

MASTEROPPGAVE

Masterstudium i psykisk helsearbeid

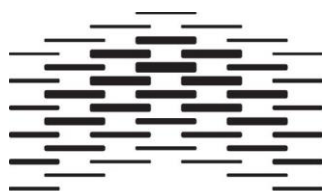
mai 2016

Norsk psykomotorisk fysioterapi og depresjon. Psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med metoden Norsk psykomotorisk fysioterapi ved behandling av pasienter med depresjon.

Katharina Holmberg Höglind

Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Forord

Jeg ønsker med dette å rette en stor takk til alle dem, som på ulike måter har gjort det mulig for meg å gjennomføre denne oppgaven.

Først en stor takk til min veileder gjennom prosjektet førstelektor Tore Bonsaksen ved fakultet for Helsefag ved Høgskolen i Oslo og Akershus, for god veiledning og godt samarbeid.

Takk også til professor Amy Østertun Geirdal og medstudenter i veiledningsgruppen på masterprogrammet i psykisk helsearbeid.

Takk til mine informanter for å ha delt sine erfaringer og sin tid med meg.

Jeg ønsker takke min arbeidsgiver Sola Distriktpsykiatriske senter, Helse Stavanger ved Karin Jordal og min nærmeste leder Bjarne Andreas Johansen.

Takk til Reidar Larsen for korrekturlesning.

Takk til Norsk Fysioterapeutforbund og Fondet for Videreutdanning for økonomisk støtte.

Sist vil jeg takke min familie Mats, Alexander og Hilmer for uvurderlig støtte og stor tålmodighet.

Sandnes, 13.05.16

Sammendrag

Bakgrunn: Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) er et behandlingstilbud innenfor psykisk helsearbeid i dag. Forskning på og kunnskapsformidling om metoden har tradisjonelt dreid seg om levde erfaringer med kroppslige omstillingsprosesser og fenomener, uten fokus på diagnoser. Forskning på virkningen av metoden i forhold til spesifikke diagnoser synes å være mangelfull, ikke minst for diagnosen depresjon, den vanligst forekommende psykiatriske diagnosen i Norge. Økt kunnskap ville på sikt kunne bidra med evidens og målrettede behandlingstiltak. **Hensikt:** Hensikten med studien var å undersøke psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med virkningen av NPMF i behandling av pasienter med diagnosen depresjon. **Metode:** Seks psykomotoriske fysioterapeuter i privat praksis og ansatt i spesialist-helstjensen ble intervjuet med semi-strukturert intervju. Materialet ble analysert fenomenologisk etter systematisk tekstkondensering. **Resultat:** Resultatet av analysen var ti kategorier fordelt under fire koder. Under koden relasjon fant forsker tre kategorier: «En god relasjon fører behandlingsprosessen frem», «Delaktighet» og «Forankret og tilstedeværende terapeut». Under koden bevisstgjøringen, finner vi tre kategorier: «Økt definisjon av egen kropp og grensekompetane» «Kroppslig tilstedeværelse, å bebo» og «Affektbevissthet og annerkjennelse». Under koden psykoedukasjonen, to kategorier: «Kunnskap er redskap for ivaretagelse» og «Forankret forståelse er veien til endring» og under koden aktivitet, ytterligere to kategorier: «Økt energi og mestring» og «Eierskap til egen kropp. **Konklusjon:** Oppfatningen var at NPMF var virkningsfull i forhold til behandling av depresjon. Informantene opplevde at pasientene ble bedre både mentalt og fysisk. Hovedfunnene var at relasjon, bevisstgjøringen, psykoedukasjonen og aktivitet var de fire delmomentene som skilte seg ut, som spesielt virkningsfulle ved behandling av depresjon. Bevisstgjøringen, det å få kontakt med kroppen, syntes å stå sentralt ved depresjon. Fremfor alt relasjon og samtale, men også psykoedukasjon og de aktive bevegelsene var å forstå som forutsetninger og bidragsyter til å nå målet bevisstgjøring. Bruk av psykoedukasjon og fokus på fysisk aktivitet kunne i denne studien forstås som en tilpasning av metoden i forhold til pasientgruppen med depresjonsdiagnosen.

Nøkkelord: Norsk psykomotorisk fysioterapi, depresjon, bevisstgjøring av kropp, relasjon.

Summary

Background: Norwegian psychomotor physiotherapy (NPMF) is a treatment in mental health care today. Research and dissemination of knowledge about the method has traditionally revolved around lived experiences with bodily restructuring processes and phenomena, without focusing on diagnoses. Research on the effect of the method in relation to specific diagnoses appear to be inadequate, particularly for the diagnosis of depression, the most commonly occurring psychiatric diagnosis in Norway. Increased knowledge would eventually be able to provide evidence and targeted treatment. **Purpose:** The purpose of this study was to investigate psychomotor physiotherapist's experiences with the impact of NPMF in treating patients diagnosed with depression. **Method:** Six psychomotor therapists in private practice and employed specialist in secondary care were interviewed with semi-structured interview. The material was analyzed phenomenological by systematic text condensation. **Result:** The result of the analysis was ten categories distributed under four codes. Under code relation found researcher three categories: "A good relationship leads handling process forward", "Participation" and "Rooted and present therapist". Under code awareness, we find three categories: "Increased definition, and awareness of the body and boundaries", "Bodily presence, to inhabit" and "Emotional awareness and recognition". Under code psychoeducation, two categories: "Knowledge is a tool for safeguarding" and "Rooted understanding is the way to change" and under code activity, two categories; "Increased energy and activity" and "Ownership of your own body". **Conclusion:** The perception was that NPMF was effective in relation to treatment of depression. Informants felt that patients improved both mentally and physically. The main findings were that relationship, awareness, psychoeducation and activity were the four integrating sub-themes that stood out as particularly effective when treating depression. Creating awareness and make contact with the body, seemed to be central in depression. Above all relationship and conversation, but also psychoeducation and active movements were to be understood as assumptions and contributors to achieving the goal awareness. Use of psychoeducation and focus on physical activity could in this study be understood as an adaptation of the method compared to patients with depression diagnosis.

Keywords: Norwegian psychomotor physiotherapy, depression, awareness of body, relationship

Innhold

1.0 Innledning	7
1.1 Presentasjon av tema	7
1.2 Problemstilling	9
1.3 Tidligere forskning på områder	9
1.4 Begrepsavklaringer	10
1.4.1 Fenomenologi, hermeneutikk og holisme	10
1.4.2 Bevisstgjøringen	11
2.0 Teori / Innfallsvinkel	11
2.1 NPMF	11
2.1.1 Fra begynnelsen til i dag	11
2.1.2 NPMF, både behandlingsmåte og tenkning	13
2.1.3 Psykodynamisk tenkning i NPMF	16
2.1.4 Fenomenologisk tenkning i NPMF	16
2.1.5 Hermeneutisk tenkning i NPMF	17
2.1.6 Holistisk tenkning i NPMF	17
2.2 Fysiologisk forståelse av følelser	18
2.3 Relasjon	19
2.4 Kroppsbevissthet	19
2.5 Psykoedukasjon	20
2.6 Depresjon	21
3.0 Metode	23
3.1 Design	25
3.2 Utvalg	25
3.3 Rekruttering og datainnsamling	25
3.4 Informert samtykke	26
3.5 Transkribering av data materialet	26
3.6 Dataanalyse ved systematisk tekstkondensering	26
3.7 Etske betraktninger	33

4.0 Resultat	33
4.1 Innledning	33
4.1.1 Presentasjon av informantene	33
4.1.2 Pasientgrunnlag i praksis	33
4.1.3 Informantenes beskrivelse av kroppslige depresjonssymptom	34
4.2 Relasjon	34
4.2.1 En god relasjon fører behandlingsprosessen frem	34
4.2.2 Delaktighet	35
4.2.3 Forankret og tilstedeværende terapeut	35
4.3 Bevisstgjøringen	36
4.3.1 Økt definisjon av egen kropp og grensekompetanse	36
4.3.2 Kroppslig tilstedeværelse, «å bebo»	36
4.3.3 Affektbevissthet og anerkjennelse	37
4.4 Psykoedukasjonen	37
4.4.1 Kunnskap et redskap for ivaretagelse	37
4.4.2 Forankret forståelse er veien til endring	38
4.5 Aktivitet	38
4.5.1 Økt energi og mestring	38
4.5.2 Eierskap til egen kropp	39
5.0 Diskusjon	40
5.1 Relasjon	40
5.2 Bevisstgjøringen	45
5.3 Psykoedukasjonen	48
5.4 Aktivitet	50
5.5 Metodediskusjon	52
5.6 Implikasjoner	53
6.0 Konklusjon	54
7.0 Litteraturliste	55
Vedlegg	

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Hensikten med denne masteroppgaven er å undersøke hvilke erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter, både i privat praksis og andrelinjetjenesten ved distriktpspsykiatriske sentre (DPS), hadde av virkningen av metoden norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) i behandling av pasienter med depresjon.

Ideen til utformingen av prosjektet ble formulert i løpet tiden som student ved master programmet i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Oslo og Akershus og i etterkant av fullført videreutdanning NPMF. Bakgrunnen for valg av emne depresjon var ikke tilfeldig, men resultatet av 20 års erfaring som fysioterapeut og etter hvert som psykomotoriker i andrelinjetjenesten. I min jobb hadde jeg hovedsakelig erfaring med pasienter som hadde opplevd traume, var plaget av angst, somatiseringslidelse og depresjonsproblematikk. Min erfaring var at depresjonsproblematikken alltid hadde vært mest utfordrende og at et svingende stemningsleie med periodevis nedstemthet, ofte kunne komme som en tilleggsfaktor og en økt belastning i forhold til opprinnelig diagnose. Depresjonen kom derved til å farge mange behandlingsprosesser med ytterligere utfordringer. Min erfaring var også at møtene med pasienter med depresjon ofte var mer utfordrende i forhold til å «komme i «posisjon» og få til «bevegelse» i prosessen, både kroppslig og mentalt, som var nødvendig for å få til en bedring. Tross dette hadde min erfaring gjennom årene likevel vært at metoden opplevdes å ha positiv effekt for pasientene, det vil si, at NPMF var en hensiktsmessig tilnærming ved ulike psykiatriske diagnoser og problemsstillinger innenfor andrelinjetjenesten. Dette er i tråd med det som Følstad Bentzen (2013) fant i sin kvalitative masteroppgave. Følstad Bentzen hadde intervjuet erfarne psykomotorikere i spesialisthelsetjenesten vedrørende deres erfaringer med bruk av metoden ved behandling av pasienter i allmennpsykiatrisk poliklinikk, og et av hovedfunnene var at informantene opplevde metoden hensiktsmessig. Men hva som opplevdes virkningsfullt, og da spesielt i forhold til depresjon, fant jeg ikke umiddelbart noen gode svar på hverken der, eller ved videre litteratursøk.

Min nysgjerrighet vokste derfor i forhold til å finne mer kunnskap om hva som var virksomt nettopp ved depresjon.

Metoden NPMF har en lang tradisjon og er en mye brukt behandlingsform i Norge. Dette på tross av et svakt evidensgrunnlag, grunnet manglende randomiserte kontrollerte undersøkelser (Malt & Albertsen Malt, 2014). Metoden er utøvd først og fremst av landets mange privatpraktiserende spesialister i NPMF (Norsk Fysioterapeutforbund, 2016a), men brukes også bredt innenfor spesialisthelsetjenesten. NPMF er en behandlingsform som i utgangspunktet ble utviklet for muskel/skjelett lidelser og i stor grad tilpasses pasientens symptomer og ikke diagnose. Metoden er prosessorientert, en «hjelp til selvhjelp metode» som har som mål å fasilitere for endring og omstilling gjennom bevisstgjøring av kroppserfaringer, spennings- og respirasjonsmønstre, personlige grenser og hensiktsmessige bevegelsesmønstre (Øien, Råheim, Iversen, & Steinhaug 2009), og derved opplevd bedring.

Forskningen og erfaringsformidlingen om metoden bærer preg av at fokus overveiende har vært på somatiske diagnoser, under betegnelsen subjektive helseplager, og ikke på psykiatriske diagnoser ifølge kriterier fra ICD-10 diagnosesystem (World Health Organisation, 2008). Dette virker rimelig da Breitve, Hynninen og Kvåle (2008) ved en kartlegging viste at det var symptomer som smerter, søvnproblemer og tretthet, angst, indre uro, spenning, depresjon og nedtrykthet som var de vanligst forekommende symptomene som tradisjonelt ble behandlet med NPMF i førstelinjetjenesten, under definisjonen psykosomatiske helseplager. Det er heller ikke primært effekten i forhold til den spesifikke diagnose som har vært undersøkt- ønsket har vært å øke kunnskapen om pasientenes opplevde erfaringer av kroppsfenomener og de behandlingsprosesser pasienten har erfart, uavhengig av diagnose.

Under betegnelsen subjektive helseplager finner en flere overlappende symptomer hvis en sammenligner med dages kriterier for depresjonsdiagnose (World Health Organisation, 2008). For eksempel overlapper de tre kroppslige symptomene indre uro, spenning og tretthet, med etterfølgende lav livskvalitet, hverandre.

Da depresjonsdiagnosen er en av de vanligst forekommende psykiske diagnosene i Norge i dag (Malt & Mork, 2014), betyr det at fysioterapeuter i sin kliniske hverdag ofte møter denne pasientgruppen. I spesialisthelsetjenesten, der mange psykomotorikere er ansatt, er det et høyt fokus på diagnoser, men forskning på hva som er virkningsfullt i NPMF rettet spesifikt mot disse synes å være manglende. Derfor ble det et naturlig valg for meg i denne oppgaven å sette søkelyset på erfaringer med metoden opp mot behandling av pasienter med depresjon. Økt dokumentert kunnskap ville kunne fylle et gap i forhold til hva som opplevs

virkningsfullt ved metoden NPMF. For best å kunne innhente denne kunnskapen falt valget på å utforme en kvalitativ studie med en fenomenologisk analyse som er formulert under problemstillingen;

1.2 Problemstilling

Hva erfarer psykomotorikere som virkningsfullt med metoden NPMF i behandling av pasienter med depresjon?

1.3 Tidligere forskning på området

I forskningen rundt NPMF finner vi i dag dokumentasjon på opplevd erfaring hos pasienter både fra det første møtet med metoden og til kvalitative analyser både med fenomenologiske hermeneutiske og narrative perspektiver av lengre behandlingsforløp (Ekerholt & Bergland, 2004, Sviland, Martinsen, & Råheim 2014). En finner videre kvalitative studier som med fenomenologiske og hermeneutiske metoder analyserer fenomenet kroppserfaringer og kroppsbevissthet i behandlingsprosesser hos pasienter med smerte i førstelinjetjenesten (Øien, Iversen, & Stensland 2007, Dragsund & Råheim, 2008). Forskning på området bærer preg av at metoden ikke er diagnose-orientert men heller symptom-orientert, og det er pasienter med diagnoser innenfor et bredt spektrum av psykosomatiske- og smertediagnoser og sammensatt problematikk som er undersøkt. Ved spesifikt søk på Pubmed med søkeord «Norwegian psychomotor physiotherapy and depression» fant en kun to artikler, en kvalitativ og en kvantitativ. Ingen omhandlet utelukkende diagnosen depresjon, men depresjon var en av flere diagnoser som ble nevnt. I den kvantitative studien hadde forfatterne undersøkt effekten av NPMF ved subjektive helseplager. I studien kunne en se tendens til at behandlingen hadde lindrende effekt spesielt for symptomene depresjon, angst, søvnvansker, og trøtthet, og at den førte til bedret livskvalitet (Breitve, Hynninen, & Kvåle 2010). I den kvalitative studien var depresjon et av mange symptomer som pasienten hadde, rundt hvilken artikkelen var skrevet. En 10-år lang behandlingsprosess med NPMF ble teoretisk analysert med narrativ metode, og forskerne konkluderte med at NPMF syntes å kunne bidra til å motvirke negative forestillinger og endre og styrke kroppslig narrativ identitet (Sviland, Råheim, & Martinsen 2012). Ved litteratursøk på Oria med samme søkeord fant en 6 treff, igjen fant en ingen studier rettet utelukkende mot metoden og diagnosen depresjon. De kvalitative undersøkelsene tok utgangspunkt både i behandleres og pasientenes perspektiv. Alle studier

konkluderte med at metoden synes å ha positiv effekt, men en fant lite resultat spesifikt i forhold til depresjon.

I en studie av Danielsson og Rosberg (2015) konkluderte forfatterne etter en fenomenologisk og hermeneutisk analyse at metoden basal kroppskjennskap kunne gi håp om opplevd endring i form av «åpenhet mot livet» og mindre opplevd depressiv «nummenhet», men at det var forbundet med stor innsats. 15 pasienter med depresjon hadde blitt intervjuet etter et randomisert klinisk behandlingsforløp. Kolnes (2012) konkluderte i sin artikkel, basert på erfaring i forhold til bruk av NPMF ved diagnosen anorexia nervosa, at metoden kunne bidra til økt evne å legge merket til og tolke kroppssignaler, økt emosjonell bevissthet, samt danne og integrere et kroppslig jeg.

Grunnet foreløpig liten kunnskap om NPMF i forhold til depresjon, diagnosens hyppige forekomst i samfunnet, og alt flere fysioterapeuter med psykomotorisk kompetanse, også i spesialisthelsetjenesten, vil det være relevant å undersøke nærmere erfaringer med og effekten av metoden i forhold til nettopp denne diagnosen.

1.2 Begrepsavklaringer

1.2.1 Fenomenologi, hermeneutikk og holisme.

I masteroppgaven bruker jeg begrepene fenomenologi, hermeneutikk og holisme. Alle tre begrepene bruker jeg i det teorigrunnlag, jeg presenterer for å øke forståelsen for og utøvelsen av NPMF. Det er da som filosofiske begreper, der fenomenologi referer til en erfaringsorientert kroppsfenomenologisk tradisjon, og refererer til pasientenes sanseerfaringer av å «være i verden». Begrepet hermeneutisk bruker jeg primært i forhold til fortolkning, igjen i forhold til pasientenes kroppserfaringer. Begrepet holisme brukes som en filosofisk tenking hvor man forsøker å se hele mennesket i hennes livssituasjon. Begrepet fenomenologisk blir i denne oppgaven også nevnt i forhold til metode og metodevalg. Det er da ut fra et vitenskapsteoretisk perspektiv, der innsamlingen av materialet i studien forsøker å gripe informantenes livsverdens-erfaring, og at materialet senere blir analysert ut fra de samme fortegn.

