

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Masteroppgave i psykisk helsearbeid, Høgskolen i Oslo og Akershus, Institutt
for sykepleie

Sensorimotorisk gruppepsykoterapi:

En kvalitativ studie av 6 traumepasienters erfaringer.

Forfatter: Camilla Bjørnson
15. mai 2013
Veileder: Gro Killi Haugstad

PSMAMASTER
Kull 2010
Kandidatnr. 304

FORORD

Et kapittel nærmer seg slutten. 3 år har gått, og masterstudiet er ved veis ende. Det er med glede jeg ser tilbake på dets innhold. Ikke på noen måte har det vært som friår å regne, men det var heller ikke å forvente. Krav og utfordringer til tross, jeg er en hel mengde lærdom rikere. Alle emnene har vært både nødvendige og interessante, etter mitt syn. Allikevel avslører vel denne masteroppgavens tema hva som har fanget min interesse spesielt.

Arbeidet med masteroppgaven har vært spennende, og utmattende. Det har gitt meg fordypet innsikt, respekt og mersmak for fremstilling av vitenskapelig kunnskap. La oss håpe at innsikten vil komme de det psykiske helsearbeidet er til for – pasientene – til gode!

Det er noen jeg må få lov til å takke:

Gud, for livet og skaperverket.

Norsk velferdssamfunn, for utmerkede utdanningsmuligheter.

Lærerteamet, for personlig og profesjonell tilstedeværelse gjennom årene.

Arbeidskollegaer, for velvillighet til å bytte vakter i skoleuker, og arbeidsgiver for å tillate det, i utstrakt grad.

Mine to barn, Lykke og Nicholas, for tålmodighet med en til tider fjern mor, og forståelse for alle "nei'ene" det spesielt i eksamenstider har blitt. Takk også for at dere er friske og selvstendig, og for de deilige lydene og latteren dere har laget fra kjøkkenet, når dere har lagd middag sammen, fordi jeg har måtte lese eller skrive.

Min mann Jørn, som har vært min klippe gjennom hele studiet. Som har gitt meg rom, støtte og oppmuntring, når jeg har hatt behov for det.

Medstudenter, for trofast følge og givende bekjentskap.

Modum Bad, for utrolig velvilje, positivt og godt samarbeid.

Informantene til denne studien, for sjenerøsitet og mot.

Gro, min evige blide, mentalt oppgående, støttende, alltid tilgjengelige og inspirerende veileder.

VI har klart dette sammen. Tusen takk, alle!

SAMMENDRAG

Hensikt: Formålet med denne studien var å utvikle fordypet kunnskap om traumepasienters erfaringer med den kropporienterte behandlingsmetoden Sensorimotorisk gruppepsykoterapi. Dette for bedre å forstå klientenes situasjon og opplevelser med behandlingen. En slik forståelse kan sette behandlere i større stand til å identifisere og adressere sentrale forhold for klientene, og på denne måten kvalitetssikre og forbedre effektiviteten av behandlingen.

Teoretisk forankring: Et salutogenetisk perspektiv ble brukt i tolkningen av resultatene. Funnene ble også drøftet i lys av teorien om fellesfaktorer.

Metode: 6 traumepasienter ble intervjuet ved hjelp av et semistrukturert intervju, og bedt om å beskrive hvordan de opplevde Sensorimotorisk gruppepsykoterapi. Intervjuene ble transkribert og analysert fenomenologisk, ved hjelp av analysemetoden Systematisk tekstkondensering.

Resultater: 5 hovedkategorier ble identifisert: Samstemming, Utfordring, under trygge forhold, Kunnskaping, Utrusting og Nyskaping.

Konklusjon: Den kroppslige vinklingen i Sensorimotorisk gruppepsykoterapi ga deltakerne en følelse av overensstemmelse. Dette kan påvirke den terapeutiske alliansen positivt, og dermed behandlingsresultatet. Deltakerne erfarte videre SGP som utfordrende. De fremhevet nødvendigheten av trygge rammer og terapeuter med gode relasjonelle ferdigheter. SGP ga informantene økt forståelse for sin lidelse, noe som førte til opplevelser av universalisering, endringsgrunnlag og håp. Deltakerne opplevde videre å bli utstyrt med konkrete verktøy, som fremmet deres autonomi og håp. Behovet for øvelse i bruk av verktøyene og tid til integrering av ny læring, ble fremhevet. At pasientene opplever at terapeutene gir dem ny forståelse og redskaper kan styrke alliansen og det terapeutiske resultatet. Informantene erfarte SGP som nyskapende. De opplevde å ha fått nytt håp, en mildere innstilling til seg og andre, nye mestringsopplevelser, økt selvivaretagende atferd, samt reduksjon i symptomer på angst, stress og dissosiasjon. Deltakerne opplevde også å ha fått mer energi.

Nøkkelord: PTSD, dissosiasjon, kropporientert, pasienters erfaringer, sensorimotorisk

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this study was to gain in-depth knowledge of trauma patients' experiences of the body-oriented treatment method Sensorimotor group psychotherapy. So as to better understand the client's situation and experiences with the treatment method. The hope was, through this knowledge, to help clinicians identify and address key factors for the clients, and further ensure the quality and effectiveness of the treatment.

Theory: A salutogenetic perspective was used in the interpretation of the results, as well as the theory of common factors of psychotherapy.

Method: 6 trauma patients were interviewed using a semi-structured interview, about how they experienced Sensorimotor group psychotherapy. Interviews were transcribed and analyzed phenomenologically, using Systematic text condensation as method of analysis.

Results: 5 main categories were identified: Coherence, Challenge, In a safe environment, The development of knowledge, Empowerment and Innovation.

Conclusion: The physical aspect of Sensorimotor group psychotherapy (SGP) seemed to give the participants a sense of coherence. This may have affected the therapeutic alliance positively and as a result also the treatment outcome. On the other hand, participants experienced SGP as challenging. The necessity of a safe environment and therapists with good relational skills were emphasized. SGP gave the informants increased understanding of their disorder, which led to experiences of universalization, development of a basis for change and hope. Participants further experienced gain specific tools, which promoted their autonomy and hope. The need for practice in the use of the tools and time to integrate new learning, were highlighted. When patients feel that their therapists give them new understanding and tools, the strength of the alliance increases, and thus also the therapeutic result. The informants experienced SGP as innovative. They gained new hope, a more lenient attitude toward themselves and others, new experiences of coping, increased self-care, and a reduction in symptoms of anxiety, stress and dissociation. In addition participants also reported that they felt more energetic.

Keywords: PTSD, dissociation, body-oriented, patient experiences, sensorimotor

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INTRODUKSJON	s. 7
1.1. Bakgrunn.	s. 7
1.2. Studiens hensikt og problemstilling.	s. 10
1.3. Begrepsavklaringer og avgrensninger.	s. 11
1.4. Oppgavens struktur.	s. 12
1.5. Litteratursøk.	s. 12
1.6. Forskningsfeltet på SP til traumepasienter – status	s. 13
2.0 TEORETISK FORANKRING	s. 15
2.1. En lære om hvordan helse dannes.	s. 15
2.2. Teorien om fellesfaktorer.	s. 17
3.0 METODE	s. 17
3.1 Vitenskapsteoretisk forankring.	s. 17
3.2. Metodisk tilnærming.	s. 18
3.3. Utvalg og rekruttering.	s. 19
3.4. Intervjustruktur.	s. 20
3.5. Gjennomføringen av intervjuene.	s. 21
3.6. Dokumentering.	s. 23
3.7. Transkribering.	s. 23
3.8. Datareduksjon, analyse og fortolkning.	s. 24
3.9. Prosjektleders forforståelse.	s. 26
3.10. Juridiske og forskningsetiske overveielser.	s. 27
3.10.1. <u>Lovregler.</u>	s. 27
3.10.2. <u>Etiske hensyn for øvrig.</u>	s.27
3.11. Metodediskusjon.	s. 29
3.11.1. <u>Pålitelighet og gyldighet.</u>	s. 29

4.0. RESULTATER	s. 33
4.1. Samstemming.	s. 33
4.2. Utfordring, under trygge forhold.	s. 35
4.2.1. <u>“Det har virkelig ikke vært en lek, det må jeg si”.</u>	s. 35
4.2.2. <u>“..., men man lærer det så skånsomt”.</u>	s. 37
4.3. Kunnskaping.	s. 38
4.3.1. <u>Normalitet og allmenngjøring.</u>	s. 38
4.3.2. <u>Endringsgrunnlag og håp.</u>	s. 39
4.4. Utrusting.	s. 40
4.4.1. <u>Autonomi.</u>	s. 41
4.4.2. <u>Håp.</u>	s. 42
4.4.3. <u>“Man må øve på det”.</u>	s. 43
4.5. Nyskaping.	s. 44
4.5.1. <u>Holdningsendring.</u>	s. 44
4.5.2. <u>Atferdsendring.</u>	s. 45
4.5.3. <u>Individuell symptomendring.</u>	s. 46
4.5.4. <u>Nye mestringsopplevelser.</u>	s. 47
5.0 DISKUSJON	s. 48
5.1. Samstemming.	s. 48
5.2. Utfordring, under trygge forhold.	s. 50
5.3. Kunnskaping og utrusting.	s. 52
5.4. Nyskaping.	s. 56
6.0 KONKLUSJON	s. 59
6.1. Implikasjoner for klinisk psykisk helsearbeid.	s. 61
6.2. Implikasjoner for videre forskning.	s. 61

LITTERATURLISTE

VEDLEGG

- Vedlegg 1, Intervjuguide
- Vedlegg 2, Overordnede temaer i Sensorimotorisk gruppepsykoterapi
- Vedlegg 3, Skjema for informasjon og samtykke
- Vedlegg 4, Datamatrise
- Vedlegg 5, Tilmelding NSD
- Vedlegg 6, Svar på endringsmelding NSD

1. INTRODUKSJON

1.1. Bakgrunn.

Risikoen for å oppleve traumatiske hendelser er en fare vi mennesker sannsynligvis har løpt så lenge vi har eksistert. Med dette som utgangspunkt, er det ikke vanskelig å tenke seg at kroniske stressreaksjoner etter et traume har en like lang historie.

De tidligste litterære beskrivelsene av traumatisk stress finner vi i fortellingene om Kong Gilgamesh av Uruk (dagens Irak) fra det tredje årtuseten f.Kr. (Birmes, Hatton, Brunet & Schmitt, 2003). Her skildres hvordan Gilgamesh erfarer gjenopplevelser, med repeterende og påtrengende minner, etter å ha vært vitne til sin venns voldelige død. Det var allikevel ikke før mot slutten av 1800-tallet e.Kr. at det medisinske fagfeltet ble oppmerksom på de psykiske senvirkningene av traumatiske opplevelser (Birmes et al., 2003). Med den franske psykologen Pierre Janet og den østerrikske legen Sigmund Freud i spissen, ble ubevisste minners betydning og utvikling av nevrotiske lidelser løftet frem. Dette parallelt med utviklingen av fagfeltet man i dag kaller psykiatrien (Birmes et al., 2003).

Menneskers senvirkninger etter traume har båret mange ulike navn gjennom tidene. "Soldier's Heart", "Shell Shock" og "Combat Fatigue" er bare noen. Essensen i pasientenes lidelse har allikevel alltid vært den samme. Dette uavhengig av om traumeopplevelsene har vært knyttet til krigserfaring, store ulykker, vold eller andre traumatiske opplevelser (Andreasen, 2010). Lidelsens kjerne stadfestes faglig når den gis den generelle betegnelsen "Gross stress" i arbeidet med den første amerikanske diagnostiske manualen for mentale lidelser, DSM I, i 1952. I 1980 ble tilstanden ytterligere spesifisert og beskrevet når den omdøpes til "Posttraumatisk stresslidelse". Den siste betegnelsen er den vi også bruker i dag (Andreasen, 2010). Forkortet benevnes ofte plagene PTSD, etter den engelske betegnelsen "Posttraumatic stress disorder". Denne benevnelsen vil heretter brukes i oppgaven.

I Norge er PTSD for tiden kategorisert under "Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser" i ICD-10 (World Health Organization [WHO], 1992), det medisinske klassifikasjonssystemet brukt her til lands. Lidelsen bærer koden F43-1. Mer spesifikt er PTSD plassert under det som kalles "Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig

belastning". En kategori som skiller seg fra andre, i det den favner lidelser som diagnostiseres ikke bare på grunnlag av symptomer og forløp, men også på tilstedeværelsen av én eller to *ytre* årsaksfaktorer. Lidelsen "Oppstår som forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende livshendelse eller situasjon (av kort eller lang varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal art, som mest sannsynlig ville fremkalt sterkt ubehag hos de fleste" (WHO, 1992).

Essensen i traumatisk stress kjennetegnes av at de normale, akutte stressreaksjonene vedvarer etter at den stressfylte situasjonen er over (Malt, Heir & Weisæth, 2012). Typiske symptomtrekk omfatter episoder med 1) intrusjon, det vil si gjenopplevelser eller påtrengende minner. Det kan også innebære opplevelse av sterkt ubehag ved triggere, med det menes situasjoner eller hendelser som minner om den belastende situasjonen. 2) Unnvikelsesatferd er vanlig. Pasienten forsøker å unngå alt som kan minne om eller forbindes med den stressfylte situasjonen, som skapte de sterke ubehagelige reaksjonene i utgangspunktet. Et siste typisk symptomtrekk er 3) økt fysiologisk følsomhet, også kalt fysiologisk hyperaktivering. Dette kan vise seg i form av årvåkenhet, økt irritabilitet, aggresjonsberedskap, overdimensjonert skvettenhet, søvnforstyrrelser, økt muskulær anspenning, kvalme eller konsentrasjonsvansker. Hukommelsessvikt knyttet til situasjonen eller tiden omkring er også vanlig (Malt et al., 2012).

I Norge opplever en av 4 en alvorlig traumatisk hendelse i løpet av livet. Livstidsprevalensen for PTSD er 2,6 prosent. Dette er noe lavere enn i USA, men i tråd med tallene fra andre europeiske land. Kvinner har tre ganger høyere risiko for å utvikle PTSD enn menn, og det er sammenheng mellom PTSD og lidelser som ustabil personlighetsforstyrrelse, agorafobi, depresjon, ruslidelser og panikkklidelse (Amstadter, Aggen, Knudsen, Reichborn-Kjennerud & Kendler, 2013). Det er ikke funnet spesielle genvarianter som disponerer for PTSD (Malt et al., 2012).

Behandlingstilbudet til mennesker med PTSD har variert gjennom tidene. Fra elektroshokk og isolasjon i mørkt rom (Birmes et al., 2003), til medikamentelle og psykologiske intervensjoner, som er mer vanlig i dag (Malt et al., 2012). Samtalebehandlingen har tradisjonelt stått sentralt i behandlingen av PTSD, og regnes som den viktigste enkeltkomponenten (Malt et al., 2012). Det er videre en rekke spesifikke tilnærminger som har vist seg som effektive supplerende intervensjoner mot PTSD. De best dokumenterte

metodene befinner seg i kategorien eksponeringsterapi. Dette som direkte eksponering eller imaginær, i form av Video replay-teknikker og EMDR, kognitiv prosesseringsterapi og kognitiv atferdsterapi (Malt et al., 2012; Forbes et al., 2010; Cloitre, 2009). Tanken med eksponeringsterapi er avlæring av den betingede fryktresponsen, som i det perspektivet menes å ligge til grunn for traumepasienters symptomer (Malt et al., 2012).

Kritiske røster i feltet mener imidlertid at å ta utgangspunkt i pasientens narrativ, slik både samtalebehandling og eksponeringsterapi har til felles, i noen tilfeller kan være uheldig. Selv om eksponering er en potensiell effektiv ingrediens, kan den forårsake retraumatisering, og forverre og forlenge, heller enn forløse symptomene, mener enkelte (Ogden, Pain & Fischer, 2006; van der Kolk, 2002). Flere antar også at risken for retraumatisering i eksponeringsbehandling er årsaken til den høye andelen drop out pasienter (omkring 30 %) i behandlingsstudier på PTSD (som omtalt i Ogden et al., 2006; Cloitre, 2009). Andre påpeker at det oppleves vanskelig å motivere traumepasienter til eksponeringsterapi, da jo unnvikelse er ett av kjernesymptomene i lidelsen (Ogden et al., 2006; Cloitre, 2009).

På bakgrunn av ovenfor nevnte, samt det faktum at selv i gode studier av eksponeringsterapi viser bare 50 % av pasientene signifikant bedring (Ogden et al., 2006), fremmer Ogden og flere å legge en annerledes tilnærming til repertoaret. Det er trolig også de sensorimotoriske symptomene, de autonome gjenopplevelsene og unnvikelse som er vanskeligst å behandle, mener de, og hevder at å adressere de kroppslig baserte symptomene direkte kan være hjelpsomt. Dette i tillegg til de psykologiske elementene (Ogden et al., 2006).

En tilnærming spesifikt utviklet for direkte henvendelse til forløsning av de somatiske symptomene av uforløst traume er Sensorimotorisk psykoterapi (Ogden & Minton, 2000; Ogden et al., 2006). Metoden er fundert på prinsippet om at "hjernen fungerer som et integrert hele, men er sammensatt av systemer som er hierarkisk organisert" (Ogden et al. 2006, s. 5, min oversettelse). Dette innebærer at integrerte høyere kognitive funksjoner er utviklet fra - og avhengig av integrasjonen av lavere systemer, som det limbiske og reptile, og på sensorimotoriske erfaringer (Ogden et al., 2006, s. 5, min oversettelse).

Sensorimotorisk psykoterapi, ofte og heretter forkortet SP, kan bidra til “å prosessere fragmenterte minner, utfordre prosedural læring og balansere den dysregulerte og autonome aktivering” ved PTSD, mener Ogden og flere (2006, s. 7, min oversettelse). Dette ved å hjelpe pasienten med oppmerksomt å observere sammenhengen mellom persepsjon, følelser, bevegelser, fornemmelser, impulser og tanker i behandlingstimen. Pasientens verbale utsagn brukes som verktøy for å aktivere fysiologisk respons, slik at den kan oppdages, undersøkes og prosesseres. I det å legge merke til sine kroppslige erfaringer, fremmes spontant - eller terapeuten kan oppfordre til medfødte somatiske reguleringsmekanismer, som “å ta et åndedrag, regulere ryggraden, gjøre en bevegelse, orientere seg perseptuelt eller fysisk i omgivelsene”, mener Ogden og flere (2006, s. 7, min oversettelse).

Det er den amerikanske psykologen og traumespesialisten Pat Ogden som står bak utviklingen av SP. Ogden trekker tunge paralleller til Hakomi-metoden, som er en kropporientert psykoterapi, grunnlagt av psykoterapeuten Ron Kurtz (Ogden et al., 2006). Hun støtter seg også til psykodynamisk teori, kognitiv atferdsterapi, teorier om psykoedukasjon, neurobiologi og tilknytning- og dissosiasjon (Ogden et al., 2006). Ogdens oppfatning er altså at tradisjonelt trentede psykoterapeuter kan øke dybden og effekten av sitt arbeid med traumepasienter, ved å legge til kropporienterte intervensjoner sitt repertoar (Ogden et al., 2006).

Som det fremgår av Modum Bads hjemmeside, har SP vært brukt i Norge siden 2010. Tilnærmingen tilbys både som individual- og gruppeterapi. Gruppeopplegget er basert på en manual utarbeidet av Ogden og kollega Janina Fischer. Det består av 12 ukentlige sesjoner, hvor 8 pasienter undervises i symptomatologi, hvordan få tak i egne ressurser og gis kroppsbaserte metoder for regulering av symptomer. Grunning, grenser og bevegelse er eksempler på sådan. Oppmerksomt nærvær (mindfulness) er sentralt i både språk og tilnærming (Modum Bads hjemmeside, september 2011). En oversikt over de overordnede temaene i manualen er vedlagt oppgaven.

1.2. Studiens hensikt og problemstilling.

Hensikten med denne studien er å utvikle fordypet kunnskap om traumepasienters erfaringer med den kropporienterte behandlingsmetoden Sensorimotorisk psykoterapi. Dette er ikke gjort systematisk og vitenskapelig tidligere. Å undersøke klientens perspektiv kan bidra til bedre forståelse av klientens situasjon og opplevelser med en behandling. Dette kan sette

behandlerne i bedre stand til å identifisere og adressere sentrale forhold for klienten, og på den måten kvalitetssikre og forbedre effektiviteten av behandlingen.

Fokuset i studien vil på bakgrunn av ovenfor nevnte rettes mot pasientenes opplevelser, og følgende problemstilling er utviklet for prosjektet:

“Hvordan opplever traumepasienter Sensorimotorisk gruppepsykoterapi”?

Problemstillingen er formulert som et vidt og åpent spørsmål med den tanken å gi rom for frie ytringer, av både positiv og negativ karakter. Av rekrutteringshensyn er gruppeopplegget valgt som undersøkelsesobjekt i denne studien.

Som ledd i å besvare problemstillingen, tas det utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilke umiddelbare assosiasjoner har traumepasienter til SP?
2. Hvordan opplever traumepasienter oppbygningen av og innholdet i behandlingstilbudet “Sensorimotorisk gruppepsykoterapi”?
3. Hvordan opplever traumepasienter det teoretiske perspektivet (bottom-up) i Sensorimotorisk gruppepsykoterapi?
4. Hvordan opplever traumepasienter å gå i gruppepsykoterapi?
5. Hvilken betydning har Sensorimotorisk gruppepsykoterapi for traumepasienter?

1.3. Begrepsavklaringer og avgrensninger.

I både prosjektets tittel og problemstilling er begrepet traumepasient brukt. Med dette menes mennesker som har opplevd traumatiske hendelser og har traumeproblematikk. Primært personer diagnostisert med PTSD, men også individer som per tiden ikke oppfyller alle kriteriene. PTSD er forkortelsen for Posttraumatisk stresslidelse og er redegjort for tidligere i introduksjonen. Dette gjelder også SP, som er en forkortelse for Sensorimotorisk psykoterapi. Da denne studien avgrenses til å gjelde traumepasienters opplevelser av Sensorimotorisk gruppepsykoterapi, vil forkortelsen SGP bli brukt.

