

MASTEROPPGAVE
Master i psykisk helsearbeid
November 2018

Psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med pasienter som har
nedsatt kontakt med kroppen

Kate Brandal



OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for sykepleie og helsefremmede arbeid

SAMMENDRAG

Denne kvalitative studien handler om fem psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med å jobbe med traumatiserte pasienter som har nedsatt kontakt med kroppen. Tre temaer belyses i oppgaven. Det å jobbe med pasienter med nedsatt kontakt med kroppen er å jobbe med en sensitiv pasientgruppe som har vansker med kroppskontakt, trenger hjelp til å sette grenser, har behov for forsiktig tilnærming, og har ofte fravær av ord. Det er et følelsesengasjert arbeid. Endringene i pasientene kommer over tid, og forutsetningene for bedringen ligger i trygghet i relasjonen mellom pasient og terapeut, målene er kroppslig orienterte, utforskningen i å finne øvelsene er viktigere enn øvelsene brukt, og samtalen gjennom kropp er et sentralt virkemiddel.

Opgaven fokuserer på erfaringene til terapeutene, tilnærming til pasientene og hvordan de forstår kontakt. Fravær av kontakt kan bety at pasienten ikke kjenner kroppen sin eller opplever smerter. Når kontakten bedres, kommer følelsene og minnene.

Materialet viser at arbeid med bevegelse og kropp er krevende for både pasientene og terapeutene. Studien tydeliggjør betydningen av at pasienten må kjenne seg trygg i relasjonen til terapeuten før hun/han tør å utforske det som føles utrygt. Et mål kan være at pasienten lærer seg hva symptomene av å ikke kjenne kroppen er, slik at pasienten klarer å håndtere symptomene bedre. Bevegelse og det å jobbe gjennom kroppen utfyller samtalen, og er et sentralt virkemiddel for å jobbe med endringsarbeidet. Grenser handler om nærhet og avstand, og om relasjonen mellom terapeut og pasient. Endring i pasienten gjennom å jobbe med kroppslig tilnærming er tidskrevende, men en god innfallsvinkel når pasienten er tom for ord.

Opgaven kan brukes veiledende for psykomotoriske fysioterapeuter som har lite erfaring med å jobbe med pasientgruppen. Noen fastleger og annet helsepersonell vil også ha nytte av å vite hvordan terapeuter erfarer sitt arbeid med denne gruppen, da de for eksempel sender pasienter til psykomotorisk fysioterapi.

ABSTRACT

This qualitative research is about five psychomotor physiotherapists experiences of working with traumatised patients who has impaired contact with their body. Three themes illustrates the study. 1. Working with patients who has impaired contact with their body includes working with a sensitive group of patients who has a hard time with bodycontact, needs help to set limits, is in the need of careful approach, and often they have loss of words. 2. The work is emotionally demanding. 3. Changes in the patients develop over time. For the patients to get better, they need to feel safe together with the physiotherapist, their goals are bodily oriented, the exploring to find the exercises is more important than the exercises, and the conversation through the body is central to acheive the goal.

The study focuses on the experiences the therapists have, the approach they use with the patients, and how they understand contact. Impaired contact can mean that the patient does not feel his/her body or it can be experienced as pain. When the contact with the body gets better, they regain emotions and memories.

The material shows that working with movement and the body, is demanding for both the patients and the therapists. The study clarifies that the patient needs to feel safe in the relationship with the therapist before he/she can dare to explore what feels unsafe. A goal can be that the patient learns what the symptoms of not feeling his/her body is, so that he/she can better learn to deal with the symtoms. The focus in the conversation is through movement and working with the body, and is central for change. Limits is about proximity and distance, and the relationship between the therapist and the patient. Change in the patient through working with the body is timeconsuming, but a good approach when the patient has a loss of words.

This study can be used to mentor psychomotor physiotherapist who has little experience working with traumatised patients. Some familydoctors and other mental health workers may benefit from knowing how therapists experience their work with this group, since they for example send patients to psychomotor physioterapy.

FORORD

Endelig kom oppgaven til en ende. Veien til å fullføre oppgaven ble noe lenger enn forventet, men det føles godt å ha fullført den. Det virker nesten urealistisk å skulle levere den, gi den fra seg og ikke ha mulighet til å endre på noe.

Jeg må takke de fem psykomotorikerne som tok seg tid til å dele deres erfaringer med å jobbe med pasienter som har nedsatt kontakt med kroppen. Spesielt lærte jeg mye av de rike beskrivelsene i hvordan terapeutene gikk fram i møte med pasientene, hva de vektla og hvordan de forholdt seg til pasientene. Det har vært berikende og studien har økt egen forståelse for problematikken. Jeg synes jeg har blitt en bedre traumeterapeut med informasjon gitt og lært i denne prosessen.

Takk også til veilederen min, Wenche Bekken for uvurderlig hjelp. Hun har guidet meg gjennom oppgaven og hjulpet meg hver gang jeg har lest meg blind på oppgaven. Den trengtes å bli løftet flere ganger, og jeg takker så mye for hennes tålmodighet med meg.

Ikke minst må jeg takke min kjære Rune som har godtatt at jeg har satt meg inn i hulen min for å jobbe med oppgave istedenfor å være med han.

Arbeidsgiver skal ta del i æren for oppgaven, da jeg har fått fri til å delta i skoleukene. På arbeidsstedet har jeg også stor mulighet til å trene meg på alt jeg har lært, gjennom å jobbe med egne pasienter.

Oslo, 14.11.18

Kate Brandal

LÅSEMEKANISMEN

Hun har en mekanisme
en lås
som beskytter henne
Den smekker igjen
når noe truer
Før merket hun ikke låsen
Forsto ikke at den var der
hun var så vant til den
For det meste var den kanskje
igjensmekket?

Nå merker hun den
Ikke alltid
men stadig oftere
Hun kan kjenne hvordan kroppen
(for den finnes i kroppen)
liksom strammer til

Det blir som en vond knute i henne
det gjenlåste
Og hun vil løse og låse opp
Det er ikke lett

Hun prøver
Men kroppen er sin egen
Den er selvstyrt og
lar seg ikke lure
Så lenge beskyttelse trengs
smekker kroppslåsen igjen
For pålitelig er den kroppen

Hun sier takk
til kroppen
for lang og tro låsetjeneste
Og merker at kroppen
er sliten
Den trenger hvile og
hun vet at mindre permanent låsing
er bedre for kroppen
for henne

Men kroppens livslange
smekk-igjen-mekanisme
lar seg ikke så lett endre

Så hun forsøker å
leve med låsemekanismen
Håper på litt mindre
litt sjeldnere bruk av den
Slik at kroppen slipper streve
så mye

Hun lytter nøye til kroppen
det tar tid
For det er mye som truer kroppen
det tar krefter

Og en krevende verden
finnes fremdeles der ute

©gamle ugle

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING.....	8
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	8
1.2	TIDLIGERE FORSKNING.....	9
1.3	PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	11
1.4	STUDIENS RELEVANS.....	11
1.5	OPPBYGGING AV OPPGAVEN.....	12
2.0	PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI I PSYKISK HELSEVERN.....	12
2.1	Bakgrunnen til Norsk Psykomotorisk fysioterapi.....	12
2.2	Noen forskjeller mellom vanlig fysioterapi og psykomotorisk fysioterapi.....	13
2.3	Psykomotorisk fysioterapi i psykisk helsevern.....	14
2.4	Fysioterapeutisk undersøkelse og den ressursorientertekroppsundersøkelsen (ROK).....	15
2.5	Støttende vs. omstillende psykomotorisk behandling.....	16
3.0	BEHANDLING AV DEN TRAUMATISERTE KROPPEN.....	17
3.1	Traumer og relasjonstraumer.....	17
4.2	Dissosiative lidelser.....	18
4.3	Toleransevinduet.....	18
4.0	TEORI OM RELASJONER.....	20
4.1	Relasjonens betydning.....	20
3.2	Den terapeutiske samtalen.....	21
3.3	Anerkjennende terapi.....	22
3.4	Allianse og mål.....	24
3.5	Terapeutisk nærvær.....	24
5.0	METODE.....	25
5.1	Valg og beskrivelse av metode.....	25
5.2	Utvalg av informanter og rekruttering.....	27
5.3	Forforståelse.....	28
5.4	Intervjuene.....	28
5.5	Etiske betraktninger.....	29
5.4	Analyse av materialet.....	30
6.0	PRESENTASJON AV FUNN.....	32
6.1	En sensitiv pasientgruppe.....	32
6.2	Krevende og følelsesengasjert arbeid med pasientgruppen.....	38
6.3	Endringer i det små.....	40
7.0	DISKUSJON.....	47
8.0	IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS.....	52

9.0	AVSLUTNING	52
	INNHOLDSFORTEGNELSE	53
	VEDLEGG	55
	Vedlegg 1: Intervjuguide	55
	Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD	56
	Vedlegg 3: Samtykkeskjema.....	59
	Bakgrunn og formål	59
	Hva innebærer deltakelse i studien?	59
	Du vil bli intervjuet av meg på et passende sted for deg.....	59

1.0 INNLEDNING

1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

Bakgrunnen for valg av tema har utgangspunkt i min nåværende stilling som psykomotorisk fysioterapeut på et distriktpsikiatrisk senter (DPS). Her får jeg flere pasienter til behandling som har lite eller forstyrret kontakt med egen kropp. Dette kan være i form av nummenhet i føtter eller andre deler av kroppen, opplevelser av å ikke kjenne at armen er ens egen, eller andre former for å ikke kjenne deler av kroppen. Kroppen kan oppleves som fremmed og låst. Gretland (2007) skriver at forstyrrelser i persepsjon kan forstås som en beskyttelsesmekanisme personen har for å unngå gjenopplevelse av tidligere erfaringer eller trauma de ikke har greid å håndtere eller bearbeide psykisk. Hendelsen kan bli hvisket bort fra hukommelsen, og kan innebære en avspaltning av sensoriske inntrykk (Gretland, 2007, s. 52). Hun sier videre at det er viktig for fysioterapeuter å jobbe med og undersøke kroppen med forståelsen av at erfaringer fra tidligere i livet kan oppbevares på en ubevisst plan. Disse ubevisste minnene kan vekke hukommelsen med terapeutisk berøring, eller aktive bevegelser (Gretland, 2007).

Egen erfaring tilsier at det er en langvarig prosess for pasienten å koble seg på og gjenvinne eierskap av egen kropp. Det viser seg at denne pasientgruppen ofte går i mer langvarig behandling både i spesialisthelsetjenesten og andre offentlig instanser. Dette samtidig som de kommer til psykomotorisk fysioterapi. Første møte med en pasient innebærer alltid å starte en relasjon. Samme hva det kroppslige problemet er og hvilke smerter pasienten har, ligger grunnlaget for god behandling å skape en god relasjon. Pasientgruppen som har lite kontakt med egen kropp, er ofte traumatiserte, og noen av de kan ha vansker med å finne trygghet i relasjonen til terapeuten. Det kan ta lang tid før pasienten føler seg trygg nok til å begynne å gi slipp i kroppen. Som psykomotoriske fysioterapeuter jobber vi med hele mennesket, både kropp og sjel. Vi undersøker og blir kjent med pasienten, og tilrettelegger for en god behandling i forhold til hvordan de responderer på undersøkelsen.

Valg av tema for oppgaven springer ut fra et ønske om å øke egen forståelse for hvilke erfaringer andre psykomotoriske fysioterapeuter har med pasientgruppen som har nedsatt kontakt med deler av kroppen, hva de legger vekt på i behandling og undersøkelse, om det er spesielle øvelser de har god erfaring med, hva fokus i samtalen med pasientene kan være og hvordan de forstår problematikken.

1.2 TIDLIGERE FORSKNING

For å finne tidligere forskning som omhandlet psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med å behandle pasienter med nedsatt kontakt med kroppen, ble det brukt søkeord som: «psychomotor physiotherapy», «embodiement», «physiotherapy», «body contact», «loss of body contact», «post traumatic stress syndrome», «relations», «psykomotorisk fysioterapi», «nedsatt kontakt med kroppen», «traumer», «relasjoner», og «allianse.» Jeg søkte med ordene alene og i forskjellige kombinasjoner. Få studier beskrev erfaringer til terapeuter som jobber med denne gruppen. Flere studier beskrev betydningen av relasjonen mellom pasient og terapeut. Jeg fant noen forskningsstudier og noen masterstudier.

Øien, Steinhaug, Iversen & Råheim (2011) gjorde en studie for å utforske fortellinger av kroppsliggjøring gjennom psykomotorisk fysioterapi. De fant at den terapeutiske dialogen med utforskning, forståelse og løsning av problemene mellom terapeut og pasienten var gjensidig. Fysioterapeuten utforsket pasienten sin erfaring samtidig som hun justerte forståelsen til pasienten, og dette igjen ga pasienten nye kroppslige erfaringer gjennom nye mønstre i bevegelse og pust. Terapeuten var nysgjerrig og lydhør til pasienten sin kropp istedenfor belærende med å tolke hvorfor pasienten hadde smerter (Øien, Steihaug, Iversen & Råheim, 2011, s.37). Svakheter med studien er at den undersøkte bare en spesialist i psykomotorisk fysioterapi og to av dennes pasienter, men studien gir viktig informasjon i forhold til relasjon.

Ekerholt, Schau, Mathismoen & Bergland (2014) sin studie undersøkte en psykomotorisk fysioterapeut og en klinisk psykolog sitt samarbeid med traumatiserte pasienter, og nevner hvordan behandlingen var basert på empati og søken etter å integrere kroppsfølelse og emosjoner gjennom å få pasientene til å øke bevissthet i kroppslige reaksjoner. Studien hadde fokus på forståelsen av traumatiserte pasienter (Ekerholt, Schau, Mathismoen & Bergland, 2014). To fenomener sto ut: kroppsbevissthet og mulighet for mentalisering. De fant at pasienter som manglet eller hadde fragmentert kroppsbevissthet hadde redusert eller fragmentert minne om egen livshistorie og nedsatt kapasitet til å mentalisere egne erfaringer. Behandlingen var basert på empati og søken etter å integrere kroppsfølelse og emosjoner gjennom å få pasientene til å øke bevissthet i kroppslige reaksjoner (Ekerholt et al., 2014, s. 313). De fant at de kunne dele opp pasientene i to grupper: overstrukkede barn i den voksne pasienten og traumatiserte barn i den voksne pasienten. Den første gruppen klarte å slappe bedre av og husket godt egen livshistorie, mens traumatiserte barn hadde størst problem med emosjonell og mentalt stress. Den siste gruppen hadde lite kontakt med kroppen og følelsene som følte farlige ut. Måten de har taklet livet på er å dissosiere når de måtte kjenne etter egen kropp eller prate om livshistorien. Det å øke kroppsbevissthet kunne føles skremmende ut, og

de var redde for å miste kontroll. Studien fant også at kombinasjonen av psykomotorisk fysioterapi og samtaler hos psykolog var bra for å koble kropp og følelser (Ekerholt et al., 2014).

Ekerholt og Bergland (2004) lagde en studie om hvordan pasienten erfarer og forstår egen situasjon og helse i forbindelse med psykomotorisk fysioterapi. De fant at for pasienten var den første kontakten viktigst i forhold til å etablere en god relasjon de imellom. Pasientfokusert var om terapeuten var menneskelig, følelsen av å stole på terapeuten, at terapeuten hadde tid til pasienten, var rolig og vennlig. Videre så pasientene viktigheten av at terapeuten var sensitiv og klarte å lage et trygt miljø rundt seg, for å legge til grunn for et terapeutisk forhold (Ekerholt & Bergland, 2004, s.32-33).

Gry Enge Kristensen sin masteroppgave om hvordan psykomotoriske fysioterapeuter jobber med pasienter som sliter med ettervirkninger etter relasjonstraumer, skapte økt forståelse for selve problematikken denne gruppen sliter med og hvordan psykomotorisk fysioterapi kan brukes med denne pasientgruppen. Kristensen sine funn inkluderte hvordan terapeutene vektla vekslings mellom nærhet og avstand, og hvordan trygghetsfølelsen var viktig for at pasienten skulle tåle nærhet til seg selv og terapeuten (Kristensen & Universitetet i Tromsø Det helsevitenskapelige, 2013).

Linda Aarøen Lien sin masteroppgave undersøkte hvordan pasienter med relasjonstraumer hadde effekt av psykomotorisk fysioterapi i forhold til det å leve med traumene. Lien fant at pasientene hadde utbytte av psykomotorisk fysioterapi og fikk økt kontakt med egen kropp, mindre muskelspenninger og fikk hjelp til å sette grenser for seg selv og andre. Tidsperspektivet på behandlingen var viktig for pasientene, og flere hadde psykomotorisk behandling over flere år (L. A. Lien & Ekeli, 2016).

Rygge (2015) undersøkte betydningen av den terapeutiske relasjonen med bruk av måleverktøyet N-STAR. Konklusjon på studiet var at psykomotoriske fysioterapeuter og deres pasienter anså den terapeutiske relasjon som nær og et fundament for behandlingen i psykomotorisk fysioterapi. Den terapeutiske relasjonen virket til å være viktigere enn behandlingstiltakene. Terapeutene trakk frem det fysiske som en viktig del av relasjonen, mens pasientene opplevde at relasjonen ikke innebefattet fysisk berøring. Samtidig presiserte pasientene behov for en trygg relasjon for å slippe terapeuten til med berøring og massasje. (Rygge & Geirdal, 2015).

I følge de studiene jeg fant, omhandlet få terapeutenes erfaringer med å jobbe med pasienter som har nedsatt kontakt med kroppen. Informasjon fra denne studien vil gi økt forståelse for hvordan psykomotoriske fysioterapeuter erfarer å jobbe med pasienter som har nedsatt kontakt med kroppen.

1.3 PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

Problemstilling for oppgaven er hvordan psykomotoriske fysioterapeuter erfarer å jobbe med pasienter som har nedsatt kontakt med kroppen, og hvilke tilnæringsmåter de bruker.

Følgende forskningsspørsmål er undersøkt: hvilke øvelser som brukes, hvordan de vektlegger samtalen, opplever de at pasientgruppen får endring med tanke på kontakt med kroppen, og hvordan opplever de å jobbe med disse pasientene.

1.4 STUDIENS RELEVANS

Psykomotoriske fysioterapeuter jobber privat, i kommunen, sykehus eller i spesialisthelsetjenesten. Psykomotoriske fysioterapeuter behandler som oftest pasienter som har slitt med smerter over lengre tid, men det kan også komme pasienter som har vært stresset en stund som har lyst å bli litt mer kjent med egen kropp og mønstre. Problemene kommer i variert grad. Pasienter med traumer i bunnen er ofte i behandling hos psykolog samtidig som de kommer til kroppslig behandling hos en psykomotorisk fysioterapi. I kommunen kommer det også traumatiserte pasienter som går til psykomotorisk fysioterapi.