1.4.2 Bevisstgjøringen

I resultatdelen av oppgaven bruker jeg termene «bevisstgjøring» og «bevisstgjøringsprosessen» litt om hverandre. Innen psykomotorisk fagterminologi ligger det implisitt i begrepet at det dreier seg om fenomenet og prosessen å bevisstgjøre pasienten, gjennom sansestimulering, dennes egen kropp, kroppsbevissthet. I tillegg innbefatter det prosessen å bevisstgjøre pasienten på egen kropp i forhold til underlaget, slik at pasienten opplever såkalt «grundling» eller «bakkekontakt».

2.0 Teoribakgrunn / innfallsvinkler

Siden temaet er psykomotorikeres erfaringer med metoden NPMF ved diagnosen depresjon, valgte jeg å redegjøre både for teorigrunnet metoden bygger på og metodens utvikling i et historisk perspektiv. Det teoretiske grunnlaget ble beskrevet med referanser til Trygve Braatøy, Aadel Bülow-Hansen og Berit Bunkan, med flere. Jeg valgte også å redegjøre både for metodens kroppsundersøkelse og behandlingsprinsipper og å belyse noen fysiologiske og relasjonelle forklaringsmodeller og perspektiv for bedre å kunne beskrive tenkningen rundt metoden. Jeg valgte til sist å belyse diagnosen depresjon med utgangspunkt i dagens kriterier men med fokus på de somatiske symptomer.

1.2 NPMF

2.1.1 Fra begynnelsen til i dag

NPMF ble utviklet i 1940-50 årene gjennom et samarbeid mellom fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen og psykiater Trygve Braatøy i Oslo. Begge to var, i sine respektive profesjoner, opptatt av erkjennelsen av, og sammenhengen mellom muskelspenninger, pust og følelser (Øvreberg & Andersen, 2003). Braatøy (1947) omtalte muskelspenninger som inneklemninger av følelser, og at disse inneklemningene fant sted i kjeve-, puste og mavemuskulatur. Bülow-Hansen interesserte seg under hele sin karriere, både i sin jobb ved neurologisk avdeling ved Sofie Minde, i privat praksis og senere ved psykiatrisk avdeling på Ullevål sykehus, for sammenheng mellom respirasjon og følelser (Øvreberg & Andersen, 2003). Både Braatøy og Bülow-Hansen var inspirert av Wilhelm Reichs kroppspanser-teori

og karakteranalytiske vegetoterapi som psykoanalytiker Ola Raknes senere utviklet (Braatøy, 1947, Bunkan 2001, Faleide, Grønseh, & Urdal, 2007).

I vegetoterapien oppnådde man ved å kombinere tradisjonell analyse av barndomsopplevelser, drømmer og frie assosiasjoner, med det å pekte på psykologiske og kroppslige forsvarsholdninger og adferdsmønstre, å løse opp kroppspanseret ved hjelp av massasje og pusteøvelser. Pasientene kunne da oppleve å bedre forstå sin undertrykte livslengsel, livsangst og sine irrasjonelle livsødeleggende mønstre (Faleide et. al., 2007). NPMF ble bygget på grunnforståelse og teorier om både integrert samspill mellom soma og psyke, og antakelsen om at pasienter med langvarig problematikk, fysisk så vel som psykologisk, kunne reagere med kroppslige forandringer (Bunkan, Bülow-Hansen, Houge, Høgdaal, & Hansson 1995, Bunkan, 2003, Kvåle & Ljunggren, 2007, Bunkan, 2010). Denne forståelsen gjenspeiles fortsatt i dag gjennom både den psykodynamiske, fenomenologiske, hermeneutiske og holistiske tenkningen i metoden (Øien et al., 2007). Opprinnelig var metodens hovedmål å redusere kroppslig motstand og gjøre det lettere for pasienter å komme i kontakt med følelser i psykoanalytisk behandling (Bunkan 2001).

Samarbeidet mellom Bülow-Hansen og Braatøy foresatte til Braatøys tidlige bortgang 1953. Etter det fortsatte Bülow-Hansen samarbeidet med psykiater Nils Huga og almenpraktiserende lege Toralf Høgdaal for å videreutvikle metoden (Øvreberg & Andersen, 2003).

Adel Bülow-Hansen dokumenterte selv svært lite i forhold til metoden hun utviklet, men førte tradisjonen videre gjennom en form for mester-svenn ordning (Øvreberg & Andersen, 2003). Den ordningen forble praksis frem til slutten av 50-tallet. Mellom 1960-1994 var utdannelsen underlagt Norske Fysioterapeuters forbund, etter dette ble utdannelsen knyttet til Høgskolen i Oslo, i første omgang som videreutdanning i psykosomatisk og psykiatrisk fysioterapi. Fra 2000 ble utdannelsen knyttet til tverrfaglig videreutdanning i psykiatrisk helsearbeid (Bunkan 2001), og siden 2014 har videreutdannelsen i NPMF vært mulig å knytte opp mot Master i psykisk helsearbeid ved høgskolen i Oslo og Akershus. Fra 2000 har man hatt tilsvarende utdanning ved Universitetet i Tromsø (Bunkan 2001). Siden 2010 har Master i Helsefag med studieretning psykiatrisk og psykomotorisk fysioterapi også vært et tilbud der (Universitet i Tromsø, 2016).

Flere fagpersoner har gjennom årene bidratt til videre utvikling av NPMF, noe som har medført at tradisjonen innehar en sterk stilling i dagens behandlings-Norge. Flere av disse

fagpersonene har selv gått i lære hos Bülow-Hansen. Noen av dem vil bli nevnt i denne oppgaven.

Berit Bunkan, har gjennom sitt arbeid utviklet og systematisert undersøkelsesmetoden slik at det i dag finnes en klinisk undersøkelse, Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen (ROK) (Bunkan 2010) og et standardisert validert undersøkelsesinstrument beregnet for forskning, Den omfattende kroppsundersøkelsen (DOK) (Friis, Bunkan, Ljunggren, Moen, & Opjordsmoen 1998, Bunkan, Opjordsmoen, Moen, Ljunggren, & Friis 1999, Bunkan, Ljunggren, Opjordsmoen, Moen, & Friis 2001, Bunkan 2003).

En annen fagperson som har bidradd til utvikling av metoden i praksis både hva gjelder individualbehandling og gruppebehandling er Gudrun Øvreberg (Ottesen, Hanssen, Ianssen Kvebæk, & Rongved 2010). Hun har gjennom sitt samarbeid med allmennlege og psykiater Tom Andersen vært en del av undervisningsopplegget ved medisinstudiet i Tromsø helt siden 1970-tallet. Både Gudrun Øvreberg og Berit Bunkan har også veiledet «tredje generasjonen» psykomotorikere (Ianssen, Andersen, Hanssen, Kvebæk, Ottesen, Rongved, & Øvreberg, 2014).

Elin Thornquist har i mange år bidratt med å løfte NPMF akademisk, særlig gjennom sin kvalitative forskning om metoden og sitt store bidrag til vitenskapsteori og metode for helsefag (Thornquist, 2014). Kirsti Ekerholt, Elisabeth Møyner og Anne Gretland har alle i mange år bidratt til forskning, i tillegg til å lede utdannelsen av psykomotorikere henholdsvis ved Høgskolen i Oslo og Akershus og ved Universitet i Tromsø.

NPMF er altså i dag en av 13 spesialiteter innen fysioterapifaget i Norge (Norsk Fysioterapeutforbund, 2016b). NPMF utøves i dag først og fremst gjennom landets privatpraktiserende fysioterapeuter med eller uten driftstilskudd i primærhelsetjenesten. Tittelen spesialist i NPMF gir rett til å bruke takst A9 innen privat praksis. Det finnes også spesialfysioterapeuter i andrelinjetjenesten med psykomotorisk kompetanse ved sengeposter, poliklinikker og gruppepoliklinikker i DPS'er. I hele landet finnes det nærmere 400 spesialister og praktiserende psykomotorikere (Norsk Fysioterapeutforbund, 2016c).

2. 1. 2 NPMF, både behandlingsmetode og tenkning

NPMF er en definert metode i dagens helse-Norge. Spesialist-kompetanse eller ikke, så representerer metoden også en generell tenkning og grunnforståelsesform som gjennomsyrrer fysioterapifaget i psykisk helsevern, psykiatri og psykosomatisk fysioterapi (Gretland 2015).

Dette gjelder uavhengig av om NPMF blir brukt reindyrket eller i et videre begrep der også innslag av andre metoder kan brukes, som basal kroppskjennskap (Norsk Institutt for Basal Kroppskjennskap, 2015, Skjærven & Sundal, 2016) eller ved forståelse av behandling av traume ved for eksempel somatic experience (Somatic Experiencing Norge, 2016).

Det finnes ingen standardiserte prosedyrer for behandling med NPMF. Likevel har metoden og behandlingstimene en struktur og er lett gjenkjennelige med en forholdsvis lik fordeling av delmomentene bevegelser, massasje og samtale (Bunkan 2001). En tar utgangspunkt i pasientens problemstilling og symptomer heller enn diagnose, og behandlingsopplegget blir vurdert og tilpasset pasientens reaksjoner (Bunkan et al., 1995, Bunkan 2001). Behandlingen starter med en anamnese med sykehistorie og symptomatologi. Det inkluderer en vurdering av det som kalles utvidede ressurser, for eksempel sosialt nettverk og ressurser i forhold til deltakelse i hverdagslivet. De utvidede ressursene vil være en indikator for pasientens nåværende ressurser til å gjennomgå en til tider krevende behandling.

Mange psykomotorikere benytter seg i tillegg av undersøkelsesmetoden ROK (Bunkan, 2010). ROK innbefatter vurdering av belastningsgrad av kroppsdomenene holdning, respirasjon, funksjon, muskulatur, autonome reaksjoner og kroppsbilde og en vurdering av pasientens / kroppens omstillingsevne, det vil si hvor fleksible eller fastlåste mønstrene er (Bunkan, 2010, Thornquist 2006). Resultatet av vurderingen av de enkelte domenene settes inn på et ressurskontinuum, gradert fra 0-6, der 0 er lik «ubelastet» og 6 er lik «svært belastet». Sist vurderes den totale graden av belastning utfra hvor hovedtyngden ligger for de enkelte domenene på ressurskontinuumet. I vurderingen av totalskåren tar en også hensyn til at de ulike domener vektet i rangordning innbyrdes. Tyngst vektet respirasjon og funksjon, deretter autonome reaksjoner, muskulatur og til sist domenet holdning og kroppsbilde (Bunkan, 2003, Bunkan, 2010). Domenet utvidede ressurser vil så til sist styrke eller svekke totalskåren beroende på om pasientens livs- familie- og eventuelle arbeidssituasjon vil kunne gi tilstrekkelig støtte i behandlingsperioden, eller om behandlingen for eksempel heller skal skyves fremover i tid (Bunkan, 2003). Den totale belastningsskåren og grad av evne til omstilling vil være avgjørende for doseringen av tiltaket fra «innngripende og omstillende» tiltak til gradvis mer «støttende og stabiliserende» tiltak (Bunkan, 2003). Når pasientens kroppsfunn vurderes til å være lette til moderate (0- 3) på ressurskontinuum og evne til omstilling er tilstede, legges vekt på fleksibilitet, kroppsopplevelse, avspenning og omstilling av respirasjon i behandlingen, noe som ofte medfører en nærmere kontakt med følelser (Bunkan 2001, Thornquist 2006, Gretland, 2007). Ved mer belastede kroppsfunn (4-6) og der

evne til omstilling er utydelig, tones den avspennende delen i behandlingen ned og fokus legges på støttende intervensjoner i form av kroppsstabilisering, kropps kontroll og kroppslig samling og til dels økning av spenningsgrad. Den klassiske formen av NPMF men høy grad av avspenningsbehandling kan i noen tilfeller anses som kontra indisert hvis pasienten er for tungt belastet (Bunkan 2001, Thornquist 2006, Gretland, 2007). ROK er en klinisk undersøkelse som ikke er validert.

Fysioterapeut og pasient finner en felles målsetting for behandlingen og gjør en «avtale» ut fra det. Behandlingsforløpet starter ofte med en «prøvebehandlingsperiode» på 4-6 timer der en vurderer metodens egnethet for den enkelte pasienten og dennes problemstilling og symptomatologi (Bunkan 2001). Behandlingen er basert på en kombinasjon av samtale, egenbevegelse i stående og sittende og massasjegrep utført med pasienten liggende på benk (Bunkan, et al., 1995, Bunkan 2001). Under samtalen har man fokus på meningsdannelse og forståelse av sammenhenger soma / psyke i lys av den egne problemstillingen og livshistorien (Gretland, 2007). Under bevegelsesdelen har man fokus på bevisstgjøring og verbalisering av egen kropp og opplevelse av «grounding», bakkekontakt og fotfeste, det vil si anerkjennelse av tyngdekraftens gjenklang i kroppen både direkte og i overført betydning, i forhold til hverdagen, for å oppleve stabilitet og tilstedeværelse (Thornquist 2006). Under massasjegrepene har man fokus på bevisstgjøring av spenningsmønstre og respirasjon (Bunkan, 2010).

I NPMF behandles de lokale symptomene i en helhetlig kroppslig sammenheng, og en har fokus på at hele kroppen behandles i hver time som varer 45-60 minutter. Gjennom at alle delmomenter er tilstede i behandlingen gjenspeiles den psykodynamiske, fenomenologiske, holistiske og hermeneutiske tankegangen i metoden (Bunkan 2001). Som resultat av behandlingen skjer en gradvis respirasjonsomstilling, fysiske og mentale holdningsendringer, bevisstgjøring, innsikt og omstilling av muskulaturens spenningsgrad og en generelt økt kroppsbevissthet hos pasienten som opplever bedring, hvilket så fører med seg en bedret evne til egenomsorg eller sunn selvopptatthet (Bunkan et al., 1995, Bunkan 2001, Bunkan, 2003, Øvreberg & Andersen, 2003, Thornquist 2006). Målet i behandlingen er oppnådd når pasienten opplever fleksibilitet i en stabil kropp, uten uhensiktsmessige spenninger som hemmer respirasjon og bevegelse og at pasienten har oppnådd forståelse for hva som hemmer og fremmer egne kropps- og livsforhold (Bunkan 2001). Et behandlingsforløp varer vanligvis fra 6-12 måneder (Bunkan 2001, Thornquist 2006).

2.1.3 Psykodynamisk tenkning i NPMF

Metoden NPMF bygger på en psykodynamisk forståelse og utøvelse. Den psykodynamiske tradisjonen har sitt opphav i psykoanalysen ved Sigmund Freud. Den psykodynamiske forståelsen bygger både på teorier om det virksomme i et klinisk møte og «kroppens hukommelse» som at psykiske erfaringer nedfeller seg i kroppslige fenomener, og at kroppslige fenomen uttrykker seg gjennom psyken (Skårderud, Hausgjerd, & Ståncike, 2010). Som eksempel vil langvarige belastninger, sykdom eller traumatiske livshendelser påvirke og setter sine spor i kroppen. Denne dynamiske tenkningen i metoden går helt tilbake til innflytelsen fra Wilhelm Reich på 40 tallet (Braatøy, 1947, Bunkan 2001). Opprinnelig ble metoden utviklet slik at pasienten først gikk til psykomotorisk behandling for avspenningsbehandling for at pasienten skulle komme i kontakt med sitt følelsesliv, og den psykoanalytiske samtalebehandling ble overlatt til psykiateren. Den gangen var samarbeidet så tett at pasienten fysisk gikk fra den ene behandleren direkte til den andre (Bunkan et al., 1995, Øvreberg & Andersen, 2003, Thornquist 2006).

I dag jobber de færreste psykomotorikere i så nær tilknytning til en psykiater. Hverdagen innebærer i praksis et selvstendig behandlingsansvar for pasienten, med et mer eller mindre tett samarbeid med fastlegen eller behandlere i spesialisthelsetjenesten. Dette medfører naturlig økt fokus på samtale i den psykomotoriske behandlingen. Det betyr også at kravet til psykomotorikerens kompetanse i forhold til samtale, terapeutisk allianse, relasjon og forståelse for psykodynamiske prosesser har økt (Thornquist 2006). Innfor andrelinjetjenesten er i tillegg kunnskap om objektrelasjonsteorier, tilknytningsteorier og betydningen av overføring og motoverføring i samtalen en nødvendighet da personlighetsproblematikk er vanlig forekommende (Skårderud et al., 2010). Overordnet er det terapeutens ansvar å etablere et felles utgangspunkt, opprettholde en empatisk kontakt, samt skape en anerkjennende og meningsbærende dialog på pasientens premisser (Gretland, 2007).

2.1.4 Fenomenologisk tenkning i NPMF

NPMF har også et tydelig kroppsfenomenologisk perspektiv der fokuset i behandlingen er rettet mot pasientens kroppslige sanseerfaringer og reaksjoner, og på å verbalisere dem her og nå (Øyen et al., 2009). Fenomenologien er en erfaringsorientert tradisjon. Den beskriver at vår oppmerksomhet er rettet mot verden slik den erfares for *subjektet* og ikke mot verden uavhengig av personen. Fenomenologien analyserer og kartlegger hvordan verden konstitueres av vår bevissthet. Det hevdes at bevisstheten alltid er rettet mot noe, den er

intensjonal. Subjektiviteten i fenomenologien anses som en forutsetning for forståelse overhodet (Thornquist, 2014). Edmund Husserl utviklet fenomenologien som ble vitenskapen som analyserer hvordan det er å oppleve noe for subjektet (Thornquist, 2014). Maurice Merleau-Ponty viderefører Husserls tanker gjennom å knyttet subjektiviteten til kroppen. Kroppen er personlighetens egentlige subjekt, for det er gjennom kroppen at bevisstheten og eksistensen tar form. Det er gjennom kroppen vi er tilstede i verden og erfarer den (Merleau-Ponty, 2009). Den kroppsfenomenologiske tenkningen er vanskelig forenlig uten ett endelig oppgjør med kropp/sjel dualismen som fortsatt i dag setter sine spor i vår forståelse av sammenhenger eller splitter oss i vår forståelse av kroppen som materiell og uten mening (Thornquist, 2014). Dette oppgjøret gjelder i forhold til pasienten, men fremfor alt i forhold til terapeutens egen forståelse av sammenhenger.