Det er i denne studien ikke tatt hensyn til eventuelle tilleggs- eller underdiagnoser eller medikamentbruk. Studien inkluderer skandinavisk talende voksne kvinner og menn mellom 18 og 65 år, som har gjennomført SGP i løpet av siste halvannet år, med minimum 80 % tilstedeværelse, ledet av to psykologer med videreutdanning i SP. Det ble ikke stilt spesielle kriterier til utdanningsnivå eller sysselsettingsstatus.

1.4. Oppgavens struktur.

Etter introduksjonen følger en redegjørelse for studiens teoretiske forankring. Her presenteres den teori som vil bli brukt når resultatene skal tolkes. Deretter beskrives metoden brukt for gjennomføring av prosjektet, samt en diskusjon av denne. Så presenteres resultatene, før de diskuteres i kapittel 5. Oppgaven avsluttes med en konklusjon og implikasjoner for praksis.

1.5. Litteratursøk.

PICO søkemetode er anvendt i systematisk søk etter relevante artikler og forskningsresultater. Tabellen nedenfor viser emneordene som er brukt. Ordene er eksplodert og trunktert, og søkt i og utenfor emneordlisten. Søk ble foretatt i databasene PsykINFO, Medline, Pubmed og Cihnal, og ble begrenset til å gjelde mennesker, engelsk og skandinaviske språk, samt siste 15 år.

Posttraumatic stress disorder PTSD Trauma Emotional trauma	OR	Client attitudes Patients perception Patient perspective Patients experience Client satisfaction Participant experience	OR	Sensorimotor psychotherapy Bodyoriented therapy Mindfulness Group psychotherapy Psychoeducation
AND				

Søkene som inkluderte pasientens perspektiv (den midterste kolonnen) ga få treff. 10 treff i PsycINFO, som er den største og viktigste hva angår psykisk helsearbeid, hvorav én kunne brukes. Søkeordene i venstre kolonne ble derfor sammen kombinert med de i høyre kolonne enkeltvis. Dette ga langt flere treff. Overskrifter ble gjennomgått og abstrakter lest og undersøkt for subjektiv relevans til oppgaven.

I tillegg til søk i ovenfor nevnte databaser ble Google Scholar anvendt i det systematiske søket etter relevant litteratur. De samme søkeordene ble brukt. Pensumbøker er også brukt.

1.6. Forskningsfeltet på SP til traumepasienter – status.

Den eksisterende forskningslitteraturen på SP til traumepasienter konkret begrenser seg til to publikasjoner. Den ene er en pilotstudie fra Canada, hvor 10 kvinner deltok i en SP-basert gruppe, med 20 ukentlige sesjoner. Studien viste reduksjon i PTSD-symptomer, dissosiasjon og mottakelighet for trøst (min oversettelse), men ingen forbedring i somatisk dissosiasjon eller interpersonlige problemer (Langmuir, Kirsh & Classen, 2011). Pilotstudien er imidlertid ukontrollert, har få enheter og dermed metodiske svakheter.

Den andre publikasjonen på SP er en kasusstudie gjort på en kvinne med stor aggresjonsproblematikk, etter fysisk og emosjonelt misbruk i barndommen. SP og CBT ble brukt i behandlingen. Det hevdes at kvinnen fikk hjelp til å prosessere sine traumatiske minner og restrukturere sine oppfatninger om seg selv som et offer (Flynn, 2010). Hun skal ha lært å kontrollere sitt sinne, ved å spore sine fysiologiske reaksjoner i opprivende situasjoner, samt implementere tilpasningsteknikker for å berolige seg selv. Kasusstudien viser interessante resultater, men må betraktes som enkeltfunn.

Hvis en ser bort fra SP konkret, og mer over på forskningslitteraturen på kropporienterte intervensjoner til traumepasienter for øvrig, er tilfanget større. Det er publisert tre studier på Somatic Experiencing treatment, en tilnærming som har mange likhetstrekk med SP, i det den har som formål å identifisere og forløse psykofysiologiske mønstre utviklet etter traume, ved hjelp av psykoedukasjon og kroppslige intervensjoner. Metoden er utviklet av stress- og traumeterapeut Dr. Peter Levine (Leitch, Vanslyke & Allen, 2009). To av studiene omhandler tsunamiofre, den siste sosialarbeidere involvert i krisearbeid etter orkaner. De viser alle reduksjon i deltakernes stress symptomer (Leitch, 2007; Parker, Doctor & Selvam, 2008; Leitch et al., 2009). Resultatene må allikevel tolkes med forsiktighet. Studien fra 2007 har få N og er ukontrollert. Undersøkelsen fra 2008 er ukontrollert. Studien fra 2009 holder en noe høyere vitenskapelig standard, men er urandomisert.

En effektstudie fra 2005, på kropporientert gruppeterapi til kvinner som har lidd seksuelt misbruk som barn, er interessant, da den samlet inn både kvantitative og kvalitative data.

Studien viste signifikant bedring hva angår PTSD, dissosiasjon og kroppskontakt (Price, 2005), og deltakerne ga uttrykk for å ha lært verktøy for kropporientert bevissthet, hvordan slappe av muskulært og være mer tilstede (Price, 2005). Studien har dog få N og er urandomisert.

Mindfulness, eller oppmerksomt nærvær som det kalles på norsk, er et svært aktuelt tema innenfor brede deler av psykoterapifeltet (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke. 2010). Metoden involverer evnen til å være bevisst oppmerksom på nuet, observere og beskrive fornemmelser, tanker og følelser, samt akseptere disse (Smith et al., 2011). Mindfulness er, som tidligere nevnt, sentralt i både språk og tilnærming i SP, og har i flere studier vist seg å være negativt korrelert med PTSD-symptomer (Vujanovic, Youngwirth, Johnson & Zvolensky, 2009; Thompson & Waltz, 2010; Kimbrough, Magyari, Langenberg, Chesney & Bernman, 2010; Bernstein, Tanay & Vujanovic, 2011; Smith et al., 2011; Kearney, McDermott, Malte, Martinez & Simpson, 2012).

I tillegg til det kropporienterte fokuset, lener SP seg i stor grad til teorien om psykoedukasjon (Ogden et al., 2006). Psykoedukasjon har lang tradisjon i det psykiske helsearbeidet, og selv om det er vitenskapelig støtte å hente for dens effektivitet knyttet til lidelser som schizofreni, ulike kreftsykdommer, diabetes type 2 og akutte ryggmerter (Kunnskapssenteret, 2011), er det få studier som har sett på psykoedukasjon til traumepasienter direkte.

I en studie gjort av Wallis (2002), der en gruppe traumepasienter fikk undervisning, lærte og øvde på nye mestringsferdigheter, viste deltakerne reduksjon i traumesymptomer. Dette understøttes i Morgan & Cummings studie fra 1999, der også psykoedukasjon var en del av programmet i gruppeterapien til traumepasienter.

En evaluering av et psykoedukativt program for inneliggende pasienter med alvorlig sinnslidelse og PTSD fra 2005, viste at pasientene lærte mye, fikk økt vilje til å søke behandling og noen følte seg også bedre (Pratt et al., 2005).

Ettersom denne studien skal se nærmere på pasientenes opplevelser av Sensorimotorisk gruppepsykoterapi, er forskning knyttet til gruppeterapi også relevant. Gruppeterapi har vært

praktisert lenge i Norge, og terapiformens effektivitet er godt dokumentert (Fuhriman & Burlingame, 1994), også for pasienter med PTSD (Sloan, Bovin & Schnurr, 2012). Gruppeterapi er kjent for sin evne til å redusere isolasjon, og virke som et forum for gjenkjenning og normalisering av erfaringer og reaksjonsmønstre hos deltakerne (Fuhriman & Burlingame, 1994; Malt et al. 2012; Lukens & McFarlane, 2004; Yalom & Leszcz, 2005). Metoden gir videre pasienten mulighet til modellering, både fra terapeutene og fra medpasienter. Ettersom gruppeterapi, i en del studier, kommer noe bedre ut sammenlignet med individualterapi, er terapiformen kostnadseffektiv, og gir anledning til å hjelpe flere (Malt et al., 2012).

Kognitiv atferdsterapi, som er ett av flere teoretiske forankringspunkt innen SP, har i dag en sentral posisjon i behandlingsverdenen (Skårderud et al., 2010), også i møte med traumepasienter. I en meta-analyse av psykologiske behandlingsmetoder for PTSD, der fem ulike kategorier av tilnærminger var inkludert, utpekte kognitiv terapi seg som førstevalget, foran til eksempel psykodynamisk terapi og EMDR (Bisson et al., 2007). Metodens effektivitet i møte med PTSD fastslås også i flere systematiske reviews (Bisson & Andrew, 2007; Mendes et al., 2008)

Oppsummering: Det er publisert to studier på SP til traumepasienter. Begge kan vise til positive funn, men har metodiske svakheter. Forskning på kropporienterte tilnærminger forøvrig kan alle vise til lovende resultater, og da spesielt mindfulness. Studiene er av varierende vitenskapelig standard. Psykoedukasjon er vist å ha positiv virkning for pasienter med PTSD, men her er det behov for mer forskning. Gruppeterapi er godt dokumentert, også for mennesker med PTSD. Det samme gjelder kognitiv atferdsterapi.

2.0 TEORETISK FORANKRING

2.1. En lære om hvordan helse dannes.

Behandlingsstedet som informantene til denne studien er rekruttert fra har, som det fremgår av deres hjemmeside, en overordnet visjon for sitt arbeid som heter “en kilde til liv” (Modum Bad, udatert). Å velge et helsefremmende perspektiv i denne studien syntes derfor naturlig. Et slikt valg er også i tråd med regjeringens Folkehelsemelding, hvor ett av målene er “Et mer helsefremmende samfunn” (Meld. St. 34, (2012-2013), 2013).

Den israelsk-amerikanske stressforskeren Aaron Antonovsky er kjent for sitt bidrag til den helsefremmende tenkningen med sin salutogenetiske modell. En modell av hvordan helse blir til, slik ordet salutogenese antyder. Salus betyr helse og genese tilblivelse. Modellen ble offentliggjort i hans bok *Health, stress and coping* fra 1979. Her hevder han at stressfaktorer (stressorer), som han mener er allesteds nærværende, fører til en spenningstilstand i individet, som individet tvinges til å håndtere. Videre mener han at effektiviteten av håndteringen bestemmer om utfallet blir patologisk, nøytralt eller helsefremmende. På bakgrunn av dette, mente Antonovsky at studiet av faktorer som bestemmer håndtering av spenning er en sentral oppgave for medisinen. Dette for å vite hva som kan motvirke livets iboende tendens til entropi.

Som svar på egne studier av ovenfor nevnte spørsmål lanserte Antonovsky sin teori om mestring. Her var begreper som generelle motstandsressurser, heretter forkortet GMR, og motstandsunderskudd, GMU i forkortet form, sentrale. I tillegg til begrepet opplevelse av sammenheng, heretter forkortet OAS (Antonovsky, 1979). Antonovsky definerte GMR som både indre og ytre ressurser, og oppga materielle goder, kognitive og emosjonelle ressurser, verdighet, tilknytning og bevissthet om sosial støtte og kultur som eksempler på GMR. Fravær av sådan ville være å betrakte som GMU. I begrepet OAS så Antonovsky tre komponenter: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Den første er en kognitiv komponent som viser til i hvilken grad hendelser er forståelige, ordnet og strukturerte. Begripelighet gjør, i følge Antonovsky, at fremtiden blir mer forutsigbar. Håndterbarhet referer til opplevelse av å ha de nødvendige ressurser for å greie av med situasjoner. Meningsfullhet er den motiverende faktoren, i følge Antonovsky, og henstiller til å erfare oppgaver verdt å engasjere seg i.

Status hva angår GMR versus GMU vil virke inn på individets handlingsrom og OAS, på en henholdsvis forsterkende eller svekkende måte, i følge Antonovsky. Sammen vil GMR, GMU og OAS avgjøre effektiviteten av håndteringen av den spenningstilstand som stressfaktorer medfører i individet, og bestemme om utfallet blir patologisk, nøytralt eller helsefremmende.

2.2. Teorien om fellesfaktorer.

I følge teorien om fellesfaktorer er det ikke en spesifikk behandlingsmetode som alene står for et eventuelt terapeutisk resultat. Det vil derfor være unaturlig ikke å inkludere dette når resultatene i denne studien skal belyses og tolkes.

Studier som sammenlikner resultater blant pasienter som mottar psykoterapi forankret i ulike teoretiske retninger, gir overraskende like resultater (Rønnestad & von der Lippe, 2009). Derimot varierer resultatoppnåelsen innenfor den enkelte retning. Dette har av forskere, som nevnt, blitt tolket som at det ikke er de spesifikke faktorene, metodene, som har størst virkning i behandling (Rønnestad & von der Lippe, 2009), men at også de forskjellige terapiformenes fellesfaktorer, som samarbeid, transaksjon og struktur spiller inn (Wampold, 2001). Den amerikanske psykologen Michael Lambert (1992) foreslår, etter en gjennomgang av psykoterapiforskningen, at den terapeutiske teknikk står for 15 prosent av variansen i behandlingsresultatet. Han fremmer videre at det pasienten bringer med seg av ressurser bidrar med 40 prosent av variansen. Det terapeutiske forholdet med 30 prosent, og placebo 15 prosent av variansen i behandlingsresultatet. Det er altså mye viktigere hvem terapeuten er, enn hvilken teknikk som brukes i behandlingen. Også mer avansert forskning, på hva som har betydning for det terapeutiske resultatet, viser at det som kalles "terapeuteffekter" forklarer mellom 6 og 8 prosent av variansen (Huppert et al. 2001; Wampold & Brown, 2005; Kim, Wampold & Bolt, 2006). Flere meta-analyser viser videre at alliansen mellom terapeut og klient er sterkt knyttet til utfallet (Wampold 2001; Horvath, 2001). Og det kan synes som om klientens skåring av alliansen har sterkere prediksjon av det terapeutiske resultat enn terapeuten (Bedi, Davis & Williams, 2005).

3.0 METODE

3.1. Vitenskapsteoretisk forankring.

Ettersom det i denne studien er pasientenes subjektive perspektiver, deres måte å oppfatte verden på, som er undersøkelsesobjektet, er det naturlig å forankre prosjektet i den fenomenologiske tradisjonen (Kaiser, 2000). Den tyske filosofen Edmund Husserl var en av grunnleggerne av fenomenologien (Kaiser, 2000), og fenomenologiens hensikt er, i følge Creswell (2007, s. 58) "å redusere individuelle erfaringer med et fenomen til en beskrivelse av den universelle essensen" (min oversettelse). Fenomenologien søker altså å beskrive

forskningsdeltakernes erfaringer med det fenomen man studerer, og lete etter essenser eller vesentlige kjennetegn.

Innenfor fenomenologisk filosofi er videre objektivitet et uttrykk for troskap mot de undersøkte fenomenene (Kvale & Brinkmann, 2009). I fenomenologisk forskning søker man derfor å sette ens egen forhåndskunnskap om fenomenene i parentes, og videreformidle deltakernes erfaringer så transcendentalt og ufarget som mulig (Creswell, 2007). Samtidig vet man at dette egentlig er et uopnåelig mål (Malterud, 2003). Fenomener er ”et produkt av kollektivets virksomheter” (Nortvedt, 2004, s. 139). Verden er skapt av sosiale aktørers kognitive virksomheter, i følge sosial konstruktivistisk tankegang (Nortvedt, 2004). Forskeren blir dermed å anse som en aktiv deltaker i kunnskapsutviklingen (Malterud, 2003). En som medvirker og setter spor i alle ledd av kunnskapsproduksjonen. Det er ikke slik at man i beskrivelser av fenomener kommer utenom fortolkning fra forskerens side (Malterud, 2003). Dette i henhold til hermeneutisk teori om at mennesker forstår mening og intensjoner, som andre mennesker uttrykker gjennom handlinger og ord, innenfor språkets rammer og i språklige formidlede sammenhenger (Nortvedt & Grimen, 2004). ”All forståelse er kontekstuell” (Nortvedt & Grimen, 2004, s. 40), og all forståelse, inkludert forståelsen av andre, springer ut fra egne tidligere erfaringer og forståelse av oss selv (Gadamer, 2004). Denne studien støtter seg til dette synet, så vel som det sosial konstruktivistiske, selv om man vil forsøke, i henhold til fenomenologisk teori, å være tro mot de undersøkte fenomenene ved hjelp av størst mulig grad av objektivitet.

3.2. Metodisk tilnærming.

Når det gjelder studiens metodiske tilnærming, var dybdekunnskap fra pasientene ønskelig og en kvalitativ tilnærming en egnet metode i så henseende (Malterud, 2003).

Det finnes flere ulike kvalitative metoder. Denne studien søkte å forstå verden sett fra pasientenes side og avdekke deres opplevelser, noe det kvalitative forskningsintervjuet egner seg godt til (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuene hadde fokus på ett og ett individ, da individualintervjuer gir større anledning til å styre samtalen og stille konkrete spørsmål, enn for eksempel et fokusgruppeintervju (Malterud, 2003). Intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt. Dette fordi fysisk tilstedeværelse - til forskjell fra for eksempel et telefonintervju - ga adgang til non-verbal kommunikasjon, og den informasjon som ansiktsuttrykk og gester kan

gi (Kvale & Brinkmann, 2009). Slik informasjon bidro også til å kvalitetssikre studien, og øke dataenes gyldighet. Fysisk tilstedeværelse ble også vurdert å være mer etisk riktig. Dersom intervjuet skulle vekke reaksjoner hos informantene, ville de kunne tas ansvar for med det samme.

3.3. Utvalg og rekruttering.

I kvalitative studier bør utvalget utformes med det i tankene, at det skal romme stoff om det man har til hensikt å uttale seg om når studien er gjennomført (Malterud, 2003). Feltkunnskap og informasjonsrikdom er nøkkelford. Målsettingen var at materialet skulle ha potensial til å belyse den problemstilling som ble reist, og det ble derfor planlagt å sammensette et strategisk utvalg. Et utvalg basert på hensiktsmessighet (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Traumepasienter som hadde gjennomført Sensorimotorisk gruppepsykoterapi siste år ble derfor invitert til studiedeltakelse.

Rekrutteringen av informanter skjedde i samarbeid med en sentral institusjon for traumebehandling i Norge. De ansatte ved institusjonen orienterte om prosjektet til sine pasienter, og delte ut et informasjon- og samtykke skjema ferdigstilt av meg. Samtykkende personer ble oppfordret til selv å ta kontakt med meg, for å avtale intervjuer.

Denne rekrutteringsformen førte ikke frem. I samråd med veileder og kursledere ble den derfor endret noe. For å nå flere traumepasienter som hadde gjennomført Sensorimotorisk gruppepsykoterapi ble gjennomføringstidspunktet forandret fra siste år, til siste halvannet år. Som følge av tilbakemeldinger fra pasientene til kurslederne, om at det opplevdes vanskelig og selv skulle ta kontakt med meg, ble de skriftlige samtykkene levert til kurslederne. Der oppga også deltakerne frivillig sitt telefonnummer. På den måten ble 8 personer rekruttert.

I tillegg til erfaringsbasert kunnskap, var bredde og nyanser i materialet ønskelig. Det ble derfor åpnet for et bredt spenn i aldersgruppen. Den yngste deltakeren var 40 år, den eldste 65. Det var formålstjenlig med en lik fordeling mellom kvinner og menn, men rekrutteringen tillot ikke en slik jevn kjønnsfordeling. Utvalget besto dermed av 7 kvinner og én mann.

Deltakerne var av alle av skandinavisk opprinnelse. Deres utdanningsnivå var, med ett unntak, høyt. For én person var videregående skole høyeste fullførte utdanning, mens de

Øvrige deltakerne hadde 4-årig eller mer høgskole- og/eller universitetsutdannelse. Hva gjaldt deres sysselsettingsstatus, så var to fullt ufør, én mottok 100% arbeidsavklaringspenger, én var i full jobb, 4 jobbet eller var i arbeidspraksis på halv tid.

Når det gjaldt utvalgets størrelse, så var det vanskelig på forhånd å bestemme det nøyaktige antall informanter. Dette vil i mange tilfeller ikke avgjøres før undersøkelsen nærmer seg slutten. Når metningspunktet i informasjonen deltakerne deler med seg nås, vil det ikke lenger ha noen mening å intervju flere, mener Johannessen et al. (2010). Jeg lot dette, samt tanken på oppgavens omfang være det veiledende prinsipp, og anslo at ca. 4-6 pasienter skulle intervjues. Jeg gjennomførte til slutt 2 prøveintervjuer og 6 deltakerintervjuer.

3.4. Intervjustruktur.

Intervjuer kan gjennomføres mer eller mindre strukturerte (Johannessen et al., 2010). For denne studien ble et såkalt delvis strukturert intervju planlagt. Dette er den mest brukte formen for kvalitative intervjuer, og baserer seg på en intervjuguide, for å sikre at man får svar på de spørsmål man har i forbindelse med temaet. Et mer åpent og ustrukturert intervju, der spørsmålene og rekkefølgen på spørsmålene ikke er tilrettelagt på forhånd, ble ansett for risikofylt, med hensyn til å få svar på studiens forskningsspørsmål. I den andre enden befinner det strukturerte intervjuet seg, hvor både tema, spørsmål og faste svaralternativ er fastlagt på forhånd (Johannessen et al., 2010). Denne formen ble vurdert for lukket, da det var ønskelig at informantene skulle svare med egne ord. ”Delvis strukturerte intervjuer kan gi en god balanse mellom standardisering og fleksibilitet”, mener Johannessen et al. (2010). En anbefaling jeg valgte å støtte meg til.

