kropp kan føre til større frihet i kroppsholdning, respirasjonsmønster og bevegelser, som igjen kan settes i sammenheng med bedre evne til selvregulering, selvfølelse og mestring. Samtidig kunne økt kontakt med egen kropp trigge skam, ubehag og usikkerhet. Tillit til terapeuten og tillit til egne kroppslige ressurser, var av betydning for å mestre utfordringer underveis i prosessen. Terapeutens væremåte ble beskrevet som vesentlig for muligheten til å oppleve nytte, trygghet og vekst ved å ta plass i egen kropp. Forstått i lys av teori om tilknytning, trygghets sirkelen og intersubjektivitet, understreker funnene betydningen av at psykomotoriske fysioterapeuter søker kunnskap og bevissthet om hvordan framstå som trygg, tydelig og emosjonelt tilgjengelig for pasienten.

Nøkkelord: Norsk psykomotorisk fysioterapi, relasjonelle traumer, kroppsbevissthet, intersubjektivitet, selvfølelse, emosjonelle minner, endringsprosess

## Summary

Many people who are being treated in Norwegian psychomotor physiotherapy (NPMF) struggle with bodily, relational and emotional ailments that can be understood as resulting from relational trauma. They will often have a need for help to break the alertness of the body, to feel safer in their own body in the present. There may be challenges associated with balancing the treatment approach so that it becomes tolerable.

The purpose of the study was to seek knowledge about how people with relational trauma experience exploring contact with their own body through psychomotor treatment. With particular emphasis on what can make it possible to manage such a treatment process if it is experienced challenging. This is to get a deeper insight into how the treatment process can be made tolerable and safe.

The empiry is provided through qualitative in-depth interviews. The sample consists of 4 adult women who are under NPMF treatment, where it focuses on re-establishing contact with their own body. The analysis is inspired by systematic text condensation.

The findings show that increased contact with one's own body can lead to greater freedom in body posture, respiratory pattern and movement, which in turn can be linked to better ability for self-esteem, self-regulation and coping. At the same time, increased contact with one's own body could trigger shame, discomfort and insecurity. Confidence in the therapist, and confidence in one's own physical resources, was important in mastering challenges along the way. The therapist's behavior was described as essential to the opportunity to experience benefit, security and growth by taking place in one's own body. Underlined in light of the theory of attachment, the security circle and intersubjectivity, the findings emphasize the importance of psychomotor physiotherapists seeking knowledge and awareness of how to appear safe, clear and emotionally accessible to the patient.

Keywords: Norwegian psychomotor physiotherapy, relational trauma, body awareness, intersubjectivity, self-esteem, emotional memories, process of change

## **Innhold**

<b>1.0 Innledning</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Tidligere forskning/kunnskapsgrunnlag	3
1.3 Hensikten med studien	6
1.4 Problemstilling	7
1.5 Begrepsavklaringer	7
1.6 Perspektiv på tema	
<b>2.0 Teori</b>	<b>8</b>
2.1 Norsk psykomotorisk fysioterapi	8
2.1.1 NPMF; opprinnelse og teoretisk grunnlag	8
2.1.2 Omstillingsprosessen i NPMF	9
2.2 Traumer	10
2.2.1 Traumeforståelse	10
2.2.2 Kroppens rolle i traumebehandling	12
2.2.3 Relasjonens betydning i behandling og forståelse av relasjonelle traumer	13
2.3 Kontakt med egen kropp	14
2.3.1 Kroppsfenomenologi	14
2.3.2 Kroppen som utgangspunkt for selvføleelse, affektintegrasjon og mentalisering	15
2.3.3 Kroppen som kilde til intersubjektivitet	17
<b>3.0 Metode</b>	<b>18</b>
3.1 Valg av metode	18
3.2 Utvalg	19
3.3 Intervju	21
3.4 Transkribering	22
3.5 Analyse	23
3.6 Metodediskusjon	26
3.7 Etske utfordringer og overveielser	28

<b>4.0 Resultat</b>	<b>30</b>
4.1 Å utforske egen kropp har gitt mulighet for vekst	31
4.1.1 Jeg er friere i pust og bevegelser	31
4.1.2. Kontakten med kroppen hjelper meg til å kjenne, forstå og regulere følelser	33
4.1.3 Jeg har blitt tydeligere og flinkere til å ta vare på meg selv	35
4.2 Å utforske kontakt med egen kropp har vært krevende	36
4.2.1 Tilnærmingen vekker usikkerhet og er vanskelig å forstå	36
4.2.2 Tilnærmingen kan gi en følelse av å bli bedømt og trigge krav om prestasjon	37
4.2.3 Innsikten i egne reaksjonsmønster og levd liv er smertefull	38
4.2.4 Endringene i det kroppslige forsvaret og møte med alarmberedskap er skremmende	38
4.2.5 Det kreves høy egen innsats	39
4.3 Terapeutens kunnskap og væremåte har hatt betydning	40
4.3.1 Terapeuten speiler, er oppmerksom og tydelig	40
4.3.2 Terapeuten er kompetent og trygg	41
4.3.3 Terapeuten er varm og aksepterende	41
4.4 Sammenfattende forståelse av funnene	42
<b>5.0 Diskusjon</b>	<b>44</b>
5.1 Prosessen fra mangelfull til meningsfull kontakt med egen kropp er sammensatt	44
5.2 Å ta plass i egen kropp oppleves sårbart, skremmende og uvant	45
5.3 Å ta plass i egen kropp styrker selvfølelsen og gir gode kroppsopplevelser	46
5.4 Å ta plass i egen kropp fordrer støtte av en trygg og emosjonelt tilgjengelig terapeut	48
5.5 Utforskning av økt kontakt med egen kropp; en ikke standardiserbar prosess?	51
<b>6.0 Avslutning</b>	<b>52</b>
Referanseliste	54
Vedlegg 1: Informert samtykke	61
Vedlegg 2: intervjuguide	64
Vedlegg 3: koder	65
Vedlegg 4: Uttalelse REK	66
Vedlegg 5: Godkjenning NSD	68

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

«Når vi rammes er det normalt å forsvare seg ved å ikke se, høre, lukte eller føle. Men samtidig blir også det gode du så, hørte, luktet og følte, stengt ute. Som en reaksjon på en syk situasjon stenger vi selve livet ute og blir alene. Vi blir bedøvet, stivner, vi slutter nesten å puste. Å gjøre seg mest mulig usynlig kan være hensiktsmessig når det handler om å overleve, men når vi skal ut i livet igjen må vi vekke kropp og hjerte. Veien tilbake til deg selv går gjennom kontakt med kroppen» (Van der Weele og With, 2011, s 12).

Sitatet over er hentet fra «Sommerfuglkvinnen», et kurshefte for kvinner som har vært utsatt for traumer i form av vold og krenkelser. Relasjonelle traumer i oppveksten kan føre til samme voldsomme fysiologisk aktivering og sterke emosjoner (Amlund, 2012). Erfaringene splittes fra normalhukommelsen og lagres som kroppslige minner som ikke uten videre er tilgjengelig for kognitiv bearbeiding (ibid). Derfor søker traumatiserte ofte hjelp for symptomer, og ikke for minnene i seg selv (Anstrup og Benum (red), 2015). Slike symptomer kan være angst, depresjon, spiseforstyrrelse, rusbruk, personlighetsforstyrrelser, kroniske smerter, nummenhet og utmattelse (ibid). Traumeforståelse anses som en viktig faktor i lokalt psykisk helse og rusarbeid (Helsedirektoratet, 2014). Kartlegginger viser at minst 200 000 norske barn vokser opp med foreldre med ruslidelse og minst 15 000 vokser opp med foreldre med alvorlig psykisk lidelse (Nordanger et al, 2011). Åtte % har vært utsatt for vold som barn, og 11% har opplevd grove seksuelle overgrep (ibid). Slike oppvekstsvilkår kan for mange føre til traumatisering (ibid). Alvorlig mobbing er også en faktor som kan bidra til traumereaksjoner i ulik intensitet og alvorlighetsgrad, selv om man ikke kan si med sikkerhet at mobbing kan gi PTSD som diagnose (Dyregrov, 2010; Vanderbilt & Augustyn, 2010, Arseneault, et al., 2009; Idsoe, et al., 2012; Mynard, et al., 2000).

Tilknytningsforskning peker på at også vedvarende forstyrret kommunikasjon i barns oppvekstmiljø kan utløse det biologiske overlevelsesforsvaret. Mørketallene kan være store, og enkelte beskriver ettervirkninger etter traumer som et folkehelseproblem (Nordanger et al, 2011). Psykiske helseproblemer kan medføre redusert livskvalitet, økt dødelighet, sykefravær og uførepensjon (Helsedirektoratet, 2014). Det er derfor viktig å identifisere problemene og sette i

gang adekvat behandling, som forebygger og reduserer problemutviklingen og fremmer pasientenes mestring av eget liv (ibid).

Mange pasienter som kommer til psykomotorisk behandling forteller om relasjonelle problemer i oppveksten under anamnesen. Det være seg alvorlige traumer i nære relasjoner, eller belastninger som mobbing på skolen, store konflikter, og /eller dårlig relasjonelt klima i familien. Disse pasientene strever ofte med smerter, utmattelse og/eller psykiske plager av varierende alvorlighetsgrad. Undersøkelse av kroppsholdning, bevegelser, pustemønster og kroppsbevissthet avdekker ofte redusert fortrolighet og mangelfull kontakt med egen kropp. Jeg har truffet flere av denne typen pasienter etter endt videreutdanning i Norsk psykomotorisk fysioterapi våren 2013, både i privat praksis med kommunal driftsavtale, og på sykehusavdelinger for henholdsvis rusbehandling, tidlig intervensjon ved psykose og spiseforstyrrelser. Møte med disse pasientene inspirerte meg til å søke økt kunnskap om emnet gjennom videre kursing i traumebehandling. Kunnskapen har gitt meg en forforståelse om at det ofte er kompliserte, langvarige forløp, hvor varhet for pasientens reaksjoner og utforskning av grenser er sentralt. Jeg vil også tro at terapeutens relasjonelle ferdigheter vil være sentrale for å skape en trygg ramme rundt behandlingen. Til tross for interesse for pasientgruppa, 4 års arbeidserfaring og en viss teoretisk kunnskap, kjenner jeg meg fortsatt ofte usikker på hvordan behandlingstiltak og intensitet best kan tilpasses den enkeltes tålegrense. Det er særlig et dilemma som kan være utfordrende å møte: Jeg tenker da på det dilemmaet Van der Weele & With (2011) beskriver i det innledende sitatet; pasientene har stengt av sansene sine for å slippe å kjenne de vonde sporene etter traumer, samtidig som veien til bedring går gjennom kontakten med kroppen.

Det antas at veien gjennom kroppen er nødvendig, da traumereaksjonen er en fysisk reaksjon hvor kroppens alarmsystem aktiveres ( Salvesen & Westlund, 2015, Ogden & Fisher 2015). Uten hjelp til å bli oppmerksom på, forstå og endre, kan overlevelsesreaksjonen bli værende som kroppslige spor (ibid). Når organismen er fiksert på overlevelse vil det påvirke adferd, tanker og følelser på en måte som begrenser vitalitet, spontanitet og et sunt repertoar for å takle ulike situasjoner (ibid). Det verbale språket kommer til kort når ubevisste kroppslige fornemmelser skal adresseres. Det anses derfor som nødvendig å utvikle og benytte kroppsorienterte terapier i effektiv behandling for traumereaksjoner (ibid). I behandlingen inviteres pasienten til å gå inn i et landskap de prøver å unngå, siden visse kroppsforntemmelser, bevegelser eller følelser kan trigge sterke minnebilder og opplevelse av at det vonde skjer på nytt, her og nå (Salvesen og Westlund,



2015). Det er nødvendig å ikke forsere behandlingsprosessen utover pasientens tåleevne. Og pasientene har ofte mangelfull kontakt med egne grenser som en del av sitt symptombilde. Som terapeuter har vi derfor et særlig ansvar for å være en trygg samarbeidspartner i arbeidet med å reparere og utvikle pasientens relasjon til egen kropp (ibid).

## 1.2 Tidligere forskning/kunnskapsgrunnlag

Jeg har søkt i Oria og EBSCO med søkeord og treff som det framgår i tabell 1. Tabell 2 viser treff som har vært relevante for utforming og spissing av min problemstilling. Det er disse artiklene som utgjør det jeg har funnet fram til av eksisterende forskning som eksplisitt omhandler både relasjonelle traumer og NPMF.

Tabell 1

Søkeord	Database	Antall
Psykomotorisk fysioterapi og traumer	oria	3
Kroppslige plager og traumer	oria	11
Psykomotorisk fysioterapi og kroppskontakt	oria	0
Trauma, embodiment and norwegian psychomotor physiotherapy	ebsco	1
Norwegian psychomotor physiotherapy(NPP)	ebsco	23
Body awareness and trauma	ebsco	186
Body awareness and trauma and NPP	ebsco	0

Tabell 2

<b>Oversikt over inkluderte artikler og tidligere masteroppgaver om emnet.</b>
Ekerholt, K., Schau, G., Mathismoen K., & Bergland, A. (2014). Body awareness – a vital aspect in mentalization: experiences from concurrent and reciprocal therapies, <i>Physiotherapy Theory and Practice</i> , 30:5, 312-318
Ekerholt, K. & Bergland, A. (2018): Learning and knowing bodies: Norwegian psychomotor physiotherapists' reflections on embodied knowledge, <i>Physiotherapy Theory and Practice</i> ,
Sviland, R., Råheim, M., & Martinsen, K. (2012). Touched in sensation–moved by respiration. <i>Scandinavian journal of caring sciences</i> , 26(4), 811-819.
Lien, L. (2016). ”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?” Masteroppgave i helsefag. Universitetet i Tromsø.
Kristensen, G. (2013) Psykomotorisk fysioterapi i forhold til pasienter som strever med ettervirkninger etter alvorlige livshendelser i nære relasjoner. Masteroppgave i helsefag. Universitetet i Tromsø.

Ekerholt et al (2014) gir gode beskrivelser av hvordan psykomotoriske fysioterapeuter deltar i samarbeid med psykologer rundt «det traumatiserte barnet» i den voksne pasienten.

Ubearbeidede traumer har en sterk kroppslig komponent hvor pasienten er fanget i egen kriseberedskap. Evnen til avspenning, basal respirasjon og ettergivenhet er svært liten.

Kontakten med kroppen kan være helt eller delvis mangelfull, og kontakten med kroppen må

reableres for at pasientene skal kunne nå sitt endringspotensial. Kroppskontakt, kontakt med underlaget og gjenkjenning av egne autonome reaksjoner kan gi mindre kaos i hodet og stress i kroppen, gjennom å gi en opplevelse av forankring i en selv, her og nå (ibid). Men dette fordrer tilstrekkelig trygghet og gradvis dosering for at kontakten med kroppen ikke bare blir skremmende og gir opplevelse av redusert psykologisk forsvar og økt angst (ibid). Ekerholt et al sin studie er kvalitativ og bygger på minifokusgruppeintervju over 30 timer med strategisk utvalgt psykomotorisk fysioterapeut og psykolog, som har samarbeidet om rundt 20 pasienter.

Ekerholt og Bergland (2018) har gjort en kvalitativ studie basert på intervju av 12 spesialister i psykomotorisk fysioterapi. Hensikten med denne studien var å undersøke psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med begrepet «å lytte til kroppen», om dette er nyttig og meningsfullt, eller om det kan bli for mye lytting til kroppen. Når det gjelder kroppslige reaksjoner etter traumer, ble det funnet at terapeutene var oppmerksomme på autonome reaksjoner, forsøkte å trygge pasientene til å være litt i aktiveringen, samtidig som de også ga hjelp til å lede fokus tilbake til tryggheten her og nå. Å lytte til kroppen ble ansett som en ressurs.

Sviland et al (2012) har gjort en casestudie, basert på hermeneutisk analyse av narrativ, slik de trer fram i journalnotater fra behandling av en traumatisert kvinne som sliter med muskelplager, angst og anoreksi. Behandlingen strakk seg over 10 år. De konkluderte med at behandling med fokus på aktivering av muskulatur og muligheten til å kjenne egne krefter, bidro til en opplevelse av å kunne ha grenser, kjenne seg virkelig, forsvare seg selv, og dermed kjenne håp og optimisme for framtida. De understreker viktigheten av at behandlingen må skreddersys ut fra et erfarent og sensitivt terapeutisk blikk på pasientens reaksjoner i situasjonen. Å skape trygghet og mestring er vesentlig.

Gry Enge Kristensen (2013) fant i sin masteroppgave at psykomotoriske fysioterapeuter kan hjelpe pasienter til økt innsikt og kontakt med seg selv, og at kroppen slik kan være en ressurs i å styrke pasienters autonomi, regulere kroppsfornemmelser og følelser. Terapeutens varen gjennom evne til å skape trygghet og regulere nærhet og avstand, synes å ha stor betydning. Enge Kristensen sin empiri besto i 3 observerte behandlinger og 2 intervjuer med fysioterapeutene i etterkant. Hun understreker at hennes studie ikke er utfyllende som dokumentasjon av psykomotorisk fysioterapi i pasientgruppen, men håper den kan bidra til økt bevissthet rundt

terapeutens rolle. Hun peker på at det kunne være interessant med flere og større studier, og også kvalitative studier som belyser pasienterfaringer.

Linda Aarøen Lien (2016) fulgte opp med å skrive en master om hva mennesker utsatt for krenkelsestraumer synes har vært hjelpsomt i psykomotoriskbehandling, knyttet opp mot å leve videre med traumene. Hun har intervjuet tre pasienter og fant at de opplevde det nyttig å få økt kontakt med egen kropp, reduserte muskelspenninger og hjelp til å arbeide med grensesetting. Aarøen Lien ser også at en masteroppgave har begrenset vitenskapelig tyngde, og at det derfor er behov for forskning. Hun fremhever at det kunne være interessant å gå i dybden på hva psykomotoriske fysioterapeuter særlig kan tilby pasientgruppa.

### 1.3 Hensikten med studien

Hensikten med studien er å få økt kunnskap for å bli en tryggere terapeut i møte med disse pasientene og deres utfordringer. Jeg ønsker å få økt kunnskap og forståelse for hvordan pasienter opplever prosessen mot økt kontakt med egen kropp. Jeg håper i så fall dette kan være interessant også for andre psykomotoriske fysioterapeuter som jobber med samme pasientgruppe og problemstilling.

Når kunnskapsgrunnlaget oppsummeres, trer det fram at økt kontakt med egen kropp er en ressurs i psykomotorisk behandling av traumatiserte pasienter, forutsatt at relasjonen og settingen oppleves trygg nok og doseringen er rett. Dette går igjen hos samtlige forskere, både i funn og teori. Lien (2016) etterlyser mulighet til å se mer avgrenset på hva det er med psykomotorisk fysioterapi som kan være nyttig og meningsfullt. Og jeg fattet derfor interesse for å gå mer i dybden på et av hennes funn; økt kroppskontakt. Basert på litteratur og egen klinisk erfaring, har jeg en forforståelse for at det å jobbe med økt kontakt med egen kropp kan gi rom for både negative og positive opplevelser. Gjennom pasientenes fortellinger ønsker jeg å få dypere forståelse for hvordan denne eventuelle tosidigheten kan oppleves. Det er særlig interessant å få fortellinger om hva som gjør det mulig å stå i behandling når det oppleves utfordrende. Jeg savner pasienters stemme og erfaring når jeg leser om tema, og håper at deres fortellinger om sine erfaringer og opplevelser knyttet til å jobbe med kontakt med egen kropp vil gi oss behandlere verdifull innsikt

#### 1.4 Problemstilling

Problemstillingen er som følger: Hvordan oppleves det å utforske kontakt med egen kropp gjennom psykomotorisk behandling?

Problemstillingen avgrenses til å gjelde for personer over 23 år som strever som følge av relasjonelle traumer i oppveksten. Med strev menes plagene de søker psykomotorisk behandling for. Det kan være kroppslige smerter, utmattelse, uro, nedstemt, spiseproblemer og /eller ulike plager knyttet til selvfølelse, affektregulering og relasjoner. Med relasjonelle traumer menes gjentatte negative samspillserfaringer med viktige andre, som har blitt opplevd som så truende at de har aktivert autonome forsvarsreaksjoner (Ogden & Fisher, 2015). Å være i kontakt med egen kropp forstås som evnen til å kunne sanse og akseptere dens reaksjoner (Dragesund, 2012). Med reaksjoner menes automatiske tilpasninger til eksterne og interne stimuli (ibid).

#### 1.5 Begrepsavklaringer

Kontakt med egen kropp, kroppsbevissthet og evnen til å ta plass i egen kropp brukes synonymt i denne oppgaven.

Norsk psykomotorisk fysioterapi forkortes NPMF.

Terapeut og psykomotoriker brukes synonymt, og refererer til person med utdanning i NPMF.

#### 1.6 Perspektiver på tema

Jeg ønsker å forstå fenomenet kroppskontakt og dets betydning, slik det oppleves av den det angår, altså personen som opplever endringsprosessen. Ved å anerkjenne pasientene som eksperter på egne opplevelser, samt løfte fram og analysere disse erfaringene, håper jeg å utvide min og leserens faglige forståelseshorisont.

