

MASTEROPPGAVE

Psykisk helsearbeid

mai 2016

Gjesping – et barometer på vitalitet?

En kvalitativ studie av fysioterapeuter og pasienters opplevelser i
psykomotorisk behandling

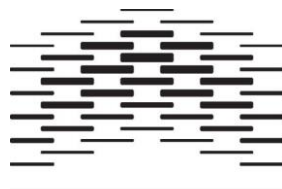


Joseph Ducreux, selvportrett (ca.1783)

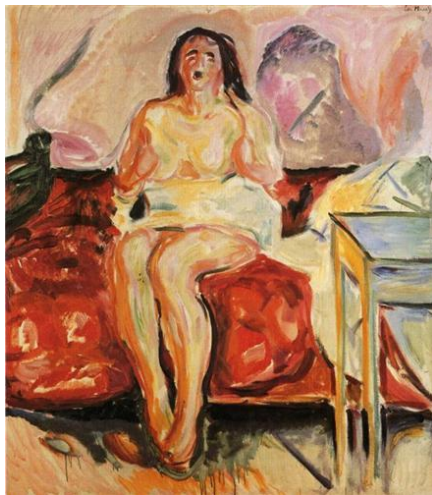
Magrit Kvisler Holsten

Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**



Morgengjesp av Edvard Munch, 1913

«Vitalitet; livsglede, livskraft, levedyktighet»

Sammendrag

Navn: Magrit Kvisler Holsten	Dato: 18.mai 2016
Tittel og undertittel: Gjesping – et barometer på vitalitet? En kvalitativ studie av fysioterapeuter og pasienters opplevelser i psykomotorisk behandling (NPMF)	
Hensikt: Formålet med denne studien var å få kunnskap om fysioterapeuter og pasienters erfaringer med gjesping i Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF). Dette for å forstå hva slags betydning gjesping har for pasientene og hvordan den vektlegges av fysioterapeutene i behandlingen. Økt forståelse for gjesping og dens uttrykk kan bidra til at behandlere kan se mer nyansert på sine pasienter i undersøkelse og behandlingstilnærming.	
Teoretisk forankring: Det teoretiske rammeverket for oppgaven er forankret i teori om NPMF, hypoteser om gjesping, samt perspektiver fra kroppsfenomenologi, nevrobiologi og terapeutisk allianse.	
Metode: Studien har en kvalitativ design hvor datamaterialet er innhentet gjennom semistrukturerte intervjuer av 3 pasienter og en fokusgruppe med 5 fysioterapeuter. Analysen er basert på Systematisk Tekstkondensering.	
Resultater: Det ble identifisert fire hovedkategorier fra datamaterialet fra pasientene: «Forløsning», «Å holde tilbake», «Å tilpasse seg», «Trygghet og erfare sammen». I tillegg ble det identifisert tre hovedkategorier fra fysioterapeutene: «Frigjøring», «Kroppslig signalisering», «Å by på seg selv».	
Konklusjon: Selv om funn fra 3 pasientinformanter og 5 fysioterapiinformanter ikke kan generaliseres til å gjelde alle pasienter og behandlere, finnes det noen indikasjoner på at gjesping har en betydning for pasientene i NPMF i form av velvære, spenningsregulering og kontakt med kroppen. Selv om det fortsatt er knyttet usikkerhet til gjespens funksjon, er det i lys av nyere nevrobiologisk forskning trolig at gjespen har en regulerende funksjon i kroppen, og også i møte med andre. Gjespen kan muligens bære med seg varsel om at kroppen i ubalanse, og trer tydeligst frem for oss når den ikke kommer frem eller har mistet sin naturlige fremtoning.	
Nøkkelord: Gjesping, Norsk psykomotorisk fysioterapi (NMPF), fysioterapi, respirasjon, psykologi, nevropsykologi, nevrobiologi, kommunikasjon	

Abstract

Name: Magrit Kvisler Holsten	Date: 18 May 2016
<p>Title and subtitle: Yawning – a barometer of vitality? -A qualitative study on physiotherapists’ and patients’ experiences in psychomotor treatment (NPMF)</p>	
<p>Purpose: The purpose of this study was to gain knowledge about physiotherapists’ and patients’ experiences with yawning in Norwegian psychomotor physiotherapy (NPMF). This has been conducted to understand the significance yawning has for patients and how much emphasis is placed on yawning by physiotherapists during treatment. A better understanding of yawning and its expression can help clinicians to take a more nuanced approach towards their patients’ examination and treatment.</p>	
<p>Theoretical basis: The theoretical framework for the study is based on theory from NPMF, hypotheses about yawning, as well as perspectives of body phenomenology, neuroscience and therapeutic alliance.</p>	
<p>Method: The study has been based on a qualitative research design where the research data has been gathered from three semi-structured individual interviews of patients and one focus group involving interviews of five physiotherapists. The analysis has been base on Systematic Text Condensation .</p>	
<p>Results: Four main categories were identified from the research data collected from the patients: «To let go», «To hold back», «To adapt», «To feel safe and experiencing together». In addition three main categories were identified in the research data from the physiotherapists: «To set free», «Bodily signals», and «Opening up».</p>	
<p>Conclusion: Although findings from the three patients data and five physiotherapists who participated in the study can not be generalized to apply to all patients and clinicians, there are some indications that yawning has an impact on patients in NPMF in terms of relaxation, tension regulation and body awareness. There is still uncertainty as to the function of yawning, however, yawning probably have an impact in terms of regulation within the body, as well as in social interactions. Yawning is proposed as an early indicator of underlying bodily imbalance, and most noticeable to us in its absence or by not being functional.</p>	
<p>Keywords: Yawning, Norwegian psychomotor physiotherapy (NPMF), physiotherapy, respiration, psychology, neuropsychology, neurobiology, communication</p>	

FORORD

Når sant skal sies, så har det vært mye gjesping under hele prosessen med masteroppgaven. Ikke fordi det har vært kjedelig, tvert imot, det har vært en berg- og dalbane uten sidestykke, en spennende reise med både oppturer og nedturer.

Å gjespe er universelt, uansett hvem jeg har snakket med om dette, så har de straks kommet med tanker og historier fra egne liv. Dette ga meg den motivasjonen jeg trengte for å gjennomføre arbeidet. Den har vært helt nødvendig; å skrive en masteroppgave er en nokså ensom og tidkrevende prosess. Samtidig har den lært meg mye. Hvis den i tillegg kan gi andre kunnskap og inspirasjon, er jeg mer enn godt nok fornøyd.

Det er på sin plass å takke alle som på sin måte har fulgt meg på veien. Først og fremst mine informanter som har brukt av sin tid og delt sine erfaringer. Familie, venner og kolleger, spesielt ved Tonsenhagen fysikalske institutt, som har kommet med verdifulle innspill og støtte. Takk til Berit Heir Bunkan og Gudrun Øvreberg som har inspirert meg.

Den aller største takken går til Gro Killi Haugstad som tålmodig har veiledet meg gjennom hele prosessen; delt av sin kunnskap, støttet og utfordret meg til siste slutt!

Oslo, 18.05.16

Magrit Kvisler Holsten

FORKORTELSER, FIGURER OG TABELLER

Forkortelser:

NPMF:	Norsk psykomotorisk fysioterapi
NFF:	Norsk fysioterapiforbund
STC:	Systematic Text Condensation
MUPS:	Medically Unexplained Physical Symptoms
BPD:	Breathing Pattern Disorder
BBAT:	Body Awareness Therapy

Figurer:

Figur 1	Porges (2007) polyvagalteori
Figur 2	Kodegrupper pasienter og fysioterapeuter
Figur 3	Analyse fra sitat til abstrakt meningsbærende enhet og stikkord

Tabeller:

Tabell 1	Emneord
Tabell 2	Søkestrategi
Tabell 3	Oppsummering av ulike hypotese om gjesp 2010

Innholdsfortegnelse

FORORD.....	5
FORKORTELSER, FIGURER OG TABELLER	6
1. INNLEDNING OG BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	9
1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål	10
1.2 Formål og oppgavens oppbygging	10
1.3 Litteratursøk og søkestrategi	12
2. TEORIGRUNNLAG	13
2.1 Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF)	14
2.2 Om gjesping.....	17
2.2.1 Noen hypoteser om gjesping.....	19
2.2.3 Gjesping i et psykomotorisk perspektiv	20
2.2.4 Metoder for å observere respirasjonen i NPMF	21
2.3 Kroppsfenomenologi	22
2.4 Nevrobiologi.....	23
2.4.1 Retikulærsubstansen og sammenheng mellom kropp og sinn	24
2.4.2 Polyvagalteorien	24
2.5 Terapeutisk allianse	25
2.5.1 Forholdet mellom verbal og kroppslig kommunikasjon.....	27
3. METODE	27
3.1 Begrunnelse for valg av metode	27
3.2 Forforståelse og vitenskapsteoretisk forankring	28
3.3 Utvalg og rekruttering	29
3.4 Planlegging og gjennomføring av intervjuer	30
3.5.1 Forberedelser	30
3.5.2 Intervjustruktur	30
3.5.3 Intervjuprosessen	31
3.6 Transkribering.....	32
3.7 Analyse	33
3.7.1 Helhetsinntrykk	33
3.7.2 Identifisering av meningsbærende enheter.....	34
3.7.3 Abstrahere innhold i meningsbærende enheter.....	34

3.7.4	Sammenfatning	35
3.8	Etiske betraktninger	36
4.	RESULTATER	37
4.1	Fysioterapeutenes erfaringer	37
4.1.1	Frigjøring.....	37
4.1.2	Kroppslig signalisering	39
4.1.3	Å by på seg selv.....	41
4.2	Pasientenes erfaringer.....	42
4.2.1	Forløsning.....	42
4.2.2	Å holde tilbake	43
4.2.2	Å tilpasse seg	44
4.2.3	Trygghet og å erfare sammen	46
5.	DISKUSJON	47
5.1	Gjespen - velvære og regulering.....	47
5.2	Å holde gjespen tilbake	50
5.3	Gjespen i møte med andre	53
5.4	Prosjektets styrker og svakheter	55
Pålitelighet	55	
Gyldighet	56	
Overførbarhet	56	
6.	OPPSUMMERING.....	56
6.1	Veien videre.....	57
	LITTERATURLISTE.....	58
	VEDLEGG	63
Vedlegg 1:	Godkjenning fra REK	63
Vedlegg 2:	Godkjenning fra NSD.....	65
Vedlegg 3:	Informasjon og informert samtykke pasient.....	66
Vedlegg 4:	Informasjon og informert samtykke behandler	69
Vedlegg 5:	Intervjuguide pasient	72
Vedlegg 6:	Intervjuguide behandler	73
Vedlegg 7:	Datamatrise pasienters erfaringer og opplevelser av gjesping i NPMF.....	74
Vedlegg 8:	Datamatrise terapeuters erfaringer og opplevelser av gjesping i NPMF.....	75
Vedlegg 9:	Forskningsprotokoll	76

1. INNLEDNING OG BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

Gjesping er en grunnleggende egenskap både hos dyr og mennesker. Hva er å gjespe? Hvorfor gjør vi det? Hva forteller den oss? Selv om fenomenet ikke er viet størst oppmerksomhet i vitenskapens historie, har det ikke vært helt uten interesse (Heusner, 1946). Teorier om gjesping ble beskrevet og fremsatt allerede i antikken av Hippokrates (400 f.Kr.), på 1600-tallet av Santori Santorio (1561-1636), på 1700-tallet av Johannes Gorter (1689-1762) (Walusinski, 2013). Darwin beskrev gjesping i sine observasjoner av dyr og mennesker (Darwin, 1872). Også kunstnere har gitt gjespen et uttrykk; for eksempel Edvard Munch, i bildet «Morgengjesp» fra 1913. En av de mest kjente Apacheindianerne, krigers og medisinmann, bar navnet Geronimo som på deres urspråk betyr «han som gjesper». Det ble angivelig gitt ham fordi han sov så mye som barn. Det er senere fremsatt mange hypoteser om gjespen og dens betydning. Disse har sitt utspring fra ulike perspektiver; blant annet evolusjonære, etologiske, fysiologiske, sosiokulturelle, psykologiske og kommunikative (Provine, 2012).

I 2010 ble det arrangert en internasjonal konferanse i Paris med gjesping som tema ("First International Conference on Yawning," 2010). Her deltok nevrologer, farmakologer, etnologer, psykologer og andre spesialister fra flere land med interesse for fenomenet. Hypoteser og forskning som ble lagt frem her viser at det finnes et ønske om å forstå gjespens betydning.

Hvilken betydning tillegger vi gjespen som fysioterapeuter i møte med pasienter? Behandlere i psykomotorisk behandling erfarer at å gjespe slett ikke er en selvfølge for alle. Det finnes mange hypoteser om hvorfor vi gjesper, men forskning som gir sikker viten er fortsatt begrenset. Fysioterapeuter besitter mye erfaringskunnskap som inkluderer gjesping. Dessverre er lite av denne kunnskapen nedtegnet og fagteoretisk forankret.

Som en tilnærming til fenomenet gjesping i den innledende fasen av prosjektet, ble sentrale aktører i faget kontaktet. I tillegg til prosjektleders egne opplevelser i pasientbehandling, ble deres tanker og erfaringer en inspirasjon til å fordype seg i temaet, og ga til motivasjon til å utforske hvordan fysioterapeuter i psykomotorisk behandling tenker og erfarer om gjesping i dag. Det å høre hvordan pasienter opplever gjesping tilførte en ytterligere dimensjon til prosjektet.

1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

Oppgavens problemstilling er formulert slik:

Hvordan opplever og vektlegger psykomotoriske fysioterapeuter gjespen i behandling? Og hvilke opplevelser har pasienter i behandling knyttet til det å gjespe?

Aktuelle forskningsspørsmål er:

- Er gjesp et tema i behandlingen?
- Hvordan oppleves det å gjespe?
- Hva er det som utløser gjesp i behandling?
- Hva betyr fravær av gjesp?
- Hvordan forholder terapeuten seg til pasienten som gjesper/ikke gjesper?
- Hvilken betydning har gjespen i kliniske situasjoner?

1.2 Formål og oppgavens oppbygging

Formålet med oppgaven er å løfte frem erfaringskunnskap om gjespen i norsk psykomotorisk behandling (NPMF). Fordi gjesping er beskrevet som sentralt i vårt teorigrunnlag, kan det være faglig interessant å se hvordan vi vurderer dette i vår daglige praksis. I andre kliniske fag har det kanskje vært mindre oppmerksomhet rettet mot fenomenet gjesping enn i NPMF. Av den grunn kan det være en spennende oppgave å se nærmere på dette.

Det andre kapittelet i oppgaven utgjør oppgavens teoridel og presenterer de faglige og teoretiske perspektivene det arbeides ut fra i prosjektet. Det redegjøres for teorigrunnlaget i NPMF, litt om nåværende hypoteser om gjesping, kroppsfenomenologi, nevrobiologi og terapeutisk allianse. I tredje kapittel redegjøres for metode og metodevalg, forforståelse, samt beskrivelser av prosessen med innhenting, bearbeiding og analysering av data fra informantene. Det fjerde kapittelet inneholder funnene fra analysen. I det femte kapittelet diskuteres funnene opp mot de teoretiske perspektivene fra teorikapittelet og nyere empiri, samt tanker rundt oppgavens styrker og svakheter. Det sjette kapittelet inneholder en oppsummering og tanker om veien videre.

1.3 Litteratursøk og søkestrategi

Det er lite i litteraturen som sier noe om gjesping som fenomen. Fordi jeg i problemstillingen ønsker å finne empiri som handler om informantenes opplevelser og erfaringer med dette i NPMF, er det søkt i emner som vurderes som relevante for problemstillingen. For å systematisere søkene, ble det i 2 omganger søkt hjelp hos bibliotekar ved Læringscenteret HiOA. Forut for søkene ble emneordene bearbeidet på norsk og engelsk i MesH, disse er vist i tabell 1. Ordene som går direkte på problemstillingen er skrevet i kursiv.

MeSH	Emneord
<i>Norske ord</i>	<i>Gjesp (ing)</i> <i>Psykomotorisk fysioterapi</i> <i>Fysioterapi</i> <i>Terapi</i> <i>Respirasjon</i> Psykoanalyse Psykoterapi Psykologi Nevropsykologi Nevrofysiologi Biologisk evolusjon Angst Depresjon Kommunikasjon
<i>Engelske ord</i>	<i>Yawn*</i> <i>Yawning Behavior</i> <i>Physical therapy modalities</i> <i>Therapy (Therapeutics)</i> <i>Respiration</i> Psychoanalysis Psychotherapy Psychology Neuropsychology Neurophysiology Biological evolution Anxiety Depression Communication

Tabell 1 Emneord

Søkene ble gjort i databasene Oria, Medline, Pubmed, Cinahl, PEDro, PsycInfo, SveMed+. Det ble lett etter fagfelleverderte artikler og forskning i tidsrommet 2005-2016. Søkestrategien er vist i tabell 2 under:

S3 Yawn* OR Yawning Behavior
AND
S10 Psychomotor physiotherapy OR Physiotherapy OR Physical therapy modalities OR Therapeutics OR Psychoanalysis OR Psychotherapy
AND
S14 Respiration OR Anxiety OR Depression
AND
S19 Psychology OR Neuropsychology OR Neurophysiology OR Biological Evolution
AND
S21 Communication

Tabell 2 Søkestrategi

For å eksemplifisere funnene fra Medline, ble resultatene derfra som følger:

S3 AND S10= **8**

S3 AND S14= **123**

S3 AND S19= **212**

S3 AND S10 AND S14= **5**

S3 AND S10 AND S14 AND S19= **2**

S3 AND S21= **15**

De fleste av funnene ble ikke vurdert til å ha direkte relevans for problemstillingen. Siden NPMF er forankret i en psykodynamisk tradisjon, ble det i tillegg gjort et søk i PEP-web for om mulig å finne noe i psykoanalytisk litteratur om gjesping. Det kom opp 263 treff på søkeemne «yawning», og ble begrenset til 28 i kombinasjon med søkeemne «therapy». Av disse var få relevante for problemstillingen.

2. TEORIGRUNNLAG

Søket etter kunnskap i et lite og sammensatt felt har gjorde oppgaven til et utfordrende og spennende arbeid. Prosjektleders bakgrunn og ståsted har vært avgjørende for den teoretiske rammen som er valgt for å belyse problemstillingen. Det overordnede perspektivet i dette prosjektet er mennesket sett i den biopsykososiale modellen (Engel, 2012). I tilnærmingen til

problemstillingen er det benyttet perspektiver fra kroppsfenomenologien, nyere nevrobiologisk forskning og terapeutisk allianse. Teori rundt dette, i tillegg til redegjørelse om NPMF og hva vi har av kunnskap om gjesping i dag, presenteres i dette kapittelet.

2.1 Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF)

Generelt er fysioterapeuters kunnskapsfelt kropp, bevegelse og funksjon. Det teoretiske grunnlaget for fagutøvelsen er forankret i naturvitenskapelig, samfunnsvitenskapelig og humanistisk kunnskap og en erkjennelse av at det er mange ulike faktorer som er med på å opprettholde helse, og som bidrar til funksjonsnedsettelse, smerte og sykdom (NFF, 2016b).

Psykomotorisk fysioterapi baserer seg på erfaringer om sammenheng mellom fysiske og psykiske belastninger og kroppens reaksjoner i form av muskelspenninger og endringer i respirasjon og kroppsholdning. Det legges vekt på kroppsbevissthet og et helhetlig perspektiv på mennesket hvor gjensidig interaksjon mellom kropp og psyke fremheves (Thornquist & Bunkan, 1995).

Behandlingen er et tilbud til barn, ungdom og voksne, og tilbys ved smertetilstander i muskulatur som kan ha vedvart over tid, ved anspenhet og plager relatert til pust. Aktuelle tilstander kan også være angst, depresjon, spiseforstyrrelser, traumer eller ulike tretthetstilstander.

Behandlingen er også aktuell i forhold til forebygging av kroppslige plager i forbindelse med arbeid/skole og i sosiale relasjoner. Fysioterapeuter med psykomotorisk kompetanse er å finne blant annet i kommunehelsetjenesten, i privat praksis, i sykehus, innenfor psykisk helsevern, og bedriftshelsetjeneste, samt innenfor forskning, utdanning og administrasjon (NFF, 2016a).

Pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi i de fleste helseregioner i Norge har en stor andel langvarige og kliniske betydelige emosjonelle symptomer og subjektive helseplager sammenlignet med ikke-hjelpsøkende personer (Breitve, Hynninen, & Kvåle, 2008).

Utviklingen av Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF)

Norsk psykomotorisk fysioterapi ble utviklet i Norge på 1940- og 50 tallet gjennom samarbeidet til fysioterapeuten Aadel Bülow –Hansen (1906-2001) og psykiateren Trygve Braatøy (1904-1953). Braatøy var en av de mest kjente og markante legene i Norge i det forrige århundre. Han var psykiater, psykoanalytiker, forfatter og ivrig deltaker i samfunnsdebatten. Han regnes som en av foregangsmennene for et humanistisk helhetssyn i medisinen (Vollset, Meland, & Nessa, 2004).

Braatøy la vekt på det humanistiske i relasjonen mellom behandler og pasient, pasientenes sosiale historie, de kroppslige erfaringene og viktigheten av kroppsterapi. Hans bok «De nervøse sinn» regnes som Braatøys hovedverk (Braatøy, 1947). Braatøys interesse for og deltaktighet i utviklingen av psykomotorisk fysioterapi var inspirert av den tidlige Wilhelm Reich (Koch, 1990).