Alle tidligere hendelser i livet setter seg som spor i kroppen, enten det er godt eller vondt. Psykomotorikere vurderer alle pasientene som kommer til de, og som oftest gjør de en ressursorientert kroppsundersøkelse (ROK) for å vurdere hvor belastet pasienten er og om pasienten vil tåle omstillende psykomotorisk behandling eller om de er i mer behov for støttende psykomotorisk behandling. Egne erfaringer tilsier at en fullstendig ROK kan være for triggende for noen av de pasientene som er alvorlig belastet, som den pasientgruppen som har lite eller ingen kontakt med kroppen. Med triggende menes at de faller ut mentalt eller kroppslig, og får ikke med seg det som skjer i timen. Dette vil bli beskrevet senere. Det å få en relasjon med denne pasientgruppen kan ta lang tid. Det å få en bedre forståelse for hvordan denne pasientgruppen kan møtes, vurderes og behandles kan være nyttig for flere psykomotorikere og spesielt de som ikke har vært borti denne gruppen pasienter. Samtidig vil oppgaven være nyttig for andre helseprofesjoner som også jobber med traumatiserte pasienter.

1.5 OPPBYGGING AV OPPGAVEN

Oppgaven vil starte med to kapitler for å skissere forskningsfeltet. Et kapittel om psykomotorisk fysioterapi generelt og i psykisk helsevern for at leser skal få innblikk i hva en psykomotorisk fysioterapeut jobber med. Det neste kapitlet skildrer traumer for å få en bedre forståelse for gruppen som har nedsatt kontakt med egen kropp. I kapittel 4 beskrives teorier om relasjon og relasjonens betydning i arbeid med den traumatiserte pasienten. Deretter beskrives metode og funn i kapitler 5 og 6, og funnene blir diskutert opp imot relasjonsteorier i kapittel 7. Implikasjoner for studien nevnes kort i kapittel 8, før avslutningen avrunder oppgaven i kapittel 9.

2.0 PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI I PSYKISK HELSEVERN

Psykomotorisk fysioterapi (PMF) behandling baseres på tanken om at kroppen er en funksjonell og samspillende enhet, hvor psyke og soma ses på som en enhet. Kroppsholdningen, pusten og bevegelsene sier noe om hvordan mennesker har det, og gjennom kroppen reguleres følelsene. Følelser har igjen uttrykk i kroppen, som når du f.eks. ser et sint barn, så sier barnet det med hele kroppen (Thornquist & Bunkan, 1986). Psykomotoriske fysioterapeuter jobber med alle former for psykosomatiske lidelser, ofte sammensatte lidelser som har var over flere år. Hele kroppen blir vurdert og behandlet. Thornquist sier at tenkningen i psykomotorisk fysioterapi er at kroppen også regulerer følelsene våre. Kroppen bremser oss med pusten, muskulaturen og bevegelsene for å holde ubehag borte fra vår bevissthet. Det å bremse følelser og det å bremse kroppen er gjensidige prosesser (Eline, 2005, s. 34).

Nedenfor vil jeg kort si litt om bakgrunnen for oppstart av psykomotorisk fysioterapi, forskjellen på vanlig fysioterapi og psykomotorisk fysioterapi, psykomotorisk fysioterapi i psykisk helsevern, og hvilke verktøy som brukes i undersøkelse og behandling i psykomotorisk fysioterapi.

2.1 Bakgrunnen til Norsk Psykomotorisk fysioterapi

Samarbeidet mellom psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen i 1940 årene var starten på norsk psykomotorisk fysioterapi (B. H. Bunkan, 2001). Bülow-Hansen hadde lang erfaring fra ortopedisk fysioterapi, og fant at det var vanskelig å oppnå avspenning hos personen om pusten hos pasientene ikke var inkludert. Hun utforsket hvordan hun kunne påvirke forskjellig grad av avspenning som effekt av pusten, og fant også ut at hele kroppen trengte å bli behandlet (Thornquist & Bunkan, 1986). Braatøy med sitt humanistiske grunnsyn, var opptatt av både den

fysiske og emosjonelle belastingen som kom til syne i kroppen, og psykomotorisk fysioterapi (PMF) favner om både kropp og følelser, samt hvordan pasienten har det i eget liv (B. H. Bunkan, 2001).

2.2 Noen forskjeller mellom vanlig fysioterapi og psykomotorisk fysioterapi

Fysioterapeuter har i sin opplæring fått god kunnskap om kroppens muskulatur, beinstruktur, ledd, og andre organer. Opptrening av skadede kropper, og behandling av stiv muskulatur eller ledd, er ekspertisen til fysioterapeutene. Endring er målet i fysioterapi. Relasjonen er også viktig, for at pasienten kan føle seg trygg under fysioterapeutens pleie. I den vanlige fysioterapi utdanningen er det lite fokus på psykiske lidelser men heller hvordan kroppen fungerer med muskulatur, ledd, og nervesystem. De pasientene som kommer til en fysioterapeut er der for å rehabilitere vonde deler av kroppen for så å kunne fungere bedre i hverdagen. Ofte er det synlige skader i form av at pasienten halter grunnet et vondt bein, eller klarer ikke stå oppreist fordi hun har vondt i ryggen.

Psykomotorisk fysioterapi utdanningen legger stor vekt på relasjonen til pasienten. Samtidig lærer studentene om de forskjellige psykiske lidelsene. I utdanningen legges det også stor vekt på å lære den ressursorienterte kroppsundersøkelsen (ROK) som vil gi svar på om pasienten som skal behandles trenger mer støttende behandling eller om pasienten vil tåle omstillende psykomotorisk behandling. Behandlingsform kommer jeg tilbake til senere.

Den største forskjellen på psykomotorisk fysioterapi og tradisjonell fysioterapi er fokuset som PMF har på pusten. Pusten vurderes både i selve undersøkelsen og i behandlingen (Ekerholt & Bergland, 2008). Psykomotoriske fysioterapeuter prater om dosering med tanke på hvor mye pasienten skal utfordres i behandlingen. Dosering er avhengig av hvordan pasienten responderer i pusten. Om pasienten holder pusten, er det et tegn på at dosen er for høy, og terapeuten må dosere mindre (B. H. Bunkan, 2001). Tidligere forskning med Ekerholt og Bergland (2008) fant at deltagerne ble følsomme når pustemønsteret endret seg. Om disse følelsene var ukjente, kunne de gi angst og kvalme. Videre fant de at pusten kan gi uttrykk for kontakten mellom tankene og kroppen, og at pusten hadde innflytelse på det terapeutiske forholdet og resultatet (Ekerholt & Bergland, 2008). Pusten bremses når vi har følelser som vi ikke aksepterer. Over tid med holdt pust, vil kroppen endres og reduserer evnen til å omstilles. Når man evner å slippe til pusten, kan det hjelpe til å slippe følelsene fram (Thornquist & Bunkan, 1986). Fokus på pusten er en viktig forskjell mellom fysioterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter, siden psykomotorikerne hele tiden observerer pusten til pasienten.

Pasientgruppa som har liten kontakt med egen kropp er ofte traumatisert og kommer til fysikalsk behandling hos både fysioterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter. Denne gruppa har behov for

lydhøre terapeuter, som virkelig bruker god tid på å skape trygghet og relasjon til pas, slik at hun etter en god stund tør å slippe opp eget forsvar.

2.3 Psykomotorisk fysioterapi i psykisk helsevern

Gretland skriver i sin bok om fysioterapi i psykisk helsevern, at det er lite psykiatrisk litteratur som omhandler kroppen. Kroppen er dog sterkt tilstede hos pasienter med psykiske lidelser, som ofte har mange kroppslige plager. Psykisk helsevern har i det siste århundret vært preget i den biologiske tenkningen, og psykiske lidelser har blitt sett på som en følge av biologiske forstyrrelser (Gretland, 2007, s. 17). Andre tankemåter om psykiske lidelser er at det er problemer i den mellommenneskelige relasjonen, hvor samtaleterapi og språket er sentralt. Her er kroppen igjen ikke tatt med i betraktning. Gretland argumenterer med at innenfor denne todelte tenkningen, er det lite plass til den «erfarende og uttrykksfulle kroppen» (Gretland, 2007, s. 20).

Gretland (2007) skriver at i motsetning til den todelte forståelsen av mennesket, er kroppsfenomenologien som ble utformet av Merleau-Ponty, et viktig alternativ. Ifølge Merleau-Ponty sin kroppsfenomenologi møter mennesket omverdenen som kropp, og med kroppen søker mennesket mening og blir bevisste. Kroppen er erfarende. Hvordan vi beveger oss formes av hvordan vi oppfatter omgivelsene. Om omgivelsene er innbydende for personen vil hun/han bevege seg annerledes enn om omgivelsene er frastøtende (Gretland, 2007, s. 24). Hvordan personen oppfører seg i situasjoner speiles av tidligere erfaringer samtidig som de er her og nå. «Fortid-nåtid-framtid er vevet sammen i ureflekterte væremåter i øyeblikket – som dermed ikke er noen løsrevet enhet, men et moment i en sammenhengende kjede av handlinger og hendelser» (Gretland, 2007, s. 27). Med tanke på pasientgruppen som har nedsatt kontakt med kroppen og som ofte er traumatiserte, så har de også ofte en måte å bevege seg på. I kontakt med denne pasientgruppen, som er variert, kan det være at pasienten ønsker å være usynlig i den forstand at hun/han heller kryper sammen i holdningen og ønsker se andre steder enn inn i andres øyne. Kan hende de ser stive og redde ut i kroppen og som psykomotorisk fysioterapeut kan du ense at her må du gå forsiktig fram i måten å møte denne pasienten på.

Kroppen husker ofte det mennesket selv har glemt. Disse minnene kan vekkes av bevegelser eller berøringer som minner om tidligere opplevelser. Gretland (2007) skriver at forstyrrelser i persepsjoner kan være en beskyttelse personen har mot å gjenoppleve den hun/han opplevde tidligere. «Det kan omhandle alt fra avspalting av sensoriske inntrykk til vansker med å fortolke slik informasjon på meningsbærende måter» (Gretland, 2007, s. 52). Dette kan ses i sammenheng med pasienter som ikke kjenner deler av kroppen. De kjenner ikke deler av kroppen for å beskytte seg selv mot tidligere minner. Når pasientene etter hvert får mer kontakt med kroppen, er det sjans for at

de kommer i kontakt med tidligere minner også. Dette igjen kan skape angst hos pasienten. Som psykomotoriske fysioterapeuter bør vi derfor være klar over dette.

2.4 Fysioterapeutisk undersøkelse og den ressursorientertekroppsundersøkelsen (ROK)

Gretland (2007) hevder at funn fysioterapeuten finner i undersøkelsen ikke kan ses uavhengig av det relasjonelle som skjer mellom terapeut og pasient. Derfor er det viktig at terapeuten tenker over hva som er gitt av biologiske tilstander, og hva som er funn som følge av interaksjonen de imellom. Undersøkelsen forteller derfor delvis om kroppslige forhold, samtidig som den forteller om hvordan pasienten ter seg i den gitte situasjonen (Gretland, 2007, s. 95).

I psykomotorisk fysioterapi er det vanlig å foreta en ressursorientert kroppsundersøkelse (ROK). Undersøkelsen har fokus på ressursene til pasienten, og det blir viktig å påpeke hva som fungerer i kroppen til pasienten, så vel som det å forklare pasienten om hvilke funn som kommer fram. Kroppsholdning, respirasjon, kroppsfunksjon (bevegelse og mulighet for avspenning), muskulatur, det autonome nervesystemet og kroppsbildet blir undersøkt og satt i et kontinuum som strekker seg fra ubelastet til svært belastet. Hver del i undersøkelsen gir indikasjoner om den delen er mindre eller mer belastet. Dette kontinuumet viser til hvor behandlingen for pasienten starter, og hva terapeuten tror pasienten vil tåle (Berit Heir Bunkan, 2008). Ressurskontinuumet veileder med andre ord terapeuten i om terapeuten bør være varsom i starten og gi mer støttende behandling eller om terapeuten tror at pasienten vil tåle mer omstillende psykomotorisk behandling. Dette beskrives nærmere i neste avsnitt.

Kroppsholdningen er viktig fordi den ligger til grunn for alle bevegelser i kroppen. Med en god holdning menes at de forskjellige leddene hviler på hverandre og at spenningsforholdene på kroppens bakside og framside er like. Respirasjon vektlegges i psykomotorisk fysioterapi. Med å skyve bort følelser som man ikke ønsker å kjenne på, kan pusten hemmes (Berit Heir Bunkan, 2008). Om pasienten har overfladisk og høykostal pust, vil pasienten lande på belastet side av kontinuumet. Kroppsfunksjon med undersøkelse av passive bevegelser vurderer fleksibilitet, trygghet og om pasienten er omstillbar. Klarer pasienten å gi slipp, og la terapeuten bevege seg, eller hjelper hun til eller gir motstand med passive bevegelser? Pasientens trygghet eller utrygghet kan komme til syne i undersøkelsen, hvor en trygg pasient lettere lar seg lede i passive bevegelser (Berit Heir Bunkan, 2008). Om en pasient ikke klarer å la seg lede av terapeuten, men stivner til, kan det være et tegn på at pasienten er på belastet side av kontinuumet. Det skal sies at om pasienten har mye smerter, er det også vanskelig å la seg lede passivt av terapeuten, selv om pasienten er trygg. Om det er språklige utfordringer, er også muligheten der for at pasienten ikke forstår helt hva terapeuten ønsker med

undersøkelsen. Det er viktig at terapeuten bruker litt skjønn generelt under undersøkelsen. Muskulatur sjekkes for konsistens, stivhetsgrad og fylde. Muskelspenninger er ofte involvert av følelser, og når man slipper opp holdet i muskulatur og slipper til pusten, kan følelsene komme (Thornquist & Bunkan, 1986). Autonome og endokrine reaksjoner som endring i hudtemperatur, svette, kvalme, øresus og skjelvinger registreres og vektas i forhold til hvordan pasienten responderer på undersøkelsen. Med store autonome reaksjoner, kan pasienten være mer belastet (Berit Heir Bunkan, 2008). Kroppsbildet innebærer blant annet kontakt med egen kropp. Kontakt med kroppen er en betingelse for et godt kroppsbilde (Berit Heir Bunkan, 2008, s. 54). Bunkan (2008) skriver også at kroppsbildet kan bli rigid eller strukturløst om personen har nedsatt eller forstyrret kontakt med kroppen. Når kontakt med kroppen bedres kommer ofte glemte følelser tilbake. Hun argumentere også for at om blokkering av sansing med kroppen skjer både i tidlig alder og senere, at verbal psykoterapi ofte ikke er nok, og at kroppslig tilnærming er viktig (Berit Heir Bunkan, 2008, s. 62).

2.5 Støttende vs. omstillende psykomotorisk behandling

Støttende psykomotorisk fysioterapi gis til pasienter som er mer belastet på ressurskontinuumet i den ressursorienterte kroppsundersøkelsen (ROK). Det kan være at pasienten får autonome reaksjoner som angst, blir trigget av minner, klarer ikke å gi slipp med passive bevegelser, eller er så belastet at terapeuten ikke kan ta på pasienten. I disse situasjonene er det viktig med kontroll og stabilisering, og avspenning er ikke i fokus (B. H. Bunkan, 2001). Behandlingen går over tid, og terapeuten går forsiktig fram når det gjelder å endre pasienten sitt kroppslige forsvar. Eksempler på støttende psykomotorisk fysioterapi kan være balanse- og styrkeøvelser, progressiv avspenning hvor pasienten strammer muskulatur og slipper opp, kroppsavgrensende grep for at pasienten lettere skal kjenne hvor kroppsgrensene går, og massasje som ikke fordrer til at pasienten skal gi slipp på pusten.

Omstillende psykomotorisk behandling kan startes når kroppsfunn i ROK er moderate. Eksempel på det kan være at pasienten klarer å gi etter for passive bevegelser, pusten er ikke stresset i undersøkelsen og pasienten har få autonome reaksjoner. I omstillende PMF legges det vekt på fleksibilitet, opplevelse av egen kropp, avspenning, og endring i pust. Omstillende behandling fører ofte til nær kontakt med følelsene (B. H. Bunkan, 2001). Et mål kan være å endre spenninger i kroppen og lære seg nye mønstre, istedenfor å holde på tidligere mønstre som har vedlikeholdt spenningene (Berit Heir Bunkan, 2008). Når pasienten klarer å slippe til pusten, blir det omstilling i kroppen over tid.

3.0 BEHANDLING AV DEN TRAUMATISERTE KROPPEN

Det å forstå hva et traume er har betydning for å forstå pasientgruppen som har nedsatt kontakt med egen kropp. Som fysioterapeuter kan vi få pasienter i behandling som har vært traumatiserte. I arbeidet på et DPS, ses denne pasientgruppen oftere enn i en klinikk i kommunen. Det er viktig å ha kunnskap om hvordan traumer utvikles og hvordan de setter seg i kroppen.

3.1 Traumer og relasjonstraumer

Anstorp & Benum (2014) skriver at psykologisk sett er traume en fenomenologisk vurdering og baseres på den enkelte personen sin opplevelse av det som har skjedd. En uutholdelig hendelse overvelder sentralnervesystemet som ikke blir stabilisert. Et traume er som et sår som ikke har leget seg, og ofte husker ikke personen hva som har skjedd (Anstorp & Benum, 2014, s. 24). Ogden (2015) skildrer traume som noe truende som vi ikke klarer å integrere. Selve opplevelsen av en hendelse variere fra person til person, og en hendelse kan gi en person store traumer, mens en annen ikke vil reagere på samme måte (Ogden, 2015).

Levine (1997) sammenligner mennesker og deres respons på traumatiske hendelser med dyrene. Dyrene går i fryst tilstand instinktivt etter å ha blitt fanget, men de klarer å flykte når predatoren gir slipp. I etterkant klarer dyrene å riste av seg resterende effekter av den fryste responsen og gjenoppta kontroll over kroppen. Mennesker har ikke samme muligheten til å riste av seg den fryste tilstanden etter et traume, og traumatiske symptomer stammer fra restene av forfrysningen som ikke har blitt forløst. Restene blir sittende igjen i nervesystemet og ødelegger i form av traumatiske symptomer som f.eks. søvnløshet, smerter i kroppen, panikk anfall, irritasjon eller sinne. Post traumatisk stress syndrom (PTSD) oppstår når mennesket ikke klarer å komme seg inn, gjennom og ut av det fryste stadiet. Et truet menneske kan få symptomer som angst, depresjon og psykosomatiske lidelser når mennesket bruker all energi for å håndtere trusselen på traumet (Levine, 1997).

Tidlig traumatisering fra den som skulle gi barnet omsorg, enten i form av vold, seksuelt misbruk, emosjonell utilgjengelighet, omsorgssvikt eller annet, kan ødelegge hvordan barnet regulerer trygghet og kan svekke personens evne til å bruke relasjoner til å danne trygghet. Barnet kan ha opplevd at det ikke kan flykte fra faren (Anstorp, Benum & Jakobsen, 2006). Ekerholt et al. (2014) sin studie fant at pasienter som manglet eller hadde fragmentert kroppsbevissthet hadde redusert eller fragmentert minne om egen livshistorie og nedsatt kapasitet til å tolke egne behov. Denne pasientgruppen hadde problemer med emosjonell og mentalt stress, og lite kontakt med kroppen og følelsene som følte farlige ut. Måten de har taklet livet på er å dissosiere når de måtte kjenne etter egen kropp eller prate om livshistorien. Det å øke kroppsbevissthet kunne føles skremmende ut, og de var redde for å miste kontroll (Ekerholt et al., 2014).