I oppgaven står et fenomenologisk syn på kropp sentralt. Ut fra denne filosofien er kroppen sete for levd erfaring (Råheim, 2003). Livshistorien vår lagres i og uttrykkes gjennom kroppen. Endringer i kroppen endrer livsverdenen (ibid). Underforstått kan det å ha det bedre i kroppen bidra til at man har det bedre i livet. Det er i denne forståelsesrammen jeg ønsker å utforske opplevelsen av kroppskontakt og dens betydning for den enkelte. Min utforskning av praksis vil være inspirert av hermeneutikk og fenomenologi (Thomassen, 2016.)

## 2.0 Teori

I teoridelen vil jeg belyse hovedtemaene for oppgaven; Norsk psykomotorisk fysioterapi, traumer med fokus på relasjonelle traumer og kontakt med egen kropp. Oppgavens omfang tillater ikke å gå i dybden på temaene. Jeg har valgt å gi en kort innføring med fokus på de aspektene ved temaene jeg mener er nyttig å klargjøre for leseren for en lettere tilgang til resultat og diskusjonsdelen.

### 2.1 Norsk psykomotorisk fysioterapi

Norsk psykomotorisk fysioterapi er en egen spesialitet innenfor fysioterapi. Psykomotoriske fysioterapeuter arbeider i spesialisthelsetjenesten, i kommunal helsetjeneste eller som helprivate. Bevisstgjøring av spenningstilstander og økt fortrolighet og kontakt med egen kropp, er sentralt i behandlingsformen (Bergland, Olsen & Ekerholt, 2018). Det understrekes at kroppen og kroppsopplevelsen påvirkes av konflikter, livsbelastninger og traumer (ibid). Behandlingen innebærer samtale, massasje/berøring og bevegelse (ibid). Behandlingen tilbys alle aldersgrupper og tar sikte på hjelp til selvhjelp gjennom fokus på å fremme kroppslige ressurser, mestring og innsikt (ibid). Økt kontakt med følelser, behov, ressurser og grenser er ofte målsetning for behandling, som igjen vil kunne gi reduksjon i symptomer, økt trivsel og livsglede (Sviland, Martinsen & Råheim, 2017). De fleste som henvises til NPMF har subjektive helseplager, som de har strevet med i flere år (Bergland et al, 2018). Alvorlighetsgraden i plager og symptomer kan strekke seg fra hverdagsstress til alvorlige traumer (Sviland et al, 2017).

#### 2.1.1 NPMF; opprinnelse og teoretiske grunnlag.

Wilhelm Reich (1897- 1957) er grunnlegger av karakteranalysen og regnes som flere kropporienterte terapiers stamfar, deriblant Norsk psykomotorisk fysioterapi (Bunkan, 2014). Reich samarbeidet med Freud, men utviklet sin egen teori om at motstanden mot psykoanalysen sitter i kroppen i form av muskulære spenninger som fungerer som et forsvar mot følelser. Videre var Reich opptatt av at menneskets karakter kommer til uttrykk i kroppsholdning, respirasjon, bevegelser og muskulatur. I arbeidet sitt oppdaget han at mange pasienter hadde mangelfull kontakt med egen kropp, og ikke var bevisst sine muskelspenninger og kroppsholdning. Han utviklet derfor avspenningsteknikker og massasje, og oppdaget at den type behandling førte til at tidligere ubevisst konfliktmateriale kunne bearbeides verbalt. Han mente at biologisk energi

styrte både fysisk og psykisk helse. Han hadde en sterk tro på menneskets selvregulerende og livsbejænde krefter, med særlig fokus på libido (ibid). Ifølge Reich kommer menneskets naturlige styrke fram når forsvaret reduseres. Reich bodde i Norge på 1930-tallet, og til tross for at han etter hvert ble omstridt og kritisert for sine dels svært alternativ og spekulative teorier, inspirerte han flere medisinere, forfattere og andre intellektuelle.

Norsk psykomotorisk fysioterapi ble utviklet i slutten av 1940-årene gjennom et samarbeid mellom psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bulow Hansen (Bunkan 2014). Metoden kan ses på som en moderasjon av Reichs vegoterapi med sitt fokus på gradvis omstilling av det muskulære forsvaret, og vektlegging av kroppslig stabilitet som støttende ressurs (ibid). Braatøy og Bulow- Hansen var interessert i kroppens betydning i å skape endring i smerter, nevroser og motstand mot psykoanalyse (ibid). Pusten ble en viktig rettesnor, og hele kroppen ble inkludert i behandlingen (ibid). Braatøy var opptatt av å fange opp pasientens kroppslige meddelelser, på lik linje med verbale, og å se og forstå den enkelte pasients særegenhet og livshistorie (Thornquist, 2006). Han var også opptatt av hvordan samfunnets normer og relasjoner til omsorgspersoner formet kroppens holdning (Sviland et al, 2007). Braatøys tekster må ses i sammenheng med sin tid, hans psykoanalytiske og fysiologiske forklaringsmodeller er foreldet (Thornquist, 2006). Like fullt utgjør hans teorier med sitt humanistiske menneskesyn og fokus på at alle menneskelige funksjoner er forankret i kroppslige strukturer, en sentral kilde for det teoretiske grunnlaget i Norsk psykomotorisk fysioterapi (Sviland et al, 2007).

### 2.1.2 Omstillingsprosessen i NPMF

NPMF-behandling har en overordnet målsetning om å oppnå en fleksibel og stabil kropp uten unødige spenninger som hemmer respirasjon og bevegelser (Bunkan, 2001). Denne prosessen benevnes som omstilling (ibid). Omstilling innebærer ikke å være avspenst til enhver tid, men å kunne veksle mellom beherskelse og ettergivelse, alt ettersom hva som er mest hensiktsmessig i den aktuelle situasjon (Thornquist, 2006). Omstillingen settes i gang gjennom arbeid med muskulatur, kroppsholdning, bevegelser og respirasjon (ibid). Som en konsekvens av en vellykket omstillingsprosess ses, foruten endringer i muskel og skjelettapparatet, også følelsesmessige forandringer og forandringer i autonomt innerverte funksjoner (ibid). Kroppsforhold kan formes av vaner og ergonomiske forhold, så vel som emosjonelle forhold (ibid). Når spenningene har en psykologisk og sosial funksjon vil de være krevende å endre, og

skal heller ikke fjernes ukritisk (Bunkan, 2001, Thornquist, 2006). I slike tilfeller må pasienten få anledning til å bearbeide følelsene sine, og erfare at sterke kroppslige reaksjoner kan forstås, reguleres og mestres (Ekerholt & Bergland, 2018). En trygg relasjon, med fokus på anerkjennelse og aksept, er viktig for å våge utforskning og endring. (Sviland et al, 2012) En god omstillingsprosess vil videre medføre et ressursorientert fokus, hvor kroppen ikke bare forstås og oppleves som bærer av krenkelseserfaringer, men også som kilde til utvikling, ny forståelse og mestring (Ekerholt et al, 2014, Ekerholt & Bergland, 2018). For pasienter som har traumer i sin livshistorie er det særlig viktig å gå varsomt og gradvis fram, nøye tilpasset den enkeltes tåleevne (Ekerholt et al, 2014). Dette forklares nærmere i underkapittel 2.2.2. Tradisjonelt har psykomotorisk fysioterapi blitt frarådet når motstanden mot omstilling har vist seg å være stor, og betinget av forsvar mot emosjonelle reaksjoner (Bunkan 2001, 2014, Thornquist 2006). I dag kurser stadig flere psykomotoriske fysioterapeuter seg videre i kropporienterte terapier, blant annet innenfor traumefeltet, og har i større grad kompetanse og trygghet i å veilede pasienten til gradvis økt kontakt med egen kropp, også når dette vekker motstand (Ekerholt & Bergland, 2018, Bunkan 2014).

## 2.2 Traumer

Traumer forstås, forklares og defineres på ulike måter både i forskningsfeltet, i klinikken og i dagligtalen. Jeg vil gjøre kort greie for ulike forståelser før jeg utdyper nærmere viktigheten av å inkludere kroppen i traumebehandling. Tilslutt gjøres rede for betydningen av relasjon i forebygging og behandling av relasjonelle traumer.

### 2.2.1 Traumeforståelse

Ordet traume kommer fra gresk og betyr skade eller sår. Traumer av psykisk karakter oppstår når en eller flere hendelser oppleves så voldsomme at de overskrider evnen mennesker har til mestring og tilpasning i hverdagen (Anstorp og Benum(red) 2015). Hendelsens intensitet og varighet, individets opplevelse og forståelse av hendelsen, og den motstandskraft personen evner å mobilisere, er avgjørende for om en stressbelastning vil utløse traumereaksjoner (Eid & Herlofsen, 2004). Reaksjonen på den uutholdelige hendelsen kan overvelde nervesystemet med sterke flukt-, frys- og kampreaksjoner, samt sorg og skam som mulig resultat (Anstorp & Benum(red), 2015). Når autonome forsvarsreaksjoner aktiveres sterkt, skilles opplevelsen fra normalhukommelsen. Erfaringen sitter i kroppen, og samtaleterapi er derfor ofte ikke tilstrekkelig alene (ibid). Kropporienterte metoder med direkte fokus på kroppslige minner og reaksjoner kan



være virksomt (ibid). Ifølge Anstorp & Benum (2015) er målet med god traumeterapi å hjelpe klienten til å holde ut og leve med sine følelser, sine kroppslige reaksjoner og sitt jeg. For å komme i mål må terapeut og pasient ha en god relasjon, og sammen våge å gå inn i det vanskelige på en måte som ikke overvelder på nytt (ibid).

Det skilles ofte i traumelitteraturen mellom traumatiske enkelthendelser som er avgrenset i tid (type 1) og langvarig og gjentatt traumatisering (type 2). Det siste er ofte referert til som komplekse traumer (Ford & Courtois, 2009) eller kronisk traumatisering (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006). Kompleks traumatisering ses ofte i sammenheng med langvarige relasjonelle påkjenninger (Bækkelund & Ottesen Berg i Anstorp og Benum (red), 2015). Symptomer i form av gjenopplevelser, unngåelse og følelse av fare, opptrer både etter enkeltraumer og ved komplekstraumatisering (ibid). Komplekse traumer påvirker i tillegg selvbilde, stemningsleiet, personlighet og relasjoner (ibid). I den siste utgaven av WHO's diagnosemanual, ICD 11, opptrer kompleks PTSD (CPTSD) som egen diagnose for første gang. CPTSD inkluderer, foruten at kriteriene for PTSD skal være tilfredsstillt, tre symptom-«clustre» 1) affektiv dysregulering 2) negativ selvopplevelse og 3) relasjonsvansker (World Health Organization, 2018).

Peter Levine (2007) har kritisert diagnostiske definisjoner på traumer. Han mener at mennesket ikke har bruk for en definisjon på traumer, men en direkte fornemmelse av hvordan det oppleves. Han stiller spørsmål om hvordan vi kan vite intellektuelt hva som er innenfor og utenfor normalerfaring for «de fleste», da et hvert nervesystem er unikt. Han argumenterer for det normale med fysiologiske stressresponser, og går så langt i dette som å mene at vi alle er utsatt for traumer, og at hva som helst kan virke traumatiserende når energien som oppstår i det autonome nervesystemet ikke blir forløst gjennom vellykket flukt eller kamp. Han er opptatt av å understreke at traumet ikke er hendelsen i seg selv, men reaksjonen som utspiller seg i kroppen i etterkant. Med denne forståelsen kan nærmest hva som helst bli et traume. Han nevner for eksempel operasjoner, mindre skader, tap av helse generelt, tap av selvaktelse, tap av jobb og tap av nære. Andre forfattere innenfor traumefeltet har også fokus på hvordan gjentagende hendelser, som aktiverer overlevelsesforsvaret i mindre grad, kan være minst like smertefulle og ødeleggende som livstruende enkelthendelser (Salvesen og Westlund, Anstorp og Benum(red), 2015, Fosse, 2017). Eksempler på dette kan være mobbing, kritiske kommentarer, mangler i emosjonell inntoning (ibid). Det er altså omdiskutert og varierende hva som inngår i klinisk

forståelse og definisjon av traumer. Anstorp og Benum (2015, s 26) oppsummerer det slik: *«uavhengig av terapeutisk tradisjon og teoretiske ståsteder kan vi som er profesjonelle hjelpere enes om at sterke mentale og kroppslige signaler om frykt, flukt(unngåelse), skam, sinne og sorg taler om å ha opplevd mer enn man har maktet å forholde seg til.»*

### 2.2.2 Kroppens rolle i traumebehandling

Brewin (2003) vektlegger at traumatiske minner lagres forskjellig fra andre minner, de aktiveres ufrivillig av triggere og er situasjonsavhengige heller enn verbalt og bevisst tilgjengelige. Slike implisitte minner lagres i hjernestammen, thalamus og amygdala (Nordanger og Braarud, 2014). Amygdala fungerer som kroppens alarmsentral gjennom å registrere og gjenkjenne fare. Amygdala sender signaler til binyremargen hvor det skilles ut adrenalin og noradrenalin, hormoner som gjør kroppen i stand til kamp eller flukt (ibid). Normalt dempes alarmreaksjonen av hippocampus og prefrontalkorteks, som er ansvarlig for henholdsvis lagring av eksplisitte minner og fortolkning av hendelser og meningsskapning. Men ved posttraumatisk stress er dette reguleringssystemet svekket, hendelsen er frakoblet den episodiske hukommelsen (Karterud, Wilberg & Urnes, 2010) Reaksjonene blir dermed værende som kroppslige stressreaksjoner, ubevisste og uforklarlige for den det gjelder (ibid). Reaksjoner på traumer er preverbale, slik at behandling som henvender seg til prefrontal korteks gjennom forsøk på språklig bearbeiding av traumene kan være ineffektiv og potensielt skadelig, i form av å aktivere autonom dysregulering og forstyrre evnen til integrering og refleksjon (Ogden et al., 2006). Behandling bør derfor først rettes mot regulering av kroppslig aktivering, affektregulering og hvordan kroppen skal bli trygg nok i nåtid (ibid). Dette betegnes som bottum-up-regulering, og baserer seg på kunnskapen om at hjernen utvikler seg nedenfra og oppover (Nordanger og Braarud, 2017). Hjernenettverkene skaper gjensidighet mellom kroppssansing, følelser og høyere kognitive funksjoner. Kroppens aktiveringsgrad blir dermed grunnleggende for høyere mentale funksjoner (ibid). Aktiveringen styres fra hjernestammen og spenner fra lav til høy, med et idealområde i midten, omtalt som toleransevinduet (Siegel, 2012). Toleransevinduet beskriver det området hvor vi er oppmerksomme på oss selv og andre og har god kognitiv kapasitet (ibid). Dette vil variere fra individ til individ og er dagsforms og situasjonsbetinget (ibid). Ovenfor toleransevinduet ligger sonen for hyperaktivering, som innebærer uro og mobilisering av kamp og/eller fluktreaksjoner (ibid). Nedenfor toleransevinduet ligger hypoaktivering som innebærer tomhet, nummenhet og handlingslammelse (ibid). Det antas at traumatiserte har et smalt toleransevindu, og at kapasiteten

til å regulere seg tilbake i toleransevinduet er nedsatt (Ogden et al, 2006). Det vil være nødvendig å hjelpe traumatiserte med å regulere seg tilbake til toleransevinduet, bli bedre på å ikke forsvinne ut av toleransevinduet, og utvide sitt toleransevindu (ibid). Dette fordrer bevissthet om kroppssansning, noe som er krevende da distansering fra kroppen ofte er en del av forsvaret mot smerten ved å bli såret av viktige andre (Ogden & Fisher, 2015). Tålmodighet og aksept for at kontakt med kroppen er krevende, må kommuniseres på et tidlig tidspunkt i tilnærmingen. Bevissthet og forståelse for kroppens reaksjoner kan gradvis føre til aksept og vil være første steget på veien til å kunne oppleve kroppen som kilde til stabilitet, behag og kompetanse (ibid).

### 2.2.3 Relasjonens betydning i behandling og forståelse av relasjonelle traumer

Spedbarn har en iboende evne til å søke kontakt, og et behov for å erfare verden som et trygt og relasjonelt godt sted (Løvlie Schibbye, 2017). I møte med oppmerksomme, kjærlige og trygge omsorgspersoner lærer de at stress og ubehag kan mestres gjennom støtte fra andre (Braarud og Nordanger, 2017). Å bli sett, forstått og trøstet gir barnet en opplevelse av seg selv som verdifullt, elskverdig og handlingskompetent (ibid). En tilstrekkelig emosjonell tilgjengelig og reponsiv omsorgsperson, fremmer trygg tilknytning (Løvlie Schibbye, 2017). Ved trygg tilknytning opplever barnet omsorg, beskyttelse og tilhørighet. Trygg tilknytning er blitt satt i sammenheng med et godt utgangspunkt for god psykisk helse (ibid). Tidlige relasjonelle erfaringer har betydning for identitetsutvikling, selvfølelse, følelsesregulering og relasjonell kompetanse (Kinniburgh, Blaustein, Spinnazzola & Van der Kolk, 2005)

Gjentatte traumer tilført av andre mennesker kan ødelegge tilliten til mennesker, og få konsekvenser for evnen til tilknytning (Anstorp & Benum (red), 2015). Mange med relasjonelle traumer har et utrygt tilknytningsmønster (Kinniburgh et al, 2015). Dette kan innebære at relasjon til andre, inkludert i terapi, kan oppleves triggende framfor støttende og regulerende (ibid). Benum (i Anstorp og Benum(red) 2015) beskriver hvordan arbeidet med relasjonelt traumatiserte klienter må fokusere på at tillit kan erfares over tid. Terapeuten må kunne lese klientens behov for henholdsvis trygghet og omsorg, og utforskning og vekst. Terapeuten vil slik kunne framstå som en trygg base for utforskning og en trygg havn å hente seg inn i. Disse begrepene er hentet fra modellen trygghetssirkelen (Cooper, Hoffman, Powell & Marvin, 2005), som er utviklet for å hjelpe foreldre til å være emosjonelt tilgjengelige, oppmerksomme, trygge og omsorgsfulle overfor barnets behov. Når den voksne forstår og responderer på barnets behov, erfarer det at omsorgspersonen kan hjelpe til under stress og belastning (Nordanger & Braarud, 2017).

Gjennom disse gode erfaringene utvikler barnet etter hvert indre arbeidsmodeller for å kunne regulere seg selv. Det medfører et bredere toleransevindu, og dermed økt kapasitet til lek og læring (ibid).

Krenkelses og markant stress tidlig i livet kan medføre sårbarhet for vansker med emosjonsregulering senere i livet (Heim et al, 2000). Tilknytningspsykologien blir dermed anvendelig i arbeid med relasjonelle traumer, da det handler om å hjelpe pasienten til selvregulering og selvmedfølelse. Terapeuten blir en tilknytningsfigur, og på samme måte som tilknytning i spedbarnsalderen oppstår gjennom speiling og emosjonell tilgjengelighet, gjelder dette også i terapirommet (Løvlie Schibbye, 2017).

### 2.3 Kontakt med egen kropp

I dette avsnittet vil jeg gjøre rede for perspektiver som belyser og gir mening til begrepet «kontakt med egen kropp». Jeg vil beskrive kroppsfenomenologien som er sentral for hvordan kropp forstås i kroppsorienterte psykoterapier, og deretter belyse hvordan god kontakt med egen kropp utvikles og hvilken betydning kontakt med egen kropp har for psykisk helse gjennom begrepene selvfølelse, mentalisering, affektintegrasjon og intersubjektivitet.

#### 2.3.1 Kroppsfenomenologi

I helsevesenet og samfunnet for øvrig, står et dualistisk syn på kropp og sjel sterkt (Gretland, 2007). Det var Rene Descartes (1596-1650) som først plasserte kroppen i den fysiske verden, som kan beskrives og forstås ved hjelp av naturlover (Engelsrud, 2006, Thomassen 2016). Tanker, forestillinger, drømmer og opplevelser hørte til sjelen og var løsrevet fra kroppen. Når kroppen reduseres til en maskin blir den upersonlig og meningsløs (Gretland, 2006). I psykisk helsevern har dualismen medført interesse for kroppens fysiologiske prosesser, og hvordan disse kan forstås og justeres gjennom medisiner (ibid). Parallelt blir fortolkning og forståelse av det indre livet sentralt i behandlingen der psykiske problemer forstås som relasjonelle problemer. Tradisjonelt brukes verbal kommunikasjon i arbeid med dette, og kroppen er blitt ansett som mindre viktig, utenfor det egentlige (ibid). Et motsvar mot et reduksjonistisk syn på kroppen finnes i kroppsfenomenologien. Her beskrives kroppen som det naturlige jeg.