Reich var en tid Sigmund Freuds foretrukne elev, men i motsetning til Freud mente Reich at motstanden mot psykoanalyse sitter i kroppen. Han utforsket sammenhengen mellom muskelspenninger og tilbakeholdte følelser, som medførte at arbeidet med muskulaturen ble kjernen i terapien hans (Reich & Wolfe, 1968). Reich omtales gjerne som den moderne kroppsterapiens far. Han understreket at menneskets karakter kommer til uttrykk i de fire hoveddimensjonene: kroppsholdning, respirasjon, bevegelser og muskulatur (Bunkan, 2014).

Selv om Braatøy var influert av Reich, tok han avstand fra noen av Reichs teorier; han mente blant annet at Reich la for stor vekt på seksualitetens betydning for helse og utfoldelse, og at han var for unyansert i synet på følelser. Etter Braatøys tidlige død i 1953, var det Bülow-Hansen og fysioterapeutene i miljøet rundt og etter henne som førte behandlingsmetoden videre. Psykiater Nils H. Hauge var den som overtok Braatøys praksis og som fortsatte samarbeidet med Bülow-Hansen (Bunkan, 2014).

Innfallsvinklene for behandlingstilnærmingen i psykomotorisk fysioterapi kan være forskjellige, men Braatøys tenkning ligger i bunnen som en del av teorigrunlaget for fagfeltet. Sviland (2014) viser til dette i sin oppsummering av nyere forskning som er gjort innen fagfeltet.

Behandlingsformen

Litteraturen som beskriver NPMF preges i stor grad av kasusbeskrivelser og kvalitative undersøkelser (Ekerholt, 2002; Øien, Iversen, & Stensland, 2007). Behandlingsformen baserer seg på erfaringer i praksisfeltet, på hvordan vi som kropp – som mennesker – er, med forståelse av kroppen som et integrert fysisk – psykisk – sosialt fenomen. Kroppen er i utgangspunktet innfallsporten til det hele mennesket, hvor respirasjonen står i en særstilling. Bülow-Hansen erfarte at all form for avspenningsbehandling hadde begrenset virkning hvis ikke pusten var med; personer med relativt fri og *omstillbar* pust ble kvitt sine lokale plager, mens spenningstilstander og feilfunksjoner forble fastlåste hos personer med kontrollert og ufrie pustemønstre. Det redegjøres for begrepet omstilling i neste underpunkt. Erkjennelsen av at kropp og følelser gjensidig påvirker hverandre, at måten pusten ble trukket inn på førte med seg at pasienten reagerte emosjonelt, gjorde at pust og følelser ble sett på som avhengige faktorer. Via påvirkning av kroppsholdning, muskulatur og pust, settes en *omstillingsprosess* i gang, og det er først og

fremst personens *omstillingsevne*, mulighetene til endring, som står i fokus. Det er også evnen til omstilling som vil være avgjørende i forhold til hvem som er egnet for denne behandlingsformen (Thornquist & Bunkan, 1995).

Terapiformen retter seg på denne måten mot bevisstgjøring og endring av spenningstilstandene i kroppen. Det legges vekt på hvordan pust og spenningstilstand i muskulatur endres i forhold til hvordan vi har det med oss selv. Et vedvarende spenningsmønster kan låse seg over lengre tid og gi smertetilstander i muskel- skjelett og sener. Livsbelastninger, stress, traumatiske opplevelser og langvarige belastninger virker inn på vår kropp og *kroppsopplevelse*. Målet er at behandlingen skal være en «*hjelp til selvhjelp*» (NFF, 2016a).

Begrepet «kroppsopplevelser» kan knyttes til *kroppsbevissthet* og *kroppsbilde*, begge flerdimensjonale og sammensatte begreper (Dragesund, Ljunggren, Kvåle, & Strand, 2010; Thompson, Heinberg, Altabe, & Tantleff-Dunn, 1999). Kroppsbevissthet er knyttet til aspekter ved det å føle og kjenne kroppen, for eksempel fysisk smerte. Begrepet kroppsbilde omfatter både perseptuelle, affektive, kognitive og adferdsrelaterte faktorer, for eksempel følelsen av å være adskilt fra egen kropp (Pedersen et al., 2013).

Omstilling og fleksibilitet

Ordene *omstilling*, *omstillingsevne* og *omstillingsprosess* samt *fleksibilitet* brukes ofte som begreper i psykomotorisk fysioterapi. Det kan være hensiktsmessig å utdype noe nærmere hva disse begrepene handler om. Fra et fysioterapeutisk perspektiv, handler omstilling langt på vei om å få til en endring av vanemessige bevegelses- og spenningsmønstre. Fra et biologisk perspektiv er ensidige og monotone bevegelsesmønstre på sikt svært belastende for kroppen, og fysioterapeuter snakker ofte om å omstille eller endre et uhensiktsmessig bevegelsesmønster til fordel for et som er mindre belastende (Gretland, 2007). Omstillingsbegrepet er også knyttet til samspillet mellom respirasjon, muskelspenninger og uttrykk for følelser, og det at muskulær spenning har en emosjonell dimensjon. Å slippe muskulatur og pust er å la følelser slippe til, og en fleksibel kropp avspeiler tilgjengelighet på følelser og muligheten for et mangfoldig og nyansert følelsesliv (Thornquist & Bunkan, 1995) Fra et fenomenologisk perspektiv er kroppslige væremåter og bevegelsesmønstre sett på som hensiktsmessige ut fra personens erfaringer og egne ressurser; det vil si at en kan dvele ved hva som gjør en persons bevegelsesmønstre hensiktsmessige, selv om det noen ganger medfører åpenbare kroppslige belastninger. Selv om bevegelsesmønstre kan være bestemt av biologiske forhold som genetik, som følge av en skade, sykdom eller naturlige degenerative prosesser, så utvikles også

bevegelsesvaner i det sosialt livet. Gretland (2007) peker på to sentrale hensyn i denne sammenhengen; å bevare tilknytningen til andre og det å beskytte selvfølelsen.

Omstillingsbegrepet blir gjerne knyttet opp mot endring av vaner. Vaner som på mange måter gjør livet enklere, men som også kan ha makt over oss, fordi de disponerer oss til å bevege oss og trekke oss tilbake på bestemte måter, får oss til å reagere på bestemte måter, gjør at vi tenker og føler på bestemte måter, snakker og tier stille på forskjellig vis, husker og glemmer på bestemte måter. En viktig side ved disse vanene er om de er fastlåste i gjentakelser, om de er så rigide at de står i veien for at personen kan møte nye situasjoner. En annen ytterlighet er at åpne og føyelige væremåter kan ta over, noe som kan gjøre oss ute av stand til å beholde vår egen stabile integritet i møtet med andre mennesker. *Fleksibilitet* sier noe om personens åpenhet og tilpasning til omgivelsene, mens omstillingsevne i større grad sier noe om evne til endring over tid. Å prøve seg ut og utforske muligheter for bevegelser kan være en spore til et mer nyansert, balansert og mindre belastende bevegelsesmønster. For andre kan det å avgrense og holde seg tilbake være viktigere, og arbeide med stabilitet og balanse (Gretland, 2007)

2.2 Om gjesping

Ordet *gjespe* kommer fra norrønt *geispa*. Fra engelsk har verbet «to yawn» sin opprinnelse fra *ganien* eller *ginian*, som betyr å gape eller åpne helt (Provine, 2005). Gjesping er en fylogenetisk gammel adferd som kan observeres gjennom hele livsløpet, også hos fostre (Guggisberg, Mathis, Schnider, & Hess, 2010).

Det finnes ikke sikker viten om hvorfor vi gjesper, men det antas at sentrale hjernestrukturer er hypothalamus, basalgangliene og retikulærsubstansen (i tillegg er en rekke hjernenerver og spinalnerver ansvarlige for selve utførelsen) (Brodal, 2013). Gjesping er muligens en måte å øke vår *årvåkenhet* på i tilfeller hvor vi er passive, men likevel trenger å være oppmerksomme (f.eks. forelesninger). Denne antagelsen bygger antakeligvis på at deler av retikulærsubstansen aktiveres, og at gjesping umiddelbart følges av akselerasjon av EEG-rytmen. Gjespebevegelsen frembringer blant annet sensorisk informasjon til retikulærsubstansen fra nervus trigeminus (via trigeminuskjernen) (Brodal, 2013).

Gjesping beskrives som en spontan, dyp innpusting gjennom åpen munn, etterfulgt av en kort pause, og avsluttet med en kort utpust. Den er ofte ledsaget av spontane strekkebevegelser i overkropp og armer. Å strekke seg spontant på den måten er omtalt som «**pandiculation**» (av gresk *pandicularē* = å strekke). Dette innebærer ikke bare å åpne munnen for å trekke inn luft,

men sees på som en kompleks, koordinert bevegelse. Den innebærer også en strekk av nakken, en utvidelse av svelg og strupe, samt en kraftig strekk av mellomgulvet (diafragma) og antigravitasjonsmuskulaturen, dvs. muskulaturen vi bruker til å holde oss oppreiste med (Provine, 2005). Gjesping er ikke viljestyrt, og bare mennesker ser ut til å kunne dempe gjespen av kulturelle og sosiale årsaker. Gjesping kan observeres hos nesten alle virveldyr på land, i luften og i vannet, noe som tyder på at fenomenet er bevart igjennom evolusjonen (Walusinski, 2013). Når gjesping fremtrer sammen med strekk av andre kroppsdeler enn de som har med selve gjespingen å gjøre omtales det av noen som *stretch-yawning syndrome (SYS)* (Bertolucci, 2011).

Det er velkjent at gjesping kan forekomme ved ulike patologiske tilstander, at den kan påvirkes av virkestoffer i medikamenter, og at en rekke neurotransmittere og neurohormoner er involvert i indusering og reguleringen av gjesping (Patatanian & Williams, 2011). Antidepressiva synes å øke frekvensen av gjesping, mens opiater har motsatt effekt. Akutte utbrudd av gjesping kan være et tidlig, men uspesifikt, tegn på sykdom eller forverring av en nevrologisk tilstand (Walusinski, 2009). Det vil ikke bli redegjort for dette i denne oppgaven.

I et forsøk på å beskrive ulike nyanser av gjesping, viser Walusinski (2013) til hypotesen om den tredelte hjernen (McLean, 1990):

1. «*Universal yawning*» - gjespen som sees hos alle virveldyr, assosiert med søvn og oppvåkning eller ved sult og metthetsfølelse, og ser ut til å genereres fra reptilhjernen (hjernestammen, lillehjernen) (Giganti & Salzarulo, 2010; Giganti, Zilli, Aboudan, & Salzarulo, 2010). Reptilhjernen er den autonome, sansende hjernen, som regulerer basale kroppsfunksjoner, f.eks. balanse, rytme, søvn/årvåkenhet, aktiveringstilstand.

2. «*Emotional yawning*» - som man antar bare sees hos noen pattedyr, og som genereres fra det limbiske system (følelshjernen). Dette er gjespen som kan sees hos hunder i stressituasjoner, f.eks hos veterinær og hos sjimpanser i bur. Hos mennesker kan gjesping observeres hos idrettsutøvere før konkurranser, hos fallskjermhoppere før hopp og hos skuespillere før de entrer scenen. I alle disse tilfellene har gjesping en beroligende, avstressende effekt, men virker også skjerpene (Maestriperi, Schino, Aureli, & Troisi, 1992).

3. «*Contagious yawning*» - smittsom gjesp, eller evnen til å respondere på andres gjesping, er bare observert hos store aper og mennesker. Den synes å være fraværende hos autister. Funksjonell magnetresonansavbildning (fMRI) viser aktivering av de samme hjernestrukturene som dekode empati. Som en neokortikal aktivitet er kommunikativ gjesping et tegn på ufrivillig empati (Helt, Eigsti, Snyder, & Fein, 2010; Senju, 2010). En studie antyder også at personer med

manglende evne til å vise empati, for eksempel ved psykopati, i mindre grad lar seg påvirke av andres gjesping (Rundle, Vaughn, & Stanford, 2015).

2.2.1 Noen hypoteser om gjesping

I en oversiktsartikkel fra 2010 (Guggisberg et al., 2010) blir det gjort rede for forskning som kan bekrefte og avkrefte fremsatte hypoteser om gjesping. Det konkluderes med at teorier som tilskriver gjespen en fysiologisk rolle mangler evidens. På motsatt side er det funnet økende evidens for at gjesping har en kommunikativ funksjon i forhold til å uttrykke tretthet, kjedsomhet, eller lettere psykologisk stress. Hos mennesker og noen andre pattedyr kan gjesping knyttes til empati og sosiale ferdigheter. En studie (Norscia & Palagi, 2011) viste at gjesping var mest smittsomt når det var en sosial tilknytning mellom personene. Individuer med relasjon til hverandre responderte mer på den andres gjesp, både i form av tilbøyelighet og frekvens. Fremmede og bekjente viste lengre responstid sammenliknet med venner og familie. En nyere studie bestrider derimot at gjesping kan knyttes til empati (Bartholomew & Cirulli, 2014)

Guggisberg (Guggisberg, Mathis, Schnider, & Hess, 2011) mener det er viktig å skille mellom *triggere* til gjesp og *effektene* av gjesp. De fant at det er vel dokumentert at det som trigger gjesp kan være både fysiologiske, psykologiske eller sosiale faktorer, men i studier som har forsøkt å finne bevis for fysiologiske effekter, er det rapportert om negative resultater. Tabell 3 under viser en oversikt fra 2010 over hvilke hypoteser som er fremmet og hva det er funnet evidens for.

A.G. Guggisberg et al. / Neuroscience and Biobehavioral Reviews 34 (2010) 1267–1276 1273

Table 1
Summary of the predictions made by different hypotheses on the function of yawning and of their current experimental evidence.

Hypothesis	Inductor of yawning		Consequence of yawning		Global evidence
	Predicted	Evidence	Predicted	Evidence	
Respiratory/circulatory	Hypoxia, hypercapnia	Negative	Increase of blood or brain oxygen	Missing	Negative
Arousal	Drowsiness	Good	Brain arousal	Negative	Negative
Sleepiness	Drowsiness	Good	Drowsiness	Inconclusive	Inconclusive
Thermoregulation	Brain hyperthermia	Inconclusive	Brain cooling	Missing	Inconclusive
Ear pressure	Rapid middle ear pressure change	Missing	Middle ear pressure release	Good	Inconclusive
State change	–		Facilitation of state transitions	Missing	Missing
Other physiological	Various	Missing	Various	Missing	Missing
Communication	Drowsiness, boredom, stress	Good	Contagiousness synchronization of group behaviour	Good inconclusive	Good

Tabell 3 Oppsummering av ulike hypotese om gjesp 2010

Til tross for mangelfull evidens for mange av teoriene som er fremsatt om gjesping, kan det være interessant å kort referere til nyere forskning. En hypotese som har vært mye diskutert er hvorvidt gjesping har en termoregulerende funksjon i forhold til hjernetemperatur. Mens noen

stiller seg kritiske til dette (Guggisberg et al., 2011), er det i de senere årene gjort forskning som taler for at det kan være en sammenheng. Blant annet at gjesping trigges eller inhiberes av miljøfaktorer som endring av temperatur i omgivelsene og medisinske tilstander, samt medikamenter som direkte affiserer temperaturregulering (Massen, Dusch, Eldakar, & Gallup, 2014). Annen forskning setter gjespeepisoder i sammenheng økende nivåer av stresshormonet kortisol (Thompson, 2014). En forskergruppe har funnet en fysiologisk kobling mellom svelging og gjesping, og at gjesping spiller en rolle i fremkalling av svelgefunksjonen (Abe et al., 2015). En annen forskergruppe hevder å ha funnet bevis for at det er en felles nevroanatommisk-fysiologisk forbindelse for spontan svelging og gjesping (Ertekin et al., 2015).

2.2.3 Gjesping i et psykomotorisk perspektiv

Innledningsvis vil jeg redegjøre for gjespen i et historisk lys og forsøke å beskrive den slik jeg har funnet det i litteraturen. Braatøy (1947) var opptatt av en gruppe autonomt relaterte reflekser og impulser og deres funksjoner. Disse refererte han til som primitivreaksjoner, hvorav gjespen ansees som en av de viktigste. Gjespen fremheves som sentral, men beskrives ikke som et isolert fenomen i psykomotorisk fysioterapi. Den er knyttet opp mot respirasjonen og strekkebevegelser i kroppen, og skal i følge psykomotorisk teori åpne både kjeve og svelg (B. H. Bunkan, 2001). «Den dynamiske strekken» beskriver en tilstand der strekke- og bøyemuskulatur kan gi etter for hverandre. Aadel Bülow-Hansen illustrerer det slik (Øvreberg & Andersen, 1986, p.??): «Gjesping er et godt eksempel; under inspirasjonen strekkes fingre, armer og ben, nakken strekkes, munnen gaper og ansiktet spiles ut. Deretter slippes luften plutselig ut og den flyter ut uten hinder. Under ekspirasjonen og i pausen etter den, reduseres ideelt spenningen i alle muskler». Videre at en del av behandlingen kan være «å be pasienten først bevege tær og føtter, så spille med fingrene, bevege på kjeven og vente på impulsen til å gjespe. Om gjespen kommer blir pasienten bedt om å strekke armene og fingrene, sprike med fingrene, presse knærne ned og bøye opp i anklene. Dessuten gape slik at det er en følelse av at haken kommer ned i strupen. Tungen må ligge i munngulvet, og korsryggen nedpå underlaget. Alt dette holdes til gjespen har kommet helt igjennom». Strecken i kroppen ansees som viktig fordi den tar kroppen ut av et fleksjonsmønster (forsvarsmønster). Den medvirker til gjesp som stimulerer til videre strekk i kroppen og utløsning av fri respirasjon. I denne prosessen avspennes muskulatur (glatt eller tverrstripet) fra tunge til bekkenbunn. Dette frigjør pustebevegelsen nederst i magen. Den gode gjespen og strekken anses for å være kroppens egen impuls til å komme ut av en spenningstilstand (Bunkan, Bülow-Hansen, A, Hansson, H, Houge, NH, Hødal, T, 1995) I denne

prosessen kommer følelser frem og pasienten kan lære nye måter å forholde seg på. (Bunkan, Bülow-Hansen, Thornquist, & Radøy, 1982).

Respirasjonen står i en særstilling i psykomotorisk fysioterapi. Spillet mellom muskulære og respiratoriske bremses står i sentrum med kroppen som innfallsvinkel (Thornquist & Bunkan, 1995). Det er også i forbindelse med respirasjonen og strekkebevegelser at gjespen blir nevnt. Erfarne klinikere (Bunkan, 2001) viser til at først når kroppen har en viss grad av fleksibilitet og personen evner å slippe til en basal pust, så kommer gjespen. Hun snakker om den «totale gjespen» som setter i gang en strekkimpuls som så sprer seg fra kroppens sentrum gjennom hele kroppen til nakke, kjeve, tunge og helt ut til tær og fingre. Respirasjonsbevegelsen kan sees fra lysken og helt til toppen av brystkassen. Etter gjespen følger en generell avspenning, og den kan også frigjøre andre primitivreaksjoner som for eksempel bukletter, uhemmet gråt, flatulens, aerofagi, spyttsekresjon. Bunkan (2001) viser videre til at hos mange mennesker er den fullstendige gjespen sosialisert bort, og at den sosiale, knepne gjespen har liten rekreasjonsvirkning på indre organer og kroppen for øvrig. Respirasjonsfunksjonen er retningsgivende for fremdriften av behandlingen, og diafragmamuskelen fremstår hele veien som sentral for respirasjonen i NPMF (Bunkan, 2008). De senere årene er diafragmas rolle i noen kretser tonet ned, og i trå med nyere forskning innenfor nevrobiologi har man sett mer til hjernen og nettverk i hjernen som forklaringsmodeller i faget (Fadnes & Leira, 2008).

2.2.4 Metoder for å observere respirasjonen i NPMF

Det er utviklet flere undersøkelsesmetoder i psykomotorisk fysioterapi, mange er relativt like. Global Fysioterapi Metode-52 (GMF-52) og Den Omfattende Kroppsundersøkelsen (DOK) er to av dem. En studie som sammenlikner de to metodene viser at begge synes å være systematiske og helhetlige undersøkelser som egner seg til vurdering av kroppsfunn hos pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager, så vel som hos pasienter med psykiske lidelser (Kvåle, Bunkan, Ljunggren, Opjordsmoen, & Friis, 2010). Den Ressursorienterte Kroppsundersøkelse (ROK) er også et verktøy som brukes av mange fysioterapeuter (Bunkan & Heir, 2003). En undersøkelse av respirasjonen er et element i en helhetlig undersøkelse som innebærer observasjoner i stående, sittende og liggende utgangsstilling. Fokuset ligger blant annet på brystkassens stilling, dens fleksibilitet, og respirasjonsbevegelsen. Respirasjonens svar på bevegelse og berøring underveis i undersøkelsen blir også registrert, for eksempel ved å gape eller skyve underkjeven frem. Autonome reaksjoner blir også observert, blant annet gjesping.

Sammen med resultatene av hele kroppsundersøkelsen, vil svarene på disse undersøkelsene med tanke på fleksibilitet og omstillingsevne, være retningsgivende for videre behandling.

2.3 Kroppsfenomenologi

Filosofene Merleau-Ponty (1908-1961) og Sartre (1905-1980) ville at fenomenologien også skulle ta med kroppen og hvordan mennesker handler sett i historisk sammenheng (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009). Likhetstrekk ved alle fenomenologer er at de fokuserer på hvordan erfaring og kunnskap formes (Thornquist, 2009).