Intervjuguiden inneholdt stikkordsmessig de tema jeg ønsket kunnskap om. Den var ikke for detaljert, men inneholdt en oversikt over emner jeg ønsket dekket, samt noen forslag til spørsmål, slik Malterud anbefaler (2003).

Kvale & Brinkmann (2009) anbefaler spørsmål i en intervjuguide, som både bidrar tematisk, til produksjon av kunnskap, og dynamisk, for å fremme en god intervjuinteraksjon. De mener de tematiske spørsmålene (også kalt forskningsspørsmål) som regel formuleres i et teoretisk språk, og de dynamiske spørsmålene (kalt intervju spørsmål) bør avspeile intervju personenes dagligspråk. Intervjuguiden lagd for denne studien ble basert på deres anbefaling.

Intervjuguiden ble evaluert og revidert noe etter de to prøveintervjuene.

3.5. Gjennomføringen av intervjuene.

”Når forskeren innhenter kvalitative data gjennom samtale, vil konteksten omkring samtalen være en viktig ramme for kunnskapsutviklingen”, mener Malterud (2003, s. 129). Jeg gjorde derfor en rekke grep for å optimalisere intervjuets kontekst. Med det å minimere pasientens ulemper i forbindelse med forskningsdeltakelsen i tankene, ble gjennomføringen av intervjuene tilrettelagt informantenes behov og ønsker, så langt det lot seg gjøre, og i den grad det var forenlig med samtalens formål. Med hensyn til valg av et rolig, uforstyrret sted for gjennomføring av intervjuene, fikk deltakerne valget mellom eget hjem, prosjektleders studiested, behandlingsstedet eller annet ønskelig sted. 7 av informantene valgte å gjennomføre intervjuene på behandlingsstedet, da de følte seg trygge der. Én deltaker valgte eget arbeidssted. De fikk av kurslederne ulike tidspunkt å velge i mellom for gjennomføring av samtalene. Deltakerne ble tilbudt forfriskninger før og underveis i intervjuene.

I et forsøk på å skape en god kontakt mellom meg og informantene hadde jeg en avslappet, ydmyk, interessert og klar holdning, slik Kvale & Brinkmann anbefaler (2009). Jeg lyttet oppmerksomt, viste forståelse og respekt. Dette for at informantene skulle kjenne seg komfortable i møtet med meg, og at en-til-en situasjonen ikke skulle oppleves som ubehagelig (Malterud, 2003).

Intervjuene ble innledet med en briefing, slik Kvale & Brinkmann råder en til (2009). Situasjonen ble definert, jeg presenterte meg og klargjorde min rolle, viste takknemlighet for informantens vilje til å delta, fortalte om studiens formål og verdi, samt deltakerens rett til å trekke seg på ethvert tenkelig tidspunkt. Jeg redegjorde for dokumentasjonsprosedyrene, hvordan konfidensialiteten ville bli ivaretatt og at studien hadde blitt meldt til nødvendige instanser, som Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Informasjon ble gitt om prosjektets tidsperspektiv, samt hvordan resultatene ville bli formidlet. Dette for å legitimere prosjektet, noe som i følge Johannessen et al. (2010) kan ha en avgjørende betydning for intervjuets informasjonsverdi. Informantene ble også gitt anledning til å stille spørsmål innledningsvis.

De første spørsmålene som ble stilt var av enkel og generell karakter. Som alder, jobb og utdannelse. Dette for ytterligere å etablere en relasjon og et tillitsforhold til informantene (Johannessen et al., 2010). Deretter ble temaet for intervjuet introdusert mer i detalj og spørsmål stilt i samsvar med intervjuguiden.

Underveis i intervjuene ble teknikker og spørsmål av ulik karakter benyttet. Det ble lagt merke til "røde lys" i informantenes svar, for eksempel uvanlige ord eller sterk intonasjon, som kunne indikere et emnekompleks som var viktig for intervjudeltakeren (Kvale & Brinkmann, 2009). Oppfølgingsteknikker som nikk, mm, pauser eller gjentakelse av viktige ord i et svar ble anvendt for å invitere til fordyping. Taushet ble også brukt som et middel for å komme videre i intervjuene, der det følte naturlig. Grensesetting av informantenes utflytning ble ved enkelte tilfeller nødvendig. Jeg brukte da strukturerende utsagn for å angi at temaet var ferdigbehandlet, eller sørge for at informanten holdt seg til temaet, slik Kvale & Brinkmann anbefaler (2009). For å unngå at pasientene skulle oppleve seg mistolket eller feil referert i etterkant av intervjuet, ba jeg i utstrakt grad om informantene bekrefte eller avkrefte min tolkning av deres svar.

Spørsmål og teknikker til tross, min oppgave handlet først og fremst om å oppmuntre informantene til fritt og åpent fortelle om sine opplevelser med Sensorimotorisk gruppepsykoterapi. Dette i henhold til den fenomenologiske tradisjonen som studien var bygd på, men også for å påvirke minst mulig av hensyn til objektivitet.

Når intervjuene nærmet seg slutten, forberedte jeg informantene på dette. For eksempel ved å si at "nå er vi snart ferdige, jeg har bare ett spørsmål igjen". Dette for å avslutte intervjuene på en ryddig måte (Johannessen et al., 2010). Som en avslutning av intervjuene ble briefingen som jeg utførte innledningsvis, fulgt opp med en debriefing. Her spurte jeg om informantene hadde noe mer de ville si og hvordan de opplevde samtalen. I tillegg nevnte jeg noen hovedpunkter som intervjuene hadde gitt meg innsikt i (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg avsluttet med å takke for informasjonen som den enkelte deltakeren hadde gitt. Da det etter et intervju kan oppstå anspenhet, angst eller tomhet i informanten (Kvale & Brinkmann, 2009), minnet jeg om det oppfølgingstilbudet deltakerne i studien hadde. Etersom studien ble gjennomført i samarbeid med en behandlingsinstitusjon, var det avtalt at informantene kunne henvende seg dit ved eventuelle reaksjoner i etterkant av forskningsdeltakelsen.

3.6. Dokumentering.

For å dokumentere intervjuene ble en lydopptaker brukt. Dette etter å ha avklart det med informantene i forkant av intervjuenes begynnelse. På den måten kunne jeg konsentrere meg om intervjuets emne og dynamikk (Kvale & Brinkmann, 2009). I tillegg gjorde jeg bruk av en notatbok, der sosial kontekst, gester, ansiktsuttrykk, bevegelser og annet som ikke lydopptakeren fanget opp, ble notert. Dette på en diskret måte, slik at samtalenes frie flyt ikke ble avbrutt (Kvale & Brinkmann, 2009). Også bruk av notisblokk ble avklart med informantene på forhånd.

Det kom ikke opp informasjon i de uformelle samtalene vi hadde etter at intervjuene var over, og lydopptakeren slått av. Spesiell tillatelse til bruk av slik informasjon ble derfor ikke nødvendig.

3.7. Transkribering.

For å gjøre samtalene tilgjengelig for analyse, ble de overført til tekst. Dette ga ingen direkte representasjon av rådata, som er den egentlige hendelsen, slik den fant sted mellom meg og informantene, men er en forutsetning for en kvalitativ analyse, i følge Malterud (2003).

”Det finnes ingen sann, objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form”, skriver Kvale & Brinkmann (2009, s. 194). Hver og en må spørre seg hva som er en nyttig transkripsjon for sin forskning. Med bakgrunn i studiens fenomenologiske forankring, fant jeg det hensiktsmessig å sette tekst til alt som fremkom på lydopptaket. Dette innebar alt som kunne høres. Muntlig ytring, i form av ord, sukk, nøling uttrykt med ehhh, mmm, hikst, slag i bordet, latter, taushet og liknende. Dette i forsøk på å overføre samtalen, og en del av dens kontekst, så objektivt som mulig til skrift.

Jeg utførte transkriberingen selv. Dette av flere grunner. Da det var jeg som var tilstede under intervjuene, ga det større muligheter for at eventuelle uklarheter under transkriberingen kunne oppklares, ved hjelp av min egen hukommelse. Dette styrker validiteten i analys materialet (Malterud, 2003). Transkriberingsarbeidet ga meg videre en anledning til å gjenoppleve selve samtalene, og gjøre meg kjent med de fra en ny side. Dette gjorde at jeg oppdaget sider ved materialet som jeg ikke la merke til under selve intervjuene. Å transkribere selv ga meg også

anledning til å lære om egen intervjustil (Kvale & Brinkmann, 2009), noe jeg som nybegynner anså som en stor fordel. Den ferdige transkripsjonen ble skrevet ut for analyse. Dette fordi en skriftlig tekst gir langt bedre muligheter for ”en forpliktende og systematisk gjennomgang, som er en viktig forutsetning for en analyse av vitenskapelig standard” (Malterud, 2003, s. 81).

3.8. Datareduksjon, analyse og fortolkning.

Før jeg kunne begynne arbeidet med å analysere, måtte mengden data reduseres (Johannessen et al., 2010). Det er ingen fasitsvar på hvordan verken datareduksjon eller analyse skal gjøres (Kvale & Brinkmann, 2009). Det gjaldt å spørre seg hvordan intervjuene kunne hjelpe meg å utvide mine kunnskaper om de fenomener jeg hadde undersøkt (Kvale & Brinkmann, 2009). For en fenomenologisk studie er det vanlig å analysere meningsinnhold, i følge Johannessen et al. (2010). Man er opptatt av innholdet i materialet, hva informantene har fortalt i et intervju. Mitt mål var å få frem essensen i informantenes opplevelse av å delta i Sensorimotorisk gruppepsykoterapi, slik også formålet med fenomenologiske analyser er (Malterud, 2003).

En god strategi for å oppnå ovenfor nevnte målsetting er i følge Malterud (2003, s. 100) det hun kaller ”Systematisk tekstkondensering”. Analysemetoden er inspirert av den fenomenologisk forankrede psykologen Amadeo Giorgi, men er modifisert av den erfarne kvalitative forskeren og legen Kirsti Malterud (2003). Den er en anvendelig metode for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener beskrevet i et materiale fra flere forskjellige informanter, og for dannelse av nye beskrivelser og begreper (Malterud, 2003). Da jeg var en uerfaren forsker, som trengte en nøye beskrivelse av veien å gå i analysearbeidet, valgte jeg å lytte til Malteruds anbefalinger.

Systematisk tekstkondensering foregår i fire trinn (Malterud, 2003). Jeg gjorde meg til å begynne med kjent med materialet, ved å lese gjennom teksten og danne meg et helhetsbilde, på en åpen måte. Inntrykkene skal først oppsummeres når man har lest alt, mener Malterud (2003). Det var fristende å starte systematisering av inntrykkene under gjennomlesningen, men jeg holdt meg strengt til Malteruds råd. Etter at jeg hadde lest igjennom alle intervjuene, kunne jeg spørre meg selv om hvilke temaer jeg skimtet i materialet. Disse temaene, som bør være av et overkommelig antall (4-8), i følge Malterud (2003), ble listet opp og gitt et

midlertidig navn. Jeg identifiserte 6 temaer, som fikk de midlertidige navnene forståelse og fellesskap, verktøy, overensstemmelse mellom problem og løsning, tøffe tak, trygge rammer og endring.

I den neste fasen startet sorteringen, og relevant skulle skilles fra irrelevant, med temaene fra første fase i tankene. Hver linje i teksten ble gjennomgått med det for øye å klarlegge meningsbærende enheter og tekstdeler, som kunne tenkes å belyse problemstillingen (Malterud, 2003). Samtidig med at de meningsbærende enhetene i teksten ble merket, skulle de systematiseres. Et arbeid som Malterud kaller koding. Dette innebærer at tekstdelene, med utgangspunkt i temaene identifisert i første fase, gis en merkelapp etter deres innhold. Merkelappen skal samle tekstdeler som har noe til felles. Malterud fremhever at man må ha en fleksibel holdning i dette arbeidet. Det bør være rom for å justere både temaer og koder, noe jeg også gjorde, til jeg endte opp med følgende 5 kategorier: Samstemming, Utfordring, under trygge forhold, Kunnskap, Utrusting og Nyskaping. Rent praktisk kan denne andre fasen av analysearbeidet foregå på flere måter. Jeg valgte å følge Malteruds råd om å organisere materialet ved hjelp av en matrise, da en slik så ut til å kunne gi meg en god oversikt. Matrisen finnes som vedlegg til oppgaven.

I analysens tredje fase skulle kunnskapen hver kode representerte abstraheres. Innholdet, det vil si tekstdelene, i de meningsbærende enhetene skulle trekkes ut og sorteres i subgrupper. Subgruppene ble deretter analyseenheter. Fra disse skulle det dannes kunstige sitat, som bar med seg en beskrivelse av det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene. I sitatene skulle informantens egne ord og begreper brukes i det å gjenfortelle og sammenfatte det som befant seg i subgruppene (Malterud, 2003).

I den siste fasen av analysen var sammenfatning nøkkelordet. Kunnskapen fra hver enkelt kode- og subgruppe ble sammenfattet ved å lage innholdsbeskrivelser for hver kodegruppe. Innholdsbeskrivelsene skulle fortelle leseren hva materialet sier om en bestemt side ved studiens problemstilling. Utvalgte sitater ble hentet ut fra de meningsbærende enhetene, for å illustrere beskrivelsene. Beskrivelsene ble til slutt gitt en overskrift, som sammenfattet innholdet i beskrivelsene (Malterud, 2003).

Når de fire fasene nevnt over var gjennomgått, var det tid for validering av funnene (Malterud, 2003). I dette arbeidet kan matrisen brukes. De nydannede beskrivelsenes gyldighet ble vurdert ved å lese materialet horisontalt, deretter vertikalt, for å se på gyldigheten i forhold til kunnskap fra hver enkelt informant. For å styrke valideringsarbeidet lette jeg systematisk etter selvmotsigelser og data som kunne opponere mot mine egne konklusjoner (Malterud, 2003).

3.9. Prosjektleders forforståelse.

I følge Johannessen et al. (2010) møter alle mennesker verden med mer eller mindre ubevisste oppfatninger om virkeligheten, som man bruker til å tolke det som foregår rundt en. Dette gjelder også forskere. Hva forskeren fokuserer på, hvordan det man observerer vektlegges og tolkes, påvirkes av denne ”forhåndsoppfatning”, som også kalles forforståelse.

I fenomenologiske analyser forsøker forskeren, i møte med datamaterialet, å sette sin egen forforståelse og forutsetninger i parentes (Malterud, 2003). Dette for å kunne gjenfortelle, mest mulig objektivt, informantenes opplevelser og meningsinnhold, uten å påtvinge egne tolkninger som fasitsvar. En slik objektivitet fordrer selvsagt refleksivitet hos forskeren, det gjelder i følge Johannessen et al. (2010) å være seg bevisst at man er en utvelgende aktør.

Jeg er utdannet sykepleier, og har mitt daglige virke på en lukket, psykiatrisk akuttavdeling, ved ett av landets fylkessykehus. PTSD er en diagnose som ofte forekommer blant inneliggende pasienter, gjerne i kombinasjon med andre diagnoser. Det er mitt inntrykk at den posttraumatiske stresslidelsen i liten grad arbeides målrettet og systematisk med. Det kan oppleves som om det hersker en håpløshet blant behandlere når det gjelder kurering av denne lidelsen. En slags oppgitthet over sykdommens kroniske karakter, og kanskje også som følge av en brist i troen på effektive behandlingsmetoder?

Min forforståelse når det gjaldt Sensorimotorisk gruppepsykoterapi, var en kanskje naiv, men forventningsfull optimisme. Dette fordi tilnærmingen har en ny og annen innfallsvinkel enn rådende behandlingsformer, nemlig den kroppslige. Tatt pasientenes mange fysiske symptomer ved PTSD i betraktning, var det logisk å tenke at også den terapeutiske tilnærmingen bør svare til disse. Jeg så også positivt på at tilnærmingen tar hensyn til hele mennesket, ikke bare de kognitive og emosjonelle delene.

3.10. Juridiske og forskningsetiske overveielser.

3.10.1. Lovregler.

De lovregler og prinsipper som fremkommer av Helsinkideklarasjonen (2008), Helseforskningsloven (2008), Forskningsetikkloven (2006) og Personopplysningsloven (2000) ble fulgt. Det ble innhentet informerte, frivillige samtykker fra deltakervillige informanter, på bakgrunn av informasjonsskriv forfattet av meg. Informantene ble orientert om deres rett til å trekke sin deltakelse på et hvilket som helst tidspunkt, uten negative konsekvenser for dem selv. Det ble utvist åpenhet og redelighet i prosjektet.

Før samtykkene ble innhentet og datasamlingen begynte, ble prosjektet meldt til NSD, som tok stilling til og mente at godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) ikke var nødvendig. Prosjektet ble definert som et evaluering- og kvalitetssikringsprosjekt, og hadde ikke som hovedformål å samle sensitive opplysninger om informantene. Dette ville automatisk ha utløst et krav om forhåndsgodkjenning fra REK. Underveis i prosjektet ble det sendt én endringsmelding til NSD. Denne gjaldt endring i rekrutteringsmetoden, som redegjort for under punkt 3.3.

For å ivareta informantenes personvern, ble det ikke registrert, koblet eller lagret personopplysninger. Alle opplysninger ble anonymisert. Intervjunotater og lydopptak ble merket med tallene 1-8, og oppbevart i låsbart skap i låst rom, i mitt private hjem.

I resultatpresentasjonen er dataene anonymisert og fremstilt slik at muligheten for avsløring av informantenes identitet i størst mulig grad er utelukket.

3.10.2. Etske hensyn forøvrig.

Forskning som involverer mennesker har også andre etiske sider, enn de nevnt over. I følge Richards og Schwartz (2002) løper deltakere i kvalitative helsefaglige undersøkelser flere risikoer. De mener for det første at prosessen med innhenting av data, ved hjelp av intervju, kan vekke engstelse og uro hos deltakeren. Dette avhengig av personens subjektive erfaringer med undersøkelsesfenomenet, men allikevel et moment det er viktig at forskeren er seg bevisst. Jeg brukte derfor tid på å etablere optimal nærhet under intervjuet, slik Malterud anbefaler

(2003), for at informanten skulle føle seg trygg. Det er videre viktig å istandsette et oppfølgingstilbud til deltakerne (Richards & Schwartz, 2002), slik at stress og uro vekket i etterkant av forskningsdeltakelsen kan tas hånd om på profesjonelt vis. Dette sørget jeg for at behandlingsstedet kunne stå for.

Informanten løper også en risiko for utnyttelse, i følge Richards og Schwartz (2002). Spesielt dersom forskeren er helsepersonell. Deltakeren kan føle seg presset til forskningsdeltakelse, av pliktfølelse eller fordi vedkommende er avhengig av helsepersonellens gode vilje, og dermed frykte og miste denne. Dette kan også føre til at en deltaker sier mer i et intervju enn det han opprinnelig er komfortabel med. For å minimere denne faren fremhevet jeg min rolle som forsker, understrekte prinsippet om frivillighet, og formidlet trygghet om at deltakeren når som helst kunne trekke seg fra studien, uten å frykte negative konsekvenser for egen del.

Forskningsdeltakelse medfører også en fare for å bli mistolket eller feil referert (Richards & Schwartz, 2002). Fortolkningen og gjengivelsen av informantens svar på forskningsspørsmålet kan gi deltakeren en følelse av feil representasjon. En slik feilrepresentasjon kan lede til en følelse av å miste kontroll over egen identitet hos informanten, mener Richards & Schwartz (2002). For å unngå dette, ba jeg kontinuerlig om at deltakerne verifiserte mine tolkninger av deres svar underveis i intervjuene.

Av annen ulempe nevner Richards og Schwartz (2002) belastninger som reising, transportkostnader eller det å slippe intervjueren inn i sitt eget hjem. Jeg lot derfor informantene selv bestemme sted for intervju, og tilbød å dekke eventuelle transportkostnader, for å minimere deres belastninger.

Når det ovenfor nevnte er sagt, skal det tilføyes at forskningsdeltakelse også kan oppleves som en berikelse. Følelsen av å kunne snakke fritt med en interessert lytter kan oppleves godt for deltakerne (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette fikk jeg absolutt inntrykk av var tilfelle for informantene i denne studien. Noe de også ga uttrykk for. Flere fortalte at de gjennom intervjuene hadde fått ny innsikt på viktige områder i deres livsverden, slik Kvale & Brinkmann (2009) også åpner for at forskningsdeltakelse kan gjøre. I tillegg takket flere av informantene meg for å ville forske på temaet kropporienterte tilnæringer til traumepasienter.

3.11. Metodediskusjon.

3.11.1. Pålitelighet og gyldighet.

Begrepene reliabilitet og validitet har sin opprinnelse i kvantitativ forskning, der reliabiliteten (påliteligheten) viser til nøyaktigheten i målingene, og validiteten (gyldigheten) til i hvilken grad det er målt det som var tanken å måle (Johannessen et al., 2010). I kvalitativ forskning får disse begrepene en annen betydning. Ifølge Kvale & Brinkmann (2009, s. 250) dreier validitet i intervjuforskning seg om “hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke”. Valideringsarbeidet bør fungere som “kvalitetskontroll gjennom alle stadier av kunnskapsproduksjonen” (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 254). Gjennom et kritisk syn på sitt arbeid sjekker forskeren feilkildene, og sørger for å hindre ensidighet og vridde tolkninger (Kvale & Brinkmann, 2009). “Reliabilitet har med forskningsresultatene konsistens og troverdighet å gjøre” (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 250).