Kroppsfenomenologiens «far» Maurice Merleau-Ponty (i Gretland, 2007, s 24), framhever at det er som kropp vi lever i, forstår og retter oss etter verden. Gjennom kroppen beveger vi oss, søker mening, kommuniserer, samhandler og søker bevissthet. Sentralt i fenomenologien er også

at vi er situert i tid og rom. Ulike omgivelser inspirer til ulike væremåter og handlingsrom. Og væremåten påvirkes i tillegg av tidligere erfaringer. Slik ses den levde kroppen i sammenheng med omverdenen og sin historie. Denne kroppsvirkeligheten uttrykkes i bevegelsesmønstre, persepsjon, og emosjonalitet og danner et filter, eller bakgrunnshorisont, for hvordan vi forholder oss, tenker og snakker (ibid, s 27).

### 2.3.2 Kroppen som utgangspunkt for selvfølelse, affektintegrasjon og mentalisering

Mye av den levde kroppsvirkelighet beskrevet over, ligger latent og ubevisst for oss som emosjonelle kroppstilstander (Sletvold, 2005). Den emosjonelle kroppstilstanden formes av vår historie og påvirkes i våre møter med alle indre og ytre stimuli (ibid). Vi bærer med oss og uttrykker den emosjonelle kroppstilstanden gjennom holdning, bevegelse og mimikk (ibid). Når vi blir bevisst vår indre kroppstilstand, opplever vi følelser (ibid). Damasio (2003, i Karterud et al, 2010) definerer det slik; *Følelser er opplevelser av en kroppstilstand, og ledsaget av en viss tenkemåte og tanker med visse temaer*. Bevisstgjøringen av kroppstilstanden og fornemmelsen av egen kropp anses som grunnleggende for selvfølelsen (ibid,). Å ha god selvfølelse kan forstås som evnen til å føle seg trygg i seg selv, og føle seg verdifull i kraft av egen eksistens (Øiestad,2009, Løvlie Schibbye, 2017). Spedbarns opplevelse av seg selv utvikles når omsorgspersoner speiler kroppserfaringer, bevegelser og affekter (Bunkan, 2014, Karterud et al, 2010). Kontakt med kroppen kan dermed forstås som grunnleggende for en tydelig opplevelse av oss selv, våre erfaringer, omgivelser og relasjoner (Gretland, 2006, Dragsund & Råheim, 2008, Gyllensten,Skar, Miller & Gard 2010, Øien, Iversen og Stensland, 2006). Trygg tilknytning, gode relasjoner og rom for lek og bevegelse, fremmer trygghet og velvære i egen kropp (Bunkan, 2014). Dette bidrar til en tydelig og sunn opplevelse av egen kropp, hvor den oppleves som en pålitelig informant om følelsesmessige og somatiske forhold (Bunkan, 2014, Tsur, Berkovittz & Ginzburg, 2016).

Følelser, erfaringer og situasjoner som oppleves truende eller overveldende, forsvarer vi oss mot gjennom å stenge av for kroppens sanselighet (Gretland, 2006). Som en konsekvens av dette reduseres også tilgjengeligheten til egne følelser, meninger, livshistorie og relasjonell kompetanse (Bunkan, 2014). Underforstått bør kontakten med kroppen etableres for at psykoterapi skal virke optimalt (Bunkan, 2014, Ogden og Fisher, 2015). Under utviklingen av Norsk psykomotorisk fysioterapi fant Bulow- Hansen og Braatøy, at de pasienter som fikk både psykoterapi og fysioterapi ble mer bevisst sine følelser og mer kreative i psykoterapi i takt med at

de opplevde bedre kontakt med egen kropp, friere pust og mindre muskulære spenninger (Ekerholt et al, 2014). Denne sammenhengen er funnet også i en kvalitativstudie i nyere tid (ibid). Når kontakten med kroppen er redusert for å stenge ute uønskede følelser og/eller reaksjoner etter traumer, medfører det forsøk på å løse emosjonelle problemer med logisk tenkning (ibid), såkalt intellektualisering. Ved intellektualisering blir det ikke mulig å få til endringer som angår egne kroppslige reaksjoner og følelser (ibid). Når kontakten med kroppen gradvis etableres, oppnås kontakt med egne ressurser og mulighet til å forstå og skape mening i egne reaksjoner og historie (ibid). Dermed blir det mulig å oppleve mestring og tro på at endring er mulig (ibid).

Ekerholt et al (2014) beskriver en sammenheng mellom kroppsbevissthet og mentaliseringsevne. Mentalisering innebærer evnen til å forstå andres og eget sinn gjennom å fortolke egne og andres handlinger som meningsfulle ytringer av indre liv (Skårderud & Sommerfelt, 2008). Med indre liv menes for eksempel behov, ønsker, følelser og fornuft (ibid). God mentaliseringsevne henger sammen med god evne til affektintegrering, og dermed psykisk helse (ibid). Affektintegrering handler om å forene emosjoner i kognisjon, motivasjon og atferd (Solbakken, Hansen, Havik & Monsen, 2012). Affektintegrasjon er blitt operasjonalisert gjennom begrepet affektbevissthet, som viser til viktige sider ved regulering av affekt, som inkluderer oppmerksomhet for og gjenkjenning av affekt, toleranse for affekt, og evne til å gi kroppslig og begrepsmessig uttrykk for følelser (Solbakken et al., 2012).

God mentaliseringsevne kjennetegnes videre av å kunne forstå og snakke om mentale tilstander på bakgrunn av hvordan de oppleves i en selv (Skårderud & Sommerfelt, 2008, Ekerholt & Bergland, 2014). Med andre ord er mentaliseringsevnen knyttet opp til evnen til å differensiere og fortolke kroppslige signaler, samt forstå og sette ord på viktige aspekter ved sitt indre liv (ibid). Mentaliseringsbegrepet forener slik sett kropp og sinn (ibid). Flere forfattere (Gretland, 2006, Ogden og Fisher 2015, Jespersen, 2015, Schore 2002 i Ekerholt og Bergland 2018) argumenterer for at kroppsbehandling bør ha sin naturlige plass i psykoterapi, på grunn av sammenhengen som er vist mellom evnen til kontakt med egen kropp og evnen til å regulere følelser, bearbeide traumer, samt forstå og sette ord på viktige aspekter ved eget indre liv. Bunkan (2014) etterlyser mer forskning om kroppsbehandlingens betydning for at kroppsorienterte behandlingsformer kan få større anerkjennelse i psykiatriske miljøer.

### 2.3.3 Kroppen som kilde til intersubjektivitet

Det psykologiske selvet dannes gjennom å kjenne mentale tilstander i seg selv (Fonagy og Target 1996 & 1997, i Skårderud og Sommerfelt 2008). Denne evnen oppstår og utvikles gjennom samhandling mellom omsorgspersoner (ibid). Barnet finner seg selv i omsorgsgiverens oppmerksomhet (ibid). Dette hjelper barnet til å regulere følelser og til å oppleve seg selv (Løvlie Schibbye, 2017). Denne kommunikasjonen er implisitt og kroppsbasert, og benevnes som protokonversasjon (Sletvold, 2004).

Emosjonelle møter er også beskrevet som sentrale for endringsprosesser i psykoterapi (Sletvold, 2005, Stern, 2007, Jespersen, 2015). Stern (2007) understreker det kroppslige og umiddelbare i slike møter mellom terapeut og pasient. Han (ibid) forklarer at det oppstår en intersubjektiv kontakt når mennesker blir i stand til å føle det samme mentale landskapet. I møteøyeblikket trenger sinnene inn i hverandre og vi kan si; «*Jeg vet at du vet at jeg vet*» eller «*jeg føler at du føler at jeg føler*» (ibid, s 93). Intersubjektivitet innebærer at våre mentale liv skapes i fellesskap, gjennom at vi tilpasser oss og påvirkes av andres intensjoner, følelser og tanker (ibid). Stern framhever intersubjektivitet som et sentralt trekk ved menneskeheten, og som nødvendig for overlevelse gjennom å fremme gruppedannelse, gjøre gruppen funksjonsdyktig og sikre samhold og moral. Som beskrevet i 2.3.1 er det som kropp vi persiperer og deltar i våre omgivelser. Intersubjektivitet blir slik et kroppslig anliggende, og kroppen blir intersubjektiv. Gode intersubjektive møter innebærer å bli sett og forstått, og gir en ny implisitt opplevelse av måter å være sammen med andre på (Stern, 1998). Slik kan relasjonen til oss selv og andre endres (ibid). Øiestad (2009) setter nå øyeblikket i sammenheng med kjernebevisstheten. Hun argumenterer for nødvendighetene av et nærvær i seg selv og i nuet, for at ikke verdifulle nåøyeblikket skal gå tapt (ibid).

## 3.0 Metode

Forskningsmetode beskriver veien for innhenting av vitenskapelig kunnskap (Malterud, 2017, Thomassen, 2016). Malterud (2017, s 17) beskriver forskning som; *«en refleksiv og systematisk prosess, hvor kunnskapsutviklingen kan etterprøves og deles, med en ambisjon om overførbarhet, der funnene på en eller annen måte gir ny innsikt som andre kan ha nytte av i andre sammenhenger enn der prosjektet ble utført»*. En god forskningsprosess er systematisk, grundig og åpen (Johannessen et al, 2015). I metodekapittelet vil jeg beskrive og begrunne mitt valg av metode, og gjøre rede for veien jeg har fulgt for å komme fram til mine funn.

### 3.1 Valg av metode

Jeg ønsket å få høre om pasienters erfaringer i å utforske økt kontakt med egen kropp gjennom psykomotorisk behandling. Jeg ville få subjektive historier om erfaring og opplevelser som jeg som forsker med min forforståelse og fagkunnskap, kunne forsøke å beskrive og fortolke på en slik måte, at det kan gi meg selv og andre psykomotoriske terapeuter økt forståelse for hva enkelte pasienter trekker fram som betydningsfullt for å finne trygghet og mening i kontakten med egen kropp.

Når kunnskap innhentes i en slik forståelsesramme, hører den innunder et fortolkende vitenskapelig paradigme. Et fortolkende paradigme bærer med seg en grunnforståelse av at verden kan oppleves på ulike måter. Subjektive opplevelser anerkjennes som verdifulle og gir rom for en induktiv tilnærming hvor slutninger trekkes fra det enkeltstående til det allmenne (Malterud, 2017).

Innenfor det fortolkende paradigme vil kunnskapsinnhenting skje gjennom kvalitative forskningsmetoder (Malterud, 2017). Gjennom kvalitative metoder kan nye beskrivelser, begreper og modeller utvikles (ibid). Det tas høyde for at forståelsen som trer fram gjennom fortolkning av erfaringer hos enkelte, kan gi kunnskap som kan være gyldig for flere (ibid). Dette forstår jeg å være i tråd med hensikten for min studie. Jeg ønsket å finne ut om enkeltes erfaringer med å utforske kontakt med egen kropp kan brukes til å gi en bredere forståelse for hvordan dette kan oppleves. Videre ønsket jeg å se på om denne kunnskapen kan gi ny kunnskap om hvordan NPMF-behandling kan brukes på en god måte i prosessen mot økt kontakt med egen kropp.



Jeg vurderte at en relevant metode for min studie vil være kvalitativt forskningsintervju. For å forstå hvordan det oppleves å jobbe med økt kontakt inn til egen kropp, må jeg snakke i dybden med mennesker som har denne erfaringen. Jeg finner støtte for dette perspektivet i de fenomenologiske røttene til kvalitativ forskning (Malterud, 2017). Dette da fenomenologisk metode er egnet for å få forståelse og innsikt i andres livsverden (Johanessen et al 2016). Det beskrives som sentralt ved metoden å gi en presis beskrivelse av informantenes perspektiver, opplevelser og forståelseshorisont (ibid).

### 3.2 Utvalg

For å få belyst problemstillingen min gjorde jeg et strategisk utvalg. Jeg måtte gjøre et bevisst valg for å få informanter som kunne fortelle om sine erfaringer, knyttet til å utforske økt kroppskontakt i psykomotorisk fysioterapi. Jeg har selv mange pasienter som har kommet til behandling for plager som er knyttet opp til relasjonelle traumer. De har imponert meg stort med sin klokhet og innsikt. Å snakke med disse kunne påvirket validiteten og ville heller ikke være etisk forsvarlig. Jeg inviterte derfor kollegaer til å være med i rekrutteringen ved å videreformidle kontakt blant sine pasienter. Terapeutene skulle være spesialister i NPMF og ha kunnskap og interesse for arbeid med kroppslige spor etter traumer. Dette anså jeg som en god mulighet til å beskrive og lære av god praksis (Thomassen, 2016). Med dette som grunnlag utarbeidet jeg følgende rammer for inklusjon:

Pasientene som rekrutteres må ha/ha hatt traumereaksjoner og redusert kroppskontakt i en slik grad at dette har skapt utfordringer for funksjon.

De må ha en opplevelse av endring, men trenger ikke være ferdigbehandlet.

Jeg ønsker å se på fenomenet arbeid med kontakt med egen kropp etter relasjonelle traumer, uavhengig av medisinsk diagnose eller funksjonsdiagnose.

Det er en forutsetning at pasienten og terapeuten har gjensidig forståelse for at det fokuseres på økt kontakt med kroppen i behandlingen, og at det har vært tematisert at symptomene pasienten er henvist for kan ses i sammenheng med relasjonelle utfordringer i oppveksten.

Det er ønskelig med pasienter som har god evne til å reflektere og sette ord på behandlingsprosessen, slik at de kan gi rike beskrivelser. Jeg ønsket i utgangspunktet å snakke

med 6 informanter da jeg anså det som realistisk med tanke på rammene for gjennomføring av masteroppgaven. Dette ble av praktiske grunner etter hvert justert ned til 4. Det viste seg å ikke være enkelt å rekruttere pasienter. I samråd med veileder ble det besluttet at de 4 intervjuene som var gjennomført hadde et rikholdig materiale. Tidsbegrensingen gjorde også at dette passet bedre i gjennomføringen av min oppgave.

Jeg utarbeidet deretter informasjonsskriv til informantene. Dette følger malen til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Det ble sendt inn til NSD som en del av innmeldingen av prosjektet.

Prosjektet hadde i forkant blitt vurdert ikke meldepliktig hos Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (2018/1165 A).

Etter at jeg hadde fått godkjenning fra NSD (682854) gikk jeg i gang med rekrutteringsprosessen. Av praktiske årsaker begynte jeg med terapeuter jeg kjenner, og som jeg visste hadde interesse for traumer og spesialisering i psykomotorisk fysioterapi. Dette var 3 terapeuter, 2 av dem ba jeg dele informasjon med sine kollegaer, slik at totalt 5 terapeuter ble spurt om hjelp til å skaffe informanter. Jeg fortalte først litt om prosjektet mitt muntlig, før jeg ga terapeutene et skriv som presiserte inklusjonskriterier og hvordan de skulle gå fram for å rekruttere pasienter på en etisk forsvarlig måte. De fikk også med seg en utgave av informasjonsskrivet som de kunne gi videre til informant. To av terapeutene fikk denne informasjonen «i hånda». En fikk informasjonsskrivet tilsendt på mail.

Etter kort tid fikk jeg henvendelse fra 3 informanter. To kontaktet meg direkte på telefon. En valgte at terapeuten oppga hennes telefonnummer til meg, slik at jeg kunne ta kontakt. Etter noen uker meldte en 3 terapeut ifra om at hun også kunne ha en aktuell informant. Hun videreformidlet mailadressen til denne informanten og jeg tok kontakt. Denne fjerde informanten trakk seg til slutt etter å ha utsatt intervjuet to ganger. Jeg valgte da å kontakte hennes terapeut for å høre om hun kunne ha en annen aktuell. Hun hjalp meg med rekrutteringen av en ny informant. Dette siste intervjuet ble gjennomført 10 uker etter de tre første.

Alle navn og opplysninger som kan gi gjenkjenning, er endret for å ivareta informantens anonymitet best mulig. For lesbarhetens skyld har jeg valgt å gi både informanter og terapeuter fiktive navn.

### 3.3 Intervju

Kvale og Brinkmann (2017) beskriver forskningsintervju som en aktiv kunnskapsprosess hvor intervjueren og den intervjuede produserer kunnskap sammen. Intervju anses som en passende metode for å innhente kunnskap om ulike aspekter ved menneskelig erfaring (ibid). Målsetningen med mine forskningsintervjuer var å få informantene til å beskrive sine opplevelser med prosessen mot bedre kontakt med egen kropp så presist og fullstendig som mulig. Jeg valgte å fokusere på få, åpne spørsmål, slik det kommer fram i vedlagte intervjuguide. Jeg var videre oppmerksom på å sjekke ut om jeg hadde forstått deltagerne rett ved å spørre om det underveis i intervjuet. Fokus på åpne spørsmål og dialogisk validering under intervjuet var bevisst. Dette for å etterstrebe at empiri fra intervjuene faktisk sprang ut av informantenes opplevelser, refleksjoner og meninger, og ikke var påvirket av min forforståelse. Jeg valgte å ikke sende utskrift av intervju eller resultatdel for deltager sjekk, dette på grunn av tidsrammen.

Klinisk intervju og samtale er en sentral del av arbeidshverdagen min. Men jeg er uerfaren som forskningsintervjuer. Jeg ønsket derfor å gjøre et pilotintervju med en erfaren kollega i rollen som informant. Dette gjorde jeg også for å teste ut styrker og svakheter ved intervjuguiden, og for å få mulighet til å diskutere denne med en erfaren psykomotorisk fysioterapeut. Jeg transkriberte ikke dette intervjuet, da det var selve intervjusituasjonen og rom for diskusjon i etterkant som var hovedmålet. Etter pilotintervjuet satt jeg igjen med en opplevelse av å ha fått mye god informasjon. Jeg satt også med et inntrykk av at det faller lett for meg å lytte og bekrefte informantens historie, og vanskeligere å avbryte med presiserende og utdypende spørsmål ved behov. Jeg valgte å beholde intervjuguiden slik den var.

Rammen for intervjuene og mine umiddelbare inntrykk i etterkant skisseres kort under

Intervju 1 «LENA». Jeg reiste hjem til Lena, som tok meg imot i leiligheten sin. Hun bydde på te, og vi ble enig om å sette oss i stua hvor hun har sin favorittplass i sofaen. Jeg satte meg i en lenestol diagonalt for henne med et bord mellom oss. Lena var lett å snakke med og ga mye spontan informasjon. Jeg hadde intervjuguiden foran meg, men valgte å ikke følge denne til punkt og prikke. Jeg hadde temaene fra intervjuguiden med meg i bevisstheden, mens jeg lyttet til Lena sin fortelling. Malterud (2017) skriver at den rikeste kunnskapen kommer når informanten blir invitert til å fortelle om konkrete betydningsfulle hendelser. Lena ga spontant mange slike

beskrivelser. Jeg valgte å stille enkelte spørsmål fra intervjuguiden mot slutten, jeg valgte da de spørsmålene jeg opplevde der og da var lite belyst.

Intervju 2 «EMMA». Emma kom til intervju på min arbeidsplass. Hun hadde akkurat blitt sykemeldt og synes det var litt leit. Vi snakket litt rundt dette, og jeg var ekstra nøye på å presisere at vi kunne ta pauser når hun ville, og at jeg ville slå av diktafon på hennes oppfordring. Vi satt innerst i rommet mitt i to stoler som står 90 grader mot hverandre på hver sin side i enden av behandlingsbenken. Jeg fulgte samme intervjustil i møte med Emma. Emma ga også fyldige svar, og hun ga seg tid til å tenke seg om gjennom små pauser etter flere av u.t. sine spørsmål. I etterkant av intervjuet tenkte jeg litt på at Emma hadde fortalt at hun lett kunne gi de svar som føltes forventet. Jeg kunne kanskje spurt henne om hun opplevde det også i denne situasjonen. Jeg har notert meg ned et første inntrykk med mye god informasjon, og at jeg følte behov for å støtte og bekrefte Emma underveis. Intervjuet med Emma varte i 1 time og 6 min.

Intervju 3 «HEGE». Hege kom også til meg på min jobb, vi plasserte oss på samme måte som med Emma. Hege framsto ivrig og utadvendt. Jeg fulgte samme intervjustil som tidligere. Jeg var litt ekstra bevisst på å prøve å få Hege til å utdype også det som har vært litt vanskelig. Jeg hadde et inntrykk av at hun, som de andre informantene, var mest rikholdig i sine beskrivelser av de positive aspektene med å komme i økt kontakt med kroppen sin. Intervjuet varte i 1 t og 10 min.

Intervju 4 «ODA». Oda tok meg imot hjemme i huset sitt. Hun bød på kaffe og kjeks, og vi satte oss ned i hver vår stol i stua med et lite bord i mellom. Oda veide ordene sine godt og var reflektert. Intervjuet med Oda fikk en litt annen karakter enn de andre. Mindre tema, mindre digresjoner og utbroderinger. Vi gikk dypere inn i enkelte aspekter av erfaringene med å gå i behandling. Kanskje var det fordi u.t. var blitt mer erfaren som intervjuer, kanskje var det på grunn av Oda sin litt forsiktige og veloverveide stil. Jeg følte av og til at jeg forhørte Oda, og kunne derfor bli litt rask med å bekrefte henne med ja og mmm. Ved et par tilfeller kan det mulig ha forstyrret/avbrutt tankeprosessen hennes. Intervjuet varte 1 t og 16 min.