2.1.5 Hermeneutisk tenkning i NPMF

NPMF gjennomsyres av også av en hermeneutisk forståelse. I NPMF er en opptatt av å sammen med pasienten skape mening, forståelse og sammenhenger av symptombylde og livssituasjon og kunne gi uttrykk for dem språklig (Øyen et al., 2007). Hermeneutikk kommer fra gresk og betyr; å tolke eller fortolke, og den er en filosofisk teori om all forståelse (Alnes 2015). Hermeneutikken dreier seg om spørsmål om forståelse og fortolkning av, fra begynnelsen, først og fremst religiøse og juridiske skrifter, men i dag inkluderer fortolkningen også kunst, arkitektur, sosiale institusjoner og menneskelig handling og samhandling. Målet er å tilegne seg opprinnelig mening. En filosofisk hermeneutikk vokste etter hvert frem som hevdet at forståelse er et grunntrekk ved mennesket, som er tilstede i verden som et forstående og tolkende vesen (Thornquist, 2014). Noen av de mest kjente hermeneutikere er Martin Heidegger og Hans-Georg Gadamer.

2.1.6 Holistisk tenkning i NPMF

Helt siden starten av samarbeidet mellom Braatøy og Bülow-Hansen har den holistiske tenkningen preget metoden. Braatøy's tanker om kroppen som en sammenhengende helhet var utgangspunktet for metoden. I selve utøvelsen av behandlingsmetoden er en opptatt av å behandle hele kroppen og ikke bare der pasienten umiddelbart kjenner symptomene sine (Bunkan 2001). Holisme, kommer fra det greske ordet «helos» som betyr hel eller fullstendig (Holisme 2016). I den medisinske verden står holisme for en holdning der

diagnostisering, forebygging og behandling bygger på at hele mennesket omfattes, både kroppslig, psykologisk og sosialt, i sine naturlige omgivelser (Bruusgaard, & Rørtveit 2015). Det holistiske menneskesynet har langt fra alltid vært gjeldende. Renee´ Descartes som grunnla rasjonalismen, var den som ga uttrykk for kropp / sjel dualismen, en oppsplitting av mennesket i to uavhengige substanser; kroppen som ren natur eller materiell substans og bevisstheten som den immaterielle substans. (Thornquist, 2014). I dag er det ikke mange som lengre sverger til en dualistisk tenkning. Men grunnet den dype språklige forankringen dualismen fortsatt har bruker vi stadig uttrykk som «jeg har, eier eller bruker» om kroppen. NPMF tar hensyn til at kroppslige uttrykk gjennom kroppsholdning, spenning og bevegelser ikke bare har sammenheng med personenes erfarings- og meningsverden, men også pasientens livshistorie og livssituasjon (Øvreberg & Andersen, 2003, Bunkan 2001, Bunkan, 2010).

2.2 Fysiologisk forståelse av følelser

I dag finner en vitenskapelige belegg for hvilken rolle følelsene, gjennom vår kroppsfornemmelse, har for våre kognitive beslutningsprosesser gjennom hjerneforskningen til blant andre Antonio Damasio (2002). Han skiller på følelser og emosjoner. Følelsen er den indre egne opplevelse som ikke kan erfares av andre, mens emosjonen kan, igjen gjennom kroppslige attributter, bli fanget opp eller forstått av andre (Damasio, 2002). Emosjonen forsyner organismen med overlevelsesorientert atferd. Hos organismer med bevissthet, det vil si evne å vite om at de har følelser, får emosjonen en sterkere virkning, da emosjonene gjennomsyrrer tankeprosessen. Damasio (2002) beskriver også det han kaller bakgrunns emosjoner det vil si når en person kan merke at en annen person er «anspent», «irritabel», «motløs» «entusiastisk», «munter» eller «nedfor» uten at dette har blitt satt ord på, så er det bakgrunns-emosjoner en fanger opp. Det er de subtile endringene ved kroppsholdning, bevegelsens form eller hastighet eller minimale endringer i øyebvegelser eller ansiktsmimikk som fanges opp (Damasio, 2002). Bakgrunns-emosjoner blir gjerne utløst av indre faktorer, som prosesser for å regulere selve livet, eller av ytre faktorer som åpenlyse eller skjulte konfliktprosesser eller langvarig fysisk anstrengelse som for eksempel et «høydepunkt» etter en joggetur eller «lavpunkt» etter ensidig fysisk arbeid eller grublerier (Damasio, 2002). Han mener at de kroppslige attributter i bakgrunns-emosjonene også kan overleve neurologiske sykdommer.

2.3 Relasjon

«*Mennesket er uunngåelig et relasjonelt vesen*» skriver Skårderud og medforfattere (2010, s. 86) i *Psykatrieboken sinn – kropp – samfunn*. Videre mener forfatterne at alt vi mennesker gjør og tenker skjer innenfor rammene av menneskelige sammenhenger selv om det i perioder kan være vanskelig og fører til at mennesket prøver å trekke seg vekk fra relasjonen. Forutsetningen for en relasjon er et møte, et møte mellom to mennesker i et rom som ryddes for forstyrrelser og der de møtes som likeverdige (Skårderud et al., 2010). Som behandlere ønsker vi å skape situasjoner der samspill og møter kan utvikle seg.

Sentralt i forståelsen av en relasjon finner vi teorier som tilknytningsteorien, formulert av J. Bowlby på 60-tallet. Han beskrev hvordan vårt grunnleggende biologiske behov for å søke trygghet og tilknytning har betydning for vår overlevelse. Tilknytningen bidrar til den neuropsykologiske utviklingen av sosial kompetanse, det vil si utvikling av hjernen. Mangelen på gode relasjoner tidlig i livet kan gi skader senere (Skårderud et al., 2010). I starten av det forrige århundret brukte både M. Klein, W. R. D. Fairbairn og D. Winnicott begrepet «objekt» om den person som det lille barnet retter sine drifter eller affekter imot. Teorien bestod i å beskrive hvordan, alt etter hvordan vi blir møtt, mekanismer som splitting, projeksjon, introjeksjon og projektiv identifikasjon, ble utviklet og var med på å utvikle vår indre psykologiske verden (Skårderud et al., 2010). Disse indre representasjonene av relasjonen til seg selv og andre vil senere i livet kunne forvrengte og vanskeliggjøre relasjonen til andre.

2.4 Kroppsbevissthet

Et grunnleggende premiss er at det med «kropp», menes langt mer enn fysiske egenskaper og somatiske forhold da kroppen er flertydig og viser til både noe konkret og noe symbolsk. Kroppen trer frem både som en konkret gjenstand gjennom sin fysiologi, med begreper som vekt, høyde, form, muskelmengde og kosthold, og kan også ses både i en symbolsk og en kulturell kontekst som beskrivelser av identitet, selvkontroll og selvkonstruksjon. Våre kropper er også redskap for å erfare og forstå, og våre sanserfaringer går foran refleksjonen om erfaringen. Kroppen har også gjennom historien vært sett på og forstått ut fra både dualistisk og holistisk forståelse (Skårderud et al 2010).

Fysiologisk synes kroppsbevissthet eller vårt kroppsbilde å være avhengig av den samme informasjon fra nevralt nettverk i hjernebarken som vi bruker ved postural kontroll og som er relevante for balanse og vår subjektive opplevelse av kroppens stilling og bevegelser. Det

involverer også vår evne til romlig orientering (Fadnes & Leira, 2006). De nevrale nettverkene i hjernen som behandler kroppsbevissthet og bevegelser henger nøye sammen. Målrettede bevegelser kan ikke utføres uten informasjon om kroppens stilling og orientering. I de samme områder i hjernen finnes nevroner som bidrar til at vi kan skille på egen og andres kropp. Det betyr at opplevelse av eierskap er korrelert med aktivitet i motoriske barkområder. Fadnes og Leire mener videre at forutsetning for et stabilt kroppsbilde er at det stadig oppdateres gjennom variert sensorisk informasjon og oppmerksomhet som er rettet mot kroppen. Spesielt selvgenererte aktive bevegelser synes å være en viktig kilde til å identifisere kroppsdeler. Bare små forstyrrelser av dette samspillet i hjernen fra for eksempel smerte synes å kunne forstyrre vår kroppsbevissthet. Det antas at også en rekke psykiatriske tilstander har samme negative effekt og kan skape fornemmelse av «kaos i hodet» og svimmelhet, og påvirker vår kroppsbevissthet.

2. 5 Psykoedukasjon

I Norge finnes en rik «mentalhygienisk tradisjon» det vil si pedagogiske tiltak for å fremme det sunne sinnet, med vekt både på forebygging og behandling. Økt kunnskap er tenkt å fremme egen kompetanse til å bedre mestre symptomer og mentale lidelser og å kunne bidra til en opplevelse av mestring, motivasjon og en opplevelse av å ha styring i eget liv (Skårderud et al, 2010).

Nytten med psykoedukasjon som behandling springer særlig ut fra forskning rundt pasienter med schizofreni der en fant at høyt nivå av «expressed emotion, det vil si uttrykt fiendtlighet, emosjonell overinvolvering, eller mye kritikk i familien medførte høy risiko for tilbakefall og dårlig behandlingsrespons (Malt & Albertsen Malt, 2014). En har funnet lignende sammenhenger ved andre psykiatriske lidelser som alvorlig depresjon, bipolare lidelser, agorafobi og anorexia nervosa. I psykoedukative programmer gis derfor undervisning om den aktuelle lidelsen og veiledning til pårørende, under navnet «psykoedukativt familiearbeid». Psykoedukasjon er i forhold til psykoselidelse godt egnet både på individ og gruppenivå og best resultater finner en når psykoedukasjon kombineres med psykofarmaka (Malt, & Albertsen Malt, 2014). Målet med psykoedukasjon er også å løfte pasient og pårørende opp fra rollen som passiv mottaker av behandling til en mer aktiv bidragsyter i eget liv, kunnskapen får verdi når den realiseres og praktiseres for eksempel i grupper (Skårderud et al, 2010).

2.6 Depresjon

Historisk sett har somatiske symptomer, oftest medisinsk uforklarlige og oftest lokaliserte i bryst, hode, hjerteregionen og abdomen, eller beskrevet som generelt tap av vitalitet i kroppen som medfører tretthet og en følelse av utmattelse, hatt en stor tyngde som kriterier for depresjon. De nært beslektede vegetative symptomene søvnforstyrrelse, appetitt, fordøyelse og nedsatt libido har også ofte vært beskrevet på lik linje med de somatiske symptomene (Kapfhammer 2006). Tross denne tidligere erkjennelsen av symptomene som tegn på depresjon gjenspeiles de bare i liten grad i dagens kriterier i diagnoseverktøyet ICD-10 som er: depressivt stemningsleie, interesse og gledesløshet, og energitap som fører til tretthet og redusert aktivitet. Andre symptom i følge ICD-10 er: redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert selvfølelse og selvtillit, skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse, tristhet og pessimistiske tanker om fremtiden, planer om eller utførelse av selvskading eller selvmord, søvnforstyrrelse og redusert appetitt (World Health Organisation. 2008).

Depresjon er den hyppigst forekommende psykiatriske lidelsen i Norge. Komorbiditet er vanlig ved depressive lidelser, en anslår at 60 % av pasienten med moderat til alvorlig depresjon har minst en annen psykisk lidelse (Malt & Mork, 2014). Depresjon kodes i klassifikasjonssystemet ICD-10 under F 32, depressiv episode og F 33, tilbakevendende depressiv lidelse. Alvorlighetsgrad mild, moderat og alvorlig og eventuelle somatiske symptom kodes med et tredje og fjerde siffer (World Health Organisation. 2008). For å sikre diagnostikk og derved riktig behandling anbefales at en ved anamnesen bruker graderingsskalaer og semistrukturerte intervjuer (Malt & Mork, 2014, Helsedirektoratet 2009). Målet for behandlingen er full remisjon. Ved mildere depresjoner er bruk av selvhjelps-, støtte- og mestringsgrupper anbefalt. Ved moderat og alvorlig depresjon er psykoterapi og eventuell medikasjon eller kombinasjoner av dem nødvendig, alternativt innleggelse ved psykiatrisk sykehus. Alvorlighetsgraden er ikke nok for å vurdere tiltak, en må se på tilleggssforhold som funksjonssvikt, sykehistorie, komorbiditet og familiehistorie (Malt & Mork, 2014).

I følge de samme forfatterne finnes det også en rekke kroppslige symptomer som ofte kan skjule en depresjon, slik som smerter, muskel-/ skjelettplager, hodepine, spenninger, parestesier og nedsatt matlyst. Disse symptomer refereres ofte til som kroppslige erfaringer som pasienten med depresjon opplever som ubehagelige og bekymringsfulle. De forekommer både i enkelte deler av kroppen som hode, mage, rygg eller nakke, eller som en global opplevelse som ved trøtthet og manglende energi (Kapfhammer 2006). Andre vanlige

somatiske symptomer var hodepine, muskel/skjelett smerter, ryggplager, alle med uforklarlig somatisk årsak (Tylee & Gandhi, 2005). I dag i litteraturen finner en igjen en gradvis økende interesse for somatiske symptomer og deres betydning, og i tall fra internasjonale studier finner en variasjon i forhold til forekomst av somatiske symptom. I en internasjonal studie viste resultatene at opp mot 50 % av pasienter med depresjon også rapporterer somatiske smertefulle eller ikke smertefulle kroppslige symptom (Perugi et al., 2011). I en annen stor multinasjonal studie fastslo Simon, VonKorff, Piccinelli, Fullerton og Ormel (1999) at 69 % av pasienten med depresjon i primærhelsetjenesten kun rapporterte somatiske symptom som deres primære grunn for å oppsøke lege. Den tredje internasjonale studie viste også høy forekomst av somatiske symptom, de to vanligste somatiske symptomene var trøtthet og manglende energi og søvnforstyrrelser som forekom i respektive 73 % og 63 % av tilfellene ved en pågående depresjon (Tylee, Gaspar, Lépine, & Mendlewicz 1999). De kroppslige symptomene anses som en differensialdiagnostisk utfordring da flere av dem forekommer både ved depresjon, angst, somatoforme lidelser og i organisk sykdom, som derfor må utelukkes (Tylee & Gandhi, 2005).

En fant tilsvarende høy grad av somatiske symptomer i en større norsk befolkningsundersøkelse. Resultatet fra undersøkelsen viste sterk assosiasjon mellom somatiske symptomer og depresjon og angst, og en enda sterkere assosiasjon når begge diagnosene var tilstede samtidig. Assosiasjonen var linjer mellom antall somatiske symptomer og grad av henholdsvis angst og depresjon. Kvinner fremviste flere somatiske symptom enn menn. De vanligste symptomene for kvinner var hodepine, smerte i skuldre og nakke, konstipasjon og halsbrann. Menn skåret høyest på halsbrann, hodepine og smerter i korsrygg (Tangen Haug, Mykletun, & Dahl 2004).

Det synes at pasienter med depresjon der en i tillegg finner multiple ofte smertefulle somatiske symptomer uten medisinsk forklaring løper større risiko for å ha vanskeligere forløp, høyere risiko for tilbakefall, økt komorbiditet og suicidfare. De lider større økonomiske tap og forbruker flere helsetjenester (Kapfhammer 2006).

3.0 Metode

I diskusjoner om valg av vitenskapelig metode forekommer hovedsakelig en todeling, nemlig at forskning er enten nomotetisk, som har til formål å avdekke universelle lovmessigheter eller ideografisk, som beskriver ulike aspekter ved virkeligheten som meninger og intensjonalitet (Johannessen, Tuft, & Kristoffersen 2011). Nomotetisk forskning representeres ved bredde og oversikt med kvantitative statistiske metoder som gir svar på hypoteser om forekomst og sammenhenger. Ideografisk forskning representeres ved dybde, innsikt og forståelse med kvalitative metoder som gir svar på spørsmål knyttet til meningsinnhold. Uavhengig av metoden er det viktig å erkjenne at tross krav om objektivitet vil all observasjon være selektiv, data etableres ut fra forskerens forforståelse og ut fra hypoteser og forskningsspørsmål forskeren stiller. Det betyr at all kunnskap som hentes inn er avhengig av de erkjennende subjekt. En bør se all forskning som en form for skapende virksomhet der målet er å innhente ny kunnskap, utvide forståelsesverden eller forstå ting på en ny måte (Thornquist, 2014). Det vil til sist være utformingen av problemstillingen som i all forskning vil være avgjørende for valg av, i første omgang nomotetisk eller ideografisk forskningsmetode. (Thornquist, 2014).

Vitenskapelighet i forskning betegner på den ene siden selve prosedyrene og metodene, og på den andre siden, den systematiske og ordnede kunnskapen, eller teoriene som er et resultat av metodene (Kvernbekk, 2002). Innenfor all forskning kjennetegnes vitenskapelighet ved at forskning skal være tilgjengelig for alle, kunnskap skal kunne fremmes av hvem som helst, den skal være åpen og transparent, slik at den blir åpen for kritikk (Keiser, Jåsund, & Uglevik, 2000).

Innsamling av data og empirisk materiale vil også skille seg mellom hovedretningene. Kvantitative data samles inn ved målinger eller spørreskjema og forskeren får et objektivt forhold til dataene. Å få tilgangen til livsverden og erfaringer om meningsfulle fenomener i kvalitativ forskning forutsetter en samtale, observasjon eller et intervju som datainnsamlingsmetode. Samtalen eller intervjuet gir forskeren tilgang til informantens erfarings- og meningsverden og variasjonen i datamaterialet blir det sentrale (Thornquist, 2014). Forskeren i kvalitativ forskning vil, ved å bruke seg selv i møtet med informanten i intervjuet eller observasjonen, få en nær relasjon til forskningsfeltet, informantene som inngår i det og det empiriske materialet. Subjektiviteten det medfører bør ses på som en ressurs i forsøket på oppnå forståelsen, som er målet (Thornquist, 2014). Da formålet i denne studien var å innhente psykomotorikeres erfaringer ved bruk av en behandlingsmetode for å prøve å

utvikle nye beskrivelser av fenomenet, ble kvalitativ forskningsmetode med bruk av intervjuer et naturlig valg, da den metoden best kunne besvare den valgte problemstillingen.