NPMF har mye av sitt teorigrunnlag fra kroppsfenomenologien. Det er derfor naturlig å redegjøre kort for denne. Utgangspunktet for kroppsfenomenologien er menneskes eksistens som kropp. Husserl la vekt på «bevisstheten», mens kroppsfilosofene vektla «kroppen» som kilden til erfaring og erkjennelse (Thornquist, 2009). Som den er tenkt av filosofen Maurice Merleau-Ponty (1908-1961), er den en viktig motsetning til å tenke på mennesket i et dualistisk perspektiv. Han fremmet at vi som kropper er rettet mot omgivelsene, at det er som kropper vi persiperer og beveger oss, snakker, søker en mening, og utvikler vår bevissthet. Via kroppen er vi i kontakt med andre mennesker og integreres i en sosial sammenheng. Av natur er kroppen erfarende, den sanser og er åpen for omgivelsene, hvor forutsetninger for all form for «væren i verden» bygger på persepsjon; vår grunnleggende tilhørighet til verden. Uten bevegelse er persepsjon utenkelig, det er ved våre kropper at vi kan ta til oss ulike sanseintrykk og perspektiv. Hvordan vi beveger oss formes av hvordan vi tar til oss ting i vår omverden. Bevegelse og persepsjon er grunnleggende for erfaringsprosesser. Persepsjon er alltid forbundet med sansene våre, for eksempel syn, hørsel, lukt, og evnen til å bevege. Vi erfarer som meningssøkende individer, og det hjelper oss til å sortere i mengden av sensoriske signaler. Mens noe trer frem og gir oss en betydning, vil andre ting komme i bakgrunnen, Hva som trer frem og går vår oppmerksomhet, og hva som kommer i bakgrunnen, avhenger av hva vi har erfart tidligere (Gretland, 2007).

En sentral dimensjon i møtet mellom vår egen og andres kroppslighet er i kroppsfenomenologien at vaner og måter å være på er intensjonale, de har en hensikt og en mening. De kommer frem ved menneskets subjektive oppfatning av verden rundt, og er det som leder til måter å handle på. På bakgrunn av erfaringer, og det sosiale og kulturelle livet, er nettopp kroppen uttrykksfeltet for det levde livet, og kan på den måten gjøres forståelig for mennesker rundt oss. Hva vi erfarer og hvordan vi handler, er ikke bare tanker og mentale minner og forestillinger, men en del av vår kroppslighet, og grunnlaget for ny persepsjon og handlemåter. Et fenomenologisk kroppssyn

innebærer dermed at kroppen sees i et historisk perspektiv. Hva vi opplever og erfarer kan vi glemme, men det forsvinner ikke. Det følger oss på ulike måter videre i livet (Thornquist, 2009).

2.4 Nevrobiologi

Kunnskap om den menneskelige hjerne har økt voldsomt de siste årene, og grunnleggende spørsmål om hvordan vi skal forstå oss selv som biologiske og sosiale vesener blir stilt på grunnlag av den nye kunnskapen innen nevrovitenskapene (Brodal, 2013). På overordnet nivå kan vi si at det er hjernen som skaper vår virkelighet; den velger, sorterer og tolker den overveldende mengde av informasjon vi tar inn fra våre omgivelser og fra vår egen kropp. I tillegg styrer den vår adferd i henhold sin *tolkning* av virkeligheten. Oppdagelsen av sammenhenger mellom biologiske forhold i hjernen og menneskers mentale liv er svært interessante og er grunnlaget for nye hypoteser og forklaringsmodeller. Hjerneskaning kan gi oss større forståelse av oss selv på alle plan, men det å trekke slutninger om menneskers intensjoner, graden av fri vilje, vår sinnstilstand eller mentale avvik, er svært usikkert. Fordi om en del av hjernen er spesielt aktiv i forbindelse med for opplevelse av frykt, kan man ikke dermed slutte at *alle* som har økt aktivitet i dette området av hjernen opplever frykt (Brodal, 2013).

For fysioterapeuter, er nevrobiologisk kunnskap en mulighet for å gi teoretisk begrunnelse for praksis, i tillegg til en dypere forståelse av eksisterende praksis. Det å utfordre dagens praksis, kan gi ideer til ny praksis (Brodal, 2008). Et eksempel på det er fysioterapeutene Fadnes og Leira som med kunnskap om hvordan det å lære hvordan vi lærer, har forandret deres forståelse og ført til endring av rollen som fysioterapeuter og måten pasientene møtes på (Fadnes & Leira, 2008). Andre eksempler på hvordan den nevrobiologiske kunnskapen kan endre vår tilnærming til pasientene finner vi i smerteforskning (Butler & Moseley, 2013), og i traumefeltet (Porges, 2009). Det er kjent at den nonverbale delen av den terapeutiske relasjonen og implisitt erfaringer i relasjonen er viktig for å oppnå god arbeidsallianse. Den nye nevrobiologiske kunnskapen gir oss innblikk i hva som skjer i nervesystemet i denne situasjonen, noe som kan gjøre oss mer bevisste og sensitive i forhold til å ha oppmerksomhet på den nonverbale, automatiserte og arousalbaserte dialogen (Urnes, 2009)

2.4.1 Retikulærsubstansen og sammenheng mellom kropp og sinn

Variasjoner i retikulærsubstansens aktivitet kan sees i nesten alle av nervesystemets funksjoner. De efferente forbindelsene når de fleste deler av sentralnervesystemet (fra ryggmargen til hjernebarken), mens de afferente bringer alle typer av sensorisk informasjon til hjernen, trekk som samsvarer med at retikulærsubstansen er bygget for integrasjon (Brodal, 2013). Å kjenne til disse forholdene kan bidra til å forklare på hvorfor kroppslige og psykiske funksjoner er så nøye korrelert og at forandrer seg parallelt. Det finnes mye som taler for at aktiviteten til nevrongrupper i retikulærsubstansen blir påvirket av vår mentale tilstand. Hvordan kroppslige forhold virker inn på vår mentale tilstand er også kjent. Behandling som fører til at muskulatur avspennes, leder gjerne også til en mental avspenning. Det er trolig at disse virkningene kommer i stand ved at retikulærsubstansens aktivitet dempes. Samtidig er det endringer i respirasjon, blodtrykk og andre autonome prosesser som svettesekresjon og tarmperistaltikk. Det er også holdepunkter for at de kroppslige endringene som skjer ved sterk nervøsitet og angst, i seg selv kan føre til at angsten og nervøsiteten forsterkes (Brodal, 2013).

2.4.2 Polyvagalteorien

Polyvagalteorien (Porges, 2007) tar utgangspunkt i det autonome nervesystemets utvikling gjennom evolusjonen, og tillegger især vagusnerven (den vidvankende nerven) stor betydning. Porges viser til at det autonome nervesystemet regulerer seg i forhold til tre ulike strategier for adferd. Det første stadiet styres av den primitive dorsale gren av vagusnerven, som er umyelinisert. Den støtter fordøyelsen og responderer på impulser ved å undertrykke stoffskifteaktiviteten. En ekstrem aktivering av den dorsale grenen av vagusnerven svarer til immobiliseringsadferd (total underkastelse). Det andre stadiet karakteriseres ved aktivering av det sympatiske nervesystemet, som kan øke stoffskifteaktiviteten og hemme det primitive vagussystemets innflytelse på tarmsystemet. Det sympatiske nervesystemet mobiliserer adferd som er nødvendig for kamp eller flukt. Det tredje stadiet, som er unikt for pattedyr, styres av den ventrale gren av vagusnerven, som er myelinisert. Dette systemet kan raskt regulere hjerterytmen, og støtter skiftevis engasjement og tilbaketrekning av engasjement med omgivelsene. Det består derfor av de egenskapene som skiller mennesket fra andre dyrearter, ved sosial kommunikasjon som språk, ansiktsuttrykk, abstrakt tenkning. Hvilket system som er mest aktivt tenkes å ha viktige konsekvenser for individets fysiologiske, kognitive og emosjonelle funksjoner, se figur 1.

	ANS Component	Behavioral Function	Lower motor neurons
	Myelinated vagus <i>(ventral vagal complex)</i>	Social communication, self-soothing and calming, inhibit "arousal"	Nucleus ambiguus
	Sympathetic-adrenal system	Mobilization (active avoidance)	Spinal cord
	Unmyelinated vagus <i>(dorsal vagal complex)</i>	Immobilization (death feigning, passive avoidance)	Dorsal motor nucleus of the vagus

Figur 1 Porges (2007) polyvagalteori

Porges (2007) fremhever at forbindelsen mellom hjerne og kropp blir formidlet gjennom vagusnerven, som har toveis forbindelse til mange av kroppens organer. Den 5. kranienerven (trigeminalnerven), er ansiktsfølenerven, og den 7. kranienerven (ansiktsnerven), som styrer ansiktsmuskulaturen, springer ut fra samme sted som vagusnerven og forbinder dermed ansiktsminikk med kroppsforannelser. Dette gjøre det mulig å for mennesket å uttrykke seg følelsesmessig gjennom ansiktsmimikk. Disse nervene har som oppgave å føle og holde orden på alle de små musklene i ansiktet. De styrer den store kjevemuskelen, de fine musklene som uttrykker ansiktsmimikk, samt den lille muskelen som går til stigbøylen i mellomøret, som innstiller hørselen på mellomfrekvensområdet, som ligger i området for den menneskelige stemme. Hvis et ansiktsuttrykk endres til å passe til en bestemt følelse, skjer det fysiologiske forandringer forårsaket at endringer i aktivering av vagusnerven (Hart & Kæreby, 2009).

Porges (2007) bruker også begrepet «neuroception» (nevrosepsjon). Han bruker dette om en persepsjonsprosess som er et automatisert og ikke-bevisst system for å oppdage og evaluere hva som er farlig og hva som er trygt i sosiale situasjoner, eller hva som representerer trygghet og farlighet hos et annet menneske (Urnes, 2009)

2.5 Terapeutisk allianse

Allianse i psykoterapi oppstår i en prosess der terapeutens forståelse og aksept legger grunnlaget for et samarbeid (Schibbye, 2012). Den er også en av de uspesifikke faktorene som påvirker terapiutfall (Jensen, Weersing, & Goldman, 2005). Også i fysioterapirehabilitering viser forskning at alliansen er avgjørende for effekt av behandling (Hall, Ferreira, Maher, Latimer, & Ferreira, 2010). Det er relevant å knytte begrepene relasjon, empati og anerkjennelse til alliansebegrepet.

Relasjon; fra *latio relatio* som betyr «overføring» eller «forbindelse». I dagligtale brukes begrepet relasjon gjerne om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker (Eide & Eide, 2007). I terapisisituasjonen er det relevant å se på begrepene symmetrisk og asymmetrisk relasjon. Asymmetriske relasjoner er kjennetegnet ved at den ene parten har mer makt og myndighet enn den andre. Ethvert forhold mellom pasient og helsepersonell er en asymmetrisk relasjon basert på partenes ulikhet i situasjonen og kompetanse; den ene trenger hjelp, den andre har den etterspurte kompetanse. Forholdet har med andre ord en innbygd autoritetsstruktur, og tilsier at den som har mest makt, har størst ansvar for hva som skapes. Også asymmetriske relasjoner kan preges av likeverd og gjensidig anerkjennelse, men i motsetning til symmetriske forhold er ikke partenes hverandres fortrolige, og de har ikke samme kompetanse (Thornquist, 2009).

Empati; fra gresk *empathia*. Ordet er sammensatt av *en* (inn) og *pathos* (følelse) og kan direkte oversettes med innfølelse, samfølelse og innlevelse. Dvs. evnen til å lytte til, sette seg inn i en annens situasjon og til å forstå den andres følelser og reaksjoner (Eide & Eide, 2007). Empati kan beskrives som vår evne til å få en realistisk forståelse for et menneskets indre følelser og opplevelser ut fra hva det sier og hvordan det opptrer (Wennberg & Sunde, 2001).

I faglitteraturen skilles det mellom affektiv empati og kognitiv empati. Med affektiv eller følelsesrettet empati forstås det å leve seg inn i og oppleve den andres følelser. Kognitiv empati er å leve seg inn i hvordan det er å *være* den andre, hvordan den andre tenker og oppfatter sin egen rolle og situasjonen (Eide & Eide, 2007). Den empatiske prosessen inneholder en følelsesmessig del, og en kognitiv del der vi på et bevisst nivå trekker slutninger om hva andre kan tenkes å føle ut fra våre egne erfaringer om hva vi selv har følt i liknende situasjoner. Prosessen bygger på en kontinuerlig vekselvirkning mellom den emosjonelle og den kognitive delen av hjernen (Wennberg & Sunde, 2001). I profesjonell sammenheng innebærer empati at den følelsesmessige forståelsen av den andre kommuniseres tilbake. Det hjelper ikke om man forstår pasienten, hvis man ikke også handler ut fra denne forståelsen til vedkommendes beste (Eide & Eide, 2007).

Anerkjennelse; synonymt med berømmelse, bifall, ros, ære. I den vanlige betydningen blir vi anerkjent når vi blir belønnet, beundret eller skiller oss ut på en fordelaktig måte fra andre. Ros blir som regel en ytre anerkjennelse. Indre anerkjennelse dreier seg om å se og verdsette det mennesket den andre er og hva han eller hun opplever i sitt innerste (Schibbye, 2012). Et kjennetegn ved en anerkjennende væremåte er å søke å forstå den andre og hans eller hennes perspektiv. Det vil si å søke å få tak i *meningen* eller *intensjonen* ved menneskelige uttrykk. I og med at forholdet mellom pasient og helsepersonell er et asymmetrisk forhold, er det spesielt

viktig hvordan fagutøvere forholder seg til pasienter i måten de stiller spørsmål på, hva de reagerer på og hvordan, og i hva de neglisjerer (Thornquist, 2009).

2.5.1 Forholdet mellom verbal og kroppslig kommunikasjon

Til en viss grad kan vi som mennesker velge hva vi vil si, om vi vil si noe, og hva vi vil være tause om. Mens kroppen derimot, er aldri «taus», vi formidler ulike budskap uavbrutt, enten vi vil det eller ikke. På den måten er møter i kliniske sammenhenger kroppslige møter selv om de som er tilstede kun snakker sammen. Kroppslig kommunikasjon har sin begrensning i forhold til hva vi kan utveksle meninger om, men gir unike muligheter for spontanitet og tilstedeværelse. Med kroppen kan vi uttrykke oss når vi ikke finner ordene. Det vil si at kroppen er sentral i etableringen av fellesskap og tilhørighet (Thornquist, 2009).

3. METODE

Metode (av gresk *methodos*), betyr «veien til målet». Målet i denne studien har vært å løfte frem forståelse for fenomenet gjesping sett i lys av NPMF. Det er valgt et kvalitativt design med intervjuer i tilnærming til problemstillingen. Empiriske data er hentet inn i form av erfaringer fra fysioterapeuter og pasienter. Å samle erfaringer, analysere og tolke informasjon, er en sentral del av empirisk forskning, og viktige kjennetegn er systematisk arbeid, grundighet og å vise åpenhet i prosessen (Johannessen, Christoffersen, & Tuft, 2010). Dette kapitlet fortsetter med redegjørelse for valg av metode, vitenskapsteoretisk forankring og forforståelse. Deretter beskrives anvendelsen av metoden videre i prosessen.

3.1 Begrunnelse for valg av metode

Hvilken metode som skal velges i et forskningsprosjekt, vil avhenge av problemstillingen. Når vi skal undersøke fenomener vi ønsker å forstå bedre, som vi ikke har nok kunnskap om, og som det tidligere er gjort lite forskning rundt, er kvalitative metoder aktuelle (Johannessen et al., 2010). Er målsetningen, som i denne studien, å få inngående kjennskap til menneskers erfaringer og opplevelser rundt gjesping, vil intervjuer være en egnet tilnærming. I utviklingen av fysioterapifaget kan studier som beskriver pasientenes subjektive opplevelser bidra til blant annet forståelse rundt samhandling mellom pasient og behandler (Jamtvedt, Hagen, & Bjørndal, 2015). Hvis intensjonen med studien hadde vært å se på forekomst av gjesping, som døgnvariasjon av

gjesp i en bestemt del av befolkningen, ville et studiedesign med en kvantitativ tilnærming passet bedre, for eksempel en tverrsnittundersøkelse med spørreskjema (Malterud, 2011).

3.2 Forforståelse og vitenskapsteoretisk forankring

Prosjektleders forankring ligger i ståsted som fysioterapeut med spesialisering i NPMF, arbeidsfeltet er knyttet til privat praksis. Dette vil være noe av grunnlaget for forforståelse og det faglige perspektivet gjennom hele prosjektet, og vil bevisst og ubevisst sette sitt preg på prosessen. Malterud (2011) beskriver forforståelse som den ryggsekken vi tar med oss inne en forskningsprosess.

Kvalitative metoder er bygget på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk), hvor det å forstå trer frem som viktigere enn å forklare (Malterud, 2011). Dette gjelder også for denne studien. Kort fortalt er *fenomenologi* læren om tingene eller begivenhetene slik de umiddelbart, ved hjelp av sansene våre, fremstår for oss. Filosofien er grunnlagt av Edmund G.A. Husserl (1859-1938), og legger vekt på hvordan fenomener i verden viser seg og konstitueres i vår menneskelige bevissthet. Hvilke aspekter ved fenomenene som trer frem for oss, avgjøres av vår oppmerksomhet og tidligere erfaringer. Fenomenologiens gjenstand ble senere utvidet til også å omfatte menneskets *livsverden*; den verden vi til daglig lever i og som vi har vår fortrolighet til (Thornquist, 2009).

Fenomenologi i kvalitativ forskning er mer et begrep som viser til interesse for forståelse av sosiale fenomener med utspring i aktørenes egne perspektiver og beskrivelser av verden slik den oppleves av dem, at det er den virkelige virkeligheten som mennesker har en bevissthet om. (Kvale et al., 2009). Forforståelse vil alltid ligge til grunn for hvordan vi beskriver våre funn, tilsvarende vil enhver tolkning være basert på beskrivelser. Tolkning av meninger i menneskelige uttrykk hører hjemme i en *hermeneutisk* erkjennelsestradisjon (Malterud, 2011). Når funnene i denne studien beskrives, er det med visshet om at de vil være influert av forskerens bakgrunn og forforståelse. Selv om beskrivelsene fra informantene er forsøkt gjengitt så autentisk som mulig, må en være klar over at fortolkning vil være i stadig bevegelse mellom forforståelse, deler og helhet, det som tolkes og konteksten det tolkes ut i fra. Hvordan fortolkninger av meningsfulle fenomener begrunnes, hvordan begrunnelser for fortolkninger ser ut, hvilken struktur de har, eller hva de baseres på, må komme frem i forskerens beskrivelser. Denne prosessen illustreres ofte ved *den hermeneutiske sirkel* (Johannessen et al., 2010).

Med forforståelse menes at vi ikke oppfatter virkeligheten kun gjennom våre sanser. Det som framstår som rene sanseintrykk, inneholder i virkeligheten en god porsjon tolkning. Tolkningen er påvirket av tolkerens egne vurderinger, tolkerens forforståelse og konteksten. (Thurén, Gjerpe, & Gjestland, 2009). Forskerens forforståelse – eller forståelseshorisont- vil kunne påvirke *hva* forskeren observerer, og *hvordan* disse observasjonene vektlegges og tolkes. Han eller hun må være seg bevisst at de er utvelgende aktører, og at data som brukes, ikke er uavhengige av deres forhåndsoppfatninger. Dette er forhold som må redegjøres for når forskeren formidler resultatene fra sin forskning (Johannessen et al., 2010). Forskeren må gjøre leseren til en informert ledsager som gis innsikt i de betingelser som kunnskapen er utviklet under, ofte kalt *intersubjektivitet*. (Malterud, 2011)

3.3 Utvalg og rekruttering

Empiriske data er forskerens utgangspunkt for svar på de spørsmål som følger av problemstillingen, og utvalget vil være bestemmende for hva vi har grunnlag for å si noe om (Malterud, 2011). Utvalget i denne studien består av informanter i form av behandlere og pasienter innenfor NPMF. Disse ble rekruttert fra forskers nettverk. Det ble tatt muntlig kontakt med behandlere med forespørsel om deltakelse i studien. Noen av disse formidlet kontakt med andre behandlere i sitt nettverk. Deretter ble det sendt ut informasjonsskriv og samtykkeerklæring pr. e-post. Pasientene ble rekruttert via behandlerne som var inkludert i studien. Disse ble kontaktet pr. telefon og fikk også tilsendt informasjonsskriv og samtykkeerklæring. Samtlige deltakere fikk mulighet til betenkningstid og til å stille spørsmål før deltakelse. Kopi av de respektive informasjonsskriv og samtykkeerklæringer er å finne i vedleggene.

Inklusjonskriteriene for behandlere var at de hadde videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi og at de helst hadde arbeidet med individuell behandling i minst 5 år. Begrunnelsen for dette var at psykomotorisk behandling ofte er en langvarig prosess, og det var et ønske at informantene hadde møtt mange pasienter over tid. Inklusjonskriteriene for pasientene var at de måtte være i, eller ha vært i, psykomotorisk behandling, samt ha ønske om å formidle opplevelser knyttet til behandlingssituasjonen. Eksklusjonskriterier for pasienter var alvorlig psykisk lidelse.

Det ble totalt rekruttert 8 deltakere til studien, 5 fysioterapeuter og 3 pasienter. Samtlige behandlere var kvinner, alle med over 5 års praksis, flere med over 10 års praksis. Alle arbeidet med individuell behandling i privat praksis. I pasientgruppen var både menn og kvinner representert, og det var spredning i alder og bakgrunn.

Utvalget ble satt sammen med tanke på at materialet skulle gi best mulig utfyllende beskrivelser om fenomenet gjesping, og dermed være et optimalt utgangspunkt for å belyse problemstillingen. På den måten kan utvalget sies å være et *strategisk utvalg*. Beskrivelsene fra informantene vil utgjøre de empiriske dataene som bestemmer hva vi har grunnlag for å si noe om (Malterud, 2011).