### 3.4 Transkribering.

Intervju 1-3 ble transkribert etter at det tredje var ferdig. Intervju 4 ble transkribert kort tid etter det var gjennomført. Undertegnende og informantene snakker noenlunde samme dialekt. Jeg valgte å oversette til bokmål under transkribering for bedre lesbarhet. Jeg transkriberte ordrett,

også små lyder som sukk, tydelige utpust etc. ble tatt med. Pausene markerte jeg ..... Ord som informantene la særlig trykk på ble uthevet med fetskrift. Lydkvaliteten var god.

Malterud (2017) fraråder ordrett transkribering, da denne formen sjelden best formidler det informanten ønsker å meddele. Hun anbefaler en lett redigering mot et mer skriftlig språk. Jeg valgte å transkribere ordrett. Dette da jeg var redd for at jeg som uerfaren forsker ville prege stoffet for mye med egen forforståelse og holdninger som jeg ikke ville være tilstrekkelig bevisst på dersom jeg redigerte fortløpende gjennom en hektisk transkriberingsprosess. Jeg oversatte i stedet til mer skriftlig form underveis i analyseprosessen

Jeg merket meg at det var umulig å legge fortolkning helt vekk under transkriberingen. Jeg lyttet og skrev med nysgjerrighet og merket meg både elementer som overrasket og elementer som var i tråd med forforståelsen min. Jeg noterte ikke dette under transkriberingen. Men hadde det tydelig med meg inn i første del av analyseprosessen.

### 3.5 Analyse

Analysearbeidet mitt er sterkt inspirert av systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017). Som nybegynner innenfor forskning kjentes det trygt å ha noen godt beskrevne rammer å prøve seg fram innenfor. Analysen er også inspirert av meningsfortolkning, som beskrevet av Kvale og Brinkmann (2015).

Første steg i systematisk tekstkondensering handler om å lese gjennom det transkriberte materiale med målsetning om en første oversikt over temaer som trer fram i teksten (Malterud, 2017). Jeg gikk først gjennom intervjuene mine ett for ett. Leste igjennom og noterte ned foreløpige temaer basert på hva jeg intuitivt opplevde tekstene handlet om. I tabellen følger et eksempel med utgangspunkt i intervjuet med Lena.

<b>Hvordan har du opplevd å utforske kontakt med egen kropp?</b>	<b>Hvilken betydning har det hatt for deg?</b>
Nytt	Mer energi
Truende	Mer glad i meg selv
Strekker jeg til/ greier jeg det?	Helere menneske
Tydelige/sansbare endringer til det bedre gir glede og håp	Kjenner behov og grenser
Gjensidig tillit og kommunikasjon behandler viktig	

Under denne prosessen var jeg bevisst på å forsøke å legge vekk forforståelsen min, og møte dataene med nye øyne, slik Malterud (ibid) anbefaler. Men dette synes som en umulig oppgave, da forforståelsen automatisk vil farge mine forståelsesrammer. Det er ut fra forforståelsen jeg stiller mine spørsmål, og tolker resultatene. Men i møte med data kommer ny innsikt, som igjen utvider forståelseshorisonten. Dette danner grunnlag for ny forståelse, slik det beskrives i den hermeneutiske spiral mellom tekst og fortolker (Thomasen, 2016).

Etterpå sammenholdt jeg temaene fra de ulike intervjuene. Det var overlapp mellom flere temaer. Ut fra den samlede listen med temaer gikk jeg nøye gjennom intervjuene for å finne meningsbærende enheter, det vil si skille tekst som skal være med videre i analysen fra tekst jeg opplevde mindre relevant (Malterud, 2017). De meningsbærende enhetene ble sortert under 17 koder. Disse kodene var strukturert etter intervjuguiden. Oversikt over kodene kan ses i vedlegg 3. Jeg ga hver kode sin egen farge, og klippte og limte meningsbærende enheter sortert etter fargekode sammen i et. Dette 18 siders dokument dokumentet med meningsbærende enheter utgjorde utgangspunkt for selve tekstkondensering.

Malterud skriver at det kan være vanskelig å definere koder og logikken vi har brukt for å trekke ut meningsbærende enheter. Min indre logikk handlet om å gå flere runder fram og tilbake mellom koder og meningsbærende enheter, og prøve å besvare ovenfor meg selv; Hva handler dette om? Hva kan det hete (kodes) ut fra min forforståelse? Underveis i prosessen justerte jeg både navn på koder og prøvde meg fram med å flytte meningsbærende enheter fram og tilbake mellom lignende koder. I arbeidet med dette trådte det fram 5 kodegrupper, hver med 2- 5 subgrupper. Kodegruppene ble farget av forforståelsen min, men først og fremst var de empirinære. Kodegruppene ble som følger:

**1: å utforske kontakt med egen kropp åpner opp for konkrete endringer i kroppsopplevelse.** *1a pust, 1b innsikt i bevegelsesvaner og hjelp til å utforske endringsmuligheter* **2. Å utforske kontakt med egen kropp gir innsikt og mening.** *2a Kroppen bærer med seg minner og kunnskap. 2b Kontakt med kroppen gir meg trygghet og mestring.* **3: å utforske kontakt med kroppen har gitt meg bedre selvfølelse.** *3a kjenner behov, følelser og grenser bedre, 3b dypere forståelse og aksept for meg selv. 3c fått viktige verktøy for å regulere følelser* **4. å utforske kontakt med egen kropp har vært krevende.** *4a tilnærmingen er uvant, vekker usikkerhet og er vanskelig å forstå. 4b innsikten er smertefull. 4c møte med alarmberedskapen i kroppen er skremmende. 4d tilnærmingen kan gi en følelse av å bli bedømt og trigge krav om prestasjon. 4e det kreves egen innsats.* **5. terapeutens kunnskap, egenskaper og forholdet oss imellom har hatt betydning,** *5a terapeuten forstår meg, 5b terapeuten er kompetent og kan faget sitt. 5c Terapeuten viser varme, aksept og inngir tillit.*

I tekstkondenseringen, som utgjør 3 trinn i analysen, trekkes essensen av de meningsbærende enhetene ut og de slås sammen til et kondensat som samlet sier noe om kodegruppen de hører til (Malterud, 2017). Kondensatet bør være tekstnært, og skal gi et bilde av essensen i det informantene formidler under hver subgruppe (ibid). Arbeidet med kondensat skal sikre systematisk gjennomgang av det empiriske materialet. På dette steget i prosessen trekkes problemstillingen aktivt inn, i form av at vi bør spørre oss om, og på hvilken måte kondensatet kan besvare problemstillingen. I arbeid med tekstkondensering trekkes det ofte fram et gullsitat, som er utdrag av teksten som særlig godt illustrere meningsinnholdet i kondensatet. Eksempelet viser min tekstkondensering av subgruppe 2a: *Kroppen bærer med seg minner og kunnskap*

«Jeg hadde en vanskelig oppvekst. Flink-pike-syndromet har vært der hele tiden. Det er mye ta deg sammen, ta deg sammen. Jeg måtte alltid helt bort slik at hodet regjerte. Hodet var for seg, og når kroppen begynte å rope på egen hånd følte jeg den svikta. Det var et behov for å gjenoppdage kroppen på nytt. Og jeg forklarer måten jeg oppfører meg på nå med helt andre ting enn før jeg begynte med psykomotorisk behandling. Jeg kan kjenne at kroppen reagerer når jeg skal si nei, strammer rumpe, mage, puster oppover. Trodde det var et tegn på dårlig samvittighet. Men så viser det seg at det er redsel for å bli utestengt. Det henger igjen fra jeg var liten. Var bra nok den ene dagen og mobba og utestengt den andre. Så hvis venner spør om jeg vil være med på noe gøy i dag, så blir kroppen redd for at de skal rotte seg sammen og snakke drit om meg hvis jeg sier nei. Den fysiske reaksjonen ved å si nei er så sterk og styrer over fornuften. Så jeg har vært med på veldig mange ting som jeg ikke orker. Det er spennende at kroppen har en viten som jeg ikke har. Før var hode og kropp to forskjellige ting. Har bare tenkt at jeg var uheldig som fikk spenningshodepine og stiv muskulatur. Nå skjønner jeg at jeg lærte å stramme kroppen for å håndtere følelsene mine når jeg var liten. Jeg har lært å skyve det vonde bort, ikke ta det innover meg. ikke fortelle til noen, vise at jeg har det kjipt. fordi det er flaut. Jeg kan heller smile, late som om alt er bra, snakke om alt det som er fint. Tro at jeg har det bra, selv om jeg egentlig har det ganske dårlig. Det er tydelig at det her som heter livet påvirker kroppen, og den psykomotoriske behandlingen hjelper når det er blitt for mye. (kondensat samtlige)»

Gullsitat: «hun så de fysiske reaksjonene og spurte så bra og så mye om hva som kunne ligge bak. Jeg ble først kjempesint og defensiv. Men så roer det seg, og jeg tenker hvorfor har jeg ikke sett dette selv? Du får ting i et nytt perspektiv, oppdager en ny side ved deg selv» - Hege-

Koblingen mot tidligere forskning og fagkunnskap fant sted på siste analyse trinn. I dette trinnet bearbeidet jeg tekstkondensatetene til resultater. Resultatene vil vise en fortolket og analysert sammenfatning av empirien. Malterud (2017) beskriver dannelsen av mikrokondensat som sentralt på dette trinnet. Jeg valgte å ikke gjøre mikrokondensater. Jeg fant den overordnede presentasjonsformen for mine funn ved å utvide informantenes selvforståelse med teoretisk

forståelse, som beskrevet av Kvale og Brinkmann (2015). I møte mellom empiri, teori og tidligere forskning trådte det fram et bilde av at utforskning av kontakt med egne kropp kan oppleves som en kompleks prosess, som beskrevet i 4.4 og diskutert i kapittel 5.

Analyse prosessen slik jeg har beskrevet den over kan synes lineær. I praksis gikk jeg flere runder fram og tilbake mellom de ulike stegene, for å sikre meg at jeg ikke hadde utelatt viktige meningsbærende enheter for tidlig i prosessen. Jeg gikk også tilbake til transkripsjonene underveis og i etterkant av analysen, for å kontrollere at analysen ikke var frakoblet empirien. Malterud (2017) skriver at en slik prosess med dekontekstualisering og rekontekstualisering er nødvendig for å unngå at resultatene blir løsrevne og fragmentert. Dette arbeidet ga også rikelig anledning til å kontrollere at forforståelsen var satt tilstrekkelig i parentes under arbeidet. Samtidig vil meningen jeg trekker ut av dataene aldri bli noe mer en min tolkning av data, basert ut fra min forforståelse slik den trer fram og utvikler seg i arbeidsprosessen (Thomassen, 2016).

### 3.6 Metodediskusjon

Validitet er et sentralt begrep innenfor forskning. Det handler om å vurdere hvorvidt det vi har funnet er sant (Malterud, 2017). Innenfor det fortolkende paradigme er det ikke mulig å svare ja eller nei på et slik spørsmål(ibid). Det er mer relevant å spørre; hva er dette sant om? Det kan være mangfoldige fortolkninger og forståelser av kunnskapen som trer fram. Det trenger ikke være konsensus om at kunnskapen som trer fram er den eneste sanne forståelse av fenomenet. Men det bør være konsensus om at det er brukt en god metode og holdbare argumenter for å finne fram til og forklare den forståelsen som er valgt(Kvale & Brinkmann, 2015). Det vil dermed være viktig å gjøre nøye rede for hele forskningsprosessen slik at den kan vurderes, forstås og anerkjennes av andre (Malterud, 2017). Dette kalles kommunikativ validitet(ibid). Mønstrene forskeren finner i sine resultater vil tre fram på bakgrunn av dennes forforståelse og situerte kunnskap. Det hører derfor til den kommunikative validiten å gjøre rede for dette(ibid). Videre bør kvalitativ forskning ha pragmatisk validitet, i form av å kunne tas i bruk/ være relevant. (ibid). Validiteten til kvalitativ forskning avhenger også av kvaliteten og refleksiviteten gjennom hvert enkelt ledd i prosessen (Kvale & Brinkmann, 2015). Kvaliteten i de ulike leddene skal sikre at forskningen faktisk har anledning til å besvare det den gir seg ut for å besvare (Malterud,



2015). Samlet sett bør kvalitativ forskning skape troverdige fortellinger som kan gjøre en forskjell (ibid). Da vil både kommunikativ og pragmatisk validitet være godt ivaretatt (ibid).

Jeg har brukt kvalitative forskningsintervjuer for å besvare problemstillingen: Hvordan oppleves det å utforske kontakt med egen kropp gjennom psykomotorisk fysioterapi. Jeg mener metoden passer til problemstillingen som gjort rede for i 3.1. Jeg har fått fylldige og rikholdige svar, men fra få informanter, og kun kvinner. Jeg kan derfor ikke være sikker på at jeg har nådd metning i min empiri. Underforstått; ville jeg sett andre sammenhenger og fått en annen sannhet hvis utvalget var større?

Masteroppgaven har et begrenset omfang, jeg skulle ønske jeg hadde hatt mulighet til å fordype meg mer i litteratur, og i større grad gå til primærkilder. Oversikt over litteratur og tidligere forskning er viktig da den situerer kunnskapen vår, og utgjør “brillene” som funnene forstås og tolkes utfra. Jeg må også her stille med samme spørsmål. Ville jeg sett andre sammenhenger og fått en annen sannhet hvis jeg hadde hatt enda større teoretisk kunnskap og overblikk?

Objektivitet innebærer å være bevisst på hvordan man som forsker bidrar til produksjonen av kunnskap, da det også kan påvirke validiteten (Kvale og Brinkmann, 2015). Det handler om å være sine fordommer bevisst, og sette disse i parentes under innsamlingen av data, slik at informantene får mest mulig anledning til å snakke fritt (ibid). I min studie visste informantene at jeg selv var psykomotorisk fysioterapeut. I et tilfelle visste også informanten at jeg kjenner hennes terapeut. Jeg opplevde at informantene snakket fritt, men at de trengte en ekstra invitasjon til å snakke om utfordringene knyttet til behandlingsprosessen. Siden jeg har erfaring innenfor forskningsfeltet mitt var jeg særlig opptatt av å være bevisst naiv i intervjuprosessen. Jeg var også nøye med å undersøke at jeg hadde forstått informantene rett. Jeg vet samtidig ut fra transkripsjonene at jeg enkelte ganger var tidlig ute med å bekrefte informantene. Dette kan ha begrenset noen svar og muligheter til videre utbrodering.

Begrepet pragmatisk validitet viser som nevnt til at forskningen bør være gyldig gjennom å være anvendelig og relevant, kunnskapen bør utgjøre en forskjell i fagfeltet (Malterud, 2017). Min studie viser betydningen av at all behandling foregår i en relasjon. Pasientens opplevelse av behandleren er av stor betydning. Mye som kommer fram i resultatdelen er i tråd med tidligere forskning og min forforståelse, som beskrevet i innledningen. På en annen side hadde jeg ingen

forforståelse for at informantene skulle dele opplevelser som sammen tegner et bilde av at: En gjensidig vekselvirkning mellom opplevelse av konkret endring i egen kropp, relasjonen til terapeuten og passende utfordringer er faktorer som driver en endringsprosess mot økt kontakt med egen kropp. Jeg håper denne forståelsen også kan inspirere andre psykomotoriske fysioterapeuter i møte med denne pasientgruppa. Videre hadde jeg ingen kunnskap om betydningen av velykkede møteøyeblikk som beskrevet av Stern (1998) sin betydning for endring i psykoterapi. Bunkan (2014) trekker fram samspillet mellom terapeut og pasient sin betydning for bedring som et av flere viktige punkter det haster å ivareta innenfor fagutvikling i psykomotorisk fysioterapi. Hun er samtidig opptatt av å bevare psykomotorikkens egenart. Slik jeg forstår mine informanter er det nettop relasjonen og psykomotorikkens egenart( kroppslig omstilling) de trekker fram som vesentlig for deres utbytte. En masteroppgave har begrenset rekkevidde, men kanskje kan den inngå i et kunnskapsgrunnlag som kan være med å inspirere til videre fokus på forskning og fagutvikling innenfor områdene Bunkan skisserer. Samlet sett håper jeg derfor studiens pragmatiske validitet blir ansett som tilfredstillende.

*Ekstern validitet eller overførbarhet* handler om i hvilken grad våre funn kan være gyldige i andre sammenhenger. Flere av de teorier som jeg bruker i argumentasjonen rundt mitt hovedfunn handler om grunnleggende og allmennmenneskelige psykologiske prosesser. Jeg vil derfor anta at funnene kan ha overførbarhet til annen psykoterapi.

### 3.7 Ethiske utfordringer og overveielser.

Kvale og Brinkmann (2015, s 96) gjengir Jette Fogs definisjon på en kvalitativ intervjuers grunnleggende etiske dilemma slik: «*Forskeren vil at intervjuet skal være så dypt og inntrengende som mulig, noe som innebærer en fare for at intervjupersonen krenkes. Men forskeren ønsker samtidig å være så respektfull mot intervjupersonen som mulig, med fare for å få et empirisk materiale som bare skrapes på overflaten*». Dette grunnleggende dilemmaet er også aktuelt i mitt prosjekt. Jeg ønsker å få erfaringer om et personlig tema. Det vil derfor være veldig viktig å minimalisere risikoen for krenkelser, uten å gå for mye på akkord med muligheten til å få et godt og fyldig materiale. Jeg etterstrebet hele veien å ha et høyt etisk bevissthetsnivå, og forsøkte konsekvent å minimalisere eventuelle negative konsekvenser for informantene. En informant valgte å trekke seg i forkant av intervjuet, uten at jeg stilte spørsmål ved det eller forsøkte å overtale vedkommende til å bli med.

Jeg har erfaring med pasient gruppa og er vant til å se etter nonverbale tegn på ubehag, og prøvde å være oppmerksom på dette også under intervjusituasjonen. Kvalitativ forskning kan aktivere psykisk uro (ibid). Det er derfor viktig å ha klart muligheter for oppfølging hvis deltagerne skulle trenge dette (ibid). Minne informanter vil være i et behandlingsforløp og jeg anser de derfor som godt ivaretatt. Jeg forsikret meg om at informantenes behandlere var tilgjengelig i perioden etter intervju, hvis det skulle være behov. Informantene fikk rikelig anledning til å fortelle om både utfordringer og mestringsopplevelser, og flere sa i etterkant at det var fint å få fortelle og at de var glad for å kunne bidra.

Jeg har forholdt meg til NSD retningslinjer for innsamling og lagring av data.

## 4.0 Resultat

Målet for resultatframstillingen er å formidle informantens opplevelser på en ryddig og oversiktlig måte. Informantenes fortellinger fra sine opplevelser og erfaringer med å utforske økt kroppskontakt er sammensatte og komplekse. De illustrerer i seg selv at vekst og utvikling i terapi skjer på flere uadskillelige måter samtidig. På samme måte er de konkrete erfarte endringene og kvaliteter ved prosessen som skaper endring nøye vevd inn i hverandre. Endringer driver fram prosessen, og prosessen skaper endringer. Jeg har allikevel følt det nødvendig å forsøke å splitte disse naturlige sammenvevde enhetene fra hverandre i resultatdelen. Løfte de fram og belyse de hver for seg, for så å sette de tilbake i helheten i drøftingsdelen.

Gjennom analysen har jeg tolket meg fram til følgende 3 kategorier, eller hovedbudskap fra informantene: 1) Å utforske kontakt med egen kropp har gitt konkrete, positive endringer. 2) Å utforske kontakt med egen kropp har vært krevende. 3) Terapeutens kunnskap og væremåte har hatt betydning. Resultatframstillingen vil være konsentrert rundt disse kategoriene og deres underkategorier.

Informantenes behandlingsforløp presenteres helt kort, som ramme for videre resultatframstilling.

Lena har gått i psykomotorisk behandling i fire år Hun går for øyeblikket hver 14 dag. Hun har hatt en vanskelig oppvekst og har opplevd vold i nær relasjon som voksen. Lena fikk en behandlingstrengende depresjon etter et samlivsbrudd i 2008. Hun kom da i behandling hos psykolog på sitt lokale DPS, og etter hvert i traumeterapi hos sykepleier. Hun begynte å få det bedre i hodet, men var veldig sliten og hadde vondt i kroppen. Det var traumebehandleren på DPS som anbefalte henne psykomotorisk behandling. Lena har jobbet mye med øvelser for å finne tilbake til et friere bevegelsesmønster og friere pust. Hun merker effekt av behandlingen i form av mindre smerter og mer energi. Hun er blitt opptatt av å ta mer vare på seg selv, øver på å si til seg selv at hun er bra nok som hun er, og at hun er glad i seg selv. Behandlinga har også hjulpet henne til å finne mer indre ro. Lena merker at livet setter seg i kroppen, og at det går opp og ned. Hun setter pris på at psykomotorikeren følger henne tett, og tilbyr henne behandling oftere når det trengs. Hun er blitt vesentlig flinkere til å lytte til kroppen sin, og ta hensyn til det hun kjenner. Hun kan fortsatt bli lei seg ved tilbakefall, føler da at kroppen hennes svikter henne.