4.2 Dissosiative lidelser

Begrepet dissosiasjon brukes ofte og har fått egen diagnose i det medisinske kodeverket ICD 10. F44 Dissosiative lidelser (konversjonslidelser) er i ICD 10 definert som «delvis eller fullstendig tap av normal integrasjon mellom erindringer om fortiden, identitetsbevissthet, umiddelbare sanseintrykk og kontroll over kroppsbevegelser» (World Health, 1999). ICD 10 beskriver videre hvordan lammelser og følelseløshet kan utvikles om problemet som ligger bak er uforløste problemer i forhold til andre mennesker. Det er ingen medisinske funn som tilsier at personen med en dissosiasjonslidelse skal lide av somatiske eller nevrologiske lidelser, men årsaken er heller psykologisk og er knyttet til uløselige og uutholdelige problemer med relasjoner til andre mennesker. Følelsesmessige konflikter ligger ofte som årsak bak konversjonslidelsen (World Health, 1999). Det er stor variasjon i hvor mye en person dissosierer, selv med diagnosen de har fått.

Flere av de traumatiserte pasientene som kommer til behandling har gjennom gjentatte ganger nummet ut tilværelsen med dissosiasjon og ikke klart å være tilstede i egen oppvekst. Anstorp et al. (2006) skildrer dissosiasjon på denne måten:

Kroppen er ikke min, deler av kroppen fins ikke. Jeg legger den bort. Jeg ser ned på bena mine, de er ikke der. Jeg kan jo se de, men jeg kjenner de ikke. Jeg våkner opp en morgen og kroppen min (eller var den min?) hadde vokst. Jeg var visst blitt 11 år. Bena nådde ned til enden av senga. En del av meg hadde vært borte i fire år. (Anstorp et al., 2006, s. 24)

De traumatiske minnene blir da vanskelig å inkorporere og ved senere anledninger kan personen trigges av en lukt, eller et blick som er strengt, og det kan framkalle panikk, utkobling og nummenhet (Anstorp et al., 2006). Dissosiasjon kan forekomme både mentalt og kroppslig.

4.3 Toleransevinduet

Mennesker med traumer kan være sårbare for overaktivering (hyperaktivering) og underaktivering (hypoaktivering.) Når en faresituasjon skjer har man ikke tid til å begynne å tenke på hva en skal gjøre. Den eldste delene av hjernen reagerer lynraskt, og setter i gang en del automatiske responser før en rekker å tenke. Kroppen vil gå i flykt, frykt eller frys modus for å overleve. Mennesker som har opplevd traumatiske hendelser i livet, kan oppleve at disse automatiske reaksjonene starter uten at de er i en farlig situasjon. Det er fordi hjernen reagerer på alle ting som kan minne om traumatiske hendelser. Personen blir trigget av noe som minner om noe som har hendt tidligere, setter i gang «røykvarsleren», får en automatisk respons (hjerterbank), som gir en indre reaksjon (frykt, tanke om at jeg dør), som ender i en handling (Ogden, 2015). Videre skildrer Ogden et al. (2006) at når man er

innenfor toleransevinduet har man mulighet til å tenke og lære nye ting. Tenke, føle, lære eller ha sosial kontakt er i fokus. Man kjenner følelsene sine og tåler de ganske greit. Man kan være både stresset eller lei seg, men ikke på en måte som aktiverer overlevelsesreaksjonene deres (Ogden, Pain, Minton, Siegel & van der Kolk, 2006). Anstorp & Benum (2014) skriver at pasienten er bedre rustet til å være i en relasjon med terapeuten når hun er innfor toleransevinduet. Innenfor toleransevinduet klarer pasienten å tåle egen kropp, mentalitet og følelser bedre (Anstorp & Benum, 2014, s. 37).

Overaktivering er når kroppen føler den er fare. Det sympatiske nervesystemet er aktivt og man får økt puls, økt blodtrykk, og utvidede pupiller for å se bedre. Blodet går til de store muskelgruppene i armer og bein slik at en kan løpe raskt for å komme seg vekk eller for å slå hardt for å forsvare deg. Kroppen kommer i flukt eller kamp modus. Veldig ofte får man mye muskelspenninger i kroppen om man er i overaktivering mesteparten av tiden, og kan derfor få en del smerter som vi fysioterapeuter skal behandle. Underaktivering skjer når en ikke klarer å flykte eller kjempe imot og må overgi seg. Det parasympatiske nervesystemet aktiveres, og personen føler mindre frykt og smerte.

Hjertefrekvensen går drastisk ned og pusen blir rolig. Blodsirkulasjonen går til de indre organer og man blir slapp og kald i armer og bein. Man blir nummen og kjenner mindre det som skjer av sansepåvirkning. Man blir fjern og likeglad, og forsvinner delvis fra virkeligheten og dissosierer. Mennesker som har traumelidelser har ofte vansker med å holde seg innenfor toleransevinduet. Det skal lite til av stress, vanskeligheter eller følelser før de går ned i underaktivering eller opp i overaktivering. Mange er på vakt og har høy beredskap i kroppen (Ogden et al., 2006).

Som psykomotorisk fysioterapeut er det nyttig å ha forståelse for toleransevinduet siden vi jobber med kroppen. Det er viktig å kjenne tegn på når pasienten går i overaktivering eller underaktivering, og få pasienten tilbake inn i toleransevinduet. Stabiliseringsøvelser som å kjenne føttene i gulvet, krølle tærne, kjenne ryggen inntil stolen, eller holde håndflatene mot hverandre er fine å bruke. Tempo på øvelsene er viktig å tenke på. Er pasienten underaktivert bør fysioterapeuten bruke raskere tempo på øvelsene og er pasienten overaktivert bør det være rolig tempo på øvelsene for at pasienten skal roe seg ned og komme inn i toleransevinduet. Bruk av musikk kan øke tilstedeværelsen, og bruk av objekter som en stein i lomma vil få pasienten tilbake til her og nå. Nok søvn, riktig ernæring, nok fysisk aktivitet, struktur på hverdagen er noen viktige elementer til å styrke den indre veggen, og personen med traumer vil tåle mer og ha utvidet toleransevindu.

Når nervesystemet ikke klarer å regulere seg etter stressede situasjoner, eller oppveksten er preget av vedvarende over- eller underaktivering, vil personen oppleve fare selv om hun/han ikke er i fare. Tidligere opplevelser, lukter, situasjoner kan trigge personen og hun faller ut av toleransevinduet (Ogden, 2015).

4.0 TEORI OM RELASJONER

Som psykomotoriske fysioterapeuter må vi bli kjent med hvordan vi selv kan påvirke relasjonen til pasientene våre. Ofte kan pasienten både ha ønske om trygging og nærhet, samtidig som de kan ha angst for akkurat dette. Derfor trenger de som jobber med psykisk helse å utdanne seg innenfor profesjonelt relasjonsarbeid (Geirdal & Varvin, 2017). I utdanningen i psykomotorisk fysioterapi hadde vi fokus på relasjoner, men det er ofte ikke nok. Egne erfaringer med relasjoner til pasienten over tid og innsikt i egne reaksjoner overfor pasienten med hjelp av veiledning vil bidra til utdanning i relasjonsarbeidet, samt det å holde seg oppdatert på forskningen.

Nedenfor beskrives relasjonens betydning, etterfulgt av samtalen, anerkjennelsen, alliansen, og terapeutisk nærvær. Disse teoriene ble valgt da de har stor betydning i relasjonsarbeidet som skapes mellom psykomotorisk fysioterapeut og pasient, og er interessante i forhold til funnene i oppgaven.

4.1 Relasjonens betydning

Tiden det tar å skape en god relasjon med pasientgruppen som har lite kontakt med egen kropp kan variere. Pasientene kommer med variert grad av kroppskontakt, og variert grad av traumer. Egen erfaring tilsier at pasientene som har traumer fra tidlig alder og samtidig har problemer med mellommenneskelige relasjoner, trenger lenger tid til å bli trygg på terapeuten, tørre å stole på at det er greit å bli kjent og stole på at terapeuten vil henne vel. Dette varierer fra pasient til pasient, og hvilke tidligere erfaringer de har med behandling. Mulig de kommer til psykomotorisk fysioterapi for første gang, og er veldig usikre på hva det innebærer. Allerede i første samtale med pasienten, vil terapeuten få innsikt i hvor redd og anspent, eller hvor avspent pasienten er. Når pasienten virker til å være redd, er det viktig at terapeuten bruker god tid til å skape en god relasjon.

Selve relasjonen mellom terapeuten og pasienten er ofte viktigere enn problemet som legges fram i timen (Anstorp & Benum, 2014). Relasjonelle vansker oppstår når mennesker vokser opp med nære relasjoner som gir de tvetydige svar. Om den voksne sier at hun er glad i barnet samtidig som hun skader barnet, blir barnet skeptisk overfor mors motiv. Personen får problemer med å tolke situasjoner, og mellommenneskelig kommunikasjon kan bli vanskelig (Anstorp & Benum, 2014). Pasientgruppen som har lite kontakt med kroppen har ofte mellommenneskelige relasjonsproblemer. Derfor kan det ta litt tid for å få en god relasjon til denne pasientgruppen. Det er viktig for terapeuten å ha tilgang til følelsene hun selv sitter med, for at det skal bli lettere å sette seg inn i

pasienten sin lidelse for best å hjelpe henne. Det er også viktig å romme pasienten og best mulig forstå følelsene hennes (Schibbye, 2012).

Lien (2018) sier at relasjonsbegrepet bør være grunnleggende i all form for terapi. Det å jobbe med mennesker innebærer alltid en form for relasjon. Tanker, uttrykk av følelser eller kroppslige reaksjoner blir fortolket. Lien skriver også i sin bok:

Menneskenes liv består av mellommenneskelige relasjoner. Vi er avhengige av å bli holdt og løftet av andre, ikke minst for å kunne holde og løfte seg. *Hvordan* vi som mennesker blir holdt og løftet og kan holde og løfte, er relasjonens gåte. (J. Lien, 2018, s. 14)

Den reelle relasjonen defineres som «den personlige relasjonen mellom behandler og pasient hvor begge er genuint opptatt av den andre på en måte som er til gunst for han eller henne» (Geirdal, 2017, s. 37). Det å være genuin med åpenhet og ærlighet er viktig. Det at terapeuten er bevisst egne følelser og bevisst hva som er best for pasienten i relasjonen dem imellom, er å være genuin. Relasjonen blir dypere etter hvert som behandlingen gir resultater som er positive. Det at pasienten ser at terapeuten viser empati, er genuin og aksepterende, bidrar til en bedre relasjon (Geirdal, 2017).

Relasjon omhandler hvordan være i øyeblikkene sammen med klienten. Nonverbal synkronitet innebærer det som skjer nonverbalt innenfor samhandlingen. Misund (2017) sier at: «når samhandlingsrytmen er synkron, kan interaksjonen beskrives som en rytmisk «dans» der den følelsesmessige inntoningen, vitaliteten, turtakingen og de kroppslige bevegelsene gjenspeiler en velfungerende og gjensidig kommunikasjon» (Misund, 2017, s. 128).

3.2 Den terapeutiske samtalen

Den terapeutiske samtalen i psykomotorisk fysioterapi innebærer hva pasienten kjenner i kroppen her og nå. All samtale er ikke terapeutisk, men med å vise at en er interessert i den andre med å småprate, vil relasjonen mellom pasient og terapeut bli tryggere. Det er dog en asymmetri mellom terapeut som har institusjonen i ryggen og pasienten som ønsker hjelp (Gretland, 2007).

Samtalen er en del av psykomotorisk behandling. Hva kjenner pasienten på her og nå? Med å ha samtale rundt hva pasienten kjenner på, blir ofte pasienten mer nysgjerrig på hvordan kroppen oppleves i det daglige, og hvordan de oppfatter seg selv (Gretland, 2016). Psykomotorisk fysioterapi fremmer både innsikt og refleksjonen pasienten kan kjenne på, og med for eksempel å be pasienten komme ut av grepet til terapeuten om det gjør vondt med et knip til leggmuskulatur, får pasienten trene på å sette grenser med kroppen og derfor fremme handlingsevnen (Gretland, 2016).

Et problem med å språklig gjøre kroppslige erfaringer, er at erfaringen i seg selv aldri fullt ut kan beskrives, men det gjør det mulig å reflektere sammen. Gretland (2007) skriver at: Skal en kunne ta inn pasientens (kroppslige) verden, må en være lydhør i vid forstand, og følge opp pasientens egne initiativ og utsagn på en anerkjennende måte» (Gretland, 2007, s. 184). Med å prate om kroppen og hvilke kroppslige reaksjoner pasienten eventuelt kjenner på, blir pasienten bedre kjent med egen kropp. For pasientgruppen som har nedsatt kontakt med egen kropp, tar det av erfaring lenger tid før pasienten blir kjent med egen kropp.

3.3 Anerkjennende terapi

I arbeid med pasientgruppen med nedsatt kontakt med kroppen er anerkjennelse viktig. Gjennom gjensidig anerkjennelse vil både terapeut og pasient forholde seg til hverandre som subjekter, og dette er viktig for endring om relasjonen er fastlåst. Schibbye (2012) skriver at anerkjennelse «innebærer at den andres indre opplevelsesverden blir fokusert og verdsatt som en selvfølge nettopp fordi det dreier seg om et medmenneske» og at «å være anerkjennende innebærer at jeg må «fange opp den andres bevissthet» og gi den tilbake som «anerkjent av min bevissthet»» (Schibbye, 2012, s. 258-259). Så terapeutens ubevisste kroppsspråk plukkes opp av pasienten, og er en del av relasjonen de imellom. Anerkjennelse inkluderer bekreftelse, det å lytte og forstå, det å akseptere og tolerere den andre. Alt dette ses i sammenheng og er dialektisk, og forstås slik at det å lytte er en forutsetning for å forstå pasienten. Forståelse må være tilstede for å kunne akseptere og bekrefte (Schibbye, 2012).

Gretland (2007) refererer til Thornquist og beskriver viktigheten av å lede pasienten på en måte som anerkjenner dennes erfaringer og kompetanse, for å fremme selvtiliten, autonomien og deltakelsen til pasienten (Gretland, 2007, s.184).

Anerkjennende terapi innebærer å gå sammen med pasienten for å utforske og forstå symptomene til pasienten (Vatne, 2006, s. 127). Anerkjennelse oppleves av pasienten når hun/han blir møtt med forståelse (Vatne, 2006, s. 128). Klienter som har blitt krenket i forhold til egne grenser, har behov for en terapeut som kan hjelpe han/henne med å få tak i hva egne behov er, og lære å si ifra når ting ikke er greit. Dette gir støtte og trygghet både for klient og terapeut (Anstorp & Benum, 2014).

Som psykomotoriske fysioterapeuter lytter vi ikke bare til hva pasienten sier, men også til hva kroppen sier. Hvordan sitter pasienten? Hvordan er pusten? Ser pasienten stresset ut, eller er hun mer ansent? Har pasienten ord for hva hun/han kjenner i kroppen, eller hva mangler eventuelt av kontakt? Hva skjer under hendene til psykomotorikeren når hun håndterer pasienten sin muskulatur? Vi er lyttende tilstede underveis i behandlingen, og spesielt lyttende til hva som skjer i pasienten sin

kropp. Så spør terapeuten om pasienten kjenner endring underveis for å gjøre henne mer oppmerksom på kroppen også. De får mulighet til å reflektere hva de kjenner eller ikke kjenner i kroppen. Schibbye (2012) skriver at lytting er en aktiv prosess og at terapeuten har fokus på det pasienten opplever og at terapeuten er tilgjengelig med egne følelser. Dette bidrar til trygghet for pasienten.

For at pasienten skal få en indre forståelse, trenger terapeuten sidestille seg med pasienten og bruke en undrende holdning. Schibbye (2012) skriver at:

å få sine følelser av ambivalens, forvirring, hat og så videre fanget opp i en annen, setter i gang en prosess hvor klienten kan begynne å skille ut og samtidig integrere disse følelsene, og på den måten få et annet forhold til dem. (Schibbye, 2012, s. 273)

Pasienten kan bli mer reflektert når hun/han kan se seg selv utenfra. Som psykomotoriske fysioterapeuter har vi en undrende holdning til hva pasienten kjenner i kroppen. Dette spørsmålet kan være vanskelig å svare på om en har lite kontakt med kroppen. Flere pasienter vil svare at de ikke vet hva de kjenner. Med øvelser og for eksempel kroppsavgrensende grep eller massasje, vil pasienten etter hvert klare å sette ord på det hun kjenner og ikke kjenner. Nyanser av smerter kan komme fram og pasienten blir bedre kjent med egen kropp.

Vatne (2006) skriver at man setter grenser for seg selv gjennom å avgrense gjennom å skille egne fra andres opplevelser. For å gjøre det mulig å kjenne forskjell på egne og andres følelser, må personen har et forhold til sine egne opplevelser, klare å reflektere selv og være selvavgrenset. For å hjelpe den andre til å bli mer avgrenset, må terapeuten reflektere over adferden til pasienten, samtidig som terapeuten klarer å reflektere over egne følelser mens hun/han er sammen med pasienten (Vatne, 2006, s. 145).

Gretland (2007) skildrer at mennesker som har opplevd grenseoverskridelser kan oppleve det som invaderende om terapeuten kommer for nær, samtidig som berøringen også kan bevisstgjøre savn etter nærhet og mulig sorg. Det er avgjørende for terapien at tilpassing av nærhet og avstand til pasienten er innenfor pasienten sin toleranse. For best å hjelpe pasienten til å ikke skride over egne grenser er å ha med pasienten som en person. Fysioterapeuter tester ut hvilken tilnæringsmåte hun skal bruke, alt fra knotteballer til mer direkte kontakt. Knotteballen kan funger som en avstandsregulator om direkte berøring blir for nært (Gretland, 2007).

Psykomotorikeren er ansvarlig for at pasienten ikke blir retraumatisert om pasienten har opplevd krenkelser eller tillitsbrudd tidligere, og det er viktig at det legges til rette for trygge rammer. Ofte må den traumatiserte pasienten ha oversikt over både terapirommet og fysioterapeuten.

Fysioterapeuten må oppleves forutsigbar for pasienten, og det er viktig at terapeuten respekterer

grensene til pasienten. Dette krever at fysioterapeuten er var for de uttrykk som kommer til syne i pasienten og hvordan pasienten reagerer på behandlingen. Både pasient og terapeut blir kjent med hvilke reaksjonsmønstre og grenser pasienten har, og det legges grunnlag for tillit til fysioterapeuten (Gretland, 2016, s. 150). I egen praksis med traumatiserte pasienter, har det blitt tydelig at forutsigbarhet er viktig. Som terapeut er det viktig å forholde seg rolig i stemmen og rolig i bevegelsene. Det som skal skje i timen og gjerne framover i tid forklares tydelig av terapeuten.

3.4 Allianse og mål

Arbeidsalliansen baseres på at pasient og behandler er enige i målene og hvilke oppgaver som bør gjennomføres for å nå målene (Geirdal, 2017; Schibbye, 2012). Geirdal (2017) skriver at gjennom å jobbe mot målene oppnår pasienten endring. Først må pasient og klient enes om målet. Deretter må både pasient og terapeut ha klare og gjensidige oppgaver for å nå målene, og det er viktig å definere hvilken rolle hver av de har i behandlingsforholdet. Den tredje forutsetningen for endring er et emosjonelt bånd mellom pasient og terapeut. Dette skapes av den gjensidige følelse av at den andre bryr seg og at en kan stole på den andre, samt at pasienten føler på bekreftelse og blir vist varme og interesse (Geirdal, 2017, s. 38). Arbeidsalliansen svinger i løpet av terapien og essensen av alliansen er å streve sammen (Nerdrum & Geirdal, 2017, s. 61).