I dette prosjektet var formålet å undersøke traumepasienters erfaringer med den kroppsbaserte behandlingsmetoden Sensorimotorisk gruppepsykoterapi. Bakgrunnen for dette var personlig, faglig interesse. Metoden er videre relativt ny i Norge og mangler i stor grad egen forskning, selv om den er en kombinasjon av til dels veldokumenterte metoder. Jeg vurderte temaet som relevant og egnet som et masterprosjekt i psykisk helsearbeid. En svakhet i tematiseringen kan allikevel være mangelfull forskning å sammenligne egne funn med. Dette ble drøftet med veileder, og vi kom frem til at det var tilstrekkelig forskning på de ulike delene, som Sensorimotorisk gruppepsykoterapi består av. Mine funn vil dermed ses i lys av disse.

Et kvalitativt forskningsintervju ble valgt som metodisk tilnærming i undersøkelsen. Personlige opplevelser formidles best gjennom fortelling og bruk av egne, frie ord. Det kan nevnes at de erfaringer med Sensorimotorisk gruppepsykoterapi som her legges frem, ikke har statistisk signifikans eller kan generaliseres til populasjonen direkte.

Intervjuene ble gjennomført individuelt. Man kunne også tenke seg at et gruppeintervju, med dets potensial til å mobilisere assosiasjoner hos deltakerne og skape dynamikk, kunne være en egnet tilnærming for innsamling av pasientenes erfaringer. Muligheten til å styre samtalen, stille konkrete og oppfølgende spørsmål ville da vært mindre. Også med tanke på at temaet var av sensitiv karakter, virket individualintervjuer mer egnet. Dette av etiske og rekrutteringsmessige hensyn.

Når det kommer til studiens utvalg, ble en strategisk utvelgelse benyttet. Utvalget er dermed basert på hensiktsmessighet, slik utgangspunktet er i kvalitative studier, og ikke representativitet, som er vanlig i kvantitative studier (Johannessen et al. 2010).

Målgruppen besto av personer med feltkunnskap, og var egnet som informanter. Gruppen besto av mennesker som har opplevd traumatiske hendelser og har traumeproblematikk. Primært personer diagnostisert med PTSD, men også individer som per tiden ikke oppfyller alle kriteriene. Informantene hadde gjennomført Sensorimotorisk gruppepsykoterapi siste halvannet år. Resultatene må ses i sammenheng med målgruppen. Resultatene gir kun svar på hva den undersøkte gruppens opplevelser generelt er, og gir ikke detaljerte svar, basert på ulikheter i symptombelastning, traumehistorie eller tilleggsdiagnoser.

En variasjonsbredde i utvalget ble planlagt. Dette for å kunne beskrive flere nyanser av det fenomenet studien hadde til hensikt å undersøke. Rekrutteringen av deltakere tillot, som tidligere nevnt, ikke den planlagte utvelgelsen av et mangfold. Kanskje var dette ikke så uheldig allikevel, da for stor variasjon i utvalget også kan gjøre det uklart hva og hvem resultatene egentlig er gyldige for.

Den vanskelige rekrutteringen kan videre vekke mistanke om at de som sa seg villige til å delta i studien, var ressurssterke personer. Kanskje kan de også ha vært i stand til å nyttiggjøre seg behandlingen på en annen måte, enn mindre ressurssterke pasienter, og på den måten være en gruppe med overvekt av positive erfaringer. Drop out pasienter er heller ikke blitt hørt i denne studien.

Utvalget er lite og hentet fra samme behandlingssted, dog fra 2 ulike kurs og med forskjellige kursansvarlige. Når det gjelder utvalgets størrelse, så er ikke dette det avgjørende prinsipp i kvalitative studier. Selv én informant kan være nok i intervjuforskning, så lenge hensikten er å forstå deltakerens livsverden, mener Kvale & Brinkmann (2009). For store utvalg kan også medføre at "materialet blir uoversiktlig og analysen overfladisk" (Malterud, 2003, s. 62). Samtidig er det i mindre prosjekter vanlig med 10-15 informanter, i følge Johannessen et al. (2010). I denne studien har tid, ressurser og metningspunktet sett opp i mot et avgrenset antall forskningsspørsmål vært det styrende, slik Malterud (2003) råder en til. Etter det fjerde intervjuet spirte en mistanke om metning, de to siste intervjuene bekreftet dette.

En studies gyldighet og pålitelighet påvirkes av i hvilken grad forskeren har forvaltet sitt etiske ansvar (Malterud, 2003). Forskningslover og regler er blitt fulgt, og det var viktig for meg å etablere og informere om en beredskap, dersom intervjuene skulle vekke psykisk uro og reaksjoner i pasientene. Dette gjorde det, meg bekjent, ikke.

Gjennomføringen av intervjuene fant sted på behandlingsstedet. Dette etter ønske fra informantene, da de følte seg trygge der. En slik kontekst kan ha både ulemper og fordeler. En lojalitet til behandlingsstedet kan ha påvirket deltakernes nøytralitet. Samtidig fikk man ikke inntrykk av dette, da de også delte med seg hva de skulle ønske var annerledes med kurset, og hva de opplevde som negativt. Fortrinnet med å gjennomføre intervjuene på et kjent og trygt sted for informantene, var at de så ut til å slappe godt av, var åpne og engasjerte i samtalen. Dette medførte et svært rikt datamateriale.

Samtalens ramme bestemte hva informantene svarte på og fortalte om. Det vises til intervjuguiden hva angår hvilke spørsmål som ble stilt, og hvilke som ikke ble reist. Ledende og ensidig fokuserte spørsmål ble forsøkt unngått, ved hele tiden å stille åpne spørsmål. Jeg forsøkte også å vise en nøktern holdning under intervjuene, for å beholde en distanse og nøytralitet, men uten at den gikk utover den optimale nærheten man er avhengig av for å gjøre deltakerne trygge og meddelsomme.

Enhver samtale innebærer videre en mulighet for misforståelser (Kvale & Brinkmann, 2009). Bruk av ord og uttrykk er forskjellig fra menneske til menneske. Dette ble ivaretatt i løpet av intervjuene, og informantsjekk ble benyttet i utstrakt grad, ved for eksempel å spørre: "Er det riktig av meg å forstå deg dithen at...". For å forbedre tolkningenes gyldighet ytterligere, kunne også utskrift av transkriberingen vært sendt til informantene for kontroll og uttalelse. Dette ble av tidshensyn ikke gjort, og kan ses som en svakhet ved studiens validitet.

Man fikk ikke inntrykk av at informantene hadde andre hensikter enn å snakke sant under intervjuene. Evnen til å huske tilbake ble dog kommentert av flere. På den måten at det for noen var over ett år siden de deltok på kurset, og selv kommenterte at de måtte konsentrere seg for å huske. Dette kan ha påvirket påliteligheten, men deltakerne ga inntrykk av at de husket godt. Til hjelp fikk de utlevert en oversikt over temaene de tolv gangene kurset besto av. Dette kan ha styrt deres fokus noe. Samtidig ble det til stadighet stilt åpne spørsmål som ikke hadde med de enkelte temaene å gjøre.

Dataene til denne studien er samlet inn på en samvittighetsfull måte, slik Malterud (2003) råder en til, for å øke undersøkelsens reliabilitet. Det var god og klar lyd på alle opptakene, noe som sikret en komplett transkribering. Til tross for nøyaktighet i transkripsjonen, vil alltid tegnsetting og øynene som leser utskriften spille inn på tolkningen (Kvale & Brinkmann, 2009).

Transkriberingen ble utført av meg. Dette styrker validiteten (Malterud, 2003), som redegjort for under punkt 3.7.

Under hele studien måtte jeg være min forforståelse bevisst, og systematisk motarbeide dens trang til bekreftelse. Formålet med studien var ikke å få min forforståelse stadfestet, men å oppdage og synliggjøre pasientenes opplevelser av å delta i en SP-gruppe. Dette ble søkt gjort blant annet ved å stille åpne spørsmål i intervjuene, samt unngå å stille utdypende og inngående spørsmål, dersom ikke informantens svar ga grunnlag for det. Jeg forsøkte videre å sørge for balanse i datamaterialet, ved direkte å spørre etter både positive og negative opplevelser, dersom ikke informantene oppga slike på eget initiativ. I analysen så jeg meg tilbake, og forsøkte kontinuerlig å oppdage eventuelle skjulte agendaer i opprettelsen av koder, samt i valg av kriterier for hvilke tekstdeler jeg fant interessante og ikke.

Det ovenfor nevnte til tross, selv ikke en reflektert holdning vil være tilstrekkelig for å sikre objektivitet (Malterud, 2003). Objektivitet er et uopnåelig mål (Malterud (2003), og jeg kan ha bidratt med den forventningsfulle optimismen jeg hadde i forkant av undersøkelsen. Samtidig var det stor grad av konsensus blant informantene, og resultatene var relativt entydige og opplagte. Dette styrker validiteten. En annen faktor som kunne styrket studiens validitet, er om flere, for eksempel min veileder, hadde lest utskriftene av intervjuene, og sagt seg enig eller uenig i kategorier og funn. Dette er ikke gjort i denne studien, og kan regnes som en svakhet.

En innvending mot studiens reliabilitet og validitet kan være min manglende erfaring som forsker. Jeg kan ha gått glipp av viktige momenter både under intervjuene og i analysen som følge av dette. Samtidig har nybegynnerrollen gjort meg spesielt oppmerksom og interessert i å gjøre ting riktig.

Jeg foretok to prøveintervjuer. Disse ga meg god og nyttig erfaring som intervjuer. Denne erfaringen styrket meg i forskerrollen, og førte til at jeg klarte å samle inn et fyldig datamateriale.

Jeg har etter beste evne forsøkt å gi leseren innsikt i de betingelsene som den fremlagte kunnskapen er utviklet under, slik Malterud anbefaler (2003). Dette kalles intersubjektivitet (Malterud, 2003). Det er allikevel en mulighet for at jeg ikke har lyktes fullstendig med dette arbeidet, og at leseren vil sitte igjen med enkelte spørsmål. Dette må jeg i så fall lære av.

“En vanlig innvending mot intervjuforskning er at det er for få intervjupersoner til at resultatene kan generaliseres”, skriver Kvale & Brinkmann (2009, s. 265). Overførbarhet vil alltid ha sine begrensninger i både kvalitative og kvantitative undersøkelser, mener Malterud (2003). Det har ikke vært hensikten å fremskaffe kunnskap som kan overføres til andre personer eller sammenhenger, men formidle den kunnskap som ble skapt i dialogene mellom meg og de 6 traumepasientene som deltok i studien. Resultatene må ses som deres individuelle opplevelser, og eksempler på hvordan Sensomotorisk gruppepsykoterapi kan erfares av traumepasienter.

4.0 RESULTATER

Gjennom analyse av datamaterialet var det særlig 5 temaer som vokste frem og utpekte seg som relevante og sentrale i forhold til studiens problemstilling. Temaene omhandlet ulike sider av informantenes erfaringer med Sensorimotorisk gruppepsykoterapi. Fra deres personlige opplevelser av å bli utfordret - dog under trygge forhold, til opplevelser av ny forståelse, nye verktøy, harmoni mellom problem og metode, samt endringer og nyskaping. De 5 navngitte og kategoriserte temaene presenteres hver for seg i det følgende.

4.1. Samstemming.

Flere av deltakerne ga uttrykk for stor *begeistring* og *følelse av overensstemmelse* hva angikk den kroppslige vinklingen i SGP. “Det var sånn der WOW. Bare hele kroppen og hele meg sa JAAA, dette er viktig. Dette er viktig for meg. Dette trenger jeg”, sa for eksempel en av deltakerne. “Det er der jeg bor, holdt jeg på å si, sa en annen, og fortsatte: “Det er den som er utsatt for traumer. Og det er det kroppen min som kjenner på, ikke intellektet”.

Det var tydelig at informantene opplevde at behandlingstilbudet tok utgangspunkt i deres virkelighet, og at det var riktig, eller samstemmende, med hva de erfarte som problemet. Harmonien, som de opplevde, mellom problem og løsning, kom også til uttrykk på denne måten:

“Men dette fokuset... Jeg har mye mer tro på det. Det har funket bedre for meg i hvert fall. Fordi at det sitter... det er kroppen som har problemer. Og det er kroppen, i mitt tilfelle, som styrer tankene. Kroppen som utsondrer det som starter... det er kroppen som reagerer på det som setter i gang tankemønsteret. Jeg har opplevd ganske tidlig at det sitter mer i kropp, enn i... mind. Altså, kroppen har mye mer makt enn tankene. Tankene har ikke like mye makt over kroppen. Altså, jeg kan roe meg ned ved hjelp av tankene til en viss grad... men det kommer et vendingspunkt der... hvor hodet ikke er med lenger, tenker jeg. Så jeg har veldig tro på en kroppslig tilnærming. For min del i alle fall”.

Flere av informantene hadde sterke meninger om viktigheten av et behandlingstilbud som inkluderer kroppen. “De må bare ikke finne på å legge ned dette tilbudet, altså”, sa en av dem. På spørsmål om hvorfor dette ble erfart som så viktig, ble - i tillegg til rett adressering av problemet - blant annet behovet for *re-etablering av kontakt med kroppen* oppgitt som årsak:

“Altså for meg, så er det jo det at jeg har jo ikke hatt kontakt med kroppen. Jeg har ikke brydd meg om kroppen, hvordan den har hatt det... jeg har bare sett den som en fiende nærmest... fordi den har reagert så sterkt. Jeg hadde levd i hodet i alle år”.

En annen deltaker uttrykte sitt behov for å gjenopprette kontakt med kroppen slik:

“Det er veldig vagt... og det.. ja, det går veldig over i hverandre, liksom. Hva er føtter og hva er liksom alt nedenfor her (peker på brystkassen)... Det er litt mer sånn tåkeaktig. Så, ja, først og fremst vanskelig å finne språket, og differensiere, liksom.... Og så... ja, skru på igjen, liksom”.

Videre oppga informantene at et sterkt behov for å *integre hode og kropp* lå til grunn for deres opplevelse av et kroppsbasert behandlingstilbud som betydningsfullt. De hadde behov

for å: “Bli helere mennesker”, sa flere av informantene. Dette kom også til uttrykk på disse måtene:

“Altså, jeg er veldig oppmerksom på at jeg driver og skrur kropp og hode sammen. Ja, det å skru hodet fast i kroppen. Så ikke hodet går opp i det overaktive vinduet, det kan veldig fort skje, ikke sant, når man ikke er i kontakt med realitetene...”

“For det som skjer mellom ørene... det er ikke alltid det samsvarer med alt det som skjer nedover i kroppen... Det er jo ikke noe vits i at jeg forstår med hodet, også klarer ikke kroppen å forstå det... den bare løper avgårde. Må liksom koble på de to. For det har noe med å kjenne det på kroppen og da”.

På spørsmål om hvordan deltakerne så på behandlingstilbud mot PTSD som ikke inkluderer kroppen, kom relativt sterke negative tanker til uttrykk: “Man kan ikke løse det med intellektuelt pjatt, altså... det går ikke”. En annen informant uttrykte sin sterke mening slik: “Det er helt merkelig at man ikke har sett dette før, eller tatt konsekvensene av det. Det er helt kriminelt. Det synes jeg er helt... det er... det går nesten ikke an”.

4.2. Utfordring, under trygge forhold.

4.2.1. “Det har virkelig ikke vært en lek, det må jeg si”.

Alle deltakerne ga på ulike måter uttrykk for at de syntes kurset var *utfordrende*. Dette både kognitivt, emosjonelt og fysisk. En av informantene beskrev opplevelsen av å bli utfordret kognitivt på denne måten: “Jeg husker jeg måtte jobbe veldig med å forstå dette med overlevelses-ressurser. Altså, ikke-fordømmende holdning. Den var veldig viktig. En ikke-fordømmende holdning... det var så vanskelig... var *sååå* vanskelig”.

De emosjonelle utfordringene deltakerne ble stilt ovenfor under kurset ble beskrevet som store. Flere påpekte at de slet med nervøsitet, spesielt i begynnelsen av kurset. Dette kom blant annet til uttrykk på denne måten: “de første gangene... mmh... husker jeg ikke så mye av, fordi jeg rett og slett hadde så sterk sånn angst, at jeg slet med å sitte der. Sånn sett kunne jeg vel tatt de første gangene om igjen”.

Sterke emosjonelle opplevelser knyttet til kursets øvelser var videre gjentakende blant deltakerne. En av informantene meddelte seg slik:

“Den her husker jeg, den her stopp. Guri meg, den var sterk altså. Bare sånne enkle håndbevegelser, hvor man setter håndflatene ut for å si stopp, og sette en grense. Åpne de, for å slippe noe inn. Å gjøre det liksom, foran en annen person. Hvor, hvor mye... ehh... språk som lå i det. Og hvor mye en så liten håndbevegelse ga meg kraft, til at ikke bare den andre personen forsto at det betød stopp, men at *jeg* forsto det.....”.

Grenseøvelsene ble løftet frem av flere. Denne informanten beskriver hvordan det ble nødvendig at terapeuten trådte inn under en øvelse:

“Hun oppdaget at jeg ikke sa i fra om mine grenser da. At hun kom for nær meg, også var det helt greit for meg, liksom. Men det var det jo ikke. Men jeg klarte ikke å si i fra om det. Det var bare... altså, kroppen min bare: okey da! Så det er jo sterkt da... å oppdage”.

Også en annen deltaker hadde en liknende opplevelse av ikke å mestre en grenseøvelse:

”Himmel og hav! Du er over førti og du greier liksom ikke dette her fremdeles. Og det var sånn der... Okey, jeg greier ikke å sette grenser, for jeg blir så... jeg får så skrekken at jeg tenker liksom... det er sånn at man går flere dager etterpå... også tenker du - sånn burde jeg gjort, sånn burde jeg gjort og sånn burde jeg gjort. Men akkurat der og da så forsvinner jeg bare ut, og lar kroppen være igjen, og liksom... da liksom greier jeg ikke å sette noen grenser”.

I tillegg til å oppleve øvelsene emosjonelt sterke, erfarte flere av informantene øvelsene som slitsomme. En av informantene ga uttrykk for et ønske om å være bedre forberedt på dette:

“Altså, nå vet ikke jeg om det bare er jeg som ikke fikk det med meg, men jeg visste veldig lite om hva jeg gikk til. Og det hadde kanskje vært greiere å vite. For alt dette skulle være veldig snilt og mildt og sånn, ikke triggende... og jeg... de kanskje

undervurderte hvor slitsomt det kunne være, og at det faktisk var triggende. Så har man kanskje, ja, andre problemer i tillegg... For de øvelsene, de synes jeg... og det var ikke bare meg heller, som syntes at de øvelsene var veldig tøffe”.

En annen beskrev opplevelsen av utmatting slik:

“Det har vært en veldig sterk prosess som settes i gang... fullstendig utmattende. Jeg har kanskje gått og lagt meg 18-19 på kveldene. Og kanskje kl. 20 neste dag. Men det har gått fint altså. Jeg har hatt flaks som har hatt en arbeidsgiver som har latt meg styre litt min egen tid”.

Tempoet på øvelsene og kurset var også noe deltakerne opplevde utfordrende. Flere var av den oppfatning at progresjonen i programmet var for rask. Dette kom blant annet til uttrykk på denne måten: “Jeg tror kanskje det er første gangen jeg har hørt om alt dette her, og jeg synes vel kanskje at det... ehh... ikke før ferdig med en den ene uken, så var det en ny en, og en ny en liksom”. Behovet for tid til å prosessere ble også beskrevet slik: “Det tar ennå tid. Jeg trenger å jobbe enda mer med dette”.

4.2.2. “..., men man lærer det så skånsomt”.

Utfordringer til tross, deltakerne var unisont enige om at terapeutene var dyktige på det å skape trygge rammer. Deres kompetanse, holdninger og atferd ble kommentert positivt av alle, som for eksempel slik: “Det flotte var jo terapeutene, som var så godt skolerte... Også lang erfaring, ikke sant, og innsikt”. “Hyggelige mennesker”, mente en annen, eller som denne deltakeren sa det: “De var så rolige og betryggende. Det hjalp veldig. Måten de pratet på og stemmeleie, og alt sammen”. En fjerde informant fremhevet terapeutenes konsekvente valg på å formulere seg i vi-form som en positiv opplevelse:

“De pratet hele tiden i *vi*, det var aldri *dere*, omkring dette med traumer eller relatert problematikk. Det er en veldig fin holdning, som virket å være viktig for dem, synes jeg. Som de er veldig konsekvente på, men det mener også jeg at er veldig viktig. For det senker garden i denne type gruppe, og... ja, et nytt fellesskap. Jeg synes de uttrykte seg i et menneskelig perspektiv. Det var allmenngyldig, det kan være hvem som helst. Det synes jeg er en fin holdning, som jeg skulle anbefale andre i den situasjonen å ha”.

Alle deltakerne beskrev videre hvordan spesielt to kjøreregler bidro til trygghet for dem:

“En ting som er veldig bra, er at man i gruppesammenheng ikke forteller sin historie, og sine opplevelser. For det kan bli for overveldende. For meg i hvertfall... å skape mer... ehh... vanskeligheter. Enn om man holder sin personlige historie for seg selv. Så deler man det som er felles for oss... at det er kroppen som reagerer, og holder på smerter og minner, men ikke hva spesifikt de minnene er. Det blir i hvert fall for mye å ta inn for meg. Så de er flinke til å stoppe en når man begynner å gå for langt der. Det... det... det er kjempeviktig. Det er kjempeviktig”.

En annen informant uttrykte sin opplevelse av viktig kjøreregel nr. 2 slik: “De anbefaler ikke å binde bånd og sånn, ikke treffes utenfor kursene og sånt... det tror jeg også var viktig”. Det hjalp nok meg i hvert fall, med å holde en viss distanse. Det er bra at man ser det som sin reise. At man skal være selvisk, helt enkelt”.

På direkte spørsmål om hva som var så bra med disse kjørereglene, svarte for eksempel én av deltakerne: “Det ga oss en - jeg får bare snakke for meg selv - ekstrem trygghet”. “Hadde det ikke vært for de trygge rammene, så vet jeg ikke hva som hadde skjedd”, sa en annen.