Utfordringene i denne studien, som i mange andre, var at det ikke åpenbart er lett å rekruttere informanter. På grunn av prosjektets omfang, ble det heller ikke forsøkt å rekruttere flere deltakere til studien. Dette med fare for at beskrivelser fra kun disse kunne være utilstrekkelig for å gi et så rikt og nyansert materiale som mulig. På den annen side er gjesping noe universelt, så for pasientenes del er alder og kjønn muligens ikke faktorer som er avgjørende for et rikt materiale. Et stort antall informanter kan også gjøre materialet uoversiktlig og gi grunnlag for en mer overfladisk analyse. Uavhengig av antall enheter, kan et rikt og nyansert strategisk utvalg brukes til utvikling av beskrivelser, begreper og teoretiske modeller som formidler kjennetegn og mening, i tillegg til å ha relevans for sammenhenger utover studiens kontekst (Malterud, 2011).

3.4 Planlegging og gjennomføring av intervjuer

3.5.1 Forberedelser

I henhold til forskningsprotokollen var det planlagt å gjennomføre individuelle dybdeintervjuer av både behandlere og pasienter. I den første kontakten med behandlerne, ga flere uttrykk for at de var usikre på om de alene hadde nok å bidra med i forhold til tematikken i problemstillingen. En av deltakerne fremmet forslag om et intervju med flere behandlere til stede, at det kanskje ville være lettere å få frem og dele erfaringer rundt gjespen på den måten. Dette ble tatt til følge, og det ble dermed bestemt at intervjuer av behandlere skulle gjennomføres i en fokusgruppe, mens pasientintervjuene ble gjennomført som individuelle dybdeintervjuer. Samtalene ble lagret i lydopptak, og skrevet ut som tekst av prosjektleder. Gjennomføringen og refleksjoner rundt begreper og de ulike prosessene blir beskrevet i avsnittene under.

3.5.2 Intervjustruktur

Intervjuene som ble gjennomført i denne studien hadde en *semistrukturert* form og ble til dels styrt av en *intervjuguide*. Det finnes forskjellige intervjuformer som er hensiktsmessige for ulike forskningsformål, men for kvalitative intervjuer er semistrukturerte eller delvis strukturerte

intervjuer den mest utbredte. Intervjuguiden er ikke det samme som et spørreskjema, men snarere en liste over generelle spørsmål og emner som skal tas opp i løpet av intervjuet, og som skal belyse ulike emner knyttet til problemstillingen i undersøkelsen (Johannessen et al., 2010).

Det ble utarbeidet to intervjuguider i denne studien, én til pasienter og én til behandlere. Begge ble utformet med en innledende del med informasjon og bakgrunn for prosjektet, deretter en introduksjon med tilnærming til tema og problemstilling, etterfulgt av mer spesifikke spørsmål knyttet til gjesping. Intervjuguidene er å finne i vedleggene 5 og 6.

Fra et fenomenologisk inspirert perspektiv, er intensjonen med denne formen for intervju å fange opp beskrivelser fra menneskers grunnleggende opplevelser av sin livsverden, og deres fortolkning av meningen med fenomenet som beskrives. Det er hvordan informantene beskriver bestemte situasjoner og hendelsesforløp som skal hentes inn, ikke de generelle meningene (Kvale et al., 2009).

I motsetning til dybdeintervjuet, som foregår mellom to personer, består en fokusgruppe vanligvis av mellom seks til ti personer. Fokusgruppen i denne studien bestod av 5 deltakere. Fokusgruppeintervjuet passer godt til eksplorative undersøkelser ettersom den inviterer til kollektiv ordveksling. Til sammenlikning med individuelle intervjuer kan beskrivelsene og synspunktene som kommer frem anta en mer spontan og ekspressiv form. Den som leder gruppen kalles for en moderator. I tillegg til å legge til rette for ordveksling i gruppen, er det moderatorens ansvar å skape en åpen og god atmosfære i gruppen. (Kvale et al., 2009).

3.5.3 Intervjuprosessen

Å intervjuer er en tidkrevende prosess, med tanke på planlegging, rekruttering og gjennomføring. I lys av studiens omfang, var planen å intervjuer 2-4 behandlere. Når det ble valgt en fokusgruppe, åpnet det seg ressursmessig en mulighet for å innlemme flere deltakere, i dette tilfelle fem. Prosjektleder hadde selv rollen som moderator i gruppen. Intervjuet varte i en time og ti minutter, og ble lagret i lydopptak. Opptaket ble senere omgjort til tekst (transkribert) av prosjektleder. Intervjuet ble avholdt på prosjektleders arbeidssted.

Alle deltakerne i fokusgruppen har god faglig kompetanse og til dels lang fartstid innenfor sitt fagområde. De kjente til hverandre fra tidligere, og noen av dem hadde hatt anledning til å snakke litt sammen rundt tema og problemstilling før intervjuet. Det var derfor lett å få samtalen i gang, og alle kom til orde. På den måten var gruppen homogen sammensatt, noe som er ønskelig når vi legger vekt på et felles erfaringsgrunnlag. En homogen gruppe kan også

forebygge spenninger internt mellom deltakerne, og at samtalen trekker i retning av konkurranse eller store motsetningsforhold. Gruppemoderatoren har som rolle å sørge for at alle deltakerne kommer til orde, følge med på gruppedynamiske prosesser som kan medvirke til å styre kunnskapsutvekslingen, slik at samtalen får en mest mulig konkret forankring til det temaet som skal belyses (Malterud, 2011).

Etter at fokusgruppeintervjuet var gjennomført og transkribert, ble behandlerne igjen kontaktet i forhold til utfyllende informasjon og rekruttering av pasienter til dybdeintervjuer. Til sammen tre pasienter samtykket i å la seg intervjuet. På grunn av studiens omfang, ble det heller ikke forsøkt rekruttert flere deltakere. Utvalget besto av både menn og kvinner, med spredning i alder. Intervjuene varte mellom tretti og førti minutter. For å gjøre rammen rundt møtet så lite belastende som mulig, fikk pasientene velge hvor intervjuet skulle finne sted.

Kvaliteten på intervjuet er avgjørende for kvaliteten på den senere analysen, verifiseringen og rapporteringen av intervjuet. Ideelt sett bør meningen med det som blir sagt tolkes, verifiseres og kommuniseres før lydopptaket slås av. Dette kan synes som uoppnåelige idealer, men kan fungere som retningslinjer for god intervju praksis (Kvale et al., 2009).

3.6 Transkribering

All forskning er bygget på fortolkninger av representasjoner av den virkeligheten vi ønsker å gå inn i. I kvalitativ metode handler det om å gjøre om tale til tekst (transkribere), hvor teksten på best mulig måte skal ivareta det opprinnelige materialet, slik informantenes erfaringer og synspunkter ble formidlet og forstått under intervjuet (Malterud, 2011). Å transkribere er et møysommelig arbeid som krever mye tid. I forkant av forskningsintervjuene ble to åpne samtaler med fagpersoner innenfor NPMF tatt opp på lydbånd med deres samtykke. Disse ble så transkribert som en øvelse i forkant av forskningsintervjuene. Erfaringene fra dette var at det er viktig å sørge for gode lydforhold, at det kan være vanskelig å oppfatte alt som blir sagt, at det er viktig å ikke sitte for lenge av gangen i forhold til å opprettholde konsentrasjonen, og at å ha gode hjelpemidler er en stor fordel. Denne øvelsen var til god hjelp i planleggingen og det videre arbeidet med forskningsintervjuene, og en påminnelse om at denne prosessen i høy grad er påvirket av den som utfører oppgaven.

Intervjuet med fokusgruppen ble transkribert før dybdeintervjuene med pasientene. Alle intervjuene ble transkribert av prosjektleder. Det ble brukt en fotpedal i arbeidet. Intervjuene ble forsøkt gjengitt så autentisk som mulig, med vekt på å få med pauser og små ord som hadde en

bekreftende hensikt, slik som «umu», «jaa...». Ord som var utydelige eller ikke hørbare, ble markert som det i teksten.

Teksten må allikevel ikke forveksles med virkeligheten, den kan aldri bli noe mer enn et avgrenset bilde av det vi ønsker å gå inn i. Vi må også være klar over at transkriberingen medfører ulike former for filtrering der mening forsvinner eller forvrenges underveis (Malterud, 2011).

Det at forskeren selv utarbeider sine transkripsjoner gir nærhet og tilgang til materialet, som kan gi rom for andre ettertanker og slutninger. Det er også en mulighet for å oppdage svakheter ved materialet. En må være seg bevisst at all nærkontakt med materialet vil medføre spor etter forskeren, som i sin tur kan påvirke meningsinnholdet i teksten (Malterud, 2011).

Når all transkribering var gjort ble materialet tilsammen 61 sider med tekst.

3.7 Analyse

I et fenomenologisk design er intensjonen å analysere meningsinnhold, materialet leses fortolkende i den hensikt å forstå en dypere mening bak menneskers tanker. Analysen er broen mellom rådata på den ene siden og resultater på den andre, og det er her materialet skal systematiseres, fortolkes, for så å sammenfattes (Johannessen et al., 2010).

Redskapet som ble brukt i denne studien er systematisk tekstkondensering (Systematic Text Condensation – STC). Metoden er inspirert av psykologen Amadeo Giorgi, som har en fenomenologisk forankring, men er modifisert av Malterud (2011). Metoden er egnet til deskriptiv tverrgående analyse av fenomener, dvs. med informasjon fra flere informanter, og hvor hensikten er å utvikle nye begreper og beskrivelser. Strukturen i systematiske tekstkondensering består av fire trinn: 1) å danne seg et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsdannende enheter, 3) å abstrahere innholdet i de meningsdannende enhetene, og 4) å sammenfatte betydningen av dette. De videre avsnittene vil beskrive disse fasene.

3.7.1 Helhetsinntrykk

Den innledende fasen i analysearbeidet bestod i å lese igjennom det transkriberte materialet for å få et første inntrykk av mening, vel vitende om at prosjektleders forforståelse og den teoretiske referanserammen ville påvirke prosessen (Malterud, 2011). For å få et mer nyansert bilde, ble materialet også lest igjennom av veileder. De første inntrykkene ble notert ned sammen med

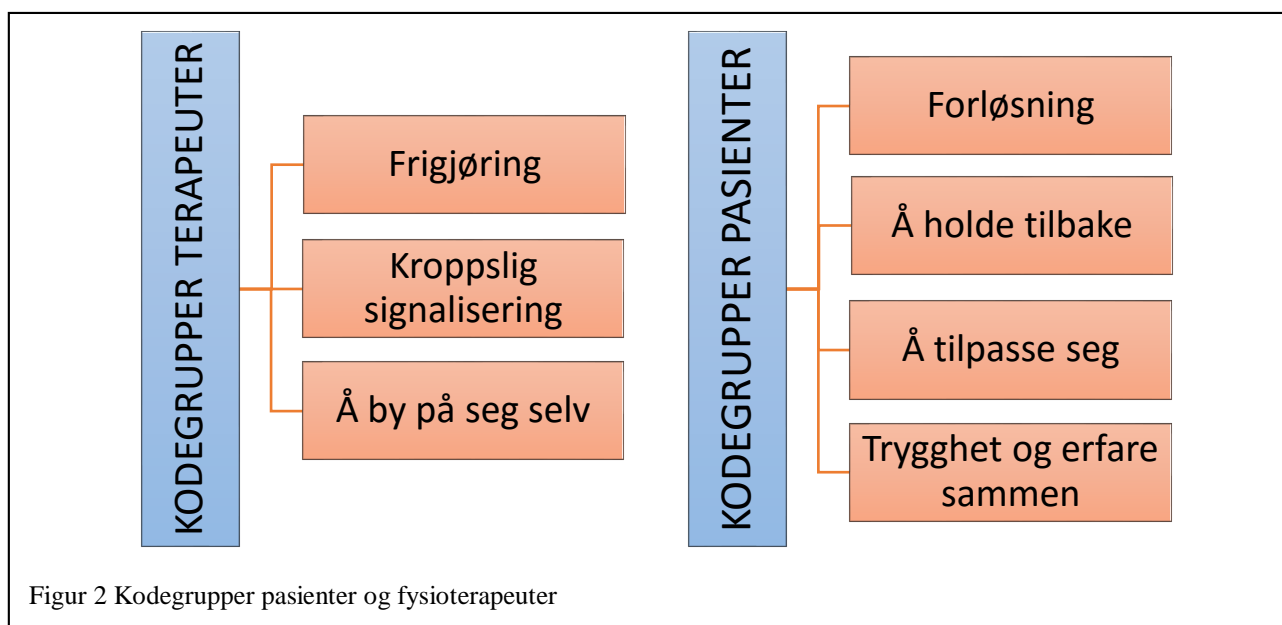
tanker og refleksjoner fra intervjuene, og resulterte i første omgang i temaer sortert henholdsvis i en kategori for behandlere og en for pasientene. Under og i etterkant av dette arbeidet, var det påfallende at temaene ble farget av begreper fra forskerens eget fagfelt, selv om det ikke er urimelig. Malterud (2011) anbefaler at temaene i første fase ikke er for mange, men at nyansene kan komme frem etter hvert. Forskeren fikk smertelig erfare at dette rådet ikke var fulgt. Arbeidet med koding ble fort litt uoversiktlig, og det var en stor jobb å systematisere og utvikle kodebegrepene videre.

3.7.2 Identifisering av meningsbærende enheter

Det andre trinnet i analysen var å redusere mengden med tekst, ved å plukke ut *meningsbærende enheter* i form av tekstbiter hentet fra den transkriberte teksten. På sin måte vil de være knyttet til ett eller flere av temaene fra første trinn i analysen (Malterud, 2011). I denne andre delen av analysearbeidet ble hele det skriftlige materialet gjennomgått, og meningsbærende enheter ble merket med fargekoder tilsvarende hvert tema. Eksempelvis ble de meningsbærende enhetene for koden «forløsning» merket med fargen gul. De ble deretter kopiert i et eget dokument for best mulig oversikt. På denne måten ble materialet betraktelig redusert og mer oversiktlig. Det gjorde også at materialet ble gjort vesentlig mindre for videre bearbeiding. Underveis i arbeidet kom det fort for en dag at en del av de valgte temaene falt litt utenfor problemstillingens område, og at noen av dem kunne slås sammen til nye kodebegreper.

3.7.3 Abstrahere innhold i meningsbærende enheter

For å holde oversikt, ble det i tredje trinn utarbeidet en matrise for å holde orden på de meningsbærende enhetene, henholdsvis en for pasientene og en for fysioterapeutene. Fordi noen enheter kunne knyttes til flere koder, var dette til stor hjelp i forhold til å se hvem og hvor mange enheter som til slutt ble sortert under hver kode. Det gjorde det også enkelt å finne tilbake til tekstbitene i det transkriberte materialet. Matrisene er å finne i vedleggene 7 og 8. Etter nøye gjennomlesning ble tema og koder slått sammen til nye og færre kodegrupper, tre for fysioterapeutene og fire for pasientene. Disse kan sees i figur 2 under.



I denne fasen av analysen skulle kunnskapen som hver kode representerte abstraheres. Et eksempel på hvordan et sitat er skrevet om til et abstrakt meningsbærende enhet og stikkord i pasientgruppen vises i figuren under.

Meningsbærende enhet	Subgruppe	Kodegruppe
...etter en lang periode med å ha sovet dårlig...så er det å ha fått den gode trettheten med den gode gjespen tilbake, det er en stor gave...og velsignelse, føler jeg.	Befrielse, restitusjon	Forløsning

Figur 3 Analyse fra sitat til abstrakt meningsbærende enhet og stikkord

3.7.4 Sammenfatning

I den siste fasen av analyseprosessen, ble de ulike bitene satt sammen igjen. Det ble gjort noen betraktninger rundt sammenhengen de ble tatt ut fra. For hver kodegruppe ble det så laget en innholdsbeskrivelse. For eksempel ble det for kodegruppen «Forløsning» beskrevet følgende:

Pasientene beskriver gjespen som en god opplevelse, som noe spontant grunnleggende naturlig, at den gir god avspenning og er forløsende, for eksempel i forhold til søvn. De opplever også at å gjespe ikke nødvendigvis handler om å være trøtt. Noen oppgir at de kommer bedre i kontakt med kroppen gjennom gjespen, og at de merker hvordan pusten påvirker gjespingen og motsatt.

3.8 Etiske betraktninger

Kvale et al. (2009) vektlegger fire punkter som viktige etiske retningslinjer for forskere: informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og forskerens rolle.

Informert samtykke:

Fordi studien skulle inkludere intervju av pasienter, ble det i forkant sendt en søknad med forskningsprotokoll til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). REK vurderte at prosjektet ikke var å anse som medisinsk eller helsefaglig forskning, og at det derfor falt utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2. Personverneombudet for forskning. Ny søknad ble derfor sendt til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD) som ga godkjenning til studien. Deltakerne i studien fikk tilsendt et informasjonsskriv med informert samtykke, med informasjon om at studien var frivillig og at det når som helst var mulig å trekke seg fra studien. (Forskningsprotokollen, informert samtykke og svarene fra REK og NSD er å finne i vedleggene 1,2,3,4 og 9).

Konfidensialitet:

Et kvalitativt intervju frembringer data som dreier seg om informantenes tanker og livserfaringer. Fordi det det språklige uttrykket kan ofte prege datamaterialet, har man som forsker et stort ansvar for det innhentede materialet, både i forhold til formidling av det og hvordan det oppbevares (Malterud, 2011). Alt materiale ble anonymisert og utsagn som kunne tilkjenne informant ble utelatt eller omskrevet. Materialet i denne studien er oppbevart på en forsvarlig måte, og innholdet er formidlet forsvarlig etter beste evne.

Konsekvenser :

I alle studier bør risikoen for å påføre deltakerne skade være så lav som mulig. Det har vært en bevisst handling å ivareta informasjonen som ble delt av informantene på en ivaretagende måte, samt at intervju av informantene ble foretatt der de ønsket det. Deltakerne fikk også anledning til å kontakte meg hvis de i etterkant hadde noen spørsmål eller betenkeligheter i etterkant av intervjuene.

Forskerens rolle:

En forsker vil alltid i en eller form påvirke kunnskapen som presenteres ut i fra faglige interesser, sitt ståsted og motivasjon. Ifølge Malterud (2011) finnes det ingen forsker som er nøytral. De etiske beslutningene og den vitenskapelige kunnskapen som presenteres er derfor avgjørende for

forskerens integritet (Kvale et al., 2009). Sett fra mitt ståsted har det å være i forskerrollen for første gang har vært utviklende og skjerpende. Min forforståelse har blitt tydeligere for meg, i det å gjøre rede for hvilke perspektiver jobber ut i fra og også teorigrunnlaget for det praksisen arbeider i. Det å forvalte kunnskap gitt meg av informantene var dessuten et ansvar jeg tok svært alvorlig.

4. RESULTATER

I prosessen med analyse av datamaterialet, var det særlig sju temaer knyttet til informantenes erfaringer rundt det å gjespe som ble stående og vurdert som relevante for problemstillingen. Tre av temaene er knyttet til fysioterapeutenes opplevelser og handler om *frigjøring, kroppslig signalisering* og *å by på seg selv*. De øvrige temaene knytter seg til pasientenes opplevelser og handler om *forløsning, å holde tilbake, å tilpasse seg*, samt om *trygghet og å erfare sammen*. Temaene presenteres hver for seg videre i kapittelet. Selv om noen av kategoriene ser ut til å handle om det samme, har det vært et bevisst valg i forhold til å fremheve eventuelle nyanseforskjeller i funnene.

4.1 Fysioterapeutenes erfaringer

4.1.1 Frigjøring

Flere av fysioterapeutene ga uttrykk for at de fleste av deres pasienter gjesper ganske spontant og uanstrengt under behandling, og at det er en positiv opplevelse. En beskriver det slik:

Gjespen etterfølges jo veldig ofte av et sånn godt sukk, altså det er et velbehag...i det å gjespe...Altså hvis man ikke demper eller ikke vet hva som er forventet eller ikke forventet, så har jeg vel en opplevelse av at de fleste synes det der å skikkelig gjespe og strekke seg, at det er en følelse som er god.

Å strekke seg

Informantene vektlegger evnen til å strekke kroppen som en vesentlig faktor for aktivering av gjesp, og setter gjespen i sammenheng med respirasjonen og vitalitet. En informant beskriver det som at «gjespen blir et sånn barometer på vitalitet nesten». En annen sier det slik:

Du kan jo ikke på en måte slippe til en gjesp uten at du faktisk er fri til å gjøre det...Den strekken du får i gjespen, som du aldri klarer å gjøre som en øvelse...; du når aldri det der som du får til når du gjesper synes jeg...det er helt magisk egentlig.

En av informantene spør seg om «gjesp, gråt og latter på en måte kan være det samme, med tre ansikter. Tårene renner jo på alle tre tingene, og du blir jo liksom renset, du kalibrerer...». En annen tilføyer med hensyn til strekken i kroppen at «du kan jo ikke rette deg opp når du ler.....og gråter.....*strekken* kommer i gjespen»

Når spenning i kroppen slipper

Terapeutene snakker om frigjøring som spenninger i kroppen som løses opp eller at pustens bevegelser i kroppen blir friere, og at gjespen står sentralt i dette. Det rommer også utløp for følelser. En uttrykker det slik:

Jeg tror at pust som vi ikke har sluppet til, eller som på en måte blir holdt igjen...når du slipper spenningen i den muskulaturen som holder igjen, så kan noen gjespe masse, noen kan også gråte masse.