Psykomotoriske mål for pasienter som har nedsatt kontakt med egen kropp varierer mye. Pasientene er forskjellige og har forskjellige erfaringer med egen kropp. I de tilfeller pasienten er alvorlig traumatisert og har liten kontakt med kroppen, kan et mål være å føle seg trygg i rommet hos terapeuten, slik at hun/han kan begynne å gi slipp i pust og kropp. Dette kan ta lang tid, gjerne flere måneder. For andre, kan målet være å få kontakt med de delene av kroppen som har nedsatt følelse og kontakt.

3.5 Terapeutisk nærvær

Nerdrum (2017) undrer seg over om empati og terapeutisk nærvær handler om det samme terapeutiske fenomenet. Empati innebærer å føle seg inn i hvordan den andre opplever å ha det. Han nevner Gabbard (2010) som rangerer empatiske ferdigheter og holdninger som nummer en som en terapeut trenger å kunne når en jobber med mennesker med psykiske lidelser (Nerdrum, 2017, s.48). Nerdrum referer til Geller & Greenberg, 2010 sin artikkel som målte terapeutisk nærvær hos pasienter og terapeuter, hvor det ble funnet at terapeutisk nærvær er overordnet empati. Kjernen i terapeutisk nærvær er:

å være helt og fullt i kontakt med seg selv der og da, og samtidig være åpen, mottagelig, og fordypet i det som griper deg i situasjonen, med en større følelse av romslighet og utvidelse av bevissthet og persepsjon. Dette er basert i en utvidet bevissthet, og er ledsaget av en intensjon om å være sammen med, og for klientene, for å medvirke i deres helbredelsesprosess. (Nerdrum, 2017, s. 51)

Som psykomotorisk fysioterapeut på et DPS, hvor flere av pasientene er meget traumatisert, kjenner jeg meg igjen hvor viktig det terapeutiske nærværet er. Pasienten er var for terapeutens nærvær, og vil raskt merke om terapeuten er i egne tanker eller ei.

5.0 METODE

Nedenfor har jeg valgt å si noe om metoden, utvalget av informantene, egen forforståelse, intervjuene og etiske overveielser, før analysen av studien blir belyst. Vurdering av studiens gyldighet og troverdighet kommer inn under kapittel om valg og beskrivelse av metode.

5.1 Valg og beskrivelse av metode

Kvalitativ forskningsmetode ble valgt som metode. Prosjektet belyser hvilke erfaringer og tilnæringsmåter psykomotoriske fysioterapeuter har med å behandle mennesker som har nedsatt kontakt med deler av kroppen. Oppgaven fokuserer på hvordan terapeutene tenker om problematikken, hvilke øvelser de bruker, samtalens betydning, og om det er spesielle opplevelser i behandling med denne pasientgruppen som har gjort inntrykk på dem.

Studien er inspirert av fenomenologisk og hermeneutisk metodisk tilnærming ved at jeg utforsker erfaringer og opplevelser, og ved å fortolke informasjonen for å forstå hva det handler om. I en fenomenologisk tilnærming regnes menneskers erfaringer som gyldig kunnskap (Malterud, 2011, s.45). Fortolkningen av teksten (intervjuene) er en sentral del av arbeidet som forsker. Ved å fortolke materialet finner forsker den meningen som ligger i hva deltakerne sier. Forskeren bruker sin forforståelse i møte med informantene og anerkjenner egen subjektivitet i samspillet dem imellom i tolkningen av datamaterialet. Den hermeneutiske tilnærmingen er nettopp det at fenomenene kan forstås og tolkes på ulike måter (Nilssen, 2012). Hermeneutikk er å tolke meningen i hva mennesker mener og uttrykker (Malterud, 2011). I hermeneutisk metodisk tilnærming inntar forskeren en tolkende posisjon, og empirien som samles inn gjennom intervjuet brukes til å lete etter

bakenforliggende meninger. I den hermeneutiske prosessen får forsker svar på spørsmål underveis i utforskningen, som igjen leder til nye spørsmål. Forforståelsen til forskeren og hans/hennes teoretiske referanseramme vil være avgjørende for funnene i studien (Malterud, 2011, s.44). I en hermeneutisk forståelse jobber man hele tiden med sin forforståelse. Jeg har i denne studien prøvd å sette noe av forforståelsen i parentes med å være åpen for inntrykk (Malterud, 2011, s.98).

I en kvalitativ studie starter man med overordnede spørsmål som spisses etter hvert. Forsker er åpen for det som kommer uventet, og problemstillingen endres underveis i prosessen (Nilssen, 2012, s.27). Nilssen (2012) nevner også at forskningen krever systematikk og kreativitet i analyseprosessen, og forskeren vurderer og trekker slutninger gjennom hele prosessen (Nilssen, 2012).

Refleksivitet innebærer at forskningen er preget av forskers subjektive teorier, grunnet egne verdier og holdninger (Malterud, 2011; Nilssen, 2012). Forsker skal evne å sette spørsmålstegn ved egen framgangsmåte. Subjektiviteten var jeg som forsker bevisst, og brukte åpne spørsmål og lot informantene prate mye mens jeg selv sa lite. Med å beskrive hvordan prosessen i forskningen har foregått, kan det være med å klargjøre for lesere at valgene som ble tatt har vært fornuftige, tross forskers subjektivitet (Nilssen, 2012).

Det er viktig at forskeren gir et godt bilde av de faktiske forhold i undersøkelsen, og at forsker ikke gir feilaktige opplysninger. Slik blir funnene troverdige og samsvarer med datamaterialet (Nilssen, 2012, s.141). I denne studien har forsker gjort rede for hvordan datamaterialet ble innhentet, nedskrevet, analysert og hvordan forsker kom fram til de forskjellige temaene, for å øke troverdigheten.

Relevans omhandler hva kunnskapen kan brukes til. Forskeren overveier om funnene kan bidra til økt kunnskap hos andre eller ei (Malterud, 2011). Funnene i denne kvalitative undersøkelsen er relevante for andre psykomotorikere som jobber både på DPS og i kommunen. Det å få økt innsikt i hvordan psykomotorikere som har erfaring med å jobbe med pasientgruppen med nedsatt kontakt med kroppen, vil styrke enhver psykomotoriker i hvordan han/hun forstår pasientgruppen, hvilke følelser terapeuten kan komme borti, og hva en bør legge vekt på i endringsarbeidet med denne gruppen.

Det å generalisere en studie ut ifra en undersøkelse med få informanter er vanskelig. Men forsker skal overveie gyldigheten av hva studien sier noe om. Det er også viktig å overveie om funnene er overførbare i andre sammenhenger enn de som var funn i forskers egen undersøkelse (Malterud, 2011, s.21). Kunnskap om hvordan det er å jobbe med pasienter som har nedsatt kontakt med kroppen har jeg vurdert som viktig for andre terapeuter. Ved å belyse hva deltagerne legger vekt på i sitt arbeid, og erfaringer de har hatt fra dette arbeidet, gir rom for at andre terapeuter kan få nye tanker rundt egen praksis. Noen fastleger og annet helsepersonell vil også ha nytte av å vite hvordan

terapeuter erfarer sitt arbeid med denne gruppen, da de for eksempel sender pasienter til psykomotorisk fysioterapi.

5.2 Utvalg av informanter og rekruttering

Strategisk utvalg ble valgt for å gjennomføre studien, med å intervju de jeg best tenkte ville besvare problemstillingen (Malterud, 2011). Jeg tenkte det ville være relevant å intervju psykomotoriske fysioterapeuter som jobbet både på DPS og i kommunen. Fire av fem deltakere hadde gått kurs eller skoler for å lære mer om traumer og hadde lang erfaring med å jobbe med traumatiserte pasienter. Det er nettopp pasienter i denne gruppen som hadde nedsatt kontakt med kroppen.

Tre psykomotorikere fra spesialisthelsetjenesten ble intervjuet. En bekjent psykomotorisk fysioterapeut ved en Allmenpoliklinikk på et annet DPS ble kontaktet. Vi hadde pratet litt om problemstillingen ved en tidligere anledning. Hun ønsket selv å bli intervjuet da hun hadde en del erfaring på dette området. Hun foreslo å intervju en kollega som jobbet ved samme DPS, og som jobbet både poliklinisk og på døgnavdeling (snøball metoden.) En tredje psykomotoriker ved en Allmenpoliklinikk fra et annet DPS igjen, ble også spurt. To av psykomotorikerne hadde flere års erfaring med å jobbe innenfor psykisk helse, mens en var nyutdannet psykomotorisk fysioterapeut.

To psykomotorikere som jobbet i kommunen ble intervjuet. For å finne psykomotorikere å intervju, forhørte jeg meg først med kolleger i eget distrikt. Ingen av disse hadde mye erfaring med pasienter som hadde nedsatt kontakt med kroppen. Deretter kontaktet jeg Norges Fysioterapi Forbunds faggruppe for psykomotorisk fysioterapi per mail, for å spørre etter hvem i faggruppen som kunne være aktuelle kandidater for prosjektet. Det var ønskelig med terapeuter som hadde lang erfaring med å behandle traumepasienter. To av disse ble kontaktet og spurt om de ville være interesserte i å delta i studien.

Alle deltagere fikk tilsendt forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet: «Psykomotorisk behandling av pasienter med nedsatt kontakt med kroppen» med bakgrunn og formål for prosjektet, hva det innebar å delta i studiet, hva som ville skje med informasjonen om terapeuten med konfidensialitet og frivillig deltakelse, at studien var godkjent av Personvernombudet for forskning og samtykke fra terapeuten. Disse ble underskrevet på selve dagen av intervjuet.

De terapeutene som ble spurt ville mer enn gjerne holde av en times tid til intervju i arbeidstiden.

5.3 Forforståelse

Malterud (2011) skildrer forforståelse som den ryggsekken vi tar med oss inn i undersøkelsen før undersøkelsen starter, og at ryggsekken vil påvirke måten forsker samler inn og leser eget materiale. Forskers erfaringer og hypoteser vil innvirke på forskningen (Malterud, 2011). Egen forforståelse for problematikken med nedsatt kontakt med kroppen før undersøkelsen var ikke så utstrakt. Jeg har dog lang erfaring med å jobbe med traumatiserte pasienter, og flere av de har relasjonstraumer. Jeg har blitt utdannet Tryggere Traume Terapeut ved Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS.) Denne utdanningen har vært med å prege hvordan jeg som psykomotorisk fysioterapeut forholder meg til traumepasienter.

Selv med lang erfaring innenfor å jobbe med psykiske helse, er jeg relativt ny psykomotorisk fysioterapeut. Jeg hadde behandlet ca. 3-5 pasienter som jeg visste hadde nedsatt kontakt med kroppen før oppstart av intervjuene. Tilnærming til disse pasientene var øvelser og teknikker vi lærte i psykomotorisk fysioterapi utdanningen for å øke kontakt med kroppen. Foruten dette var jeg åpen for å lære mest mulig av intervjuene som forelå. Med erfaringer fra å jobbe med traumatiserte pasienter, kunne jeg kjenne igjen pasientgruppa deltagerne beskrev. Med all informasjon fra deltagerne om både tilnærming av behandling og hvordan best hjelpe denne pasientgruppen, har jeg endret en god del på egen tilnærming til disse pasientene.

5.4 Intervjuene

Til sammen ble fem psykomotoriske fysioterapeuter intervjuet. De tre første intervjuene ble gjort på samme dag i desember 2017. Alle intervjuene foregikk på terapeutenes egen arbeidsplass og deres kontor. Intervjuene tok litt under en time å gjennomføre. Intervjuene ble tatt opp med en lydopptaker.

Jeg brukte en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 1). Jeg hadde en liste over flere spørsmål jeg ville gjennom, men tok frem spørsmålene etter hvert som intervjuene pågikk, avhengig av hva vi snakket om. Jeg hadde satt ned stikkord for å forsikre meg om at jeg fikk spurt om de viktigste temaene til alle. Hovedspørsmålene er kjernen i guiden. Spørsmålet i denne studien var om hvilke erfaringer deltager har gjort seg med å jobbe med mennesker som har nedsatt kontakt med kroppen; spørsmål om hvordan terapeuten finner ut at pasienten har nedsatt kontakt; og om terapeuten brukte kroppsbildeundersøkelse. Nøkkelspørsmål inkluderte hvilken tilnærming terapeuten bruker når hun jobber med mennesker med nedsatt eller ingen kontakt med egen kropp, samtale underveis i timen, øvelser som brukes, tanker rundt selve problematikken, og om terapeut rådfører seg med andre profesjoner.

Oppstart av intervjuet inkluderer presentasjon av seg selv, informasjon om prosjektet, om deltager ønsker å lese masteroppgaven når prosjektet er slutt, anonymitet, rett til å trekke seg fra studiet og hvor lenge intervjuet vil vare (Johannessen, Christoffersen & Tuft, 2016). Som forsker prøvde jeg å spørre så åpne spørsmål som mulig, og la deltakerne prate fritt og mye, mens jeg var mest mulig stille. Jeg spurte om oppklaring hvis det var noe jeg var usikker på i deres svar, for å forsikre meg om at jeg fikk riktig informasjon. Intervjuene opplevdes i størsteparten som smidige, og det var lett å komme i prat med terapeutene. Praten gikk som oftest lett og tiden gikk raskt.

I forbindelse med det første intervjuet, kom jeg på flere spørsmål og skrev disse ned til neste intervju. I starten av intervjuet stilte jeg spørsmål om hvor lenge de hadde jobbet som psykomotoriske fysioterapeuter. Foruten hun som var nyutdannet psykomotorisk fysioterapeut var de andre erfarne psykomotorikere med alt fra fem til sytten års erfaring innen faget. Alle ble også spurt om de hadde lang erfaring med å behandle pasienter med nedsatt kontakt med kroppen. Det hadde alle terapeutene i variert grad, og det korresponderte med lengden av erfaring. Intervjuene ble avrundet med takknemlighet for all informasjon terapeuten hadde bidratt med, og tiden hun hadde satt av til intervjuet.

Lyddoptakene ble slettet etter transkripsjon. De to siste intervjuene foregikk i januar 2018, også på terapeutenes egne arbeidsplasser. All transkribering ble overført til passordbeskyttet minnepinne. De tre første intervjuene ble transkribert i løpet av desember 2017 og januar 2018, mens de siste to intervjuene ble transkribert i februar 2018.

5.5 Etske betraktninger

Som forsker må en følge etiske retningslinjer gjennom hele prosessen. Retningslinjer for etisk forskning har blitt laget av Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, og følger prinsippene av respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet. Alle deltagerne ble behandlet med respekt og integritet fra forskers side, da alle utsagn som er nedskrevet er sanne og direkte oversatt i skrift med transkribering. Det etterstrebes at forskningen har gode konsekvenser, at prosjektet skal være rettferdig utført og forsker skal være ansvarlig, åpen og ærlig overfor offentligheten (NESH, 2006).

Informasjon om prosjektet med sendt til Personvernombudet. Prosjektet var unntatt konsesjonsplikt, og personopplysninger samlet inn var regulert av §31 da det ikke skulle samles inn sensitive personopplysninger om helseforhold. Denne studien er godkjent av personvernombudet i november 2017 (se vedlegg nr.2 fra NSD.)

Informert samtykke, med informasjon om hva forskningen innebar ble signert av deltakerne, og de deltok frivillig med samtykkekompetanse (vedlegg 3). Samtykkene ble bevart i et låsbart skap. Konfidensialitet innebærer at personlig informasjon blir behandlet med taushetsplikt. Deltaker ble også informert at hun når som helst kunne trekke seg fra studien (NESH, 2006; Nilssen, 2012). Deltagerne ble kontaktet per mail i forhold til om de ønsket å delta i studien, og fikk mulighet til å tenke seg om i forhold til om de ønsket å delta eller ei. Etter at jeg hadde fått positivt svar fra terapeutene, fikk alle deltagere mail med invitasjon til studiet og skrev under på samtykket da jeg kom for å intervju de. Transkriberingen ble anonymisert ved at jeg ikke brukte noen navn på personer eller arbeidsplasser. Anonymisering i forhold til pasienter var ivarettatt i selve intervjuene, hvor ingen personopplysninger ble brukt. Ingen annen informasjon i transkriberingen ga til syne hvor terapeuten jobbet. Informasjonen om navn på deltager og hvor hun jobbet ble skrevet ned på et eget ark som ble lagt i et låsbart skap, i påvente av sletting etter at oppgaven blir ferdig. Lydopptakene ble slettet etter transkribering, slik at stemmer ikke ville bli gjenkjent noen steder. Transkriberingen ble lagret på en passordbeskyttet minnepinne som også ble lagret i det låsbare skapet. Etter studiets slutt vil all informasjon bli slettet og makulert.

5.4 Analyse av materialet

Som en start for analysen eller bearbeidelsen av datamaterialet er det viktig å få oversikt og å systematisere datamaterialet (Malterud, 2011). Problemstillingen er et utgangspunkt for å systematisere materialet. I arbeidet med å finne ut av hvordan jeg skulle systematisere materialet, lot jeg meg inspirere av Kirsti Malterud sin framgangsmåte med sortering og systematisering, men gjennomførte ikke hennes trinnvise analysemodell. Jeg lot meg også inspirere av Vivi Nilssen sin mer fortolkende måte å systematisere materialet på, som viser hvordan man rydder, systematiserer og kategoriserer materialet i en kontinuerlig prosess. Her blir også del mot helhet og helhet mot del utforsket, men jeg brukte ikke hennes trinn systematisk. For meg, ble en kombinasjon av Malterud og Nilssen den beste måten å analysere materialet.

En gjennomlesning av intervjuteksten er viktig for å se hva det handler om (Malterud, 2011, s. 98). Materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet fra rådata. Som forsker, stiller jeg spørsmål til materialet som foreligger, og skal gjenfortelle svarene på en systematisert og relevant måte. Svarene kommer ut fra spørsmålene som stilles og det empiriske materialet (Malterud, 2011).

Materialet ble gjennomgått på ulike måter. Forskningsspørsmålene ble lagt til grunn for gjennomlesningen av materialet, og materialet ble systematisert og analysert ut ifra de spørsmålene. To hovedmåter å lese dette på var gjennom å se på: 1). Hvilke erfaringer har terapeutene med

pasienter som har nedsatt kontakt med kroppen og 2) Hvilke tilnæringsmåter de bruker i jobben som psykomotoriske fysioterapeuter for å hjelpe pasientene med å få bedre kontakt.

Analyseprosessen startet med å lese grundig gjennom alle intervjuene. Første gangene med gjennomlesning var for å se om det var noen generelle temaer som ville belyse problemstillingen i oppgaven og få innblikk i hvilke erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter hadde med behandling av pasienter med nedsatt kontakt med kroppen (Malterud, 2011). Forståelsen av pasientgruppa som traumatiserte, betydning av relasjon, og tålmodighetsarbeid kom tydelig fram hos alle.