4.3. Kunnskaping.

Alle deltakerne ga tydelig uttrykk for begeistring hva angikk den psykoedukative delen av Sensorimotorisk gruppepsykoterapi. “De er veldig dyktige på å bygge opp en slags forståelse for hva som hender, og seg selv”, fortalte en av informantene. “Altså, du får så mange aha-oplevelser”, sa en annen. Flere beskrev samtidig undring – endog sinne over at ikke hjelpeapparatet tidligere hadde gitt dem det de opplevde som “livreddende” kunnskap. Forståelsen som undervisningen skapte hadde flere betydninger for deltakerne.

4.3.1. Normalitet og allmenngjøring.

Deltakerne refererte flere ganger til en læresetning de hadde fått på kurset: “Normale reaksjoner på unormale hendelser”. Og en opplevelse av å bli normalisert ble av alle fremhevet som en betydningsfull følge av deres nye kunnskap. “Jeg fikk en forklaring på

hvorfor jeg var som jeg var, eller hvorfor jeg oppførte meg som jeg gjorde... eller reagerte som jeg gjorde... og da var jeg ikke så gal lenger. Jeg var ikke så unormal”, sa en av informantene. “Istedenfor bare å kjenne seg gal, og satt ut, så kan man liksom... forstå hva som skjer”, mente en annen.

På direkte spørsmål om hvorfor det er så viktig å ha den kunnskapen de fikk formidlet, kunne deltakerne for eksempel svare: “Det er jo for å forstå at det ikke er meg som er en fæl person. Som kan tenke så fælt... men at det er noe fysisk som skjer... som er helt naturlig... som alle har”.

Når det gjaldt hvordan de opplevde ikke å ha den kunnskapen de hadde fått på kurset, så ble ord som “Forferdelig” og “Veldig dramatisk” brukt.

I tillegg til å erfare at kunnskapen ga følelser av normalitet, beskrev flere av informantene hvordan den også fremmet opplevelser av universalisering, og hvordan denne opplevelsen virket lettende. “Så skjønnte jeg at alle de andre var like i villrede som meg, og da var det enklere”, fortalte en deltaker. En annen uttrykte det på denne måten: “Så er det det at andre har noe av det samme... man kan kjenne seg igjen... og det er viktig... for jeg har alltid følt meg som en sånn alien”.

4.3.2. Endringsgrunnlag og håp.

I tillegg til å fremme opplevelser av normalitet og allmenngjøring, beskrev flere av informantene hvordan den nye innsikten også skapte et fundament for endring og vekket håp i dem. En av deltakerne forklarte hvordan kunnskap kunne danne et endringsgrunnlag på denne treffende måten: “Da har man liksom basen for å ta riktige valg”. En annen deltaker formulerte seg slik:

“Det var veldig mye som ble tydeligere, og jeg forsto at jeg kunne gjøre noe for å forandre på reaksjonene mine. Når jeg bare så hva de var, og når de dukket opp. Og det var jo... ja, det var frigjørende. Det var frigjørende. Da slapp jeg å sitte fast i en eller annen sånn rolle, på noe vis... Da kunne jeg ta mer styring over kroppen min”.

Alle de 6 deltakerne ga videre uttrykk for at den nye forståelsen - av seg selv og sine reaksjoner - hadde vekket håp i dem. Flere fikk tårer i øynene da de fortalte om dette.

“Når du liksom får landet litt, og begynner å forstå det de prater om... også tenker jeg..., men der er jo jeg. Og endelig, så er det noen som... Nå kan jeg se meg selv i en helhet, også kan jeg plutselig skjønne at andre også ser meg. Og hva jeg snakker om... Altså, hvis jeg sier en ting, så skjønner de hva jeg snakker om. Uten at jeg må forklare så mange ganger. Da følte jeg på en måte at det... ja, jeg fikk et håp, og jeg fikk et håp om at jeg kunne bli noe mer enn bare den umulige personen, som ingen forsto”, meddelte en av deltakerne.

En annen uttrykte hvordan håp vokste frem ved hjelp av kunnskap på denne måten:

“Det er fint å kunne plote en slags forklaring til mønster, som virkelig kan oppleves som at, Herre Gud, men jeg er gal, jeg er ødelagt. Men at da forstår jeg, at okay, det er det her som skjer... og da ser jeg at det finnes... ja, det finnes en håpefullhet i det å forstå”.

En tredje informant fortalte om hvordan alle aha-opplevelsene vekket en gradvis større optimisme og håpefullhet i det hun inne i seg satt og tenkte: “Wow, dette her kan jo fungere”.

Selv om deltakerne i denne studien var enige om de positive følgene av kursets kunnskaping, satte én av deltakerne ord på at ny forståelse og innsikt også kan oppleves negativt. “Redd har jeg alltid vært. Nå har jeg på en måte fått navn på den, og det er det som er ugreit. Før så skjønnte jeg jo ikke hva jeg var redd for. Nå begynner jeg å skjønne det”, sa vedkommende.

4.4. Utrusting.

Et helt sentralt tema i datamaterialet var deltakernes opplevelser med ulike kroppsbaserte mestringsstrategier, som de var blitt lært på kurset. De fortalte om en rekke praktiske øvelser, for regulering av aktivering og affekt, som de også hadde fått i hjemmeoppgave å utføre. Informantene brukte begreper som “konkrete redskaper”, “byggeklosser” og “verktøy” om mestringsstrategiene de var blitt undervist i, som det åpenbart var mange av i slaget.

“Verktøykassen min”, sa en av informantene, “det er ei stoor verktøykasse, som jeg plukker

ut av, når jeg trenger det. Alt ettersom”. Strategier som grunning, forlengelse av ryggrad, pust, bevegelse, sentrering, grensesetting, mindfulness, orientering, romming og kroppsskanning, ble nevnt av informantene.

Deltakerne opplevde relevansen og nyttegraden av de ulike verktøyene svært forskjellig. Alle erfarte minimum ett redskap som hjelpsomt, oftest flere. Informantene trakk frem helt ulike strategier som mest og minst gagnlige for sin egen del. Den ene sa: “Jeg bruker veldig mye bevegelse”, mens den andre kunne si: “Dette med grunning bruker jeg mye...”. Allikevel var mindfulness det verktøyet som hyppigst ble løftet frem, og omtalt positivt. En av informantene sa for eksempel:

“Det med oppmerksomt nærvær, den er spesiell. For det er den som gjør at jeg kan huske på å bruke alle de andre. Ja, jo, helt klart. Det er nøkkelen for meg. Det er den som gjør at jeg kan alltid samle meg... komme tilbake til balansen, komme hjem”.

Ingen av redskapene ble oppfattet som direkte irrelevante av deltakerne. De avviste bestemt denne ideen, alle sammen. En av informantene sa det slik: “Det er ingenting jeg synes var unødvendig å gå innom, altså”. Samtidig oppga flere at noen av øvelsene opplevdes “litt kunstig”. Dette gjaldt særlig stoppsignalet og grenseøvelsen med tau. Flere nevnte også at de ikke hadde hatt så stort utbytte av dette med orientering. Denne forsiktige ytringen var typisk i så måte: “Orientering, ja, det var kanskje litt sånn som jeg personlig ikke har brukt så mye”.

4.4.1. Autonomi.

Flere av deltakerne understrekte fordelene med å kunne ta redskapene de fikk med seg, inn i sine daglige liv. De beskrev hvordan de erfarte at det fremmet deres opplevelse av egenmakt, for eksempel slik:

“Det handler om en eller annen maktfordeling. Ehh... en eller annen... å ta ansvar og makt tilbake til seg selv. Ikke få den utenfra... Jeg har tatt tilbake min styring over min kropp og sjel på noe vis. Eller ikke styring, men mestring av egen kropp og psyke. Det er det å være hjemme, da er jeg hjemme”, sa en av deltakerne.

Flere av deltakerne beskrev også hvordan utrustingen hadde gjort de tryggere og mer selvstendige. Denne beskrivelsen var representativ i så måte:

“For det... når du liksom endelig kjenner noe som virkelig har en virkning i hverdagen... når du virkelig trenger det, ikke sant. Når du kommer ut for noe som trigger en, ikke sant. At du da har... endelig får noe som du kan bruke selv... til å roe ned nervesystemet. I stedet for å ringe til en psykolog, ikke sant... at de skal si de riktige tingene... sånn at du får roet deg ned. Du trenger ikke det. Så det er en helt sånn der... altså, man blir jo mer selvstendig. Og trygg på at dette kan du klare selv. Det er det som er så fantastisk. Fordi jeg har blitt så mye tryggere. Jeg går ikke hos psykolog nå for eksempel. Jeg har de redskapene som skal til for at jeg kan roe ned kroppen, og den forståelsen at det er ikke jeg... Det er ikke meg det er noe galt med, ikke sant. Det er det at jeg blir trigget, det er det. Også prøve og møte det med vennlighet og med de kroppslige ressursene da...”.

4.4.2. Håp.

På samme måte som deltakerne knyttet ny kunnskap til håp, som nevnt under punkt 4.3.2., ble også utrustingen koblet til håp av informantene. Dette på flere måter. Det å kunne frigjøre seg tente håp i noen. Dette ble blant annet beskrevet slik: “Det gir håp om en bedre fremtid for meg, altså, det å kunne være sin egen ressurs. Ikke være avhengig av andre. Kjempe... ja, det er bare fantastisk det jeg har lært, føler jeg. Det med SP og mindfulness og sånn... fantastisk”. Oppdagelsen av kroppen som et gode, og verktøy til regulering av sinnet vekket håp i andre:

“Ehh... den opplevelsen jeg fikk etter hvert da... fordi at vi fikk sånne øvelser som vi skulle ha med oss hjem, og øve hjemme. For jeg har liksom ikke hatt kontakt med beina da... Også har jeg jo tidligere øvd på sånn å ha beina godt plantet i gulvet, ikke sant. I gruppe og sånn, men jeg har ikke kjent noen virkning. Og forskjellen der var jo at vi skulle gjøre disse øvelsene hjemme... og trene... at det var viktig å øve på de... og da, etter hvert, så begynte jeg å kjenne noe, ikke sant... og etter hvert, så kom også virkningen psykisk. At liksom jeg kunne... altså, jeg skjønnte at jeg kunne bruke kroppen som en ressurs. At ikke kroppen bare var en sånn som fikk angst, og jeg ikke kjente, og var bare noe som jeg ikke kunne kontrollere nesten, ikke sant. Men at jeg kunne bruke den for å roe ned sinnet. Det var fantastisk å oppleve. Jeg har ikke opplevd det før”.

En følelse av lys i tunnelen ga håpet tilbake i atter andre:

“... for jeg var ganske oppgitt egentlig, da jeg kom inn i den her gruppen. Jeg følte at det ikke fantes hjelp å få. Og at dette var siste sjansen, på et vis. Og at jeg var veldig oppfylt av håpløshet... jeg visste ikke hvordan jeg kunne bli bra, liksom. Eller hva skal til, liksom. Jeg har prøvd så mye. Masse medisiner og alt ble jeg bare dårlig av. Så jeg fikk tilbake litt av håpet. Over at det finnes en vei å gå. Og at det finnes muligheter for meg selv, å hjelpe meg selv. Det er sikkert et livslangt arbeid, men... mm... at det går”.

4.4.3. “Man må øve på det”.

Selv om alle deltakerne erfarte minst ett redskap som hjelpsomt for egen del i løpet av kurset, beskrev samtlige hvordan de opplevde at mestringsstrategiene krever øvelse, og at integrering av ny læring tar tid. “En ting er å gjøre det her, en annen ting er, på en måte, å få det til å bli en læring, som jeg kan ta med meg ut i dagliglivet”, sa en av informantene.

Å huske mestringsstrategiene når deltakerne var som mest plaget, var utfordrende for flere. En er referert til tidligere. Vedkommende fortalte da at det var av denne grunn at mindfulness ble høyest verdsatt, da den bidro til at man kunne samle seg, og huske på verktøyene. En annen deltaker beskrev utfordringen med å bruke verktøyene når behovet kanskje er størst slik:

“Jeg er nok en angstfull person dann og vann, som spinner avgårde. Og da, det der, det blir litt vanskelig inne i mellom... Det er nok vanskelig å komme på det, når jeg sliter som verst... Selv om jeg ser det i ettertid, når ting roer seg, at da skulle jeg liksom ha... tenkt litt mer på det... for da erfarer jeg jo egentlig at jeg ikke blir så fort anspent... He he... det hadde jo egentlig vært mye greiere hvis jeg hadde greid å bruke det mer”.

En annen deltaker beskrev hvordan øving ble erfart som nødvendig for å oppleve virkning:

“Man må bare bruke de øvelsene, ikke legge de bort, men... og det var veldig godt på det kurset, at vi fikk hjemmeoppgaver. Det opplevde jeg helt nødvendig. For at jeg skulle merke virkningen... ellers så hadde jeg ikke merket noe virkning, tror jeg. Man må øve på det. For de første gangene jeg gjorde det, så kjent jeg ingen virkning, ikke sant. Man må øve mye på det, for at... kroppen er ikke... jeg tror det var 40 000

ganger eller sånn, jeg, at man må ha gjort det... for at man skal lære... At det må repeteres... Det var veldig mye i hvert fall. Så det med å øve... ehh, ja”.

Flere deltakere ytret videre bekymring for fremtiden, og for hvordan de skulle evne og integrere den nye lærdommen på egenhånd etter kurset. Denne ytringen var representativ i så måte:

“Ja, altså, jeg hadde gjerne fortsatt, ett semester til. Ja, eller, det føles ikke... altså, jeg synes at det var veldig grundig og veldig bra, men det er litt... litt optimistisk å tro, at vi i den her gruppen, skal klare oss selv nå. Mmm... Det synes jeg faktisk. Og jeg er veldig redd for... for hvordan jeg skal integrere det her, og fortsette... på egenhånd. Så... for det er såpass sentral... og... det er et utrolig vanskelig emne altså. Og bare... alle de her instinktene vi har... De er kjempevanskelige å få tilgang til. Og har man vært så heldig, som jeg kjenner meg, som har fått litt innsikt i det, så tror jeg det tar år å trene det bort. At man skal tro at det går an å snu på tre måneder, det føles litt optimistisk, synes jeg”.

4.5. Nyskaping.

Alle deltakerne ble på slutten av intervjuene bedt om å beskrive hva det å delta i Sensorimotorisk gruppepsykoterapi har betydd for de personlig. Negativt og/eller positivt. Deltakernes svar var mange og fyldige, og det ble både naturlig og nødvendig å dele de opp i 4 subgrupper, som presenteres hver for seg under.

4.5.1. Holdningsendring.

Flere av deltakerne opplevde å ha fått et nytt syn på livet gjennom sin deltakelse i SGP. Ny tro og nytt håp ble oppgitt som tilgrunnliggende faktorer for dette. “Selv om det ikke alltid går så bra, så synes jeg at jeg har den lille verktøykassen for å ha tro på at jeg kan håndtere de fleste situasjoner”, sa for eksempel en av informantene. Vedkommende fortsatte: “Det føles som om jeg har en dypere forankret tro på... min egen mulighet til å hjelpe meg selv, helt enkelt”. En annen deltaker beskrev sin nye holdning slik:

“Jeg tror jeg ses på av andre som en veldig ressurssterk person. Selv føler jeg meg helt udugelig og ødelagt, og virkelig sånn at jeg ikke kommer ikke til å kunne ordne opp.

Jeg kommer ikke til å klare å leve, det går ikke. Også nå føler jeg at det skal faen meg gå, med litt hardt arbeid, liksom”.

Tre av informantene gikk så langt som til å knytte deres deltakelse i gruppen til forskjellen mellom liv og død. Den ene sa at deltakelsen hadde betydd “Alt. Jeg hadde ikke levd hvis jeg ikke hadde hatt den”. En annen sa: “Den redder liv”, og en tredje meddelte seg slik: “Altså, skal jeg være helt ærlig, så føles det virkelig som om det har betydd alt, synes jeg”.

Foruten en ny livsholdning, beskrev flere av deltakerne forhold som kunne tyde på at de også hadde fått en ny og mer vennlig holdning til seg selv. “Jeg er snillere med meg selv, tror jeg, generelt sett”, uttrykte en av informantene det. “Jeg aksepterer mye mer. Jeg er ikke så sint på meg selv, for alle disse dumhetene mine, liksom. Man kan ikke bli sint på seg selv for at man får angst”, sa en annen.

Den nye holdningen til seg selv, hadde også ført til en annerledes innstilling ovenfor andre mennesker, mente flere av informantene. “Jeg ser sammenhengen mellom selvførdømmelse og fordømmelse... ikke sant, dette her med å... eh.. en forutsetning for ikke å ha en fordømmende holdning, er at en ikke er selvførdømmende, altså”, sa en av deltakerne. En annen uttrykte det slik: “Når man er mer vennlig mot seg selv, så er man også vennligere innstilt ovenfor andre, ikke sant. Så jeg ser på dem... ser mer deres vennlige side også...”.

4.5.2. Atferdsendring.

Alle deltakerne oppga spirer til og/eller ny atferd som en konsekvens av deres deltakelse i Sensorimotorisk gruppepsykoterapi. Disse endringene var av svært individuell karakter, men bar alle preg av selvivaretagelse. Deltakere fortalte om at de nå har begynt å ta seg “en hvil” midt på dagen, “har blitt flink til å låse døra” og være mer avgrensede i forhold til hvilke oppgaver de tar på seg. Når det gjelder sist nevnte beskrev en av informantene det slik:

“Ja, for henvendelser om å... ehh.. hjelpe mennesker med ting, som de synes jeg er så flink med... og så si; vet du hva? At jeg kan hjelpe deg med det, og det, og det. Jeg kan gi deg tips om det og det, men jeg kan ikke gå inn å ta oppgaven, altså”.

En annen deltaker beskrev hvordan vedkommende har begynt å bruke handlevognen som beskyttelse når hun er ute og handler:

“Ehh... altså, når jeg... altså, jeg er ikke så veldig glad i å gå i butikk. Jeg går ikke i butikk hjemme, men jeg har én butikk som jeg føler meg trygg i. Og da tar jeg ofte den største handlevognen, for at da kan jeg ha den på utsiden av meg. Altså, da er jeg mellom hylla og vogna, så da behøver jeg ikke føle at jeg har noen oppe på meg hele tiden. For jeg skvetter mye og... jeg liker ikke at folk kommer bakfra... det er trigger for meg... så da bruker jeg den som en slags beskyttelse. Passer den litt på meg. Det er en sperre, da. En grense”.

Atferdsendringer som indikerte at deltakerne hadde begynt å ta i bruk verktøyene de var blitt lært ble også beskrevet. En av informantene hadde begynt å “puste hele dagen”. En annen sa at vedkommende nå “begynner å fange opp symptomer på at kroppen begynner å stenge ned”, for deretter å forsøke “bare å vekke den isteden”. En tredje deltaker delte med seg hvordan bevegelse hadde blitt et handlingsalternativ på denne måten:

“Jeg har lett for å fryse, når jeg blir så veldig redd. For da skal liksom ingen legge merke til meg. Så hvis jeg kan drive og bevege litt på meg da, og bare være klar over at det faktisk går an... Du trenger liksom ikke å late som om du er en liten mus, som ikke skal bli sett for katten... Det liksom går an å lee litt på seg”.

4.5.3. Individuell symptomendring.

Deltakerne fortalte alle om forandringer i deres personlige symptombilde etter kurset. Symptomendringene var mange, men kretset rundt særlig 6 temaer, hvorav integrasjonskapasitet var ett av temaene. Flere av deltakerne opplevde at denne var blitt bedre. “Kroppen har fått en sjanse og kommet litt mer i balanse på noe vis. Toleransefeltet er utvidet, helt enkelt”, sa en av informantene. Også i sine nivå på angst og stress opplevde deltakerne endring. “Altså, jeg har et mye mindre konstant stressnivå i kroppen. Altså, indre uro... og... så... aktiveringsnivået er lavere”. En annen fortalte om hvordan vedkommende etter kurset har redusert sine angstanfall slik:

“Jeg vet ikke om det er det de kaller panikkangstreaksjon..., men... eh... sånn type anfall har jeg ikke hatt siden kurset. Kanskje en gang eller noe, men på langt nær sånn som før, hvor jeg kunne få det ofte. Fordi jeg kjenner at...at nå kan det være på vei, også bruker jeg en av metodene før jeg kommer dit”.

Flere fremhevet videre at deres evne til å huske, konsentrere seg og være mentalt tilstede hadde bedret seg. “Alt svirret litt og jeg levde litt i det.. og..ehh.. ja, det å miste tid og sånn, det har det blitt mindre av. Det der med at plutselig, hvordan kom jeg hit da, liksom”, sa en av informantene. Andre påpekte at deres bevissthet om- og kontakt med kroppen hadde forandret seg. En deltaker skildret det slik: “Jeg er mye mer bevisst hele meg, liksom. Jeg vet hvor jeg har føttene mine. Jeg kan kjenne når jeg har vondt i en fot... eller... ja... kjenner mer”.

Også endringer i energinivået ble beskrevet av flere. Disse ble alle koblet til pusten, for eksempel på denne måten: “Og det med pusten, at den gir energi.. jeg blir mindre sliten. Jeg merker det på jobb...at jeg blir mindre sliten”.

4.5.4. Nye mestringsopplevelser.

Da deltakerne på slutten av intervjuene ble bedt om å beskrive hva det å delta i Sensorimotorisk gruppepsykoterapi har betydd for de personlig, var også nye mestringsopplevelser blant svarene. Det kunne dreie seg om å gå gjennom kontoret uten å bli svimmel, holde en forelesning, takle en nærstående persons bortgang, gå til tannlegen eller stille til intervju. To av deltakerne trakk frem deres evne til å ha kontakt med menn igjen som en helt ny opplevelse av mestring. “Jeg har blitt forelsket”, sa den ene. Vedkommende fortsatte: “Ja, og det trodde jeg ikke skulle skje igjen noen gang. Det trodde jeg... nei... jeg var så trigget av å... nei, nærheten av en mann... men det forsvant. Det er utrolig”.