Tre informanter forteller om hver sin pasientopplevelse som illustrerer frigjøringsbegrepet videre:

...når vi begynte å snakke om det der med å gjespe og strekke seg, så sa han: «Gjespe, det har jeg ikke gjort på 30 år i hvertfall...»...og det var jo veldig uhøflig i hans verden...så det hadde han vært «flink» til å undertrykke. Men når han først begynte å gjespe, så var det altså ikke med måte! Han gjespet og gjespet, kom tilbake og sa at «jeg gjespet og gjespet hele uka...». Så for han var det nesten litt sjokkerende at det gikk an å gjespe så enormt, og at han ikke ble ferdig med det. Men han slapp jo mye av spenningene sine....det var den pasienten jeg husker som hadde mest effekt av det med gjesping, det var slående hvordan det påvirket...

...han synes det er så innmari godt å gjespe...og noen ganger kjenner han at det stopper opp og han får det ikke helt til...og da kan han si «men bare vent litt da, jeg må bare strekke meg litt til...så han bruker litt tid, jeg må gå ut og så kan han ligge og strekke litt på seg, og når jeg kommer inn da, så er det nesten som en løve som ligger der og kjempegaper,..og det er.....da får han det bedre i magen etterpå, og han blir ikke så anspent i mellomgulvet.

....han er traumatisert, har sittet i fengsel som ung, har vært veldig lenge i Norge og har masse vondter og skader, sover ikke om natten. Hver gang han kommer så gjesper han så

fantastisk, han tar seg så god tid, og han strekker og vræler ut.....det er virkelig han som har førstepremie i gjesp hos meg. Etterpå er han trøtt og vil hjem og hvile. Midt oppe i mye elendighet, så har han dette her da...Det er hans redning, han hadde antakelig vært mye verre, det har vært til god hjelp for han

En av informantene fortalte om en opplevelse med gjesping i egenbehandling:

...jeg opplevde, veldig sjokkerende, første gang jeg fikk en sånn gjespereaksjon etter behandling, veilederen løsnet litt bak i brystpartiet et sted....Når jeg kom hjem gikk jeg meg en tur...etter noen meter begynte jeg å gjespe og gjespet så mye at jeg nesten måtte krabbe.... Jeg hadde aldri opplevd det før...og det var jo ikke noe jeg hadde ventet.... Jeg var ikke trøtt, tvert i mot, jeg var helt OK, men når jeg fikk gått for meg selv, så slapp jeg til pusten tenker jeg.....for første gang kanskje, i det området liksom, og da, da lå det så mye gjesp der da, som hadde ligget der....sånn tenker jeg på det da.....det var som å åpne en luke liksom....

4.1.2 Kroppslig signalisering

Terapeutene erfarer at en del av pasientene, på ulike måter, holder tilbake, og beskriver det som at «vi gjesper ikke når vi er utrygge». Tre av informantene forteller om det på denne måten:

De er jo mange pasienter som prøver å holde tilbake gjespen da.....de kveler den...det er jo tydelig i begynnelsen....Du svelger den ned på samme måte som du svelger gråten ned...

Hvis du er veldig stram i strupen, så er det jo vanskelig å få opp kjeven...og da blir det jo vanskelig å gjespe....

Mange har det sånn at de klarer ikke helt å få det til...og de føler det jo utilfredsstillende også, de kjenner at det er noe som de ikke får til...

Det å ha smerter i kjeveleddet eller tilstøtende strukturer ble også tatt opp som grunner for å holde tilbake gjespen. En informant beskriver det slik:

Folk som har smertetilstander i forbindelse med kjeve eller muskulatur i forbindelse med kjeve.....jeg vil jo tenke rent instinktivt at vi ikke gjør ting som vil gjøre vondt....hvordan det påvirker gjespen....litt ubevisst, at de gjesper mindre....

Det kom også opp nye begreper som beskrev hvordan de la mening bak gjespen som uttrykksform. For eksempel at den gjespen som kommer av trøtthet, «tretthetsgjespen», ikke

nødvendigvis er den samme som kommer når muskulære spenninger i kroppen slipper. Andre eksempler på nyanseforskjeller i gjespens fremtoning ble beskrevet som «gjespetrang», «lagret gjesp», «gjespeøker», «avvergegjespen», «nesten-gjespen», «våknegjespen».

«Vi er jo godt oppdratt»

Informantene nevner sosiale og kulturelle faktorer som mulige årsaker til at vi holder tilbake gjespen i møte med andre, at det av samme grunner kan oppfattes som uhøflig og noe man ikke gjør foran andre mennesker. En beskriver det slik:

...for det er jo mye kultur og mye sosialt betinget det med gjesp, hvor tillatt det er....og vi er jo godt oppdratt, vi er jo ikke oppdratt til å sitte og gjespe..

«Å gjemme seg bak en gjesp»

Informantene snakker om gjespeliknende grimaser som et kroppslig uttrykk for usikkerhet eller å være ukomfortabel i situasjonen. At det kan være en måte å holde litt avstand på eller som et uttrykk for ubehag. De beskriver det som «å gjemme seg litt bak en gjesp». Dette illustreres i en pasientopplevelse;

...det var merkelig, for når vi satt sånn ovenfor hverandre, så satt hun sånn (snur seg vekk, gjør gjespegrimaser), jeg mener hun satt og gjespet, hun begynte med en gang hun kom inn til meg. Hun virket helt uvillig på en måte til å gå inn i det....det var det signalet....og da tror jeg gjespingen var en del av det bildet. Litt den der «jeg er opptatt med andre ting».

Gjespen som stemningsregulator

Informantene forteller at det å gjespe kan være en måte å regulere stemningen i møtet mellom terapeut og pasient i behandlingssituasjonen, og det kan påvirke samspeillet mellom dem. En beskriver det slik:

Men at det blir mer anstrengende når det ikke er gjesp,og det ligger på en måte noe sånn...energi som ikke kommer ut, det er jo veldig slitsomt, stemningen i rommet blir annerledes.....enn en som strekker seg og gjesper litt, så ler vi litt også, så gjesper jeg litt også, og det blir noe helt annet,...det kan være en fin pekepinn på vitaliteten i rommet, tenker jeg, om det er litt gjesp eller ikke da....

Bare tanken på det.....

Det er terapeutenes erfaring at for noen pasienter kan gjesping oppstå allerede mens de er på vei til behandling eller gruppe, eller mens de sitter på venteværelset før behandlingstimen. En forklarer det slik:

De damene som kommer på treningsgruppa mi, som bare i bilen på veien, eller på kontoret før de setter seg i bilen, på veien til gruppa, begynner å gjespe.....fordi da vet de at de skal....de synes det er så rart å være på trening her, for da gjesper de stort sett hele tiden, bare de strekker på en lilletå, så begynner de å gjespe.....med det gjør de vanligvis ikke. Gjør du det bare med tanken på at du skal avgårde tenker jeg da...? Og at når du er der, både er det lov, men også så skjer det....?

En annen forteller at:

....men når han kommer til meg, og ser meg, og på slutten av timen, så er det liksom fantastiske gjesp

4.1.3 Å by på seg selv

Tematisering av gjespen

Et av spørsmålene til terapeutene handlet om hva som utløser gjesp i behandling og om de snakker med pasientene om gjespen. Det kom frem at gjespen ikke i særlig grad tematiseres, men at den kommenteres og etterspørres i behandlingen som en integrert del av strekkebevegelsen og pusten i kroppen. En av informantene svarer slik (om tematisering):

...det har jeg ikke gjort så veldig mye, ikke med folk som ikke har gjespet før....for å si det sånn....det er mer at jeg sier etterpå når de gjesper at det er...da får de stjerne i boka, eller man bruker det som at det er et mål nesten...»

En annen sier det slik:

....de er «høflige» helt til vi eventuelt tematiserer det...det er litt vanskelig det og, å tematisere for mye, det kan litt mas etter gjesp også. Noen «flinke» pasienter føler jo at «OK, jeg må gjespe liksom», «åh, jeg får det ikke til»....det blir et tema av det, at de herjer med gjespen selv. Det er litt vanskelig det der, med hvor mye du skal si....invitere til gjesp...

Det kommer videre frem at å tematisere gjespen i behandlingssituasjonen kan være en kilde til å skape kontakt mellom terapeut og pasient. En av terapeutene illustrerer det slik:

....hver gang hun kom til meg satt hun seg sånn (gjespegrimaser, snur seg bort), og så begynte hun å gjespe, hun virket helt uvillig, på en måte, til å gå inn i hvorfor hun var her. Jeg spurte henne hva det var, jeg kan ikke huske hva hun svarte, men jeg husker at det var på den måten vi kom inn på hverandre.

Å bruke seg selv kroppslig

Terapeutene forteller at de selv kan være med å bevege seg i møte med pasientene. At de strekker på seg sammen med pasientene, for å vise og for å være tilstede med pasienten. En sier det slik:

Når du skal vise litt, lirker litt på kjeven, strekker litt på fingrene, det er jo bare helt umulig å unngå å gjespe når du bare gjør det....hvis jeg skulle holdt igjen det, så ble det helt kunstig....

I forbindelse med den bevegelsesgruppen....altså hvis jeg ikke skulle ha gjespet selv da... «Da hadde du stoppet alt!»det er jo bare helt umulig å la være...

4.2 Pasientenes erfaringer

4.2.1 Forløsning

Pasientene beskriver gjespen som en god opplevelse, som noe spontant grunnleggende naturlig, at den gir god avspenning og er forløsende, for eksempel i forhold til søvn. De opplever også at å gjespe ikke nødvendigvis handler om å være trøtt. Noen oppgir at de kommer bedre i kontakt med kroppen gjennom gjespen, og at de merker hvordan pusten påvirker gjespingen og motsatt. En av informantene beskriver det slik:

....å gjespe er for meg veldig sånn...det er både som det løsner spenninger....som at noe liksom løser seg opp. Jeg gjør det daglig.....det er jeg helt nødt til...for ikke å bli sliten og....det åpner opp hele meg....til egentlig at jeg blir mer uthvilt og opplagt. Det å puste er bare helt grenseløst....også en sånn ganske rask måte å komme inn i følelser på...Og å kjenne det på kroppen.....for meg har det vært veldig utviklende

En annen sier det slik:

...det er i hvert fall min erfaring....at det er forskjell på det å gjespe...altså når den spontane, totale kommer, så...så kommer den bare....

«Gjespen fremmer frihet»

En av informantene forteller at «å gjespe er deilig, særlig hvis man føler på litt spenninger og ubehag....at det på en måte er befriende....». En annen sier at «det gode med gjespen, det er den åpnende frihetsfølelsen som den gir».

Hun beskriver det videre slik:

Det er vanskeligere å puste ordentlig og å gjespe ordentlig når det er sånne spenninger, fordi de gjør det motsatt av gjespingen....de hemmer frihet....mens gjespingen fremmer frihet føler jeg....

...etter en lang periode med å ha sovet dårlig.....så er det å ha fått den gode trettheten med den gode gjespen tilbake, det er.....en stor gave og en velsignelse..

En tredje informant beskriver det slik:

...når jeg løsner opp i gjespingen, så er det noe som skjer i kjeven, jeg spenner av i kjeven, og så påvirker det, føler jeg, både nakken og nedover....og hele meg....

4.2.2 Å holde tilbake

Det kommer også frem at selv om pusten og gjespen er tilstede, er det ikke gitt at spenningsnivået i kroppen dempes. Det illustreres av en informant på denne måten:

....jeg vet jo hvordan jeg skal puste for å fremkalle gjesp....så det er jo det jeg gjør...puster på en sånn måte at jeg begynner å gjespe. Men jeg har ikke ordentlig kontakt med hele kroppen min.....og dermed er det ikke sånn at kroppen automatisk slapper av fordi om jeg er god til å puste...

Når gjespen ikke kommer frem

På spørsmål om gjespen har noen betydning for dem, oppga flere at gjespen hadde størst betydning for dem når den var fraværende, og er nært knyttet til pusten. En forteller om det slik:

De gangene jeg har fått sånne voldsomme spenninger i brystpartiet, så har jeg på en måte måttet slite for å få pusten ordentlig inn....og det samme med gjesp.

Jeg hadde en lang periode hvor jeg hadde mye smerter, sov dårlig, våknet mange ganger om natten...jeg har en forestilling om at jeg ikke gjespet så mye da.....For det at jeg hadde ikke den....evnen lenger....til å kjenne på...eller være så trøtt eller å slippe det til....Så da det kom tilbake, så var det en enorm, kjærkommen opplevelse.

En annen forteller om gjesp i tilknytning til angst og spenninger:

Jeg har gjespet mye, og veldig rart, jeg har ikke fått den ut, veldig mye sånn kort gjesp....det er veldig ubehagelig å ikke få den gjespen ordentlig ut.....Jeg kjenner at det blir ubehagelig å puste ut igjen....jeg vil ha den ut liksom, men så kommer den ikke...
....det har jeg egentlig skjønt selv, mens vi har jobbet her (i behandling), at den muskulaturen er ekstremt vesentlig....jeg går og spenner meg selv uten at jeg tenker over det...

En tredje beskriver det slik:

Jeg tenker jo at det er en del av forsvaret mitt da....det å holde pusten...eller stoppe pusten for tidlig.....

4.2.2 Å tilpasse seg

Noen av informantene snakker om gjesping i forbindelse med å slappe av, roe seg ned, sove, men også for å starte kroppen eller nullstille seg. At gjespen kan være med på forberede kroppen på ny aktivitet eller å tilpasse seg til ulike situasjoner eller aktivitet. Det nevnes også kulturelle og sosiale faktorer som påvirker gjespens uttrykk.

«Ikke fornærme noen»

Flere av informantene nevner at de som barn ble lært opp til å holde gjespen tilbake, og at det er ganske innarbeidet hos dem som voksne. En forteller det slik:

Da jeg vokste opp, så var det sånn at man skulle ikke gjespe....for det var ikke dannet og høflig....det var veldig viktig i mitt hjem....kjempeviktig.....og da sitter man jo ikke og gjesper...det skulle man ikke gjøre. Så da lærte jeg meg til å kvele enhver gjesp....og jeg skjønner jo hvor forferdelig skadelig det har vært for meg altså....jeg er jo veldig sånn flink pike da....så jeg var sikkert rågod til det å aldri gjespe....når jeg tenker på det.

De senere årene, som nå, når jeg føler at jeg må gjespe, så bare gjesper jeg.....uansett hvor jeg er liksom....det bryr jeg meg ikke om.....

En annen beskriver det slik:

Jeg holder vel tilbake gjespen i sånne sammenhenger hvor jeg føler at jeg kan fornærme noen ved å ...se trøtt ut...eller uinteressert kanskje.....ikke er tilstede liksom. Når jeg

liksom har satt fokus på det med gjespen, så ser jeg utrolig mange som er der (holder for munnen, snur seg vekk)...altså det er veldig innarbeidet

Relatert til en jobbsituasjon forteller en av informantene om gjespen i møte med en klient:

Jeg sitter og gjesper mye i de møtene....jeg tror nok at det er noen overføringer, at jeg tar imot masse spenninger fra henne.....også har jeg fortalt henne at jeg har en vond hofte, så jeg sover dårlig om natten...sier jeg til henne, bare som en sånn....sånn at ikke hun....for noen synes jo det er litt ubehagelig....hvis man sitter og gjesper mye ikke sant.... «Er det så kjedelig for deg?», så derfor så synes jeg liksom at jeg må si noe.....og det jeg har lagt merke til er at når jeg da gjesper mye i de timene når jeg har henne, så er det mye lettere for meg etterpå...da er jeg mye mer avspent

Å hente seg inn og «nullstille»

Alle informantene knytter gjesping til en måte å få roet seg ned på, til å få bedre kontakt med kroppen, og som en måte å forberede seg på aktivitet. En forklarer det slik:

I stedet for å sove, så ligger jeg bare og puster...og gjesper....og da blir jeg liksom restituert.

Jeg tenker at jeg puster for få ned beredskapen i kroppen.....det er godt å puste rolig, og med vekt på utpust.....for da får jeg liksom roet meg ned....hele kroppen roes ned.

Hun forteller videre at:

Å gjespe det gjør jeg daglig....det er jeg helt nødt til.....for ikke å bli sliten og...altså det åpner opp på et eller annet vis da.....På jobben legger jeg meg alltid nedpå midt på dagen...før jeg går til annen vakt...og det er for å bare ligge der å puste og gjespe

En annen opplevde det slik:

Jeg hadde det enorme stressnivået til daglig, ikke sant....det å kjenne på den gode trøttheten...og hva det gjorde med deg da.....nullstilte meg litt på en måte. Jeg kjente at det gjorde meg godt....å være så tilstede i meg selv at jeg fikk kontakt med hvor sliten jeg egentlig var....

En tredje forteller at:

Jeg er ofte trøtt når jeg kommer til behandling, og under behandling og etterpå, så gjesper jeg en del, men da gjesper jeg for å kjenne at det er for å starte kroppen liksom.....

4.2.3 Trygghet og å erfare sammen

Ingen av informantene gir uttrykk for at gjesping direkte har vært tatt opp som tema i behandlingen, men at det er lettere å slippe frem gjespen når terapeuten har satt ord på det underveis i behandlingen, og at oppmerksomheten rettes mot det som kjennes i kroppen.

Terapeutens tilstedeværelse

Informantene opplever at terapeuten er tilstede for dem ved at de stiller spørsmål og ber om tilbakemeldinger underveis. Selv om gjespen i seg selv ikke er blitt gjort til et tema, ble de oppfordret til å slippe den til. De har ikke bevisst lagt merke til om terapeuten selv gjesper i behandlingen. En uttrykker det slik:

Jeg har hatt mye fokus på muskulaturen som har med pust å gjøre....med å løsne litt i det.....og det har jeg egentlig funnet ganske beroligende å kjenne på, at det er lettere å puste når vi klarer å få de musklene til å slapp mer av da..... Terapeuten og jeg har ikke presset det frem liksom, hun har sagt noe om at.... «få ut gjespen din», «strek deg ordentlig ut», det hjelper ofte kroppen til å slappe av litt....

En annen beskriver det på denne måten:

Jeg har ikke lagt merke til om hun (terapeuten) gjesper altså.....men hun er jo veldig tilstede i alt jeg gjør, og alt som skjer på benken, og spør og graver og.....hun er tilstede hos meg veldig mye opplever jeg..

En tredje sier det slik:

Du kan si at jeg puster så godt av meg selv.....og det sier hun jo til meg

Forlegenhet

Noen av informantene nevner forlegenhet som en mulig grunn for å holde tilbake gjespen i møte med terapeuten. En forklarer det slik:

Hvis jeg hadde fått en skikkelig gjesp over meg mens jeg fikk behandling, og vi ikke snakket sammen akkurat da..... om jeg ikke hadde strukket det helt ut, så hadde jeg i hvert fall latt den komme da...ikke prøvd å svelge den....Men hvis vi satt og snakket sammen, så ville jeg nok prøve å skjule det så godt jeg kan.....

En annen gir uttrykk for det på denne måten:

Det kan jo hende at kroppen holder igjen litt også, og har en egen type forlegenhet somsom jeg ikke er klar over

5. DISKUSJON

Pasientgruppen som oppsøker psykomotorisk fysioterapi har ofte langvarige muskel- og skjelettplager, i tillegg har mange klinisk betydelige emosjonelle symptomer og subjektive helseplager (Breitve et al., 2008). Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser, og særlig lettere psykiske lidelser, er diagnosegruppene som har økt mest de siste årene (NAV, 2015). I tillegg vises også en økning i diagnosegruppen for uspesifikke lidelser Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS) (Tiåret, 2014). Breitve et al. (2008) viser til at emosjonelle symptomer henger mest sammen med subjektive helseplager og livskvalitet. Av de klinisk mest krevende plagene er søvnproblemer mest utbredt, etterfulgt av angst, lav livskvalitet, depressive symptomer og tretthet. Med dette i tankene vil funnene knyttet til pasienter og fysioterapeuters opplevelser av gjesping bli diskutert her opp mot teori og nyere empiri.

Det er særlig fire elementer ved funnene som danner grunnlaget for diskusjonen i denne studien. Disse er blitt til på bakgrunn av temaene som kom opp både fra pasienter og terapeuter. Det er gjort et bevisst valg om å slå disse sammen til nye overskrifter hvor funn fra både pasientinformanter og fysioterapiinformanter vil være med å belyse problemstillingen. De fire elementene er *gjespen – velvære og regulering, å holde gjespen tilbake, gjespen i møte med andre*.

5.1 Gjespen - velvære og regulering

Funnene i denne studien viser at både fysioterapeuter og pasienter har en felles oppfatning om at å gjespe er en god opplevelse, som for de fleste oppstår spontant og naturlig. Informantene forteller at det er noe forløsende i det å gjespe, og at det har en avspennende effekt.

Hvorfor oppleves det som godt å gjespe? Forskningen de siste årene indikerer at gjesping er et komplekst fenomen knyttet til sentralnervesystemet, hjernens funksjon og sosiale interaksjoner, og at den har en fysiologisk signifikans (Gupta & Mittal, 2013). Utallige neurotransmittere og hormoner ser ut til å være implisert i gjespeprosessen; for eksempel dopamin, som antas å aktivere produksjon av oxytocin (Thompson, 2010). En oversiktsartikkel (IsHak, Kahloon, & Fakhry, 2010) viser at oxytocin er involvert i mange prosesser som har med velvære å gjøre både

individuell og på et mellommenneskelig plan. I tillegg til å ha en positiv effekt på generell følelse av velvære, har den en nøkkelrolle i å modulere angst, stimulere til sosial adferd, og i smertelindring. Sett i denne sammenhengen er det ikke utenkelig at det å gjespe gir en opplevelse av velbehag, som for informantene i min studie.