Emma strever med migrene og har opplevd mobbing i oppveksten. Hun har gått hos nevrolog siden 2012, og hos psykolog siden 2014. Det var psykologen som anbefalte henne psykomotorisk

behandling. Hun har gått i behandling i 2 år. Etter et år hadde hun et opphold i behandling på ca 6 mnd, slik at aktiv behandling har vært 1,5 år. Emma jobber med å forstå sammenhenger mellom symptomene sine og erfaringene i livet. En innsikt som er krevende for henne da hun helst vil at alt skal være bra. Det er kjipt og flaut å innrømme at hun har hatt det vanskelig i oppveksten. Emma sitt opphold i behandlingen skyldes at hun opplevde den krevende. Det er først etter pausen hun syns hun begynner å komme i gang med å kjenne på nytten. Nyttens består foreløpig av økt innsikt og en begynnende vilje og kapasitet til å ta hensyn til seg selv og sine behov. Hun kjenner også at behandlingen hjelper henne med å slappe av. Hun er plaget av slitenhet og hodepine og er akkurat blitt sykemeldt når intervjuet vårt finner sted.

Hege har spenningshodepine og angst. Hun har blitt mobbet i oppveksten. Hun har gått i psykomotorisk behandling i et år, og har nå begynt med studier og arbeidsutprøving. Hodepinen er mindre framtrædende. Hun er flinkere til å forstå og regulere stressreaksjoner, og er tryggere på seg selv og viktige livsvalg. Hun syns behandlingen har hjulpet henne mye, og er opptatt av å framsnakke den slik at flere kan få informasjon om behandlingsformen.

Oda strever med ettervirkninger etter en streng oppvekst i et hardt og kaldt følelsesmessig klima slik jeg forstår henne. Hun har gått hos psykolog i 20 år. For 4 år siden fikk hun et sterkt panikkanfall. Hun ble innlagt på sykehus for å utelukke somatisk sykdom. Angsten ville ikke slippe taket, og hun ønsket ikke medisiner. Mannen hennes foreslo psykomotorisk behandling. Hun har nå vært i behandling i 2 år. Oda har hatt en god utvikling i behandlingen, blitt bedre kjent med seg selv og sine reaksjoner. Tør å ta mer plass. Det er fortsatt vanskelig for henne å slippe kontroll, og hun blir lett anspent. Når spenningen slipper føler hun seg sliten, og det er en følelse hun foreløpig ikke takler så godt.

#### 4.1. Å utforske kontakt med egen kropp har gitt muligheter for vekst

Samtlige informanter forteller om at behandlingen har medført endring som de legger merke til og setter pris på. Endringene er på ulike nivåer og griper inn i hverandre, men jeg har valgt å sortere og framstille de etter endringer i opplevelsen av kroppen, endring i måten å forstå sammenhengen mellom kropp, følelser og livshistorie og endring i selvfølelse.

##### 4.1.1 Jeg er friere i pust og bevegelser.

Pusten har en sentral rolle i psykomotorisk behandling. Og alle mine informanter har blitt introdusert for fokus på pustens muligheter og mønster. Å forholde seg til pusten og kjenne potensialet som ligger i å la seg bevege av den frie pusten synes å ha vært viktig for Oda, Hege

og Lena. Emma har også fått en liten innsikt knyttet til pust, hun puster oppover og ikke utover når hun er i krevende situasjoner. Hun syns fortsatt det er vanskelig med pust, og øver hver dag. Lena er glad i å bevege seg, og sammen med terapeuten sin fant hun pusten gjennom bevegelser. Hun setter stor pris på bevegelsene hun har fått for å åpne opp i pusteorganet. Det å få strekke, bøye, tøye, åpne. Kjenne at dypere pust gir mer energi. Hun setter friere pust i sammenheng med at hun nå greier å støvsuge og vaske på samme dag igjen, etter en lang periode med smerter og manglende overskudd. Slike konkrete erfaringer gir tro og håp formidler hun.

For Oda sin del begynte erfaringene knyttet til pusten med at hun syns det var så anstrengende å skulle puste riktig. Hun fikk hjelp av terapeuten til å øve på å ha tillit til at pusten ordner seg selv. Pusten kan lyttes til, men skal ikke styres. Sakte men sikkert begynte hun å legge merke til når det følte anstrengt og når det følte bedre. Det var særlig når hun fikk lov til å sukke og stønne litt, gi litt uttrykk at hun kjente mellomgulvet slapp. Og det ble god plass til pusten. Det ble friere å være henne. Der det hadde vært trangt ble det plass. Plutselig kunne hun kjenne at hun hadde en brystkasse. Det gjorde godt å legge en hånd på brystet. Kjenne pusten i ryggen og ut mot sidene.

Hege ble utfordret av terapeuten sin til å bruke pusten i møte med ubehag. I behandlingssituasjoner hvor hun reagerte med å holde pusten ble hun veiledet til å fortsette å puste: *«Pust inn, pust ut, se for deg at pusten går inn, tar med seg, også puster du all driten ut igjen»* Å få denne erfaringen med å møte ubehag med direkte fokus på pusten har hjulpet Hege mye.

Samlet kan noen av utsagnene knyttes til pust høres slik ut: «Det har hjulpet meg mye å finne pusten» Jeg blir friere, energien kommer tilbake. Det blir mer liv inni meg. samtidig kan pusten hjelpe meg til å finne roen. Jeg kan greie å puste meg gjennom angst og ubehag»

Innsikt i egne bevegelsesvaner og hjelp til å utforske alternative måter å bevege seg på er noe informantene mine forteller om med iver. Odas stive armer vekkes til live når de får slå i lufta. Det drar med seg en glede over å kunne ta mer plass. Hun har også oppdaget at hun har to føtter som hun kan gå på, hun trenger ikke pile over bakken bestandig. Hun kan hvile i krafta fra bena sine og slippe å holde seg oppe et annet sted. Lena har øvd på å slippe knærne i lange kassakøer på butikken. Hun er blitt klar over at vaksomhet og anspenhet har tatt fra henne noe av det naturlige bevegelsesmønsteret. Øver på å ta det tilbake. Sammen med terapeuten utforsker hun skille mellom fortid og her og nå. Erfarer at hender som har vært holdt opp foran kroppen for å

beskytte mot slag kan få pendle fritt i fredstid. Får rom til å kjenne på bevegelsesglede gjennom dans og hopp på gulvet. Hege tar seg i å presse tunga opp i ganen når hun lager mat. Forstår at det handler om stress. Ser det som et signal om å slippe seg litt løs. Ikke ta det så tungt om maten er ferdig akkurat på minuttet. Emma har fått innsikt i at hun ofte ligger på sofaen uten å egentlig slappe av. Har begynt å kjenne at etter behandling er hun salig og avslappa. En følelse hun kan kjenne hun trenger mer av og ikke får andre steder. Informantene er enig om små ting, små øvelser kan skape viktig endring. Det skjer noe på kroppsnivå i den psykomotoriske behandlinga som sprer ringvirkninger ut i livet.

#### 4.1.2 Kontakten med kroppen hjelper meg til å kjenne, forstå og regulere følelser

Den psykomotoriske behandlinga har gitt informantene mine en utvida forståelse av egen kropp og dens ressurser og kunnskap. Oda beskriver at hun var ganske bevisst med hodet etter ca 20 år i samtalebehandling, men at hun hadde dårligere kontakt med kroppen. Lena taklet en tøff oppvekst med å bli flink pike, ta seg sammen og late som ingenting. I ettertid forstår hun at hun visket kroppen sin bort og lot hodet regjere. Emma snakker om følelser som noe som var fra halsen og opp. Ikke noe ektefølt med rot i henne selv, men skapt ut fra hva hun tolket var forventet. Hege fikk ofte høre at hun var stresset og måtte ta bedre vare på seg selv, men kunne ikke finne gjenklang i det i seg selv, skjønte ikke hva det innebar. Etter hvert som behandlingen skrider fram øker innsikten. Kroppen og dens signaler blir gradvis mer begripelig. Kontakten med egen kropp går fra å være vag og usikker til å være en ressurs i hverdagen. Som Oda forteller: *«Jeg har fått følelsen av at kroppen egentlig er et veldig selvregulerende organ. Det handler om å ha mer tillit til at den kan regulere seg selv hvis den får mulighet»*

Det synes som det å erfare at følelser henger sammen med kroppens signaler, og at økt kontakt med kroppen gjør disse signalene lettere å forstå og regulere har vært sentralt. Det samme gjelder erfaringen av at kroppen har iboende ressurser og styrker. I dette underavsnittet inngår altså både erfaringer med å kjenne og forstå kroppslige signaler generelt, og mestringsfølelsen og tryggheten ved å kunne regulere seg fra ubehag til behag. Informantene har både samlet og hver for seg gode innsikter rundt dette.

*Emma: Jeg forklarer måten jeg oppfører meg på nå på en helt annen måte enn jeg gjorde før jeg begynte med psykomotorisk behandling. Jeg kan kjenne at kroppen reagerer når jeg skal si nei. Jeg strammer rumpe og mage, puster oppover. Jeg trodde det var et tegn på dårlig samvittighet, men så viser det seg at det er redsel for å bli utestengt. Det var en stor a- ha opplevelse å*

*oppdage det. Det henger igjen fra jeg var liten. Da var jeg bra nok den ene dagen og utestengt og mobba den andre. Så hvis venner spør om jeg vil være med på noe gøy i dag, så blir kroppen kjempe redd for at de skal rotte seg sammen og snakke drit hvis jeg sier nei. Den fysiske reaksjonen ved å si nei er så sterk og overstyrer fornuften. Så jeg har vært med på veldig mange ting jeg ikke orker. Før var hode og kropp to forskjellige ting. Nå skjønner jeg at jeg lærte å stramme kroppen for å håndtere følelsene mine når jeg var liten. Jeg har lært å skyve det vonde bort, ikke ta det innover meg, ikke fortelle eller vise at jeg har det kjipt, fordi det er flaut. Jeg kan heller smile, late som om alt er bra og snakke om det som er fint.*

*Oda: Jeg bærer på noen redsler fra barndommen min, det gjør at jeg kjenner at jeg får en knytning i kroppen. Den hindrer meg, holder meg igjen. Jeg har forstått det lenge med hodet. Men det har vært nødvendig for meg å bli holdt fast i sansinga, kjenne at jeg kan få brøle og slå, oppleve hvordan sansningen endrer seg da. Det har vært godt for meg å bli holdt fast i meg selv. Jeg kan ikke bare sveve ut eller gå opp i hodet igjen. Men jeg må koble hode og kropp. Prøve å finne et ord som sier noe om det jeg føler på. For jeg kan ofte si at jeg føler det eller det, men hva er det jeg føler? Hva er det egentlig jeg kjenner på? Jeg har alltid tenkt at man må gå fra hodet og ned. At man kan gå andre veien, at kroppen har en annen viten enn hodet er spennende. Jeg begynner å merke at jeg har en kropp. Og jeg kjenner at jeg har behov for den kontakten. For jeg kan kjenne at kroppen bærer meg når det røyner på. Jeg kjenner at jeg har en kropp som jeg kan stole litt på ... en litt sånn indre trygghet. Om vi har vært inne på noe vanskelig i timen, så går jeg aldri ut helt oppløst. Jeg får samlet meg igjen. kjenner at beina er der, kroppen er der, jeg er klar til å gå ut i verden igjen. Det gjør meg trygg.*

*Lena: Kroppen min stopper ikke ved hodet, den forteller meg andre ting, eller får hodet til å oppfatte ting som det ellers ikke ville gjort. Nå er jeg blitt mye flinkere til å lytte etter at kroppen min snakker hele tiden, og at den ikke alltid er enig med hodet. Før måtte kroppen rope. Men når kontakten med kroppen er blitt bedre, når sanseapparatet får tilsnakk eller blir tatt på, da kan kroppen bli glad, føle seg trøstet, sett og ivaretatt. Det kan løsne veldig opp. Nå henger alt mere sammen og jeg føler meg som et helere menneske.*

*Hege: Jeg kan kjenne angsten som en avlang, piggete, pulserende gjenstand i magen. Og jeg kan samtidig kjenne at jeg kan puste igjennom og kontrollere pulseringa. At jeg kan påvirke hjelper meg veldig med å takle angsten. Den kan få være der uten å være en stor, skummel greie. Jeg har*



*lært å kjenne kroppen min. skjønt at klumpen i magen handler om en ubehagelig situasjon, ikke at jeg holder på å bli syk. På samme måte kan hodepinen komme når jeg spenner meg i usikre situasjoner. Jeg tar meg oftere og oftere i å kjenne på kroppen og møte stresset med pusten. Det kan være slitsomt, men gjør meg stolt og trygg.*

#### 4.1.3 Jeg har blitt tydeligere og flinkere til å ta vare på meg selv

I følge informantene har kontakt med egen kropp hjulpet med å bli tydeligere overfor seg selv og andre. Selvfølelsen har blitt styrket, og de forteller samlet om en opplevelse av å kjenne mer på egne grenser, behov og aksept for seg selv. Dette utgjør en ny og tryggere måte å være i seg selv på.

*«Jeg har på en måte blitt kjent med meg selv. Funnet ut hva jeg føler og hvem jeg er. Jeg har det med meg hele tiden, så jeg er veldig glad for behandlingen, selv om det har kostet masse»*

- Emma.

Emma jobber med å bryte ned skallet hun har bodd i. Hun har forstått at det må til for å ikke bli utslitt. Øver på å være hjemme å ta vare på seg selv når hun er sliten, selv om det medfører at alarmberedskapen og frykten i kroppen øker. Hun begynner å forstå at hun får best hjelp når hun er ærlig ovenfor seg selv og terapeuten. Dette er et stort steg for henne. Et like stort steg har det vært å kjenne at hun må sykemelde seg, la hensynet til seg selv komme først, slik at hun kan begynne å hente seg inn igjen. Når intervjuet finner sted er dette helt ferskt. Det kjennes både som et nederlag og en lettelse for Emma.

Oda forteller at endringene i pusten, og den gode følelsen i brystkassa gjør at hun kan ta mer plass ute i livet. Hun syns det er lettere å melde fra om hva hun syns og ikke syns. Hun har jobbet mye i timene med å ta plass, bruke lyd, sette grenser. Og har nå en begynnende opplevelse av at det er lov å gi slipp og vise hvem man er. I det hun blir tydeligere, klarere og tryggere på å sette grenser har det også vært lettere å slippe andre innpå seg. Hun merker at hun har mer meninger på jobb, og at hun kan gi seg tid til å gå over fotgjengerfeltet i stedet for å løpe for å unngå å ta opp bilistens tid. Oda har vært mye plaget og redd fordi det ikke har vært lov for henne å vise usikkerhet. Som et følge av å ta mer plass i seg selv har hun begynt å stilles seg spørsmålet; er det så farlig om jeg ikke vet? Hun kan kjenne at det er lov å ikke være på topp hele tida.

Hege levde i et parforhold som ikke gjorde henne godt. Gjennom å koble sammen ord og kroppssansing i samarbeid med terapeuten sin ble det gradvis klart for henne at det var riktig å

gjøre det slutt. *«jeg klarer å innrømme for meg selv når det er nok. Det største har vært at jeg greide å bryte ut av et langvarig forhold som ikke var bra for meg. det har selvfølgelig vært trist, men jeg har ikke angret en dag.»* Hege har også blitt bevisst at hun ikke må trene hardt når hun har smerter og manglende energi, hun må ikke underholde og forsvare, forholde seg til lister og ha noe å gjøre hele tiden. Hun har gradvis funnet mer ro med seg selv. Hun synes fortsatt dette er vanskelig, men har troen på det, da hun kjenner at gode valg hjelper mot hodepinen.

Lena har blitt opptatt av å være mer glad i seg selv, hun har som nyttårsforsett å si til seg selv i speilet at hun er bra nok som hun er. Hun øver på å være fornøyd og sette pris på bitte små ting. Høre fuglen synge, kjenne sola. Bare være tilstede. Hun kjenner det nytter, summinga på innsiden kan forsvinne og hun opplever ro. Hun dømmer ikke lenger seg selv og sin egen prestasjon for hardt, og kan leve med en «kanindott» eller to under sofaen.

*«Kroppen min sier mye, mye mer i fra. At den er sliten, har vondt, må tas vare på. Når jeg kan kjenne er det mer rom for å si ifra hva jeg ikke orker eller har lyst til. Jeg har blitt et helere menneske både innvendig og utvendig».* – Lena.

#### 4.2 Å utforske kontakt med egen kropp har vært krevende

Ingen av informantene har opplevd at tilnærmingen har vært omkostningsfri. I tråd med forforståelsen min har de opplevd prosessen mot økt kroppskontakt som delvis krevende. Det trekkes blant annet fram opplevelse av å ikke forstå, ikke strekke til, kjenne seg naken, redd og sårbar.

##### 4.2.1 Tilnærmingen vekker usikkerhet og er vanskelig å forstå

Å utforske kontakt med kroppen representerer noe nytt og ukjent. Nye øvelser, ny kunnskap, nye erfaringer. Nye måter å forholde seg til kroppen på.

Oda var forundret i starten over at det ikke var noe systematikk i behandlingen. Det var åpent og fritt og opp til henne. For en som liker struktur var det forvirrende. Hege var også forvirret. Hun skulle ligge på matta, kjenne beina, rumpa og ryggen i kontakt mot underlaget, og kjenne at pusten blåste ut ting. Det var helt gresk for henne. Det var umulig for henne å ta alt inn over seg med en gang. Hun måtte begynne i det små. Lena har også sine øvelser som det er vanskelig å forstå, det gjelder de som utløser smerte og berører områder av kroppen hun er litt redd for. Området forblir stivt, selv om hun jobber hardt for å kunne slippe. Da er det ikke så lett å forstå hva hun skal med øvelsen. Hva er nytten og funksjonen?

Jeg avslutter dette underpunktet med Oda sin beskrivelse om hvor forvirrende og krevende det kan være å kjenne at kroppen og dens reaksjoner ikke kan tvinges til å lystre.

*«Jeg lå på benken og skulle la terapeuten føre armene eller bena mine. Og jeg syns jeg ga meg hen. Men jeg gjorde visst ikke det. Jeg trodde jeg hadde styr på det, men alt ble snudd om. Jeg visste ikke når jeg var anspent og når jeg ikke var anspent. Jeg øvde men fikk det ikke til. Jeg ble forvirra og fortvila og kunne begynne å gråte. For når jeg ikke skjønnte hva jeg skulle gjøre greide jeg ikke være flink heller. All min prestasjon funknet ikke. Ingen ting funknet.*

4.2.2 Tilnærmingen kan gi en følelse av å bli bedømt og trigge krav om prestasjon.

Med usikkerheten kommer lett følelsen av å ikke gjøre ting riktig. For Emma som beskriver seg som en som gjerne vil gjøre andre glad har dette bydd på utfordringer. Hun er opptatt av å gjøre sin del av jobben når hun får hjelp. Det er viktig for henne å komme tilbake å gi en positiv respons. Denne verdien står så sterkt i henne at det har hendt hun har kommet tilbake og sagt hun har fått til noe, selv om det ikke har vært sant. Nå greier hun å være mer åpen om dette, og det er et tema i terapi. Men når hun tenker tilbake ser hun at for henne hadde det vært fint om terapeuten hadde sagt direkte; du trenger ikke komme tilbake hit å fortelle meg at noe har gått bedre hvis det ikke har det. Som hun sier: *«Det hadde vært fint om det ikke var noe forventningspress, for det er det over alt ellers»*. Hege kjenner også på sårbarhet knyttet til dette. Når terapeuten påpeker hvordan hun sitter kan hun få en følelse av at terapeuten er ute etter å ta henne, finne feil. Hun er derfor av og til påpasselig med å demonstrere at hun kan sitte tilbaketrukket, vise hvor avslappet hun kan være. For hun vet at det blir påpekt om hun sitter anspent, og det gidder hun ikke etter så lang tid sier hun.

Oda har også hatt behov for å øve mye på å kunne sette ord på at hun ikke får til. Tørre å utforske og være på vei sammen med terapeuten. Det har vært vanskelig for henne å stå foran terapeuten å gjøre bevegelser, kjenne etter behov og finne uttrykk. Hun syns det har vært fint å ta med øvelsene hjem å prøve de i frihet for andres blikk i tillegg.

Lena er også inne på samme tema, men i mindre grad, og mer flyktig. Hun kjente på nederlag etter at det ble for vanskelig for henne å ligge på benken. Tenkte at hun kanskje ikke kunne fortsette behandlingen når hun ikke greide ligge på benken. Behandler forsto det raskt, tilpasset behandlingen og det ble derfor ikke noe problem.

#### 4.2.3 Innsikten i egne reaksjonsmønster og levd liv er smertefull

Emma og Hege sin terapeut har vært aktiv med å peke på sammenhenger mellom levd liv og kroppslige reaksjoner. Innsikten er viktig for prosessen med samtidig sår. Særlig Emma har kjent mye på dette, og under følger et lite utdrag fra hennes erfaringer.

