



**Kroppsholdningsfenomenet og Kroppsholdningsundersøkelse**  
**i**  
**Psykomotorisk Fysioterapi**

**ELIAS KRITIKOS**

**Masteroppgave**

**VÅR 2017**

Masterprogram i helsevitenskap  
Studieretning fysioterapivitenskap  
Institutt for global helse og samfunnsmedisin  
**UNIVERSITETET I BERGEN**

## **FORORD**

En spennende, lærerik, men også svært utfordrende periode er over. Denne oppgaven er et resultat av gleder og sorger, håp og fortvilelse.

Tusen takk til mine dyktige og omsorgsfulle veiledere, Målfrid Råheim og Tove Dragesund. Jeg setter stor pris på all hjelp, oppmuntring og gode innspill jeg har fått fra dere. Dere har vært en viktig støtte, både faglig og menneskelig.

Tusen takk til informantene som har villet dele sine erfaringer og sin unike kunnskap. Jeg verdsetter at dere ønsket å delta, og håper at det var en fruktbar opplevelse for dere.

Takk til mamma og Per for all støtte gjennom tykt og tynt. Takk til mine fantastiske jenter, Eira og Liva. Dere betyr alt.

Bergen, 13. Juni 2017

Elias Kritikos

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>SAMMENDRAG</b> .....	V
<b>SUMMARY</b> .....	VI
<b>1. INNLEDNING OG BAKGRUNN</b> .....	7
<b>1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA</b> .....	7
<b>1.2 HENSIKT OG PROBLEMSTILLINGER</b> .....	8
<b>1.3 EGNE FORVENTNINGER</b> .....	9
<b>2. TEORETISKE PERSPEKTIVER</b> .....	9
<b>2.1 HISTORIKK</b> .....	9
<b>2.2 DEFINISJON OG MEDVIRKENDE FAKTORER TIL KROPPSHOLDNING</b> .....	10
<i>2.2.1 Idealholdning og bevegelig balanse</i> .....	11
<i>2.2.2 Kroppsholdning, muskulatur og respirasjon</i> .....	11
<b>2.3 HOLDNINGSUNDERSØKELSE I PMF</b> .....	12
<i>2.3.1 Holdningsmønstre</i> .....	14
<b>2.4 HOLDNINGSOMSTILLING OG BEVISSTGJØRING</b> .....	15
<b>2.5 HOLDNINGENS DOBBELTHET – FØLELSESREGULERING</b> .....	16
<b>3. METODE</b> .....	18
<b>3.1 VITENSKAPSTEORETISK FORANKRING OG FORFORSTÅELSE</b> .....	18
<b>3.2 VALG OG BESKRIVELSER AV METODE FOR DATAPRODUKSJON</b> .....	19
<b>3.3 GRUPPESAMMENSETNING, INKLUSJONSKRITERIER, REKRUTTERING OG UTVALG</b> .....	20
<b>3.4 INTERVJUGUIDE OG INTERVJUSPØRSMÅL</b> .....	21
<b>3.5 DATAPRODUKSJON</b> .....	22
<i>3.5.1 Praktisk gjennomføring av intervjuet</i> .....	22
<i>3.5.2 Erfaringer med intervjuet</i> .....	23
<b>3.6 TRANSKRIPSJON</b> .....	23
<b>3.7 VALG AV ANALYSEMETODE: SYSTEMATISK TEKSTKONDENSERING</b> .....	25
<b>3.8 TEORIENS ROLLE I FREMSKAFFING OG ANALYSE AV MATERIALET</b> .....	27
<b>3.9 FORSKNINGSETIKK</b> .....	27
<b>4. BETYDNINGER AV KROPPSHOLDNING I PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI: OM FORUTSETNINGER OG Plass I UNDERSØKELSE OG BEHANDLING</b> .....	28
<b>4.1 KROPPSHOLDNINGENS FORUTSETNINGER OG FUNKSJON: OM GRUNNFORSTÅELSE I PMF</b> .....	29
<i>4.1.1 Anatomiske forutsetninger, bevegelig balanse og idealholdning</i> .....	29
<i>4.1.2 Kroppslige vaner/vanemønstre. Fra fastlåst/rigid til fleksibel/dynamisk</i> .....	30
<i>4.1.3 Kroppsholdning som følelsesregulering - å innta en holdning</i> .....	31
<b>4.2 KROPPSHOLDNINGENS Plass I PMF-UNDERSØKELSEN</b> .....	32
<i>4.2.1 Kroppsholdningsundersøkelsens struktur</i> .....	32
<i>4.2.2 Inntrykk av uttrykket – å forfølge grovinntrykket</i> .....	33

4.2.3 <i>Samhandling og tilbakemelding til pasienten</i> .....	35
4.3 <b>KROPPSHOLDNINGENS Plass i PMF-Behandlingen</b> .....	36
4.3.1 <i>Behandling og undersøkelse – et kunstig skille</i> .....	36
4.3.2 <i>Holdningsomstilling – mer enn holdningsendring</i> .....	36
4.3.2.1 <i>Utforsking, nysgjerrighet og bevisstgjøring</i> .....	37
<b>5. DISKUSJON</b> .....	40
5.1 <b>ANATOMISKE FORUTSETNINGER OG IDEALHOLDNING</b> .....	40
5.2 <b>HOLDNINGSUNDERSØKELSEN I PMF</b> .....	41
5.2.1 <i>Totalinntrykket – om å tolke</i> .....	42
5.3 <b>KROPPSHOLDNING I BEHANDLING – OM ENDRING OG OMSTILLING</b> .....	44
5.3.1 <i>Å innta en holdning</i> .....	46
5.3.2 <i>Autonomi og allianse – pasienten som likeverdig og deltagende</i> .....	47
5.4 <b>KROPPSHOLDNINGENS DOBBELTHET – HOLDNINGEN SOM FØLELSEREGULERING</b> ....	48
5.5 <b>METODEREFLEKSJONER</b> .....	50
5.5.1 <i>Intern validitet – troverdighet (pålitelighet)</i> .....	50
5.5.2 <i>Ekstern validitet (overførbarhet)</i> .....	54
5.5.3 <i>Refleksivitet og forforståelse</i> .....	56
<b>6. KONKLUSJONER</b> .....	59
<b>VEDLEGG 1</b> .....	64
<b>VEDLEGG 2</b> .....	66
<b>VEDLEGG 3</b> .....	67
<b>VEDLEGG 4</b> .....	69

## SAMMENDRAG

**Hensikten** med denne studien var å utforske hvilke tanker og refleksjoner psykomotoriske fysioterapeuter hadde omkring kroppsholdning og kroppsholdningsundersøkelse. Jeg ønsket å se på betydningen terapeutene la i funnene fra kroppsholdningsundersøkelsen, og hvordan de implementerte funnene i behandlingen, belyst med konkrete eksempler fra deres kliniske hverdag. Utgangspunktet for problemstillingen var min egen usikkerhet omkring kroppsholdningsundersøkelsens verdi som en del av den psykomotoriske kroppsundersøkelse.

**Metodologi og metode:** Studien har forankring i en hermeneutisk forskningstradisjon. Det har vært naturlig å velge en kvalitativ forskningstilnærming for å kunne besvare problemstillingen. Kvalitative forskningsmetoder egner seg når målet er å utforske meningsinnholdet i fenomener slik de oppleves for de involverte, og kan bidra til å presentere mangfold og nyanser. Som datainnsamlingsmetode har jeg valgt fokusgruppeintervju. Utvalget bestod av seks erfarne psykomotoriske fysioterapeuter med variert klinisk virksomhet. For analyse av intervjudataene benyttet jeg Malteruds systematiske tekstkondensering (STK).

**Funn:** Intervjudataene ble analysert og systematisert i følgende hovedtema: 1: Kroppsholdningens forutsetninger og funksjon: om grunnforståelse i psykomotorisk fysioterapi (PMF), 2: Kroppsholdningens plass i PMF-undersøkelsen, og 3: Kroppsholdningens plass i PMF-behandlingen. Informantene fremhevet holdningsundersøkelsen som en viktig del av den psykomotoriske kroppsundersøkelsen. Kroppsholdningen sier noe om kroppslige vaner og væremåter, grad av kroppslig beredskap, belastninger og innstilling til verden, hevdet de. I behandlingen tilstrebet informantene en gradvis holdningsomstillingsprosess som involverer flere kroppslige systemer, og som kan hjelpe pasienten til å finne frem til en mest mulig stabil, fleksibel og funksjonell holdning. Den ideelle kroppsholdning er en holdning som nærmer seg mest mulig prinsippet om ledd i midtstilling og minst mulig muskelkraft, hevdet informantene.

**Konklusjon:** Informantenes tilnæringsmåter i undersøkelse og behandling med hensyn til kroppsholdning har tydelig forankring i klassisk psykomotorisk teori.

**Nøkkelord:** Kroppsholdning, idealholdning, dobbelthet, holdningsomstilling, nysgjerrighet.

## SUMMARY

**The aim** of this study was to explore Norwegian psychomotor physiotherapist's thoughts and reflections on body posture and examination of body posture. I wanted to look at the meaning the findings from the body posture examination had for the participants and how they implemented the findings in treatment, illuminated by concrete examples from their clinical work. The starting point was my own uncertainty regarding body posture examination's value as a part of the psychomotor body examination.

**Methodology and method:** The study is embedded in a hermeneutical research tradition. In order to be able to answer the research question, it has been reasonable to select a qualitative research design. Qualitative research methods are suitable when the goal is to explore the deeper meaning of phenomena as they are being experienced by the involved persons, and can contribute to create diversity and nuances. As a method for data collection I have chosen a focus group interview. The selection of participants consisted of six experienced Norwegian psychomotor physiotherapists with varied clinical work. For the analysis of the data I used Malterud's systematic text condensation (STC).

**Results:** The interview data were analyzed and systematized in the following main categories: 1: Body posture preconditions and function: basic understanding within psychomotor physiotherapy (PMF), 2: Body posture's place in PMF-examination, and 3: Body posture's place in PMF-treatment. The informants accentuated body posture examination as an important part of the psychomotor body examination. Body posture tells something about bodily habits and manners, degree of body alertness, strains and attitude towards the world, they claimed. In treatment the informants endeavored a gradual posture restructuring that involves several body systems, and that can help the patient to find an as stable, flexible and functional posture as possible. The ideal body posture is the one that is closest to the principle of centered joints and minimal amount of muscle tension, the informants claimed.

**Conclusion:** The informant's approaches in examination and treatment are clearly grounded on classic psychomotor theory.

**Key words:** body posture, ideal posture, double meaning, posture restructuring, curiosity.

# 1. INNLEDNING OG BAKGRUNN

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kroppsundersøkelser innenfor psykomotorisk fysioterapi (PMF) bygger på teorien om integrert samspill mellom psyke og soma. Kroppsholdning er sentral fordi den er basis for alle bevegelser og uttrykk for følelser og helsetilstand (Bunkan 2008). Innenfor PMF er kroppsholdningsundersøkelsen én av fire delundersøkelser som skal sammenfattes og gi oss en pekepinn på pasientens ressurser og belastninger. Det antydes i litteraturen at psykomotoriske fysioterapeuter oppfatter betydningen av kroppsholdning og kroppsholdningsundersøkelse ulikt. Aadel Bülow Hansen hadde ingen systematisk tilnærming til holdningsanalyse. Ifølge Thornquist og Bunkan (1995) la hun stadig mindre vekt på kroppsholdningen og fokuserte mer på respirasjonen og funksjonsundersøkelser. Det kan virke som om hun intuitivt fanget opp kroppsuttrykket til pasienten og beveget seg så videre i undersøkelsen. Hun var ikke så opptatt av den enkelte utgangsstillingen, men av potensielle endringer fra én stilling til en annen. Den generelle oppfatningen blant psykomotorikere er imidlertid at kroppsholdningen i seg selv gir viktig informasjon (Thornquist og Bunkan 1995). Bülow Hansens etterkommere etablerte kroppsholdningsundersøkelsen som en av fire delundersøkelser i psykomotorisk fysioterapi, og har gått mer systematisk til verks i sin holdningsanalyse. Spesielt Berit Heir Bunkan har kommet med detaljerte beskrivelser av gangen i den psykomotoriske holdningsundersøkelsen, samt retningslinjer for undersøkelsen og tolkning og kvantifisering av funn (Bunkan 2008).

Jeg er utdannet psykomotorisk fysioterapeut fra 2010. Gjennom egen praksis har jeg erfart at kroppsholdning kan variere mye fra person til person, og at den kan påvirkes av blant annet øvelser, smerte, stress og trivsel. Jeg har opplevd at kroppsholdning kan endres gjennom behandlingen, men at holdningskorrigering kan forsterke symptomene hos pasienten. Som psykomotoriker har jeg følt på usikkerhet rundt kroppsholdningens betydning i undersøkelse og behandling. I min kliniske praksis har jeg til nå fokusert på å observere pasientens totale kroppsuttrykk og kroppstype, men ikke viet vinkler, målinger og små asymmetrier mye oppmerksomhet. Erkjennelsen av at vi er ulike, og at små forskjeller eller avvik fra «idealet» ofte er uvesentlige, har bidratt til at jeg har sett på de andre delundersøkelsene som viktigere. Gjennom denne studien ønsker jeg å utfordre min skepsis og gå i dybden på betydningen av denne delen av psykomotorisk fysioterapiundersøkelse.