Det er naturlig å se gjesping i sammenheng med pusten, det er ofte slik den oppstår (Walusinski, 2013), og den følger oss gjennom hele livsløpet (Giganti & Salzarulo, 2010). Å puste er et sentralt aspekt ved det å leve, og er en av våre mest vitale funksjoner. Reich (Reich & Wolfe, 1968) vektla at pusten endret seg i takt med følelsene våre og i forhold til fysiske og mentale tilstander. Det er også noe av det som vektlegges i tilnærmingen til pasientene i NPMF (Thornquist & Bunkan, 1995). Informantene i min studie knytter sine opplevelser med gjesping tett opp til det å puste. De gir uttrykk for at med pusten kommer gjespen og motsatt, og at kontakten med kroppen blir tydeligere, og at det virker som om det er en måte å finne balanse på i hverdagen.

Ved forstyrret pustemønster, også kalt Breathing Pattern Disorders (BPD), er ofte gjesping og sukking et av symptomene, i tillegg til en følelse av å ikke få nok luft. Andre vanlige symptomer er svimmelhet, brystmerter, synsforstyrrelser, panikkangst, kvalme, generell tretthet og konsentrasjonsproblemer (Cliftonsmith & Rowley, 2011).

En kvalitativ studie gjort av Ekerholt and Bergland (2008) konkluderer med at å få kontakt og tilgang til pusten er en måte å gjenkjenne muskulære og emosjonelle mønstre på og til få en nærmere refleksjon rundt disse. I deres studie ble 10 pasienter intervjuet om sine opplevelser knyttet til pusten. Resultatene viste at informantene gjennom behandlingen lærte å gjenkjenne endringer i sitt pustemønster, og at de ble kjent med nye sider ved kroppens måte å reagere på. Dette ledet frem til mening og forståelse for dem og en bedre mestringsfølelse. Det som skiller funnene fra studien til Ekerholt and Bergland (2008) fra funnene i mitt prosjekt, er at det ikke fremkommer at noen har beskrevet gjespeepisoder. Det kan kanskje være en spore til ettertanke, er det noe vi som fysioterapeuter ikke registrerer eller tror vi at gjespen ikke har noen form for mening?

Flere av mine informanter beskriver gjespen som frigjørende, at den er en måte å nullstille seg på. Det kan være interessant å se dette i lys av et nyere randomisert kontrollert forsøk (RCT) som så på sammenhenger mellom gjesping og kortisol. Thompson (2016) og hans forskerteam mener å ha funnet evidens for at en økning av kortisolnivået kan assosieres med gjesping. 108 friske personer ble eksponert for gjespefremkallende stimuli hvorpå kortisolnivået og elektriske nerveimpulser fra kjevemusklene ble registrert før og etter gjesping. Målingene viste at det var

en signifikant forskjell i kortisolnivåene mellom de som gjespet og de som ikke gjespet. Med tanke på at kortisol er knyttet til regulering av mange sentrale funksjoner i kroppen, som for eksempel døgnrytme, blodsukkernivå, regulering ved fysisk og psykologisk stress, og er viktig for immunforsvaret (Sand, Sjaastad, Haug, & Toverud, 2014), er det ikke utenkelig at det å gjespe er med på å opprettholde homeostatisk balanse som dermed også oppleves som noe positivt for informantene i min studie.

Tilnærming til pusten i NPMF skjer blant annet gjennom berøring og massasje (Thornquist & Bunkan, 1995). En pasientinformant i min studie forteller om en liten berøring som førte til at spenning ga slipp, og som gjorde at pusten og gjespen kom naturlig til henne. Gjennom dette fikk hun lettere kontakt med kroppen og plutselig kunne hun kjenne hvor sliten hun var, og at hun på den måten fikk søvnen litt mer tilbake og en mulighet for endring. Ekerholt and Bergland (2006) peker på at massasje gir tilgang til informasjon om egen kropp, og at det sammen med terapeuten er mulighet for å reflektere over hva denne informasjonen betyr. Deres studie er basert på dybdeintervjuer av 10 pasienter om deres erfaringer med massasje i NPMF. Det kom frem at massasjen både handler om velvære og provokasjon, om å miste kontroll og å få kontroll, og at den innbyr til en indre- og mellommenneskelig dialog. Ut i fra et kroppsfenomenologisk perspektiv om at kroppen står i sentrum for erfaring og erkjennelse (Merleau-Ponty, 1994), kan man anta at det å tilnærme seg kroppen med gradvis berøring, avspenning og pust, åpner opp for muligheter for mer kroppsbevissthet og refleksjon rundt spenningsmønstre og bevegelsesvaner i en selv og i møte med andre (Gretland, 2007). Dermed går det an å tenke seg at det å få kontakt med pusten, gir tilgang til gjespen og den regulerende virkningen den ser ut til å ha med tanke på de fysiologiske effektene nevnt i avsnittet over.

De fleste former for kroppsterapi har i likhet med NPMF en kroppsfenomenologisk grunntanke (Mehling et al., 2011). En nyere kvalitativ intervjuundersøkelse av pasienter i behandling for alvorlig depresjon (Danielsson & Rosberg, 2015) viser til erfaringer de hadde med Body Awareness Therapy (BBAT). En av deltakerne i deres studie forteller om en opplevelse med ukontrollert gjesping, hvor det ikke var mulig å holde tilbake fordi det følte så befriende. Dette var en stor kontrast til gjespen som vedkommende tidligere alltid hadde holdt tilbake. Til sammenlikning forteller en fysioterapiinformant i min studie om en liknende episode fra en situasjon hvor vedkommende selv fikk behandling. Informanten opplevde at behandleren løsnet på noe bak i brystryggen, hvorpå en serie med gjesper ble utløst. Hun opplevde selv at det hadde med at hun slapp til pusten på en annen måte. Dette viser at gjespen kan ha en vesentlig betydning i behandling av spenningstilstander som de vi finner ved MUSP og/eller lettere psykiske plager.

I klinikken kan vi ofte oppleve at når pusten slipper til, etterfulgt av den gode gjespen, så kan det gi et emosjonelt svar i form av latter eller gråt, eller ved at det kommer flere gjesp. En av informantene spør seg om disse tre kan være det samme, men med et annet uttrykk. En annen poengterer «du kan jo ikke rette deg opp når du ler.....og gråter.....*strekken* kommer i gjespen». Dette stemmer godt med grunntanker i NPMF (Thornquist & Bunkan, 1995, p. 36); «å slippe pust og spenninger er forutsetningen for å kunne utvikle en fri og ledig kropp. Å slippe pust og spenning er å åpne – å bli tilgjengelig for egne følelser og bli mottakelig, sansevar og kommuniserende med andre». Diafragma (mellomgulvet) er sentral i forhold til respirasjonen, men også i forhold til emosjoner (Gilbert, 2014). Ved langvarige smertetilstander, for eksempel ved underlivssmerter, er funnene blant annet nedsatte diafragmabevegelser ved respirasjon (Haugstad & Haugstad, 2014). Å gjespe er som regel fulgt av en strekk av mellomgulvet og ekstremitetene (Walusinski, 2013). En oversiktsartikkel (Carney, Cuddy, & Yap, 2010) viser til undersøkelser knyttet til de kroppslige effektene av det å strekke seg. I tillegg til en subjektiv følelse av mer kraft og høyere risikotoleranse, ble det målt en økning av testosteronnivå og en senkning av kortisolnivå i kroppen. I lys av dette kan man tenke seg at det å strekke seg i forbindelse med en gjesp føles behagelig.

5.2 Å holde gjespen tilbake

Funnene fra informantene viser at ikke alle får til å gjespe på en god og spontan måte. I situasjoner med angst fortelles det hvordan gjespen fremstår som tydelig og dysfunksjonell. I stedet for å være en naturlig funksjon blir gjespen en måte å streve etter pusten på. Det illustreres godt i dette utsagnet fra en pasientinformant: «det er veldig ubehagelig å ikke få den gjespen ordentlig ut.....Jeg kjenner at det blir ubehagelig å puste ut igjen....jeg vil ha den ut liksom, men så kommer den ikke...». Informantene forteller også hvordan smerter i kroppen er relatert til hvordan pusten og gjespen kommer til uttrykk. Det vil i avsnittene nedenfor bli sett på hvordan informantenes erfaringer med gjesping kan ses i lys av nevrobiologi og en eksistensiell forståelse av mennesket. For lettere å få oversikt er avsnittene sortert under smerte, respirasjon og utrygghet.

Smerte

Selv om livshistorier og diagnoser er forskjellige hos pasienter med langvarig smerteproblematikk, kan symptomene som være sammenfallende og ha sin bakgrunn i fysisk eller mental belastning (Fadnes, Leira, & Brodal, 2010). De kan komme til uttrykk som anspenhet, angst, svimmelhet, stivhet i kroppen, smerter i muskulatur, tretthet, problemer med

hukommelse og konsentrasjon, maktesløshet, søvnforstyrrelser, øresus, kaosfølelse, samt manglende evne til sette grenser og til å ta beslutninger. I henhold til nyere forskning i nevrobiologi (Brodal, 2013) legges det vekt på hvordan nettverkene i hjernen er oppgavespesifikke, og med forbindelser som gjør at de kan overlape og forstyrre hverandre. Særlig hvordan kroppen er representert i hjernen synes å være viktig i denne sammenhengen, fordi den til dels faller sammen med nettverk for emosjoner, oppmerksomhet og smerte, og på den måten påvirker vår opplevelse og mestring av smerte (Fadnes et al., 2010). Når pasienter med langvarige smerter opplever at de ikke har god kontakt med kroppen sin, kan det også sees i lys av nyere forklaringsmodeller (Butler & Moseley, 2013) rundt økt sensitivering av hjernens alarmsystemer. Dette sees på som en viktig årsak til langvarige smertetilstander, og at smerter alltid er et resultat av hva hjernen tolker. Å jobbe med kroppslig nærvær og fokusert oppmerksomhet for å skape balanse mellom de ulike nettverkene i hjernen, er i tråd med nye trender i fysioterapifaget når det gjelder tilnærmingen til pasienter med langvarige smerteproblematikk og MUPS (Fadnes & Leira, 2008). At det å få økt oppmerksomhet og kontakt med kroppen virker inn på pusten og evnen til å slippe frem gjesp passer godt med beskrivelser fra mine informanter.

En kvalitativ intervjustudie av pasienter i NPMF (Dragesund & Råheim, 2008) viste at de med langvarige smerter opplevde at ny bevissthet om kroppen øket deres evne til å møte smertene. Nyere empiri antyder at interosepsjon (å sanse den fysiologiske tilstanden i kroppen) og kroppsbevissthet kan være en viktig faktor i tilnærmingen til langvarige smerteplager (Mehling et al., 2013). En annen casestudie (Ribera et al., 2015) så på sammenhengen mellom interosepsjon, kroppsbevissthet og kroniske smerter, men fant ingen signifikant forskjell mellom pasienter med kroniske plager og de uten. Heller ikke aktiviteter som forbedret proprioepsjonen eller tilnærming basert på mindfulness influerte på interosepsjonen. Til tross for dette så de en positiv sammenheng mellom kroppsbevissthet og tilnærming basert på mindfulness. Sett i denne sammenhengen kan det tenkes at når gjespen ikke kommer frem, så kan det handle om ikke å ha god nok kontakt med kroppen.

Hvis vi går til kroppsfenomenologien (Merleau-Ponty, 1994), er det å rette oppmerksomheten *mot* vår kropp, at vi på den måten lærer kroppen å kjenne i lys av dens funksjoner, noe annet enn det å *fornemme* kroppen som sanselig og følsom (Gretland, 2007). Sett i dette lyset kan man tenke seg at det i situasjoner hvor det er strevsomt å puste, og fokuset er rettet *mot* det å puste, kan være et hinder for å kjenne etter *i* kroppen hva det er som gjør at pusten og gjespen ikke slipper til. Denne måten å tenke om oppmerksomhet rundt kroppen på synes å gi mening til mine informantere opplever når forstyrret pustemønster og smerteopplevelse gjør at pusten og gjespen

ikke når helt frem. Svenaeus (Svenaeus & Nilsen, 2005) trekker frem filosofen Gadammers tenkning rundt helsebegrepet når han snakker om sykdommens mening. Med dette viser han til at helse er noe vi ikke legger merke til, det er først når helsen begynner å svikte at den raskt tiltrekker seg oppmerksomhet og forstyrrer oss i livene våre. Det kan sees på som en parallell til hvordan gjespen fremstår for noen av mine informanter ved at de tillegger gjespen betydning først når den ikke er der som en naturlig og spontan funksjon.

At smerter og spenninger kan ta stor plass i livet kommer frem gjennom mine informanter, og at det og puste og gjespe ikke alltid er nok for å finne ro og hvile. Reich (Reich & Wolfe, 1968) knytter begrepet muskelpanser til et spenningsmønster som er så fastlåst at det ikke lar seg rokke ved, hvor respirasjonen er en av karaktertrekkene, som en del av et forsvarsverk. Sett i lys av dette kan det «å holde pusten» eller «å stoppe pusten» være et uttrykk for en slik måte å beskytte seg på. En casestudie (Jafari et al., 2016) så på hvordan det å holde pusten i forskjellige faser av respirasjonssyklusen påvirket smerteopplevelsen. Dette som en kontrast til at dyp og rolig pust ofte er brukt i forhold til mestring av smerter (Busch et al., 2012). Ved målinger fant de at det å holde pusten modulerte smertesensitiviteten, men kan ikke utelukke at det å forstyrre oppmerksomheten eller endringer i vagal aktivitet kan ligge under de observerte effektene. Vi vet at smertepasienter ofte har en holdt pust, og at dette kanskje må sees på med en utvidet forståelse i trå med videre forskning.

Respirasjon

En studie (Kvåle, Johnsen, & Ljunggren, 2002) undersøkte respirasjonen hos pasienter med langvarige smerter. Det ble funnet at det var en forskjell i respirasjonsmønsteret mellom denne gruppen pasienter og friske, men også innad i pasientgruppen med langvarige smerter ble det funnet større avvik. Respirasjonen syntes å reflektere psykologiske aspekter hos pasienter med smerter i nakke- og skuldersmerter og utbredte smerter, men ikke hos pasientene med korsryggsmerter. Det er kjent at en rekke psykologiske tilstander er assosiert med forstyrret pustemønster (Gilbert, 2014). Uten at det sies noe om psykologisk aspektene, bekrefter andre studier at nakkesmerter og et forstyrret pustemønster henger sammen (Kapreli, Vourazanis, Billis, Oldham, & Strimpakos, 2009; Wirth, Amstalden, Perk, Boutellier, & Humphreys, 2014)

I forhold til motstand mot gjesp kan det være interessant å se på noen målemetoder i NPMF som brukes for å observere og evaluere respirasjonen. Friis, Kvåle, Opjordsmoen, and Bunkan (2012) sammenliknet Comprehensive Body Examination (CBE) og Global Physiotherapy Examination (GPE-52). Når de så på disse, vurderte de fire undergrupper av størst klinisk betydning; muskulære spenninger, brystkassens stilling, basale respirasjonsbevegelser og brystkassens

bevegelser. Faktorer som endring i pusten og pustesvar, kjeve- og gapebevegelse, er nevnt som ulike enkeltundersøkelser i de to testene, men det fremgår ikke om det med dette også menes gjespebevegelser. Det bemerkes i deres studie at få individer kan puste som vanlig når de er klar over at terapeuten evaluerer pusten. Nettopp derfor kan det muligens være en grunn til å spørre om pasienten har tenkt over gjespevaner? Funnene i min studie viser at noen pasienter er mer reflekterte enn andre rundt dette. Med tanke på hva nyere forskning har kommet frem til om gjesping, er det grunner til å tro at dette vil kunne gi oss et mer nyansert bilde av pasienten. Om ikke annet kan det være en spore for pasienten til å legge merke til andre dimensjoner ved egen kropp.

Utrygghet

Å holde tilbake gjespen ble av fysioterapiinformantene assosiert med utrygghet. Et begrep som kom opp var «å gjemme seg bak en gjesp». Det kan være interessant å se på dette funnet i lys av polyvagalteorien (Porges, 2009) og «Social engagement system». Det viser til den fremre vagusnervens koblinger via hjerte og lunger til ansiktsmuskulaturen, og har en sentral rolle i vår kommunikasjon med omgivelsene (se side 24). Det innebærer at ansiktsbevegelser som vi bruker til å kommunisere med, kan berolige oss, ved at det via vagusnerven er mulig å påvirke hjerterytmen. Dette systemet fungerer når vi føler oss trygge. Det å spise kan for eksempel ha samme effekt fordi tyggemuskulaturen aktiveres. Er vi utrygge vil dette systemet ikke fungere, og den bakre grenen av vagusnerven aktiverer til immobiliseringsadferd, f.eks. ved at vi snur oss vekk, unngår øyekontakt (Porges, 2003). Sett i lys av klinisk erfaring og nyere empiri, kan det tyde på at når gjespen er ufunksjonell kan det være et tegn på at pasienten strever med psykiske spenninger.

5.3 Gjespen i møte med andre

Både fysioterapiinformanter og pasientinformanter forteller at de noen ganger kan holde gjespen tilbake i nærvær med andre eller i terapisisituasjonen. Dette kan være av hensyn til ikke å støte den andre eller på grunn av egen forlegenhet. En kan tenke seg at kulturelle og sosiale sammenhenger spiller inn her, «vi er jo godt oppdratt».

Ser vi tilbake til Merleau-Ponty (1994) og kroppen som erfarende og meningsbærende, går det an å tenke seg grunner til å holde gjespen tilbake i samvær med andre. Lever vi i en sosial verden hvor det å ikke gjespe er akseptert, eller forbundet med ikke ønsket adferd, vil vi automatisk holde tilbake. Det kan sees i lys av en forståelse om at mennesket er knyttet til sin omverden og historie (Gretland, 2007), og at det vil prege vår måte å fremstå på.

En kvalitativ oversiktsstudie (O'Keeffe et al., 2015) viser at viktige elementer i pasient/terapeut relasjonen i fysioterapi er en blanding av mellommenneskelige, kliniske, og organisatoriske faktorer. Av de mellommenneskelige faktorene var det evnen til å lytte, evne til å oppmuntre, tillit, å være empatisk og vennlig, og den non-verbale kommunikasjonen som ble fremhevet. Når det gjelder den non-verbale kommunikasjonen bruker Thornquist (2009) gjespen som eksempel når hun viser hvordan kroppslig kommunikasjon i form av handlinger og fysiologiske/biologiske reaksjoner fortolkes av andre, og at deres oppfatninger og reaksjoner vil avspeiles som nye fortolkninger av situasjonen. Thornquist (2009, pp. 200-201) illustrerer det slik:

En person som deltar i et langdrygt møte kveler en gjesp bak hånden. Er det en naturlig tretthetsreaksjon (gjespen) som følges av en kulturbestemt kroppslig handling (hånden for munnen mens gjespen kveles, fordi vedkommende har lært at det er uhøflig å åpenlyst gjespe i andres nærvær)? Eller er det en bevisst valgt kommunikatív handling – lager vedkommende en gjesp med vilje, som signal til en annen deltaker om at nå begynner dette å bli langdrygt?»

I en behandlingssituasjon bør vi som fysioterapeuter kanskje dvele litt ved nyanser i vårt eget og pasientenes kroppslige uttrykk og vår fortolkning av dem. Om vi er usikre, bør vi kanskje ikke være redde for å spørre.

Det er kjent at gjesping kan trigges ved å tenke på gjesping eller av å se andre gjespe (Provine, 2005). I en tverrsnittstudie (Gallup & Church, 2015) ble det sett på om oxytocin påvirker graden av smittsom gjesping, men man fant ingen bevis for dette. Derimot så det ut som at oxytocin gjorde at individene i en sosial kontekst ble mer bevisst gjespen sin og i større grad forsøkte å skjule den enn i kontrollgruppen. At oxytocin stimulerer til sosial adferd stemmer overens med empirien nevnt i kapittel 5.1. En oversiktsstudie (Gonzalez-Liencre, Shamay-Tsoory, & Brüne, 2013) viser at oxytocin er innblandet i ulike former for empati. Sett i lys av dette kan det tenkes at det å slippe frem gjespen kanskje vil bidra til å styrke relasjonen mellom pasient og terapeut i behandlingssituasjonen.

Gjespen som signalbærer:

En oversiktsartikkel (Hensch et al., 2015) peker på studier som viser at gjesping er rapportert som en sideeffekt ved bruk av antidepressiva hos personer med alvorlig depresjon. Det pekes på at tretthet og utmattelse kan sees på to måter; enten som et uttrykk for tretthet, dvs. økt tendens til å bli døsig eller falle i søvn, eller som et uttrykk for utmattelse med en høy tonisk indre spenning og fysiologisk aktivering. Det er den siste som er typisk for en unipolar depresjon. Det påpekes at klinikere bør være oppmerksom på gjespen som en sideeffekt ved bruk av

antidepressiva, og at den økte gjespingen kan reflektere en medikamentindusert demping av fysiologisk aktivering. Som fysioterapeuter er dette kanskje noe vi kan ha i tankene når vi møter pasienter med depresjon. Er vi vare nok for hva gjespen kan være et uttrykk for? En annen dimensjon ved dette er debatten om den stadige økende bruken av antidepressiva særlig hos unge. Med tanke på de uønskede bivirkningene som følger med disse (Vaaler & Fasmer, 2013), er det grunn til å spørre seg om det å bli kjent med kroppen og få mer bevissthet om den ville gi tilgang til den gode gjespen og kroppens egen evne til å regulere seg.