I helseforskning er det vanlig å bruke semi-strukturerte intervju som datainnsamlingsform. Den tar utgangspunkt i en intervjuguide i stikkordsform som vil minne forskeren om å holde seg til ønsket tema. Samtidig skal det i intervjutiden være rom for å åpne opp for nye spørsmål, rom til å utdype med fortellinger om konkrete erfaringer. Målet er at intervjuet skal åpne for kunnskap som er forankret i informantens livsverden (Malterud, 2013).

Til forskjell fra kvantitativ forskning, der en er avhengig av mange enheter for troverdighet i forhold til generalisering, må en i kvalitativ forskning heller sørge for utvalgsstrategier som tilgodeser både bredde, rekkevidde og tilstrekkelig og gyldige data om fenomenet, slik at en skal kunne overføre den nye kunnskapen en får til andre sammenhenger enn de opprinnelige der den er hentet fra (Johannessen et al., 2011).

Et strategisk utvalg er en måte å tilgodese disse krav. Det strategiske utvalget blir sammensatt med mål om å best belyse problemstillingen ut fra et mangfold av erfaringer. Feltkunnskap og teoretisk bakgrunn er en viktig forutsetning for å finne de relevante kildene (Malterud, 2013).

I analysen i kvalitativ forskningsmetode står en igjen innfor noen valg der en deler analysemetodene inn i tverrgående eller langsgående metoder. I den tverrgående analysen sammenfattes og analyseres kunnskap fra flere informanter, ved eksempelvis intervjuer. I den langsgående analysen følges et forløp over tid og gir derved muligheter for en mer dyptgående analyse enn den tverrgående (Malterud, 2013).

Målet med analysen av empirisk materiale i kvalitativ forskning er å frembringe enten beskrivelser, hvordan noe ser ut eller hva det består av, eller å skape begreper, som gir betegnelser, navn eller teoretiske modeller som gir innsikt i sammenhenger. Hver av disse kan enten ses på som egne analysenivåer eller som konsekvenser av hverandre. I kvalitativ forskning er målet å innhente *ny* kunnskap som formidles gjennom en åpen forskningsprosess.

Analysefasen i kvalitativ forskning bør liksom i all forskning beskrives med etablerte forskningsprosedyrer med referanser fra metodelitteratur for å holde tilstrekkelig vitenskapelig nivå (Malterud, 2013).

Da formålet med denne studien var å utforske livsverden og innhente psykomotorikeres erfaringer med bruk av en behandlingsmetode, ble kvalitativ forskningsmetode med bruk av semistrukturerte intervjuer et naturlig valg. Til den tverrgående analysen ble analysemetoden

systematisk tekstkondensering valgt da problemformuleringen var utformet slik at resultat av analysen fremfor alt ville komme til å bestå av beskrivelser.

Systematisk tekstkondensering er en metode teoretisk forankret i Giorgis fenomenologiske analyse (Giorgi 1985, 2009) og er modifisert ved Malterud (2013). Metoden egner seg ved tverrgående analyser der målet er utvikling av beskrivelser og begreper gjennom å søke etter essenser eller vesentlige kjennetegn ved de fenomener vi studerer i livsverden til informantene. Analysen skal være eksplorerende, beskrivende og databasert med mål om få frem beskrivelser og begreper om fenomenet. Streben er, så lojalt som mulig, å gjenfortelle deltakernes erfaringer uten å legge den egne tolkingen som svar (Malterud, 2013).

3.1 Design

Studien var utformet som en kvalitativ tverrsnittstudie. Informantene ble valgt ut på bakgrunn av strategiske utvalg fra det geografiske området tilsvarende Helseregion Vest. Det empiriske materialet ble innhentet ved hjelp av semi-strukturerte intervjuer utført av fysioterapeut som selv var psykomotoriker (vedlegg 1). Alle intervjuene ble tatt opp digitalt og transkribert i sin helhet. Det empiriske datamaterialet ble analysert kvalitativt ved systematisk tekstkondensering, modifisert og beskrevet ved Malterud (2013).

3.2 Utvalg

Det strategiske utvalget bestod av psykomotoriske fysioterapeuter og spesialister i NPMF fra både privatpraksis og DPS, i Helse Vest. Alle brukte NPMF som behandlingstilnærming. Utvalget bestod av informanter av begge kjønn, informantene hadde ulik alder og erfaring i yrket. Alle informanter hadde primært erfaring med behandling av voksne pasienter. Seks informanter ble intervjuet for å belyse problemstillingen i studien.

3.3 Rekruttering og datainnsamling

Forsker i studien rekrutterte selv informanter fra egen helseregion, først og fremst basert på kjennskap til hvor og hvordan de psykomotoriske fysioterapeutene jobbet i regionen. Ni informanter ble innledningsvis kontaktet skriftlig via mail med forespørsel om delta i studien, seks takket ja. Intervjuene, med variert varighet mellom 30 og 50 minutter, ble gjennomført enten på informantenes eller forskeres respektive arbeidssted. Et intervju ble gjennomført hjemme hos en informant. Alle intervjuene ble gjennomført i løpet av desember 2015 og januar 2016. Intervjuene ble tatt opp, ved hjelp av en APP, Sound Recorder nedlastet på forskerens mobiltelefon.

3.4 Informert samtykke.

Deltakelse i studien var frivillig med mulighet for å trekke seg når som helst i prosessen uten å oppgi grunn. Informantene takket ja til å delta ved å signere en samtykkeerklæring som de hadde fått tilsendt via mail samtidig med informasjon om studien.

3.5 Transkribering av data materialet

Det empiriske materialet ble kontinuerlig transkribert av forskeren selv. Forsker ble på den måten selv mellomledd mellom tale og tekst, eller rådata og empirisk materiale og fikk gjennom transkriberingen en dypere kjennskap til materialet, den kjennskapen økte validiteten i analysen (Malterud, 2013). Transkriberingen ble gjort på bokmål der dialektale uttrykk ble oversatt. Det første intervju ble transkribert ordrett inklusive lyder. Fra de andre intervju ble lyder erstattet med prikker for å gjøre teksten mer lettlest. Transkribering er å se på som en form for språkvask for å gjøre materialet mer tilgjengelig (Malterud, 2013).

3.6 Dataanalyse ved systematisk tekstkondensering

Dataanalysen blev gjennomført i følge systematisk tekstkondensering, en metode inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og modifisert og beskrevet av Malterud (2013). I følge Malterud er det en fordel for nybegynnere å følge en vel beskrevet analysemetode. Den aktuelle analysen ble derfor gjennomført induktivt etter en fire trinns modell. Målet med bruken av denne metoden var å øke forståelsen for og å utvikle ny kunnskap basert på informantenes erfaringer (Elo & Kyngäs, 2008).

De fire analysetrinnene:

1. Å få et helhetsinntrykk- fra villnis til foreløpig tema
2. Å identifisere meningsbærende enheter- fra tema til koder
3. Å kondensere - fra koder til mening
4. Å sammenfatte betydningen - fra kondensering til beskrivelser og begreper

Trinn 1. Å få et helhetsinntrykk – fra villnis til tema

Metodens første trinn består av å finne foreløpige tema i det empiriske materialet. I denne fasen var det, i følge Malterud (2013), viktig aktivt å sette egne teoretiske referanserammer midlertidig til side slik at forskere åpent kunne la materialet formidle informantenes stemmer. Det er også viktig å motstå trangen til å begynne å systematisere men heller å spør seg selv «Hva handler dette om?» slik at de foreløpige tema kan begynne å tre frem fra det fulle empiriske materialet (Malterud, 2013).

Alle de seks intervjuer ble nå gjennomlest i sin helhet flere ganger slik at forskeren ble kjent med materialet og fikk et helhetsbilde fra et «fugleperspektiv». Dette første trinnet var spesielt utfordrende i forhold til å forbli i betrakterens rolle og hindre trangen til å systematisere for tidlig i analysen. Etter flere grundige gjennomlesinger fanget syv foreløpige tema intuitivt forskerens interesse. Disse formildet hva informantene erfarte som virkningsfullt med NPMF.

1. Terapeutisk allianse
2. Bevisstgjøring kropp/underlag, kropp/ muskler, kropp/grenser
3. Psykoedukasjon
4. Bevisstgjøring pust / følelser
5. Terapeutens evne til å vurdere og være tilstede
6. Pasienten i fokus
7. Aktive øvelser

Trinn 2. Å identifisere meningsbærende enheter- fra tema til koder

I det andre trinnet i analysen skal materialet på ny gås igjennom linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter, det vil si, å finne de deler av teksten som på en eller annen måte formidler kunnskap i forhold til de foreløpige tema som ble valgt ut i analysens trinn 1. I følge Malterud (2013) anses ikke all tekst som meningsbærende. Samtidig som de meningsbærende enhetene markeres i teksten starter den første systematiseringen av dem, det som Malterud (2013) kaller koding. Kodingen innebærer at tekstbiter systematisk blir tatt ut av sin sammenheng, en dekontekstualisering, og systematiseres inn i kodegrupper etter felles meningsinnhold. I denne fasen skal den egne teoretiske forståelse tas med i analysen og den skal foregå med en åpenhet og fleksibilitet.

De foreløpige tema fikk i denne fasen hver sin farge og i teksten ble alle meningsbærende enheter som for eksempel omhandlet «bevisstgjøring kropp/ underlag, kropp/ muskler, kropp/grenser» markert med blått. Ikke all tekst ble markert, for i løpet av prosessen ble det gjennom gradvis dypere kjennskap til materialet og etter vurderinger ut fra eget teoretisk ståsted klart at all tekst ikke bar på kunnskap som passet inn i noen av de syv foreløpige tema og derved heller ikke ville kunne besvare problemstillingen. Det materialet ble foreløpig lagt side. Det var for eksempel deler av teksten som omhandlet demografiske opplysninger eller deler der informantene delte erfaringer om andre diagnoser enn depresjon. De kunne også omhandle tanker om tvil over nytten med metoden, at pasientgruppen opplevdes utfordrende både i forhold til å oppnå relasjon og allianse, negativ emosjonell påvirkning i behandlingstimen og at behandlingsprosessene til tider kunne opplevdes krevende og ha en tendens til å bli langvarige.

I denne analysefasen ble egen teoretisk forståelse tatt med i vurderingen og de foreløpige tema ble derfor justert i samsvar med hva forsker lærte av materialet, på en fleksibel måte. I kodingsprosessen ble noen tema derfor slått sammen da de viste seg å omhandle lignende fenomen. For eksempel kom temaene «Terapeutisk allianse», «Pasienten i fokus» og «Terapeutens evne til å vurdere og være tilstede» til å inngå i koden «Relasjon». Temaene «Bevisstgjøring kropp, muskler, underlag og grenser» og «Bevisstgjøring pust og følelser» smeltet sammen i koden «Bevisstgjøringen».

Ved å følge anbefalingene om åpenhet og fleksibilitet ble det i løpet av prosessen fortatt mange valg i forholdt til hvilket tema som egentlig bar kunnskap om lignende erfaringer og hvilke eventuelle ny navn kodene ville komme til å få. Underveis i kodingen dukker det opp utsagn som omhandlet «metoden som helhetlig» og som ikke umiddelbart fant sin plass i kodingen. Forsker gikk da på ny tilbake til teksten for å søke flere meningsbærende enheter med samme kunnskap for å vurdere hvilken grad de var grunnlag for å danne en ny kode. Det viste seg ikke å finnes og utsagnene ble derved lagt til side.

Etter avsluttet koding sto forsker igjen med fire koder:

1. Relasjon
2. Bevisstgjøringen
3. Psykoedukasjonen
4. Aktive øvelser

Trinn 3. Å kondensere - fra koder til mening

Tredje analyse-trinnet består i å abstrahere kunnskapen og systematisk hente ut meningen ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene for hver kode (Malterud, 2013). Her blir hver kode sett på som en egen enhet og alle de meningsbærende enhetene i hver kode blir vurdert i forhold til å danne subgrupper. Det vil si, finnes det innenfor koden ulike nyanser eller fasetter som beskriver ulike meningsaspekter av fenomenet. Denne prosessen farges igjen av forskerens faglige perspektiv og ståsted (Malterud, 2013).

Resultatet av denne kondenseringsprosessen var, at det i hver kodegruppe nå fantes grunnlag for å skille ut to til tre subgrupper. Eksempelvis fikk koden «Bevisstgjøringen» tre subgrupper; 1) Bevisstgjøre kroppssignaler, vanemønster og grenser, 2) Bevisstgjøre forhold kropp / underlag og tilstedeværelse og 3) Bevisstgjøre kropp og følelser.

Neste steg er at innholdet i hver av subgruppene blir tolket og reformulerte til et kondensat, et kunstig sitat, der en gjennom en systematisk prosedyre fortetter innholdet i hver subgruppe. Kondensatet skal bære med seg det konkrete innholdet fra de meningsbærende enhetene, gjerne ved direkte bruk av informantenes egne ord og begreper (Malterud, 2013).

Kondensatet er et arbeidsnotat og Malterud anbefaler videre at en bruker jeg – form for å minne seg om at det er informantens stemme som taler. Hensikten er å omsette kunnskapen til en generell form som gjenforteller og sammenfatter hva som befinner seg i den aktuelle subgruppen.

I prosedyren å fortette materialet og lage kondensat for hver subgruppe, fant forfatter meningsbærende enhet som ved nærmere analyse viste seg bedre tilhøre en annen subgruppe, enten innenfor samme koden eller en av de andre kodene. Noen av de meningsbærende enhetene som tidligere i prosessen hadde blitt lagt til side fant nå igjen veien tilbake da de, med ny dypere kjennskap til materialet likevel viste seg å formidle kunnskap om noen av subgruppene.

Til sist i dette trinnet blev et «sitat» valgt ut som best mulig kunne illustrere innholdet i kondensatet (Malterud 2013).

Et eksempel på et kunstig sitat fra koden «Bevisstgjøringen» subgruppe «Bevisstgjøre kroppssignaler, vanemønster og grenser», finnes i tabell 2 side 32.

Trinn 4. Å sammenfatte betydningen - fra kondensering til beskrivelser og begreper

I det fjerde og siste trinn sammenfattes det en har kommet frem til gjennom at kondensatet og utvalget sitater blir grunnlag for å lage en analytisk tekst som skal gjenfortelle og formidle til leseren hva materialet forteller om de utvalgte delene av problemstillingen (Malterud, 2013). Gjenfortellingen av nye beskrivelser eller begreper, retekstualiseringen, blir resultatet som skal deles med andre. I retekstualiseringen blir det anbefalt å bruke tredje person for å formidle at det dreier seg om en gjenfortelling som skal formidle essensen av flere historier. Den analytiske teksten velger Malterud å kalle kategori og hver av disse kategorier får deretter en overskrift som representerer essensen av gjenfortellingen. Den analytiske teksten er resultatet av analysen. Til sist må den analytiske teksten valideres mot det empiriske materialet (Malterud, 2013).

Det siste trinnet i analysen startet med igjen å se på hver enkelt subgruppe med kondensatet som utgangspunkt. Fra den ble en analytisk tekst formulert som bar essensen av informantens fortellinger. Også i denne siste fasen var det noen setninger som viste seg å bære kunnskap som bedre var forenlig med en annen kategori, men innenfor samme kode. Til siste ble de opprinnelige intervjuene lest igjennom på ny for å validere at de nye analyserte tekstene, og gjenfortellingene virkelig bar med seg kunnskap som var forankret i informantenes opprinnelige fortellinger. Etter det fjerde og siste analyse-trinnet sto forskeren igjen med resultatet; fire koder og ti kategorier som nå alle hadde fått nye navn som på beste måte beskrev essensen av kunnskapen i kategoriene.

På følgende sider finnes to tabeller, tabell 1 som viser alle de fire analyse-trinnene og tabell 2 som viser et eksempel på prosessen fra transkribert tekst, foreløpig tema, kode, subgruppe og til slutt kategori.