I denne studien ønsker jeg å se på hvordan psykomotoriske fysioterapeuter i dag forholder seg til holdningsundersøkelsen. Jeg vil vite hva fagutøverne ser etter og med hvilket blikk (Thornquist 2006). Å sette etablert praksis opp til diskusjon vil, slik jeg ser det, kunne bidra til faglig videreutvikling, styrking og fornyelse innenfor det aktuelle temaet.

## **1.2 Hensikt og problemstillinger**

Selv om det finnes teori om holdning og holdningsundersøkelse i psykomotorisk fysioterapi, har jeg ikke sett forskning på hva psykomotorikere tenker om denne delen av kroppsundersøkelsen og hvordan de implementerer funnene i det videre behandlingsforløp. Formålet med masteroppgaven er å undersøke hvilke tanker et utvalg psykomotoriske fysioterapeuter har om kroppsholdning som fenomen og om informasjonen kroppsholdningsundersøkelsen kan gi. Jeg ønsker å få frem hva de ser etter og hvordan de implementerer funnene i behandlingen. Jeg vil se på terapeutenes tilnæringsmåter og hvilken betydning de legger i kroppsholdning i sin kliniske praksis. I den sammenheng er det også interessant å få frem forholdet mellom psykomotorisk grunnlagsteori om kroppsholdning og hvilke betydninger kroppsholdning gis i klinisk praksis.

I denne studien er det terapeutens refleksjoner som er i fokus; det vil si refleksjoner med utgangspunkt i erfaringer fra klinisk praksis og ut fra forståelsen av kroppsholdning i sentral teori i psykomotorisk fysioterapi. Det som kommer frem vil imidlertid kunne ha overføringsverdi til andre fysioterapeuter i andre praksiser som ønsker økt kunnskap om og potensielt nye perspektiver på fenomenet kroppsholdning- og kroppsholdningsundersøkelsen.

*Problemstillingen er: Hvilken betydning tillegges holdningsundersøkelse i den psykomotoriske kroppsundersøkelsen? Hvordan implementeres funnene i behandlingen?*

Nærmere presisering av forskningsspørsmålene er:

1. Hvilke tanker har psykomotoriske fysioterapeuter om kroppsholdning som fenomen?
2. Hva ser psykomotoriske fysioterapeuter etter i kroppsholdningsundersøkelsen og hvordan integreres funnene i behandlingen?
3. Hvordan tolkes observasjonene av kroppsholdning?
4. Er fysioterapeutenes tilnæringer i overensstemmelse med psykomotorisk teori?



### **1.3 Egne forventninger**

Malterud (2013) anbefaler at man i innledningen av prosjektet lister opp de funn man regner med å finne, som et uttrykk for kunnskapen ved startstreken. Denne kunnskapen bør underveis utfordres, konfronteres og utfylles med den levende kunnskapen fra det empiriske feltet. I forkant av studien forventet jeg blant annet at informantene hadde ulik oppfatning av kroppsholdningsundersøkelsens plass og betydning i PMF. Jeg så for meg at de hadde relativt sammenfallende tanker om holdning som fenomen og holdningens betydning, belyst av unike eksempler fra egen praksis. Videre hadde jeg en forventning om at de undersøkte kroppsholdning spesifikt, registrerte akser og vinkler og gjerne tallfestet funnene, men at de sannsynligvis forholdt seg til og tolket funnene forskjellig.

## **2. TEORETISKE PERSPEKTIVER**

Teoridelen innledes med et historisk tilbakeblikk. Videre definerer jeg kroppsholdning og nevner faktorer som kan påvirke utviklingen av kroppsholdning. Videre tar jeg for meg bevegelig balanse som et viktig prinsipp, før jeg beskriver aktuelle momenter av psykomotorisk holdningsundersøkelse. Jeg relaterer så kroppsholdning til endring, omstilling og bevisstgjøring, før jeg går over i holdning som følelsesregulering, belyst av blant annet Braatøys teorier. Teorikapitlet er i hovedsak basert på psykomotorisk fysioterapilitteratur. Det blir imidlertid supplert med annen aktuell litteratur.

### **2.1 Historikk**

I sitt utredningsarbeid «kroppsholdning i historisk perspektiv», forteller fysioterapeuten Kari Bø (1982) at diskusjonen om holdningsbegrepet slik vi kjenner den, begynte for alvor på slutten av 1800-tallet. Fenomenologen Merleau-Ponty var den første som knyttet menneskets subjektstatus til kroppen (Gretland 2007). Han betraktet kroppen som grunnleggende erfarende og som vår primære erkjennelseskilde. Han pekte også på kroppen som fundamentalt tvetydig: vi er og har våre kropper. Det betyr at det pre-refleksive forholdet til egen kropp og omverdenen er det primære. Det er imidlertid i stadig vekselvirkning med et refleksivt forhold til egen kropp og omverdenen (Østerberg 1994). I min sammenheng er det viktig å peke på at kroppsphenomenologien bidrar med grunnlagsforståelse knyttet til at livserfaring kroppsliggjøres og at vanemessige reaksjons- og handlemåter er dypt sedimentert i kroppen. Braatøy har med sitt verk «De nervøse sinn» (1947) også bidratt til å utvide

betydningen av kroppens rolle i menneskelig liv, og hans teorier, blant annet om kroppsholdning, er sentrale innenfor psykomotorisk fysioterapitenkning. Engelsrud (2006) forteller at det på 1980-tallet ble satt i gang forskning der fenomener som identitet, kunnskap og erfaring ble knyttet til kroppen. Et omfattende teorigrunnlag ble utviklet innenfor det som kalles den kroppslige vending (bodily turn). Innenfor dette paradigmet ble kroppen ansett som viktig for å forstå menneskets handlinger og væremåter. Kompetanse og kunnskap ble sett på som noe folk hadde i kroppen, og som var personlig og relasjonell.

## **2.2 Definisjon og medvirkende faktorer til kroppsholdning**

Ålvik (1953, i Bø 1982, s.57) definerer kroppsholdning som «den stilling de forskjellige kroppsdeler inntar i forhold til hverandre i involuntær stående stilling». Denne definisjonen har hatt solid fotfeste innen fysioterapi. Ålvik sier at kroppsholdning er et resultat av likevekt mellom de virkende statiske og dynamiske krefter, og er mulig å forandre. I henhold til Engelsrud (2006) er skjelettet et dynamisk system som har som funksjon å motstå tyngdekraftens virkning. Skjelettet danner et reisverk. Ryggraden støtter og stabiliserer hodet og distribuerer vekten fra overkroppen gjennom bekkenet og videre gjennom føttene til underlaget. Skjelettet dannes ut fra biologiske arveanlegg og ernæringsforhold, men størrelse og form påvirkes også av hva slags belastninger det utsettes for i oppvekstårene. Muskeltonus gjør at kroppens bevegelser alltid vil justere seg i forhold til tyngdekraftens virkning og kroppens grunnleggende oppreiste holdning (Engelsrud 2006). Ifølge Bunkan (2001) reguleres kroppsholdningen automatisk, men den kan også påvirkes vilkårlig. Det nervøse holdningssenter i retikulærsubstansen forsynes av informasjon om holdningen og hurtigheten av forandringen fra den normale holdning. Slik informasjon kommer fra balanseorganet i ørets bueganger, andre eksteroseptorer og ikke minst proprioseptorer (Bunkan 2001, s.79). Thornquist (2008) fremholder at det ikke bare er påvirkning fra ledd, muskulatur og balansering av tyngdekraften som blir bestemmende for den kroppsholdning vi utvikler. Hele vårt nervesystem utvikles og styres ut fra alle de sensoriske inntrykk den levde kroppen utsettes for. Kjønn, alder, yrke, treningstilstand, klær, temperatur, klima, kultur og psyke er også enkeltfaktorer som kan påvirke et menneskes kroppsholdning, sier hun. Braatøy (1948) hevder at holdning bestemmes også av sjenansmomenter og personlighet for øvrig.

### **2.2.1 Ideallholdning og bevegelig balanse**

Thornquist og Bunkan (1995) fremholder at det finnes to allment godkjente kriterier for god kroppsholdning: ledd belastes i mellomstilling og minst mulig muskelbruk. Ethvert avvik fra de to kjerneprinsippene skaper ubalanse som kan forrykke belastningsforholdene i hele kroppen og gi ugunstige forhold for muskel-/skjelettsystemet, indre organer, sirkulasjon og respirasjon (Thornquist 2008, s.59). Ved oppstrammede holdninger utføres bevegelser med relativt mye muskelinnsats, bevegelsene er stakkatopreget og skjer i rene bevegelsesbaner (ikke sammensatte bevegelser med rotasjonskomponent). Det er lite flyt og ledighet i kroppen (Thornquist 2008, s.73). Thornquist (2008, 2006) sier at den *ideelle* kroppsholdning er rank, men ledig og krever lite muskelarbeid for å bli opprettholdt. Den ideelle holdning gir ledd og muskulatur, sirkulasjon og respirasjon gunstige betingelser, og representerer skånsom belastning av ulike vevstrukturer, samtidig som den gir adekvat stimulering av proprioepsjon. Den gode kroppsholdningen kan uttrykkes i begrepet *bevegelig balanse*. En kropp i bevegelig balanse er stabil og stødig, samtidig som den er fleksibel og spenstig. Hver kroppsdel skal kunne fungere fritt i forhold til naboområdene. Det er god koordinasjon og kontakt med helhet og deler (Thornquist og Bunkan 1995). Thornquist (2006) sier at en kropp i bevegelig balanse innebærer store frihetsgrader for postural tilpasning og kontroll.

### **2.2.2 Kroppsholdning, muskulatur og respirasjon**

Kroppsholdning kan ikke forstås uavhengig av personens respirasjonsmåte, hevder Thornquist og Bunkan (1995). Bunkan (2008, s.107) fremholder at kroppsholdning, muskulatur og respirasjon er innbyrdes avhengige faktorer. Hvis kroppsforholdene er tilfredsstillende, vil kroppsaksene være rette og belgen kunne utvide seg jevnt i alle retninger. Hemmet respirasjon kan forekomme sammen med alle variasjoner av kroppsholdning. Ved kronisk avvik i kroppsholdningen vil det være ubalanse i muskellengder på de forskjellige sider av kroppen. Måten en puster på har betydning for utvikling av lange og korte respirasjonsmuskler. Dette virker på kroppsholdningen. Individets pustemåte vil således delta i utvikling av individuelle holdningsmønstre, sier Bunkan (2008). Hun kommer med et enkelt eksempel på hvordan biomekaniske forhold, muskulære spenninger og respirasjon henger sammen. Har man ikke gode akseforhold i kroppen og ikke står godt på bena, sier hun, vil man ha en tendens til å spenne seg i bekken og hofteområdet for å holde balansen. Når personen blir spent i dette området, hemmes den frie respirasjonsbevegelsen.

En holdning i ubalanse kan bunne i personens måte å puste på, men kan like gjerne være et resultat av mekaniske forhold, for eksempel ensidige arbeidsstillinger. Pustemåten må ikke betraktes som et resultat av den kroppsholdningen og muskelaktiviteten som kreves for å opprettholde denne. Det er ikke snakk om årsak og virkning, men om innbyrdes avhengige funksjoner (Thornquist og Bunkan 1995).

Thornquist (2008) fremhever benas betydning for kroppens øvrige belastnings- og spenningsforhold. Benas stilling og muskulære tilstand gjenspeiler seg i resten av kroppen. For eksempel vil nedtråkkede fotbuer bety manglende trykkvariasjoner i columnas og nakkens ledd på grunn av mangelfull fjæring. Bena er sentrale når det gjelder god forankring - mekanisk og psykologisk - i egen kropp. Å ha bena godt plassert på underlaget, å stole på egne ben er å befinne seg i virkeligheten og mestre uten å «overstrekke seg». Å ha bena godt plassert på underlaget er ikke minst en forutsetning for fri pust (Thornquist 2008, s.65).

### **2.3 Holdningsundersøkelse i PMF**

De fire delundersøkelsene innenfor PMF er respirasjon, bevegelser (funksjon), muskulatur og kroppsholdning. Tradisjonelt har respirasjon og bevegelser blitt tillagt størst vekt for bedømming av funksjon og kroppslig omstillingsevne, det vil si evne til kroppslig endring (Bunkan 2008). Thornquist og Bunkan (1995) påstår at kroppsholdningen i seg selv gir viktig informasjon, ettersom den forteller om hvordan personen belaster og bruker seg selv til daglig – om motoriske vaner og uvaner. Den gir oss også et inntrykk av omstilling gjennom å sammenligne holdningen i forskjellige stillinger, samt inntrykk av kroppens totale belastnings- og balanseforhold. Gretland (2007) påpeker at man i den psykomotoriske undersøkelsen ser etter mønstre i pasientens væremåter. Enkeltfunn tolkes som en del av en helhet. Kroppsholdning må sees i sammenheng med og sammenfattes med anamnese og funn fra undersøkelsen for øvrig. Ifølge Thornquist og Bunkan (1995) vil sammenfatning av funn fra alle delundersøkelser kunne bekrefte eller avkrefte betydningen av funnene i kroppsholdningen.