Busvold and Bondevik (2015) skriver i en artikkel i *Fysioterapeuten* om den uforklarlige smertens fortelling. De ser på sykdomsforståelse i et tegnteoretisk perspektiv, basert på evolusjonslære og nevrobiologisk kunnskap i en eksistensiell forståelse av mennesket. De tar utgangspunkt i at selv om en smerte ikke kan forklares, har den likevel sine grunner, sin betydning og sitt meningsinnhold. Det kan være interessant å se gjespen i dette perspektivet, og da i forhold til gjespen som et «selvreferensielt» tegn, som kroppens tegn til seg selv, som en biologisk erfarende organisme (Fehr, 2010). I denne sammenhengen inngår tegnet, eller gjespen, i kroppens interne kommunikasjonssystem, som en positiv tilbakemelding fra kroppen selv om at jeg har det bra og jeg er i balanse. I de tilfeller hvor gjespen ikke kommer ut, eller endrer uttrykk, kan den sees på som et varsel om dysfunksjon eller negativ tilpasning. Hvis jeg tar i betraktning det informantene har formidlet, teorien og forskningen jeg har sett på i oppgaven, går det kanskje an å si at gjespen er et barometer på vitalitet?

5.4 Prosjektets styrker og svakheter

Pålitelighet

Det å forske på eget fagfelt, kan både være en styrke og en svakhet ved en studie (Malterud, 2011). En styrke fordi jeg har mye kunnskap om faggruppen jeg forsker på. Det kan godt hende at jeg ville formulert spørsmålene annerledes hvis jeg ikke hadde vært farget av dette. Når det gjelder pasientene, er det vanskelig å si hva som ville være et representativt utvalg, i det alle har sine egne historier. Jeg har etter beste evne forsøkt å være meg bevisst at jeg har en forforståelse, og at alle leddene i forskningsprosessen på mange måter er preget av dette og mine fortolkninger. Ved å beskrive alle leddene i arbeidet med oppgaven, er mitt håp at den fremstår som transparent, og at andre vil kunne følge meg i prosessen. Slik sett vil det være en styrke for påliteligheten i oppgaven (Johannessen et al., 2010).

Gyldighet

Studien kan ikke sies å være representativ for hele fagfeltet av fysioterapeuter eller for alle pasienter. Til det er antall informanter for lite. På en annen side er ikke dette alltid en forutsetning for å kunne utvikle beskrivelser som forteller om mening, da mye handler om hvor rikt og nyansert utvalget er (Malterud, 2011). Når det gjelder fysioterapiinformantene var dette en homogen gruppe, de var ikke tilfeldig valgt, men sa ja til å være med i studien fordi de var faglig engasjerte. Det kan ha påvirket resultatene. Innenfor psykomotorisk fysioterapi er det ulike faglige retninger, og det kan godt være en ulempe at ikke flere var representert i forhold til å få fram flere beskrivelser og nyanser. På den måten kan det være bias i oppgaven (Malterud, 2011).

Det er flere ting som kunne vært gjort annerledes ved studien. Blant annet kunne det vært brukt bedre tid på å forberede intervjuer og gode spørsmål. Etter å ha gjennomført flere dybdeintervjuer med pasientene kom det tydeligere frem hva som ville være relevant å spørre om, sånn sett kunne det med fordel ha vært flere informanter blant pasientene. For fysioterapeutenes del ble det gjort en endring fra å ha planlagt dybdeintervju av hver enkelt til å gjennomføre et gruppeintervju. Dette kom til på bakgrunn av at fysioterapeutene mente de ville ha mer å bidra med sammen, enn enkeltvis. På en måte var det en fordel, på en annen side medførte det en større jobb å være en moderator i gruppen og senere holde oversikt under transkriberingen av stoffet. Det var også en ulempe å være alene om intervjuet, kanskje kunne det ha vært nyttig å hatt en observatør å diskutere med i etterkant av intervjuet.

Overførbarhet

En studies overførbarhet handler om i hvilken grad det er fremkommet beskrivelser, begreper, forklaringer eller fortolkninger som kan ha nytte for andre, eller på andre områder, enn det som er undersøkt (Kvale et al., 2009). Slik jeg ser det er antall informanter i denne studien for lite til at funnene kan overføres og generaliseres til å gjelde for alle pasienter og fysioterapeuter. De var heller ikke tilfeldig plukket ut, men ble spurt om å delta i studien på bakgrunn av utvelgelse fra fysioterapeutene som var med i studien. På denne måten kan man si at studien er gyldig for dem som har deltatt i prosjektet, men at andre vil kunne kjenne seg igjen i det som er formidlet.

6. OPPSUMMERING

Hva er å gjespe? Hvorfor gjør vi det? Hva forteller den oss? De samme spørsmålene ble stilt innledningsvis og ledet frem til problemstillingen om hvordan pasienter og fysioterapeuter i

psykomotorisk behandling opplever og vektlegger gjespen. Intensjonen var å løfte frem erfaringskunnskap om hvordan noe som står beskrevet i vårt tidlige teorigrunnlag vektlegges av dagens fysioterapeuter og hvordan pasientene opplever det. Sett i lys av empiri fra informantene og innenfor den teoretiske rammen som ble valgt, er det grunnlag for å si at å gjespen er en naturlig, spontan og god funksjon, som innbyr til avspenning og kontakt med kroppen. Tar vi forskningen innenfor nevrovitenskapen i betraktning, har gjespen trolig en regulerende funksjon for oss både i våre egne kropper, men også i møte med andre. Den kan muligens bære varsel om at noe ved oss er i ubalanse, og den trer kanskje tydeligst frem for oss når den ikke kommer frem eller har mistet sin naturlige fremtoning. Som det meste annet i verden, må gjespen sees på som en del av en helhet, og at den har sitt naturlige samspill med vår respirasjon. I møte med pasienter er det å være var for det kroppslige uttrykket en del av vår faglighet, og det å legge merke til gjespen i seg selv og andre, kan kanskje gi en ekstra dimensjon til det å forstå, men også til å nærme seg hverandre.

6.1 Veien videre

- I lys av utviklingen i den nevrobiologiske forskningen, og at gjespen er viet større oppmerksomhet, kan det å holde seg oppdatert gi ny kunnskap av betydning for vår praksis som fysioterapeuter
- Å tematisere gjespen i kroppsundersøkelsen vil kanskje gi et mer nyansert bilde av pasienten, og kan være en kilde til innsikt.
- Det kunne vært spennende å forske videre på sammenhenger mellom gjesping og kjevespenninger, særlig i forhold til temporomandibulær (TMD) diagnosen.

LITTERATURLISTE

- Abe, K., Weisz, S., Dunn, R., DiGioacchino, M., Nyentap, J., Stanbouly, S., . . . Martin, R. (2015). Occurrences of Yawn and Swallow are Temporally Related. *Dedicated to advancing the art and science of deglutology*, 30(1), 57-66. doi:10.1007/s00455-014-9573-2
- Bartholomew, A. J., & Cirulli, E. T. (2014). Individual Variation in Contagious Yawning Susceptibility Is Highly Stable and Largely Unexplained by Empathy or Other Known Factors. *Plos One*, 9(3), 1-7. doi:10.1371/journal.pone.0091773
- Bertolucci, L. F. (2011). Pandiculation: nature's way of maintaining the functional integrity of the myofascial system? *J Bodyw Mov Ther*, 15(3), 268-280. doi:10.1016/j.jbmt.2010.12.006
- Braatøy, T. (1947). *De nervøse sinn : medisinsk psykologi og psykoterapi*. Oslo: Cappelen.
- Breitve, M. H., Hynninen, M., & Kvåle, A. (2008). Emotional symptoms and health complaints of patients seeking psychomotor physiotherapy. *Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi*, 75(12).
- Brodal, P. (2008). Om grunnlaget i hjernen for læring, balanse og kroppsbilde. In B. Fadnes & K. Leira (Eds.), *Balansekoden*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet* (5. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Bunkan, B., Bülow-Hansen, A., Hansson, H., Houge, NH, Hødal, T. (1995). *Psykomotorisk behandling ad modum Braatøy/Bülow-Hansen*. Oslo: Pensumtjeneste AS.
- Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi - prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for Den norske legeförening*.
- Bunkan, B. H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde : teori og helsefremmende behandling* (4. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bunkan, B. H. (2014). *Wilhelm Reich og Trygve Braatøy og Adel Bülow-Hansen-tradisjonen i Norge : utviklingen fra interessegruppe til akademisk utdanning i årene 1956-2006*. Oslo: ABM-media.
- Bunkan, B. H., Bülow-Hansen, A., Thornquist, E., & Radøy, L. (1982). *Psykomotorisk behandling : festskrift til Adel Bülow-Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkan, B. H., & Heir, J. A. (2003). *Den omfattende kroppsundersøkelsen : manual*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Busch, V., Magerl, W., Kern, U., Haas, J., Hajak, G., & Eichhammer, P. (2012). The Effect of Deep and Slow Breathing on Pain Perception, Autonomic Activity, and Mood Processing—An Experimental Study. *Pain Medicine*, 13(2), 215-228. doi:10.1111/j.1526-4637.2011.01243.x
- Busvold, K. I. H., & Bondevik, H. (2015). Den uforklarlige smertens fortelling - en tegnteoretisk fortelling. *Fysioterapeuten*, 82(7), 30-33.
- Butler, D. S., & Moseley, L. (2013). *Explain pain* (2nd ed. ed.). Adelaide: Noigroup Publ.
- Carney, D. R., Cuddy, A. J. C., & Yap, A. J. (2010). Power posing: brief nonverbal displays affect neuroendocrine levels and risk tolerance. *Psychological science*, 21(10), 1363. doi:10.1177/0956797610383437
- Cliftonsmith, T., & Rowley, J. (2011). Breathing pattern disorders and physiotherapy: inspiration for our profession. *Physical Therapy Reviews*, 16(1), 75-86. doi:10.1179/1743288X10Y.0000000025
- Danielsson, L., & Rosberg, S. (2015). Opening toward life: Experiences of basic body awareness therapy in persons with major depression. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 10. doi:http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.3402/qhw.v10.27069
- Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. London: John Murray.
- Dragesund, T., Ljunggren, A. E., Kvåle, A., & Strand, L. I. (2010). Body Awareness Rating Questionnaire Development of a self-administered questionnaire for patients with long-lasting musculoskeletal and psychosomatic disorders. *Advances in Physiotherapy*, 2010, Vol.12(2), p.87-94, 12(2), 87-94. doi:10.3109/14038191003706545
- Dragesund, T., & Råheim, M. (2008). Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients' perspective on body awareness. *Physiotherapy Theory & Practice*, 24(4), 243-254

- 212p. Retrieved from
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105811583&site=ehost-live>
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. rev. og utv. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ekerholt, K. (2002). *Psykomotorisk fysioterapi - behandling og samhandling : psykomotoriske behandlingsprosesser belyst med pasienterfaringer*. Bergen: K. Ekerholt.
- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2006). Massage as interaction and a source of information. *Advances in physiotherapy*.
- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2008). Breathing: a sign of life and a unique area for reflection and action. *Physical Therapy*, 88(7), 832-840. doi:10.2522/ptj.20070316
- Engel, G. L. (2012). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Psychodynamic psychiatry*, 40(3), 377.
- Ertekin, C., Bulbul, N. G., Uludag, I. F., Tiftikcioglu, B. I., Arici, S., & Gurgor, N. (2015). Electrophysiological association of spontaneous yawning and swallowing. *Exp Brain Res*, 233(7), 2073-2080. doi:10.1007/s00221-015-4278-9
- Fadnes, B., & Leira, K. (2008). *Balansekoden : om samspillet mellom kroppslig og mental balanse*. Oslo: Universitetsforl.
- Fadnes, B., Leira, K., & Brodal, P. (2010). *Læringsnøkkelen : om samspillet mellom bevegelser, balanse og læring*. Oslo: Universitetsforl.
- Fehr, D. V. D. (2010). Symptomer som ikke er årsaksforklarende ; et tegnteoretisk innspill. *Michael quarterly. Supplement*.
- First International Conference on Yawning. (2010). Retrieved from
http://baillement.com/congress/ficy_index.html
- Friis, S., Kvåle, A., Opjordsmoen, S., & Bunkan, B. H. (2012). The Global Body Examination (GBE). A useful instrument for evaluation of respiration. *Advances in physiotherapy*, 14(4), 146-154. doi:10.3109/14038196.2012.704943
- Gallup, A. C., & Church, A. M. (2015). The effects of intranasal oxytocin on contagious yawning. *Neuroscience Letters*, 607, 13-16. doi:10.1016/j.neulet.2015.09.007
- Giganti, F., & Salzarulo, P. (2010). Yawning throughout life. *Frontiers Of Neurology And Neuroscience*, 28, 26-31. doi:10.1159/000307072
- Giganti, F., Zilli, I., Aboudan, S., & Salzarulo, P. (2010). Sleep, sleepiness and yawning. *Frontiers Of Neurology And Neuroscience*, 28, 42-46. doi:10.1159/000307078
- Gilbert, C. (2014). *Chapter 5 - Interaction of psychological and emotional variables with breathing dysfunction*: Elsevier Ltd.
- Gonzalez-Liencre, C., Shamay-Tsoory, S. G., & Brüne, M. (2013). Towards a neuroscience of empathy: Ontogeny, phylogeny, brain mechanisms, context and psychopathology. *Neuroscience And Biobehavioral Reviews*, 37(8), 1537-1548. doi:10.1016/j.neubiorev.2013.05.001
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Guggisberg, A. G., Mathis, J., Schnider, A., & Hess, C. W. (2010). Why do we yawn? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(8), 1267-1276. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.03.008
- Guggisberg, A. G., Mathis, J., Schnider, A., & Hess, C. W. (2011). Why do we yawn? The importance of evidence for specific yawn-induced effects. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(5), 1302-1304. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.12.004
- Gupta, S., & Mittal, S. (2013). Yawning and its physiological significance. *International Journal of Applied and Basic Medical Research*, 3(1), 11-15. doi:10.4103/2229-516X.112230
- Hall, A. M., Ferreira, P. H., Maher, C. G., Latimer, J., & Ferreira, M. L. (2010). The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Physical Therapy*, 90(8), 1099. doi:10.2522/ptj.20090245
- Hart, S., & Kæreby, F. (2009). Dialogen med det autonome nervesystem i den psykoterapeutiske proces. *Matrix - Nordisk tidsskrift for psykoterapi*, 26 (3), 292-315.
- Haugstad, G. K., & Haugstad, T. S. (2014). *Chapter 8.1 - Breathing patterns in longstanding pain disorders: a somatocognitive approach to evaluation and therapy*: Elsevier Ltd.

- Helt, M. S., Eigsti, I.-M., Snyder, P. J., & Fein, D. A. (2010). Contagious yawning in autistic and typical development. *Child Development, 81*(5), 1620-1631. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01495.x
- Hensch, T., Blume, A., Böttger, D., Sander, C., Niedermeier, N., & Hegerl, U. (2015). Yawning in depression: worth looking into. *Pharmacopsychiatry, 48*(3), 118-120. doi:10.1055/s-0035-1545332
- Heusner, A. P. (1946). Yawning and associated phenomena *Physiological Reviews, 25*, 156-168.
- IsHak, W. W., Kahloon, M., & Fakhry, H. (2010). Oxytocin role in enhancing well-being: A literature review. *Journal of Affective Disorders, 130*(1-2), 1-9. doi:10.1016/j.jad.2010.06.001
- Jafari, H., Van de Broek, K., Plaghki, L., Vlaeyen, J. W. S., Van Den Bergh, O., & Van Diest, I. (2016). Respiratory hypoalgesia? Breath-holding, but not respiratory phase modulates nociceptive flexion reflex and pain intensity. *International journal of psychophysiology : official journal of the International Organization of Psychophysiology, 101*, 50. doi:10.1016/j.ijpsycho.2016.01.005
- Jamtvedt, G., Hagen, K. B., & Bjørndal, A. (2015). *Kunnskapsbasert fysioterapi : metoder og arbeidsmåter* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jensen, P., Weersing, R., & Goldman, E. (2005). What Is the Evidence for Evidence-Based Treatments? A Hard Look at Our Soft Underbelly. *Mental Health Services Research, 7*(1), 53-74. doi:10.1007/s11020-005-1965-3
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.
- Kapreli, E., Vourazanis, E., Billis, E., Oldham, J. A., & Strimpakos, N. (2009). Respiratory Dysfunction in Chronic Neck Pain Patients. A Pilot Study. *Cephalalgia, 29*(7), 701-710. doi:10.1111/j.1468-2982.2008.01787.x
- Koch, P. M. (1990). Trygve Braatøy og endringer i det moderne menneskebilde : hovedfagsoppgave i idéhistorie. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvåle, A., Bunkan, B. H., Ljunggren, A. E., Opjordsmoen, S., & Friis, S. (2010). Sammenligning av to undersøkelsesmetoder innen psykomotorisk tradisjon: GFM-52 og DOK. *Fysioterapeuten*.
- Kvåle, A., Johnsen, T. B., & Ljunggren, A. E. (2002). Examination of Respiration in Patients with Long-lasting Musculoskeletal Pain: Reliability and Validity. *Advances in Physiotherapy, 2002, Vol.4*(4), p.169-181, 4(4), 169-181. doi:10.1080/14038190260501613
- Maestriperi, D., Schino, G., Aureli, F., & Troisi, A. (1992). A modest proposal: displacement activities as an indicator of emotions in primates. *Animal Behaviour, 44*(5), 967-979. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0003-3472(05)80592-5
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Massen, J. J. M., Dusch, K., Eldakar, O. T., & Gallup, A. C. (2014). A thermal window for yawning in humans: Yawning as a brain cooling mechanism. *Physiology & Behavior, 130*, 145-148. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.physbeh.2014.03.032
- McLean, P. D. (1990). The Triune Brain in Evolution. Role in Paleocerebral Functions. Paul D. MacLean. Plenum, New York, 1990. xxiv, 672 pp., illus. \$75. *Science (New York, N.Y.), 250*(4978), 303-305. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=17797318&site=ehost-live>
- Mehling, W. E., Daubenmier, J., Price, C. J., Acree, M., Bartmess, E., & Stewart, A. L. (2013). Self-reported interoceptive awareness in primary care patients with past or current low back pain. *Journal of Pain Research, 6*, 403-418. doi:10.2147/JPR.S42418
- Mehling, W. E., Wrubel, J., Daubenmier, J. J., Price, C. J., Kerr, C. E., Silow, T., . . . Stewart, A. L. (2011). Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine : PEHM, 6*, 6-6. doi:10.1186/1747-5341-6-6
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax.
- NAV. (2015). *IA-rapport 2015. Målene om et mer inkluderende arbeidsliv - status og utviklingstrekk*. . Oslo Retrieved from www.nav.no.

- NFF. (2016a). <http://fysio.no/Fakta-kunnskap/Pasientbrosjyrer/Psykomotorisk-fysioterapi>.
- NFF. (2016b). <http://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>. Retrieved from <http://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>
- Norscia, I., & Palagi, E. (2011). Yawn contagion and empathy in Homo sapiens. *Plos One*, 6(12), e28472-e28472. doi:10.1371/journal.pone.0028472
- O'Keefe, M., Cullinane, P., Hurley, J., Leahy, I., Bunzli, S., O'Sullivan, P. B., & O'Sullivan, K. (2015). What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Physical Therapy*, ptj.20150240. doi:10.2522/ptj.20150240
- Patatanian, E., & Williams, N. T. (2011). Drug-induced yawning--a review. *Annals of Pharmacotherapy*, 45(10), 1297-1301. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2011310100&site=ehost-live>
- Pedersen, G., Tybring-Petersen, K., Tønder, M., Arnestad, B. T., Møller, A. C., & Øya, T. (2013). Spørreskjema for måling av kroppsopplevelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.
- Porges, S. W. (2003). Social engagement and attachment: a phylogenetic perspective. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008, 31.
- Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116-143. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=17049418&site=ehost-live>
- Porges, S. W. (2009). The polyvagal theory: new insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleveland Clinic Journal Of Medicine*, 76 Suppl 2, S86-S90. doi:10.3949/ccjm.76.s2.17
- Provine, R. R. (2005). Yawning. *American Scientist*, 93(6), 532-539. doi:10.1511/2005.6.532
- Provine, R. R. (2012). *Curious Behavior: Yawning, Laughing, Hiccuping and Beyond*. Cambridge, MA: Belknap Press (Harvard University Press).
- Reich, W., & Wolfe, T. P. (1968). *Character-analysis* (3rd, enl. ed. ed.). New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Ribera, D., Amp, Apos, Alcalà, C., Webster, D. G., & Esteves, J. E. (2015). Interoception, body awareness and chronic pain: Results from a case-control study. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 18(1), 22-32. doi:10.1016/j.ijosm.2014.08.003
- Rundle, B. K., Vaughn, V. R., & Stanford, M. S. (2015). Contagious yawning and psychopathy. *Personality and Individual Differences*, 86, 33-37. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2015.05.025
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., & Toverud, K. C. (2014). *Menneskets fysiologi* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Schibbye, A.-L. L. (2012). *Relasjoner : et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg., 2. oppl. [i.e. ny utg.]. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Senju, A. (2010). Developmental and comparative perspectives of contagious yawning. *Frontiers Of Neurology And Neuroscience*, 28, 113-119. doi:10.1159/000307088
- Svenaesus, F., & Nilsen, L. (2005). *Sykdommens mening : og møtet med det syke mennesket*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sviland, R. (2014). *Norwegian psychomotor physiotherapy and embodied narrative identity : a theory generating study*. University of Bergen, Bergen.
- Thompson, K. J., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Thompson, S. B. N. (2014). Yawning, fatigue, and cortisol: Expanding the Thompson Cortisol Hypothesis. *Medical Hypotheses*, 83(4), 494-496. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.mehy.2014.08.009
- Thompson, S. B. N. (2016). Saliva Cortisol and Yawning as a Predictor of Neurological Disease. *International Journal of Medical, Health, Biomedical, Bioengineering and Pharmaceutical Engineering*, 10, 189-193. Retrieved from <http://waset.org/publications/10004285>
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Pensumtjenesten.