I neste steg, leste jeg enda mer nøye gjennom intervjuene, startet å streke under ord og begreper som gikk igjen fra flere deltagere, for å finne enheter som handler om det samme (Nilssen, 2012). Nilsen (2012) skriver at åpen koding er første steget i å redusere all råmaterialet til noen færre tema som fanger essensen i det materialet som forelå. De viktigste mønstrene i materialet blir mer tydelig. Koding er en fram og tilbake prosess hvor materialet blir lest gjennom flere ganger. Etter hvert i sorteringen ble det synlig hva som for eksempel kunne beskrives som kontakt. Det begynte å forme seg forskjellige temaer. Foreløpige temaer som kom fram var grenser, relasjon, forsiktig tilnærming, opplevelse av kropp, trygghetsopplevelse, dissosiasjon, utforskende øvelser, frykt og tap av kontroll, samtalen, og tidsperspektivet.

Neste steg i analysen handlet om å skape mening i datamaterialet. Målet er å ende opp med noen få kategorier, temaer, perspektiver eller dimensjoner fra datamateriale som gir svar på forskningsspørsmålet (Nilssen, 2012, s.85) Tekstene som kom fram ble tolket av eget faglig perspektiv og hvilken informasjon jeg hadde fått gjennom å lese meg opp på forskningsteori, samt gjennom egen erfaring av å jobbe med traumatiserte mennesker.

Sammenfatningen var siste punktet i analysen. Gjenfortellingen representerer informasjon fra flere deltakere, og sitater illustrerer de forskjellige temaene. Jeg har valgt både korte og lengre sitater for å få frem hvordan det fortelles om et tema for ikke bare å gjenfortelle temaet.

Funnene i analysen er underlagt tre temaer:

- A. En sensitiv pasientgruppe
 - 1. Vanskelig med kroppskontakt
 - 2. Hjelp til å sette grenser og behov for forsiktig tilnærming
 - 3. Fravær av ord
- B. Følelsesengasjert arbeid
 - 1. Følelser i terapeuten
- C. Endring i det små
 - 1. Trygghet i relasjon mellom pasient og terapeut
 - 2. Mål i det kroppslige
 - 3. Å utforske øvelser sammen med pasienten
 - 4. Samtalens betydning
 - 5. Tidsperspektivet

6.0 PRESENTASJON AV FUNN

Det å jobbe med kroppslig tilnærming for den traumatiserte pasientgruppa er preget av et arbeid med følelser både hos pasienter og terapeuter. Arbeidet er tidskrevende og energikrevende. Funnene i analysen ble delt inn i tre temaer. Først blir den sensitive pasientgruppen presentert, deretter det følelsesmessige engasjementet med å jobbe med pasientgruppen og til slutt hvordan terapeuten kan bidra til endring i denne pasientgruppen.

6.1 En sensitiv pasientgruppe

Terapeutene beskriver pasientene de behandler med nedsatt kontakt med kroppen som å være traumatiserte. Terapeutene beskriver også at dette ofte er pasienter som er lite sensitive overfor egne grenser, at de har behov for at terapeutene går forsiktig fram i behandlingen, og ofte har pasientene fravær av ord.

Vanskelig med kroppskontakt

Når terapeutene beskriver pasientgruppen som traumatiserte viser de til at de tidligere kan ha vært utsatt for overgrep som incest eller neglekt og at de ofte kan ha utviklingstraumer. Med utviklingstraumer kan pasienten ofte ha problemer med mellom menneskelige relasjoner, og de har ofte gått til psykologisk behandling tidligere eller samtidig som de henvises til psykomotorisk fysioterapi. De henvises med begrunnelse om å ha smerter, stressplager, psykisk belastning, eller PTSD, men sjelden oppgis dårlig kroppskontakt.

Psykomotorikerne beskriver at de kan møte pasienter som kjenner at de er litt nummen i deler av kroppen, mens andre kjenner ingen ting i kroppen. Det er ulikt hvor mye psykisk belastning pasientene har med seg inn i behandling, men de som er tidlig traumatiserte, har ofte mindre kontakt enn de som er utsatt for traumer senere i livet. Ved å se på disse beskrivelsene de gir av pasientene kommer det frem at begrepet kontakt eller lite kontakt kan forstås på flere måter. For eksempel kan en pasient med lite kontakt oppleve mye kroppslige smerter. Kontakt handler om en form for forståelse i tillegg til å kjenne, slik terapeutene beskriver det. Her beskrives de ulike sidene om hva kontakt med kroppen er, også fravær av kontakt.

Opplevelse av smerte kan beskrives som manglende kontakt. En av deltagerne forklarte fravær av kontakt på denne måten:

«Etter hvert som jeg har lært mer om smerter, så er det lett å tenke at en kroppsdel som er smertefull, at man har god kontakt med den. Men det er ofte motsatt. Så den delen som er smertefull. De kjenner nesten bare smerte fordi de ikke har noen annen fornemmelse knyttet til det. Så veit vi på en måte det at det her med kroppslig persepsjon og sansing er så mye mer sammensatt. Smerter kommer ikke fra sensorer i kroppen vår, så det er tydelig at det er veldig mange med smerter som har nedsatt kontakt med kroppen sin.»

Smerter blokkerer for å kjenne hvordan kroppen virkelig er, fordi de kun fornemmer smerter.

Flere deltagere la vekt på at grunnen til at pasienten ikke føler sin egen kropp er fordi pasienten hadde fortrenget det tidligere i livet. En av deltagerne sa:

«At pasienten har lite kontakt med kroppen er fordi kroppen har stengt av. På et eller annet tidspunkt har noe blitt for vondt, for vanskelig eller for truende å forholde seg til. Og der tenker jeg vi er ulike. Hvor mye skal til av belastning for at vi gjør det? Hvor mye tåler vi liksom, og hvor mye har vi blitt tålt av andre i oppveksten? Og hvor mye tåler vi selv? Og det å få kontakt med kroppen, det er å få kontakt med seg selv. Og følelsene sine. Vi snakker jo om at kroppen gir deg mange viktige signaler. Det du dytter vekk. Alt det vonde. Så dytter man bort alt et gode også. Da stenger man av hele kroppssignalene sine da.»

Lite kontakt med egen kropp, gjør pasientene mindre tilgjengelig for følelser, både på godt og vondt.

Kontakt med kroppen er å ha kontakt med følelsene sine.

Det kommer fram av erfaringen til terapeutene at jo mer kontakt pasienten får med kroppen, desto flere minner eller traumer kommer fram. Det å koble på kroppen hjelper hukommelsen. Terapeuten skildrer det på denne måten:

«Etter en periode får pasientene mer kontakt med kroppen. Mer kontakt med historien. Det blir som å sammenligne livshistorien og at ting gir mening. Men så kommer det ofte andre problemstillinger opp. Hun som jeg har hatt i behandling i to år. Som begynner å få mer på plass den venstre siden av kroppen. Så har vi gått litt videre med å lene seg mot benken og jeg gir henne knotteball massasje, og litt mer nær. Så blir det et tema: «Jeg har alltid klart meg selv, og aldri tatt imot noen ting. Det er så uvant for meg å ta imot noen ting. Jeg fortjener det ikke.» Så blir det et nytt tema. Det er kanskje ikke så mange traumeminner igjen. Men det er mange lag med forståelser av seg selv. Det er ikke rart at det er både uvant og vanskelig å ta imot. Det er noe hun aldri fikk. Det var bare slag og en askepott rolle som hun snakker om. Men at vi kan jobbe kroppslig her og nå, med å ta imot, og at jeg tåler reaksjonene. Kanskje får hun mer forståelse for seg selv da. Og da kan hun kanskje begynne å endre på noe hjemme.»

Terapeuten vektlegger flere lag med kontakt, og at det utvikler seg. Kontakt med kroppen åpner opp for å huske og åpner opp for samtalen. Samtalen vil beskrives lenger bak i presentasjon av andre funn.

Begrepet dissosiasjon ble ofte brukt i beskrivelse om det å ikke ha kontakt. Både kroppslig dissosiering for å forklare hvordan pasientene har skjøvet bort kroppen i form av at pasienten ikke kjenner deler av kroppen, og mental dissosiering i form av å fjerne seg fra å være tilstede her og nå. Deltagerne mente at dissosieringen var knyttet mot overlevelse, og at pasientene hadde en grunn til å fjerne seg fra kroppen og omgivelsene den gangen de trengte det. Det ble beskrevet slik:

«Dissosiasjon er en viktig mekanisme vi har. Den er en ressurs når den trer i kraft. Så det er jo for å hjelpe oss. Av og til dissosierer pasienten i timene. Først er det å lære hva dissosiasjon er, og så er det individuell inntoning til pasienten. Når er de dissosiert? For de kan være veldig tilstede med enkelte deler av seg, mens andre deler er dissosiert. De kan sitte våken i blikket, men kroppen har visnet. Noen dissosierer omgivelsene. Plutselig blir de liksom litt skremt og lurer på hvor de er hen. Det er kroppsdelene som kan dissosieres. Jeg tenker at dissosiasjon er et massivt område. Og det å bringe det på banen og bli litt kjent med den spesifikke pasienten du jobber med der og da, og finne ut hvordan de dissosierer om de har Dissosiativ lidelse.»

Det at pasienten forstår betydningen av sin egen dissosiasjon er viktig, for å komme i kontakt.

Dissosiasjon kan oppstå som en mestringsstrategi når personen kjenner på et emosjonelt ubehag, og personen «faller mentalt ut» og får ikke med seg det som skjer rundt seg. Dissosiasjon kan komme til syne på forskjellige måter, som f.eks. at kroppen har visnet. Det kan nok være mange terapeuter som går glipp av kroppslig dissosiasjon om pasienten sitter med et våkent blikk.

Dissosiasjon er ofte utløst av triggere. Triggere kan være en lukt, en lyd, noe en ser osv. Pasienten kan også bli trigget av å ligge på benken eller bli berørt fysisk av terapeuten. Når pasienten trigges, faller hun/han ut av toleransevinduet. Det vil si at pasienten enten kan bli overaktivert og få hjertebank og økt stress, eller underaktivert og dissosierer ved å falle ut av samtalen. De mister altså kontakten med omgivelsene. Dette kan vare i en kort tid, eller av lenger varighet. Da blir det viktig, som en deltager sa:

«Og så er det kanskje noe som trigger dem. Da skal de kanskje ta kontakt med noe annet isteden. Lytte til lyder i rommet om de dissosierer. Eller sanser utenfor kroppen istedenfor i en kropp som kan være ganske overveldende. Hva som på en måte er verktøykassa deres er veldig forskjellig fra person til person. Noen går rundt med håndkrem, en annen har klinkekule i lomma.»

Det å gi pasientene verktøy de kan bruke, for å komme inn i toleransevinduet igjen eller klare å holde seg innenfor uten å dissosiere er viktig for tilstedeværelse her og nå. Det å fysisk berøre en stein i lomma for å kjenne etter konturene og få fokuset over til noe kjent bidrar til at pasienten kommer tilbake og får kontakt med omverdenen igjen.

Arbeidet er knyttet til sansning for å forstå kontakt. Kontakt kan oppsummeres ut fra det terapeutene beskriver som å handle om å kjenne kroppen sin fysisk. Kontakt handler om noe emosjonelt, og det å føle noe inni seg. Kontakt handler om å huske, klare å sette ord på, eller vise følelser. Ved fravær av kontakt beskriver terapeutene pasienter som dissosierer enten fysisk eller mentalt. Dissosiasjon er viktig å få øye på for å jobbe med kontakt.

Hjelp til å sette grenser og behov for forsiktig tilnærming

Mange pasienter som har liten kontakt med egen kropp er ofte traumatisert og kommer til fysikalsk behandling hos både fysioterapeuter og psykomotoriske fysioterapeuter. Det kan ha skjedd at pasienten har fått behandling på benk uten at fysioterapeuten har fått med seg at hun har dissosierte og ikke vært tilstede, noe som på en måte overskrider pasienten sine grenser og ikke skaper trygghet. Grenser handler om nærhet og avstand, og om relasjonen mellom terapeut og pasient. De finner ut av den sammen, men terapeuten skal guide arbeidet slik at pasienten lærer å kjenne sine egne grenser.

Flere deltagere nevnte at noen pasienter er lite sensitiv overfor egne grenser og lar andre overskride grensene deres. Med grenseoverskridelse menes at noen kan ha en tendens til å la andre gjøre hva de vil med dem. De har tidligere i livet kanskje ikke fått lov til å bestemme over egen kropp. En av deltagerne forklarte at hun gikk over grensene til pasienten på denne måten:

«Jeg tenker spesielt på ei jeg hadde i behandling som jeg tok på ryggen i første time. Hun kjente avtrykk etter hånda mi i to uker, fram til neste time hos meg. Og når jeg da liksom brukte tid på å si at det **faktisk ikke var greit**, at jeg da hadde krysset dine grenser og vi må gå et skritt tilbake uten at jeg skal røre ved deg. Hun har sagt det hele tiden at det at vi kom så langt **var at jeg respekterte hennes grenser**. Og da lærte hun selv. Hun var slik at: «gjør meg bra! Gjør meg frisk! Gjør med meg det du tenker er riktig!» Ja masse grenseoverskridelser hele livet.»

Flere ting kom frem. Det ene er at pasienten ikke har lært å sette egne grenser, men også at det terapeutiske arbeidet er avhengig av at pasienten gir tilbakemelding på hvordan berøringen føles. I dette tilfellet fikk terapeuten tilbakemelding og kunne fortelle pasienten at det ikke var greit at hun tok henne på ryggen. Så de tok et skritt tilbake. Det er vanskelig å se pasientens grenser og det tar tid å jobbe med.

En annen deltaker beskriver fravær av grenser som:

«Det er ingen som har hjulpet pasienten med å indentifisere behovene sine, eller regulere de. Fravær av tillitt av foreldre. Og da er det fravær av tillitt til behandler. Kanskje de da begynner å tvile på det du gjør. Eller at man går opp ulike mønster der. Fravær av at de har fått lov til å bestemme over seg selv. Da blir det vanskelig å sette grenser.»

Terapeuten trekker fram fravær av å indentifisere behov, regulere behov, fravær av tillit og fravær av å kunne bestemme selv.

Et annet sitat fra en behandler er å ikke ta til seg den fysiske reaksjonen som skjer. For eksempel:

«Jeg hadde ei som var helt dissosiert på benken som begynte å svette veldig. Så sa jeg: «Det her ser veldig ubehagelig ut for kroppen din. Du svetter.» Pasienten svarer: «Nei, nei.» Da hun reiste seg var det store svetteflekker på lakenet, men hun synes hun hadde det greit.»

Her er det synlig for terapeuten at pasienten har problemer med å sette grenser, samtidig som det omhandler at terapeuten må se hva som skjer og ikke overskride grensene til pasienten. Terapeuten

må ta et skritt tilbake og slutte med det hun gjør. Pasienten trenger i slike tilfeller å få beskjed fra terapeuten at det ikke er greit.

Grenseregulering handler ofte om nærhet og avstand og kan jobbes med uten fysisk berøring. For både terapeuten og pasienten er nærhet og avstand viktig å tenke på. En terapeut beskriver det slik:

«For noen er det vanskelig bare det å stå liksom. Noen blir urolige og ukomfortable av å stå ved siden av meg. Det er ekkelt. Kanskje de bare skal sitte.»

Pasienter som en sensitiv gruppe, rommer også forhold knyttet til grensesetting. Terapeuten må jobbe nennsomt i dette arbeidet, og bruk av avstand og nærhet uten å berøre, trekkes fram som et godt redskap for ikke å overskride pasientens grenser. Dette henger sammen med neste avsnitt hvor behov for forsiktig tilnærming kommer fram som et funn.

I arbeidet med pasienter som har lite kontakt med egen kropp, beskriver terapeutene at det er viktig med forsiktig tilnærming for å etablere en god og trygg relasjon. Pasientgruppen som her beskrives er ofte vare for omgivelsene.

I forbindelse med undersøkelse av pasientgruppa som har lite kontakt med kroppen og som ofte er traumatiserte, virket det til at den ressursorienterte kroppsundersøkelsen (ROK) var mindre viktig. Informantene beskriver at de i begynnelsen av utdannelsen som psykomotorisk fysioterapeuter alle gjorde en ROK på alle pasienter, dog over flere ganger. De som har mer erfaring med traumatiserte pasienter starter heller behandling med forsiktig tilnærming og har ofte ingen nærkontakt til å begynne med. Relasjonsbygging virker til å være viktigere enn undersøkelsen. Forståelsen av problematikken virker også til å være avgjørende.

En av deltagerne forklarte forsiktig tilnærming på denne måten:

«Det er veldig mange jeg ikke tar på. På veldig lang tid i alle fall. Da blir det mye prat egentlig. Mye psykoedukasjon. Jeg spør alltid om uro. Hva kjenner du i brystet? Noen klarer ikke kjenne etter. Så flytter vi fokuset til f.eks. føttene og spør: «Klarer du å kjenne føttene? Kjenner du at de er der? Kan du krølle tærne? Skrape de fram og tilbake.» Også opp igjen å kjenne etter. «Er du mer rolig nå? Eller er du mer urolig igjen?» Og begynne å utforske hvordan de reagerer på ting. Og veldig ofte, i og med at de har stengt ut kroppen, så lever den sitt eget liv. Opplevs som om de har ingen kontroll. Kroppen er helt maskinell. Det er ikke de som styrer den. Og alle de angstreaksjonene, de bare overfaller dem, og de har ingen mulighet til å gjøre noe med det.»

Når terapeuten velger å ikke ta på pasienten fordi hun veit at pasienten er sensitiv, er psykoedukasjon en innfallsvinkel. Terapeuten flytter også fokuset til kroppen for at pasienten skal lære å kjenne etter egne reaksjoner.

En terapeut forklarer hvordan hun tilnærmer seg pasienter på denne måten:

«Hvis man går inn i et område som pasienten har redusert kontakt med. Spesielt når du veit at der er det traumer. Så det her hvis de er veldig vare. Så forbereder jeg de litt på forhånd, at om jeg går inn i slike områder, som er underkoblet da ikke sant. Så er det ofte på grunn av en overkobling. Så når vi kommer inn dit, så kan vi ofte komme i kontakt med det. Og da er de trygge nok til at vi bare kan si at vi går inn. Andre ganger må vi ha en strategi om det skjer. «Da legger jeg hånda mi her.» Da har vi f.eks. en kosedyr-hund, musikk tilgjengelig. Eller en håndkrem som de liker. For å få de tilbake til her og nå. Eller det å orientere seg i rommet. «Nå bare ser du deg rundt. Husker du det bildet som du likte så godt? Se på det nå.»

Det å kjenne pasientens reaksjoner, avgjøre hvor direkte terapeuten vil være i kontakten med pasienten. I nærarbeidet med den mest sårbare pasienten, bruker terapeuten områder utenfor kroppen som anker for å holde fokus på her å nå.

I arbeidet med pasientgruppen som har nedsatt kontakt med kroppen er det å skape en god relasjon viktigere enn å fullføre kroppsundersøkelse. Noen terapeuter går forsiktig fram med å ikke ta på pasientene på en god stund, og det er viktigere at pasienten prøver å komme i kontakt med kroppen med å bruke kroppen til øvelser. Forsiktig tilnærming innebærer også å forklare hva som skal skje i behandlingen og at pasienten kan komme tilbake til her og nå med bruk av sanser som å se, høre eller kjenne.