I henhold til Bunkan (2008,1995) prøver fysioterapeuten først å danne seg et inntrykk av pasientens vaneholdning. Deretter innstilles pasienten i lett bredstående stilling med parallelle føtter og inspiseres på vanlig måte. Man legger vekt på de store trekk uten å gå i detaljer. Det viktigste er å få tak i tyngdeplasseringen og kroppens totale balanse. Videre inspiserer man i

avspent ryggeleie og observerer hvordan pasienten reagerer, det vil si om holdningen beholder de samme særtrekk som i stående. Ifølge Thornquist og Bunkan (1995) er det forandringer hos den enkelte vi er ute etter å undersøke. De understreker at vi ut fra kroppsholdningen alene ikke kan si noe om pasientens plager er mekanisk eller emosjonelt betinget. Viser funksjonsprøver og palpasjon at pasienten har lokale ledd- og muskelfunn, mens kroppens generelle fleksibilitet er god og respirasjonen omstiller seg bra, kan vi fastslå at det ikke er respirasjonen som primært er problemet. Her dreier det seg mer om mekanisk betingede plager, hevder de. Er derimot respirasjonen preget av konstant hold og liten omstillingsevne mens øvrige funn i kroppen er relativt få og lite uttalte, snakker vi om emosjonelle forhold som mest tungtveiende (Thornquist og Bunkan 1995). Bunkan (2008) har videre kommet med detaljerte beskrivelser av holdningsanalysen. Det faller utenfor rammene for denne oppgaven å beskrive disse. Det finnes også metoder for tallskalering av observasjonene, for eksempel Global Fysioterapi Metode-52 (GFM-52) og Den Omfattende Kroppsundersøkelse (DOK). I disse metodene undersøkes domene holdning, respirasjon, bevegelser og muskulatur. Metodene har nøye definerte variabler og gradert skåringsskala (Kvåle et al 2010).

Bunkan (2008) sier at undersøkelsessituasjonen gir terapeut og pasient anledning til å bygge opp en god behandlingsallianse. Alliansen styrkes når pasienten får komme frem med hva han eller hun tenker om funnene, inkludert funn knyttet til kroppsholdning. Får man pasienten til å falle til ro, vil dessuten eventuelle vanestillinger lettere komme frem, påstår hun. Bunkan anbefaler å forklare pasienten hva man ser på, og si noe om hva man finner. Ord om erfaring er alltid fattigere enn erfaringen i seg selv, men språk bidrar likevel til å fullbyrde erfaringen, sier Merleau-Ponty (2004). Hva som er meningsfylt språkbruk bestemmes ifølge Gretland (2007) av om ord, uttrykk og begreper samsvarer med pasientens personlige fornemmelser og erfaringer, følelser og tanker. Dagligspråket rommer utallige beskrivelser som kan gi pasienten selvinnsikt og situasjonsforståelse, og som kan danne innfallsvinkel til å nyansere, leke med, prøve ut bevegelser og stillinger – i store eller små endringer fra det tilvante. Kroppsundersøkelsen danner utgangspunktet for samtale om kroppen og kroppslige forhold, og kan bidra til bevisstgjøring. Man ser også om det er sprik eller sammenfall mellom det pasienten uttrykker kroppslig og verbalt, og i hvilken grad pasienten har kontakt med hva som skjer i egen kropp (Gretland 2007).

### 2.3.1 Holdningsmønstre

Når vi skal vurdere og forstå kroppsholdning, mener Thornquist (2008) at beskrivelse av enkelte holdningstyper og spenningsmønstre kan gi visse holdepunkter å tenke ut fra. Hovedmønstrene som beskrives her er *fleksjonsmønsteret*, *ekstensjonsmønsteret* og *det slappe holdningsmønsteret*. Fleksjonsmønsteret består av oppheiste, fremtrukne skuldre, innadroterte armer, samt fleksjon i albuer, hofter og knær (Bunkan 1995). Den fleksjonspregede holdning innebærer varierende grad av fleksjon i kroppens ledd med tilsvarende økt spenning i fleksor- og adduktormuskulatur. Denne holdningen kan gi signaler om beskyttelse og forsvar (Thornquist 2008), og kan være utgangsposisjon for angrep eller flukt (Bunkan 1995). Fra et ergonomisk perspektiv, er det et faktum at kroppen i vårt samfunn belastes i stor grad i flekterte stillinger, både i arbeid og fritid. Ekstensorapparatet blir lite stimulert. Bunkan et al (1995) sier at ekstensjonsmønsteret karakteriseres ved utrettede fysiologiske krumninger, særlig i thoracal- og cervicaldel, samt strekk/overstrekk i knær og albuer. Det er forøket spenning i ekstensjonsmuskulatur med leddene i mellomstilling eller varierende grad av ekstensjon. Man kan også finne en abduksjonstendens, spesielt av overekstremitetene. Den ekstensjonspregede holdning er en oppstrammet holdning, det vil si at økt muskulær innsats er nødvendig for å opprettholde stillingen. Thornquist og Bunkan (1995) sier at ekstensjonstendensen gjerne inngår i «ta deg sammen»-holdningen. Hos personer med en konstant oppstrammet holdning, mener Thornquist (2008) at ekstensjons- og antigravitasjonsmuskulaturen kan fungere som et viktig ledd i personens psykiske kontroll- og forsvarsapparat. Personer med overveiende ekstensjonsmønster får ofte noe stivt og rigid over seg (Bunkan et al 1995, s.35). Det slappe holdningsmønster er karakterisert ved at personen «henger på» leddstrukturene. Det er minimal muskelaktivitet, og ledd belastes mer eller mindre i ytterstilling. Uttrykket «hengeholdning» benyttes ofte for å beskrive det slappe og passive ved holdningen. Ut fra en psykologisk synsvinkel anser Thornquist (2008) at det slappe holdningsmønster kan uttrykke oppgitthet og resignasjon.

Thornquist og Bunkan (1995) bruker dimensjonen åpen/lukket som samlebegrep for mange og forskjelligartede funksjoner som henger sammen med spesielle kroppsuttrykk. I henhold til Gretland (2007) er disse begrepene en hjelp til å fange opp og integrere en følelsesmessig dimensjon ved kroppsholdning og kroppsuttrykk. Thornquist (2008) understreker at de ulike fremstillinger av holdningstyper er skjematiske og forenklete, og at vi i realiteten ofte møter personer med blandingsmønstre. Kroppslige budskap er flertydige, og forholdet mellom kroppslige manifestasjoner, tegn og uttrykk og det de viser til, kan være av ulik art. Hun

fraråder å tillegge den enkelte kroppsholdning entydig psykologisk innhold uavhengig av kontekst. Enkeltfunn må alltid sammenfattes, sammenholdes og vurderes sammen med livssituasjonen (Thornquist 2011, 2008).

## **2.4 Holdningsomstilling og bevisstgjøring**

Endring er et mål i all terapi. Ett av delmålene med PMF-behandlingen er ifølge Thornquist og Bunkan (1995) å utvikle en funksjonell kroppsholdning. *Omstilling* eller *holdningsomstilling* i et psykomotorisk fysioterapiperspektiv handler langt på vei om å endre vanemessige bevegelses- og spenningsmønstre, og finner sted når habituelle væremåter endres gradvis gjennom tilpasning og utvikling (Gretland 2007). Forandringene er et ledd i en total omstillingsprosess (Thornquist og Bunkan 1995, s.77). Gretland (2007) sier at man i PMF-behandling tilstreber en spontan omstilling av kroppsholdningen – en omstilling som er i harmoni med pasientens psykoemosjonelle tilstand. Når en person er moden for å slippe den spenning som binder en «feilstilling», skjer en spontan omstilling i kroppen. Den naturlige hensiktsmessige kroppsholdningen kan da bane seg vei parallelt med at muskulære og respiratoriske bremses løsner og frigjøres. Sammen med holdningsomstillingen ser det ut til å skjue en omstilling av individets følelsesmessige reaksjoner som gjør at de impulser som før utløste kroppssmerter finner annet utløp. Om en friere personlig utfoldelse skal være mulig, må kroppen på en måte bli mindre emosjonelt bundet. I den psykomotoriske fysioterapitradisjonen understrekes betydningen av langsom omstilling, som gir personen anledning til gradvis å integrere nye reaksjons- og væremåter. Endringen er aldri radikal, ettersom den hele tiden skjer på bakgrunn av en foregående tilstand (Gretland 2007).

Et særtrekk ved psykomotorisk behandling er imidlertid at kroppsholdningen aldri korrigeres vilkårlig. Bakgrunnen for det er at kroppsholdningen forstås som et uttrykk for individets livsinnstilling og personlige historie. Ut fra denne forståelsen kan vi ikke påføre et annet menneske en annen kroppsholdning uten å utøve vold mot vedkommendes egenart (Thornquist og Bunkan 1995, s.75). Kroppsholdningen er ifølge Bunkan (2008) integrert med personligheten. Hun mener derfor at det å forandre kroppsholdning vil si å forandre noe i personligheten. Direkte holdningskorreksjon innebærer å påføre personen et fremmed kroppsuttrykk. Dessuten fører bevisst og dirigert holdningsendring til brudd med det andre hovedkriteriet for god belastning, nemlig minst mulig muskelbruk, understreker Thornquist og Bunkan (1995).

I arbeidet med å etablere en annen balanse i kroppen veksler man mellom å løsne fleksor-spenninger og stimulere kontakt med strekkapparatet. Det er en balanse mellom å «rive ned» pasientens forsvar på den ene siden og stimulere til kontakt med strekkapparatet og kroppens fundament, bena. Å arbeide med benas spennings- og balanseforhold tillegges stor vekt, for å sikre et solid fundament i mekanisk, fysisk og psykologisk forstand (Thornquist og Bunkan, 1995, s.78). Engelsrud (2006) ser ikke på bena kun i et anatomisk/biomekanisk perspektiv. Hun sier at det å være oppreist på to ben kan leves og uttrykkes på ulike vis. Opp betyr kulturelt sett noe positivt, mens ned gir assosiasjoner til at noe går dårlig. For den oppreiste stillings vedkommende er imidlertid det å ha god kontakt ned av største betydning. Kontakt mot gulv eller underlag gir overkropp og armer uttryksmuligheter. Det å bevege seg i kontakt med kroppens vekt gir tilstedeværelse i kroppen, hevder hun. Å la seg bevege med i takt med posturale svingninger, kan erfares som en motvekt til det å stramme seg opp og streve oppover. Hvordan egen vekt merkes, henger sammen med pusten – ved å holde pusten holdes vekten. Ved å slippe pusten til i kroppen merkes kroppsvekten (Engelsrud 2006).

Et sunt forhold til kroppen har vi først når den ikke er til hinder for det vi vil, og ikke krever spesiell oppmerksomhet, sier Gretland (2007, s.180), inspirert av kroppsfenomenologisk tenkning. På veien dit mener Braatøy (1947) at det kan være nødvendig å øve for å *teknifisere* kroppen. Thornquist (2008, 2006) forteller at vi gjennom forskjellige aktiviteter kan stimulere forskjellige holdninger. For å komme ut av væremåter der en er i sine følelsers vold, kan det være nødvendig å prøve ut og øve på nye bevegelser og holdninger – som frigjør fra automatiske reaksjonsmåter og gjentakelsestvang, og åpner for et mer variert repertoar av handlinger og følelsesmessige disposisjoner, språk og tenkemåter, hevder hun.

## **2.5 Holdningens dobbelthet – følelsesregulering**

Bunkan (2008) viser til at kroppsholdning kan betraktes som et resultat av tidligere og samtidig påvirkning, og bringer inn følelsesmessige forhold og livserfaring. Visse mønstre i forventninger og holdninger fra omgivelsene vil over tid resultere i varige forandringer i kroppen, sier hun. Lever man under følelsesmessig store påkjenninger, vil muskulaturen kunne miste noe av sin dynamiske elastisitet og ligne et «muskelpanser». Man får da et stivt eller oppgitt preg, og dynamikken i kroppen blir endret (Engelsrud 2006). Braatøys teorier har preget det psykomotoriske fysioterapitankesettet, og hans tekster er en sentral kilde for



teorigrunnlaget i faget (Sviland et al 2007). Braatøy betegner holdning som et komplekst fenomen. Holdningens doble betydning er et sentralt tema i hans tenkning. Han formidler at kroppsholdning og regulering av følelser bestemmes av de samme strukturene. Thornquist (2012) understøtter dette og sier at vi regulerer vårt emosjonelle liv via kroppen. Hun hevder at muskelspenningers funksjon i psykologisk forstand er å regulere følelser. Muskulaturen har en kontrollfunksjon, i den forstand at vi gjennom muskulære spenninger, begrenset pust, beskyttede (guarded) bevegelser og kroppsholdning holder oss selv tilbake, temmer våre følelser og beskytter oss selv fra vonde minner og smertefulle erfaringer (Thornquist 2012).

Braatøy (1947) skiller mellom *attityde*, det vil si holdningmuskulaturens følelsesmessige funksjon, og *affekt*. Attityde er en slags følelsesmessig innstilling eller grunninnstilling, en holdning til livet, mens affekt representerer følelsesmessig bevegelse i kroppen, for eksempel mellomgulvets bevegelse, halsen som snører seg, og tårene som presser seg frem i øynene. Dersom vår innstilling til egne følelsesreaksjoner gjør det umulig å akseptere det som har beveget oss, mener Braatøy at affekt og attityde er kommet i konflikt. Attityde stanser den affektive bevegelsen, slik at bevegelsesimpulsene ikke ebber ut. Han mente at dette skjer ved at holdningen da «arresterer» affekten for å holde den i ro og låse den fast.