- Thurén, T., Gjerpe, K., & Gjestland, D. (2009). *Vitenskapsteori for nybegynnere* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tiåret, M.-o. s. (2014). Et muskel- og skjelettreknskap: Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet. *MST* 2013;1. Retrieved from http://www.formi.no/images/uploads/pdf/rapport_musssp_online.pdf
- Urnes, Ø. (2009). Kunnskap om den interative hjernen gir ny forståelse av den terapeutiske dialogen. *Matrix - Nordisk tidsskrift for psykoterapi*, 26(3), 289-290.
- Vaaler, A. E., & Fasmer, O. B. (2013). Antidressive legemidler - klinisk praksis må endres. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133 (4), 428-430.
- Vollset, P., Meland, E., & Nessa, J. (2004). Trygve Braatøy - en nekrolog 50 år etter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Walusinski, O. (2009). Yawning in diseases. *European Neurology*, 62(3), 180-187. doi:10.1159/000228262
- Walusinski, O. (2013). Why Do We Yawn? Past and Current Hypothesis. In M. M. e. a. Shoja (Ed.), *Hypothesis in Clinical Medicine* (pp. 245-256). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Wennberg, B., & Sunde, B. (2001). *EQ : emosjonell intelligens i livet og på jobben*. Oslo: NKS forl.
- Wirth, B., Amstalden, M., Perk, M., Boutellier, U., & Humphreys, B. K. (2014). Respiratory dysfunction in patients with chronic neck pain – Influence of thoracic spine and chest mobility. *Manual Therapy*, 19(5), 440-444. doi:10.1016/j.math.2014.04.011
- Øien, A. M., Iversen, S., & Stensland, P. (2007). Narratives of embodied experiences ; therapy processes in Norwegian psychomotor physiotherapy. *Advances in physiotherapy*.
- Øvreberg, G., & Andersen, T. (1986). *Aadel Bülow-Hansen's fysioterapi : en metode til omstilling og frigjøring av respirasjon*. Harstad: Øvreberg.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Godkjenning fra REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Mariann Glenna	22845526	17.12.2015	2015/2159
	Davidson		Deres dato:	Deres referanse:
			27.10.2015	REK sør-øst B

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Magrit Kvisler Holsten
Høgskolen i Oslo og Akershus

2015/2159 Forståelse av gjespen i psykomotorisk fysioterapi

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 25.11.2015. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Oslo og Akershus
Prosjektleder: Magrit Kvisler Holsten

Prosjektleders prosjektbeskrivelse

"Gjesping er et sentralt fenomen innenfor norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF). Andre kliniske fag har kanskje rettet mindre oppmerksomhet mot fenomenet. Hensikten med dette prosjektet er å løfte frem erfaringskunnskap om gjespens betydning i psykomotorisk behandling. Metoden er kvalitativ, og det vil bli benyttet semistrukturerte intervjuer i undersøkelsen. Aktuelle forskningsspørsmål vil være hvordan fysioterapeuter opplever og vektlegger gjespen i behandlingssituasjonen, samt hva som er pasientens opplevelse av gjespen i behandling. Fokus vil være hva vi ser etter i gjespen, hva det er som utløser gjesp i behandling, hva betyr fravær av gjesp? Deltakerne i prosjektet vil være utøvende fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi, samt pasienter som er i, eller har vært i, psykomotorisk behandling."

Komiteens vurdering

Hensikten med prosjektet oppgis å være at man skal løfte frem erfaringskunnskap om gjespens betydning i

psykomotorisk behandling. Slik det er beskrevet i søknadsteksten vil aktuelle forskningsspørsmål være hvordan fysioterapeuter opplever og vektlegger gjespen i behandlingssituasjonen, samt hva som er pasientens opplevelse av gjespen i behandling.

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, det vil si «virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom», jf. helseforskningsloven § 2, jf. § 4. Komiteen anser dermed at prosjektet ikke omfattes av helseforskningslovens virkeområde. Det kreves ingen forhåndsgodkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

Vedtak

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning, og det faller derfor utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst B.

Besøksadresse:

Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511

E-post: post@helseforskning.etikkom.no

Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i

saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to

REK the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst B, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Med vennlig hilsen

Grete Dyb førsteamanuensis dr. med. leder
REK sør-øst B

Mariann Glenna Davidsen rådgiver

Kopi til:

- Gro Killi Haugstad, Høgskolen i Oslo og Akershus
- Høgskolen i Oslo og Akershus ved øverste administrative ledelse

Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

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

Vår dato: 11.02.2016

Vår ref: 46661 / 3 / AGL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 14.01.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

46661	<i>Forståelse av gjespens betydning i psykomotorisk fysioterapi</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Gro Killi Haugstad</i>
Student	<i>Magrit Kvisler Holsten</i>

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

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

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, 01.10.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Audun Løvlie

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf: 55 58 23 07

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Avdelingskontorer / District Offices:

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

Vedlegg 3: Informasjon og informert samtykke pasient

Forespørsel til pasient om deltakelse i forskningsprosjekt:

«Forståelse av gjespen i Norsk psykomotorisk fysioterapi»

Dette er en forespørsel til deg som har mottatt psykomotorisk behandling om å delta i et forskningsprosjekt. Dette gjennomføres i forbindelse med en mastergrad i psykisk helsearbeid. Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) er ansvarlig for prosjektet. Jeg er student ved HiOA og er leder for prosjektet.

Bakgrunn og formål

Pusten og gjespen står sentralt i psykomotorisk behandling. Bakgrunnen for prosjektet er at behandlere i psykomotorisk praksis erfarer at å gjespe slett ikke er en selvfølge for alle. For noen har det å erfare mulighetene i det å gjespe gitt rom for nye oppdagelser, både for pasient og behandler. Jeg ønsker å utforske dette. Målet med prosjektet er å løfte frem erfaringskunnskap om betydning av gjespen i behandlingssituasjonen. Jeg er interessert i å få kunnskap om hva vi ser etter i gjespen, hva det er som utløser gjesp i behandling og hvordan vi forholder oss til pasienten som gjesper/ikke gjesper. Jeg er også nysgjerrig på hvordan pasienten opplever pusten og gjespen i behandling.

Din behandler er utvalgt etter kriterier fra prosjektleder, og forespurt om å overlevere invitasjon til studien til en av sine pasienter. Jeg håper du kunne være interessert i å bidra ved å dele dine opplevelser fra behandlingen knyttet til pust og gjesp. Det stilles spørsmål om alder, behandlingsslengde og behandlingssårsak. Eventuelle personlige utfordringer vil ikke bli etterspurt.

Hva innebærer prosjektet?

Studien innebærer at et kvalitativt utvalg av terapeuter og pasienter inviteres hver for seg til et dybdeintervju. Målet med intervjuene er å få utvidet kunnskap om opplevelse av pusten og gjespens betydning i behandlingssituasjonen. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og transkriberes (skrives ned ord for ord) i anonymisert form i etterkant av intervjuet. Antatt tidsramme for intervjuet er ca. 60 minutter, og vil foregå der det passer best for deg.

Mulige fordeler og ulemper

Studien medfører ingen ulemper utover belastningen ved deltakelse i intervju.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og du vil bli gitt mulighet til å lese igjennom det transkriberte intervjuet. Om du skulle finne feil i de opplysningene som er registrert, har du rett til å korrigere disse.

Som prosjektleder har jeg ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger, og lagres på egen PC med passordbeskyttelse. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Navnelisten vil bli oppbevart i et låsbart skap.

Prosjektet skal etter planen være ferdig i mai 2016, og informasjon om deg vil da bli slettet senest 1 mnd. senere. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltagelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du vedlagte samtykkeerklæring. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet intervjuet, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan jeg (Magrit K. Holsten) kontaktes på tlf. 95 99 55 89 eller på e-post: magritholsten@gmail.com.

Med vennlig hilsen

Magrit K. Holsten, masterstudent

Samtykke til deltagelse i studien

Ja, jeg er villig til å delta i studien med intervju. Jeg ønsker å bli kontaktet pr.

Telefon

E-post

Jeg ønsker å få tilsendt endelig resultat og rapport når studien er ferdigstilt

Navn:.....

Tlf.:.....E-post:.....

Signatur:.....Dato:.....

Vedlegg 4: Informasjon og informert samtykke behandler

Forespørsel til behandler om deltakelse i forskningsprosjekt:

«Forståelse av gjespen i Norsk psykomotorisk fysioterapi»

Dette er en forespørsel til deg som har videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi om å delta i et forskningsprosjekt. Studien er et mastergradsprosjekt i forbindelse med mastergrad i psykisk helsearbeid. Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) er ansvarlig for studien. Jeg er psykomotorisk fysioterapeut og student ved HiOA, og søker deltakere som arbeider med individuell psykomotorisk behandling.

Bakgrunn og formål

Bakgrunnen for prosjektet er at behandlere i psykomotorisk praksis erfarer at å gjespe slett ikke er en selvfølge for alle. For noen har det å erfare mulighetene i det å gjespe gitt rom for nye oppdagelser, både for pasient og behandler. Jeg ønsker å utforske dette. Målet med prosjektet er å løfte frem erfaringskunnskap om betydning av gjespen i behandlingssituasjonen. Jeg er interessert i å få kunnskap om hva vi ser etter i gjespen, hva det er som utløser gjesp i behandling og hvordan vi forholder oss til pasienten som gjesper/ikke gjesper. Jeg er også nysgjerrig på hvordan pasienten opplever gjespen i behandling.

Jeg har valgt ut informanter ved å bruke nettverket mitt. Jeg håper du kunne være interessert i å bidra til studien ved å dele dine erfaringer fra pasientbehandling, samt å forespørre en av dine pasienter om de kunne tenke seg å bidra med sine opplevelser i et eget intervju. Vedlagt følger et informasjonsskriv og samtykkeerklæring om deltakelse som kan videreformidles til pasienten.

Hva innebærer prosjektet?

Studien innebærer at et kvalitativt utvalg av terapeuter og pasienter inviteres hver for seg til et dybdeintervju. Målet med intervjuene er å få utvidet kunnskap om opplevelse av gjespens betydning i behandlingssituasjonen. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og transkriberes (skrives ned ord for ord) i anonymisert form i etterkant av intervjuet. Antatt tidsramme for intervjuet er ca. 60 minutter, og vil foregå der det passer best for deg.

Dersom du takker ja til deltakelse, fyller du ut samtykkeerklæringen på siste side, og returnerer til meg i vedlagte frankerte konvolutt. Jeg tar kontakt med deg i løpet av de neste 2 månedene.

Mulige fordeler og ulemper

Studien medfører ingen ulemper utover belastningen ved deltakelse i intervju og eventuelt forespørsel til pasient om deltakelse i intervju.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og du vil bli gitt mulighet til å lese igjennom det transkriberte intervjuet. Om du skulle finne feil i de opplysningene som er registrert, har du rett til å korrigere disse.

Som prosjektleder har jeg ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger, og lagres på egen PC med passordbeskyttelse. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Navnelisten vil bli oppbevart i et låsbart skap.

Studien skal etter planen være ferdig i mai 2016, og informasjon om deg vil da bli slettet senest juni 2016. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du vedlagte samtykkeerklæring. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet intervjuet, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan jeg (Magrit K. Holsten) kontaktes på tlf. 95 99 55 89 eller på e-post: magritholsten@gmail.com.

Med vennlig hilsen

Magrit K. Holsten, masterstudent

Samtykke til deltakelse i studien

Ja, jeg er villig til å delta i studien med intervju. Jeg ønsker å bli kontaktet pr.

Telefon

E-post

Jeg ønsker å få tilsendt endelig resultat og rapport når studien er ferdigstilt

Navn:.....

Tlf.:.....E-post:.....

Signatur:.....Dato:.....

Vedlegg 5: Intervjuguide pasient

Intervjuguide Pasient	Prosjekt:
Dato:	Forståelse av gjespen i psykomotorisk behandling
	Prosjektleder: Magrit K. Holsten
<p>1. Velkommen og informasjon</p> <p>Bakgrunn og formål med prosjektet</p> <p>Hva intervjuet skal brukes til</p> <p>Informasjon om opptak, taushetsplikt og samtykke</p> <p>Har informanten noen spørsmål som bør tas opp for intervjuet?</p>	
<p>2. Generell innledning</p> <p>Hva er din erfaring med psykomotorisk fysioterapi? Hvor lenge har du vært i behandling?</p> <p>Hvilke opplevelser har du i forhold til pusten din i behandling?</p> <p>Hvordan ble du oppmerksom på pusten din i behandling?</p> <p>Kan du beskrive situasjoner hvor pusten har vært sentral?</p>	V
<p>3. Gjespens betydning</p> <p>Gjesper du vanligvis?</p> <p>Har du lagt merke til om du gjesper under behandling?</p> <p>Hva opplever du når du gjesper?</p> <p>Kan du beskrive situasjoner hvor det å gjespe har vært sentralt?</p> <p>Hvordan forholder fysioterapeuten seg til deg når du gjesper/føler trang til å gjespe?</p> <p>Har det noen betydning for deg å gjespe/slippe til gjespen?</p>	
<p>4. Oppsummering og avslutning</p> <p>Er det noe du ønsker å legge til rundt det vi har snakket om? Ta gjerne kontakt hvis du i etterkant kommer på noe som du vil legge til</p>	

Vedlegg 6: Intervjuguide behandler

Intervjuguide Behandler	Prosjekt:
Dato:	Forståelse av gjespen i psykomotorisk behandling
	Prosjektleder: Magrit K. Holsten
1. Velkommen og informasjon Bakgrunn og formål med prosjektet Hva intervjuet skal brukes til Informasjon om opptak, taushetsplikt og samtykke Har informanten noen spørsmål som bør tas opp for intervjuet?	
2. Generell innledning Hvor lenge har du arbeidet med psykomotorisk fysioterapi? Hva tenker du om pustens og gjespens betydning i behandlingen? Hva ser du etter?	
3. Gjespens betydning Hvordan vektlegger du gjespen i behandling? Hva ser du etter i gjespen? Opplever du fravær av gjesp? Hva er det som utløser gjesp i behandling? Hvordan forholder du deg til pasienter som gjesper/ikke gjesper? Kan du beskrive situasjoner hvor det å gjespe har vært sentralt? Hvordan påvirker pasientens pustemønster og gjesp deg og motsatt?	
4. Oppsummering og avslutning Er det noe du ønsker å legge til rundt det vi har snakket om? Ta gjerne kontakt hvis du i etterkant kommer på noe som du vil legge til	

Vedlegg 7: Datamatrixe pasienters erfaringer og opplevelser av gjesping i NPMF

Datamatrixe: Pasienters erfaringer og opplevelser med gjesping i psykomotorisk fysioterapi. Stor bokstav representerer subgrupper av koder, tallene i parentes representerer meningsbærende enheter

	Kategori	INFORMANTER		
		A	B	C
PASIENTER	FORLØSNING	A (1,2,8,13,18) C (4,12,1,15,1,23) D (13,23) E (25) F (6) G 11 H (8) I (3,7,22) J (19) S (1,22)	A (44) E (4) G (1,2,10,16,17,26,30) K (2) L (5,27)) M (6) N (7) O (7,12,16) P (8,11,31)	B (1) G (25) Q (15) R (28)
	Å HOLDE TILBAKE	A (4,5,14) B (16,17) C (25,26) D (27) E (28)	B (25) E (21,22) F (13,28) G (13) H (14) I (15,18,19,20) J (16) K (23) L (24) M(40,41)	A (5) B (29,30) N (2,10) O (8) P (12) R (16)
	Å TILPASSE SEG	A (21,23,24) B (8,13)	A (3) B (3,12,30,36) C (7) E (9) F (17,30) G (26) H (26) I (29) J (34,35) K (38,39) L (42,43) M (43)	E (2,13) H (2) N (13) O (17)
	TRYGGHET OG Å ERFARE SAMMEN	G (30) H (29,30) K (30) L (29) M (19)	I (37)	A (5) B (6) C (15) D (18,24) E (20,21) F (22,23) I (5) J (6) K (7,15,31) L (26,27)

Vedlegg 8: Datamatrixe terapeuters erfaringer og opplevelser av gjesping i NPMF

Datamatrixe: Fysioterapeuters erfaringer og opplevelser av gjesping i psykomotorisk fysioterapi. Stor bokstav representerer subgrupper av koder, tallene i parentes representerer meningsbærende enheter

	KATEGORIER	INFORMANTER				
		A	B	C	D	E
FYSIOTERAPEUTER	FRIGJØRING	A (1) B (3) C (4) D (5) N (10) O (11)	E (3) F (5,6,14) G (14) P (12,13)	C (5) F (3) H (1,2) I (3) J (8) N (5) P (6) Q (7)	A (10) H (3,4,9) I (14) K (2) L (8) R (1)	A (1) D (2) F (19) H (4,13) I (2) K (2)
	KROPPSLIG SIGNALISERING	A (1) B (2,6) C (8,14) D (14,15) E (17) F (6)	A (1) B (17) C (6) D (7) E (14) F (2) G (8,14) H (9) I (10,15) J (11,19) K (17)	B (5) G (1) L (4)	C (16) D (1) F (5) G (6) H (7,17) M (15)	A (1,2,9,14) B(15) G (1) H (21) I (1,5,6,7,10,19,20,2) J (4)
	Å BY PÅ SEG SELV	A (7) B (7) D (9) E (13,16) F (16)			G (11) H (19)	E (5,11) C (12) D (19) I (20,21)

Vedlegg 9: Forskningsprotokoll

FORSKNINGSPROTOKOLL 27.10.15	
Tittel: Forståelse av gjespen i psykomotorisk fysioterapi	Prosjektleder: Magrit K. Holsten Prosjektnivå: Mastergradsoppgave psykisk helsearbeid, Høgskolen i Oslo og Akershus
Bakgrunn: Gjesping er et sentralt fenomen innenfor norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF). Den er knyttet til respirasjonen, som er kjernen i den psykomotoriske behandlingen (Thornquist & Bunkan, 1995). Behandlere i psykomotorisk praksis erfarer at å gjespe slett ikke er en selvfølge for alle, og at det å gjespe kan gi rom for nye oppdagelser, både for behandler og pasient. Det finnes mange hypoteser om hvorfor vi gjesper, men lite forskning som gir sikker viten. Fysioterapeuter besitter mye erfaringskunnskap som inkluderer gjesping. Motivasjonen for dette prosjektet er å forsøke å belyse gjespens betydning i psykomotorisk fysioterapi. Med sin kroppslige tilnærming utfyller fysioterapeuter andre fag innen psykisk helsearbeid. Gjennom bevegelser og berøring kan pasienter oppleve ulike og andre erfaringer enn ved for eksempel samtale (Gretland, 2007). Klinikerens egen kropp er også et viktig redskap; å utvikle sensitivitet for den tause kunnskapen, det pasienten forteller og ikke forteller (Thornquist, 2003). <i>Forforståelse og teoretisk ramme:</i> Prosjektleders forankring ligger i ståsted som psykomotorisk fysioterapeut. Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) ble utviklet i Norge på 1940- og 50 tallet gjennom samarbeidet til fysioterapeuten Aadel Bülow –Hansen og psykiateren Trygve Braatøy (Bunkan, 2001). Behandlingsformen retter seg mot bevisstgjøring og endring av spenningstilstandene i kroppen og gir økt fortrolighet og kontakt med egen kropp. Metoden innebærer kroppsbehandling, forståelse og en tenkemåte med et helhetsperspektiv på mennesket (Thornquist & Bunkan, 1995). Pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi i de fleste helseregioner i Norge har en stor andel langvarige og kliniske betydelige emosjonelle symptomer og subjektive helseplager sammenlignet med ikke-hjelpøkende personer (Breitve, Hynninen, & Kvåle, 2008). I tråd med den psykomotoriske tradisjonen vil undersøkelsen av pasientene innebære at hele kroppen undersøkes, ikke bare lokale symptomer. Respirasjonen står i en særstilling. Frihet og spontanitet i pusten observeres og registreres kontinuerlig. I tillegg betraktes pasientens reaksjon på det som skjer i behandling som en viktig informasjonskilde, hvor opplevelser og erfaringer ettersøkes aktivt med ord (Thornquist, 2005). Litteraturen som beskriver NPMF preges i stor grad av kasusbeskrivelser og kvalitative undersøkelser (Øien, Iversen, & Stensland, 2007), (Ekerholt, 2002). Respirasjonen og pustens kvaliteter beskrives ofte, men det er lite som beskriver selve gjespen.	
Formål og problemstilling: Formålet med prosjektet er å utdype forståelsen av hvilken betydning gjespen har i NPMF, samt å få kunnskap om hvilke erfaringer og opplevelser både pasienter og fysioterapeuter i dette feltet har om fenomenet. I andre kliniske fag har det kanskje vært mindre oppmerksomhet mot fenomenet gjesping enn i NPMF. Av den grunn kan det være en spennende utfordring å løfte dette frem. Hva er å gjespe? Hva ser vi etter i gjespen? Hva betyr fravær av gjesp? Hva er det som utløser gjesp i behandling? Hvordan forholder terapeuten seg til pasienten som gjesper/ikke gjesper? Hvilken betydning har gjespen i kliniske situasjoner?	
Design og metode: Det er valgt kvalitative intervjuer for gjennomføringen av prosjektet. Metoden bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk), og er egnet til å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Målet er forståelse snarere enn forklaring (Malterud, 2011).	
Utvalg:	