Den andre fortalte om sin nye mestringsopplevelse på denne måten:

“Etter at jeg begynte... etter det kurset... eh... For eksempel, så har jeg ikke tidligere klart å ha kontakt med menn, for eksempel... Altså, det har vært en trigger for meg... blitt så nervøs og redd... men jeg har da vært på ett par dater... he he... fordi, nå kan jeg bare være meg selv, ikke sant... men det har ikke blitt noe da. Det har ikke blitt noe forhold, men det at jeg kan sitte og snakke... å ta en kaffe. Tidligere... hadde ikke klart det”.

En tredje informant fortalte om hvordan hun opplevde bedre å mestre at barna hadde med seg venner hjem:

“Hvis det er veldig mye folk hjemme hos meg, jeg har flere barn, og det hender at det dukker opp flere enn det jeg er klar for i hodet, men så tenker jeg som så, at, ja, okey, det er vennene deres, de må bare få lov... Og da, i stedet for å ergre meg mer, så hender det at jeg setter meg i sofaen, også planter jeg bena godt nede i, også prøver jeg å finne litt ro da... da kjenner jeg liksom på bena. Kjenner at jeg har teppe under meg og... Da får jeg ro, da kan jeg sitte litt, uten å bli stressa”.

5.0 DISKUSJON

Jeg har funnet det mest ryddig å diskutere funnene hver for seg. Dette med unntak av “Kunnskaping” og “Utrusting”, som er slått sammen til ett punkt, da disse gjerne omfattes av samme forskningslitteratur.

5.1. Samstemming.

Flere av deltakerne i denne studien ga uttrykk for stor begeistring og følelse av overensstemmelse hva angikk den kroppslige vinklingen i SGP. Utsagnet: “Det var sånn der WOW. Bare hele kroppen og hele meg sa JAAA, dette er viktig. Dette er viktig for meg. Dette trenger jeg”, var representativt i så måte.

Klientenes tro på at et kropporientert arbeid er viktig i traumebehandling, kan vi finne igjen i Prices (2005) effektstudie av kropporientert terapi til pasienter utsatt for seksuelt misbruk som barn. I den kvalitative delen av undersøkelsen oppga 12 av 12 at de trodde tilnærmingen hadde hatt innflytelse på deres bedringsprosess.

Deltakernes følelse av samstemming vil, i lys av den senere psykoterapiforskningen, som i økende grad vektlegger samarbeidet mellom klient og terapeut (Rønnestad & von der Lippe, 2009), være et godt utgangspunkt for et gunstig terapeutisk resultat. Begeistring kan, med utgangspunkt i Bordins alliansebegrep, der samarbeid og enighet om oppgaver for å nå målene er én av tre utgjørende deler (Bordin, 1994), tolkes som enighet om veien til målet. En slik enighet mellom klient og terapeut vil kunne påvirke alliansens styrke positivt, og dermed

også det terapeutiske resultat (Horvath, 2001). Det er også her et poeng at klientens skåring av alliansen synes å ha sterkere prediksjon av det terapeutiske resultatet, enn terapeutens (Bedi et al., 2005). Klientens oppfatning av alliansen er derfor av stor betydning. Dette også i lys av prinsippet om medvirkning, som er et grunnleggende prinsipp i folkehelsearbeidet (Folkehelseloven, 2011).

Ser man funnet i et salutogenetisk lys, vil deltakernes følelse av overensstemmelse kunne tolkes som at den kroppslige vinklingen i SGP ga mening for deltakerne. En slik opplevelse av meningsfullhet vil, i følge Antonovsky (1979), virke som en motiverende faktor for klienten. Klienten vil oppleve oppgaven verdt å engasjere seg i, og dermed mobilisere sine ressurser. I motsatt fall kan immobilisering, og mulig drop out, bli tilfelle. Vi kan få en fornemmelse av faren for immobilisering når en av deltakerne kommenterer ikke-kroppsbaserte tilnærminger på denne måten: “Man kan ikke løse det med intellektuelt pjatt, altså. Det går ikke”. Et slikt utsagn vitner om liten tro og svak opplevelse av meningsfullhet, og vil kunne svekke både alliansens styrke og klientens OAS. Dette ettersom opplevelse av meningsfullhet er en av kjernekomponentene i OAS. En opplevelse av mening vil derimot styrke klientens OAS, hvilket kan bedre klientens mulighet til å håndtere stressfylte situasjoner, og dermed dens status på helsekontinuumet (Antonovsky, 1979). Å fremme helse på denne måten, kan sies å være i tråd med regjeringens mål om et mer helsefremmende samfunn (Meld. St. 34 (2012-2013), 2013).

På direkte spørsmål om hvorfor kroppsfokuset oppleves så viktig, svarte en av deltakerne: “Jeg følte at jeg trengte å flytte inn i kroppen”. En annen sa: “Det er der jeg bor”: Slike utsagn kan vitne om at klientene har gått med en lengsel etter integrasjon og forening med sine kropper. Flere oppga også at de ønsket å bli “helere mennesker”. Dette kan forstås som et behov for å komme vekk fra dualisme, hvor kropp og sinn skilles fra hverandre, og mer over i en fenomenologisk forståelse av kropp og sykdom, som den franske filosofen Maurice Merleau-Ponty tok til ordet for (Råheim, 2002).

En tredje informant mente at kroppsfokuset er viktig: «Fordi at det sitter ... det er kroppen som har problemer. Og det er kroppen, i mitt tilfelle, som styrer tankene». Et slikt utsagn kan tyde på at klientene erfarer det prinsipp som SP er fundert på, nemlig at hjernen er hierarkisk organisert, og at «integreerte høyere kognitive funksjoner er utviklet fra - og avhengig av

integrasjonen av lavere systemer, som det limbiske og reptile, og på sensorimotoriske erfaringer (Ogden, Pain & Fischer, 2006, s. 5, min oversettelse).

Til tross for at informantene i denne studien opplevde den kroppslige vinklingen som samstemmende og meningsfull, må man ha i minne, at hva et menneske finner meningsfullt, er en individuell sak. Dette vil derfor variere, også for traumepasienter. Dette må man være åpen for, og overlate til fremtidig forskning å gjøre klart og nærmere rede for.

5.2. Utfordring, under trygge forhold.

Tross opplevelser av samstemming, ga deltakerne i denne studien tydelig uttrykk for at de opplevde SGP som utfordrende. Det er naturlig å tolke utsagn som “Det har vært en veldig sterk prosess som settes i gang” og “Det har virkelig ikke vært en lek”, dithen. Til tider var utfordringene så store for noen, at de hadde problemer med å huske de første gangene av kurset. Dette fordi angsten var så stor, at de rett og slett «Slet med å sitte der». “Sånn sett kunne jeg vel tatt de første gangene om igjen”, var det en av deltakerne som sa.

I følge Antonovsky (1979) og den salutogenetiske modell, kan det å utsettes for press være utviklende for oss mennesker. Dette forutsetter imidlertid at individets ressurser er tilstrekkelige i møte med stressorene underveis, i det aktive samspillet av krefter, som avgjør hvor på helsekontinuumet man til enhver tid befinner seg.

Deltakernes uttalelser kan tyde på at utfordringene de ble stilt ovenfor på kurset, skapte spenningstilstander som informantene i noen tilfeller håndterte, andre ikke. I dette informantutsagnet ser vi et eksempel på det første: «Og hvor mye en så liten håndbevegelse ga meg kraft til at ikke bare den andre personen forsto at det betød stopp, men at jeg forsto det...». Her skildres hvordan utfordringen ble håndtert og ga kraft. Denne kraften, vil kunne skape en bevegelse i positiv retning på kontinuumet av helse. Dette selv om det hørte til historien at: «...den var sterk, altså».

I andre tilfeller, kan det tyde på at utfordringene overgikk informantenes ressurser. Å ha «så sterk sånn angst» at man sliter med å sitte på stedet, og ikke husker noe fra de første gangene av kurset, kan sies å være et eksempel på dette. At terapeuten må trå inn under en øvelse, fordi «Jeg greier ikke å sette grenser», et annet. I slike tilfeller vil klientenes opplevelse av håndterbarhet og OAS svekkes, hvilket, i følge Antonovsky, kan gi deltakerne et puff mot den

delen av kontinuumet hvor sammenbrudd i helsen befinner seg. En bevegelsesretning som selvsagt er uheldig i en behandlingssammenheng. Dette også sett i lys av teorien om toleransevinduet, hvor det optimale nivået - og hvor utvikling best kan finne sted - anses å være mellom hyper- og hypoaktivering (Siegel, 1999). Et angstnivå på høyde med eksempelet gitt over, kan ikke sies å være innenfor et slikt vindu av toleranse, og en fare for drop out vil her kunne være tilstede.

En svekket opplevelse av håndterbarhet hos klienten kan også medføre at alliansen settes på strekk. Dette da enigheten om måten å arbeide med problemene på, trolig oppleves liten for klienten, i slike tilfeller. Å sette alliansen på strekk er spesielt viktig å unngå tidlig i terapien, da forskning viser at det er da alliansen er som mest sårbar (Safran, Muran, Samstag & Stevens, 2001).

På den annen side, kan arbeid med alliansebrudd virke terapeutisk i seg selv, og der terapeuten evner å adressere spenningene når de oppstår, bedres alliansen (Safran et al., 2001). Det er, i følge Safran et al. (2001), også bevis for at å gå gjennom en periode med svekket allianse, etterfulgt av forsterket allianse, gir like gode, om ikke bedre resultater, enn stabile eller jevnt økende alliansemålinger.

Flere deltakerutsagn kunne tyde på at terapeutene hadde klart det balansestykket det er å sørge for at tross utfordringer, så endte klientene opp på den positive siden av helsekontinuumet. Dette ved hjelp av sin kompetanse, holdninger, atferd og oppsett av kjøreregler, som i følge informantene var med på å skape tilstrekkelig grad av trygghet. "De var så rolige og betryggende. Det hjalp veldig", sa en av informantene. "Hadde det ikke vært for de trygge rammene, så vet jeg ikke hva som hadde skjedd", sa en annen. I den siste uttalelsen kan det synes som om deltakeren selv trekker opp den syltynne linjen mellom å håndtere og ikke håndtere, og at terapeutenes evner til å skape et trygt behandlingsklima ble den avgjørende faktoren for utfallet.

Betydningen av terapeutenes relasjonelle ferdigheter og terapiens struktur for utfallet av en behandling, støttes av teorien om fellesfaktorer, og den siste psykoterapiforskningen (Wampold, 2001; Horvath, 2001). Lambert (1992) mener at hele 30 % av variansen i et behandlingsresultat kan tillegges det terapeutiske forholdet. Også mer avansert forskning, på hva som har betydning for det terapeutiske resultatet, viser at det som kalles

“terapeuteffekter” forklarer mellom 6 og 8 prosent av variansen (Huppert, et al., 2001; Wampold & Brown, 2005; Kim, Wampold & Bolt, 2006).

5.3. Kunnskaping og utrusting.

To helt sentrale funn i denne studien er deltakernes erfaringer med SGP som kunnskaping og utrustende. “De er veldig dyktige på å bygge opp en slags forståelse for hva som hender, og seg selv”, sa en av informantene, og refererte her til terapeutene. Deltakerne opplevde videre å ha fått “konkrete redskaper, “byggeklosser” og “verktøy”, til bruk i møte med sin lidelse.

I lys av den salutogenetiske modellen, kan det første utsagnet tyde på at deltakerne, ved hjelp av den psykoedukative delen av kurset, hadde utviklet en økt begripelighet. Begripelighet er den kognitive faktoren i OAS, og referer til i hvilken grad man oppfatter stimuli, indre og ytre, som fornuftsmessige, fattbare hendelser (Antonovsky, 1979). En forsterket begripelighet vil styrke klientens OAS, og kunne gi klienten bedre mestring og helse.

At økt begripelighet kan ha en tilfriskende effekt, kan vi få et inntrykk av ved hjelp av denne informantens meddelelse: “Jeg fikk en forklaring på hvorfor jeg var som jeg var, eller oppførte meg som jeg gjorde, ... og da var jeg ikke så gal lenger. Jeg var ikke så unormal”. Deltakernes opplevelser av ikke å ha kunnskapen de fikk på kurset, som “Forferdelig” og “Veldig dramatisk», vitner om at mangel på begripelighet kan ha den motsatte virkningen.

Begripeligheten hadde også en universaliserende betydning for klientene. Dette kom blant annet til uttrykk på denne måten: “Så er det det at andre har noe av det samme... man kan kjenne seg igjen... og det er viktig... for jeg har alltid følt meg som en sånn alien”.

I et salutogenetisk lys, vil både opplevelsen av økt fellesskapsfølelse med andre og normalitet kunne tolkes som at klientene har fått en økt verdighet. Dette er å anse som en generell motstandsressurs og vil påvirke klientenes OAS - og mestring - positivt (Antonovsky, 1979).

I tillegg til økt følelse av normalitet og felleskap med andre, skapte begripeligheten et endringsgrunnlag og håp, i følge informantene. «Det finnes en håpefullhet i det å forstå», sa en av informantene. En annen meddelte: «Da har man liksom basen for å ta riktige valg»

Slike utsagn kan, med salutogenetiske briller, forstås som opplevelse av meningsfullhet. Den mest betydningsfulle komponenten i OAS (Antonovsky, 1979). Når klientene opplever

mening, vil det, som tidligere nevnt, kunne føre til at de opplever oppgavene verdt å engasjere seg i, og følgelig mobilisere sine ressurser, for å håndtere situasjonen. En slik følelse av mening vil også kunne forebygge drop out av behandlingen.

Informantenes opplevelser av SGP som utrustende kan tyde på at også deres opplevelse av håndterbarhet ble forsterket gjennom kurset. «Det er ei stor verktøykasse, som jeg plukker ut av når jeg trenger det», sa en av informantene. Håndterbarhet er den psykososiale faktoren i OAS, og sikter til i hvilken grad man opplever å ha ressurser til disposisjon i møte med de krav man står ovenfor. En økt følelse av håndterbarhet forsterker OAS, og kan medføre en helsefremmende effekt for klienten (Antonovsky, 1979). En slik virkning beskrives for eksempel i dette pasientutsagnet: “Så det er en helt sann der... altså, man blir mer selvstendig. Og trygg på at dette kan du klare selv. Det er det som er så fantastisk. Fordi jeg har blitt så mye tryggere. Jeg går ikke hos psykolog nå for eksempel”. Her vises også det forebyggende potensial som ligger i opplevelsen av å ha tilstrekkelig verktøy. Et slikt forebyggende prinsipp er i tråd med Folkehelsemeldingen, der mer forebygging i helse- og omsorgstjenesten er ett av hovedmålene (Meld. St. nr. 34 (2012-2013), 2013).

Også opplevelsen av å bli utrustet, knyttet deltakerne til håp. På samme måte som den nyervervede begripeligheten. Dette kom blant annet til uttrykk slik: “Så jeg fikk tilbake litt av håpet. Over at det finnes en vei å gå”. Håp vil, salutogenetisk tolket, bety en opplevelse av mening, som igjen vil gi klienten motivasjon og en styrket OAS (Antonovsky, 1979).

Det er her viktig å merke seg at deltakerne også opplevde verktøyene som tid- og øvelseskrevende. Både for å merke virkning og for innlæring av et nytt handlingsmønster. Denne opplevelsen kan tolkes som en stressor, som vil utfordre klientenes motivasjon og opplevelse av meningsfullhet. Øvrige ressurser vil her spille inn, og avgjøre i hvilken retning denne spenningstilstanden skaper en bevegelse på helsekontinuumet (Antonovsky, 1979).

I lys av allianseforskningen vil både deltakernes opplevelser av økt forståelse og håndterbarhet være gunstig for behandlingsresultatet. “Dersom klienten oppfatter terapeuten som en som bidrar til ny forståelse”, øker sannsynligheten for et positivt resultat (Rønnestad & von der Lippe, s. 27). I Bedi et al. (2005) sin kvalitative studie av hva klienter anser for viktige elementer i etableringen av en allianse, fremkommer det at terapeutens bruk av løsningsfokuserede strategier skårer høyest av 25 faktorer. Dette gjenspeiles i stor grad i Kirsch og Tates (2006) studie av alliansens betydning og innhold. De oppsummerer tre

hovedkategorier for hva klientene anser for viktige faktorer i etableringen av allianse med sine behandlere, hvorav verktøy og strategier en av de tre. At forståelse og verktøy verdsettes av traumepasienter, kommer også fram i Prices studie (2005) av kroppsorientert terapi til pasienter i behandling etter å ha vært utsatt for seksuelt misbruk som barn.

Funnene gjort i denne studien, om at kunnskaping og utrusting virker normaliserende, universaliserende, fremmer autonomi og håp, er videre å gjenfinne i både forskningen på gruppeterapi og psykoedukasjon (Yalom, I. D. & Leszcz, M., 2005; Lukens & McFarlane, 2004; Fuhriman & Burlingame, 1994). To terapiformer som begge har lang tradisjon i det psykiske helsearbeidet.

Gruppeterapi er kjent for sin evne til å redusere isolasjon, og virke som et forum for gjenkjenning og normalisering av erfaringer og reaksjonsmønstre hos deltakerne (Fuhriman & Burlingame, 1994; Lukens & McFarlane; Yalom, I. D. & Leszcz, M., 2005). Terapiformen har også vist seg effektiv for traumepasienter (Sloan et al., 2012), og har vist seg spesielt nyttig for klienter som skal lære nye mestringsferdigheter, som de i denne studien (Yalom, I. D. & Leszcz, M., 2005).

Traumepasienter føler ofte at deres symptomer og erfaringer er unike for dem (Sloan et al., 2012), og at det universaliserende elementet er viktig - sett fra klientens side – kan vi finne igjen i klienters rangering av terapeutiske faktorer i gruppeterapi. Universalisering tar der tredjeplassen, av i alt 12 kategorier (Yalom, I. D. & Leszcz, M., 2005). Fellesskap rangeres som nr. 2, veiledning (utrusting) rangeres som nr. 6, selvforståelse (kunnskaping) som kategori nr. 10 og installasjon av håp som nr. 11. Altruisme er den faktoren som rangeres som nr. 1.

Når dette er sagt, er det viktig å huske på at det er store metodiske problemer knyttet til det å forske på terapeutiske faktorer i grupper. Ulike faktorer vurderes forskjellig av ulike terapigrupper, og også innen samme terapigruppe vil ulike individer vurdere dette ulikt, avhengig av individuelle behov og styrker (Yalom, I. D. & Leszcz, M., 2005).

Når det gjelder studier av psykoedukasjon til traumepasienter, er denne noe begrenset. Selv om det er vitenskapelig støtte å hente for dens effektivitet knyttet til andre lidelser, som schizofreni, ulike kreftsykdommer, diabetes type 2 og akutte ryggsmertor (Kunnskapssenteret, 2011). Noen enkeltstudier har imidlertid sett nærmere på psykoedukasjon til traumepasienter.

I en studie gjort av Wallis (2002), der en gruppe traumepasienter fikk undervisning, lærte og øvde på nye mestringsferdigheter, kan vi blant annet gjenfinne effekten av økt håp, i det pasientenes depresjonssymptomer bedret seg. Dette understøttes i Morgan & Cummings studie fra 1999, der også psykoedukasjon var en del av programmet i gruppeterapien til traumepasienter. Morgan & Cummings (1999) reiser der spørsmålet om ikke den signifikante reduksjonen i pasientenes depresjonssymptomer kan skyldes den psykoedukative delen av programmet.

Når det kommer til sammenlikning av forskning på psykoedukasjon er denne utfordrende. Begrepet psykoedukasjon er vidt og ofte udefinert. Programmene er videre basert på ulike teoretiske perspektiver, og inneholder ofte metodespesifikke faktorer, i tillegg til psykoedukasjon. Dette gjør det vanskelig å si hva som bevirker hva. Man kan også stille spørsmålsteget ved om den grunnantakelsen som psykoedukasjon ser ut til å hvile på er riktig. Gir kunnskap alltid makt? Er utdanning alltid bra, for alle, til enhver tid? Eller kan det som vanligvis anses som et gode også ha i seg et potensial til å skade?

Én av deltakerne i denne studien satte ord på at den nye forståelsen vedkommende hadde fått for sin lidelse, ikke uten videre ble verdsatt. “Redd har jeg alltid vært. Nå har jeg på en måte fått navn på den, og det er det som er ugreit. Før, så skjønte jeg jo ikke hva jeg var redd for. Nå begynner jeg å skjønne det...”. Deltakeren beskrev videre hvordan den nye bevisstheten oppleves å ha begrenset vedkommendes handlingsrom. “Ehhh... jeg føler bare på en måte at jeg mister gamle handlinger. I den forstand at jeg ikke gjør noe av det jeg har turt før”. “En slags forverring”, spør intervjuer. “Ja”, svarer informanten. “Jeg vil gjerne ting, men så stopper den (angsten)”, fortsatte hun.

I et salutogenetisk lys kan denne informantens situasjon tolkes som at kunnskapen, og den økte begripeligheten, er en stressfaktor som overgår vedkommendes tilgjengelige ressurser. Dette viser at kunnskap, som vanligvis anses som et gode, også kan ha i seg et potensial til å skade. I dette tilfellet vil det være riktig å si at kunnskapen ikke ga, men tok makt.

Nå skal det sies at dette er et enkeltfunn, og at flertallet av deltakerne i denne studien lovpriste sin nye forståelse. Eksempelet over kan allikevel være med på å reise noen spørsmål. Ville vedkommende foretrukket å være foruten kunnskapen? For hvem er psykoedukasjon riktig, og om hva? Innsikt i tilfeller som nevnt over, kan også være med på å understøtte behovet for fremtidig forskning på psykoedukasjon generelt, og til traumepasienter spesielt.