Fravær av ord

De mest traumatiserte pasientene kan ha problemer med å finne ord for hva de kjenner eller ikke kjenner. Historien de alltid har fortalt kan være en annen enn hva kroppen beskriver. Kroppslig tilnærming er en fin innfallsvinkel når pasienten er tom for ord.

En deltager skildrer fravær av ord på denne måten:

«Jeg tror mange av pasientene som kommer til meg mangler ord, eller trenger hjelp til å bli avslørt på historien de forteller. At historien de forteller er en annen enn det kroppen beskriver. Og hvis de bare blir holdt til den historien som ordene forteller hele tiden, så kommer de ikke til å avsløre seg selv. Avsløre det som er vondt og vanskelig. Som en av pasienten mine sa: «Du holder meg i det ubehagelige samtidig som du støtter meg.» Ingen annen behandling hadde fungert. Og det var fordi det hadde vært en så massiv komponent av skam. Så når på en måte skammen får lov til å fortelles med kroppslige reaksjoner, at det avslører henne på en omsorgsfull måte. Så ble hun veldig overrasket, og hun tåler mye mer nå følelsesmessig.»

Kroppen bærer på levd liv, mens historien som blir fortalt kan hindre sannheten på grunn av skam. Når kroppen får reaksjoner, avsløres skammen med omsorg.

En terapeut nevner at pasienten blir tom for ord på denne måten:

«Der det har vært psykolog i bildet, så har de ofte vært veldig kort inn i bildet. For de opplever at de har lite å bidra med etter en stund. Eller at pasienten har snakket seg tom med de ordene de har.»

Når pasienten er tom for ord, blir det å jobbe med kroppen kanskje en bedre innfallsvinkel. Å jobbe med kroppen er en prosess som gjør at de etter hvert kan sette ord på hva de kjenner.

Mangel av ord på opplevelser kan komme gjennom i form av bilder, som en deltaker forklarer:

«Hun mangler å sette ord på sin opplevelse. Og det skal vi jobbe med etter hvert. For det dukker opp bilder når vi behandler. Bilder fra fortiden. Så hun sier at det skjer noe, men så er hun bare ikke klar for å si det. Så vi skal se om vi klarer å integrere det litt etter hvert. Hun hadde ikke kontakt med kroppen og var veldig diffus.»

Noen pasienter har ikke ordforråd for hva de kjenner eller ikke kjenner. Noen pasienter trenger hjelp til dette:

«Pasienten sier hun er stiv her, og terapeuten spør hvordan det kjennes ut i det området. «Kjenner du på en måte hele omkretsen fra nakken?» «Nei, jeg kjenner bare stivheten. Det sitter som en knute her, og mer diffust her.» Du må som regel gi de ord. Som diffust og dårlig kontakt. For ofte har de ikke ord til å beskrive det som er fraværende. Ordene er også fraværende. Må finne et vokabular for å begynne å snakke om det som ikke er der, eller det vi ikke har kontakt med. Hva passer for dem? Er det tungt? Dødt? Vissent? Vakuum?»

Fravær av ord kan bunne i skam. Når skammen får lov til å fortelles med kroppslige reaksjoner, blir skammen avslørt på en omsorgsfull måte. Noen pasienter har pratet seg tom hos en psykolog, og der kan den kroppslige innfallsvinkelen være bedre for å hjelpe pasienten. Fravær av ord kan også innebære at pasienten har behov for å finne et vokabular for hva hun/han kjenner.

Oppsummering av funn i den sensitive pasient gruppa:

Den sensitive pasient gruppa er ofte traumatisert, har lite kontakt med kroppen, kan mangle ord, og dissosierer ofte. Gruppa trenger hjelp til å jobbe med grenser som nærhet og avstand. Gjennom å øke kroppskontakt, øker tilgjengeligheten til egne følelse, minner og hukommelse. Det gås forsiktig fram i tilnærmingen til denne gruppa.

6.2 Krevende og følelsesengasjert arbeid med pasientgruppen

Følelser i terapeuten

På spørsmålet om hvordan det opplevdes å jobbe med pasientgruppa som har dårlig kontakt med kroppen, var de fleste terapeutene innom flere følelser. Krevende og meningsfylt arbeid innebar alt

fra spennende, berørende, meningsfylt og givende til frustrerende og vanskelig. Noen av følelsene i terapeutene utdypes mer nedenfor.

En av deltagerne beskriver at det er berørende og krevende slik:

«Det er alltid berørende å jobbe med pasientgruppa. For disse menneskene er så sårbare, som ofte ikke vil gi slipp, eller gi slipp. Avviser. Det er jo krevende å jobbe med. Det å få lov til å være nær følelsesreaksjoner, når de har vært vant med å kapsle seg inne, og de våger å dele og være nær oss. Det er jo flott. Det å få lov til å trygge, og være en slik god mor. Og lytte og gi dem trygghet og vekst.»

Det å jobbe med denne sensitive gruppen går inn på følelseslivet til terapeuten også. Følelsen av å være tilstede for pasienten og støtte han/henne krever energi.

Det å være likeverdig pasienten er også å være ydmyk. En deltager sa det på denne måten:

«Det at vi kan berøre er gull verdt. Det gjør noe at du treffer mennesker på et annet nivå. Som ei jeg hadde til behandling i dag. Hun var her for andre gangen. Så sitter jeg på knærne og så berører jeg foten hennes. Det er noe som en psykolog ikke kunne ha gjort. Jeg blir så likeverdig pasienten. Ja, vi når de på et helt annet plan. Jeg tenker det er så viktig.»

Kroppslig tilnærming i form av berøring side om side med pasienten minsker den nærværende avstanden mellom terapeut og pasient. Med å jobbe på gulvet ved foten til pasienten, hever ikke terapeuten seg over pasienten.

Når pasienten endelig klarer å kjenne i kroppen gjør det inntrykk på terapeuten:

«Det å få lov til å være med på ferden som de har. Se at de tar tilbake livet sitt. Se at de tar tilbake kroppene sine. Når de kan komme begeistret og fortelle en liten greie som har skjedd dem. «Og da skjedd det!» «Og da skjønnte jeg egentlig hva du egentlig har drevet med og jeg sittet og nikket og nikket!» «Har du sittet og nikket?» «Ja jeg syntes det hørtes så fint ut det du sa. Men nå kjente jeg det!»

Det å få lov til å være en del av seierne til pasientene i form av at de endelig klarer å få bedre kontakt.

Det å se de små nyansene hos pasienten kan sies på denne måten:

«Jeg syns jo det at når en jobber med kropp, at seirene, begeistring og triumfen kan sitte i små ting. «Jeg greide å gå inn i rommet, og jeg svetta ikke engang!» «Jeg greide å gå inn i rommet og jeg så hvem som var der!» Slike små ting som de aldri har sett før som de plutselig oppdager. For de har vært stresset og overveldet.»

I form av små endringer, kjenner pasientene på mestring.

Deltagerne beskrev at de dårligste pasientene, som har relasjonstraumer og har meget lite kontakt med kroppen, kan være vanskelig og krevende å jobbe med, da det tar lang tid før de erfarer endring i kroppen. Til tider kan det være utfordrende, som en deltager sa:

«Det er veldig utfordrende der det er såpass alvorlig at det skjer lite endring. Det syns jeg er litt tung for pasienten. Av og til kan det komme en tvil kanskje? Om vil dette endre seg? Hvor skadet er pasienten? Hvor hardt sitter det liksom?»

For de dårligste pasientene tar det ofte lang tid å få kontakt og oppnå bedring, og det er tungt å jobbe kroppslig både for pasienten og terapeuten.

I arbeidet med sensitive pasienter kan frustrasjon vekkes i terapeuten. En terapeut sa:

«Det kan være drit frustrerende også. Jeg kan få lyst til å riste noen, men det er et uttrykk for engasjement da tenker jeg. Jeg har ønsket å riste de som ikke er genuine i sine svar. Hvis de er avventende og avvisende overfor meg liksom. Og de jeg føler svarer på automatikk. Det er litt sånn, de svarer liksom det de tror jeg ønsker de skal svare. Også hvis jeg ser de har sluppet seg, eller ser det skjer noe helt annet enn det de uttrykker og spør hva som skjedde nå. Og de svarer: «ikke noe.» «Er det noe annerledes nå enn det var i starten?» og de sier «Nei.» Da vekkes frustrasjonen.»

Det kan være vanskelig og frustrerende for terapeuter når pasienten ikke selv kjenner på endringer i kroppen som terapeuten ser.

Oppsummering av funn:

Som en oppsummering kan det sies at det er energikrevende og tidskrevende å jobbe med pasientgruppa, og det innebærer å komme i kontakt med hele følelsesspekteret hos terapeuten. Følelser i form av at det berører terapeuten, følelse av likeverd, at det er vanskelig, krevende og frustrerende.

6.3 Endringer i det små

Endringsarbeidet med pasienten skapes av trygghet, målene, utforskning av øvelser, samtalen, og tidsperspektivet. Vi har allerede vært inne på noen arbeidsmåter som brukes i det relasjonelle arbeidet, men jeg vil utdype det mer i denne delen.

Trygghet i relasjon mellom pasient og terapeut

Trygghet kom fram som det viktigste når det gjelder å behandle denne gruppen med pasienter. Uten en trygg relasjon til terapeuten, er det vanskelig for pasienten å gi slipp på pust og spenninger.

En deltager forklarer trygghet på denne måten:

«Det handler om å finne det trygge, sette grenser, relasjon – etablere en trygg relasjon. Jeg må jobbe stabiliserende og tryggende, og være forsiktig med dosering. Jeg følger reaksjonen i timen. Spør og lytter til pust, spenninger. Du kan plutselig møte på traumeminner selv om du begynner i det trygge, og da er det tilbake og stabilisere og finne det trygge stedet og samle det igjen. Og gradvis utvide. Så får man ny problemstilling, nye historier, nye dybder.»

Trygghet settes altså i grenser og relasjon, og terapeuten må bruke tid på å skape trygghet.

Trygghet i det å tørre å slippe opp forsvaret de har i kroppen kan ta tid, og det er behov for å gå forsiktig fram. En deltager skildrer det på denne måten:

«Jeg bruker ofte lære pasientene at det ikke er farlig å slippe seg båkpa (i stolen), når de veit de kan rette seg opp igjen. Liksom det å slippe spenningen, eller når de blir bevisst den sterke forsvarsposisjonen de har i kroppen. Sånn at gjennom det å tørre å slippe seg litt nedpå, tørre å kjenne litt på det som skjer da. Å ha den tryggheten at de kan jo låse seg igjen. De veit hvordan de gjør det. Og kjenne det at: «her reagerer jeg sånn. Det er litt ubehagelig. Det tåler jeg, og det er derfor.» Så bruker pasienten den kognitive delen av seg til å roe ned kroppen. Og så kan hun bare stramme opp kroppen igjen hvis hun trenger det. Og da blir det ikke så skummelt å ha kontakt med kroppen. Balanse mellom å åpne opp og stabilisere.»

Det er viktig å utforske sammen med pasienten hva som føles trygt og tørre å kjenne på det utrygge. Å ha tryggheten i å kunne stramme seg opp i holdningen igjen er viktig for at pasienten skal få mer kontakt med kroppen etter hvert. Bevegelsen i seg selv skaper samtalen.

En terapeut forklarer om den skjøre balansegangen mellom trygt og utrygt:

«Det var bare et mynt-stort område på ryggen som gjorde at velværet kom. Om vi bare var litt utenfor så kom angsten. Det var en veldig skjør balansegang på hva som var trygt og utrygt. Det at vi lytter til dem: «Jeg ser at du fyser til en pinne.» «Nå skal vi vende tilbake til det trygge.» Det at de blir møtt på denne sensitiviteten, tror jeg er kjempeviktig.»

Trygghet settes i grenser og relasjon og terapeuten må bruke tid til å skape trygghet. Det kan også ta tid for pasienten å tørre å slippe opp forsvaret de har i kroppen for å klare å gå fra en trygg posisjon til en posisjon som føles mer utrygg. Balansegangen mellom hva som føles trygt og utrygt er også veldig skjør for denne pasientgruppen.

Mål i det kroppslige

Riktige mål er også viktig når denne pasientgruppa behandles. Målene må noen ganger være små, da det kan ta lang tid å se endring i pasientene som har lite kontakt med kroppen. Når terapeuten har mer erfaring med denne pasientgruppen, blir det lettere å se etter små nyanser og akseptere at pasienten kom kanskje ikke lenger i behandlingsforløpet denne gangen. Som en deltager sa:

«Jeg syns kanskje det at der det har skjedd tidlig traumatisering, så tenker jeg av og til at kanskje må en på en eller annen måte akseptere at: «jeg kan raskt kjenne meg utrygg.» Og prøve å: «OK, det var fordi jeg ikke var trygg osv. og derfor kan jeg kjenne på uro i kroppen.» Men at en ikke formidler at dette skal vi fikse og ordne. Jeg syns det er en sårbarhet der som kanskje vil være der. Og at vi kan hjelpe med tiltaket. «Ja da kan vi klappe, eller du kan gjøre noe annet, eller du kan trampe litt i gulvet.» Eller gjøre disse teknikkene for på en måte å komme tilbake. Jobbe med konkrete tiltak på hvordan du skal kunne regulere uro, kjenne, bli tydelig.»

Det å gi pasientene øvelser de kan ha fokus på når de kjenner uro blir et viktig mål. Et annet mål er at pasienten forstår at hun/han er sårbar for visse situasjoner, men kanskje klarer å håndtere de bedre etter en periode i behandling.

På spørsmål om hvor mye pasienten er på plass i kroppen når de avsluttes i behandling, svarte en av fysioterapeutene:

«Det er jo ikke noe endepunkt på disse prosessene. Jeg tenker at «nå er det bra nok.» «Skulle det røyne på igjen, med hendelser som gjør at du blir verre så er jeg her.» I mellomtiden kan det jo være at det har skjedd noe som gjør at de kommer tilbake. Og da er det jo lettere å ta tak i der de slapp. Relasjonen er på plass.»

Det å få kontakt med kroppen igjen er tidkrevende, og for noen blir de aldri helt bra. Da avsluttes terapien slik at pasienten får en pause.

Det å få mer kontakt med kroppen gjør at pasienten kommer mer i kontakt med følelser:

«Jeg ser endringer i kontakten pasienten får med kroppen. Kan kjenne litt mer beina etter hvert og at hun har hender. Hun sier hun har blitt mer affektbevisst da, gjennom det her (behandling hos psykomotorisk fysioterapeut). Og det tenker jeg er veldig logisk liksom. At det mer du kan kjenne kroppens signaler, det mer kan du kjenne følelsesfølelsene bedre.»

Målene er å kjenne på endring i kroppen. Og økt kontakt med kroppen, øker kontakt med signalene i kroppen og følelsene.

For noen pasienter, er det vanskelig å få kontakt med kroppen, selv etter flere år:

«Det er viktig å sette riktige mål når de er så dårlige. Jeg har hatt ei i tre år som fortsatt kommer til time og sier: «Jeg kjenner ikke ansiktet mitt. Jeg kjenner ikke føttene mine.» Hun har endret seg funksjonsmessig og har ikke like hardt muskelpanser, men har vedvarende kroppslige symptomer hun ikke blir kvitt.»

Selv om pasienten er så dårlig at hun/han ikke har fått bedre kontakt med kroppen, kan det skje endringer i muskulatur og funksjon.

Mål er ikke alltid å bli ferdigbehandlet, men mål kan være å bli kjent med seg selv:

«Jeg vil ikke si at folk blir ferdigbehandlet. Ofte er det så komplekst. Betyr det at man har god kontakt med kroppen igjen? Betyr det at man forstår det som foregår i enkelte deler av kroppen? Jeg tror at mekanismen der man blir underkoblet, eller at man plutselig ikke kjenner hvor kroppen befinner seg, at det blir som et barometer man har med seg. Så lærer pasienten seg mer hva det er. Hva symptomene betyr for dem. Sånn at de kan håndtere det bedre selv. Man avslutter jo, og sier at nå kan du starte opp med det her, og fortsette litt videre. Nå er ikke livet så overveldende, eller kroppen så overveldende, og at de godt kan klare seg uten terapi.»

Pasienter kan lære seg å håndtere dissosiasjon som kommer i form av underaktivering, med å bli bedre kjent med egen kropp. Bli kjent med egne symptomer for å forstå bedre hvorfor kontakten med kroppen blir borte i visse situasjoner.

Målene er ofte ikke å gjøre pasienten helt bra, men at de skal få en bedre forståelse av seg selv og lære hvilke tiltak de kan gjøre. Tiltak kan være å klappe på kroppen eller trampe i gulvet.

Å utforske øvelser sammen med pasienten

Det viste seg at det å utforske sammen med pasienten hva som var best egnet for henne/han var mer viktig enn hvilken type øvelse som hadde effekt. Utforsking innebærer også plassering av terapeut i forhold til pasienten, eller det å utforske hvilke deler av kroppen som er fraværende.

Utforsking av hvor terapeuten skal stå i forhold til pasienten ble fortalt slik:

«Det fins noen jeg ikke kan stå bak. Her må vi bare prøve ut. Jeg kan bruke lang tid på finne ut det. Og forklare at vi bare må bruke tid til det. Vi må finne veien sammen.»

Noen pasienter trenger å finne ut hvor det er greit at terapeuten står i forhold til dem, og dette kan være en tidkrevende prosess.

Hvordan utforske hvilke områder som pasienten har kontakt med eller ei beskrives slik:

«Det å gå inn og utforske, i første omgang rundt områder som de har kontakt med. Og så etter hvert begi oss inn på områder som er fraværende for de av ulike grunner. Så er det hvem er omstillbar? Det er jo noen som er trygge, noen som klarer å ta til seg informasjonen. Noen som er trygge i relasjon til deg. Det er noen som våger å gå inn i en utforskning med seg selv.»

Det å utforske kroppen er lettere for de som føler seg trygge i forhold til terapeuten.

Det å gi pasienten hjemmeøvelser kan slå begge veier, og skildres av en terapeut slik:

«Små tips i løpet av dagen. Som når du står i dusjen: «Kjenn at varmeg vannet treffer kroppen din.» Og pasienten kom tilbake og sa: «Ja da prøvde jeg det du sa, og det funka bra.» eller: «Jeg prøvde det du sa, men det funka ikke for meg.» Det å finne ut for pasienten hva som funker og det som absolutt ikke funker. Hva er det som får de tilbake i tid så raskt som mulig. Jeg føler at det med hjemmeøvelser er som et tveegget sverd. Da kan de føle seg ganske mislykkede om de ikke får det til. Så blir det som en ryggsekk med skam til neste time. Da tenker jeg heller at det er bedre å utforske måter hjemme.»

Utforskning av hva som fungerer i hverdagen fungerer bedre enn å få hjemmeøvelser som pasienten ikke får tid til eller ikke gjør. Utforskning sammen med pasienten er viktig.

En terapeut skildrer forståelsen bak øvelsene slik:

«Det handler om å ha et repertoar med egentlig helt konkrete, enkle øvelser. At måten å tilnærme seg en kropp på, det handler mye om ferdighet og teknikk osv., men at forståelsen som ligger bak krever innsikt og kunnskap om psykiske lidelser, og at det er mye som ligger til bunn for å gjøre de rette tiltakene.»