*Jeg fikk det på en måte litt dårligere igjen. Før var det bare migrenen. Nå var det plutselig en hel masse dritt under. Det er så nytt, og koster så innmari mye å ta stilling til. Det er sårt og privat å fortelle om irrasjonelle følelser som du skjønner er teite. Fortelle om ting du ikke har sagt til noen, og kanskje ikke har vært klar over selv en gang. Det er vanskelig med det gamle som blusser opp og styrer hvordan jeg føler, tenker, oppfører meg og er. Det er flaut og jeg vil ikke at det skal være en del av meg. Så jeg opplevde det som en indre krig. På den ene siden kan du få noe å jobbe med, komme et steg videre hvis du tør fortelle det som det er. På den andre siden hvorfor skal jeg begynne å føle på ting som jeg blir sliten av? Jeg hadde ikke sett koblinga mellom hvordan jeg har det nå og hvordan jeg hadde det før. Jeg ville bare at noen skulle massere musklene mine så jeg fikk slappet av litt. Så jeg jobba litt imot. Jeg følte det litt sånn; ikke rot i det her, fordi det er jævlig ubehagelig. Men jeg var opptatt av å være flink og for høflig til å si ifra når ting ble for ubehagelig.*

Hege kjenner seg igjen i at det er vanskelig å få innsikt. Hun forteller at hun ble sint fordi hun skulle drive og kjenne på alt. Hun husker at hun ble rød i ansiktet og svett på ryggen første gang hun ble spurt om hvordan hun hadde det i barndommen. Gikk mye i forsvar. Hun gikk inn i selve behandlingssamarbeidet med intensjon å motbevise at stress og livserfaring hadde sammenheng med hennes plager. Men hun fikk raskt følelsen av at til tross for at innsikten var smertefull, så var den ekte og nyttig for henne å forholde seg til.

Oda forteller ikke like direkte om det smertefulle i økt innsikt. Men hun er inne på erfaringer som jeg tolker i samme retning. Hun forteller at de kan være inne på vanskelige temaer i terapien. Hun kan ha kjent på noe i timen, kan ha hatt det litt vanskelig på benken, men hun føler at hun samler seg og kommer på plass i seg selv gjennom den klassiske avrundingen av timen. Hun kan dra hjem å være litt lei seg, men det er til å bære.

#### 4.2.4 Endringer i det kroppslige forsvaret og møte med alarmberedskap er skremmende

Alle informantene har opplevd at kontakten med kroppen også innebærer møte med de kroppslige sporene etter traumene. De treffer på kroppslige minner som de har utviklet forsvarsstrategier for

å unngå å kjenne på. Reaksjonene kan komme brått, være uforståelige og skremmende å forholde seg til.

Emma hadde ikke noe bevisst opplevelse av å grue seg til timene, men kroppen kunne kjempe imot. Hun har ikke langt å gå til behandlingsstedet, men var alltid helt klam og varm når hun kom fram. Hege kunne også kjenne mye på stress reaksjoner med rødme og svette. Angsten kom når terapeuten jobbet med spenninger i diafragma. Hun ville at terapeuten skulle slutte, men fikk i stedet hjelp til å komme seg gjennom møtet med det ubehagelige.

For Oda trigger fokus på avspenning en redsel for å miste kontroll. *Hun beskriver det slik: «Kroppen min synes det er skummelt å slappe av. Da kommer jeg i kontakt med slitenhet og det er skummelt. Når jeg avspenner blir jeg skjelven i kroppen og redd for at jeg ikke kan samle meg. Gå samla ut i verden igjen. Det blir litt flytende for meg. Vi har jobbet mye med at jeg skal kunne være litt flytende, ikke så kontrollert. Jeg skulle gjerne vært litt mer flytende. Kunne ta ting litt lettere, ikke være så anspent og gravalvorlig. Jeg skulle gjerne knipsa med fingrene også var jeg plutselig flytende. Men jeg kjenner at det greier ikke kroppen ta imot.*

Lena har opplevd at behandling på benk har trigget aktivering og gjenopplevelser. Hun forklarer det slik: *Jeg har vært borti at når hun har tatt på meg, så kjenner jeg at det summer i hodet. Kjenner at dette ikke er bra. Jeg lå under et teppe, og å ligge under teppe det er frihetsberøvelse for meg. Og hun begynte å massere, føttene, leggene og oppover låret. Hun kjenner at jeg reagerer og avbryter. Jeg får sette meg opp på benken, og hun prøver å hjelpe meg, snakke til meg. Jeg forstår at hun mener det så utrolig godt, men hun sa ikke de rette kommandoene, og jeg stolte liksom ikke på henne. Jeg måtte få gjøre det på min måte, komme i vater og lande litt. Så kunne vi snakke om det. Når behandlingen utløser minner kroppen har vært i beredskap for tidligere og amygdala spiller på blir jeg skikkelig redd for å ikke komme ut av det. Panikken er kjempestor. Så hvis jeg ikke hadde blitt sett, fanga opp og i varetatt hadde jeg gått ut av døra og aldri kommet tilbake.*

#### 4.2.5 Det kreves høy egeninnsats

Informantene ser at deres egeninnsats og motivasjon også har vært nødvendig for å holde seg i prosessen. Jeg lar følgende kondensat, en blanding av alles stemmer, tale for seg.

«jeg vil ikke drive i samme dritten, vil kunne si nei og kjenne meg trygg og god i kroppen. Jeg har ikke gitt opp selv om det er ubehagelig, tidkrevende og koster penger. Jeg jobber med det,

åpner meg, utforsker, bruker det i hverdagen. Det er en lang prosess, men det er kjempespennende, og jeg kjenner at det hjelper.»

#### 4.3 Terapeutens kunnskap og væremåte har hatt betydning

Samtlige informanter snakker varmt og mye om terapeuten sin. Det blir tydelig for meg gjennom analysen at terapeuten sin væremåte har betydning for hvordan prosessen erfares. Det har vært godt å erfare en terapeut som speiler, forstår, hjelper med å sette grenser, inngir håp og trygghet. Er kompetent, varm og aksepterende.

##### 4.3.1 Terapeuten speiler, er oppmerksom og tydelig.

Hege er svært takknemlig og imponert over terapeuten sin og den psykomotoriske behandlinga. Hun opplever at terapeuten gjør en super jobb med å se hele personen, bakgrunn, framtid og der de er akkurat nå. Kobler det hele sammen. For Hege har det vært bra at terapeuten har vært tydelig og utfordret henne. Ser den fysiske reaksjonen og setter ord på den sammen med en forklaring; *«Du vet Hege, det er ikke normalt at jeg skal finne fram papir og tørke svetten av ryggen din før jeg begynner å behandle, så her er det noe som sitter dypt i deg. Og det var så godt, det var så deilig å få en forklaring på hvorfor jeg i all verden følte det slik. Det var rett og slett befriende. Det er så godt å ha noen som er interessert, spør spørsmål, peker på sammenhenger og gir forklaringer. Og ser hun at det blir for mye for meg, at hun kommer for sterkt ut, så er hun rask til å understreke at det er for å hjelpe, få meg til å forstå. Jeg føler meg trygg og jeg føler meg sett»*

Oda og Lena føler seg også sett av sine terapeuter, og de har trengt at terapeuten har ivaretatt grensene deres og hjulpet med å kjenne behov når de ikke har greid det selv. Oda ble som nevnt tidligere fortvilet når hun ikke greide å kjenne forskjell på spenning og avspenning og redd hvis hun greier å gi for mye slipp. I slike tilfeller var det veldig godt for henne at terapeuten, et annet menneske, så at det var nok og hjalp henne å ta hensyn. *«Hun var god på å stoppe, god på å si at nå tror jeg det er nok. Det var veldig godt at et annet menneske så at det var nok. Da fikk jeg ligge der å hvile litt, la det synke inn, og så kunne jeg reise meg opp.»*

Lena er imponert over alt terapeuten hennes ser: *«Hun er vanvittig god til å lese meg, på en slik skummel måte. Men det er jo bra at hun ser det, det er jo jobben hennes. Og da kan hun ta tak i det, og minne meg på det. Noen ganger ser hun mye mer av det jeg har behov for enn hva jeg kjenner selv.»*

#### 4.3.2 Terapeuten er kompetent og trygg

For Lena har det vært veldig viktig at terapeuten kan traumer, og er trent på å gjøre tingene som pasienten trenger men kanskje ikke klarer å si. Hvis behandler ikke vet hva som egentlig foregår inne i pasienten vil ikke behandler greie å ivareta tilstrekkelig. Hun synes det er viktig at behandler ser og fanger opp i tide, tar ansvar og hjelper til med å regulere. Terapeuten må være rolig og klar, ta kommandoen og forelå strategier hvis det trengs.

Oda nevner ikke viktigheten av terapeutens kompetanse direkte i vår samtale. Men hun har som tidligere nevnt erfart at hun blir utfordret til å bryte mønsteret sitt gjennom behandlingen. Hun føler seg hjelpeløs, men opplever samtidig at terapeuten holder henne og tilbyr passende hjelpemidler for å finne ny innsikt og mestring. Denne balansegangen synes jeg sier mye om kompetansen til Oda sin terapeut. Jeg gjengir derfor deler av Oda sin fortelling om hvordan hun blir møtt i hjelpeløsheten som oppstår når hun blir holdt fast i kroppssansning.

*«Jeg kan ikke bruke mønsteret mitt, jeg blir litt satt ut og må prøve noe annet. Jeg føler meg hjelpeløs, men samtidig er det spennende, og jeg kan kjenne at det er trygt. Det er trygt for jeg blir holdt. Jeg blir ikke bare kastet ut i det. Jeg får hjelpemidler. Kan det være at du føler det på den måten? Eller den måten? Og det kan være at jeg kjenner noe helt annet, men da har jeg fått hjelp gjennom forslag til hva det går an å kjenne. Jeg er fri innenfor hjelpemidlene. Det er ikke noe krav om at jeg burde kjenne kjent det sånn eller sånn. Det er akseptert det jeg kjenner på. Så å få hjelp til å finne ut av ting, uten å bli overkjørt det er å bli holdt for meg.»*

Emma og Hege deler oppfatningen av at deres terapeut er kompetent og god. Hun reiser mye på kurs og holder seg oppdatert. Er god på å forklare og plukke opp det som er viktig. Emma opplever at terapeuten møter tankene hennes, og hjelper henne med å sette ord på det hun ikke finner ord på selv. Hege setter pris på å kunne gå til noen som både kjenner på henne fysisk og letter smerten, samtidig som hun hjelper med å bearbeide det som forårsaker smerten.

#### 4.3.3. Terapeuten er varm og aksepterende

En varm og aksepterende terapeut, som inngir tillit har vært viktig for alle informantene. Oda beskriver dette veldig godt, og jeg begynner avsnittet med et sitat fra henne.

*«Det har vært viktig for meg at jeg har fått komme, også er det som det er. Når jeg ble fortvilet fikk jeg høre at det var helt greit. Bare la det komme, la det få være som det er. Det var veldig godt for meg å høre. Jeg fikk en sånn trygghet på at her trenger en ikke ta seg sammen eller*

*prestere. Jeg har ikke følt at jeg har vært dårlig. Jeg har ikke følt noe press. Det har blitt akseptert at jeg har trengt å ha kontroll. Jeg har fått lov til å prøve meg fram sakte, i mitt tempo».*

*- Oda*

Hege føler seg også akseptert av terapeuten. Hun føler seg sett og ikke bagatellisert. Hun føler seg ikke dum eller tåpelig. Føler ikke at hun kaster bort tiden til terapeuten. Emma føler at hun sakte, men sikkert blir trygg på terapeuten, kan fortelle ting, og opplever at hun finner ut viktige ting om seg selv sammen med terapeuten.

Lena er veldig takknemlig og rørt over at terapeuten har brukt så mye tid og energi på henne, og hele tiden har hatt troen på at hun kan få det bedre. Hege husker godt at terapeuten tok henne på armen i det hun skulle gå, og ba henne slippe seg løs. Hun ble rørt over mammafølelsen hun følte terapeuten ga i øyeblikket.

Oda opplever at tilliten til terapeuten, at hun er der og holder hjelper henne når hun øver på å gi slipp. Lena er inne på det samme når hun forteller at det er vanskelig å slippe kontroll, men at hun prøver seg fram, gir fra seg litt. Hun kjenner at det hjelper. Slik opplever hun at tilliten til terapeuten vokser fram gjennom å merke fysisk og psykisk effekt i det praktiske arbeidet de gjør sammen.

Samlet sett beskriver informantene kvalitetene de ser i terapeutene sine slik: Hun er tålmodig samtidig som hun er rett på. Hun tilpasser behandlingen ut fra mine reaksjoner, hjelper meg til å forstå sammenhenger, være i følelsene mine og utforske behov. Hun stopper når det blir for vanskelig for meg. Hun gir meg rom til å bruke mine egne mestringsstrategier og vi utforsker nye muligheter til mestring sammen.

#### 4.4 Sammenfattende forståelse av funnene

Informantene opplever alle utfordringer og gevinster i prosessen med å jobbe mot økt kontakt med egen kropp. Samtlige informanter beskriver større innsikt i seg selv og sin livssituasjon. 3 av 4 informanter beskriver at kontakten med egen kropp har medført verdifulle positive endringer i deres hverdag, i form av mindre symptomer, større kontroll over symptomene, mer livsglede og bedre selvfølelse. Slik jeg tolker funnene er det kontakt med kroppslige ressurser som friere pust, større bevegelsesfrihet, mer stabilitet i kroppsholdning, og oppdagelsen av at kroppen er kilde til kontakt, forståelse og regulering av følelser som har bidratt til dette. En informant var på tidspunktet for intervjuet på et stadium hvor hun hadde oppnådd innsikt i sammenhengen mellom



smerter, slitenhet og livshistorie, men hadde ikke kommet tilstrekkelig i kontakt med ressursene til at hun opplevde positive effekter av dette foreløpig. Hun understreker samtidig verdien av å ha forstått at hun må ta hensyn til seg selv og jobbe videre mot økte kroppslige ressurser.

I min tolkning av informantenes historier og beskrivelser trer det fram et bilde av at muligheten for meningsfull og trygg kontakt med egen kropp trer fram i samspillet mellom opplevd vekst, relasjon og utfordring. Å bli møtt, støttet og holdt av en trygg, varm, tydelig og kunnskapsrik terapeut er nødvendig for å gå inn i det utfordrende, nye og skremmende terrenget som kontakt med egen kropp utgjør. Med støtte og veiledning fra en sensitiv terapeut kan kroppslige ressurser oppdages, og små, men konkret erfarte endringer oppleves verdifullt. Når denne prosessen først er i gang synes den å være gjensidig forsterkende. Tillit til terapeuten åpner opp for kontakt med ressurser i kroppen, og den positive erfaringen det gir styrker tilliten til terapeuten. Lena formulerer dette enkelt og godt slik: *Jeg har nok mye behov for kontroll. Jeg trenger at rommet er trygt, trenger vite hva som skjer og føle meg trygg på den andre. Man gir litt tillit, også merker man at hjelper, ikke sant. Pusten blir bedre, det blir mindre smerter, kontakten med kroppen er bedre. Resultatet gir seg i praktisk arbeid*

Tolket opp mot problemstillingen og hensikten med studiet vil jeg si informantene opplever at endring og vekst katalyseres når relasjon og meningsskapning i behandlingen bærer i møtet med utfordring. Terapeuten må ha kunnskap og evne til å hjelpe pasienten med å gjøre kroppen sansbar, begripelig og meningsbærende. Terapeuten må også være inntonet, våken og ansvarlig for relasjon og regulering i «rommet her og nå». Opplevelsen av å jobbe med økt kontakt med egen kropp kan bli god når kroppens kunnskap og signaler utforskes og gis mening i støttende rammer og innenfor en trygg relasjon. For at utforskning og endring skal bli mulig må en tørre å gå inn i «det vanskelige», men pasientens reaksjoner må lede an, og terapeuten må ta ansvar for at det ikke skal bli overveldende.

## 5.0 Diskusjon

I det følgende vil jeg, i henhold til problemstillingen, diskutere hvordan det kan oppleves å utforske økt kontakt med egen kropp gjennom NPMF-behandling. Diskusjonen har som mål å belyse hvordan en slik behandlingsprosess kan oppleves. Dette med bakgrunn i mine informanternes erfaringer, eksisterende forskning og teori. Det trer fram at utforskning av kontakt med egen kropp oppleves som en sammensatt og tosidig prosess. I prosessen blir informantene, slik jeg tolker det, stilt ovenfor et grunnleggende valg om å velge trygghet eller vekst. Terapeutens væremåte, samt opplevelsen av at det utvikles ressurser i egen kropp underveis i prosessen, er sentral for muligheten til å velge vekst. Å velge vekst kan skape ny trygghet som motiverer til videre endring og vekst. Denne overordnede forståelsen forklares nærmere i 5.1: Prosessen fra mangelfull til meningsfull kontakt med egen kropp er sammensatt. I 5.2-4 diskuterer jeg sentrale aspekter i opplevelsen av prosessen med utforskning av egen kropp, slik de framstår i min tolkning. 5.2 omhandler utfordringene knyttet til å ta plass i egen kropp. 5.3 tar opp vekstmulighetene knyttet til å ta plass i egen kropp. 5.4 Argumenterer for terapeuten og relasjonens betydning for prosessen. Diskusjonen avsluttes med 5.5 hvor jeg diskuterer at utforskning av økt kontakt med egen kropp bør ses på som en prosess framfor en standardisert prosedyre.

### 5.1 Prosessen fra mangelfull til meningsfull kontakt med egen kropp er sammensatt

Slik jeg forstår informantene kan det å utforske egen kropp oppleves som å være på en reise i endring. På denne reisen blir de dratt mellom ønsket om endring og vekst på den ene siden, og behovet for å opprettholde avstand til kroppen, og dens innsikt og reaksjoner på den andre. Moxnes (2006) argumenterer for at det ligger i menneskets natur å søke vekst og trygghet. Han beskriver samtidig vekst og trygghet som to motstridende behov. I tryggheten ligger et ønske om selvbevaring og vegring mot læring og forandring. Moxnes (ibid) skriver videre at vekst forutsetter at vi tør gi slipp på tryggheten og åpne opp for å lære oss selv å kjenne, selv om det kan være smertefullt og risikofylt. For informantene innebærer det å våge endring å gi slipp på respiratoriske bremses og muskulære spenninger og nærme seg kontakt med egen kropp, selv om dette vekker usikkerhet og redsel. Det er også i tidligere forskning (Ekerholt et al, 2014) pekt på sammenhenger mellom kontakt med egen kropp, opplevelse av mestring og mulighet for endring. Det er også pekt på at økt kroppsbevissthet kan gi opplevelse av mestring, kroppslig velvære,

symptomlette og bedre selvfølelse (Gyllensten et al, 2010, Ekerholt et al 2014, Ekerholt & Bergland, 2018, Sviland et al 2012, Sviland et al, 2017).

Sett i lys av Moxnes (ibid) sin beskrivelse av angst knyttet til vekst og endring, og kunnskap om kroppslige reaksjoner etter traume (Ogden & Fisher, 2015) blir det forståelig at mennesker som har opplevd traumer kan reagere med frykt og ønske om å unnvike og lukke ned for økt kontakt med egen kropp, slik mine informanter beskriver. På den ene siden dras de mot det trygge i opprettholdelsen av et kroppslig forsvar. På den andre siden ønsker de endring, bedring og personlig vekst. I følge min analyse er støtte fra en trygg og emosjonelt tilgjengelig terapeut en grunnleggende faktor for at det skal bli mulig å velge og å følge veien mot vekst og endring.

Informantene mine understrekte også at de konkrete opplevelsene av kroppslig endring har hatt betydning for å stå i mer krevende sider av behandlingen. Utfordringene knyttet til endring betaler seg gjennom opplevelsen av at endringen kan være verdifull både i form av økt kroppslig velvære og bedre kontakt med egne følelser. Å erfare at endring gir vekst, styrker igjen tilliten til terapeuten, og driver endringsprosessen framover. Med andre ord kan prosessen mot økt kontakt med egen kropp forstås som en hermeneutisk spiral, hvor det er gjensidig selvforsterkende vekselvirkning mellom sentrale deler i prosessen (som for eksempel terapeut støtte, friere bevegelser og pust, opplevelse av bedre selvfølelse) og prosessen som helhet (evnen til å være i kontakt med egen kropp).

## 5.2 Å ta plass i egen kropp oppleves sårbart, skremmende og uvant

I resultatdelen kommer det fram at informantene beskriver en usikkerhet knyttet til det som skjer i egen kropp gjennom tilnærmingen som brukes i psykomotorisk fysioterapi. Fokuset i psykomotorisk fysioterapi og andre kroppsorienterte psykoterapier kan være uvant for mange, slik også mine informanter beskriver det. Kroppen og tilnærminga vekker usikkerhet og er vanskelig å forstå. Det er spørsmål om det blir særlig uvant og vanskelig når kontakten med kroppen er redusert som en del av forsvaret for å beskytte seg selv og sin integritet i etterkant av traumer, som beskrevet blant annet hos Ogden & Fisher (2015).