5.4. Nyskaping.

Alle deltakerne i denne studien opplevde at deres deltakelse i Sensorimotorisk gruppepsykoterapi hadde hatt en positiv betydning, og skapt noe nytt i deres liv. Utvikling av tro og håp ble fremhevet av flere. En mildere innstilling til seg selv og andre likeså. Andre beskrev atferdsendringer av selv-ivaretagende karakter. I tillegg ble endringer i informantenes symptombilde beskrevet, og nye mestringsopplevelser.

Ovenfor nevnte kan tyde på at terapeutene hadde lyktes i å legge forholdene til rette for at helbredelse og personlig vekst kunne skje, slik psykoterapiens oppgave ideelt sett er (Strupp, 1996). Og at pasientene hadde ressurser til å utnytte disse forholdene, til egen fordel. Sett i et salutogenetisk lys, vil forandringene kunne anses som tegn på – eller frukter av – at kurslederne hadde klart å styrke pasientenes generelle mestringsressurser, opplevelse av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Dette kan videre se ut til å ha økt effektiviteten av håndteringen av de spenningstilstander som stressfaktorer medfører, og på den måten fremmet deres helse.

Sett i allianseforskningens lys, kan de positive terapeutiske resultatene tyde på at alliansene har vært sterke, og at alliansebrudd har vært håndtert underveis.

De endringene som er beskrevet i denne studien kan dog kun regnes som enkeltfunn. De er basert på 6 ulike traumepasienters subjektive opplevelser, og kan ikke på noen måte sies å ha statistisk holdbarhet. Dette hørte heller ikke til undersøkelsens hensikt å avgjøre.

Det overnevnte til tross, når en ser informantenes endringsbeskrivelser i lys av forskningen på feltet, kan en se at det er støtte å hente for flere av disse. Den håpsfremmende virkningen er, som tidligere nevnt, kjent fra forskning på gruppeterapi og psykoedukasjon. Den er også dokumentert i mer spesifikke tilnærminger integrert i Sensorimotorisk gruppepsykoterapi, som for eksempel mindfulness (Smith et. al, 2011; Kearney et. al, 2012). Tatt det faktum at depresjon og håpløshet forekommer blant ca. 7 av 10 traumepasienter (Malt et al., 2012) i betraktning, er dette et viktig funn. I et salutogenetisk perspektiv, vil håp kunne styrke komponenten opplevelse av meningsfullhet, som er den avgjørende faktoren for mobilisering av ressurser (Antonovsky, 1979). At håp kan virke motiverende og gi en følelse av at utfordringer er verdt å engasjere seg i, kan vi blant annet få en fornemmelse av gjennom dette informantutsagnet: “Nå føler jeg at det skal faen meg gå. Med litt hardt arbeid, liksom”. Vi

ser at håpet tydelig har egget frem en kraft, og en beredskap til å ta tak. Denne beredskapen er en forutsetning for å lykkes med ethvert psykisk helsearbeid, selv om heller ikke den kan føre en til målet alene. Hvor pasienten tilslutt vil ende opp på helsekontinuumet, vil naturlig nok avgjøres av flere faktorer.

Det er videre interessant å merke seg at også deltakernes opplevelser av å ha blitt snillere med seg selv kan understøttes av forskningen på området. Om enn svakt. En informant skildret forvandlingen slik: “Jeg aksepterer mye mer. Jeg er ikke så sint på meg selv for alle disse dumhetene mine liksom”. I pilotstudien til Langmuir et. al (2011), hvor en gruppe på 10 kvinnelige traumepasienter mottok SP-inspirert gruppeterapi, fant de en signifikant bedring i pasientenes “Receptivity for soothing” eller mottakelighet for trøst (min oversettelse). I et salutogenetisk lys vil en slik økt mottakelighet for trøst være ensbetydende med en økt verdighet, som igjen vil øke pasientenes GMR. En styrket GMR betyr ressurser frigjort, til bruk på mer helsefremmende aktiviteter. En slik aksept og mildere innstilling til seg selv, vil videre kunne ha stor personlig betydning for de som måtte bære på følelser som skyld og skam.

Atferdsendringene som deltakerne beskrev bar alle preg av selvivaretagelse. De var blitt flinkere til å ta seg “En hvil midt på dagen”, “Låse døra” og sette grenser for hvilke oppgaver de tok på seg. Dette kan, i et salutogenetisk lys, tolkes som et resultat av at klientene hadde fått styrket sin verdighet, og dermed sine generelle motstandsressurser. Ressursene ble, som vi ser av eksemplene, brukt til aktiviteter som har helsefremmende potensial i seg.

Andre atferdsendringer, som å “Puste hele dagen”, bevege seg når de reagerte med frysrespons, eller vekke kroppen når den begynte å stenge ned, kunne tyde på at verktøyene de hadde lært, var på vei til å bli ny læring, og at de ble brukt til bedre håndtering av spenningstilstander.

Informantene beskrev også nye mestringsopplevelser, som vitner om at de har beveget seg i positiv retning på helsekontinuumet. Å kunne gå gjennom kontoret uten å bli svimmel, holde en forelesning, gå til tannlegen eller stille til intervju, tyder på bedre håndtering av spenning, og dermed forsterket helse. En av informantene håndterte bedre at barna hadde med seg venner hjem. To av informantene oppga videre det å kunne ha kontakt med menn som nye mestringsopplevelser. En av disse hadde startet et forhold. Sett med salutogenetiske øyne, er dette av stor betydning. Tilknytning og sosial støtte er viktige komponenter i OAS, som vil

kunne øke klientenes GMR, og dermed helse (Antonovsky, 1979). At en forelder bedre håndterer at barna har med venner hjem, betyr en økt mulighet for sosial støtte for barna, og har således et forebyggingspotensial i seg.

Flere av deltakerne oppga også endringer i deres individuelle symptombilde etter kurset. Blant disse var reduksjon i angst, stress og dissosiasjon. For disse virkningene er den vitenskapelige støtten større. I den tidligere nevnte pilotstudien til Langmuir et. al (2011), ble det målt signifikant bedring hva angår kroppsbevissthet og dissosiasjon. Parker et. al.s studie av Somatic Experience (2008) til tsunamioverlevende, viste bedring i posttraumatisk stress. En randomisert kontrollert studie utført av Gordon et. al. (2008) viste at gruppeterapi med fokus på kropp-sinn-ferdigheter ga signifikant reduksjon i PTSD-målingene. Dette funnet understøttes i Pricess effektstudie på kropporientert terapi til kvinner i behandling for seksuelt misbruk i barndommen (2005). I tillegg viser flere studier at mindfulness, som er ett av verktøyene i SP, korrelerer negativt med posttraumatiske stress symptomer (Smith et. al, 2011; Vujanovic et. al, 2009, Thompson & Waltz, 2010; Bernstein, Tanay & Vujanovic, 2011, Kearney et. al., 2012; Kimbrough et. al, 2010).

Ettersom angst, stress og dissosiasjon er kjernen i traumepasienters problematikk, er disse sentrale funn. Sett i lys av teorien om salutogenese, betyr mindre stress (disease) mer harmoni (ease), og dermed helse. En informant beskrev hvordan vedkommende opplevde en slik endring: “Den største forskjellen handler om å kunne sitte stille. Jeg kunne ikke sitte stille før”.

Den forsterkede evnen til tilstedeværelse, som flere av informantene erfarte, kan, salutogenetisk tolket, indikere at informantene har fått ressurser til å håndtere sine symptomer, slik at behovet for bruk av dissosiasjon som mestringsstrategi er blitt mindre. Resultatet blir et skritt i positiv retning på helsekontinuumet. Dette kom blant annet til uttrykk på denne måten: “Jeg kjenner at jeg kan være fokusert”. Det har jeg ikke vært på kjempelenge. Jeg har ikke lest en bok på to år”.

Funn som er gjort i denne studien, og på kropporienterte tilnærminger til traumepasienter så langt, kan altså virke lovende. Det er allikevel behov for langt mer forskning. Det må også understrekes at det er flere problemer knyttet til å bruke nevnte forskning som understøtte til SP. Ingen av studiene tar for seg SP gjennomført som i denne studien. Noen av undersøkelsene har få deltakere, andre mangler kontrollgrupper. Studiene har riktignok til

felles å være kroppslig forankret, men kan bare til en viss grad sammenliknes med SP, da de kun inneholder noen av de samme elementene.

Det er også her på sin plass å reise spørsmålet om kausalitet. Hva er årsaken til virkningene? Er det de spesifikke faktorene tilhørende SP som har forårsaket endringer, eller kan det være faktorene som ulike terapiretninger har til felles? Er det begge deler, eller ingen av delene? Kanskje ville endringene ha funnet sted også uten en intervensjon?

Informantene i denne studien knyttet selv sine opplevelser av samstemming, kunnskaping og utrusting til den håpsfremmende effekten kurset hadde hatt. Dette kom til uttrykk i uttalelser som for eksempel: "... dette fokuset... jeg har mye mer tro på det", "Det finnes en håpefullhet i det å forstå" og "Wow, dette kan jo fungere". Hva angår utviklingen av en mildere innstilling til seg selv, så knyttet de denne opp i mot kunnskaping. Det var lettere å akseptere seg selv når de forsto hvorfor de var som de var, sa de. Når det gjelder den angst-, stress- og dissosiasjonsreducerende virkningen, så tilskrev de verktøyene æren for denne. Opplevelser av mer energi ble for eksempel forbundet med pusten: "Jeg føler at jeg har mer energi... og det tror jeg har med pusten å gjøre". Større tilstedeværelse ble koblet opp mot mindfulness: "Når jeg er sammen med venner, så er jeg.. er jeg der. Altså, jeg er mer tilstede... Jeg ser at det er en følge av den mindfulnessbiten i det". Økt kroppsbevissthet ble knyttet til bodyskanning: "... nå tar jeg en bodyskan, ikke sant.. hvordan står det til egentlig, i kroppen"? Styrket evne til kroppskontakt ble koblet til grunning: "Det vil si at jeg ikke flyter så mye mer rundt... Og sånn sett er jeg mer grunnet, da. At jeg faktisk føler at jeg går bortover et gulv... enn at jeg svever litt oppunder taket".

Ovenfor nevnte kan tyde på at deltakerne selv knyttet spesifikke metodiske faktorer til forholdet mellom årsak og virkning. Den kroppslige forankringen, psykoedukasjon og verktøyene de var blitt lært. Samtidig hevdet de at "Hadde det ikke vært for de trygge rammene, så vet jeg ikke hva som hadde skjedd". Dette understreker at virksomme faktorer er vanskelig å skille fra hverandre, og kanskje uløselig knyttet til hverandre. Å besvare dette spørsmålet i detalj, må overlates til fremtidige studier.

6.0 KONKLUSJON

Hensikten med denne studien var å utvikle fordypet kunnskap om traumepasienters erfaringer med den kropporienterte behandlingsmetoden Sensorimotorisk gruppepsykoterapi.

Problemstillingen “Hvordan opplever traumepasienter Sensorimotorisk gruppepsykoterapi”, ble utviklet for prosjektet. Ved hjelp av individuelle, semistrukturerte forskningsintervjuer av 6 traumepasienter er problemstillingen besvart med 5 hovedkategorier: Samstemming, Utfordring, under trygge forhold, Kunnskaping, Utrusting og Nyskaping.

De 6 traumepasientene i denne studien opplevde for det første at den kroppslige vinklingen i SGP ga en følelse av overensstemmelse. De opplevde begeistring og følte at den stemte godt, som svar på deres problemer. Kroppsforankringen møtte også en lengsel, og et behov de hadde hatt for integrering og forening med sine kropper. Opplevelsen av overensstemmelse vil kunne påvirke den terapeutiske alliansen positivt, og således behandlingsresultatet. Den vil kunne redusere drop out raten, og er viktig å ta med i betraktning av medvirkningshensyn.

Videre opplevde deltakerne at SGP bød på utfordringer, både kognitivt, emosjonelt og fysisk. Noen erfarte utfordringene på grensen – og av og til over – av hva de hadde ressurser til å håndtere. Trygge rammer og gode terapeutegenskaper ga allikevel tilstrekkelig motvekt, slik at totalopplevelsen ble god, og at utfordringene resulterte i utvikling. Store utfordringer kan sette alliansen på strekk, svekke motivasjon og medføre en fare for drop out.

Informantene opplevde videre at SGP ga de viktig kunnskap om sin lidelse. Kunnskapen førte til en forståelse av seg selv, som gjorde at deltakerne følte seg mer normale. De kjente seg også mer som del av menneskeheten. I tillegg følte informantene at forståelsen ga de et endringsgrunnlag, og et håp. At klientene oppfatter terapeutene som noen som bidrar med ny forståelse, vil øke sannsynligheten for et gunstig behandlingsresultat. Én informant følte at den nye forståelsen også hadde medført en form for forverring.

Videre erfarte de 6 traumepasientene at SGP utrustet de med konkrete verktøy, for håndtering av sine plager. Redskapene fremmet deltakernes autonomi og håp. Forskning viser at klientene anser terapeutenes bruk av løsningsfokuserte strategier som viktig i etableringen av allianse, og styrker derfor muligheten til et godt terapeutisk resultat. Nødvendigheten av øvelse i bruk av verktøyene og tid til integrering av ny læring, ble erfart som sterk av informantene.

SGP ble til sist erfart som nyskapende. Informantene opplevde å ha fått ny tro og nytt håp, samt en mildere innstilling til seg selv og andre. De erfarte videre at SGP hadde medført atferdsendringer av selvivaretakende karakter. Reduksjon i symptomer på angst, stress og

dissosiasjon ble erfart. De opplevde også å ha fått økt energi. Nye mestringsopplevelser opplevde også deltakerne at SGP hadde betydd. Dette også innenfor den sosiale arena.

6.1. Implikasjoner for klinisk psykisk helsearbeid.

Denne studien setter fokus på et marginalisert tema (Baron, 1992). Å bruke kroppen som ressurs og metodisk fundament i norsk psykisk helsearbeid er ennå sjeldent. Resultatene fra denne studien viser imidlertid at det er et savnet perspektiv blant traumepasienter. Funnene indikerer videre at Sensorimotorisk gruppepsykoterapi gir pasientene kunnskap og verktøy, som kan fremme deres autonomi og helse. Dette forutsetter dog trygge behandlingsrammer og terapeuter med gode relasjonelle ferdigheter, da metoden kan oppleves utfordrende av klientene. Det krever også at det gis tilstrekkelig anledning til øvelse og integrering av ny læring.

Med tanke på regjeringens Folkehelsemelding (Meld. St. nr. 34 (2012-2013), 2013), der medvirkning, forebygging og et mer helsefremmende samfunn er viktige satsningsområder, kan Sensorimotorisk gruppepsykoterapi, på bakgrunn av denne studien, vise seg å bli et viktig verktøy i det helsefremmende arbeidet med traumepasienter. Metoden er videre samfunnsøkonomisk, da gruppebehandling er mer kostnadseffektivt, enn behandling av enkeltpersoner. Metoden krever kun opplæring, fordrer ikke kostbart utstyr, og den er enkel å distribuere.

6.2. Implikasjoner for videre forskning.

Det er behov for større og flere kvalitative studier av traumepasienters erfaringer med SGP. Dette for å sammenlikne funn, utvikle dypere forståelse for klientenes situasjon og flere nyanser i hvordan metoden oppleves. Valg av ulike teoretiske perspektiv, kan være nyttig i så henseende. En smalere definisjon av traumepasienter, det vil si mer ensartet utvalg, enn det som er brukt i denne studien, kan også være hensiktsmessig. Dette for å se om det er forskjell i opplevelsene til pasienter med dissosiative lidelser og klienter med PTSD. Studier som foreslått, kan sette behandlerne i bedre stand til å identifisere og adressere sentrale forhold for klienten, og på den måten kvalitetssikre og forbedre effektiviteten av behandlingen. Flere studier vil videre være nyttig med tanke på å bygge et større forskningsgrunnlag for SGP å støtte seg til.

Det er også behov for å teste metodens effektivitet, ved hjelp av større randomiserte, kontrollerte undersøkelser. Ut fra denne studiens funn, vil det være naturlig å se nærmere på variablene håp, posttraumatisk stress, dissosiasjon, mottakelighet for trøst, interpersonlige relasjoner og generell helse. Det vil også være interessant å se om det er forskjeller i metodens eventuelle effektivitet hva angår PTSD og dissosiasjonslidelser. Med henblikk på analyser av virksomme faktorer, vil det være naturlig å inkludere variabelen allianse.

LITTERATURLISTE

- Amstadter, A. B., Aggen, S. H., Knudsen, G. P., Reichborn-Kjennerud, T. & Kendler, K. (2012). Potentially traumatic event exposure, posttraumatic stress disorder, and Axis I and II comorbidity in a population-based study of Norwegians young adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 215-223. DOI: 10.1007/s00127-012-0537-2
- Andreassen, N., C. (2010). Posttraumatic stress disorder: a history and a critique. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1208(1), 67-71. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2010.05699.x
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bedi, R. P., Davis, M. D. & Williams, M. (2005). Critical incidents in the formation of the therapeutic alliance from the client's perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 311-323.
- Bernstein, A., Tanay, G., & Vujanovic, A. A. (2011). Concurrent relations between mindful attention and awareness and psychopathology among trauma-exposed adults: Preliminary evidence of transdiagnostic resilience. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(2), 99-113.
- Birmes, P., Hatton, L., Brunet, A. and Schmitt, L. (2003). Early historical literature for post-traumatic symptomatology. *Stress and Health*. 19, 17-26. DOI: 10.1002/smi.952
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological Treatment of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)(Review). *Wiley*. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub3
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder Systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry*, 190(2), 97-104.

- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. *The working alliance: Theory, research, and practice*, 13-37.
- Cloitre, M. (2009). Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: a review and critique. *CNS Spectr*, 14(1 Suppl 1), 32-43.
- Creswell, J.W. (2007). *Qualitative inquiry & research design. Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Flynn, S. M. (2010). The Practitioners` Notebook: Addressing Anger Using Sensorimotor Psychotherapy and Cognitive Behavioural Therapy. *Canadian Journal of Counselling*. 44(2), 227-230.
- Forbes, D., Creamer, M., Bisson, J. I., Cohen, J. A., Crow, B. E., Foa, E. B., ... Ursano, R. J.. (2010). A Guide to Guidelines for the Treatment of PTSD and Related Conditions. *Journal of Traumatic Stress*. 23(5), 537-552.
- Forskningsetikkloven. (2006). *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning*. Hentet fra: <http://lovdata.no/all/hl-20060630-056.html>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. Hentet fra: <http://lovdata.no/all/hl-20110624-029.html>
- Fuhriman, A., & Burlingame, G. M. (1994). Group psychotherapy: Research and practice. *Handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis*, 3-40.
- Gadamer, H.G. (2004). *Truth and method*. (2. utgave). London: Continuum.
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Hentet fra: <http://lovdata.no/all/hl-20080620-044.html>
- Horvath, A. O. (2001). The Alliance. *Psychotherapy*, 38(4), 365-372.

- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(5), 747-755.
- Johannessen, A. & Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utgave). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Kaiser, M. (2000). *Hva er vitenskap?* (2. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kearney, D. J., McDermott, K., Malte, C., Martinez, M., & Simpson, T. L. (2012). Association of participation in a mindfulness program with measures of PTSD, depression and quality of life in a veteran sample. *Journal of clinical psychology, 68*(1), 101-116.
- Kim, D. M., Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Psychotherapy Research, 16*(02), 161-172.
- Kimbrough, E., Magyari, T., Langenberg, P., Chesney, M., & Berman, B. (2010). Mindfulness intervention for child abuse survivors. *Journal of Clinical Psychology, 66*(1), 17-33.
- Kirsh, B. & Tate, E. (2006). Developing a Comprehensive Understanding of the Working Alliance in Community Mental Health. *Qualitative Health Research, 16*(8), 1054-1074.
- Kolk van der, B. A. (2002). Assessment and treatment of complex PTSD. I R. Yehuda (Ed.) *Treating trauma survivors with PTSD*. 127-156. Washington: American Psychiatric Publishing.