For å utforske hvilke øvelser som passer for pasienten er det viktig å kunne noe om problemene og traumene pasienten har.

Terapeutene hadde diverse øvelser de likte å bruke, men øvelsene var mange. Øvelsene generelt vil bidra til å få pasientene i et her-og-nå fokus.

Alle pasienter er forskjellige og det fins ingen øvelser som brukes for alle. Det å utforske sammen med pasienten er mer viktig enn hvilken type øvelse. Utforsking av hvor terapeuten skal stå i forhold til pasienten, eller utforskning av hvilke deler pasienten har kontakt med eller ikke kontakt med er

viktige elementer. Hjemmeøvelser kan slå begge veier. Det å gjøre de rette tiltakene krever kunnskap og innsikt og psykiske lidelser.

Samtalens betydning

Gruppen som er traumatiserte og har lite kontakt med egen kropp, har ofte problemer i relasjoner til andre også. For å skape en relasjon er samtalen mellom terapeut og pasient viktig. Dette er ofte tidkrevende, men faller bedre på plass etter hvert som pasienten føler seg trygg. Trygghet kommer over tid ettersom pasienten blir bedre kjent med rommet behandlingen foregår i, blir kjent med terapeuten og med øvelsene eller behandlingen. Vi har sett tidligere at det å sette ord på hva pasienten kjenner i kroppen er viktig i behandlingen.

En av deltagerne skildrer en samtale om det å kjenne etter i kroppen på denne måten:

«Noen er jo som sagt ikke klar over at de har redusert kontakt med kroppen. For forsvarsmekanismen har funka akkurat som den skal gjøre. Så når jeg sier: «Om vi trykker gjennom kroppen, hvordan kjennes det ut her?» Pasienten kan svare: «Jeg kjenner nesten ikke det!» Eller «når jeg ligger her, kjenner jeg ikke beina mine ligge på benken.» «Det har jeg ikke tenkt på før. Ja jeg kjenner ikke beina mine!» Så spør terapeuten: «Hvordan er det å stå og gå rundt da?» Pasienten svarer: «Nei, det har jeg ikke tenkt på.»

Samtalen innebærer å få kontakt med kroppen og kunne beskrive hva som kjennes eller ei. Dialogen skapes gjennom det å utforske hva pasienten kjenner og ikke kjenner.

Et annet utsagn i forhold til det å samtale om hva pasienten kjenner at kroppen er i behov av er:

«Om det er anspent her og pasienten sier at kroppen prøver å trekke det opp, så skal vi kanskje hjelpe med det istedenfor å strekke den ut. Så kommer pustesvaret, og de slipper seg til. Mens en annen pasient kanskje kjenner at hun heller vil trekke hodet ned i kroppen, og da prøver hun på det. Stramheten sitter på samme plass, men intensjonen eller hva kroppen prøver å få til er veldig forskjellig. Møte de ulike behovene kroppen har i ulike områder og da blir det det mer forståelig for pasienten.»

Det å lytte til kroppens behov sammen med terapeuten, vil hjelpe pasienten til å forstå hvilke behov kroppen har. Bevegelsene eller berøringen i seg selv skaper samtalen i terapien.

En terapeut beskriver samtalen som det å kjenne etter:

«Fokus i samtale er å kjenne etter. For da kommer det ofte fram mer den ekte følelsen enn hvis du bare skal prate. Pasienten min som kjente etter hvor sliten hun egentlig var, sluttet tre av jobbene sine. Hun hadde pratet med behandleren sin om det, men det var uten å kjenne etter i kroppen.»

I motsetning til å bare prate og bruke ord, kan kroppen gi beskjed om hvordan pasienten egentlig har det, når pasienten først kjenner etter.

En terapeut prater om språket pasienten har til egen kropp:

«Jeg tar ofte tak i språket pasienten har om egen kropp. Noen har hørt tidligere at de har en svak kropp og at den tåler ingenting. De kommer nesten inn med en kroppsskam for hvordan kroppen deres har reagert. Ofte har de vært hos andre fysioterapeuter og fått beskjed om at de er for ansente her. Det gjør jo psykomotorikere også. Men jeg forklarer at det ikke er uhensiktsmessig. Jeg prøver å forklare pasienten at hun/han må prøve å få kontakt med den delen av kroppen og forstå hva den delen av kroppen prøver å gjøre.»

Fysioterapeuter har mye makt i hva de forteller pasientene sine. Terapeutene ses på som eksperter, og pasientene tar inn over seg råd fra ekspertene eller hva de får beskjed om i forhold til egen kropp.

Dette kan føre til skam over egen kropp.

Terapeuter spør ofte hvordan pasienten har det:

«Jeg spør ofte hvordan de har hatt det siden sist. Det å bekrefte det de forteller, og samtidig gi litt innspill til refleksjonen. Om de har familie og nære, så er det ofte vanskelige relasjoner med både ektefelle, søsken og foreldre. Gi innspill til deres opplevelse, og samtidig gi innspill til hvordan de kan gjøre det på en annen måte.»

Samtalen gir rom for refleksjoner og pasienten kan få gode råd i forhold til samspill med egen familie.

Samtalen i terapien skaper relasjonen med pasienten. Samtalen i psykomotorisk fysioterapi handler oftest om kroppen, hva pasienten kjenner i kroppen, hva kroppen har behov for, språket pasienten har om egen kropp, og generelt hvordan pasienten har hatt det siden sist.

Tidsperspektivet

Alle pasienter er forskjellige og det er ulikt hvor lenge de er i behandling. Deltakerne var enig i at når pasienten er meget traumatisert og har lite kontakt med kroppen, at dette tar lang tid. Det fins pasienter i denne gruppen som går i psykomotorisk fysioterapi over flere år. Det tar ofte lang tid å få på plass mer kontakt med kroppen, og tid før pasienten tør å gi litt mer slipp, og målene som settes bør også være små og settes i riktig tidsperspektiv.

En deltager forklarer tålmodigheten slik:

«Når pasienten er såpass fastlåst at de ikke kjenner kroppen sin tydelig. Så der tenker jeg at jeg bare må være tålmodig. Og jobbe med alliansen. At hun skal kjenne seg trygg. Og at der har jeg ikke vært så direkte. Nå jobber jeg med kroppsavgrensende grep. Men selv om hun er dårlig, så har hun etter hvert tålt, at hun tåler å ligge. Men vi har kanskje brukt et år på det. Så det er liksom et eksempel på en veldig dårlig pasient som strever fortsatt med kontakt. Det er det å klare å kjenne seg trygg i liggende og prøve å kjenne kroppen sin mot underlaget. Det går mye på å få kontakt med og kjenne et underlag. Om det er gulvet i stående, om det er stolen i sittende, eller benken i liggende.»

Det tar for de dårligste pasientene lang tid før de kjenner seg trygge nok til å få direkte berøring til kroppen.

For noen pasienter kan det ta enda lenger tid å komme i mål, og de kommer gjentatte ganger til behandling både privat og på DPS. Som en deltager sier:

«En skal aldri gi opp. Jeg har ei her nå som har vært her inne to ganger tidligere. For 20 år siden og kanskje 10 år siden. Og det har blitt jobbet med litt mer på overflaten. Så kom hun inn igjen for ca. tre år siden, med et veldig muskelpanser som hun hadde holdt på i to år tror jeg. Og jobben min har egentlig vært bare, i små, små porsjoner, å kjenne litt etter. Så har vi jobbet med balansegangen mellom det å åpne opp og stabilisere hele tiden. Når hun åpnet opp, fikk hun plutselig tilgang på følelsene sine på en annen måte. Det som har gjort mest inntrykk på meg er den sammenhengen mellom ansenhet, panser, stivhet, rigiditet og ikke kjenne noe følelsesmessig.»

Noen får behandling i etapper, og det kan ta år før kontakt med kropp og følelser blir tilgjengelig. Stivhet i kroppen stenger for følelsene.

En av deltagerne forklarer hvordan pasienten får mer respekt for kroppen sin etter hvert, men at terapeuten må gå varsomt fram:

«Jeg syns at alle pasientene blir veldig nysgjerrig i starten. Det er en ny måte å oppleve kroppen sin. At den kan reagere med å skru ned volumknappen på enkelte deler. Så får de etter hvert mer respekt for kroppen sin og seg selv. Forstår at det her skal være en ferd som skal være varsom og vennlig.»

Respekt for egen kropp og respekt for seg selv tar tid. Det tar tid å erfare kroppen sin på en annen måte.

Tiden det tar for at pasienten skal klare å få bedre kontakt med kroppen og erfare den på en annen måte avhenger av hvor lang tid det tar for å kjenne seg trygg og få en god allianse med terapeuten. Dette tar ofte lang tid, og for flere pasienter tar det flere år. Terapeuten og pasienten må jobbe med tålmodighet.

Oppsummering av endringer i det små:

For å hjelpe pasientgruppen som har nedsatt kontakt med kroppen er det å skape trygghet i relasjon mellom pasient og terapeut viktig. Riktige mål kan være å ikke bli helt bra, men å få bedre forståelse av seg selv og hvilke tiltak hun/han kan gjøre. Øvelsene som blir riktige for pasienten utforskes sammen med terapeuten. Samtalen i terapien er med på å skape relasjonen med pasienten. Prosessen å få kontakt er tidkrevende og krever tålmodighet.

7.0 DISKUSJON

Pasienter som ikke føler kroppen sin er ofte traumatisert, kan mangle ord, og dissosierer ofte. Det å ha kontakt med kroppen innebærer å kjenne kroppen fysisk eller å føle noe inne i seg. Gjennom å øke kroppskontakt, øker tilgjengeligheten til egne følelser, minner og hukommelse. Pasientene trenger hjelp til å jobbe med grenser som nærhet og avstand. Det går forsiktig fram i tilnærmingen til denne gruppa. Prosessen å få kontakt krever tålmodighet. Terapeutene sier at det er energikrevende og tidskrevende å jobbe med pasientgruppen og det innebærer å komme i kontakt med hele følelsesspekteret hos terapeuten. For å hjelpe pasientgruppen som har nedsatt kontakt med kroppen er det å skape trygghet i relasjon mellom pasient og terapeut viktig. Riktige mål kan være å ikke bli helt bra, men å få bedre forståelse av seg selv og hvilke tiltak hun/han kan gjøre. Øvelsene som blir riktige for pasienten utforskes sammen med terapeuten. Samtalen i terapien skaper relasjonen med pasienten.

Pasientgruppen som har lite kontakt med kroppen har ofte mellommenneskelige relasjonsproblemer. Derfor kan det ta litt tid for å få en god relasjon til denne pasientgruppen. Det er viktig for terapeuten å ha tilgang til følelsene hun selv sitter med, for at det skal bli lettere å sette seg inn i pasienten sin lidelse for best å hjelpe henne. Det er også viktig å romme pasienten og best mulig forstå følelsene hennes (Schibbye, 2012). Geirdal (2017) skriver at det å være genuin med åpenhet og ærlighet er viktig. Det at terapeuten er bevisst egne følelser og bevisst hva som er best for pasienten i relasjonen dem imellom, er å være genuin. Relasjonen blir dypere etter hvert som behandlingen gir resultater som er positive. Det at pasienten ser at terapeuten viser empati, er genuin og aksepterende, bidrar til en bedre relasjon (Geirdal, 2017).

Funnene fra analysen vil bli diskutert opp imot teorier om relasjonsarbeid. Innen relasjonsarbeid er det flere ulike tilnærminger som er relevante å trekke fram i forhold til studiens funn. Jeg vil se nærmere på den terapeutiske samtalen, allianse og mål, betydningen av anerkjennelse, og terapeutisk nærvær. Til slutt vil jeg diskutere kort om funnene opp mot undersøkelse uten bruk av ROK.

Den terapeutiske samtalen

Flere av terapeutene nevnte at pasienter med nedsatt kontakt med kroppen hadde fravær av ord. Det kunne være at de hadde pratet seg tomme hos en psykolog, eller ikke hadde språk for hva hun/han kjente i kroppen, ei heller kunne sette navn på ordene. Når pasienten er tom for ord, blir det å jobbe med kroppen kanskje en bedre innfallsvinkel enn å prate med en psykolog. Gjennom å jobbe med kroppen, klarer etter hvert pasienten å sette ord på det hun/han kjenner og det kan komme gjennom bilder fra fortiden. Den terapeutiske samtalen mellom pasient og terapeut omhandler å jobbe

gjennom kroppen og gradvis sette ord på det pasienten kjenner om hun/han ikke klarer det. For å skape en relasjon er samtalen mellom terapeut og pasient viktig, dog ofte tidkrevende. Samtalen faller bedre på plass etter hvert som pasienten føler seg trygg. Trygghet kommer over tid ettersom pasienten blir bedre kjent med rommet behandlingen foregår i, blir kjent med terapeuten og med øvelsene eller behandlingen. Det å kjenne seg trygg er grunnleggende for at klienten skal våge å tørre å utsette seg for det som kan oppleves truende og angstprovoserende.

Med å ha samtale rundt hva pasienten kjenner på, blir ofte pasienten mer nysgjerrig på hvordan kroppen oppleves i det daglige, og hvordan de oppfatter seg selv (Gretland, 2016). Et problem med å språklig gjøre kroppslige erfaringer, er at erfaringen i seg selv aldri fullt ut kan beskrives, men det gjør det mulig å reflektere sammen. Gretland (2007) skriver at: «Skal en kunne ta inn pasientens (kroppslige) verden, må en være lydhør i vid forstand, og følge opp pasientens egne initiativ og utsagn på en anerkjennende måte» (Gretland, 2007, s.184). Funnene viste at fravær av ord kan innebære at pasienten har behov for å finne et vokabular for hva hun/han kjenner. En av deltagerne beskrev at historien pasienten forteller kan være en annen enn det kroppen beskriver. Og hvis de bare prater så kjenner de det kanskje ikke i kroppen. Med kroppslig tilnærming kan kroppen avsløre hva pasienten har vært utsatt for. Mange pasienter kan føle på skam, og holder den tett til brystet. Når skammen får lov til å fortelles med kroppslige reaksjoner i kroppslig behandling, kan det ses på som å avsløre den på en omsorgsfull måte.

Allianse og mål

Allianse og målarbeid bidrar til bedring av relasjonen mellom pasient og terapeut. Arbeidsalliansen baseres på at pasient og behandler er enige i målene og hvilke oppgaver som bør gjennomføres for å nå målene (Geirdal, 2017; Schibbye, 2012). Geirdal (2017) skriver at gjennom å jobbe mot målene oppnår pasienten endring. Først må pasient og klient enes om målet. Deretter må både pasient og terapeut ha klare og gjensidige oppgaver for å nå målene, og det er viktig å definere hvilken rolle hver av de har i behandlingsforholdet. Den tredje forutsetningen for endring er et emosjonelt bånd mellom pasient og terapeut. Dette skapes av den gjensidige følelse av at den andre bryr seg og at en kan stole på den andre, samt at pasienten føler på bekreftelse og blir vist varme og interesse (Geirdal, 2017, s.38).

I møte med pasientgruppa som har nedsatt kontakt med kroppen kan det å lage felles mål være vanskelig. Pasienten har til tider ikke ord for hva hun/han vil og da blir det vanskelig å lage noen mål. I begynnelsen av et psykomotorisk fysioterapi forløp, kan frykten pasienten kjenner på i form av at hun/han ikke er trygg nok i relasjonen gjøre at pasienten dissosierer og ikke klare holde seg innenfor toleransevinduet. Da blir det også vanskelig å si ifra hvilke mål hun/han har. Ofte er målene

usagte, og det å jobbe med å skape bedre relasjon er viktigere enn det å lage mål tidlig i behandlingen. Funnene i studien skildret at målene for denne pasientgruppa må være små. Målene kan være å lære seg øvelser som det å trampe i gulvet for å komme tilbake til her og nå når pasienten blir urolig. Målene er ofte ikke at pasienten vil få full kontakt med kroppen igjen. Pasienten må kanskje akseptere at hun/han raskt kan kjenne på utrygghet, og da kan målene heller være å lære å gjenkjenne egne triggere for å få bedre forståelsen for at de blir urolige.

Alliansen bedres når det emosjonelle båndet mellom pasienten og terapeuten dannes. Det at pasienten skal klare å stole på terapeuten skapes av trygghet. Det tar ofte lang tid før pasienten klarer å kjenne seg trygg inne i behandlingsrommet til terapeuten, og trygg nok til å tørre å slippe opp litt spenninger i kroppen. Balansegangen mellom hva som føles trygt og utrygt er veldig skjør hos de traumatiserte. Når pasienten er tryggere klarer hun/han å være mer tilstede her og nå uten å dissosiere. Gjennom å øke kroppskontakt, øker tilgjengeligheten til egne følelser, minner og hukommelse. Følelser er noe pasienten kan ha lagt lokk på i årevis, fordi traumeminnene er for vanskelige å møte.

Anerkjennelse

Anerkjennelse inkluderer bekreftelse, det å lytte og forstå, det å akseptere og tolerere den andre. Alt dette ses i sammenheng og er dialektisk, og forstås slik at det å lytte er en forutsetning for å forstå pasienten. Forståelse må være tilstede for å kunne akseptere og bekrefte (Schibbye, 2012). Det å forstå at den sensitive pasienten trenger trygge rammer, at det tar tid og at pasienten kan sette i gang flere følelser i terapeuten er viktig for å tolerere pasienten. Terapeutens ubevisste kroppsspråk plukkes opp av pasienten, og er en del av relasjonen de imellom. Det er viktig at terapeuten reflekterer over egne følelser, og er tilstede her og nå med pasienten, nettopp fordi pasienten har problemer med mellom menneskelige relasjoner. Det er viktig å legge igjen familiære problemer hjemme, da pasienten raskt vil ense at terapeuten tenker på noe annet eller ikke klarer å være tilstede sammen med pasienten.

Grenser handler om avstand og nærhet og om relasjonen mellom terapeut og pasient. Flere deltagere nevnte at noen pasienter er lite sensitive overfor egne grenser og lar andre overskride grensene deres. Med grenseoverskridelse menes at noen kan ha en tendens til å la andre gjøre hva de vil med dem. I det ene tilfellet var terapeuten klar og tydelig overfor pasienten at det ikke var greit at pasienten kjente avtrykk av hånda hennes i to uker, og sa ifra at hun som terapeut hadde overskredet hennes grenser. Vatne (2006) skriver at man setter grenser for seg selv gjennom å avgrense gjennom å skille egne fra andres opplevelser. For å gjøre det mulig å kjenne forskjell på egne og andres følelser, må personen ha et forhold til sine egne opplevelser, klare å reflektere selv og være selvavgrenset. For å hjelpe den andre til å bli mer avgrenset, må terapeuten reflektere over adferden til pasienten, samtidig

som terapeuten klarer å reflektere over egne følelser mens hun/han er sammen med pasienten (Vatne, 2006, s. 145). I studien kom det klart fram at terapeuten brukte «jeg»-form og sa at det var hun som hadde overskredet pasienten sine grenser. Pasienten selv hadde ikke lært å sette grenser. Det terapeutiske arbeidet de imellom er avhengig av at pasienten ga tilbakemelding på hvordan berøringen på ryggen hennes følte. Gretland (2007) skildrer at mennesker som har opplevd grenseoverskridelser kan oppleve det som invaderende om terapeuten kommer for nær, samtidig som berøringen også kan bevisstgjøre savn etter nærhet og mulig sorg. Det er avgjørende for terapien at tilpassing av nærhet og avstand til pasienten er innenfor pasienten sin toleranse. For best å hjelpe pasienten til å ikke skride over egne grenser er å ha med pasienten som en person. Fysioterapeuter tester ut hvilken tilnæringsmåte hun skal bruke, alt fra knotteballer til mer direkte kontakt. Knotteballen kan fungere som en avstandsregulator om direkte berøring blir for nært (Gretland, 2007).