Tabell 1

Trinn 1 Foreløpige tema	Trinn 2 Koder	Trinn 3 Subgrupper	Trinn 4 Kategori
<p>Terapeutisk allianse</p> <p>Pasienten i fokus</p> <p>Terapeutens evne til å vurdere og være tilstede</p>	1. Relasjon	<p>-Den relasjons- skapende samtalen</p> <p>-Fellesprosjektet</p> <p>-Terapeutens trygghet og forståelse</p>	<p>1.1 En god relasjon fører behandlingsprosessen frem</p> <p>1.2 Delaktighet</p> <p>1.3 Forankret og tilstedeværende terapeut</p>
<p>Bevisstgjøring kropp/underlag, kropp/ muskler, kropp/grenser</p> <p>Bevisstgjøring pust / følelser</p>	2. Bevisstgjøringen	<p>-Bevisstgjøre kroppssignaler og vanemønster</p> <p>-Bevisstgjøre forhold kropp/ underlag</p> <p>-Bevisstgjøre forhold kropp/ følelser</p>	<p>2.1 Økt definisjon av egen kropp og grensekompetanse</p> <p>2.2 Kroppslig tilstedeværelse, «å bebo»</p> <p>2.3 Affektbevissthet og anerkjennelse</p>
Psyko- edukasjon	3. Psykoedukasjonen	<p>-At pasienten forstår kroppslige sammenhenger</p> <p>-At pasienten opplever mening</p>	<p>3.1 Kunnskap et redskap for ivaretagelse</p> <p>3.2 Forankret forståelse er veien til endring</p>
Aktive øvelser	4. Aktivitet	<p>-Økt aktivitet i hverdagen</p> <p>-Aktive øvelser</p>	<p>4.1 Økt energi og mestring.</p> <p>4.2 Eierskap til egen kropp</p>

Tabell 2

<p>Eksempel på transkribert tekst</p>	<p>«... det er samme ting om vi gjør en øvelse eller ligger på benken så, hvis jeg ser at de er litt fjern eller slitne eller noe lignende så hjelper jeg dem til å spør «-Hvordan har du det?» , «-Trenger du pause?» og da blir de nødt til å kjenne etter og «-Ja, jeg trenger kanskje det!». At da ikke klare å være avstengt og pliktoppfyllende men lærer seg å bedre ivareta seg selv og tørre å si ifra hvordan de har det».</p>
<p>Trinn 1 Helhetsinntrykk, foreløpige tema</p>	<p>Bevisstgjøring kropp/underlag, kropp/ muskler, kropp/grenser</p>
<p>Trinn 2 Koding - fra tema til koder</p>	<p>Bevisstgjøringen</p>
<p>Trinn 3 Kondensering - fra koder til mening</p> <p>Subgrupper «Gull sitat»</p>	<p>Subgruppe: Bevisstgjøre kroppssignaler og vanemønster</p> <p>Kondensat: <i>«Jeg tenker at det er viktig å hjelpe dem å kjenne etter i kroppen og lytte til kroppens signaler gjennom egne bevegelser, sansestimulering og min speiling. Da klarer de å skille på kroppslige fornemmelser, følelser, kroppslige signaler på begrensinger og på ressurser og bli bevisstgjort egne vanemønster. Det innebærer også at jeg fasilitere gjennom sansestimulering til bevisstgjøring av huden, «det ytre skallet», det gjør dem tydeligere for dem selv, «her er jeg inn i min kropp», slik at det blir mulig å ta hensyn og sette de grensene mange deprimert ikke klarer».</i></p> <p>«Gull sitat»: <i>«...men en jobber med grensesetting som jeg sier , hvor mye den der kroppen, altså hva er, hva signaler gir min kropp til meg, og hvor mye skal jeg ta hensyn til i forhold til å sette grenser for meg selv eller overfor andre»</i></p>
<p>Trinn 4 Sammenfatning – Retekstualisering</p>	<p>Kategori: Økt definisjon av egen kropp og grensekompetanse</p> <p>Analytisk tekst: I bevisstgjøringsprosessen av kroppen og kroppens signaler, opplever pasienten i behandlingen gradvis å bli tydeligere for seg selv. Tydeligheten, i følge informantene, består både av økt evne å overhode oppfatte kroppssignaler men også evne til å fortolke dem og sette ord på dem, som for eksempel tryggheten i å skille på behag og ubehag i kroppen. I den samme prosessen blir pasienten, gjennom sansestimuleringen som skjer i øvelsen, bevisstgjort på sitt «ytre skall» huden, det gir pasienten en opplevelse av avgrensning. Denne gradvise tydeligheten, avgrensningen eller definisjonen av egen kropp, er i følge informantene det som fører til at pasienten å bli klar over, eller får innsikt i uhensiktsmessige vanemønster. Med den innsikten klarer pasienten i større grad å ta hensyn til seg selv, sette tydeligere grenser og bryte uhensiktsmessige og sykeliggjørende vanemønster.</p>

3.7 Etske betraktninger

Studien ble godkjent ved Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) i oktober 2015 (vedlegg 2). Forsker hadde personlig kjennskap til samtlige informanter på et yrkesmessig plan. Selve intervjuene, som varte mellom 30-50 minutter, ble tatt opp ved hjelp av mobiltelfon med passord. Det empiriske materialet var anonymisert og straks etter transkribering blev selve intervjuet slettet fra telefonen. Det transkriberte materialet blev oppbevarte på personlig PC med passord. Det empiriske materialet var i sin helhet tilgjengelig for veileder ved Høgskolen i Oslo og Akershus og det analyserte materialet var i noen grad tilgjengelig for medstudenter i en veiledningsgruppe. Slik studien var utformet ansås den for kun å være en liten inngripen i informantens yrkeshverdag eller privatliv.

4.0 Resultat

4.1 Innledning

I resultatdelen redegjør jeg først for de demografiske opplysningene om informantene og opplevd forekomst av depresjon i deres pasientgrunnlag. Så presenterer jeg hovedtrekkene ved, det informantene oppfattet som fellestrekk og spesifikke særtrekk ved pasienter med depresjon i forhold til kroppslige fenomen. Deretter presenterer jeg de 10 kategoriene under hver sin kode, som var resultatet av analysen, med den analytiske teksten for hver kategori, gjengitt i sin helhet. Så presenteres et «sitat» for hver av de fire kodene som et eksempel på hvordan informantene beskrev fenomenet med deres egne ord.

4.1.1 Presentasjon av informantene

Seks informanter deltok i studien, to menn og fire kvinner. Gjennomsnittsalder var 53 år med en variasjon fra 38-71 år. Gjennomsnittlig erfaring som psykomotorikere var 13 år med en variasjon på 3-32 år. To av informantene hadde hatt hele sitt virke som psykomotoriker i privatpraksis og de andre fire informantene i spesialisthelsetjenesten.

4.1.2 Pasientgrunnlag i praksis

Informantene anslo at 10-30 % av alle henvisninger var pasienter med diagnostisert depresjonsdiagnose, mild til moderat, ifølge ICD-10 kriterier, flest i spesialisthelsetjenesten. Mellom 30-75 % av pasientgrunnlaget for øvrig hadde i følge informantene symptom på depresjon uten diagnose.

4.1.3 Informantenes beskrivelse av kroppslige depresjonssymptom

Pasienter med depresjon ble oppfattet å ha liten kontakt med egen kropp, lite evne til å fange opp kroppsansinger generelt, utydelig kontakt med underlag og derved en mangelde «grounding» eller forankring i tilværelsen og lavt selvbilde. En informant beskrev det som en slags «kroppslig nummenhet eller avstenghet». Smerte var den kroppssansning som pasientene i noen grad var i kontakt med. Karakteristisk var også lite kontakt med følelser, lite følelsesrepertoar og store vansker med å utrykke følelsene med ord. Inntrykket var at deprimerte pasienter i stor grad hadde opplevd avvisning i livet.

Pasienter med depresjon kunne i følge informantene deles inn i to grupper. Den ene hadde overveiende overspent muskulatur med smerter i rygg, nakke og bekken. Et fellestrekk var at pasientene stadig forstrakk seg i hverdagen. Den andre gruppen hadde overveiende underspent muskulatur med hovedsakelig hodepine og svimmelhet som kroppslig symptom. Denne gruppen var preget av oppgitthet. Felles for begge gruppene var en overveldende opplevelse av slitenhet og energiløshet. Det ble oppfattet at manglende evne til å sette grenser over for seg selv og andre samt lite egenomsorg bidro ytterligere til utslitthet. Det oppfattet informanten var en stor grunn til depresjonen.

Resultatet av analysen førte til besvarelse av problemstillingen om hva informantene erfarte som virkningsfullt ved NPMF ved depresjon.

4.2 Relasjon

4.2.1 En god relasjon fører behandlingsprosessen frem

Alle informanter nevner samtale over tid som viktige relasjonsskapende faktorer. Det å regelmessig ha noen å komme til, sette ord på ting gjennom språket og få respons. Samtalen gir mulighet for pasienten å få økt kjennskapen til seg selv. Informantene gir uttrykk for at samtalen, der pasienten gis mulighet for å sette ord på erfaringer, styrker opplevelsen av å bli sett, hørt, forstått og anerkjent på sine egenopplevelser. Flere informanter viser til at en empatisk lyttende og undrende holdning i samtalen også fører til en trygg relasjon og at pasienten da tør utforske mer. Alle informanter nevner den trygge relasjonen som forutsetning for psykomotorikeren å komme i posisjon i så fysisk nær behandlingsform, samtidig som også berøringen i seg selv er relasjonsskapende. Den trygge relasjonen fører behandlingsprosessen frem i følge informantene.

Sitat: *«Relasjonens betydning er viktig. God relasjon skaper trygghet. Er det ikke trygghet i terapirommet så tenker jeg at en ikke kommer så langt....»*

4.2.2 Delaktighet

Å tidlig i behandlingen avklare hva pasienten ønsker hjelp til, eller ønsker å endre på, og formulere dette i klare mål, angir informantene som forutsetning for fellesprosjektet. Likeså er det å avklare roller og ansvarfordeling nødvendig for et godt samarbeid. Når begge så er kjent med sitt ansvar, kan i følge informantene, den frie undringen over kroppslige fenomener, følelser, sammenhenger og vanemønstre pasienten erfarer i behandlingen finne sted. Nettopp det å kunne undre seg sammen og det at psykomotorikeren kan gi bekreftelse på i gjenkjennelse i allmennmenneskelige erfaringer, styrker delaktigheten og jevnbyrdigheten mener informantene. Denne delen av den terapeutiske allianse sammenligner en av informantene med «dansen tango».

Sitat: *«Så de første timene går jo litt til å forklare potensiale å få dem å forstå hva min oppgave er og hva jeg kan tilby, og deres oppgave og forpliktelser blir til i behandlingen og prosessen. Så må de jo på en eller annen måte bli med på det».*

4.2.3 Forankret og tilstedeværende terapeut

Flere informanter understreker betydningen av psykomotorikerens ansvar for å få til en vellykket behandling. Behandlingsprosessen kommer aldri lengre enn psykomotorikerens forståelse. Det er avgjørende i hvilken grad psykomotorikeren klarer empatisk å sette seg inn i pasientens opplevelser og hvordan psykomotorikeren forstår sammenhengene. Det er i følge informantene ikke godt nok bare å være flink på den tekniske delen i metoden. Både egenbehandling og kontinuerlig veiledning er viktig for å få psykomotorikeren til å oppleve egen trygghet i en så krevende og fysisk nær behandlingsmetode. Hvis psykomotorikeren selv i timen klarer å være forankret, ha kontakt med egen kropp, underlag, respirasjon og kontakt med egne grenser, klarer i følge informantene psykomotorikeren også å være tilstede for pasienten.

Sitat: *«Jeg tror at betingelsen for at en virkelig skal forstå pasienten og virkelig sette seg inn å være empatisk da tror jeg at en selv må være avspenst, lene seg tilbake, puste med magen,*

søke underlaget, godta og akseptere pasienten for det den er uansett og prøve å forstå og bekrefte pasienten».

4.3 Bevisstgjøringen

4.3.1 Økt definisjon av egen kropp og grensekompetanse

I bevisstgjøringsprosessen av kroppen og kroppens signaler, opplever pasienten i behandlingen gradvis å bli tydeligere for seg selv. Tydeligheten, i følge informantene, består både av økt evne til å overhode oppfatte kroppssignaler men også evne til å fortolke dem og sette ord på dem, som for eksempel tryggheten i å skille på behag og ubehag i kroppen. I den samme prosessen blir pasienten, gjennom sansestimuleringen som skjer i øvelsen, bevisstgjort på sitt «ytre skall» huden, det gir pasienten en opplevelse av avgrensning. Denne gradvise tydeligheten, avgrensningen eller definisjonen egen av kropp, er i følge informantene det som fører til at pasienten blir klar over, eller får innsikt i uhensiktsmessige vanemønster. Med den innsikten klarer pasienten i større grad å ta hensyn til seg selv, sette tydeligere grenser og bryte uhensiktsmessige og sykkeligjørende vanemønster.

Sitat: ...»men en jobber med grensesetting som jeg sier, hvor mye den der kroppen, altså hva er, hva signaler gir min kropp meg, og hvor mye skal jeg ta hensyn til i forhold til å sette grenser for meg selv og andre».

4.3.2 Kroppslig tilstedeværelse, »å bebo»

Det er enighet blant informantene om at det å oppleve kontakten med underlaget, «å være grounded», er essensielt. I bevisstgjøringsprosessen av underlaget oppfatter pasienten gradvis tyngden i kroppen, for eksempel i beina eller bekken. Tyngdefornemmelsen gir pasientene i følge informantene, en opplevelse av at underlaget er der for dem og gir dem støtte, det gir pasientene en opplevelse av stabilitet, trygghet og balanse i kroppen. Samtidig stimulerer tyngdefornemmelsen holdningsrefleksen i kroppen, gjennom muligheten pasientene får til å skyve fra mot underlaget, og slik øker kontakten med muskulaturen, styrken og energien. Kontakten med underlaget og muskulaturen «vekker» pasienten til tilstedeværelse i egen kropp, «de fyller den ut», det blir i følge en informant «som om kroppen blir mer bebodd».

Sitat: «Det å jobbe med kontakt med underlaget, tenker jeg er..... er veldig viktig. Komme nedpå, så kan du få støtte fra underlaget og kraft eller motkraft, sant du får..... den der oppreisningsrefleksen som en jobber med via underlaget..... å få kontakt med holdningsmuskulaturen....tenker jeg er viktig, kanskje spesielt for denne gruppen».

4.3.3 Affektbevissthet og anerkjennelse

Hele bevisstgjøringsprosessen av kroppen fører til en generelt økt sensibilitet også i forholdt til å fange opp følelser. Den økte sensibiliteten blir et viktig bidrag til at pasienten i større grad klarer å fornemme og sette ord på følelsene, i følge informantene. Sensibiliteten fører også til et økt følelsesrepertoar og det å for eksempel kunne skille på tristhet og sinne. Tilgjengeligheten til følelsene er også i stor grad knyttet til respirasjonen. Låst og ufritt pustemønster er vanlige funn i undersøkelsen hos denne gruppen pasienter. Informantene erfarer stadig i behandlingen at resultatet av kroppslig tilstedeværelse og en trygg kontakt med underlaget frigjør respirasjonen og derved følelsene, på godt og vondt hos pasienten. Med den frigjøringen kommer pasientens anerkjennelse av egen slitenhet og de får et endret syn på seg selv, mener informantene.

Sitat: « For det er vel de gangene jeg har erfart at når de har sluppet pusten mer til i behandlingen då følelsene kommer mer så er det mange som sier «jeg er så sliten» og så kommer gråten».

4.4 Psykoedukasjonen

4.4.1 Kunnskap et redskap for ivaretagelse

Alle informantene beskriver hvordan undervisning og psykoedukasjon om kroppen oppleves positivt og klargjørende for pasientene. Erfaringene hos informantene er at de fleste pasienter ikke er kjent med sammenhengen mellom kropp og sinn og at livet vi lever påvirker kroppen. Forklaringer om for eksempel respirasjonenes betydning og sammenheng med våre følelser er ofte ukjent, i følge informantene. Det er også ukjent for mange pasienter hva behandlingsmetoden, som de har blitt henvist til, går ut på. Informantene er delt i oppfatningen av hvorvidt kunnskap og forståelse om selve metoden er nødvendig for pasienten, for at denne skal kunne forstå seg selv bedre. Men det råder stor enighet om at kunnskapen om sammenhenger fungerer som en vekker for pasienten. Med kunnskapen i bunn klarer pasienten bedre å sette de kroppslige erfaringer inn i sammenhenger i eget liv og

kunnskapen blir et redskap for mestring som fører til bedre evne for å ivareta seg selv i hverdagen.

Sitat: «... og dette med pusten, når jeg forklarer om og om igjen, hva pusten betyr for psyken deres, hvordan de har det, så blir det som en vekker. Dette med forhold til underlaget for eksempel, det er det ingen som har hørt om før».

4.4.2 Forankret forståelse er veien til endring

Informantene understreker at teoretisk forståelse alene ikke er nok. Pasienten må i tillegg, gjennom å jobbe kroppslig i behandlingen, selv erfare de forklarte sammenhengene i kroppen. Informantene beskriver det som om pasienten får «aha-opplevelser» når teorien plutselig gir pasienten en kroppslig erfaring, det blir sammenheng. Det er denne kroppslig forankrede forståelsen som etter hvert gir et eierskap til egen kropp og skaper mening i forhold til eget liv og økt undringskompetanse over for seg selv. Nettopp at behandlingen gir opplevelse av sammenhenger og mening for den enkelte der og da, er i følge informantene, essensielt. Da klarer pasienten å se overføringsverdiene til hverdagen og derved muligheten å få til den endringen de ønsker.

Sitat: «Ja, den ekte forståelsen tenker jeg, du kan få en teoretisk forståelse tidig når du forteller ting og de sier «hmm... det har jeg aldri tenkt på», «oja, er det sånn det er?». Så undrer de seg litt og så er det først når en begynner å jobbe at de ser at, at det detter inn. «Sånn ja, nå... ja det er sånn du sa ja».

4.5 Aktivitet

4.5.1 Økt energi og mestring

Alle informanter var enige i at aktivitet, det å få til økt respirasjon, gir økt energi hos pasienten. Pusten gir energi, som en informant formulerer det. De fleste velger aktive øvelser i behandlingen, det øker energi nivået hos pasienten og igjen gir det en mulighet for å oppleve den viktige endringen i kroppen. Det gir en sjanse for å oppleve endringen fra det tunge og meningsløse til en opplevelse av kroppslig mestring at kroppen brukes til noe hensiktsmessig. Tilpasset aktivtetsgrad er viktig, i følge informantene, da de fleste har lite energi fra før. En tur rundt kvartalet til dagen kan være nok. Noen informanter er også opptatt av at psykomotorikeren i større grad må tørre å utfordre og ansvarliggjøre spesielt denne gruppen

pasienter mer både til aktivitet og å være tilstede i egen kropp, både i og utenfor behandlingstimen.

Sitat: «Så da kan jeg være tydelig på at de skal starte med en ny eller gammel aktivitet, treningsform, om det så bare er å gå ut med hunden eller å få litt frisk luft rundt kvartalet hver dag så, at de pålegge dem det lille presset og forventningen at de må komme seg ut av huset, for å kjenne på at de trekker pusten dypt og gjør noe hensiktsmessig».

4.5.2 Eierskap til egen kropp

Alle informanter har erfaring med at det i denne gruppen pasienter forekommer store sprik i kroppsfunn ved undersøkelsen, spesielt hva gjelder spenningsgrad, fra underspent til overspent muskulatur. Informantene understreker vekten av å nøye vurdere tilnærmingen og det råder stor enighet om at det primært er stabiliserende tilnærming (høy grad av aktive bevegelser) og ikke omstillende tilnærming (høy grad av passive øvelser) som er virksomt. I den aktive tilnærmingen gis pasienten større grad av delaktighet, i form av at muskulaturen aktiveres og stimuleres av pasienten selv. Alle utgangspositurer, stående, sittende eller liggende i NPMF, kan med fordel brukes, mener informantene, det må bare til en tilpasning eller dosering av tiltaket ut fra den enkeltes resurser eller begrensninger. Gjennom den aktive bevegelsen, som er midlet, når pasienten målet, som er endringen og samtidig får de eierskapet til spenningsgraden, styrken og kreftene, i følge informantene.

Sitat: «...det er vel det å stimulere... aktivitet og energi slik at de får kjenne på litt.... endring i kroppen, spenningsmessig at de kanskje kjenner at de har styrke på forskjellig.... I noen øvelser eller i noen deler av kroppen som kanskje har ... de opplever seg svak eller utydelig og da blir den tydeligere».