Denne «holdningsfikseringen» innebærer omfattende, omgripende, mer total og mindre nyanserte muskelkontraksjoner, som vil vanskeliggjøre bevegelsesreaksjoner og bevegelsesmuskulaturens arbeidsforhold. Har dette taket i holdningsmuskulaturen blitt dressert inn i en ved årelang tilpasning til angstsituasjoner og deretter blitt stående, da er spenningen blitt infiltrert i alle ens tilpasningsreaksjoner. Ens holdning vil da alltid prege ens bevegelser (Braatøy 1948, s.43). Kroppslig aktivering eller beredskap, som i utgangspunktet er en hensiktsmessig alarmreaksjon på belastning, kan utvikles til vedvarende aktivering og føre til en kronisk belastningssituasjon (Malterud 2010). Thornquist (2006) påpeker at det er det vedvarende ved kroppslig bremsing og holdthet som er uheldig. Braatøy (1947) mente at konsekvensen av slike forhold er blant annet at kroppsuttrykket får et hemmet og begrenset preg.

Ved hjelp av en analyse av Braatøys tenkning i møte med Løgstrups begreper, konkluderte Sviland et al (2007) med at kroppsholdningen uttrykker en persons vesen eller livsinnstilling. Innstillingen i holdningen former hvordan vi forholder oss til og gir rom til oss selv og andre, og i det hele tatt til det som rører seg i en selv. Kroppsuttrykk, det vil si det kroppen formidler utenom rent anatomiske og biomekaniske forhold, betegner personens særegne måte å

forholde seg til verden og andre mennesker på (Thornquist 2012, 2008, Sviland et al 2007). Thornquist (2011, 1998) har utgangspunkt i en kroppsfenomenologisk tankegang når hun sier at kroppen er et uttrykksfelt og sentrum for erfaring. Kroppsuttrykk er imidlertid flertydige og kan slik sett være vanskelig å forstå, sier hun. Braatøys tekster (1948, 1947) og kroppsfenomenologisk tenkning understøtter at erfaringer kroppsliggjøres, og at vanemessige reaksjons- og handlingsmåter er dypt sedimentert i kroppen. Det kroppslig-emosjonelle i våre væremåter er slik sett gjensidig bindende og gjensidig frigjørende.

### **3. METODE**

I metodekapitlet innleder jeg med studiens vitenskapsteoretiske forankring. En kort beskrivelse av kvalitativ metode etterfølges av begrunnelse for valg av fokusgruppeintervju som metodisk tilnærming for dataproduksjon. Videre gjennomgås de forskjellige trinnene som ble fulgt i analysen av intervjumaterialet, med intersubjektivitet som et virkemiddel for å gi leseren innsyn i premisser og prosess (Malterud 2011).

#### **3.1 Vitenskapsteoretisk forankring og forforståelse**

Studien er basert i hermeneutisk kunnskapstradisjon. I henhold til Patterson og Higgs (2005) er det hermeneutiske paradigmet forankret i en forståelse av at den menneskelige og sosiale virkeligheten er flersidig og mangetydig. Innenfor denne tradisjonen er man interessert i flerfoldige måter man kan forstå menneskelige fenomener på. Man slutter seg også til en forståelsesmodell som kalles den «hermeneutiske sirkel». I henhold til denne utvikles forståelse i en spiralformet dynamisk prosess der en søker å forstå delene ut fra helheten, og helheten ut fra delene, i en stadig videreutviklende prosess (Thornquist 2008). Dette gjelder for forståelse generelt, men også som et styrende prinsipp i analyse av kvalitativt forskningsmateriale. Forforståelse er dessuten et viktig begrep fra den hermeneutiske tradisjonen (Dahlberg et al 2008). Førforståelse eller fordommer er brukt av blant andre Gadamer (1989). I grunnleggende mening forstår vi alltid noe på bakgrunn av en forforståelse. Forforståelse er forutsetning for i det hele tatt å forstå, hevder Gadamer. Hvordan vi fortolker og forstår vil alltid være preget av vår forforståelse. Forforståelse kan vi aldri fullt ut fri oss fra, og vi kan bare bli bevisst deler av den (Thornquist 2008, Lindseth og Nordberg 2004). Før jeg startet med dataproduksjonen, identifiserte jeg min utgangsposisjon som forsker, det vil si min inngang til kunnskapen, erfaring med emnet, forventningene jeg

hadde og faglig perspektiv og ståsted. Jeg bevisstgjorde for meg selv hva jeg forventet å finne av resultater, og noterte dette ned. Målet for studien var å skape økt kunnskap om hvilke betydninger fenomenet kroppsholdning i PMF var forbundet med, og med utgangspunkt i dagens praktiserende psykomotorikers erfaringer og refleksjoner. Ved å være bevisst mine egne forventninger ville jeg lettere kunne fange opp nyanser og beskrivelser som enten forsterket, nyanserte eller avkrefte egne antakelser. Jeg var klar over at dersom jeg gjennom analysen bare fikk bekreftet egne hypoteser, ville antakelig prosjektets originalitet ikke holde mål.

Med en hermeneutisk innfallsvinkel, ligger det en erkjennelse i bunnen av at mennesker kan ha forskjellig opplevelse og forståelse av samme fenomen. Sannheten er subjektiv og mangesidig. Som forsker blir det dessuten viktig å utfordre mine egne forventninger og min egen forforståelse, for å kunne lytte åpent til det deltakerne bringer frem. Jeg tar opp igjen forforståelse i metodediskusjonen knyttet til refleksivitet og forskerrollen.

### **3.2 Valg og beskrivelser av metode for dataproduksjon**

Med utgangspunkt i problemstillingen var det naturlig å bruke en kvalitativ forskningstilnærming. Malterud (2013) beskriver kvalitative metoder som forskningsstrategier for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres. Disse metodene bygger blant annet på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning, og kan bidra til å presentere mangfold og nyanser. En retter seg mot å beskrive verden slik den oppleves av informantene og fortolke dette, slik at man utvikler kunnskap om informantenes tanker, opplevelser, erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt (Kvale og Brinkmann 2014). Kvalitative metoder sikter mot å forstå og beskrive, ikke forklare og predikere. Vi jakter etter vesentlige kjennetegn ved de fenomenene vi studerer, og forsøker å sette vår egen forforståelse i parentes i møte med deltakerne og materialet (Malterud 2013). Forskerens rolle som medskaper av de genererte data er veletablert og akseptert innenfor kvalitative forskningstilnærminger. Forskerens perspektiv er avgjørende for hva slags kunnskap som kommer frem (Denzin og Lincoln 2005).

Kvalitative intervjuer er brukt når en ønsker å få innsikt i menneskers erfaringsverden, sier Kvale og Brinkmann (2014). Studien min tar nettopp sikte på å gå i dybden på informantenes erfaringer og tanker. Den opplevde betydningen av og refleksjoner omkring det valgte temaet

er i søkelyset, belyst gjennom eksempler fra praksis. I min studie har jeg derfor valgt kvalitativt intervju for å få svar på problemstillingen. Kvale og Brinkmann (2014) sier at intervju i hovedsak er en samtalebasert erkjennelsesprosess som er intersubjektiv og sosial. De fremhever videre at intervju er en aktiv kunnskapsproduksjonsprosess, der intervjueren og de intervjuede produserer kunnskap sammen. Intersubjektiviteten mellom meg og informantene vil med andre ord være av vesentlig betydning for kunnskapen som kommer frem. Etersom jeg som intervjuer fortolker det deltakerne bringer frem, understreker forfatterne at min egen subjektivitet i stor grad vil påvirke kunnskapsutviklingen.

Med forankring i problemstillingen og ønsket om å samle noen psykomotoriske fysioterapeuters tanker om og erfaringer med kroppsholdningsarbeid, ble fokusgruppeintervju valgt ut som den mest hensiktsmessige datainnsamlingsmetoden for denne studien. Fokusgrupper er en form for gruppeintervju som fokuserer på kommunikasjonen og interaksjonen mellom deltakerne. En fokusgruppstudie er spesielt godt egnet for å lokke frem erfaringer og meninger om et definert felles interessefelt (Krueger og Casey 2009, Kitzinger 2006). I henhold til Malterud (2012) har man i et fokusgruppedesign en uttalt ambisjon om å utnytte samhandlingen i gruppen for å generere data. Kitzinger (2006) hevder at fokusgrupper gir tilgang til et stort spekter av kommunikasjonsmåter, og kan ofte avsløre dimensjoner av forståelse som forblir uberørt ved andre datainnsamlingsmetoder. I fokusgrupper skal det ikke være et krav at man skal oppnå enighet (Krueger og Casey 2009). Med fokusgruppe som metode har masteroppgaven en eksplorerende ambisjon, det vil si et ønske om å åpne noen nye dører til et relativt kjent felt. I studien ønsker jeg å beskrive eksempler, refleksjoner og vurderinger fra eksisterende praksis, og bringe frem potensielt nye perspektiver på kroppsholdning.

### **3.3 Gruppesammensetning, inklusjonskriterier, rekruttering og utvalg**

Malterud (2012) anbefaler at fokusgrupper settes sammen ut fra en fornuftig balanse mellom homogenitet og variasjon. Hun fremsetter noen forutsetninger for en fokusgruppe, blant annet at deltakerne har mange gjensidige likhetstrekk, intervjuet er relativt strukturert med høy grad av involvering fra moderator og at gruppene består av 6-10 deltakere. Deltakerne i denne studien ble valgt ut på bakgrunn av sin psykomotoriske fysioterapikompetanse. Det var et krav at de skulle være erfarne klinikere, noe som er regnet som et avgjørende likhetstrekk. Det var videre et ønske at deltakerne skulle ha ulik bakgrunn og klinisk erfaring, for å sikre en

vesentlig variasjon. Et slikt strategisk utvalg med vekt på homogenitet og mangfold kan ifølge Malterud (2013, s.57) levere et rikt materiale til utvikling av nye hypoteser, og bidra til utfordringer av konklusjoner som i første omgang kan virke opplagte. Variasjonsbredde vil også gi muligheter for å beskrive flere nyanser av ett og samme fenomen. En gunstig gruppesammensetning vil ifølge Kitzinger (2006) kunne føre studien i nye og ofte uventede retninger.

Noen måneder før det planlagte fokusgruppeintervjuet sendte jeg skriftlig forespørsel til ti erfarne psykomotorikere med et bredt spekter av klinisk erfaring og kompetanse. Forespørselen inneholdt informasjon om prosjektet og samtykkeerklæring (Vedlegg 1). Jeg forklarte formålet med studien og poengterte at eventuell deltakelse ville være anonym og uforpliktende. Jeg hadde perifer kjennskap til samtlige forespurte, men intet nært bekjentskap. Av de forespurte var det seks som takket ja. De som takket nei ønsket i utgangspunktet å delta, men ble forhindret av praktiske årsaker. Jeg endte opp med fem kvinnelige og én mannlig deltaker. Dette var ikke tilsiktet, men kjønnsfordelingen ble uansett ikke ansett som en vesentlig faktor for å belyse problemstillingen. Deltakernes arbeidsområder varierte mellom privat praksis, psykiatri og arbeid med barn- og unge. To av informantene utøvde i tillegg undervisnings- og forskningsvirksomhet. Aldersspennet var 34-67 år, mens antall år som utøvende psykomotoriker var 2-40 år.

### **3.4 Intervjuguide og intervju spørsmål**

I forkant av utformingen av intervjuguiden (vedlegg 3) hadde jeg lest meg opp på aktuell litteratur om kroppsholdning. Jeg var likevel bevisst på å stille åpne spørsmål og etterspørre tematikk jeg ikke hadde tenkt ut på forhånd. Kvale og Brinkmann (2014) påpeker at kravet om forhåndskunnskap står i motsetning til kravet om en forutsetningsløs holdning til intervjutemaet. Spenningen mellom disse to aspektene kan uttrykkes i kravet om en kvalifisert (bevisst) naivitet fra intervjuerens side, som jeg har tilstrebet i intervjusituasjonen. Det innebar at jeg som intervjuer viste åpenhet for nye og uventede fenomener, i stedet for å ha ferdige kategorier og fortolkningskjemaer.

Jeg valgte å bruke en semistrukturert intervjuform. Ifølge Kvale og Brinkmann (2014) søker denne formen for intervju å innhente beskrivelser og fortolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet. At intervjuet er semistrukturert innebærer at det verken er en

helt åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale. Det ligger nær opp til en samtale i dagliglivet, men har et bestemt formål. Intervjuet utføres i overensstemmelse med en intervjuguide som sirkler inn bestemte temaer, og som inneholder forslag til spørsmål. I samråd med veilederne ble spørsmålene i guiden delt inn i tre hovedtemaer, nemlig: 1. Kroppsholdning som fenomen, 2. Kroppsholdningsundersøkelse og 3. Kroppsholdning i behandling. Innenfor hvert tema identifiserte jeg ett til to nøkkelspørsmål, det vil si spørsmål av særlig betydning for å belyse temaet. I tråd med Kvale og Brinkmanns anbefalinger (2014), inneholder intervjuet både faktaspørsmål og meningsspørsmål. Spørsmålene var åpne, ikke ledende, og inviterte deltakerne til å beskrive hva de har opplevd og hva de tenker om det valgte temaet. Det var ønskelig at intervjuet skulle innhente så omfattende og forutsetningsløse beskrivelser av temaet som mulig. Intervjuspørsmålene hadde altså et formål om å bringe frem spesifikke situasjoner, vurderinger og handlinger fra informantenes kliniske hverdag. For å finne gode spørsmål sendte jeg e-post til ti kollegaer (fysioterapeuter uten nødvendigvis psykomotorisk kompetanse) med oppfordring om å tenke seg et par spørsmål som kunne være aktuelle med hensyn til problemstillingen. Jeg fikk svar av tre av dem, og spørsmålene som virket relevante ble inkludert i intervjuguiden. Intervjuguiden bestod av mange kanskje-spørsmål, det vil si spørsmål som jeg på forhånd ikke var sikker på om jeg kom til å bruke. Jeg lot samtalen og deltakernes interesser lede meg til de mest relevante av disse spørsmålene. Fordelen med dette var at jeg måtte vurdere relevansen av spørsmålene der og da. En potensiell ulempe var at jeg i noen øyeblikk kanskje ikke var fullt fokusert på det som ble sagt.