Den trygge tilknytningspersonen som terapeuten skal være, deltar i utforskingen sammen med pasienten (Schibbye, 2012). Alle deltagerne pratet om det å utforske sammen med pasienten hva som er trygt for han/henne. Hvordan reagerer pasienten på det å bevege seg litt annerledes enn hva hun er vant med? Skaper det utrygghet og må utforskes videre? Hvor mye skal en utfordre pasienten før hun/han går utenfor eget toleransevindu? Dette er viktige ting terapeuten må være var for underveis i behandlingen. For noen av pasientene er det å gå ut fra en låst posisjon hvor hun/han føler seg trygg, til det å utforske det å sitte litt annerledes, angstprovoserende. De kan ha følelsen av at den trygge posisjonen blir borte. Som flere deltagere nevnte, var det å utforske og kjenne på hva denne nye sitteposisjonen gjorde med dem en øvelse på å utvide toleransevinduet.

Terapeutisk nærvær

Som terapeuter, i arbeidet med pasientgruppen beskrevet, er det viktig å være så nærværende i behandlingstimen som mulig.

Kjernen i terapeutisk nærvær er

å være helt og fullt i kontakt med seg selv der og da, og samtidig være åpen, mottagelig, og fordypet i det som griper deg i situasjonen, med en større følelse av romslighet og utvidelse av bevissthet og persepsjon. Dette er basert i en utvidet bevissthet, og er ledsaget av en intensjon om å være sammen med, og for klientene, for å medvirke i deres helbredelsesprosess. (Nerdrum, 2017, s.51)

Det er en krevende pasientgruppe det er forsket på her, og terapeutisk nærvær kan være vanskelig. Pasientgruppen er var på atmosfæren som er i rommet og har ofte relasjonstraumer. Her kommer

tidsaspektet inn også. Det er tidskrevende for pasienten å kjenne seg trygg og få kontakt med kropp, og dette kan oppleves frustrerende både for pasienten og terapeuten. Frustrerende for pasienten fordi de etter mange måneder eller år fortsatt ikke har god kontakt med kroppen og kanskje bare kjenner på smerter. Det kan også kjennes frustrerende for terapeuten fordi det skjer liten endring. Det mer erfaring en terapeut har med denne pasientgruppen, det mer tålmodig tenker jeg terapeuten vil være. Terapeuten vil ha mer kunnskap om at det tar tid å bygge en relasjon gjennom å jobbe med trygging i lengre tid før terapeuten kan forvente at det vil skje endring hos pasienten.

Schibbye (2012) skriver at terapeuten må ha en tro på at klienten har en kjærlighet innerst inne. På den måten har klienten mulighet til å erfare kjærlighet i seg selv og bygge videre på den. Terapeuten må gjøre tilgang på egen kjærlighet med å åpne sitt indre for å kunne hjelpe pasienten å bygge opp kjærlighet til seg selv. Eksempler vil være å gi pasienten et varmt blikk eller gi en tilbakemelding som er anerkjennende (Schibbye, 2012). Med dette menes at pasienten vil merke om terapeuten er tilstede i timen og er ivaretagende overfor pasienten. Vennlighet fra terapeutens side og en forståelse for at pasienten synes det er skremmende å være i terapi er viktig. Det kom fram i studien at det å få være nær følelsesreaksjonene til pasientene var flott. Og det var godt å få lov til å trygge pasienten som en god mor og lytte til dem og gi dem trygghet og vekst. I en kronikk i tidsskriftet for Norsk Psykologforening skriver Øverland at terapi er kjærlighet. Øverland tror at relasjonen som oppstår mellom terapeut og pasient i terapien er undervurdert, og at det kan skje noe magisk mellom de to når ærligheten de imellom oppstår i relasjonen. Når han har møtt tidligere pasienter, var det småting de husket best. Som det å bli skjenket kaffe først, eller det at pasienten husket øynene hans og stemmen hver gang han ble engstelig (Øverland, 2014). Med pasientgruppen som har lite kontakt med kroppen, har terapeut og pasient god tid til å bli kjent med hverandre. I alle fall der det lar seg gjøre. På et DPS er det ofte «tidsfrister» på hvor lenge en pasient kan gå i behandling. Ventelistene er lange og det er ofte press på å skrive ut pasienter for at nye pasienter kan komme inn. Det er også lange ventelister i kommunen for å komme inn til psykomotorisk fysioterapi behandling. Når vi vet hvor lang tid det tar for de mest traumatiserte å bli trygge nok til å kunne slippe til pusten litt eller tørre å bli utfordret, kan terapeuten heldigvis ofte argumentere med at pasienten trenger lengre forløp.

Undersøkelsen starter med å jobbe med relasjoner

I arbeidet med pasienter som har lite kontakt med egen kropp, beskriver terapeutene at det er viktig med forsiktig tilnærming for å etablere en god og trygg relasjon. Flerparten av terapeutene som ble intervjuet hadde lang erfaring med å jobbe med traumatiserte pasienter. De brukte ikke Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen (ROK) på pasienter som har relasjonstraumer, og ofte er det

ikke fysisk berøring mellom terapeut og pasient på lang tid. Fokuset i timen kan være psykoedukasjon for å forklare pasientene hva som skjer kroppslig med f.eks. uro. Fokuset i timene kan også være å komme i kontakt med kroppen med bruk av øvelser, eller å gå utenfor kroppen med bruk av sanser som syn, hørsel eller å kjenne for å komme ut av dissosiasjon.

8.0 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Funnene i oppgaven kan brukes til å veilede psykomotoriske fysioterapeuter som har lite erfaring med traumatiserte pasienter som har nedsatt kontakt med kroppen. I psykomotorisk fysioterapi studiet og som nyutdannet psykomotoriker, brukes ofte den ressursorientert kroppsundersøkelsen (ROK) med alle pasienter. Det er viktig å stoppe opp og tenke litt når pasienten er traumatisert. I de tilfellene er det viktigere å gå mer forsiktig fram, jobbe med trygghet og jobbe med relasjonen. Med å forstå pasientgruppen, hvilke følelser en selv kan komme borti, og hvilke tilnæringsmåter en kan bruke i møte med pasientene, kan gjøre det meningsfylt å jobbe over tid med pasientgruppen. Terapeuten vil merke at hun/han får en god relasjon med pasienten over tid, og betydningen av en god relasjon vil være med å bidra til at pasientgruppen får bedre kontakt med egen kropp, følelser, og historien sin.

9.0 AVSLUTNING

Fravær av kontakt kan forstås på flere måter. Fravær av kontakt kan bety at pasienten opplever smerter eller ikke kjenner fysisk deler av kroppen. Det å ikke ha kontakt med kroppen innebærer ofte at pasienten dissosierer både kroppslig eller mentalt. Kontakt med kroppen er å ha kontakt med følelsene og minnene sine. Pasientene har behov for hjelp til å sette grenser, og det er viktig at terapeuten er våken for å se om terapeuten selv går over grensene til pasienten. Relasjonsarbeidet i form av anerkjennelse, samtalen gjennom kroppen, det å sette små mål, og ha terapeutisk nærhet er viktig. Studien tydeliggjør betydningen av at pasienten må kjenne seg trygg i relasjonen til terapeuten før hun/han tør å utforske det som føles utrygt, og et mål i seg selv kan være at pasienten lærer seg hva symptomene av det å ikke kjenne kroppen er, slik at pasienten klarer å håndtere symptomene bedre. Endring i pasienten gjennom å jobbe med kroppslig tilnærming er tidskrevende, men en god innfallsvinkel når pasienten er tom for ord. Det bør settes tillit til psykomotorikere tidligere i et behandlingsforløp for de traumatiserte pasientene, istedenfor å bruke psykomotorisk fysioterapi som siste utvei om samtaleterapi etter flere år ikke har gjort pasienten bedre. Med kroppslig tilnærming kan kroppen avsløre hva pasienten har vært utsatt for på en skånsom måte.

INNHALDSFORTEGNELSE

- Anstorp, T. & Benum, K. (2014). *Traumebehandling : komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforl.
- Anstorp, T., Benum, K. & Jakobsen, M. (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer : integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforl.
- Bunkan, B. H. (2001). Psychomotor physiotherapy--principles and guidelines. *Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raeke*, 121(24), 2845.
- Bunkan, B. H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde : teori og helsefremmende behandling* (4. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2004). The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: patients' experiences, a basis for knowledge. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(6), 403-410. doi: 10.1080/14034940410029441
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2008). Breathing: a sign of life and a unique area for reflection and action. *Physical therapy*, 88(7), 832. doi: 10.2522/ptj.20070316
- Ekerholt, K., Schau, G., Mathismoen, K. M. & Bergland, A. (2014). Body awareness a vital aspect in mentalization: experiences from concurrent and reciprocal therapies. *Physiotherapy Theory and Practice*, 2014, Vol.30(5), p.312-318, 30(5), 312-318. doi: 10.3109/09593985.2013.876562
- Eline, T. (2005). Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling – En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(01), 30-44.
- Geirdal, A. K. Ø. (2017). Den terapeutiske relasjonens tre deler. I A. K. Ø. Geirdal & S. Varvin (Red.), *Relasjoner i Psykisk Helsearbeid* (s. 36-43). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Geirdal, A. K. Ø. & Varvin, S. (2017). *Relasjoner i psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforl.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Gretland, A. (2016). *Psykomotorisk fysioterapi. Med kroppen som innfallsport til personen. Kroppen i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Kristensen, G. B. E. & Universitetet i Tromsø Det helsevitenskapelige, f. (2013). *Psykomotorisk fysioterapi i forhold til pasienter som strever med ettervirkninger etter alvorlige livshendelser i nære relasjoner*.
- Levine, P. A. (1997). *Waking the Tiger, Healing Trauma*. Berkeley, California: North Atlantic Books.
- Lien, J. (2018). *Relasjon og kropp*: Kolofon Forlag AS.
- Lien, L. A. & Ekeli, B. V. (2016). Hva er det mennesker som har vært utsatt for traumer opplever har gitt mening i behandlingen hos psykomotorisk fysioterapeut når det gjelder å leve videre med traumene? : UiT Norges arktiske universitet.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Misund, A. (2017). Betydningen av nonverbal synkronitet for terapeutisk allianse og tilknytningsrelasjonene mellom behandler og klient. I A. Ø. Geirdal & S. Varvin (Red.), *Relasjoner i psykisk helsearbeid* (s. 127-140). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Nerdrum, P. (2017). Er "terapeutisk nærvær" noe annet enn "empati i terapi"? I A. K. Ø. Geirdal & S. Varvin (Red.), *Relasjoner i psykisk helsearbeid* (s. 44-59). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nerdrum, P. & Geirdal, A. Ø. (2017). Arbeidsallianse og brukervedvirkning i psykisk helsearbeid. I A. Ø. Geirdal & S. Varvin (Red.), *Relasjoner i psykisk helsearbeid* (s. 60-73). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- NESH. (2006). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss & teknologi. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Forskningsetiske-enheter/Nasjonal-forskningsetisk-komite-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>

- Nilssen, V. L. (2012). *Analyse i kvalitative studier : den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforl.
- Ogden, P. (2015). *Sensorimotor Psychotherapy. Interventions for trauma and attachment*. New York: W. W. Norton & Company Ltd.
- Ogden, P., Pain, C., Minton, K., Siegel, D. J. & van der Kolk, B. A. (2006). *Trauma and the body : a sensorimotor approach to psychotherapy* (The Norton series on interpersonal neurobiology). New York: Norton.
- Rygge, E. & Geirdal, A. Ø. (2015). Norsk psykomotorisk fysioterapi; Betydningen av den terapeutiske relasjonen og måleverktøyet N-STAR: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Schibbye, A.-L. L. (2012). *Relasjoner : et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg., 2. oppl. [i.e. ny utg.]. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Thornquist, E. & Bunkan, B. H. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforl.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne : relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- World Health, O. (1999). *ICD-10 : psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser : kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*.
- Øien, A. M., Steihaug, S., Iversen, S. & Råheim, M. (2011). Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(1), 53. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00790.x
- Øverland, S. (2014). Terapi er kjærlighet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(5), 406-407.

<https://diktugla.wordpress.com/utvalgte-dikt-om-kroppen/dialogiske-ubalanse/om-den-laste-kroppen/>
29.03.18

VEDLEGG

Vedlegg 1: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE:

Innledning:

Jeg presenterer meg, informerer om prosjektet og at jeg kommer til å legge vekt på hvordan terapeuten opplever å jobbe med pasienter som har nedsatt kontakt med kroppen sin.

Informasjon om at informasjonen jeg samler inn vil gå inn i masteroppgaven min. Spør terapeuten om han/hun ønsker kopi av oppgaven.

Forklarer at jeg kommer til å ta opp intervjuet på lydopptaker, og at dette vil bli transkribert over til skriftlig.

Forklarer personen at informasjonen vil bli anonymisert slik at det ikke vil gå an å gjenkjenne han/henne.

Informere terapeuten at han/hun har rett til å avslutte intervjuet eller trekke seg fra studien når som helst, men at det vil være for seint når oppgaven er skrevet.

Informere om at intervjuet tar ca 45 minutter å gjennomføre.

Faktaspørsmål:

Hvor lenge har du jobbet som psykomotorisk fysioterapeut?

Introduksjonsspørsmål:

Har du behandlet mange med nedsatt kontakt i kroppen? Lengde på behandling?

Hovedspørsmål:

Hvilke erfaringer har du gjort deg med å jobbe med mennesker som har nedsatt kontakt med kroppen.

Nøkkelspørsmål: Kan du gi noen eksempler på? Følg opp det personen sier.

1. Hvilken tilnærming bruker du når du jobber med mennesker med nedsatt eller ingen kontakt med egen kropp? Støttende eller omstillende behandling, eller blanding?
2. Hva snakker dere om underveis i timen?
 - a) Hva er fokus i samtalen?
3. Hvilke øvelser bruker dere i timen?
4. Hvordan har prosessen vært med en pasient du kan tenke på her og nå?
5. Hva tenker du i forhold til denne problematikken?
 - a) Tenker du annerledes om denne pasientgruppen enn andre med annen problematikk? I så fall hva?
 - b) Er det noen spesielle opplevelser som har gjort inntrykk på deg?

Avslutning:

Runde av intervjuet på en ryddig måte. «Hvordan har det vært å bli intervjuet om dette tema?»

Høre om informanten ønsker å få fram ting jeg ikke har spurt om, som har vært viktig for han/henne.

Er det noen spørsmål terapeuten sitter igjen med som han ønsker oppklaring på?

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

Vår dato: 30.01.2017

1

Vår ref: 56177/5/EPA/LR

Deres dato:

Deres
ref:

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Vi viser til endringsmelding mottatt 30.11.2017 for prosjektet;

56177

Kontakt med kroppen

Endringen består i at utvalget skal endres fra pasienter (av psykomotoriske fysioterapeuter) til psykomotofiske fysioterapeuter. Ny tittel for prosjektet er: Hvilke erfaringer har psykomotoriske fysioterapeuter med å jobbe med mennesker som har nedsatt kontakt med kroppen.

Behandlingsgrunnlag

Personvernombudet har vurdert endringen og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av S 31 i personopplysningsloven, og ikke personopplysningsforskriften S 7-27, som først vurdert. Bakgrunnen for denne vurderingen er at det ikke lenger skal samles inn sensitive personopplysninger om helseforhold.

Informasjon og samtykke

Det reviderte informasjonsskrivet til utvalget (fysioterapeuter) er godt utformet.

Rekruttering

Personvernombudet forutsetter at studenten tar hensyn til konfidensialitet og at forespørselen rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltagelse ivaretas.

Taushetsplikt

Vi minner om at studenten og informant har et felles ansvar for at det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om studenten avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksomme på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, tid og eventuelle spesielle hendelser.

Vi forutsetter også at dere er forsiktige med å bruke eksempler under intervjuene. Personvernombudet legger med dette til grunn at det ikke innhentes personopplysninger om pasienter, og at taushetsplikten er opprettholdt.

56177 EPA/LR

2

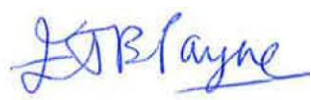
Personvernombudet legger dl grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret.

Personvernombudet vil ved prosjektslutt, 31.05.2018, rette en henvendelse vedrørende status for behandling av personopplysninger.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uldaft.

Vennlig hil sen


Marianne Høgetveit Myhren



Eva J. B. Payne

Kate Bmndal

Vedlegg 3: Samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Psykomotorisk behandling av pasienter med nedsatt kontakt med kroppen»

Bakgrunn og formål

Jeg jobber som psykomotorisk fysioterapeut ved et DPS, og har behandlet flere pasienter som ikke har kontakt med deler av kroppen sin. Selve fenomenet «å ikke kjenne deler av kroppen» har økt min nysgjerrighet overfor dette temaet.

Formålet med studien er å få bedre innsikt i hvordan andre psykomotoriske fysioterapeuter opplever å jobbe med pasienter som ikke har kontakt med deler av kroppen og hvilke erfaringer har de gjort seg i forhold til denne problematikken. Hvilken tilnærming bruker andre psykomotorikere? Hva snakker de om i timen? Hvilke øvelser brukes det? Hvordan tenker en psykomotorisk fysioterapeut på denne pasientgruppen?

Undersøkelsen er et ledd i min masterstudie i Psykisk Helse, på Høyskolen i Oslo og Akershus.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Du vil bli intervjuet av meg på et passende sted for deg.

Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptaker. Intervjuet tar omtrent 45-60 minutter.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og forsker og veileder vil ikke videreformidle denne informasjonen videre.

Jeg vil oversette lydopptaket til skrift og jeg og min veileder vil ha tilgang til dataen, men ditt navn vil ikke bli gjengitt. Informasjonen om det du sier vil bli avidentifisert slik at navnet ditt er erstattet med en kode som holdes avskilt fra intervjuet. Når intervjuet er oversatt fra lyd til skriftlig, vil selve intervjuet slettes. Informasjon fra deg vil ikke kunne gjenkjennes i masteroppgaven gjennom bruk av navn og hvor du jobber, eller annen informasjon som kjennetegner deg.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i mai 2018, da masteroppgaven skal leveres. Alle opptak og annen informasjon fra informantene slettes innen den tid. Noen oppgaver publiseres i Oria Læringscenter og Bibliotek på Høyskolen i Oslo og Akershus

Frivillig deltakelse

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

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med prosjektleder: Kate Brandal, telefon nummer 924 02 862, eller på mail: katebrandal@hotmail.com. Veileder er Wenche Bekken, førsteamanuensis ved Høyskolen i Oslo. Mail: wenche.bekken@hioa.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)