5.0 Diskusjon

Som resultat av analysen av materialet fremkom fire tydelige delmomenter, alle innenfor NPMF og som informantene angav som spesielt virkningsfullt ved behandling av depresjon: (1) relasjon, (2) bevisstgjøringen, (3) psykoedukasjonen og (4) aktivitet. Relasjonen og bevisstgjøringen og i noe henseende aktivitet, spesielt det informantene kaller aktive bevegelser, er de deler av behandlingen som også ligger tette opp til den offisielle beskrivelsen av metoden (Norsk Helseinformatikk 2013). Det er spesielt bevisstgjøringen, både av kropp men også av følelser, som synes å være det som best definerer den psykomotoriske tenkingen, i forhold til andre spesialiteter av fysioterapien. Dette fremkom tydelig når Westgaard og Thornquist (2016) sammenlignet forståelsen av delmomentet kroppsholdning i et ortopedisk, neurologisk og psykomotorisk perspektiv. Hverken delmomentene psykoedukasjon eller aktivitet, i den form informantene definerer som fysisk aktivitet, anses ikke av tradisjonen som typisk psykomotorisk tilnærming, i litteraturen rundt metoden (Bunkan, 2010, Thornquist 2006).

Resultatet fra denne studien, at relasjon, bevisstgjøringen, psykoedukasjonen og aktivitet erfares virkningsfullt ved depresjon, er å se på som ny kunnskap. At det nettopp var disse fire delmomentene som utkrystalliserte seg kan settes i sammenheng med ikke bare ICD-10 sine kriterier for depresjon men spesielt i forhold til hva psykomotorikerne erfarer og fanger opp som kroppslige attributt ved depresjon. Hovedinntrykket var lite kontakt med kropp og følelser, liten evne å relatere seg og lite evne til egenomsorg. I figur 1 på side 44 illustreres at de ti kategoriene, under de fire kodene, ikke bare har fellesnevner med hverandre men også er avhengig av hverandres eksistens for å få til en god behandlingsprosess.

5.1 Relasjon

I forhold til relasjonen, er informantene enige om at samtalen er viktig og har stor betydning. Det å sette ord på ting i en dialog er betydningsfullt for pasienten, mener de. I dialogen blir pasienten bedre kjent med seg selv, sett, hørt og anerkjent både av terapeuten og av seg selv. Thornquist (2014) sier at samtaler er en grunnleggende sosial aktivitet, en samhandling. Videre sier hun at samtalen langt fra bare er å sende og motta budskap men også i stor grad handler om å orientere seg om den andres perspektiv, da blir kommunikasjonen en utveksling av gjensidige meninger, en dialog. I dialogen er en ikke bare konsentrert om temaet men også

om hverandre, relasjonen blir derved stående i sentrum. Det viktige er å snakke sammen (Thornquist, 2014). Sett i lys av tilknytningsteorien og vårt grunnleggende behov for å søke trygghet blir samtalen også i NPMF å anse som viktig. En god relasjon er avhengig av tilknytningsevne, og i enhver terapeutisk relasjon utspiller den seg i overføring og motoverføring. Begrepene fanger opp sider ved relasjonen mellom terapeut og pasient som omhandler tidligere opplevelser av relasjoner (Skårderud et al., 2010). Informantene gir uttrykk for at erfaringen er at mange pasienter med depresjon har opplevd avvisninger i livet. Likevel nevner ikke informantene direkte noe om overføring og motoverføring i forhold til relasjonsbegrepet fra egen erfaring. Kanskje fordi at samtalen i psykomotorisk fysioterapi av tradisjon ikke har vært preget av konfrontasjon men heller av støttende karakter (Bunkan, 2010). Likevel eksisterer fenomenet i all terapi og terapeutens evne å lese underliggende budskap i pasientens kommunikasjon, relatere til dem og sammen med pasienten sette ord på dem, er avgjørende for å hjelpe pasienten å forstå at relasjonen kan være preget av tidligere vonde erfaringer (Bunkan, 2010). I flere studier på metoden NPMF, uavhengig av diagnose, fremstår samtalen, åpenheten, det å bli lyttet til med respekt og den verbale og ikke verbale kommunikasjonen mellom terapeut og pasient som sentral for relasjonen (Råheim 2002, Ekerholt & Bergland, 2004, Ekerholt & Bergland, 2008, Sviland et al., 2014).

En skiller i dag gjerne på struktur og innhold i kommunikasjon (Gretland, 2007). Strukturen har med relasjonen mellom partene å gjøre mens innhold er det en er opptatt av å dele. Begge delene synes ut fra informantene å være like viktige for relasjonen, både i forhold til det informantene sier om at «over tid komme til noen og få sette ord på ting», og i forhold til den innholdsmessige delen av samtalen der emnet er pasienten selv og hans/hennes kroppslige opplevelser. Det å sette ord på og synliggjøre reaksjoner, sansninger og ytringer bidrar til at ens fornemmelser og affekter oppleves som virkelige (Braatøy (1947). Denne anerkjennende delen av samtalen i NPMF kan en tenke ut fra tilknytningsteorien kan bidra til å justere tidligere negative erfaringer av relasjoner. Informanten synes å være opptatt av sitt eget bidrag i forholdt til anerkjennende holdning og for å tilrettelegge for at pasient gis mulighet for nettopp å sette ord på egne erfaringer i samtalen. Braatøy (1947) mente videre at språket kunne gi den distansen som trengtes for selvrefleksjon og mulighet for å få grep om seg selv. Språket og samtaler er derved å forstå som nødvendig også i forhold til bevisstgjøring av kropp og følelser, som vil bli diskutert senere, men forutsetningen for dette, mener informantene, er fortsatt en god relasjon.

Informantene nevner spesielt empatisk lyttende holdning og den frie undringen som viktig for relasjonen. Thornquist (2014) omtaler aktiv lytting ved: lytting, gjentakelse, bekreftelse og reformulering av pasientens budskap. Å lytte aktivt er å forsøke å fange meningen med det som sies, vise seg åpen og spørrende. Hun mener videre at spesielt bekreftelsen er et mål på den gode samtalen og i bekreftelsen ligger også anerkjennelsen. Løvlie Schibbye (2002) definerer anerkjennelse ved «å se igjen», eller gjenkjenne, skjelne, befeste og styrke. Det innebærer ifølge henne at den andres indre opplevelse blir fokusert på og verdsatt som noe selvfølgelig. Anerkjennelsen bringer frem noe i den andre. En annen form for anerkjennelse er å reformulere pasientens utsagn. Når meninger eller utsagn blir objektivert, vi hører våre egne ord, blir de noe annet enn oss selv, det får en selvstendig status. Det kan oppleves avklarende å gi mulighet til nye innsikter (Thornquist, 2014). I den prosessen utvikler en evne til mentalisering det vil si evnen å forstå noen annens sinn eller våre muligheter å forstå oss selv (Skårderud et al., 2010). En kan forstå det slik at metoden gjennom den lyttende og undrende terapeutiske holdningen i forhold til pasientens erfaringer, nærer under tilknytning og relasjon, slik at pasienten tør å utforske mer. Det kan sammenlignes ved sitat til en av informantene gjengitt under 4.2.1 øverst på side 35.

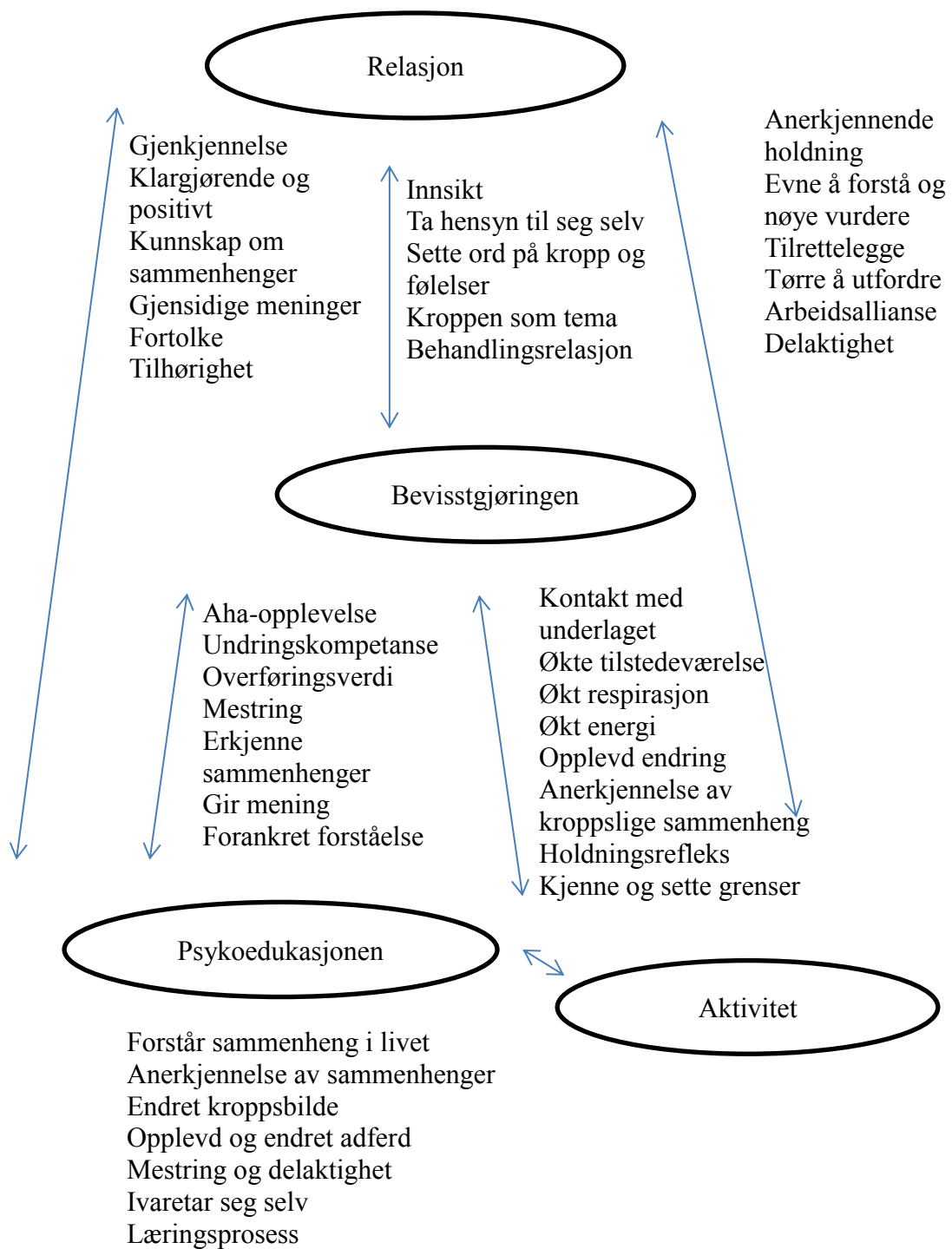
Berøringen i seg selv er også i følge informantene relasjonsskapende. I den psykomotoriske tradisjonen er berøringen helt sentral. Det er i like stor grad gjennom berøringen som pasienten opplever å bli sett, hørt og bekreftet. Samtalen har av tradisjon ikke vært i fokus i metoden, og psykomotrikerens rolle har fremst fungert som den gode lytter (Bunkan, 2010). Mange psykomotorikere erfarer at det verbale og det kroppslige uttrykket er motstridende hos pasientene. Derfor er den psykomotoriske tradisjonen å lytte, ikke bare på de verbale utsagn, men fremfor alt å fange opp det ikke-verbale utsagnet, gjennom «å lytte» med hendene gjennom berøringen som en viktig del. I metoden legges vekt på å se, observere og være vår for og anerkjennende overfor pasientens kroppslige reaksjoner, som også vil danne et grunnlag for terapeutisk initiativ, gjensvar og relasjon (Gretland, 2007). I NPMF har gjerne samtalen smeltet sammen først og fremst med bevisstgjøringen i en helhetlig behandlingsrelasjon. (Figur 1 s. 44). Det kan sammenlignes med hva Danielsson og Rosberg (2015) konkluderte i forhold til betydningen av relasjonen og ulike deler av bevisstgjøringen etter å ha intervjuet pasienter med depresjon, som hadde gjennomgått en randomisert gruppebehandling med metoden basal kroppskjennskap. Resultatet var nettopp at relasjonen med terapeut, og med gruppedeltakerne, var essensiell for bedringen, og at bevisstgjøringsprosessen var viktig i det å finne tilbake til seg selv.

I en god relasjon ligger også en stor grad av delaktighet sier informantene. Forutsetningen for delaktigheten er at ønskemål, roller og forventninger blir avdekket og satt ord på både i starten og fortløpende i behandlingen (Løvlie-Schibbye, 2002). I følge informantene er denne rolleavklaringen forutsetningen for den frie undringen der anerkjennelsen spiller en viktig rolle. I den psykomotoriske tradisjonen er resultatet av kroppsundersøkelsen i kombinasjon med pasientens uttrykte mål og ønsker i stor grad grunnlaget for arbeidsalliansen videre i relasjonsbyggingen og i behandlingen (Bunkan 2010). Men informantene legger en stor del av ansvaret for rollefordelingen i relasjonen på seg selv som behandlere. En hver terapeutisk allianse vil være asymmetrisk i forhold til partenes ulike ståsted, situasjon og kompetanse. Det innebærer implisitt at terapeutens ansvar i forhold til å hjelpe er spesielt stort.

Å kunne hjelpe handler i bunn og grunn om terapeutens egen evne til mentalisering, det vil si dennes mulighet til å forstå seg selv og derved andre (Skårderud et al., 2010). Forankret i et fenomenologisk syn skriver Råheim (2002) at terapeuten må ha forankring i egen livsverden for å ha forutsetning for med åpenhet forstå andres erfaringsverden, hvilket ikke alltid er gitt. Hun mener videre at psykomotorikerens sensitivitet overfor å fortolke andres kroppslige ytringer er en kilde til kunnskap om pasienten. Å kunne bruke den kunnskapen på en fruktbar måte er avhengig av klinkerens evne å reflektere over egne reaksjoner. I et tilknytnings perspektiv handler det om terapeutens egen tilknytning som bidragende og avgjørende for relasjonen. Bunkan (2010) beskriver det ved at terapien ikke kommer lengre enn dit terapeuten har kommet selv. Hun mener at hvis terapeuten selv har kontakt med egen kroppslig forankring før hver behandlingstime, så øker muligheten for tydelig og empatisk å være tilstede for pasienten. For å oppnå en slik forankring som terapeut mener alle informantene at både egenbehandling og kontinuerlig veiledning er nødvendig. Først da kan terapeutens rolle i følge Råheim (2010) bli den å åpne for pasientens muligheter å utforske og forholde seg kroppslig til seg selv og å forstå og relatere til egen livsverden.

Ut fra informantenes erfaringer synes samtale å ha en avgjørende rolle og anses i stor grad som relasjonsskapende og forutsetningen for bedringen i forhold til depresjon. En god relasjon mener informantene også er forutsetningen for å komme i posisjon å hjelpe og føre behandlingsprosessen frem. Informantene i denne studien fremhever at samtalen av egen kraft er virkningsfull for relasjonen.

Hva erfarer psykomotorikere er virkningsfullt
I NPMF ved depresjon?



5.2 Bevisstgjøringen

I forhold til bevisstgjøringen beskriver informanten en form for tredeling, der den ene delen er å bli bevisst kroppen i det hele tatt og derved egne grenser. Den andre delen er å bli bevisst kroppen i forhold til underlag, en forankring i seg selv og til omgivelsene og den tredje i form av bevisstgjøring av følelser og deres kroppslige representasjon. Informantene beskriver at pasientene trenger hjelp til både å bli bevisst kroppssignaler men også å få et språk for dem, sette ord på dem. Informantenes erfaring var at spesielt pasienter med depresjon hadde liten kontakt med kroppen og en form for kroppslig nummenhet.

Oppmerksomhet er betingelse for at vi skal kunne legge merke til noe. Gretland (2007) beskriver fokusert oppmerksomhet som en bevisst eller ubevisst styring av hva vi er opptatt av. Fokuseringen eller evnen til selektiv persepsjon, mener hun, er avgjørende for å unngå kaos og ordne inntrykk, samtidig som dette bestemmer hvordan vi ser omverdenen og hvordan vi lærer. Bunkan (2010) beskriver selve bevisstgjøringen som å konsentrere seg om, å kjenne etter i deler av kroppen, med hjelp av ulike bevegelser, berøringsteknikker i ulike utgangsstillinger. Hun beskriver videre at pasienten må vende oppmerksomheten innover og lære å registrere det hun / han merker, som for eksempel signaler på trøtthet, smerte, spenning, behag, ubehag eller lyst. (Figur 1 s. 44). Implisitt i NPMF ligger at det er terapeuten som etter vurderingen i undersøkelsen utformer tiltakene slik at de tilrettelegger for at pasienten skal kunne erfare kroppssansninger og bli dem bevisst (Bunkan 2010). Informantene synes og i stor grad å velge aktive bevegelser til dette, hvilket vil bli ytterligere diskutert under «Aktivitet». Fadnes, Leira og Brodal (2010) mener at vår evne til å være fokusert oppmerksom, utvikles når oppmerksomheten rettes mot noe i vår egen kropp, for eksempel passelige balanseutfordringer.

Gjennom den spørrende og undrende holdningen i metoden bidrar terapeuten til at pasienten kan få sette ord på sansningene som igjen skaper en anerkjennende holdning overfor seg selv og innsikt i og erfaringer av kroppslige sammenhenger. Kroppsopplevelse og selvbevissthet fremmes når pasienten så lærer å ta hensyn til signalene når de blir bevisst dem (Bunkan, 2010).

Gjennom en kroppsphenomenologisk forankring, er det hvordan subjektet erfarer sansningen kroppslig, som bevisstheten og eksistensen tar form (Merleau-Ponty, 2009). Informanten beskriver det som at bevisstgjøringen fungerte som en «vekker» for pasientene. Denne erfaringen var i tråd med hva pasienter med depresjon gav uttrykk for etter behandling med

basal kroppskjennskap. De beskrev at bevisstgjøringen av kroppen ble som en gjenoppdagelse, og kroppen ble som et redskap for å komme i kontakt med seg selv i livet (Danielsson & Rosberg, 2015).