### **3.5 Dataproduksjon**

#### ***3.5.1 Praktisk gjennomføring av intervjuet***

Intervjuet ble gjennomført i oktober 2015 ved en utdanningsinstitusjon som var lett tilgjengelig for samtlige deltakere. Tidspunktet ble en torsdag etter arbeidstid. Det ble servert mat og drikke ved ankomst, med tanke på at deltakerne var slitne og sultne etter en lang arbeidsdag. Tilstede var moderator, seks deltakere og to co-moderatorer/veiledere. Jeg ønsket velkommen og innledet med å gjenta formålet med studien og bakgrunnen for valg av emnet. Jeg presiserte at studien er konfidensiell og anonymisert, og ga praktiske opplysninger i henhold til tidsramme og fordeling av tid, intervjuprosessen og pauser. Jeg oppfordret informantene til å forholde seg til hverandre og ikke henvende seg bare til meg. Veilederne

noterte underveis, dels knyttet til gruppedynamikken, dels til temaene, men var ikke med på diskusjonen annet enn med et par oppfølgingsspørsmål helt på slutten.

Intervjuet varte i to klokketimer til sammen, og ble tatt opp med to båndopptakere og egen mobiltelefon (iphone). Flere opptakskilder ville sikre meg mot potensielt dårlig lyd kvalitet. Lyden fra båndopptakerne viste seg å være uklar. Opptaket på mobiltelefonen var av mye bedre kvalitet, og jeg valgte dermed å basere transkripsjonen på dette. Lydfilen ble kryptert og lagret på et sikkert sted umiddelbart etter opptaket. Opptaket fra båndopptakerne ble slettet.

### ***3.5.2 Erfaringer med intervjuet***

Samtlige deltakere kommenterte at det var fint å bli tilbudt mat og drikke. Det var god stemning både før, under og etter intervjuet. Samtlige fikk anledning til å komme med sine tanker og refleksjoner, og de ga uttrykk for at intervjuet var en positiv opplevelse. Noen var mer dominerende enn andre, og det var utfordrende til tider å la alle komme godt til orde. Sammensetningen av informanter kan sies å ha vært vellykket, da diskusjonen forløp seg på livlig og entusiastisk vis. Det var stor interesse for temaet, og informantene hadde mye på hjertet. De få gangene det oppstod uenigheter ble det ekstra intenst. Det var likevel en god tone mellom deltakerne og diskusjonen ble drevet fremover på en konstruktiv måte. Stort sett var informantene samstemte, i den forstand at det faglige ståstedet var med få unntak felles.

Som moderator prøvde jeg å gi informantene tid og anledning til å snakke fritt om temaområdene de var mest interessert i. Det halvstrukturete intervjuoppsettet bidro til dette. Til slutt satt jeg med en følelse av at det ble tatt opp mye interessant og viktig, men at man kanskje kunne gått mer i dybden på enkelte områder. Spørsmålene mine kunne muligens i noen tilfeller vært mer spesifikke og invitert informantene til å utdype enkelte av utsagnene i stedet for å gå videre til neste tema. Det var en utfordring å få med seg innholdet i informantenes utsagn og diskusjoner samtidig som jeg skulle holde orden på spørsmålene, fordele tiden og drive diskusjonen fremover. Det var også krevende for meg som moderator å utebli fra diskusjonen, da jeg selv hadde mye på hjertet om det aktuelle temaet.

## **3.6 Transkripsjon**

Transkripsjonen inngår i henhold til Malterud (2013) i den analytiske fasen, og er et filtrerings- og tolkningsledd. I samhandlingen mellom forsker og deltakere konstrueres en

avgrenset versjon av virkeligheten for et bestemt formål. Skriftliggjøringen av intervjuet har som formål å fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det som informantene hadde til hensikt å meddele. Utskriften er en indirekte representasjon av en indirekte gjengivelse (lydopptaket), der mening går tapt og i verste fall forvrenges underveis, sier Malterud. Ifølge Thornquist (2012) innebærer transkripsjon en reduksjon av det som fant sted i den konkrete situasjonen. Selv den mest nøyaktige transkripsjon gir bare et avgrenset bilde av det vi skal studere. De virkelige rådata er den faktiske hendelsen, slik den fant sted i tid og rom mellom de impliserte parter og deres opplevelse av den. Transkripsjonen ble utført av meg selv, slik Thornquist (2012) anbefaler. Under transkripsjonen har jeg forsøkt å ivareta den opprinnelige stemningen i intervjuet slik informantenes erfaringer og meninger ble formidlet, etter Malteruds (2013) anmodning. Jeg er imidlertid klar over at ikke alt som blir sagt i en fokusgruppe nødvendigvis blir oppfattet korrekt eller forstått. Skriftliggjøring av intervjuet tar bort den naturlige intervjukonteksten og de nonverbale sidene av kommunikasjonen. I skriftliggjøringsprosessen filtreres det ut mye informasjon, og samtalen blir transformert (Thornquist 2012).

Før jeg begynte å transkribere og bearbeide dataene, hørte jeg gjennom intervjuet flere ganger. Jeg ønsket å få et helhetsinntrykk av materialet og interaksjonen deltakerne imellom. I denne fasen tenkte jeg også tilbake på, og så for meg selve intervjusituasjonen. Deretter transkriberte jeg intervjuet i flere omganger, et arbeid som var mer tidkrevende enn jeg hadde sett for meg. Jeg transkriberte ord for ord, så langt det var mulig. Transkripsjonsprosessen ga meg mulighet til å bli godt kjent med stoffet. I tråd med Malteruds (2013) anbefaling unngikk jeg å systematisere i denne fasen. Underveis tok jeg imidlertid utskrifter og noterte ned tanker, refleksjoner og assosiasjoner som jeg kunne ta fatt på senere i prosessen. Jeg understreket viktige momenter, kommentere i margin, uten å sette noe i system ennå. Deltakerne ble tildelt pseudonymer av hensyn til personvern (Malterud 2013). Der deltakerne formulerte seg utydelig har jeg etter beste evne og ut fra sammenhengen forsøkt å tolke noenlunde hva de ønsket å formidle. Jeg har valgt å transkribere i bokmålsform. Enkelte steder er teksten redigert noe for ikke å «latterliggjøre» deltakernes uttrykk (Malterud 2013), men uten å forandre innholdet i det som ble sagt. Jeg har utelatt nølende uttrykk som «eh», «mmm» og «altså», der jeg har følt at de har vært overflødige, og jeg har korrigert grammatiske feil og ufullstendige formuleringer. Disse redigeringene er gjort med det formål å få frem det jeg som moderator, ut fra sammenhengen, hørte at deltakerne sa, som ifølge Malterud (2013) ikke alltid er det samme som det som direkte blir sagt. Jeg endte opp med 29 sider transkribert



råmateriale. Da transkripsjonen var ferdig leste jeg gjennom den flere ganger. Prosessen med å høre på opptaket og så lese gjennom den ferdige transkripsjonen ga meg muligheten til å gjenoppleve erfaringene fra intervjusituasjonen og gjøre meg kjent med materialet fra nye sider, slik Malterud poengterer (2013, s.78).

### **3.7 Valg av analysemetode: Systematisk tekstkondensering**

Til analyse av dataene valgte jeg å benytte systematisk tekstkondensering (STK) (Malterud 2013, 2012). Metoden var opprinnelig inspirert av Giorgis fenomenologiske analysemetode og modifisert av Kirsti Malterud. Det understrekes at STK ikke innebærer en fenomenologisk analyse. STK er en stegvis, tverrgående tematisk analyse til bruk ved analyse av kvalitativt intervjumateriale, og er egnet i studier der en vil fremskaffe beskrivelser av et fenomen på tvers av et materiale fremskaffet av flere ulike informanter, slik tilfellet var i min studie. Metoden bygger på prinsipper om dekontekstualisering og rekontekstualisering, som innebærer en veksling mellom helhets- og delforståelse. Mer konkret danner en seg først et helhetsinntrykk, så løfter en ut deler av materialet og koder det sammen med andre elementer av materialet som sier noe om det samme. I rekontekstualiseringen sørger vi for at funn som vi har lest ut av det dekontekstualiserte materialet fortsatt stemmer overens med den betydningen delene har i den sammenhengen der de ble hentet ut fra (Malterud 2013).

Ifølge Malterud (2013) er det fire trinn som utgjør hovedstrukturen i metoden: 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningbærende enheter, 3) å identifisere og kode de meningsbærende enhetene (kondensering) og 4) å sammenfatte betydningen av det vi har funnet (rekontekstualisering). Først får man altså et overblikk og helhetsinntrykk av materialet gjennom gjennomlesing av transkripsjonen og en første overordnet tematisering av hovedinntrykk. Foreløpige tema noteres ned, og bør ikke overskride seks til åtte. Dette steget har likhetstrekk med mange analysefremgangsmåter i det kvalitative metodologiske feltet, og Lindseth og Norberg (2004) kaller denne fasen «naive reading». Her sier Malterud (2013) at man skal stille seg åpen for de inntrykk materialet kan formidle. Som forsker prøver en å legge til side det en allerede tror en vet, det vil si arbeide aktivt for å sette forforståelse og teoretiske referanseramme midlertidig i parentes. I neste steg foretar man en mer systematisk gjennomgang av materialet. Man identifiserer meningsenheter, det vil si tekstdeler som inneholder informasjon om et tema som anses relevant i forhold til problemstillingen, og systematiserer dem i de foreløpige temaene fra trinn 1. Dette kalles for koding. Tredje steg

består av å abstrahere innholdet i meningsenhetene som nå er kodet sammen i subgrupper under overordnede tema. Meningsenheter i hver subgruppe kondenseres så ved at en formulerer et kunstig sitat i «jeg-form», som fortetter innholdet. Det fjerde steget består av å skape beskrivelser av hvert tema (nå kalt resultat kategorier) basert på kondensatene fra subgruppene, altså basert på det kunstige sitatet og ekte sitater fra transkripsjonen. På dette nivået i analysen skjer det en ytterligere abstraksjon i meningsfortettingen. Her er det også viktig å gå tilbake til den opprinnelige transkripsjonen for å forsikre seg om at meningen en har trukket ut og bearbeidet fortsatt er i overensstemmelse med den opprinnelige konteksten (Malterud 2013). Underveis i steg 2 til 4 skjer det en bearbeiding av de foreløpige temaene fra steg 1. De reduseres ofte i antall og endelige navn på hovedtemaene (resultat kategoriene) kan endres.

Da transkripsjonen var ferdigstilt, leste jeg først gjennom den flere ganger. Jeg begynte å identifisere foreløpige hovedtemaer, det vil si emner som gikk igjen i intervjuet eller virket av spesiell betydning for å belyse problemstillingen. Med hjelp av diskusjon med veilederne ble det dannet fire foreløpige hovedtemaer, nemlig 1. Livshistorie og kroppsuttrykk, 2. Inntrykk av pasientens uttrykk, 3. Bevisstgjøring, 4. Holdningsomstilling/ endring. Videre gikk jeg nøye gjennom teksten og identifiserte meningsbærende enheter, som jeg systematiserte etter meningsinnhold. Det vil si at jeg valgte ut meningsenheter som sa noe om det samme, og plasserte dem under samme tema. Neste fase bestod i å abstrahere kunnskapen fra trinn 2. Etter at meningsenhetene var kodet sammen etablerte jeg subgrupper under hovedtemaene for å differensiere meningsinnholdet. Fra denne fasen sier Malterud (2013) at det er subgruppene som er analyseenheten. På dette analysetrinnet laget jeg kondensater – kunstige sitater som kondenserte og fortettet innholdet i hver av subgruppene. Kondensatene skal sammenfatte meningsinnholdet i enhetene som befinner seg i den aktuelle subgruppen, og danner utgangspunkt for resultatpresentasjonen. I kondensatene ble det brukt jeg-form, ettersom man i denne fasen skal lage representasjoner av informantens utsagn. Deretter valgte jeg ut et «gullsitat», som er et sitat som best mulig illustrerer det som er abstrahert. I fjerde fase av analysen handlet det om å sette sammen bitene igjen – rekontekstualisere. De forrige analysetrinnene gjorde meg godt kjent med essensen i materialet, så nå kunne jeg sammenfatte og formidle materialet. Med basis i de kondenserte tekstene og gullsitatene laget jeg fortolkede gjenfortellinger av informantens refleksjoner for hver kodegruppe. Her brukte jeg tredjeperson-formen, fordi min rolle på dette trinnet er ifølge Malterud (2013) å være gjenforteller. Det understrekes at det på dette trinnet i analysen skal være en analytisk tekst,

der det handler om fortolkning av det sentrale meningsinnholdet som er kommet frem. Den analytiske teksten som fremgår av dette arbeidet representerer resultatene i prosjektet. I denne fasen prøvde jeg etter beste evne å formidle essensen fra flere av informantenes historier og tilstrebet lojalitet overfor det informantene har prøvd å formidle. Jeg er bevisst på at mine tolkninger og mitt skjønn har påvirket hva jeg anså som essensen eller vesentlige momenter i fortellingene. Avslutningsvis ble subgruppene gitt endelige navn, etter at de i steg 3 til 4 ble bearbeidet og endret (se resultatkapitlet).