Usikkerheten som informantene beskriver, ser ut til å knytte seg til følelser som oppstår, og som det kan være vanskelig å forholde seg til. For eksempel kom det fram at man kunne få det vanskeligere følelsesmessig etter oppstart med NPMF. Motstand, sinne og usikkerhet kunne oppstå når terapeuten speilet pasientens reaksjoner og pekte på reaksjonsmønster de ikke selv var

bevisst. Slike reaksjoner er også beskrevet av andre; Amlund (2012) beskriver at det kan føles nært og sårbart å oppdage ukjente sider ved seg selv og sin historie, slik den er nedfelt i kroppen. Ekerholt et al (2014) beskriver hvordan mennesker utsatt for traumer kan utvikle en evne til å løse emosjonelle utfordringer ved å forholde seg til dem på et fornuftsmessig plan, som om det ikke angår dem selv. Såkalt intellektualisering. Det er viktig å være oppmerksom på at intellektualisering kan være en del av et viktig forsvar, og at det kan være uvant, skamfullt og utrygt å øve på å ta imot nærheten til seg selv og egne reaksjoner som en kilde til innsikt (ibid). For mye fokus på indre opplevelser før tilliten er godt etablert, og /eller når pasienten opplever seg sårbar og svak kan føre til forvirring, usikkerhet og opplevelse av å overveldes (Amlund, 2012, Ekerholt et al, 2014).

Det kommer også fram at informantene opplever sårbarhet knyttet til å skulle mestre bevegelsesoppgaver og innfri antatte forventninger som de kjenner på knyttet til å ta sin del av ansvaret for behandlingen og egen endringsprosess. Å utforske kontakt med egen kropp sammen med andre innebærer å bli sett og synliggjort. Dette kan være krevende og invaderende for mennesker som er usikre, skamfulle og har hatt et behov for å gjøre seg lite synlig (Ogden & Fisher, 2015). Informantene beskriver at kontakten med egen kropp og innsikten i dens kunnskap og minner kan vekke både usikkerhet og skam, og være kilde til trygghet, økt selvfølelse og vekst. Dette er forenelig med Moxnes sitt syn på selvinnikt. Han(ibid) beskriver at selvinnikt kan være smertefull, angstskapende og ødeleggende. Samtidig siterer han (ibid, s 45) Maslow, som mener at kunnskap om en selv er hovedveien til selvforbedring. Dette innebærer at vi kan bli trukket mellom nysgjerrighet og erkjennelsestrang på den ene siden, og usikkerheten på om innsikten er til å bære på den andre.

### 5.3 Å ta plass i egen kropp styrker selvfølelsen og gir gode kroppsopplevelser.

Samtidig som informantene beskrev utfordringene de kjente på, så kom det også fram at det etter hvert oppsto økt vitalitet og trygghet. Alle informantene opplever at den økte kontakten med kroppen har medført dypere innsikt i eget følelsesliv. Innsikten kan brukes til å forstå seg selv, begripe seg selv, ha tillit til seg selv, og trøste og roe seg selv ifølge informantene. Denne opplevelsen er ikke eksklusiv for mine informanter. Gyllensten et al (2010) argumenter for at kroppsbevissthet kan forstås som grunnleggende for å kjenne egne behov og følelser. I følge deres studie er det en sammenheng mellom kontakt med egen kropp og evnen til å føle seg levende, stole på seg selv, og være fornøyd med seg selv. Dragesund og Råheim (2008) beskriver

hvordan evnen til å kjenne og forstå signaler fra kroppen kan bidra til å føle seg mer hjemme i seg selv. Ekerholt et al (2014) viser til at arbeid med kroppsbevissthet kan gi en følelse av forankring i seg selv som kan gi økt trygghet på seg selv, og tillit til egne ressurser i møte med krav og utfordringer.

Informanter setter de positive endringene i sammenheng med behandlingsprosessen i NPMF, med særlig vekt på frigjøringen av respirasjon og bevegelsesmåter. De tre informantene som har kommet lenger i sin behandlingsprosess rapporterer om fler og dypere endringer enn informanten som har kommet kortere i sin kroppslige omstilling. Informantene beskriver kontakt med pusten som en betydningsfull faktor for å kunne nærme seg egen kropp og oppleve nytte og positiv endring. Det kan synes som om friere pust gir informantene en følelse av liv, frihet og plass i seg selv, samtidig som den stimulerer til ro. Kontakten med kroppen, gjennom et individuelt tilpasset konkret fokus på pust og bevegelser har vært tålbar og åpnet opp for verdifull utvikling. Dette har stor betydning da opplevelse av suksess skaper håp, som igjen styrker evnen til å holde ut krevende situasjoner (Sviland et al, 2012). Informantenes positive erfaringer antyder at også pasienter som strever med ettervirkninger etter relasjonelle traumer kan nytte seg av en kroppslig omstilling, så lenge den er individuelt tilpasset. Dette er i tråd med tidligere forskning (Ekerholt et al, 2014, Ekerholt og Bergland, 2018, Sviland et al, 2012, Sviland et al, 2017) som fremhever at for pasienter som strever med ettervirkninger av traumer, vil en god behandlingsprosess innebære et ressursorientert fokus, hvor kroppen ikke bare kan oppleves som bærer av krenkelseserfaring, men også som kilde til utvikling, ny forståelse og mestring. Underforstått er det viktig at terapeuten kan hjelpe pasienten til opplevelse av suksess gjennom å være en trygg, kompetent og kreativ utøver av NPMF som praktisk metode. Et tydelig og tidlig fokus på å tilpasse de kroppslige aspektene ved NPMF-behandlingen til den enkeltes pasients tåleevne kan synes å ha vært viktig for mine informanter

Informantene forteller at de positive endringene de merker i egen kropp virker selvforsterkende på motivasjonen og evnen til å utvikle kontakten med kroppen videre. Ogden & Fisher (2015) fremhever at kroppen har iboende ressurser og en naturlig klokskap, slik at en forankring i egen kropp vil gi opplevelse av økte ressurser. Når kontakten med kroppen først er etablert, vil den kunne være en kilde til ro, rekreasjon, selvivaretagelse og kreativitet (Øiestad, 2009, Sviland et al, 2017, Dragesund og Øien, 2018). Slik jeg ser det er det viktig at både terapeut og pasient er trygge på denne naturlige iboende evnen kroppen har.

## 5.4 Å ta plass i egen kropp fordrer støtte av en trygg og emosjonelt tilgjengelig terapeut

I arbeidet med resultatene har jeg flere ganger stoppet opp ved informantenes skildringer av enkelt øyeblikk hvor terapeuten framsto som varm, oppmerksom, tydelig, aksepterende og speilende. Jeg blir dermed nysgjerrig på om det relasjonelle fokuset og også selve omstillingsprosessen i psykomotorisk fysioterapi kan styrkes ved å være mer oppmerksom på tilknytning og terapeutens rolle som omsorgsperson. Jorunn Lien (2016) har gjort en grundig analyse av relasjonsbegrepet i NPMF og har kommet fram til at det mangler et tydelig og reflektert andre og tredje persons fokus slik det fremtrer i psykoanalytisk og karakteranalytisk forståelse. Hun argumenterer for at det vi omtaler og forstår som relasjon i NPMF heller handler om allianse. Hun etterlyser at relasjonsforståelsen i psykomotorisk fysioterapi videreutvikles både i undersøkelse og behandling. Med dette tatt i betraktning mener jeg det bør debatteres og undersøkes videre rundt viktigheten av at gode møter mellom pasient og terapeut løftes fram når det skal tilrettelegges for at pasienter med relasjonelle traumer skal kunne få tak i ressurser i egen kropp. De kroppslige ressursene er nyttige i seg selv, og kan være vesentlig for evnen til selvregulering (Ekerholt & Bergland, 2018). Som psykomotoriske fysioterapeuter må vi ikke glemme vår kunnskap og kompetanse på dette området, men vi må heller ikke glemme at mennesker påvirker og påvirkes i relasjoner (Dragesund & Råheim, 2018).

Når informantene bruker ord som merke, kjenne og føle kan det tyde på at opplevelsen av omsorg, støtte og trygghet skjer på et implisitt nivå. Ifølge Stern (1998) er autentiske møter betydningsfulle for å skape endring i terapi, i kraft av at de skaper implisitt kunnskap om gode måter å være sammen med andre på. Ekerholt et al (2014) understreker at de voksne pasientene bærer med seg kroppshistorier og reaksjonsmønstre fra de var barn, og at disse må møtes og forstås i terapien. Småbarn oppnår trygg tilknytning når omsorgspersonen tolker og responderer på barnets signaler på en god nok måte (Ainsworth, Blehar, Waters and Wall, 1978, i Kim, Woodhouse og Dai, 2018). Oversatt til min tolkning av min empiri innebærer dette at når den psykomotoriske terapeuten evner å møte informantene i nære øyeblikk, skapes en trygghet på terapeuten og dens evne til «å stå bi» og være reguleringsstøtte i utfordringen og ambivalensen knyttet til å komme i økt kontakt med egen kropp. Terapeuten vil dermed kunne oppleves som en pålitelig, sterk, og trygg person som kan bidra med reguleringsstøtte under stress og belastning (, Hoffmann, Marvin, Cooper & Powell, 2006). Susan Hart (2009, i Nordanger og Braarud, 2017)

betegner dette som at den betydningsfulle andre må gå inn å være et frontalkorsett fram til barnet greier å regulere seg selv. Terapeutens evne til å være et frontalkorsett vil kunne styrke tilknytningen mellom pasient og terapeut, og slik bidra til at det som er skadet i en relasjon kan få mulighet til å heles innenfor en terapeutisk relasjon (Løvlie Schibbye, 2017).

Som beskrevet i teoridelen er kontakt med emosjonelle minner en sentral del av det å komme i kontakt med egen kropp. Videre er det antatt at affekt overkontrolleres ved utrygg tilknytning (ibid). Dette på grunn av en grunnleggende, og kroppslig erfart, usikkerhet på om omsorgspersonen kan hjelpe med regulering av ubehag og sterk affekt (ibid). At terapeuten evner å kunne være en god nok reguleringsstøtte synes dermed å være av sentral betydning for muligheten til å hjelpe pasienten til bedre kontakt med egen kropp

I arbeid med relasjonelle traumer og økt kontakt med egen kropp er det viktig å være oppmerksom på at økt kontakt og tilstedeværelse vil kunne medføre fare for at emosjonelle minner fra situasjoner som har aktivert overlevelsesreaksjoner blir vekket (Amlid, 2012, Ekerholt et al, 2014). Informantene mine har også opplevd det, og de beskriver at det er vesentlig at terapeuten ivaretar dem, og tar ansvar for at de ikke blir alene med slike voldsomme reaksjoner. Litteraturen bekrefter at det er krevende og vanskelig å møte uregulerte tilstander i egen kropp. I slike tilfeller blir det særlig viktig at terapeuten trår til med reguleringsstøtte som beskrevet i avsnittet over.. Når reaksjonene blir sett og forstått av terapeuten kan det gi erfaringer i at ubehag kan mestres og ufarliggjøres og terskelen for å overveldes senkes. Med støtte fra terapeuten ble i utgangspunktet skremmende opplevelser omgjort til en mestringserfaring i selvregulering for to av mine informanter. Ekerholt & Bergland (2018) har også funnet at pasienter kan bli bedre til å regulere følelser og kroppsreaksjoner når de utfordres og støttes i å være et øyeblikk i følelsen, samtidig som terapeuten hjelper pasienten i å erfare at det finnes veier ut av for sterk affekt. Slik kan også disse pasientene få hjelp til å slippe kroppslige spenninger og åpne opp for å tørre å kjenne og la seg bevege av emosjoner og følelser, både positive og negative (Ekerholt et al, 2014, Ekerholt & Bergland, 2018). Dette kan peke på behovet for en terapeut som er varsom, oppmerksom og aktiv i å hjelpe pasienten med å kunne erfare at affekt kan forstås, rommes og reguleres. Slik kan forutsetningen bli større for at pasienten opplever kontakten med kroppen som en ressurs framfor en trussel.

Terapeuten blir en viktig medvandrer på reisen også når skamfølelse blir aktivert i møte med egen kropp. Ved at terapirommet er en del av pasientens livsverden, vil pasientens måte å være i verden på komme til uttrykk i hvordan de opplever behandlingen og den terapeutiske alliansen. Som terapeut blir det viktig å avkrefte, både i ord og handling, når pasientene spiller ut ugunstige og rigide reaksjonsmønstre (Løvlie Schibbye, 2017). Et eksempel på dette er Oda, som gråter i fortvilelse over at hun ikke mestrer å gi slipp på kroppslige spenninger, men blir møtt av en terapeut som kommuniserer at det er greit å ikke få til, og det er greit å være fortvilet over å ikke få til. Ved å gi rom til det som trer fram framfor å fokusere på rett eller galt, kan terapeuten gi viktig selvutviklende støtte (Skatteboe, 2000). I situasjonen mellom Oda og terapeuten kan det synes som om terapeutens empatiske og aksepterende holdning inviterer til en slik selvutvikling; Oda beskrev at hun gradvis turte å utforske stadig flere bevegelser og lyder som innebærer en kroppslig markering og mulighet til å ta plass. I denne utviklingen oppsto en erkjennelse av at også hun har rett til å ikke vite, til å få lov å feile og ta plass. Det kan synes som om opplevelsen av aksept motiverer og trygger Oda på veien mot endring.

Å hjelpe pasienten til aksept, slik Oda har opplevd, er sentralt i å styrke selvfølelse og dempe skamfølelse (Øiestad, 2009). Aksept forstås som evnen til å erfare og anerkjenne egen eksistens (ibid) Aksept blir dermed grunnleggende for all utvikling (ibid). I utforskningen av kontakt med egen kropp kan det synes viktig å kommunisere både eksplisitt og implisitt at utviklingen begynner med å bli kjent med egne kroppslige reaksjoner, og dermed egen eksistens.

Moxnes (2005, s 54) referer til Heidegger som mener at; «den nye væremåte skal vokse fram gjennom en angstfylt nedbryting av den gamle». En slik prosess vil være hard og vanskelig, og må foregå under kontrollerte forhold for ikke å gjøre mer skade enn gagn(ibid). Jeg ser klare paralleller mellom denne tenkningen og hvordan det kan oppleves å jobbe med økt kontakt med egen kropp for mennesker som har opplevd relasjonelle traumer. Prosessen innebærer å kunne romme en viss angst og ubehag for å oppnå mer frihet og ny og ekte trygghet i seg selv. Det er terapeuten sitt ansvar å balansere denne prosessen slik at den ikke gjør mer skade enn gagn. Som diskutert over mener jeg terapeuten har gode forutsetninger for å støtte pasienten i prosessen når det oppstår gode møteøyeblikk, terapeuten framstår kompetent og kunnskapsrik, og evner å være aktiv i å se og ta sitt ansvar for å regulere pasientens følelser ved behov. Implisitt i dette ligger terapeutens ansvar for å ikke lede pasienten ut i utfordringer som de ikke kan romme sammen, da det kan virke overveldende og/eller skamfullt. Når terapeuten derimot er menneskelig og faglig



skikket til å være reguleringsstøtte for pasienten, kan møte med utfordringer gi mulighet for vekst og endring. Terapeutens kunnskap spiller også inn her, da kunnskap gir terapeuten bredt handlingsrepertoar, som igjen gir trygghet og frigir mulighet til å være oppmerksomt tilstede og inntonet på pasienten (Anstorp og Benum, 2014). Terapeutens kunnskap fremheves også av mine informanter som betydningsfullt for deres behandlingsprosess.

### 5.5 Utforskning av økt kontakt med egen kropp; en ikke standardiserbar prosess?

I dagens helsevesen anes en preferanse for målbare, standardiserte kortidsterapier. Fokus på Standardiserte forløp hvor prosedyrer for rett behandling blir definert på forhånd ut fra diagnoser, kan være et tilbakefall til å se psykisk lidelse ut fra forenklete, kausale biologiske forklaringsmodeller (Ekeland, 2014). Friberg (2015) er bekymret for at standardisering av praksis kan favorisere metoder som passer best med de byråkratiske styringshensyn. Hun mener å se at faglig kvalitet målt i relasjonell kontinuitet, tilstrekkelig lengde på behandling og mulighet for å ta hensyn til pasientens ønsker for behandling har falt under påvirkning av New Public Management. Yalom (2003) skriver at standardisert behandling gjør terapien mindre realistisk og effektiv. Han er opptatt av å skreddersy behandlingen til hver enkelt pasient, og understreker at relasjonen mellom pasient og terapeut er den fremste faktor for endring. Jeg har ikke funnet litteratur som direkte tar for seg endringsprosesser i NPMF. Men det er pekt på at samhandling mellom pasient og terapeut påvirker utfallet av behandlingen (Dragesund og Øien, 2018). Evnen til å stå i utfordrende terapisisituasjoner sammen synes å ha betydning (ibid). Stern (2007) argumenterer for at intersubjektivitet driver den terapeutiske prosessen i psykoterapi.

Kroppslige minner og erfaringer formes i relasjoner med andre, både i oppvekst og videre i livet (Sletvold, 2005, Fonagy og Target, 2007). Minnene lagres i den prosedurale hukommelsen, og former hvordan vi tenker, forstår, snakker og forholder oss til oss selv og andre (ibid). Disse kroppslige minnene kommer til uttrykk i holdning og kroppsspråk, som igjen påvirker hvordan vi sanser oss selv, og blir sanset av andre (Sletvold, 2005) Med bakgrunn i denne forståelsen og mine funn vil jeg argumentere for at anbefalinger knyttet til behandlingsforløp tar høyde for betydningen av gode kroppslige og emosjonelle møteøyeblikk mellom terapeut og pasient. Slike møter vil være unike og krever sensitivitet og fleksibilitet fra terapeuten sin side. De kan derfor vanskelig standardiseres.

## 6.0 Avslutning

### Oppsummering

Hensikten med min studie var å finne en dypere forståelse for hva som gjør det mulig for pasienter å oppnå kontakt med egen kropp når dette oppleves utfordrende. Jeg søkte svar på dette spørsmålet gjennom å intervju 4 informanter om deres erfaringer med å utforske kontakt med egen kropp.

Jeg fant at en prosess mot bedre kontakt med egen kropp kan innebære et grunnleggende valg om å gi slipp på trygghet for å oppnå vekst. Veksten gir seg til uttrykk gjennom mer frihet i kroppsholdning, respirasjonsmønster og bevegelser, som igjen fører til økt kontakt med egne følelser og behov, som videre fører til bedre selvregulering og selvfølelse. Følelsen av trygghet settes på spill i det kontakten med egen kropp også kan medføre kontakt med vonde emosjonelle minner, inkludert minner som kan føre til plagsom retraumatisering. Å gi slipp på det kroppslige forsvaret viste seg å innebære å komme i kontakt med skambelagt innsikt om seg selv, sine reaksjonsmønstre og historie. Det kom fram at det kan oppleves sårt og vanskelig. Å øve opp kontakt med egen kropp kan videre være vanskelig fordi det innebærer en ny og uvant måte å forstå og forholde seg til seg selv på. Terapeutens rolle er vesentlig for at det skal være mulig å velge veien til vekst gjennom å utforske kontakten med egen kropp. En terapeut som er kunnskapsrik, inntonet og var for pasientens behov, samt hjelper til med å forstå og regulere dennes følelser, vil kunne fungere som en trygg base som kan stimulere og støtte pasienten til å utforske sine kroppslige reaksjoner. Tilliten til terapeuten utvikler seg gjennom nære og autentiske møter underveis og når terapeuten framstår faglig kompetent. Tilliten til terapeuten utvikler seg også gjennom å erfare at behandlingen kan gi positive kroppssopplevelser. Positive kroppssopplevelser er også viktige da de bidrar til kontakt og tillit til egne kroppslige ressurser. Hva som var tålbart, nyttig og fruktbart for å skape gode kroppssopplevelser varierte fra informant til informant

**Kliniske implikasjoner:** Terapeutens evne til å forstå og regulere pasientens nervesystem i møte med utfordringer synes å ha stor relevans for om kontakt med egen kropp oppleves trygt eller overveldende. Funnene understreker betydningen av at psykomotoriske fysioterapeuter søker kunnskap og bevissthet om hvordan framstå som trygg, tydelig og emosjonelt tilgjengelig for pasienten.

Terapeuten bør legge opp behandling slik at pasienten kan få erfare kontakten med ressurser i egen kropp. Det bør altså være et delt fokus på å jobbe mot konkret endring, og å sørge for at relasjonen bærer endringspotensialet.

Terapeuten bør være oppmerksom på at innsikt i sammenhenger mellom levd liv og kroppslige reaksjoner kan være smertefull og skamfull å bære. At endring vil ta tid og være krevende bør kommuniseres ved oppstart av behandlingen. Det bør også kommuniseres både eksplisitt og implisitt at aksept av egen situasjon og reaksjoner kan fremme selvbildet, som igjen fremmer muligheten og troen på endring.