I bevisstgjøringsprosessen, beskrev informantene økt kontakt med kroppsgrenser som virkningsfullt. Informantene erfarer at pasienter med depresjon mange ganger blir depriment grunnet en form for grenseutydelighet over for seg selv, at de ikke klarer å sette grenser hverken for seg selv eller andre, og derved forstrekker seg i livet. Gretland (2007) skiller på at kroppens grenser ikke er det samme som menneskets grenser, det vil si at personlige grenser ikke er å oppfatte som begrensninger. Hun sier videre at fenomenologisk sett er en grenseløs verden det samme som en grenseløs kropp og omvendt. Bunkan (2010) deler kroppsgrenser i tre lag, hud, muskler og skjelett, som ved stimulering alle påvirker vårt kroppsbilde. Både aktivering av muskelstyrke ved manuell motstand eller stabiliseringsøvelser men også terapeutens eller pasientens egen kroppsavgrensende berøring over kroppen og vekt på bærende ledd, styrker kroppsgrensen og derved evnen til å si ifra (Sviland et al., 2012, Bunkan, 2010). Danielsson og Rosberg (2015) beskriver det som, å få ta tak i, forstå egen utydelighet eller bevisstgjøre vanemønstre, som fører til å kunne gjøre noe for seg selv. Bevegelsene blir «springbrett» ut av utydeligheten og handlingslammelsen ved depresjonen. Informantene kaller økt bevissthet på grenser for økt definisjon av egen kropp og det som hjelper dem å identifisere uhensiktsmessige vanemønstre og gir mulighet for endring i adferd.

I følge informantene synes opplevelsen av underlaget å ha tilsvarende stor virkning, det vil si å erkjenne underlaget, å derved være «grounded», ha fotfeste eller bakkekontakt, i tilværelsen. I stående stilling i aktive bevegelser stimuleres holdningsrefleksjonen som informantene spesielt nevner som viktig for pasienten med depresjon, da den gir kontakt med stabiliseringsmuskulatur, som gir kroppslig stabilitet og trygghet. Bunkan (2010) taler om oppmerksomhet på tyngdekraften i forhold til kroppen, å kunne gi etter for tyngdekraften, som en forutsetning for å oppnå avspenning. Gretland (2007) taler om opplevd bakkekontakt som nødvendig for å føle tilhørighet, tyngde som person og evne til å ta plass. At nettopp bevisstgjøring, verbalisering og anerkjennelse av tyngdekraftens gjenklang i kroppen skulle være betydningsfullt ved depresjon står i relasjon til den beskrivelsen informantene gir av pasienten med en «kroppslig nummenhet» og «mistet forankring i livet». Fenomenologisk kan en tenke at, å erkjenne tyngdekraften og å ha oppmerksomhet mot en retning gir en intensjon, en ny forankring i verden og kontakt med livet. Danielsson og Rosberg (2015) konkluderte også med at opplevd tyngdekraft og grounding hos pasientene paradoksalt ga en

fornemmelse av letthet i kontrast til den depressive tyngden. Sviland, Råheim og Martinsen (2012) konkluderte med at det å kjenne føttene på gulvet og grensen gjennom huden ga en følelse av verdi og en bokstavelig opplevelse av «å stå opp for seg selv», kroppen ble en ressurs av trygghet. En av informantene beskriver effekten hos pasienten som erverver bakkekontakt med ordene «det er som om de blir mer bebodd».

I forhold til den følelsesmessige bevisstgjøringen mener informantene at bevisstgjøringsprosessen av kroppen fører til en generelt økt sensibilitet også i forholdt til å fange opp følelser. Den økte sensibiliteten blir et viktig bidrag til at pasienten i større grad klarer å fornemme og sette ord på følelsene, i følge informantene. De kan forstås i lyset av det Damasio (2002) mente når han uttrykte at emosjonene er en kroppslig respons i det egne interne kjemiske miljø, og omfatter påvirkning av både vår hjerne, indre organer, vestibular- og muskelskjelett systemet. Emosjonene erfares derved også kroppslig. Braatøy (1947) sin forståelse av emosjoners kroppslige uttrykk, bygget på at den biologiske responsen, emosjonen, i mange tilfeller ble holdt tilbake eller tøylet av sosiale hensyn og derved ikke ble gitt rom for og anerkjent. Disse tilbakeholdte følelsene kunne føre til mer eller mindre irreversible strukturelle forandringer i kroppsvev. Informantene erfarer at tilgangen til følelsesrepertoaret er knyttet til respirasjonen, og i hvilken grad bevisstgjøringen av kropp og underlag skaper den trygghet som skal til for nettopp å gi respirasjonen fritt spillrom og derved kontakt med følelser og en anerkjennelse av egne behov. Dette uttrykker en informant i sitat 4.3.3, midt på side 37.

Forholdet mellom respirasjon og følelser kan ses på som selve kjernefenomenet i psykomotorisk behandling og oppmerksomhet på og bevisstgjøring av respirasjon synes i følge informantene å være spesielt virkningsfullt ved behandling av depresjon. Ekerholt og Bergland (2008) konkluderer med at bevisstgjøring av respirasjonen ga pasienter med en psykosomatisk sykehistorie eller muskel-skjelett plager tilgang til å identifisere både muskulære og følelsesmessige mønster. Det ga pasientene ny innsikt i å være en enhet, kropp og sinn, mestring i dagliglivet og endret syn på seg selv. I et kroppsfenomenologisk perspektiv fremhevet Merleau-Ponty at det er gjennom kroppen mennesket persiperer, beveger seg og søker mening. Våre kropp er av naturen erfarende, sansende og åpne for omverden. Erfaringen vi gjør oss nedfelles i en slags dobbelstruktur, vi blir kjent med oss selv og vår omgivelse samtidig. Persepsjoner er en forutsetning for værende i verden. Persepsjonen, gjennom integrasjonen i våre sansemodaliteter som syn, hørsel og bevegelses-sans skaper meningsdannende helheter der vi opplever kroppen som helhetlig, avgrenset og

koordinert (Gretland 2007). Slik som informanten beskriver det kan det virke som om denne evnen å erfare kroppen er svekket eller ikke tilstede hos pasienten med depresjon og at det derfor oppleves virkningsfullt for pasienten å bli hjulpet til overhode å erfare kroppssansninger og følelser men også å verbalisere og fortolke dem.

Informantene kommer også stadig, når de taler om det virkningsfulle i bevisstgjøringen, tilbake til «å sette ord på» og språkets og dialogens betydning. Da det språklige uttrykket i NPMF er så tett knyttet til og har sitt utgangspunkt i det som pasienten erfarer kroppslig vil en tro at språkliggjøringen i denne sammenhengen ikke bidrar til en intellektualisering og fjerning fra pasientens problemstilling men heller gir den nødvendige distansen som kreves for selvrefleksjonen som er avgjørende for økt kontakt med egen kropp og bidrar til at ens fornemmelser og affekter oppleves som virkelige (Braatøy (1947).

5.3 Psykoedukasjonen

I forhold til psykoedukasjonen fremhever informantene den positive og klargjørende effekten som kunnskapen om sammenhenger mellom kropp, sinn og følelser har for pasientene. Det finnes i dag god dokumentasjon på nytten med undervisning og erfaringen sprunget ut av den undervisning for pasienter og pårørende ved psykose som har foregått i mange år (Skårderud et al., 2010). Det kan til tross for dagens informasjonssamfunn med lett tilgjengelig informasjon på internett, likevel synes å være lite i kunnskap hos mange pasienter om kroppslige sammenhenger mellom for eksempel kropp og sinn, respirasjon og følelser og livets påvirkning på kroppen og omvendt. Det får informantene stadig bekreftelse på fra pasientene med utsagn som «hvorfor har ingen fortalt dette til meg tidligere». At informantene legger vekt på psykoedukasjon som virkningsfullt, kan kanskje også ses i lyset av den transformering og tilpasning mot generelt økt kunnskap i samfunnet i dag. Det finnes i dag flere teorier innen medisin og helsefag som også denne metoden har dradd nytte av og bidradd med siden dens etablering for over 60 år siden. Da metoden og tenkningen i dag i alt større grad også praktiseres innenfor spesialisthelsetjenesten i psykiatrien, der psykoedukasjon har en sterk tradisjon kan tilpasningen ses på som naturlig (Malt, & Albertsen Malt 2014). En annen måte å forstå behovet for psykoedukasjon om kroppslige sammenheng kan forklares og forstås i en fortsatt sterk dualistisk tenkning i samfunnet der en av tradisjon fortsatt i mange sammenhenger skiller kropp og sinn eller psyke og soma (Thonquist, 2014).

Nytten med kunnskap, informasjon og undervisning for mestring av depresjon er også dokumentert. Dalgard (2004) konkluderer i en randomisert, kontrollert studie, at gruppebehandling basert på psykologisk innlæringsteori, utviklet på bakgrunn av et større Europeisk forskningsprosjekt Outcom of Depression Inernational Network (ODIN) hadde effekt i form av bedret depresjonsskår målt med Beck Depression Inventory (BDI). Tylee og medforfattere (2005) konkluderte med at psykoedukasjon om bevisstgjøring av kroppslige symptom var å anse som en viktig faktor for å få til bedring ved depresjon for pasienter i førstelinjen. En vil ut fra disse funnene kunne anta at det er samme mekanismer som iverksettes ved psykoedukasjon i forhold til kropp og sinn ved depresjon i en psykomotorisk behandlingstime. Informantene mener at den nye kunnskapen pasientene erverver fungerer som en slags vekker for å sette kroppslige erfaringer inn i sammenhenger i eget liv og kunnskapen blir på denne måten et redskap for mestring og delaktighet, som fører til bedre evne å ivareta seg selv i hverdagen. (Figur 1 s. 44). Den erfaringen kan ses i lyset av det Antonovsky (1996) kaller «sense of coherence». Han mener at det å forstå, og få en følelse av sammenhenger er et viktig kriterium for hvor en person befinner seg på et kontinuum i forhold til å oppleve seg selv som frisk eller syk. «Sense of coherence» øker også derved evnen til å bedre kunne hjelpe seg selv.

Psykoedukasjonens rolle i tradisjonell psykomotorisk fysioterapi virker, når en ser tilbake i litteraturen på metoden, ikke å ha vært noe som har stått sentralt. Heller fremheves tradisjonen, å sende tilbake pasientens undring som et spørsmål, for pasienten selv å finne ut, å ha vært den gjeldende måten. Det vil si at den fenomenologiske tenkningen om at de opplevde erfaringene, alltid har stått sentralt i metoden, og at pasienten i stor grad har eid svarene selv (Øvreberg & Andersen, 2003). Det synes ut fra informantenes erfaring av psykoedukasjon i dagens praksis, ikke som om det ene trenger å gå på bekostning av det andre, men heller forsterker hverandre grunnet at informantene mener at psykoedukasjonen alene, ikke er tilstrekkelig. Der er først når pasienten selv kroppslig erfarer de forklarte sammenhengene at kunnskapen oppleves å gi mening. Det kan forklares både ut fra dokumentasjon om kunnskapens effekt i praksis (Skårderd et al., 2010) og ut fra den fenomenologiske og hermeneutiske posisjonen om kroppen som erfarende og meningsdannende, i den psykomotoriske tradisjonen (Thornquist 2006, Bunkan 2001). Det er først med denne meningsdannelsen «som eierskapet til egen kropp» kommer mener informantene, og den forankrede kunnskapen blir redskapet for endring, og får overføringsverdien til hverdagen (Thornquist 2006). Det kan en sette i sammenheng med det

Mengshoel (2007) skriver om, i forhold til at opplevd bedring ikke bare kan ses i et medisinsk perspektiv men også som læringsprosesser hos den enkelte som fører til, ikke bare tilpasninger, men også nye måter å leve på. Informantene kaller dette for en «forankret forståelse» som igjen omfatter og er avhengig av både bevisstgjøringen og samtalen og derved relasjonen. (Figur 1 s. 44).

5.4 Aktivitet

I forholdt til aktivitet er informantene enige om at det i alle ulike former, både i og utenfor timen, er virkningsfullt med henblikk på å få til økt respirasjon og økt energi. Å stimulere til aktivitet utenfor timene bruker informantene som ytterligere en mulighet for å få pasienten til å bli bevisst kroppen og oppleve endring i forhold til det tunge og triste i hverdagssituasjonen. Det er usikkerhet knyttet til effekt av fysisk aktivitet i forhold til depresjon unntatt ved lettere tilstander. Likevel anbefales fysisk aktivitet på generelt grunnlag da det anses å bedre forholdet til egen kropp, bedre selvfølelse, bedre søvn, øket velvære og overskudd og energi (Malt & Mork, 2014, Martinsen 2005). Dårlig selvbilde var nevnt som et gjennomgående trekk ved pasienter med depresjon i følge informantene.

I forhold til depresjon er tilpasningen av grad av aktivitet viktig ifølge informantene. Det gjelder dels i forhold til å lære å respektere sensorisk informasjon fra kroppen, for å unngå overbelastninger av redens små energireserver, og sette egne grenser, dels i forhold til at aktiviteten likevel blir passe utfordrende slik at respirasjonen øker. Samtidig mener informantene at denne gruppen trenger å utfordres litt i forhold til fysisk aktivitet, for med gradvis opptrapping av fysisk aktivitet, vil den fysiologiske effekten komme. Det medfører en opplevelse av mestring som kan fungere som overføringsverdi i andre deler av livet, gjengitt i sitat 4.5.1, midt på side 38. Damasio (2002) beskriver at våre emosjoner utløses både av indre og ytre faktorer. Han nevner for eksempel også fysisk anstrengelse som mulig utløsende faktor både for positive og negative emosjoner. Ut fra den forståelsen blir terapeutenes oppfatning av å tilpasse fysisk anstrengelsesgrad for den enkelte også forståelig da psykomotorikerne erfarer at pasienter med depresjon har lite energi fra før, og derfor kan også en liten anstrengelse i forhold til å ikke gjøre noe i det hele tatt likevel oppleves som en fin balanse mellom mestring og nederlag.

Informantene beskriver pasientgruppen med store sprik ut fra en psykomotorisk forståelse, i forhold både til spenningsgrad og til yteevne. Vanligvis vil dette være rettesnoren for valg av tiltak i forhold til passive eller aktive, støttende eller omstillende tilnærming psykomotorikeren velger (Bunkan, 2010). Ut fra informantenes erfaringer synes det som om de vurderer selve depresjonsfenomenet, tungsindigheten og energiløsheten som overstyrende. På kryss av en i utgangspunkt lav eller høy spenningsgrad, over- eller underlyter, synes informantene å velge aktiv tilnærming da de mener at dette øker energinivået i kroppen hos pasienten med depresjon. Økt energinivå i kroppen mener Bunkan (2010) er en forutsetning for å få et overskudd som fremmer delaktighet i egen prosess, selvregulering, bevisstgjøringen, dosering og eierskap til spenning, styrke og kraft. Bunkan legger videre vekt på at vurderingen skal føre til aktiviteter som passer pasientens forutsetninger, samtidig som aktiviteten i seg selv vil kunne gi overskudd til å jobbe med seg selv og forhindre svekkelse av helse.

Fadnes og medforfattere (2010) beskriver at aktive bevegelser er en av forutsetningene for proprioseptiv erfaring og derved økt bevissthet på egen kropp. Gretland (2007) fremhever at aktive bevegelser eller trening kan brukes for å la pasienten kjenne og erfare forskjeller i kroppen. Informantene beskriver spesielt at de aktive bevegelsene for eksempel stabiliserings- og balanseøvelser, blir midlet til å kjenne etter i kroppen og bevisstgjøre. Informantene mener at vurderingen av den enkelte pasienten er en viktig forutsetning for å tilpasse graden av aktive bevegelser også i forholdt til utgangspositur for at behandlingen skal bli passe utfordrende. Informantens erfaring at selvgenererte bevegelser gir større grad av aktive og delaktige pasienter, er i tråd med Fadnes og Leira (2006) sine funn og erfaringer i forhold til bevisstgjøring. Det synes også at det er i den samlede vurderingen av tiltak i forhold til den enkelte pasient som er psykomotorikerens og psykomotorikkens største bidrag i forhold til å fasilitere for pasienten på reisen til økt bevissthet av kropp og økt stemningsleie. Til tross for utsagn hos informantene «at det ikke er nok å være flink på en metode» kan en tenke at nettopp kunnskap og erfaring hos psykomotorikeren likevel spiller en vesentlig rolle i forhold til å komme i posisjon hos denne gruppen pasienter slik at de når sine mål og eierskap til egne kropper og bedret stemningsleie.

5.5 Metodediskusjon

Analysen av materialet førte frem til fire definerte koder informantene fant virkningsfulle. Analysen viste videre at de fire kodene og ti kategorier hadde flere overlappende tema og utgjør en sammenhengende helhet. Det syntes at bevisstgjøringen sto sentralt i denne helheten og var det kjernefenomen som forente de andre kodene. I forhold til hva informantene mente var virkningsfullt ved behandling av depresjon, syntes delmomentene å ha en stor grad av innflytelse på hverandre i helhet. Til tross for at utsagn om «en helhetlig metode» var å finne igjen i de opprinnelige intervjuene, fant forsker i analysefasen ikke at de var formidlet i intervjuene med en slik tydelighet, eller at de bar tilstrekkelig kunnskap med seg for å kunne tre frem med en selvstendig kode i analyseprosessen. Utsagnet blev derfor lagt til side. Grunnen til at det ikke trådte frem tydeligere er vanskelig å svare på. En grunn kan være at, det for en psykomotoriker er innlysende at det ikke er delene hver for seg som er helbredende men nettopp at de flettes sammen og utfyller hverandre, men denne selvfølgen blev det ikke satt ord på. En annen grunn kunne være at forskeren selv, grunnet uerfarenhet som intervjuer, ikke klarte å stille spørsmålene på en slik måte at dette fenomenet kom frem tilstrekkelig tydelig. En tredje grunn kunne igjen skyldes forskerens manglende erfaring i å tolke meningsinnhold i utsagn som en erfaren forsker eller annen fagperson hadde sett med klarhet. Resultatet hadde kanskje også sett annerledes ut hvis en i denne studien hadde valgt å intervju flere informanter en de seks som deltok. Antallet informanter blev valgt både utifra tilgjengelighet av praktiserende psykomotorikere i Helseregionen, som takket ja, og med referanse til litteraturen der en, hvis det foreligger begrenset tid for prosjektet, kan ha færre enn 10 informanter (Johannessen et al., 2011).