### **3.8 Teoriens rolle i fremskaffing og analyse av materialet**

I teoridelen valgte jeg litteratur som jeg anså ville belyse dataene på en fruktbar måte. Diskusjonen i gruppen var delvis influert av teori. Det betydde at deltakerne så vel som forsker bragte teoretisk funderte begreper og fortolkninger på banen, blandet opp med konkrete eksempler fra praksis og praksiserfaringer. Også mer psykologisk orienterte begreper ble brukt av enkelte, noe jeg gikk videre med i studien. Valg av litteratur ble gjort på bakgrunn av det som ble ansett som relevant med hensyn til kjennskap til teori som er anvendt i det psykomotoriske fagfeltet knyttet til forståelse av kroppsholdning, og som ble ansett som særlig relevant i forhold til de fremskaffede dataene. Jeg har forsøkt å sette sammen variert litteratur som belyser de forskjellige aspekter og deler av hva kroppsholdning knyttes til. En begrensning her er at jeg ikke nødvendigvis hadde oversikt over samtlige relevante og aktuelle utgivelser. Selve analysen har vært gjort ut fra ønsket om å være empirinær. Siden materialet ikke bare inneholder praksiseksempler og erfaringer fra praksis, men også teoristyrte betraktninger, er likevel analysen influert av teoretisk grunnforståelse. Annen litteratur kunne belyst dataene på en annen måte, og bidratt til andre diskusjoner og konklusjoner. Jeg kommer tilbake til teoretiske begreper i diskusjonen. Til litteratursøk har jeg blant annet brukt «[oria](#)», «[google scholar](#)», samt henvendt meg til kollegaer og veiledere for å få innsyn i litteratur som ikke var tilgjengelig i bibliotek.

### **3.9 Forskningsetikk**

Nødvendige etiske hensyn er tatt gjennom hele prosjektet. Jeg har innhentet tillatelse fra personvernombudet for forskning, norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (vedlegg 4). Deltakerne ble gitt fylldig skriftlig informasjon om studiens design og formål (vedlegg 1). Jeg har innhentet informantenes informerte skriftlige samtykke (vedlegg 2) til å delta i studien og sikret konfidensialitet og anonymitet i fremstillingen av det som kom frem. Lydopptak er oppbevart kryptert på egen minnepinne, nedlåst. Ved prosjektslutt skal disse slettes.

Transkripsjoner er anonymisert og oppbevart forsvarlig, og kun veiledere og sensorer har hatt rett til innsyn. Jeg har videre vurdert mulige konsekvenser for intervjupersonene, for eksempel stressopplevelser i selve intervjusituasjonen (Kvale og Brinkmann 2014), i mitt tilfelle knyttet til muligheter for at ens profesjonelle kunnskap ble opplevd satt på prøve (Råheim et al 2016). Dette tar jeg opp under metoderefleksjoner (kapittel 5.5). I analyseprosessen har jeg etter beste evne forsøkt å ivareta deltakernes stemmer, og tilstrebet etterrettelighet i tolkning av meningsinnhold i utsagn og samtalesekvenser. Offentliggjøring av studien er ikke blitt vurdert til å ha noen negative konsekvenser for deltakerne. I diskusjonsdelen blir noen av disse forhold tatt opp til videre drøfting.

## **4. BETYDNINGER AV KROPPSHOLDNING I PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI: OM FORUTSETNINGER OG Plass I UNDERSØKELSE OG BEHANDLING**

I analyse og endelig utforming av resultatene har problemstillingen og de analytiske spørsmålene vært styrende. Resultatene presenteres tematisk med utgangspunkt i tre resultat kategorier eller hovedtemaer som skiller grovt mellom forskjellige aspekter av kroppsholdning i PMF. Det har vært nødvendig å nyansere skillet ytterligere i underkategorier/undertema.

Hovedtema 1: Kroppsholdningens forutsetninger og funksjon: om grunnforståelse i PMF, med undertemaene: *Anatomiske forutsetninger, bevegelig balanse og idealholdning, Kroppslige vaner/vanemønstre - fra fastlåst/rigid til fleksibel/dynamisk og Kroppsholdning som følelsesregulering - å innta en holdning.*

Hovedtema 2: Kroppsholdningens plass i PMF-undersøkelsen, med undertemaene: *Kroppsholdningsundersøkelsens struktur, Inntrykk av uttrykket – å forfølge grovintrykket og Samhandling og tilbakemelding til pasienten.*

Hovedtema 3: Kroppsholdningens plass i PMF-behandlingen, med undertemaene: *Behandling og undersøkelse – et kunstig skille, Holdningsomstilling – mer enn holdningsendring og Utforsking, nysgjerrighet og bevisstgjøring.*

For å hindre potensiell gjenkjenning av informantene, relateres ikke utsagn og beskrivelser til dem via navn.

## **4.1 Kroppsholdningens forutsetninger og funksjon: om grunnforståelse i PMF**

### ***4.1.1 Anatomiske forutsetninger, bevegelig balanse og idealholdning***

Informantene trakk frem at det finnes individuelle anatomiske forutsetninger og begrensninger som i stor grad bidrar til en persons kroppsholdning. En av informantene trakk frem Aadel Bülow-Hansen som selv hadde en uttalt kyfose, og var opptatt av at fysiologiske krumninger var forskjellige hos folk. Hun formidlet videre at hun syntes det var problematisk at det i den psykomotoriske tradisjon ble lagt for mye vekt på muskulatur og for lite på skjelett: *«Jeg synes at veldig mange forveksler asymmetrier i skjelettet med muskelspenninger. Det er større individuelle forskjeller enn vi erkjenner, og dermed blir det feiltolkninger»*. Øvrige informanter kom ikke med mange innspill i forbindelse med skjelettets betydning. Derimot ble bevegelig balanse fremhevet av informantene som et viktig prinsipp i forbindelse med kroppsholdning. De mente at det ideelt sett, når kroppen var i balanse, var relativt lite muskelinnsats som skulle til. Hovedpoenget som ble fremmet var at tyngdekraften kunne gi støtte eller bidra til at vi måtte kjempe for å holde oss oppreist: *«Så lenge man står i dynamisk balanse, det vil si at tyngdepunktet faller noenlunde sentralt, vil tyngdekraften virke stabiliserende. Er man i ubalanse vil tyngdekraften forsterke ubalansen, og det stilles større krav til muskulaturen»*, var uttrykt i denne sammenfatningen fra en av informantene.

Informantene var samstemte i at man ikke burde snakke om korrekt og dårlig holdning, men heller om hensiktsmessig eller god. Det finnes også en ideell holdning, var de enige om. Flere kommenterte at den ideelle kroppsholdning ikke var den estetisk vakre, men en holdning som var uanstrengt og respirasjonsfremmende. Men, som en av informantene påpekte, så måtte man ikke forveksle den ideelle kroppsholdning med det som føltes godt eller trygt der og da. Et poeng her, mente hun, var at våre kroppsvaner ga oss trygghet, og vi inntok de stillingene/holdningene som vi var vant med. Det betydde ikke at det ikke fantes bedre alternativer. Hun understrekte:

*«Det er noe som er gunstigere enn noe annet, og det er ikke nødvendigvis det som oppleves godt der og da. Det som er godt er det som er vane. Noen opplever det som godt å gjemme seg mest mulig her i verden, og noen opplever det som godt, tryggest, å*

*være arrogant. Det betyr ikke at det er det mest hensiktsmessige holdningen eller væremåten.}}*

Det var ikke sikkert at man klarte å nå det ideelle, men informantgruppen mente at det var viktig å prøve å komme i mest mulig balanse, «*kjenne den følelsen at man kan hvile i seg selv uten å anstrenge seg*», som en av informantene påpekte. Noen pasienter trodde at riktig holdning var å stramme seg opp, det opplevde de ofte. En informant kom med et eksempel:

*«Hun kommer til meg og forteller hvor mye skryt hun får for den flotte og rake holdningen sin. Hun er slank, trener fem ganger i uken, og har en del epikondylitter. Hun har så vondt at hun har problemer med å bevege seg skikkelig. Holdningen hennes er stiv og rigid. Likevel skryter hun av den, samtidig som hun spør meg om jeg kan fjerne alle disse vondtene.»*

#### **4.1.2 Kroppslige vaner/vanemønstre. Fra fastlåst/rigid til fleksibel/dynamisk**

Deltakerne var enige om at kroppsholdningen hadde mangfoldige funksjoner, og var hele tiden i samspill med det som beveget seg i oss. Dette ble utdypet med følgende metaperspektiver: Vi forholder oss til og viser oss for verden gjennom holdningen vår. Vi preges av kulturen vår, for vi ønsker aksept og tilhørighet i den tiden vi lever i. Samtidig har vi forskjellige forutsetninger for etablering av kroppslige vaner. Hvordan vi forholder oss til tyngdekraften handler også mye om hvordan man forholder seg til verden.

En informant ønsket å ta avstand fra tankegangen om at bestemte opplevelser eller påkjenninger førte til spesifikke kroppslige reaksjoner, derav holdningstype. Hun kunne ikke se generaliserbare mønstre, og så heller ikke hensikten med å prøve å kategorisere funnene på denne måten. Personene hadde gjerne sine egne mønstre, og hva som uttryktes i situasjonen var også ulikt. «*Jeg er opptatt av hva som er her akkurat nå*», sa hun. Hun nevnte et eksempel fra egen praksis, der to pasienter kom inn til henne med kort tids mellomrom. Den ene pasienten hadde et utpreget fleksjonsmønster og den andre var hypermobil og manglet kroppslig stabilitet. Begge dissosierte og forsvant ut i traumesituasjonen da de ble lagt på benken; to ulike personer, to ulike holdningstyper, tilnærmet lik reaksjon. Poenget hennes var at vi ikke burde generalisere og si at noe er allmenngyldig. Hun poengterte at det var kombinasjoner av mønstre vi vanligvis fant hos pasientene, hvis vi først skulle bruke begrepet

mønster. «Jeg finner ofte kokontraksjon av agonister og antagonister, med den fastlåstheten som følger i det», sa hun.

En fleksibel holdning var ifølge deltakerne en holdning som ikke var statisk. I diskusjonen rundt dette ble det fremhevet at kroppsholdningen responderte på dynamikken i de forskjellige opplevelsene og periodene av livet pasientene befant seg i. «Vi kan ta oss sammen, holde på oss selv, begrense oss, gå inn i en vanskelig situasjon med kraft eller reservasjon, men gjenvinner ideelt sett normaliteten i kroppen når situasjonen eller påkjenningen er forbi», var budskapet her.

#### **4.1.3 Kroppsholdning som følelsesregulering - å innta en holdning**

En av informantene hevdet at det måtte være en følelse koblet til kroppsholdningen, i den forstand at følelser regulerte kroppsholdningen. En annen informant ønsket å tilføye at det motsatte også er tilfelle, at eksperimentering med og endring av kroppsholdningen kunne få frem nye følelser.

*«Jeg tror nettopp at vi har noen muligheter ved å jobbe kroppslig, at vi kan gjøre noe annet og kanskje få frem noe annet», sa hun. Hun nevnte et eksempel med en ung jente: «Hun slet mye med hodepine, og hun så alltid ned når hun gikk. Vi øvde på å komme inn i rommet på forskjellige måter. Jeg tenkte at hun måtte bli vant til å forholde seg til litt mer, løfte hodet litt mer. Å se frem gjør noe med holdningen og innstillingen din.»*

Informantene fremmet det synet at mange pasienter hadde inntatt en holdning som et forsvar eller en beskyttelsesmekanisme. Det ble påpekt at slike forhold stort sett fant sted ubevisst. Det ble nevnt et eksempel der en pasients kroppsholdning bar preg av beskyttelse, med blant annet hevet brystkasse og eleverte skuldre. Han fortalte terapeuten at denne kroppsholdningen hadde vært helt nødvendig for ham, for å overleve en lengre periode med mobbing på skolen. Ved å innta en slik holdning følte han seg større og sterkere, og klarte bedre å beskytte seg selv. Det var hans måte å komme seg gjennom en røff periode på. En annen deltaker trakk frem en pasient han hadde i behandling, for å gi et eksempel på hvordan kroppsholdning kunne gi et annet uttrykk enn det personen ønsket. Pasienten hadde mange konflikter på arbeidsplassen:

*«Hun var veldig rak, streng mine, virket noe utilnærmelig. Jeg fortalte henne at jeg opplevde holdningen hennes som noe arrogant. Samtidig speilet jeg henne med min kropp. Hun sank ned. Hun følte seg ikke arrogant i det hele tatt. Men kroppsholdningen hennes var kanskje medvirkende til alle konfliktene. Hun ble oppfattet som arrogant av de rundt henne. Hun så etter hvert at holdningen hennes ga et inntrykk som ikke samstemte med hvordan hun følte seg, men som kanskje var et forsvar mot frontalangrepene hun følte at hun ble utsatt for på arbeidsplassen. Vi jobbet etter hvert med få holdningen til å stemme med følelsene»*

Konkusjonen på det som ble diskutert her var at man kunne bruke følelsen til å få frem en holdning, og man kunne bruke holdningen til å skape eller skjule en følelse. Med andre ord var det enighet om at følelser og kroppsuttrykk virket gjensidig inn på hverandre.