Potensielle fordeler med å jobbe mot økt kontakt med egne kropp bør forklares, og det bør tydeliggjøres at prosessen er selvforsterkende, og at det handler om å finne tilbake til ressurser som allerede er lagret i kroppen.

Fokus på ressurser, og fokus på å observere om pasienten trenger reguleringsstøtte i nuet synes viktigere enn valg av spesifikke tilnærminger. Det synes å være individuelt og situasjons betinget hva som oppleves som tålbart og konstruktivt.

### **Implikasjoner for videre forskning:**

De kliniske implikasjonene over er basert på et lite utvalg. Det kunne derfor være interessant å gjenta studien på et større utvalg, med målsetning om å oppnå teoretisk metning.

For å kunne si noe om effekten av å oppnå økt kontakt med egen kropp kunne det vært aktuelt å følge opp med kvantitative studier. Det kunne for eksempel være nyttig med studier som kunne operasjonalisert og målt sammenheng mellom kontakt med egen kropp og faktorer som livskvalitet, smerte, selvfølelse, mentaliseringsevne og/eller symptomtrykk. Som en del av dette, eller egen studie, kunne det også være nyttig og gjøre en RCT på effekten av NPMF-behandling når det gjelder økt kontakt med egen kropp. Her kan det også på sikt være relevant å undersøke sammenhengen mellom tilknytningsstil og utbytte av NPMF.

Observasjonsstudier av behandlingssamspill i kombinasjon med spørreskjema og/eller intervju kunne egne seg for å utforske hypotesen om at terapeutens evne til å være reguleringsstøtte har betydning.

## Litteraturliste

Amlund, E. (2012). Interpersonlig traume og kropporienterte psykoterapier. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Vol 49; nr.11: 1074-1079

Anstorp, T. & Benum, K. (2014). *Traumebehandling. Komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Arseneault, L., Bowes, L. & Shakoor, S. (2009). Bullying victimization in youths and mental health problems: 'Much ado about nothing'. *Psychological Medicine*; 40(5): 717-729.

Bergland, A., Olsen C. F & Ekerholt, K. (2018) The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem and social support. *Physiotherapy Research International*; 23:e1723. doi.org/10.1002/pri 1723.

Brewin, C. R. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?* New Haven, CT: Yale University Press.

Braarud, H.C. og Nordanger D. Ø. (2011). Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 48; nr 10: 968-972

Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi- prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening* nr 24;121: 2845-8

Bunkan, B. H. (2014). *Fra Wilhelm Reich til Trygve Braaatoøy og Aadel Bülow- Hansen-tradisjonen I Norge. Utviklingen fra interessegruppe til akademisk utdanning i årene 1956- 2006*. Oslo: ABM- media AS.

Bunkan, B.H. (2014). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde* (4. Utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Courtois, C. A. & Ford, J. D. (red.) (2009). *Treating Complex Traumatic Stress Disorder. An evidence-based guide*. New York: The Guilford Press.

Dragesund, T. & Råheim, M. (2008). Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients' perspective on body awareness. *Physiotherapy Theory and Practice*; 24:4: 243-254. DOI 10.1080/09593980701738400

Dragesund, T. (2012). *Development of a self-report questionnaire in the context of Norwegian Psychomotor Physiotherapy*. Doktorgradsavhandling. University of Bergen, Faculty of medicine and dentistry, department of public health and primary healthcare.

Dragesund, T. & Øien A. M. (2018). Demanding treatment processes in Norwegian psychomotor physiotherapy: From the physiotherapists' perspectives. *Physiotherapy theory and practice*. DOI: 10.1080/09593985.2018.1463327.

Dyregrov, A. (2010). *Barn og traumer: En håndbok for foreldre og hjelpere*. Bergen: Fagbokforlaget

Eid, J. & Herlofsen, P. H. (2004). Posttraumatisk stressforstyrrelse i DSM – og ICD- systemene. Implikasjoner for forskning og behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*; Vol 41: 8 : 620-627

Ekeland, T.-J. (2014). Frå objekt til subjekt – og tilbake? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(3), 211-220.

Ekerholt, K. & Bergland, A. (2008). Breathing: A sign of life and a unique area for reflection and action. *Physical therapy*;88: 832-840.

Ekerholt, K., Schau, G., Mathismoen K., & Bergland, A. (2014). Body awareness – a vital aspect in mentalization: experiences from concurrent and reciprocal therapies, *Physiotherapy Theory and Practice*; 30:5: 312-318, DOI: 10.3109/09593985.2013.876562

Ekerholt, K. & Bergland, A. (2018): Learning and knowing bodies: Norwegian psychomotor physiotherapists' reflections on embodied knowledge, *Physiotherapy Theory and Practice*, DOI: 10.1080/09593985.2018.1433256

Engelsrud, G. (2006). *Hva er kropp*. Oslo: Universitetsforlaget

Friberg, J.H. (2015) New public management og helseprofesjonens ansvar. *Matrix* 32(2), 2015. Hentet fra [http:// matrixtidsskrift.no/tidligereutgivelser/matrix-2015/](http://matrixtidsskrift.no/tidligereutgivelser/matrix-2015/)

Fonagy, P & Target, M. (2007). The Rooting of the Mind in the Body: New Links Between Attachment Theory and Psychoanalytic Thought. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. <https://doi.org/10.1177/00030651070550020501>

Fosse, R. (2017). Epigenetiske endringer ved alvorlige psykiske lidelser- et resultat av psykososialt stress? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Vol.54; Nr 2: 940- 950

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

Gyllensten, A. L., Skar, L., Miller, M. & Gard, G. (2010). Emodied identity- A deeper understanding of body awareness. *Physiotherapy Theory and Practice* 26(7); 439-446. DOI:10.3109/09593980903422956

Heim, C., Newport, D.J., Heit, S., Graham, Y.P., Wilcox, M., Bonsall, R., Nemeroff, C. B. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Journal of the American Medical Association*, 284, 592–597.

Hoffman, K. T. , Marvin, R. S. ,Cooper, G., Powell, B. (2006). Changing Toddlers' and Preschoolers' Attachment Classifications: The Circle of Security Intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*: Vol.74(6): p.1017-1026

Helsedirektoratet (2014) Sammen om mestring. *Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. IS-2076

Idsoe, T., Dyregrov, A. & Idsoe, E. C. (2012). Bullying and ptsd symptoms. *Abnormal Child Psychology*; 40: 901-9011.

Jespersen, K. (2015). Tillit til kroppen. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. Vol 52; Nr 12:1066-1071.

Johannessen, A. Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskaplig metode* (5. Utg.). Oslo: Abstract forlag.

Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kim, M., Woodhouse S.S. et Dai, C (2018). Learning to provide children with a secure base and a safe haven: The circle of security- parenting (COS- P) group intervention. *Journal of clinical psychology*;74: 1319-1332.

Kinniburgh, K.J., Blaustein, M., Spinnazzola J.& Van der Kolk B. (2005). Attachment, self-regulation, and competency. A comprehensive intervention framework for children with complex trauma. *Psychiatric annals* 35:5

Kirkeengen, AL. (2017). Diagnose- barndomsforgiftning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*; Volum 14: 16–24 Universitetsforlaget. DOI: 10.18261/issn.1504-3010-2017-01-03.

Kristensen, G. (2013) *Psykomotorisk fysioterapi i forhold til pasienter som strever med ettervirkninger etter alvorlige livshendelser i nære relasjoner.* (Masteroppgave). Universitetet i Tromsø.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg). Oslo: Gyldendal akademisk

Lassemo, E., Sandanger, I., Nygaard, JF., Sørgaard, K. (2017). The epidemiology of post-traumatic stress disorder in Norway: trauma characteristics and pre-existing psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 52:11–19 DOI 10.1007/s00127-016-1295-3

Levine, P. A. (2007) *Væk tigeren. Helbredelse af traumer.* Valby: Borgen forlag.

Lien, L. (2016). *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?* (Masteroppgave) Universitetet i Tromsø.

Lien, J. (2016). *Relasjonsbegrepet i psykoanalyse, karakteranalyse, og Norsk psykomotorisk fysioterapi- er integrasjon mulig? En dimensjonsanalyse.* (masteroppgave). Høgskolen I Oslo og Akershus.

Løvlie Scchibbye, A. L. (2017). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. Utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3.utg). Oslo: Universitetsforlaget

Moxnes, P. (2005). *Positiv angst i individ, gruppe og organisasjon. Et organisasjons-psykologisk perspektiv* (3. utg). Oslo: Forlaget Paul Moxnes.

Nordanger, D. Ø. & Braarud H. C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i ny traumepsykologi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*; 51: 531-536

Nordanger, D. Ø. & Braarud H. C. (2017). *Utviklingstraumer. Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ogden, P. & Fisher, J. (2015) *Sensorimotor psychotherapy. Interventions for trauma and attachment*. New York: W.W. Norton & Company, Ltd.

Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body. Sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.

Råheim, M. (2003) Kroppsfenomenologi- innsikt relevant for klinisk praksis. *Fysioterapeuten*, nr 1, 2003.

Salvesen, K. T. & Wæstlund, M. (2015). *Mindfulness og medfølelse. En vei til vekst etter traumer*. Oslo: Pax forlag.

Siegel, D. J (2012). *Developing mind (second edition)*. New York: The Guilford Press

Skattebo, U. B. (2000). *Basal kroppskjennskap og bevegelsesharmoni. Videreutvikling av undersøkelsesmetoden Body Awareness Rating Scale. BARS- Bevegelsesharmoni. HIO- rapport 2000 nr 12. Høgskolen i Oslo, avdeling for helsefag.*

Stern, D. N. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant mental health journal*. Vol 19(3); 300- 308



Stern, D. N (2007). *Her og nå, øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Oslo: Abstrakt forlag AS

Sviland, R., Martinsen, K. & Råheim, M. (2007). Hvis ikke kropp og psyke- hva da? Holdning og bevegelse i selvtutfoldelse og tilbakeholdelse. *Fysioterapeuten*, nr 12.

Sviland, R., Råheim, M., & Martinsen, K. (2012). Touched in sensation–moved by respiration. *Scandinavian journal of caring sciences*; 26(4) :811-819.

Sviland, R., Martinsen, K. & Råheim, M. (2018). Towards living in my body and accepting the past: a case study of embodied narrative identity. *Medical Health Care and Philos.* 21:363-374. DOI 10.1007/s11019-017-9809-7

Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering- et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*. Nr 9;128:1066-9

Sletvold, J. (2005). I begynnelsen var kroppen. Kroppen i psykoterapi: teoretisk grunnlag og terapeutiske implikasjoner. *Tidsskrift for norsk psykologforening* :Vol 42 ;Nr. 6: 497-504.

Solbakken, O.A., Hansen, R.S., Havik, O.E. & Monsen, J.T. (2012). Affect integration as a predictor of change: Affect consciousness and treatment response in open-ended psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 22, 656– 673

Thomassen, M. (2016). Vitenskap, kunnskap og praksis: Innføring i vitenskapsfilosofi for helse – og sosialfag. Oslo: Gyldendal akademisk.

Thornquist, E. (2006). Psykomotorisk fysioterapi- tenkning og tilnærming. Del 1: Kjennetegn, prinsipper, framgangsmåter. *Utposten nr 5*.

Tsur, N., Berkovitz, N. & Ginzburg, K (2016). Body awareness, emotional clarity, and authentic behavior. The moderating role of mindfulness. *Journal of happiness studies*. 17: 1451-1472.

DOI 10.1007/s10902-015-9652-6

Vanderbilt, D. & Augustyn, M. (2010). The effects of bullying. *Paediatrics and Child Health*: 20(7), 315-320.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2006). *The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York: W. W. Norton & Company.

Van der Weele, J. og With, A. (2011). *Sommerfuglkvinnen. Kurshefte for kvinner som lever vanskelige liv*. Sommerfuglkvinnens forlag.

World Health Organization. (2018). *The ICD-11 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.

Yalom, D. I. (2003). *Terapiens gave*. Oslo: Pax Forlag A/S

Øien, A. M., Iversen, S. & Stensland, P. (2007). Narratives of embodied experiences- Therapy process in Norwegian psychomotor physiotherapy. *Advances in Physiotherapy*;9:31-39. DOI 10.1080/14038190601152115

Øiestad, G. (2009). *Selvfølelsen*. Oslo: Gydelndal.

## Vedlegg 1

# Vil du delta i forskningsprosjektet

*”Utforskning av kontakt med egen kropp i psykomotoriskbehandling”?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få økt forståelse for hvordan det oppleves å gå i psykomotoriskbehandling. I dette skrivet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Forskningsprosjektet er en mastergradsoppgave. Formålet er å få økt kunnskap om hvordan det oppleves å jobbe med økt kontakt med egen kropp for mennesker som har opplevd krenkelser og utfordringer i oppveksten. Det er behov for økt forståelse for hvordan prosessen mot bedring i kroppskontakt oppleves for den enkelte, da det vil bidra til viktig kunnskap som igjen kan hjelpe oss å gi bedre behandling.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

OsloMet, fakultet for helsevitenskap.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Jeg ønsker å snakke med inntil 6 personer som går i behandling hos spesialist i psykomotorisk fysioterapi for å få hjelp med plager som følge av krenkelser og utfordringer i oppveksten. Det er ønskelig at du har begynt å kjenne på noe endring som følge av behandlingen, det være seg på godt eller vondt. Du får denne henvendelsen gjennom din fysioterapeut, som jeg har spurt om hjelp til å rekruttere aktuelle deltagere

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Jeg ønsker å intervju deg om dine erfaringer, og et intervju er beregnet til å vare i ca 60 min. Jeg vil bruke lydopptaker, og eventuelt gjøre noen notater underveis. Tid og sted for intervju blir vi enige om. Jeg ønsker å stille deg noen få åpne spørsmål, hvor du står fritt til å fortelle om dine erfaringer med behandling og fenomenet «kontakt med kroppen» slik du opplever det og forstår det. Oppfølgingsspørsmål blir stilt ved behov. Fokus vil være på hvordan du har det i denne prosessen her og nå. Tidligere historie/ traumene i seg selv er det ikke nødvendig å gå i dybden på. Jeg er også interessert i at du beskriver hvordan økt kontakt med kroppen kjennes ut for deg, og om denne økte kontakten har hatt betydning for deg i hverdagen din. Informasjonen jeg får fra deg, og mine andre informanter vil jeg bruke til å besvare problemstillingen «Hvordan oppleves det å utforske kontakt med egen kropp gjennom psykomotorisk fysioterapi?»

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke

tilbake uten å oppgi noen grunn. Dette gjelder fram til oppgaven er ferdig. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil

delta eller senere velger å trekke deg. Det har ingenting å si for behandlingsforløpet ditt hos din psykomotoriske fysioterapeut

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Personopplysningene dine vil kun student kjenne til. De vil bli oppbevart innelåst på student sin arbeidsplass, og adskilt fra øvrig materiale, slik at ditt navn ikke kan kobles til dine uttalelser. Lydfilene vil kun lyttes til av student, disse vil også oppbevares innelåst.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes i løpet av juni 2019. Alle opplysninger om deg, inkludert lydfiler vil da bli slettet

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet, fakultet for helsevitenskap har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

OsloMet, avdeling for Helsefag v/ veileder Bente Weimand. Epost: [Bente.weimand@ahus.no](mailto:Bente.weimand@ahus.no)  
Masterstudent Anne Lene Jøranlid Utne. Epost: [Annelenejoe@yahoo.no](mailto:Annelenejoe@yahoo.no). Tlf 41231658

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Bente Weimand

Anne Lene Jøranlid Utne

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «utforskning av kontakt med egen kropp gjennom psykomotoriskbehandling», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i *intervju*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca 01.06.19

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2

### Intervjuguide

Intervjuguiden er semistrukturert med de få spørsmål som følger under. Intensjonen er å la informantene få fortelle mest mulig fritt om sine erfaringer. Undertegnede følger opp med oppfølgingsspørsmål etter behov.

**Innledning, uten lydopptaker.** Bli kjent, forklare rollen, sjekke ut formalia, som at informert samtykke er skrevet under, at informant «har kontroll» på stoppknappen på lydopptaker. At informant har det behagelig, noe å drikke, føler seg komfortabel. Forklare at jeg spør inn til den delen av psykomotorisk behandling som handler om å merke kroppen innenfra.

#### Bakgrunns spørsmål med lydopptaker:

Hva førte deg til psykomotorisk behandling?

Hvordan hadde du det da? Fortell kort om hva du strevde med.

Hvor lenge har du gått i psykomotorisk behandling?

Hvor ofte får du behandling?

#### Hoveddel

##### 1. Hvordan har du opplevd å utforske økt kontakt med egen kropp, fra første møte med din behandler til der du er i dag?

*Hvordan opplever du å gå i behandling?*

*Er det noe ved deg selv, terapeuten eller behandlingstilnærmingen du vil trekke fram som særlig betydningsfullt for hvordan du har opplevd prosessen?*

##### 2. Kan du beskrive hvilken betydning det har/ har hatt for deg å jobbe mot økt kontakt med kroppen gjennom psykomotorisk fysioterapi?

*Er det noen situasjoner i hverdagen din hvor du merker at kontakt med kroppen har betydning?*

*Hva kjenner du i deg selv i disse situasjonene?*

*Er det noe som er annerledes med hvordan du opplever og forstår kroppen nå, sammenlignet med tidligere? På hvilken måte har dette betydning*

**Avrundning**  
Er det noe du vil tilføye? Ta opp/sjekke ut at viktige poenger er forstått riktig, hvis ikke det er blitt gjort tilfredsstillende underveis.

Etter lydopptaker er slått av: Høre hvordan dette var, høre om det er noe spørsmål. Takke for verdifull hjelp.

### Vedlegg 3

Koder. I parentes står hvilke informanter som har inkludert de ulike.

#### Hvordan har du opplevd å utforske kontakt med egen kropp?

Krevende(1,2,3, 4)

Støttende/blir sett og kjenner trygghet (1, 3,4)

Gir inspirerende og meningsfull innsikt(1,2,3,4)

Kroppen og dens signaler blir mer sansbar og begripelig(1,2,3, 4)

Kommer i kontakt med ressurser i kroppen(1,3,4)

#### Hvilke faktorer har hatt betydning for hvordan du har greid å stå i prosessen?

å kjenne konkrete meningsfulle endringer (1,2,3,4)

egen motivasjon, nysgjerrighet og innsatsvilje(1,3,4)

egen kunnskap fra annen behandling/tidligere erfaringer( 1,4)

tillit til terapeuten( 1,2,3,4)

fokus på aksept og anerkjennelse i behandlingen( 3,4)

støtte av partner( 4)

#### Hvilken betydning har behandlingen med fokus på økt kontakt med egen kropp hatt for deg i hverdagen?

kjenner behov, følelser og grenser bedre( 1,2,3,4)

dypere forståelse og aksept for seg selv( 1,2,3,4)

fått viktige verktøy for å regulere og mestre følelser( 1,3,4)

mindre symptomer (1,2,3)

tryggere på seg selv(3,4)

hevder seg selv bedre, tryggere på viktige valg(1,2,3,4)

## Vedlegg 4

Kopi mail fra REK:

Vår ref.nr.: 2018/1165 A

Vi viser til skjema for framleggingsvurdering mottatt 06.06.2018 angående prosjektet «Opplevelse av kontakt med egen kropp gjennom psykomotorisk behandling.».

Fremleggingsvurderingen er vurdert av komiteens leder.

Slik prosjektet og dets formål vurderes, basert på de opplysninger som fremkommer av framleggingsvurderingen er hensikten med prosjektet å undersøke hvordan mennesker som går i psykomotorisk behandling for symptomer som følge av krenkelser og traumer opplever prosessen mot økt kroppskontakt.

Det er ønskelig at de beskriver hvordan de opplever kroppskontakt, hvordan de forstår begrepet og om økt kroppskontakt gir mening i hverdagen de lever. De skal samle inn opplysninger som skal svare på forskningsspørsmål gjennom intervju. tas opp på lydfil, transkriberes og analyseres.

Det skal innhentes samtykke

Etter REKs vurdering faller prosjektet, slik det er beskrevet, utenfor virkeområdet til helseforskningsloven. Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, i loven definert som forskning på mennesker, humant biologisk materiale og helseopplysninger, som har som formål å frambringe ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningsloven §§ 2 og 4a. Formålet er avgjørende, ikke om forskningen utføres av helsepersonell eller på pasienter/sårbare grupper eller benytter helseopplysninger.

Prosjekter som faller utenfor helseforskningslovens virkeområde kan gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er institusjonens ansvar på å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Vi gjør oppmerksom på at vurderingen og konklusjonen er å anse som veiledende jf. forvaltningsloven § 11.



Dersom dere likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen

Elin Evju Sagbakken

Seniorrådgiver og komitésekretær

[post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)

T: 22845502

Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)

<http://helseforskning.etikkom.no>

SPREK banner 20100316.jpg

NSD Personvern

25.09.2018 14:23

## Vedlegg 5

Kopi mail fra NSD:

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 682854 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD, den 25.09.18. Behandlingen kan starte.

### MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringen gjennomføres.

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.19.

### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD finner at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). Rettighetene etter art. 15–20 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet.

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32)

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kjersti Haugstvedt

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)