Reliabilitet og validitet er i utgangspunkt et spørsmål om pålitelighet og gyldighet. Påliteligheten referer til kvalitet av utførelsen av studien, og at arbeidet er presist og nøyaktig gjort. Styrken ved denne studien er at jeg har tatt utgangspunkt i en fenomenologisk forståelsesmåte, og på en så tydelig måte som mulig, gjort rede for de ulike trinnene i selve analyseprosessen ved systematisk tekstkondensering. Jeg har prøve å ha et kritisk blikk på og holdning til egne tolkninger og valg ut fra egen forståelsesramme. Jeg har både gjennom tekst og tabellform gjort rede for analyseprosessen og derved prøvd å gjøre den synlig for leseren. Ved å sitere informantene direkte har jeg prøvd å la deres stemme komme fram i lyset.

I forhold til gyldighet var det springende punktet i studien i hvilken grad informantene virkelig forholdt seg til temaet depresjon. Det kan ses på som en svakhet eller usikkerhets

faktor ved studien. Forskeren var ved noen anledninger under intervjuene nødt til å spørre tilbake til informanten om utsagnet også gjaldt pasienter med depresjon eller om det bedre representerte andre tilstander. Noen ganger korrigerer da informanten seg. En kunne for å sikre seg valide svar i en eventuell ny undersøkelse rekruttere informanter som i sitt pasientgrunnlag jobber tydeligere rettet mot pasienter med depresjon og der en i tillegg kanskje brukte etablerte måleinstrumenter for måling av grad av depresjon. Grunnen til at det ikke ble gjort i denne undersøkelsen var begrunnelsen om et strategisk utvalg med et mål om få så stor bredde på erfaringene som mulig ved depresjon. En annen måte å sikre seg erfaringer om depresjon ville være å intervju pasientene selv om deres erfaringer av virkningen i behandlingen.

5.6 Implikasjoner

Funnene i denne studien vil kanskje, hvis de verifiseres av andre studier, føre til et økt fokus på diagnoser som utgangspunkt for å finne ut hva som er virkningsfullt ved NPMF. Ikke for å på noen måter å forringe den enkelte pasientens symptomer eller opplevelser, som fortsatt skal være utgangspunkt for behandlingen, men for å gradvis erverve kunnskap som kan være veiledende for psykomotorikeren til å raskere komme inn på hensiktsmessige tilnæringsveier innenfor metoden. Ettersom metoden ikke er standardisert ville en slik kunnskapsøkning i forhold til metoden innebære ikke bare at hver enkelte psykomotorikere ikke trengte å finne den riktige veien selv, men behandlingsforløpene kunne kanskje bli mer «presise», det vil si mer målrettet i forhold til diagnosen. Pasienten ville da muligens raskere oppleve behandlingen som menings- og virkningsfull, hvilket skulle være det viktigste argumentet. I tillegg ville det på sikt også kunne minske på de lange ventelistene for psykomotorisk behandling og tydeliggjøre psykomotorikerens rolle innenfor psykisk helsearbeid i Norge.

Vi er enda langt fra svaret om metoden er nyttig ved depresjon, men resultat så langt indikerer at NPMF kan bidra med opplevd bedring på sentrale områder i forhold til kroppen. Mye kunnskap mangler om psykomotorisk fysioterapi ved depresjoner. Blant annet er det behov for effektstudier med måling av grad av depresjon før og etter en behandlingsperiode med NPMF for å få bekreftelse eller avkreftelse på om metoden er virkningsfull og gir signifikant bedring. Det er selvfølgelig også behov for kunnskap i forholdt til å høre pasientenes erfaringer i behandling av depresjon.

6.0 Konklusjon

Den overveiende oppfatningen hos informantene var at NPMF er en virkningsfull metode i forhold til behandling av depresjon. Informantene opplevde at pasientene ble bedre både mentalt og fysisk. Hovedfunnene var at relasjon, bevisstgjøringen, psykoedukasjonen og aktivitet var de fire delmomentene som skilte seg ut som spesielt virkningsfulle i forhold til depresjon. Bevisstgjøringen, det å få kontakt med kroppen, synes å stå sentral ved depresjon. Fremfor alt relasjon og samtale men også psykoedukasjon og de aktive bevegelsene var å forstå som forutsetning og bidragsyter til å nå målet bevisstgjøringen. Bruk av psykoedukasjon og fokus på fysisk aktivitet kunne i denne studien forstås som en form for tilpasning av metode i forhold til pasientgruppen med depresjonsdiagnosen.

Litteraturliste

- Alnes, J. H. (2015). Hermeneutikk. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/hermeneutikk>
- Antonovsky, Aaron. (1996). The salutogenetic model as theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Breitve, M. H., Hynninen, M. J., & Kvåle, A. (2008). Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 12, 19-26.
- Breitve, M. H., Hynninen, M. J., & Kvåle, A. (2010). The effect of psychomotor physical therapy on subjective health complaints and psychological symptoms. *Physiotherapy research international*, 15(4), 212-221.
- Bruusgaard, D., & Rørtveit, G. (2015). Holisme. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://sml.no/Holisme>
- Braatøy, T. (1947). *Det nervøse sinn: medisinsk psykologi og psykoterapi*. Oslo: Cappelen forlag.
- Bunkan, B. H., Bülow-Hansen, A., Houge, N. H., Høgdaal, T., & Hansson, H. (1995). *Psykomotorisk behandling*. (3 utg.). Oslo: Pensumtjenste
- Bunkan, B. H., Opjordsmoen, S., Moen, O., Ljunggren, A. E., & Friis, S. (1999). What are the basic dimensions of respiration. A psychometric evaluation of the comprehensive body examination. II. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53(5), 361-369.
- Bunkan, B.H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 24(121), 2845-2848.
- Bunkan, B. H., Ljunggren, A. E., Opjordsmoen, S., Moen, O., & Friis, S. (2001). What are the basic dimensions of movements? A psychometric evaluation of the comprehensive body examination. III. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55(1), 33-40.
- Bunkan, B. H. (2003). *Den omfattende Kroppsundersøkelsen (DOK)*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.
- Bunkan, B. H. (2010). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde teori og helsefremmende behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag.

- Dalgard, O. S. (2004). Kurs i mestring av depresjon- en randomisert, kontrollert studie. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 23(124), 3043-3046.
- Damasio, A. R. (2002). *Følelsen av hva som skjer*. Oslo: Pax Forlag.
- Danielsson, L., & Rosberg, S. (2015). Opening towards life: Experiences of basic body awareness therapy in persons with major depression. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 7(10).
- Dragsund, T., & Råheim, M. (2008). Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: patients' perspective on body awareness. *Physiotherapy Theory and Practice*, 24(4), 243-254.
- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2004). The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(6), 403-10.
- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2008). Breathing: A Sign of Life and Unique Area for Reflection and Action. *Physical Therapy*, 88(7), 832-840.
- Elo, S., Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analyse prosess. *Journal of Advanced nursing*, 62(1), 107-115.
- Fadnes, B., & Leira, K. (2006). *Balansekoden – om samspillet mellom kroppslig og mental balanse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fadens, B., Leira, K., & Brodal, P. (2010). *Læringsnøkkelen Om samspill mellom bevegelser, balanse og læring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Faleide, A., Grønseth, R., & Urdal, B. (Red.). (2007). *Det levende i muskelpanseret: Om kropp og sjel, muskelspenninger og psykoterapi, seksualitet og tilhøve mellom barn og voksne*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Friis, S., Bunkan, B. H., Ljunggren, A. E., Moen, O., & Opjordsmoen, S. (1998). What are the basic dimensions of body posture? An empirical evaluation of the comprehensive body examination. I. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52(4), 319-326.

- Følstad Bentzen, G. (2013). *Norsk Psykomotorisk fysioterapi i psykiatrien. En kvalitativ undersøkelse av erfaringer knyttet til det å bruke psykomotorisk fysioterapi i behandling av pasienter som henvises til allmennpsykiatriske poliklinikker.* (Mastergradsavhandling, Universitetet i Tromsø) Hentet fra http://munin.uit.no/handle/10037/2017/discover?rpp=10&filtertype_0=dateIssued&filtertype_1=type&filter_0=2013&filter_relational_operator_1>equals&filter_1=Master+thesis&filter_relational_operator_0>equals&filtertype=author&filter_relational_operator=equals&filter=F%C3%B8lstad%2C+Gunhild+Bentzen
- Giorgi, A. (1985). *Sketch of psychological phenomenological method. Phenomenology and psychological research: essays.* Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Giorgis, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: a modified Husserlian approach.* Pittsburg: Duquesne University Press.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen.* Oslo: Fagbokforlaget.
- Gretland, A. (2015, 01.12). Hva er psykomotorisk fysioterapi? Anvendelsesområder i 1. og 2. linjetjenester. Avgrensning i forhold til andre yrkesgrupper. Hentet 02.05. 2016, fra <http://docplayer.no/5006004-Hva-er-psykomotorisk-fysioterapi-anvendelsesomrader-i-1-og-2-linjetjenester-avgrensning-i-forhold-til-andre-yrkesgrupper.html>
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten.* Hentet 14. 04. 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal>
- Holisme. (2016). *Wikipedia.* Hentet fra <https://no.wikipwdia.org/wiki/Holisme>
- Ianssen, B. (Red.), Andersen, T., Hanssen, I., Kvebæk, I., Ottesen, Alette., Rongved, E., & Øvreberg, G. (2014). *Bevegelse, liv og forandring Praksisnære beskrivelser av psykomotorisk fysioterapi,* Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode.* Oslo: Abstrakt forlag.
- Kapfhammer, H. P. (2006). Somatic symptoms in depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience.* 8(2) 227-237.
- Kaiser, M., Jåsund, K. K., & Uglevik, I. L. (2000). *Hva er vitenskap?* Oslo: Universitetsforlag.

Kolnes, L. J. (2012). Embodying the body i anorexia nervosa – a physiotherapeutic approach. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, (16), 281-288.

Kvernbekk, T. (2002). Vitenskapsteoretiske perspektiver. I T. Lund (Red.). *Innføring i forskningsmetodologi* (s.19-78). Oslo: Unipub.

Kvåle, A., & Ljunggren, A. E. (2007). Body awareness therapies. I R. Schmidt & W. Willis (Red.). *Encyclopedia of Pain* (s. 167-169). New York: Springer.

Løvlie-Schibbye, A. (2002). *Relasjoner: Et dialektisk perspektiv på essensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Malt, U.F., & Albertsen Malt, E. (2014). Strukturerte psykologiske og andre ikke-biologiske behandlingsmetoder. I U. F. Malt, O. A. Andreassen, I. Melle & D. Årslund (Red.), *Lærebok i Psykiatri*. (s. 871- 890). Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.

Malt U. F., & Mork, G. (2014). Depressive lidelser. I U. F. Malt, O. A. Andreassen, I. Melle & D. Årslund (Red.), *Lærebok i Psykiatri*. (s. 409-457). Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.

Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, E.W. (2005). *Kropp og sinn Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Mengshoel, A. M. (2007). Bedring forstått i et medisinsk perspektiv, betydning for fysioterapi? *Fysioterapeuten*, (11), 24-27.

Merleau-Ponty, M. B. (2009). *Kroppens fænomenologi*. København: Det lille forlag.

Norsk Fysioterapeutforbund. (2016a). *Psykomotorisk fysioterapi – Norsk Fysioterapeutforbund*. Hentet 12. 04. 2016, fra <http://fysio.no/finn/fysioterapeut/list/?form%5Bfysiomoto%5D=103&page=39>

Norsk Fysioterapeutforbund. (2016b). *Forbundssiden*. Hentet 13. 04. 2016, fra <https://fysio.no/Forbundsforbunden>

Norsk Fysioterapeutforbund. (2016c). *Norsk Fysioterapeutforbund*. Hentet 13. 04. 2016, fra https://fysio.no/content/search?SearchText=takst&search_skin=forbund

Norsk Helseinformatikk. (2013). *Psykomotorisk Fysioterapi*. Hentet 14. 04. 16, fra <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/muskel-skjelett/psykomotorisk-fysioterapi-12485.html>

Norsk Institutt for Basal Kroppskjennskap. (2015). *Hva er Basal Kroppskjennskap?* Hentet 13. 04. 2016, fra www.nibk.org/

Ottesen, A., Hanssen, I., Ianssen, B., Kvebæk, I., & Rongved, E. (Produsenter). (2010). *Gudrun Øvreberg Et liv i bevegelse Dokumentasjon av psykomotorisk fysioterapipraksis. Deler og helhet i samspill* (DVD). Lillehammer: Alette Ottesen.

Perugi, G., Canonici, P. L., Carbonato, P., Mencacci, C., Muscettola, G., Pani, L., Torta, R., Vampini, C., Fornaro, M., Parazzini, F., & Dumitriu, A. (2011). Unexplained Somatic Symptoms during major Depression: Prevalence and Clinical Impact in a National Sample of Italian Psychiatric Outpatients. *Psychopathology*, 44(2), 116-124.

Råheim, M. (2002). Kroppsfenomenologi- innsikt relevant for klinisk praksis. *Tidsskrift for Norske Legeforening*, 25(122), 2477-2480.

Simon, G E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C, & Ormel, J. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *The New England Journal of Medicine*, 341(18), 1329-1335.

Skjærven, L.H., & Sundal, M.a. (2016). Basal Kroppskjennskap (BK): Bevegelsesnærver, hverdagsbevegelser og helsefremming. *Fysioterapeuten*, (4), 42-44.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken Sinn- kropp- Samfunn*. Oslo: Gyldendal Forlag.

Sviland, R., Råheim, M., & Martinsen, K. (2012). Touched in sensation – moved by respiration embodied narrative identity – a treatment process. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 811-819.

Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2014). To be held and to hold one`s own: narratives of embodied transformation in the treatment of long lasting musculoskeletalproblems. *Medicine Health Care and Philosophy*, 17(4), 609-624.

Somatic Experiencing Norge. (2016). *Somatic Experiencing Institutt Norge*. Hentet 13. 04. 2016, fra www.traumeheling.no/

Tangen Haug, T., Mykletun, A., & Dahl, A. (2004). The association Between Anxiety, Depression and Somatic Symptoms in an Large Population: The HUNT-II Study. *Psychosomatics Medicine*, 66, 845-851.

- Thornquist, E. (2006). Psykomotorisk fysioterapi – tenkning og tilnærming. Del I: Kjennetegn, prinsipper, fragmenter. *Utposten*, 35(5) 28-32.
- Thornquist, E. (2014). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget
- Tylee, A., & Gandhi, P. (2005). The importance of Somatic Symptoms in Depression in Primary Care. *The Primary Care Companion To The Journal of Clinical Psychiatry*, 7(4) 176-176.
- Tylee, A., Gaspar, M., Lépine, J. P., & Mendelwicz, J. (1999). DEPRES II (Depression Research in European Society II): a patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community. DEPRES Steering Committee. *Internasjonal clinical Psychopharmacology*, 14(3), 139-151.
- Universitet i Tromsø. (2016). *Psykomotorisk og psykosomatisk fysioterapi –Helsefag – Master*. Hentet 12. 04. 16, fra https://uit.no/utdanning/program?p_document_id=279779
- Westgaard, H., & Thornquist, E. (2016). En intervjuundersøkelse: Kroppsholdning - meningsrammer og praksis. *Fysioterapeuten*, (3), 20-25.
- World Health Organisation. (2008). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Øien, A. M., Iversen, S., & Stensland, P. (2007). Narratives of embodied experiences- Therapy processes in Norwegian psychomotor physiotherapy. *Advances in Physiotherapy*, 9(1), 31-39.
- Øien, A. M., Råheim, M., Iversen, S., & Steihaug, S. (2009). Selfperception as embodied knowledge- changing processes for patients with chronic pain. *Advances in Physiotherapy*, 11(3), 121-129.
- Øvreberg, G., & Andersen, T. (2003). *Aadel Bülow-Hansens fysioterapi*. Skarnes: Compendius Forlag.

Intervjuguide

Norsk Psykomotorisk Fysioterapi og depresjon. En kvalitativ studie om erfaring ved bruk av metoden Norsk Psykomotorisk Fysioterapi ved depresjon i privat praksis og Distrikts psykiatriske sentre.

Demografi og jobbrelevante spørsmål:

- Kjønn og alder
- Hvor lenge har du vært fysioterapeut og psykomotoriker?
- Hvor har du din hovedpraksis?
- Hvor stor andel av pasientgrunnet ditt kvalifiserer for en depresjonsdiagnose?
- Hvilke kroppslige kjennetegn går igjen hos pasienten med depresjon?
- Hvilket forhold til kroppen har pasienter med depresjon?

NPMF og depresjon

- Hvilken erfaring har du av metoden psykomotorisk fysioterapi ved behandling av pasienter med depresjon?
- Er det, i følge din erfaring, spesielle elementer i NPMF du vil trekke frem som virknings- og betydningsfulle i forhold til pasienter med depresjon?
- (Er der flere; kroppserfaring, annerkjennelse og mening / sammenhenger, i NPMF i behandlingen av depresjon?)
- Hvordan opplever du pasientens forståelse av virkningen av NPMF, i forhold til din egen forståelse som behandler?
- Hvilken erfaring har du av svakheter i metoden i forhold til behandling av pasienter med depresjon?
- Er der andre ting du tenker har betydning som vi ikke har vært innom enda?
- Hva tenker du om relasjonens betydning?

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Statistisk sentralbyrå
P.O. Box 4404 Nydalen
0407 Oslo
Tlf: +47 22 38 21 17
Faks: +47 22 38 21 18
nsd@statistisksb.no
www.statistisksb.no
Orgnr: 980 221 884

Tore Bonsaksen

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

Vår dato: 09.11.2015

Vår ref: 45493 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.11.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

45493 *Norsk Psykomotorisk fysioterapi og depresjon. En kvalitativ studie om erfaring av bruk av Norsk Psykomotorisk Fysioterapi ved behandling av pasienter med depresjon i privat praksis og ved Distriktpsikiatrisk Senter*
Behandlingsansvarlig Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig Tore Bonsaksen
Student Katharina Holmberg Höglind

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somy

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

Arkivingsdato: 12/04/2016

OSLO NSD: Universitetsforlaget, Postboks 1047 Blindern, 0316 Oslo. Tlf: +47 22 81 12 11. www.nsd.no
NORWEGIAN NSD: Norwegian Social Science Data Services, Postboks 1047 Blindern, 0316 Oslo. Tlf: +47 22 81 12 11. www.nsd.no
STATISTISK SENTRALBYRÅ: Universitetsforlaget, Postboks 4404 Nydalen, 0407 Oslo. Tlf: +47 22 38 21 17. www.statistisksb.no