## **4.2 Kroppsholdningens plass i PMF-undersøkelsen**

### **4.2.1 Kroppsholdningsundersøkelsens struktur**

Deltakerne presiserte at kroppsholdning bare var én av flere kroppslige aspekter de vurderte i undersøkelsen. Informantene uttrykte at de gjorde som litteraturen beskrev; de startet gjerne undersøkelsen med å observere pasienten i vanestilling. Tanken var at man i undersøkelsen laget situasjoner som ble så nært det vanlige som mulig. De ba pasienten stå sånn som hun eller han pleide å stå, for å få et inntrykk av det vanemessige med holdningen. Deretter ba de informantene innta grunnstilling. I denne stillingen oppdager man lettere eventuelle asymmetrier. *«I noen tilfeller lar jeg pasienten beholde klærne på»*, ble det kommentert av to informanter. Den ene hadde jobbet mye med flyktninger og sa at det var mer regelen enn unntaket at pasienten beholdt klærne på, iallfall i det første møtet.

Deltakerne pleide så å undersøke holdningen i både sittende og liggende. De påpekte at en av styrkene til den psykomotoriske fagtradisjonen var at man sammenholdt inntrykkene fra forskjellige stillinger og så etter endringer, spesielt på respirasjon, muskulære forhold og kroppsholdning. På denne måten fanget de opp forskjeller og dynamiske forhold som ikke kom frem om de kun observerte i én statisk utgangsposisjon. De fikk også et inntrykk av omstillingsevnen til pasienten, samt graden av kroppslig vaksomhet.



#### **4.2.2 Inntrykk av uttrykket – å forfølge grovinntrykket**

Informantene var enige i at holdningsundersøkelsen handlet om å få et grovinntrykk av den kroppslige væremåten og tilstedeværelsen. *«Du får et inntrykk av pasienten alt fra du møter vedkommende i døren eller på venterommet, til hvordan vedkommende ter seg hele veien gjennom timen»*», sa en informant. Informantene var imidlertid enig i at det var først når de hadde sammenfattet funnene fra hele undersøkelsen at de hadde et grunnlag for å forstå pasientens situasjon og kroppslige fremtoning. I den sammenheng sa en informant at hun gjennom pasientens holdning og kroppsuttrykk kunne få en oppfatning av emosjonelle forhold hos vedkommende. Det kunne for eksempel være tristhet eller sinne. Hun mente videre at pasientene kunne komme i kontakt med slike følelser gjennom undersøkelsen og behandlingen. En annen informant mente at hun ut fra kroppsholdningsundersøkelsen kunne ane en rød tråd fra den type tilknytningsmønster pasienten hadde fra barndommen, og den kroppslige væremåten: *«Et tilknytningsmønster som har vært utrygt ambivalent kan resultere i en fight-flight-modus i kroppen, mens de som har hatt et utrygt unnvikende tilknytningsmønster har gått mer i en kollaps og trukket seg inn og går lettere i nedre del av toleransevinduet»*. Hun forstod det slik at for mange pasienter hadde den kroppslige væremåten vært en nødvendig mestringsstrategi på ett eller annet plan. Hun mente å kunne relatere holdningen til pasientens historie, men understrekte at spesifikke opplevelser ikke nødvendigvis ga tilløp til spesifikke kroppsholdninger: *«Det handler mer om en fornemmelse enn at det ene fører til den andre»*.

En annen informant fulgte opp med å si at hun gjennom kroppsholdningen kunne få et inntrykk av innstillingen til pasienten: *«Jeg vurderer om dette er en person med kraft og livsmot eller er om det en oppgitt person»*. Relevante spørsmål å stille seg i denne sammenheng kunne ifølge informantene være:

*«Bærer de seg selv innenfra eller utenfra?»*, *«Er dette en person som bruker veldig mye krefter på å holde seg oppe, eller er det en frihet i måten å være oppreist i forhold til tyngdekraften på?»*, *«Jobber personen med eller mot tyngdekraften?»*, *«Har han eller hun støtte i sitt eget reisverk?»*, *«Virker holdningen fleksibel eller rigid?»*.

En informant kom med et eksempel på kroppsholdningens kommunikative aspekter: *«En dag kom det en pasient nærmest slepende opp trappen på instituttet. Hodet var nærmest avstivet. Hun var overvektig, gikk med vide klær, og det var som om tyngden trykket henne*

*ned. Det var noe tregt og oppgitt over henne; ingen vitalitet, kraft eller tempo».*

Fysioterapeuten sa med andre ord at hun ved en kort observasjon fikk et inntrykk av holdningens rigiditet og pasientens forhold til tyngdekraften. I tillegg oppfattet hun en kraftløshet i pasientens kroppsholdning.

Ifølge en annen informant handlet inntrykket mye om å vurdere forholdet til tyngdekraften og underlaget, for eksempel ved å se på hvor tyngdelinjen falt innenfor understøttelsesflaten: *«Det å vurdere kroppsholdningen er på en måte å se på balansen mellom tyngdekraften og de oppadrettede kreftene. Virker tyngdekraften forsterkende eller jobber de i mot?»*. En annen informant fremhevet benas betydning: *«Når jeg ser på understøttelsesflaten, er det på en måte føttene som blir fokus. Selvfølgelig, kurver og skjevheter og spenninger i tillegg, men først og fremst hvordan pasienten lander på føttene»*.

Som tidligere nevnt var informantene samstemte i at enkeltfunn ikke måtte tolkes psykologisk. Inntrykket de fikk av pasienten trengte ikke alltid å stemme overens med personens opplevelse. Budskapet til informantene var å la pasienten få lov å beskrive noe selv, og ikke være for rask med å trekke konklusjoner. De fremmet en utspørrende, utprøvende og anerkjennende væremåte overfor pasienten. En informant utdypet: *«Når pasienten kjenner noe, tenker jeg at da er det interessant. Men hvis det blir en situasjon der jeg som ”spesialist” sier for eksempel ”jeg ser at du er deprimert”, da er vi ute og kjøre»*. En annen supplerte med at hun heller brukte mindre bestemmende uttrykksmåter, for eksempel: *«Jeg får et inntrykk av noe oppgitt hos deg, stemmer det med din opplevelse? Kjenner du deg igjen i det?»*. En av deltakerne ønsket her å få frem et viktig poeng om tolkning:

*«Vi er litt sløve når det gjelder tolkninger i tradisjonen vår. Det å være menneske er å være fortolkende i verden. Vi tolker hverandre hele tiden. Det å si at noen tolker er misforstått. Spørsmålet er hva man ser og hvilke begrep man bruker, hvor verdiladet de er og så videre.»*

Det var enighet blant deltakerne om at holdningsundersøkelsen ga noen holdepunkter, som de brukte som utgangspunkt for mer spesifikke undersøkelser. Helhetsinntrykket var altså en viktig forutsetning for å sortere ut spesifikke forhold, som man så kunne jobbe videre med i et helhetlig perspektiv. En informant snakket om at hun pleide å gjøre seg opp en mening om hvor *«primærholdene»* var. *«Er det noe med iliopsoas jeg trenger å sjekke i forhold til den*

*holdningen jeg ser?»), kunne en annen informant spørre seg. Ikke minst var gruppen samstemt i at endringer i kroppsholdning fra stilling til stilling var utslagsgivende for hvordan informantene gikk videre inn i de mer spesifikke undersøkelsene. «Holdningsundersøkelsen er en måte å finne ut hvor det holder hen, og hva jeg trenger å undersøke mer. Undersøkelsen kan lede meg mot mer spesifikke kroppsområder som jeg da jobber videre med, i et helhetlig perspektiv», sa en informant.*

#### **4.2.3 Samhandling og tilbakemelding til pasienten**

En informant understrekte at undersøkelsen ikke var en kartlegging, men en samhandling. Øvrige informanter uttrykket et enstemmig ønske om å komme bort fra dette begrepet i undersøkelsessammenheng. «Vi bør heller snakke om en felles utforsking», foreslo en informant, «for det handler om en kontinuerlig dialog». «Hvis en begynner sånn at “du er objektet og jeg er spesialisten som vurderer”, så kan du risikere å ha ødelagt hele løpet», poengterte en annen informant ettertrykkelig. I den forbindelse fremhevet hun at det var viktig å gi pasienten tilbakemelding på det hun observerte: «Vi må snakke med folk. Jeg synes det er uetisk å ikke gjøre det. Det er spesielt viktig i det første møtet, for det er da vi skaper den gode terapeutiske relasjonen», sa informantene videre, og det ble nikkert fra flere hold.

En deltaker presiserte at hun ikke nødvendigvis kommenterte enkeltfunn, men ga tilbakemelding på det inntrykket hun hadde etter å ha sammenfattet de forskjellige elementene i undersøkelsen. «Det er viktig å gi pasientene innblikk i tankene våre. Da føler de seg inkludert og verdsatt i prosessen. De må ikke gå ut av rommet og være usikre på hva vi tenker som profesjonelle», ble det sagt. Tilbakemelding til pasienten var et tema som deltakerne tydeligvis var opptatt av, og det var flere som kom med innspill. En informant påpekte at måten og situasjonen tilbakemeldingen ble gitt på var avgjørende: «Det kan være en fordel å ha noen gode kroppslige erfaringer først, komme litt i gang. Man får en tillitsrelasjon, så kan man begynne å si mer. Man finner en inngang som gjør at man kommer seg videre». Hun mente at en av utfordringene var å formulere seg på en forståelig måte for pasienten:

*«Jeg mener at det er mye å hente i de litt forsiktige hverdagsuttrykkene. For eksempel kan man si: “Det virker på meg som om det er noe oppgitt over holdningen din, merker du det selv?”. Dette til forskjell fra for eksempel: “Holdningen din forteller meg at du er sammensunket og deprimert”. Da kommer jeg som den som vet, som en autoritet som bestemmer hva den andre føler.»*

Informantene mente imidlertid at det var viktig å vise varsomhet når man skulle kommentere kroppslige forhold hos pasienten. Enkelte pasienter kunne ha nok med å komme seg gjennom dagene og derfor ikke ha kapasitet til å endre så mye. Det informantene meddelte her ble sammenfattet slik av en av deltakerne:

*«Dersom det ikke er mulighet for endring er det nettopp viktig å la være (å si noe). Å påpeke kroppslige forhold uten at pasienten har mulighet for omstilling kan være en sten til byrden. Fordi jeg ser det betyr ikke nødvendigvis at jeg skal si det.»*

### **4.3 Kroppsholdningens plass i PMF-behandlingen**

#### **4.3.1 Behandling og undersøkelse – et kunstig skille**

Informantene formidlet at enhver behandling inneholdt både observasjon og undersøkelse av kroppsholdning. Vurdering av kroppsholdningen var ikke noe de kun gjorde i undersøkelsen, men de fortsatte med det utover i behandlingsperioden. Det kom tydelig frem i diskusjonen at informantene så på skillet mellom undersøkelse og behandling som kunstig. En informant poengterte: *«Jeg bruker egentlig holdningsundersøkelsen mye mer inn i behandlingen enn først undersøkelse og så behandling»*. Deltakerne jobbet dessuten mye med muskelspenninger for å oppnå en friere holdning. Det ene vil alltid påvirke det andre, var budskapet i det informantene formidlet i denne sammenheng. En informant fortalte:

*«Det er viktig å stoppe opp underveis og vurdere omstillingen, se hva som skjer underveis og mellom behandlingstimene. Kroppsholdningen er fleksibel og kan forandre seg fra gang til gang. Man bør se på hvor vedkommende er i dag. Da kan man gjerne fornemme om det er noe som har skjedd mellom timene eller før behandlingen, som de har med seg i kroppsholdningen. Får du tak i det kan du komme inn på viktige ting for pasienten.»*

#### **4.3.2 Holdningsomstilling – mer enn holdningsendring**

En av deltakerne ønsket å avklare at holdningsomstilling dreier er en omstillingsprosess som griper alle kroppsfunksjoner. Begrepet kunne være misvisende, ettersom det kunne gi assosiasjoner til en endring kun av kroppsholdningen. Hun understreket at holdningsomstilling omfattet alt fra muskel- og skjelettsystemet, til det endokrine systemet,

mage-tarm-funksjonen og så videre. Som en naturlig følge av endringsprosessene, mente hun at selve kroppsholdningen ville også endre karakter og uttrykk. Hun påstod at det var en kjempeviktig sak at det var samsvar mellom det vi så og det pasienten opplevde. Ifølge en annen handlet omstillingen hun tilstrebet hos pasientene mye om å få hold på følelsene: *«Omstilling handler om å kunne holde og bære på ting på en måte som ikke gjør at pusten låser seg; å ha frihet i holdningen og likevel kunne ha hold på seg selv i tilværelsen»*.