- Kunnskapssenteret. (2011). *Effekt av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring*. (Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 9/2011). Hentet fra:
<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Effekt+av+gruppeundervisning+i+pasient-+og+p%C3%A5r%C3%B8rendeoppl%C3%A6ring.12442.cms>
- Kvale, B. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Langmuir, J.I., Kirsh, S.G. & Classen, C.C. (2011). A Pilot Study of Body-Oriented Group Psychotherapy: Adapting Sensorimotor Psychotherapy for the Group Treatment of Trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(2), 214-220.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. I Norcross J.C. & Goldfried, M.R. (red.). *Handbook of psychotherapy Integration*. New York: Basic.
- Leitch, M. L. (2007). Somatic experiencing treatment with tsunami survivors in Thailand: Broadening the scope of early intervention. *Traumatology*, 13(3), 11-20.
- Leitch, M. L., Vanslyke, J. and Allen, M. (2009). Somatic Experiencing Treatment with Social Service Workers Following Hurricanes Katrina and Rita. *Social Work* 54(1), 9-18.
- Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(3), 205-225.
- Malt, U. F., Heir, T. & Weisæth, L. (2012). Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og tilpasningsforstyrrelser. I Malt, U. F., Andreassen, O. A., Melle & Årslund, D. (Red.) *Lærebok i psykoterapi* (223-256). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (2. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mendes, D. D., Mello, M. F., Ventura, P., de Medeiros Passarela, C., & de Jesus Mari, J. (2008). A systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38(3), 241-259.
- Modum Bad. (2013). *Nyheter*. Hentet 20. Mars 2013 fra http://modum-bad.no/nyheter_cms/2011/september/kropporientert-psykoterapi/286
- Morgan, T. & Cummings, A. L. (1999). Change experienced during group therapy by female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 28-36.
- Nortvedt, P. & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: Filosofi og vitenskapsteori for helsefag* (1. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ogden, P., & Minton, K. (2000). Sensorimotor Psychotherapy One Method for Processing Traumatic Memory. *Traumatology*, 6(3), 149-173.
- Ogden, P., Minton, K & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: a sensorimotor approach to psychotherapy*. USA: W.W. Norton & Company, Inc.
- Ogden, P., Pain, C. & Fischer, J. (2006). A sensorimotor Approach to the Treatment of Trauma and Dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 263-279.
- Parker, C., Doctor, R. M., & Selvam, R. (2008). Somatic therapy treatment effects with tsunami survivors. *Traumatology*, 14(3), 103-109.
- Personopplysningsloven. (2000). *Lov om behandling av personopplysninger*. Hentet fra: <http://lovdata.no/all/hl-20000414-031.html>

- Pratt, S. I., Rosenberg, S., Mueser, K. T., Brancato, J., Salyers, M., Jankowski, M. K., & Descamps, M. (2005). Evaluation of a PTSD psychoeducational program for psychiatric inpatients. *Journal of Mental Health, 14*(2), 121-127.
- Price, C. (2005). Body-oriented therapy in recovery from child sexual abuse: an efficacy study. *Alternative therapies in health and medicine, 11*(5), 46-57.
- Richards, H.M. & Schwartz, L.J. (2002). Ethics of qualitative research: are there special issues for health services research. *Family Practice, 19*(2), 135-139.
- Rønnestad, H.M. & von der Lippe, A.L. (2009). Forskningens bidrag til kunnskap om psykoterapi. Om fellesfaktorer og om den terapeutiske allianse. I H.M. Rønnestad & A.L. von der Lippe (Red.). *Det kliniske intervjuet* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Råheim, M. (2002). Kroppsfenomenologi - innsikt relevant for klinisk praksis. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening, 25*, 2477-2480.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy, 38*(4), 406-412.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford Press.
- Skårderud, F. & Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykatrieboken* (1. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sloan, D. M., Bovin, M. J., & Schnurr, P. P. (2012). Review of group treatment for PTSD. *Journal of Rehabilitation Research and Development, 49*(5), 689-702.
- Smith, B. W., Ortiz, J. A., Steffen, L. E., Tooley, E. M., Wiggins, K. T., Yeater, E. A., ... Bernard, M. L. (2011). Mindfulness is associated with fewer PTSD symptoms, depressive symptoms, physical symptoms, and alcohol problems in urban

firefighters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 79(5), 613-617.

St.meld. nr. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen: God helse – felles ansvar*. Hentet fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?id=723818>

Strupp, H.H. (1996). Some salient lessons from research and practice. *Psychotherapy*, 33(1), 135-138.

Thompson, B. L., & Waltz, J. (2010). Mindfulness and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress disorder avoidance symptom severity. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(4), 409-415.

Vujanovic, A. A., Youngwirth, N. E., Johnson, K. A., & Zvolensky, M. J. (2009). Mindfulness-based acceptance and posttraumatic stress symptoms among trauma-exposed adults without axis I psychopathology. *Journal of anxiety disorders*, 23(2), 297-303.

Wallis, D. A. N. (2002). Reduction of trauma symptoms following group therapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(1), 67-74.

Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Inc.

Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 914-923. DOI: 10.1037/0022-006X.73.5.914

World Health Organisation, (1992). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guide lines*. World Health Organization.

World Medical Association. (2008). *Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hentet fra <http://wma.net/en/30publications/10policies/b3>

Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic books.

VEDLEGG 1

INTERVJUGUIDE

Kjønn:

Alder:

Tidspunkt for beh.:

Høyeste fullførte utdanning:

Sysselsettingsstatus:

Studiens problemstilling: “Hvordan opplever traumepasienter Sensorimotorisk gruppepsykoterapi?”

1. Hvilke umiddelbare assosiasjoner har traumepasienter til SGP?

- Når du hører ordet Sensorimotorisk psykoterapi, hva er det første som slår deg da?
- Kan du sånn til å begynne med beskrive litt sånn generelt hvordan du opplevde Sensorimotorisk gruppepsykoterapi?
- Hvor eller fra hvem fikk du vite om dette behandlingstilbudet?

2. Hvordan opplever traumepasienter oppbygningen av og innholdet i behandlingstilbudet “Sensorimotorisk gruppepsykoterapi”?

- Behandlingen strekker seg over 12 ganger, der hver av gangene har et på forhånd definert tema. (Tilby liste over temaene, dersom hukommelsen er dårlig).
Kan du si noe om hvordan du opplevde denne oppbygningen?
- Var det passe antall ganger? For få, for mange?
- Var innholdet/temaene relevante, slik du ser det?
- Kom temaene i riktig rekkefølge, synes du?
- Var det noen temaer du savnet?
- Var det noen temaer som utmerket seg (negativt eller positivt) mer enn andre?
- Man tilstreber å gi pasientene en del verktøy i løpet av behandlingen, for regulering av aktivering og affekt.. Hvordan opplevde du dette? Hvordan opplevde du de ulike verktøyene?

3. Hvordan opplever traumepasienter det teoretiske perspektivet (bottom-up) i Sensorimotorisk gruppepsykoterapi?

- SGP inkluderer en såkalt bottom-up tilnærming, der kroppen, og ikke tankene, er innfallsvinkelen. Hvordan opplevde du dette?

4. Hvordan opplever traumepasienter å gå i gruppepsykoterapi?

- Hvordan opplevde du det å gå i gruppeterapi?
- Det er et krav at du også går i individualterapi ved siden av, hvordan erfarte du dette?

5. Hvilken betydning har Sensorimotorisk gruppepsykoterapi for traumepasienter?

- Hvordan var det å være deg før SP-gruppen?
- Hvordan var det å være deg underveis i SP-behandlingen?
- Og hvordan har det vært å være deg etter SP-gruppen?
- Hva har behandlingen *betydd* for deg personlig? Hvilken mening har SP-behandlingen hatt for deg?
- Når du tenker tilbake, vil du si at tilbudet samsvarte med det du ønsket å få ut av det?

6. Avslutning

- Er det noe jeg ikke har spurt deg om, som du synes jeg burde ha spurt deg om?
Noe du ikke har fått sagt?
- Er det noe du har lyst til å si avslutningsvis?
- Har du noen råd å komme med til de som skal holde SP-grupper i fremtiden?

Tusen takk for at du tok deg tid til å bidra med dine erfaringer i denne studien!

VEDLEGG 2

OVERORDNEDE TEMAER I SENSORIMOTORISK GRUPPEPSYKOTERAPI

1. gang: Introduksjon til Sansemotorisk Psykoterapi, Toleransevinduet
2. gang: Traumatiske minner og triggere
3. gang: Regulere aktivering gjennom å praktisere Grunning og Forlengelse av ryggraden
4. gang: Somatiske ressurser
5. gang: Orientering
6. gang: Måltrettet oppmerksomt nærvær
7. gang: Å utnytte kroppens iboende ressurser. Sentrering, romming, bevegelse
8. gang: Grenser
9. gang: Grenser, del II, Eksperimentere med grenser som en ressurs, Grenser med energi, ”Stopp” bevegelser
10. gang: Øvelser i nye handlinger og reaksjoner
11. gang: Endringer og overganger i et kroppsperspektiv. Tap og separasjon etter traume.
Å integrere ny læring
12. gang: Integrering og avslutning

Oppgitt av daglig leder, Ingunn Holbæk, ved Modum Bad – Oslo, i e-post av 07.12.2012.

VEDLEGG 3

Skjema for informasjon og samtykke

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Traumepasienters erfaringer med Sensorimotorisk gruppepsykoterapi”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie, for å utvikle fordypet kunnskap om deltakernes erfaringer med Sensorimotorisk gruppepsykoterapi. Studien gjennomføres som en masteravhandling i psykisk helsearbeid, ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Resultatene vil inkluderes i Modum Bads kontinuerlige arbeid med evaluering og kvalitetssikring av sitt tilbud.

Hva innebærer studien?

Deltakerne vil, etter endt kursopplegg, bli intervjuet. Dette skjer individuelt, altså hver for seg, og ansikt-til-ansikt med prosjektleder. I intervjuet gis deltakerne mulighet til åpent å fortelle hvordan deltakelse i en SP-gruppe oppleves. Det vil legges vekt på ditt generelle inntrykk av behandlingsformen. Intervjuene vil gjennomføres av sykepleier og masterstudent i psykisk helsearbeid. Deltakerne har anledning til selv å velge sted og tid for intervjuene. Eventuelle reisekostnader med kollektiv transport dekkes. Det er ønskelig å ta opp intervjuene på lydbånd, for senere dokumentasjon. Lydfilene vil slettes i det informasjonen er overført til skriftlig form. Det vil ikke innhentes personopplysninger som kan identifisere deltakerne.

Den konkrete forespørselen innebærer:

- personlig intervju av 1-1,5 timers varighet, etter avsluttet kurs, desember 2012/januar 2013.

Mulige fordeler og ulemper

Deltakelse i prosjektet vil medføre at din stemme blir hørt, og formidlet videre. Et forskningsintervju kan oppleves som en berikelse. Følelsen av å kunne snakke fritt, med en interessert lytter, om egne erfaringer med et terapeutisk kursopplegg, kan være en god opplevelse. Deltakelse kan også vekke uro og ubehag hos deg. Du kan også av pliktfølelse, eller fordi du til tider er avhengig av avdelingens hjelp, føle deg presset til å delta, eller frykte for negative konsekvenser for deg selv, om du velger ikke å delta. Dette skal du ta helt med ro. Enhver forskningsdeltakelse er frivillig, og er fullstendig atskilt fra ditt behandlingstilbud ved Modum Bad. Deltakelse kan videre medføre at du vil føle deg mistolket eller feil fremstilt. Dette vil intervjueren sørge for å unngå ved at du bes om å bekrefte/avkrefte hennes tolkning av dine svar. Intervjuene vil gi en mengde informasjon om din livsverden, og du kan kanskje være redd for at din identitet vil avsløres. Dette er det ingen fare for. Forskningsansvarlig vil sørge for anonymisering og nedlåsing av data. I rapporten vil det

brukes omskrivninger og eventuelt pseudonymer, slik at du ikke kan identifiseres med materialet som presenteres.

Du vil kunne henvende deg til lederne for ditt kurs ved Modum Bad, dersom du skulle ha behov for noen å snakke med etter intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn, fødselsnummer og andre direkte gjenkjenningse opplysninger. Det vil, som nevnt, heller ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien, når disse publiseres.

Lydfiler og datamaterialet vil oppbevares i låsbart skap, og slettes/makuleres ved prosjektets slutt, senest september 2013.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst - uten å oppgi noen grunn - trekke ditt samtykke til deltakelse i studien. Dette vil ikke få noen konsekvenser for din videre behandling.

Dersom du er villig til å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side.

Har du spørsmål til studien, eller ønsker å trekke deg, kan du kontakte:

Daglig leder ved Modum Bad traumeavdeling i Oslo, Ingunn Holbæk, tlf.nr 22 77 19 40, eller prosjektansvarlig og førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Gro Killi Haugstad, tlf. nr. 22 45 24 40. Prosjektleder er Camilla Bjørnson, tlf.nr. 48 04 89 15.

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A.

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

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

Kriterier for deltakelse

Alle mellom 18 og 64 år, som har deltatt og fullført Sensorimotorisk gruppepsykoterapi, av 12 ukers varighet, siste halvår, inviteres til deltakelse i studien.

Bakgrunnsinformasjon om studien

Posttraumatisk stress har vært skildret som en del av menneskets skjebne og historie siden 2500 år f.Kr. Forskjellige behandlingstilbud har vært presentert gjennom tidene, men tradisjonelt har tilbud om samtalebehandling dominert.

De to senere ti-årene har imidlertid en mer kropporientert tilnærming til traumepasienter blitt utviklet. Metoden Sensorimotorisk psykoterapi (ofte forkortet SP) og er skapt for direkte tilnærming til de kroppslige og fysiske symptomene ved uforløst traume. Det er den erfarne, amerikanske traumespesialisten Pat Ogden som står bak metoden. Hun støtter seg til flere teorier, som tilknytningsteorier, neurobiologisk teori og tradisjonell psykoterapeutisk praksis.

Den somatiske tilnærmingen hevdes å kunne bidra til å prosessere fragmenterte minner, samt regulere den dysregulerte og økte autonome beredskapen, man ofte ser hos traumepasienter. Dette skal blant annet skje ved hjelp av å fokusere på reaktiveringen av den økte autonome fysiologiske aktivering. Pasientens verbale utsagn brukes som et verktøy for å aktivere fysiologisk respons, slik at de kan oppdages, undersøkes og transformeres. Alt understøttet av en god terapeutisk allianse.

I Norge har Sensorimotorisk psykoterapi vært en del av behandlingstilbudet til traumepasienter siden 2010. Behandlingsformen tilbys individuelt og i grupper, ved sentrale institusjoner innen traumebehandling.

Foreløpig er det ikke undersøkt verken effekt av eller erfaringer med SP i Norge. Behovet for vitenskapelig kunnskap er derfor stort. Dette særlig sett i lys av dagens krav om kunnskapsbasert praksis. Nysgjerrigheten rundt et nytt behandlingstilbud vil også alltid være tilstede. Det er derfor ønskelig, med denne studien, å bidra til kunnskapssituasjonen omkring SP til traumepasienter.

Prosjektleder ønsker å se nærmere på pasientenes erfaringer med SP så langt. Følgende problemstilling er følgelig utformet:

"Hvordan opplever traumepasienter å delta i Sensorimotorisk gruppepsykoterapi?"

Det er formulert 5 forskningsspørsmål:

Hvilke umiddelbare assosiasjoner har traumepasienter til SGP?

Hvordan opplever traumepasienter oppbygningen av og innholdet i behandlingstilbudet SGP?

Hvordan opplever traumepasienter det teoretiske perspektivet (bottom-up) i SGP?

Hvordan opplever traumepasienter å gå i gruppeterapi?

Hvilken betydning har SGP for traumepasienter?

Tidsaspekt

Intervjuene vil gjennomføres i tidsrommet desember 2012 til januar 2013. Analyse av datamaterialet og rapportering vil foregå i tidsrommet januar 2013 til mai 2013.

Deltakernes ansvar

Deltakerne forventes å svare ærlig og etter beste evne på intervjuerens spørsmål.

Kapittel B - Personvern, økonomi og forsikring

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er: den informasjonen du gir, om hvordan det oppleves å delta i Sensorimotorisk gruppepsykoterapi.

Ingen andre enn de forskningsansvarlige for denne studien vil ha tilgang til den informasjonen som registreres om deg.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Forskningsprosjektet gjennomføres som en masteravhandling i psykisk helsearbeid, og vil ikke motta noen form for økonomisk støtte.

Informasjon om utfallet av studien

Du har rett til informasjon om utfallet av undersøkelsen, og vil få kopi av rapporten om så er ønskelig.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien. Jeg har fått informasjon, og jeg gir herved mitt samtykke til innhenting av opplysninger fra meg, ved hjelp av et intervju, som kan brukes i evaluerings- og forskningsøyemed. Jeg er oppmerksom på at jeg kan trekke meg på et hvilket som helst tidspunkt, uten at det får negative konsekvenser for meg som pasient.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Telefonnummer

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

VEDLEGG 4

Datamatrikse: TRAUMEPASIENTERS ERFARINGER MED SGP

Kategori	Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4	Informant 5	Informant 6
Utfordrende	3 (7, 8, 9, 10) 9 (29) 12 (33)	8 (14) 11 (19) 13 (25)	2 (2) 3 (7) 4 (14) 8 (27)	1 (1) 3 (2, 3)	8 (23)	1 (1) 2 (2,5) 4 (13) 5 (16) 6 (17) 9 (19) 14 (30) 15 (31)
Trygt	1 (3), 2 (4) 5 (21) 9 (28)	9 (18)	3 (3, 6, 9) 12 (34) 13 (36, 38)	23 (51) 24 (52) 25 (53)	9 (27)	2 (3,4)
Kunn- skapende	2 (5), 5 (18) 14 (38, 39)	1 (1) 2 (2, 3,4, 5) 7 (12) 8 (13) 11 (19) 15 (29)	3 (4) 3 (4, 5) 4 (12, 13, 15) 7 (21) 12 (33, 35) 13 (37) 9 (20)	4 (5, 6, 7,) 14 (32) 15 (35) 16 (36) 17 (38)	2 (5) 4-5 (11) 5 (12, 13) 10 (28)	3 (9, 11) 4 (12) 8 (18) 10 (23) 13 (28)
Sam- stemming	1 (1, 2), 2 (6), 4 (13, 14) 7 (25) 8 (26) 14 (40) 15 (41) 16 (43)	8 (15) 12 (20)	2 (1) 3 (8) 7 (22, 23) 9 (28) 14 (39) 15 (40, 41) 16 (42, 44, 46) 20 (53)	13 (28) 14 (29) 18 (41, 42)	2 (2,3) 6 (14) 9 (26) 12 (31) 14 (34,35)	9 (20,21)
Utrusting	4 (12, 15, 16, 17, 19, 20) 6 (22) 7 (24) 8 (27) 11 (30)	3 (6) 5 (8) 6 (9) 6 (10)	3 (10) 4 (15) 7 (24, 25, 26) 9 (29) 10 (30, 31, 32) 16 (45) 19 (52)	4 (4) 5 (9) 6 (13) 7 (14, 15, 16) 8 (18, 19) 9 (21) 10 (23) 11 (24) 12 (25, 26, 27)	1 (1) 2 (4, 6, 7) 3 (9) 4 (10) 6 (15) 7 (16,17, 18, 20, 21) 8 (22) 9 (24,25) 14 (36)	4 (14) 15 (32)
Nyskaping	4 (11) 6 (23) 11 (30) 11 (32) 12 (34) 12 og 13 (35) 13 (36, 37) 15 (42) 16 (44) 17 (45) 18 (46, 47, 48, 49, 50)	4 (7) 7 (11) 9 (16, 17) 11 (20) 11 (21) 12 (21) 13 (22, 23, 24) 14 (26, 27, 28, 31) 15 (30)	4 (11, 16) 5 (17, 18, 19, 20) 16 (43, 47, 48, 49, 50, 51)	4 (8) 5 (10, 11, 12) 8 (17) 9 (22) 14 (30) 14 (31) 15 (33, 34) 17 (37, 39, 40) 18 (43) 19 (44, 45, 46) 20 (47) 21 (48) 22 (49, 50)	3 (8) 7 (19) 11 (29, 30) 12-13 (32,33)	2 (6) 3 (7,8, 10) 5 (15) 10 (22) 12 (24,25,26) 12-13 (27) 14 (29)

VEDLEGG 5

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Havsti 116 Sagres gate 29
N-5037 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 47
Fax: +47 55 58 96 50
nd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.no: 985 221 884

Gro Killi Haugstad
Institutt for sykepleie
Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 17.08.2012

Vår ref: 31162 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.08.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

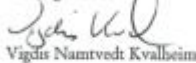
<i>31162</i>	<i>Trosspasienters erfaringer med Sensitivitetstest, psykoterapi</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Gro Killi Haugstad</i>
<i>Student</i>	<i>Camilla Bjørnsen</i>

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

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

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopie: Camilla Bjørnsen, Magnus gate 1, 1607 FREDRIKSTAD

Avdelingskontor / District Office

OSLO NSD: Universitet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo, Tel: +47 22 85 52 11, nd@nsd.uib.no
TRONDHEIM NSD: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7800 Trondheim, Tel: +47 73 59 19 07, kjtr@jan.naffnet.no
FREDRIKSTAD NSD: Universitet i Tromsø, 9037 Tromsø, Tel: +47 77 64 43 35, nd@uht.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 31162

Det gjennomføres ingen elektronisk behandling av personopplysninger eller opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Intervjuene tas opp på lydbånd. Lydbåndene transkriberes manuelt til pc. Opplysningene som transkriberes er anonyme.

Vi minner om at anonyme opplysninger er opplysninger som det ikke er mulig å direkte (via navn eller fødselsnummer eller referanse til slike opplysninger) eller indirekte (via sammenstilling av bakgrunnsopplysninger om informantene eller referanse til slike opplysninger) føre tilbake til enkeltpersoner. Dette gjelder behandlingen av data under hele prosjektperioden samt publikasjon/oppgave.

Prosjektet er ikke omfattet av meldeplikten.

VEDLEGG 6

Tele2 Webmail -Message from Folder <Innboks> for mc413826@c2i.net

Side 1 av 1

Fra: Marie Schildmann <marie.schildmann@nsd.uib.no>
 Tema: Prosjektnr: 31162. Traumepasienters erfaringer med Sensorimotorisk psykoterapi
 Dato: Fri, 19 Oct 2012 07:40:03 +0200
 Til: camillbj@c2i.net, grokilli.haugstad@hioa.no

 Innboks
[Full Headers](#)

Jeg viser til endringsmelding for prosjektet 'Traumepasienters erfaringer med Sensorimotorisk psykoterapi', mottatt den 08.10.2012.

Endringen gjelder rekrutteringsmetode, og student opplyser at en ønsker at behandlere for utvalget innhenter samtykke til at student kan få kontaktinformasjon slik at hun kan ta direkte kontakt med den enkelte. Ombudet finner endringen kurant, og legger til grunn at utvalget har gitt uttrykk for at dette vil være ønskelig, da de opplever det som tungt å ta initiativet til kontakten, jf. telefonsamtale med student den 16.10.2012.

Vi legger videre til grunn at prosjektet for øvrig gjennomføres i tråd med tidligere vurdering og kommentar til prosjektet.

--

Vennlig hilsen
 Marie S. Schildmann
 Rådgiver

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
 (Norwegian Social Science Data Services)
 Personvernombud for forskning
 Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 31 52
 Tlf. sentral: (+47) 55 58 21 17
 Faks: (+47) 55 58 96 50
 Email: marie.schildmann@nsd.uib.no
 Internettadresse www.nsd.uib.no/personvern


 Innboks