Deltakerne mente at det å arbeide med og endre kroppsholdning var noe annet enn holdningskorrigerings. En deltaker fortalte:

*«Jeg tror at holdning er mulig å forandre. Hvis vi ikke tror på at pasientene kan endre seg, så har vi egentlig et litt dødfødt prosjekt. Men holdningen har mangfoldige funksjoner, og er hele tiden i samspill med det som beveger seg i oss. Det er tidkrevende å endre på en kroppsholdning, da det innebærer at man gjerne må endre på kroppslige vaner som man har hatt i mange år. Å endre en vanemessig holdning kan ta tid, uavhengig av om den har et emosjonelt innhold eller ikke.»*

#### **4.3.2.1 Utforsking, nysgjerrighet og bevisstgjøring**

Noen av refleksjonene til deltakerne i forbindelse med utforsking av kroppsholdning kan sammenfattes med følgende sitat:

*«Pasientene vet gjerne best hvorfor de har inntatt en bestemt kroppsholdning, men de har ikke alltid kompetansen til å komme seg ut av den. Det er der vi kommer inn med vår kunnskap. Av og til har de kommet inn i et mønster, som de ikke kommer seg ut av. Det å utforske hvorfor det har vært nyttig eller nødvendig for pasienten å være i en bestemt holdning, er viktig. Det handler om å vekke pasienten sin nysgjerrighet på seg selv; å komme i kontakt med sitt eget.»*

I den forbindelse nevnte flere av informantene mulighetene som var tilstede når de arbeidet med å hjelpe pasientene til å få bedre kontakt med underlaget. De erfarte at det å hjelpe pasientene til å få opplevelser av understøttelse, både i sittende, stående og liggende, muliggjorde å ha det litt annerledes i kroppen. Gjennom bevegelse og bevisstgjøring kunne pasienten med terapeutens hjelp lokke frem andre kroppslige erfaringer, som kunne berike dem og virke frigjørende for både pust og holdning. Endring av kroppsholdningen ville

komme som et resultat av en bevisstgjøringsprosess der det skjedde oppdagelser hos pasienten. En informant betonte viktigheten av at personen fikk tid til å integrere behandlingen i egen kropp, i tråd med behovene og mulighetene som var tilstede. Det handlet om «å stille seg om».

Flere informanter ga uttrykk for at det var vanlig for dem å oppfordre pasienten til refleksjon ved å stille dem spørsmål angående kroppslige fornemmelser. De oppfordret pasientene til å ta stilling til hva som skjedde i kroppen, og kunne i så henseende spørre: «*Hva kjenner du...?*», «*Hva skjer hvis du...?*», «*Hva gjør det med deg når du...?*», «*Hvordan kjennes det ut...?*», «*Hvordan oppleves det...?*». Mer spesifikt kunne de spørre:

*«Kan du kjenne hvor du har pusten hen? Kan du lirke litt på kneet ditt? Hva skjer da i hoften din, kan du kjenne noe der? Hva skjer med pusten/brystkassen/skuldrene når du strammer låret? Hva gjør det, hvis du gjør litt sånn, hvis du strekker knærne litt mer, hva skjer da? Hvis du slipper brystkassen litt ned, hvordan kjennes det ut, skjer det noe nede i bena? Kan du kjenne at du spenner deg i knærne? Merket du hva som skjedde da du...(kommentere en kroppslig reaksjon)? Hva skjedde med pusten din når du lirket litt på knærne?»*

«Lirke» var et verb som gikk igjen i informantenes beskrivelser av bevisstgjørende bevegelse. Noen informanter nevnte at de ofte «speilet» pasienten, det vil si hermet etter det de så hos vedkommende, og etterlyste respons på det pasienten observerte. For eksempel kunne terapeuten innta en holdning eller stilling og spørre: «*Hvis du ser meg på denne måten, hvis jeg sitter/står sånn eller gjør slik, hva tenker du da, hvilket inntrykk får du, hvordan ser dette ut for deg?*». Formålet med slike spørsmål var å fremme nye kroppsfornemmelser, samt undring omkring dem.

Når pasienten skulle kjenne etter på kroppslige forhold, var det ifølge en deltaker viktig å la pasienten få lov til å beskrive noe selv. Såfremt det er muligheter for endring, ønsket informantene at pasienten skulle stille seg viktige spørsmål som: «*Hva er det min kroppsholdning formidler? Ønsker jeg at det skal være slik? Er det rom for endring eller trenger jeg dette kroppsuttrykket?*». Dette kunne være viktig for eksempel når de jobbet med traumatiserte mennesker, som fremholdt her:

*«Nysgjerrighet og vaksomhet er to handlingssystemer som står litt i mot hverandre. For mennesker med sterke traumer, som er vaksomme og i beredskap, er det viktig å utforske nysgjerrigheten. Vi som terapeuter kan bidra til å vekke pasienten sin nysgjerrighet på seg selv, slik at de etter hvert kanskje tør å bevege seg ut av den kroppslige alarmtilstanden.»*

En annen kommenterte at det handlet om å komme i kontakt med sitt eget:

*«En ung jente som var hos meg satt og nærmest holdt rundt seg selv. Hun var ikke klar over at hun gjorde det. Jeg prøvde å hjelpe henne til å komme i kontakt med det, og hun ble faktisk litt nysgjerrig. Men det betyr ikke at hun klarte å slippe det, for det var jo et uttrykk for noe. Hun hadde behov for å holde på seg, det var en slags beredskap. Men hun fikk det litt frem, og for noen handler det om å så noen frø og bruke tid på å komme seg varsomt videre.»*

Informantene mente videre at de brukte ord og hender for å fremme hvor pasienten skulle rette sin oppmerksomhet. En av informantene påpekte:

*«Språket kan vi fort komme til kort med. Med hendene oppnår jeg en mer direkte kommunikasjon, som kan øke samhandlingen i situasjonen. Bruk av hendene kan gjøre pasienten mer bevisst på at det er mulig å slippe spenningene, og kjenne på en annen holdning enn den vante, den belastede.»*

En interessant diskusjon oppstod her, der det kom frem at bruk av hendene inngikk gjerne som en del av det «psykomotoriske spillet», det vil si vekselvirkningen mellom detaljer og helhet. Det innebar at man jobbet spesifikt i et helhetlig perspektiv, og stadig vendte tilbake for å se etter endringer. I dette arbeidet ble igjen benas betydning betont av informantene. En deltaker fortalte at hun var veldig opptatt av holdningen og forankringen etter behandlingen: *«Sender jeg det mennesket hjem nå med en følelse av å stå på bena, eller er han/hun ute av balanse?»*

## 5. DISKUSJON

Hensikten med studien er å få kunnskap om psykomotoriske fysioterapeuters tanker og refleksjoner rundt kroppsholdning og kroppsholdningsundersøkelsen, samt hvordan de integrerer funnene i behandlingen. Problemstillingen er altså: *Hvilken betydning tillegges holdningsundersøkelse i den psykomotoriske kroppsundersøkelsen? Hvordan implementeres funnene i behandlingen?* I følgende diskusjonsdel diskuteres de mest sentrale empiriske funnene opp mot studiens teoretiske grunnlag.

Jeg innleder med å diskutere anatomisk-funksjonelle forhold som har relevans for kroppsholdning. Spørsmålet om det finnes en idealholdning drøftes. Videre tar jeg opp aktuelle problemstillinger fra kroppsholdningsundersøkelsen i PMF, helhetsintrykket, relasjonelle faktorer, samt kroppsomstilling. Deretter løfter jeg kroppsholdningens doble betydning opp. Til slutt diskuteres metoderefleksjoner.

### 5.1 Anatomiske forutsetninger og idealholdning

En av grunnposisjonene innenfor PMF er at kroppen ses på som en funksjonell og samspillende enhet der enkeltdelene står i et innbyrdes avhengig forhold til hverandre (Thornquist og Bunkan 1995, s.17). En av disse systemdelene er skjelettet, vårt «reisverk». I inngangen til diskusjonen om holdningsundersøkelsen var det, som vi så i resultatdelen, kun et par av informantene som nevnte skjelettets betydning. En av dem var av den oppfatning at psykomotoriske fysioterapeuter i altfor stor grad var opptatt av de muskulære forhold, slik at man i noen tilfeller kunne forveksle anatomiske asymmetrier med muskulære spenninger. Skjelettet er, etter det jeg har sett, viet mindre oppmerksomhet enn muskulaturen i den psykomotoriske litteraturen. En grunn til det kan være at det fremstår som mindre påvirkelig enn muskulaturen. Her er det interessant å dra inn Lederman (2010) som hevder at strukturelle asymmetrier ofte er enten for små til å bety noe, eller for store til å gjøre noe med. Samtidig poengterer han at graden og omfanget av asymmetriene er signifikant å ta hensyn til. Muskulaturen er integrert med formen på kroppsholdningen og styrer respirasjonsbevegelsen samt bevegelsesutslag og bevegelse for øvrig (Bunkan 2008). I vurdering av og arbeid med kroppsholdning er derfor muskulaturen sentral. I lys av muskelsystemets betydning for holdning og funksjon kan man si at psykomotoriske fysioterapeuter er muskelorienterte. Muskulaturens følelsesregulerende funksjon diskuteres senere i kapitlet. For informantene fremstod det som hensiktsmessig å vurdere de anatomiske grunnforhold sammen med de



muskulære forhold i kroppsholdningsanalysen, for å få et helhetlig bilde av faktorer som kunne virke inn på kroppsholdningen, og for å differensiere mellom strukturelle asymmetrier og muskelspenninger.

Finnes det et kroppsholdningsideale? I henhold til det som kom frem i intervjuet, finnes det en idealholdning. Denne er imidlertid individuell. Informantene var samstemte i at det som kjennetegnet en god holdning ikke var at den så estetisk vakker ut, men at den ivaretok de to grunnprinsippene om ledd i noenlunde midtstilling og minst mulig muskelbruk, som vi husker fra teoridelen. Disse sentrale prinsippene virket å være integrert i tankemåten til fysioterapeutene i fokusgruppen. Det kom frem at de så på idealholdningen ikke nødvendigvis som symmetrisk eller rett, men stabil, pålitelig og fri for unødig kraftbruk. I henhold til det som ble sagt i intervjuet handlet en god holdning om å ha hold på seg selv uten å være låst i kroppen. Det handlet om å være «venn» med tyngdekraften, for da ville den virke stabiliserende. Informantenes budskap var at dersom man jobbet med tyngdekraften og ikke mot den, ville underlaget gi god støtte, fordi man da ville ha muligheten til å slippe kroppstygnden nedpå. Som vi så i teoridelen, sier Engelsrud (2006) at det å ha god kontakt ned er av største betydning. Hvordan egen vekt merkes, henger sammen med pusten – ved å holde pusten holdes vekten. Ved å slippe pusten til i kroppen merkes kroppsvekten, sier hun. Slik jeg forstår dette, vil muskelspenninger virke destabiliserende i kroppen. De vil forsterke eksisterende holdningsmessig ubalanse og føre oss ut mot ytterstilling. I tråd med deltakerne mener jeg at en åpen holdning, en åpen attityde er en invitasjon til det uforutsette, en omfavelse av verden, et uttrykk for frihet og integritet. Det handler om å holde mulighetene åpne. I en holdt holdning vil en muskelgruppe motarbeide, eller «arrestere» - for å bruke Braatøy (1947) sitt begrep - en annen muskelgruppe. Ved å lukke oss reduserer vi samtidig våre muligheter for kroppslig utfoldelse og bevegelsesglede. Ifølge informantene ville vaneholdning og idealholdning ofte avvike. Dette går jeg mer inn på i kapitlet om omstilling (5.3).

## **5.2 Holdningsundersøkelsen i PMF**

Den psykomotoriske holdningsundersøkelsen skiller seg fra tradisjonell fysioterapeutisk holdningsundersøkelse. Fysioterapi er i utgangspunktet preget av medisinsens dikotomiserende kroppssyn, hevder Thornquist (1998). Man kan få inntrykk av et mekanistisk kroppssyn også når man leser klassisk fysioterapilitteratur. I Kendall (1983), for eksempel, oppfatter jeg at

holdningsavvik betraktes på en mekanistisk og avpersonifisert måte, uavhengig av personlighet og levd liv. Dårlig holdning skal rettes på – korrigeres. Tradisjonelt styrker man da opp ekstensormuskulaturen for å oppveie for stramme fleksorer. Et av kjennetegnene til den psykomotoriske undersøkelse er vurdering av kroppsholdning i både stående, sittende og liggende stilling. Dette fremheves i grunnlagsteori fra Thornquist og Bunkan (1995), men også av fokusgruppedeltakerne. Fordelen med dette er at man sammenligner funn og registrerer hvordan pasientens kroppsholdning, respirasjon, muskulatur og autonome funksjoner fremstår og potensielt endrer seg i de forskjellige stillingene. Sammenlignet med en klassisk fysioterapeutisk undersøkelse, der man kun vurderer kroppsholdningen i stående stilling, er jeg av den oppfatning at tilnærmingen i PMF sørger for at man får mer informasjon ut av undersøkelsen og et klarere bilde av pasientens kroppslige fleksibilitet, omstillingsevne, samt kroppslige ressurser og begrensninger.

I psykomotorisk litteratur finnes det retningslinjer for hvordan en grundig holdningsundersøkelse skal utføres (for eksempel i Bunkan 2008). Informantene virket ikke å være opptatt av kvantifisering eller systematisering av observasjonene i form av tallverdier. De mente at vurdering av det kroppslige uttrykket ga dem mye mer informasjon. En informant gikk så langt som å si at det å tallskalere funnene stred mot hennes etiske prinsipper. Det var mitt inntrykk at informantgruppen fremhevet relasjonelle forhold og nedbetonte de instrumentelle sidene av holdningsundersøkelsen. Implisitt i deres utsagn lå personorientering og individualitet. Å skalere ved hjelp av tall ga muligens deltakerne assosiasjoner til begreper som kartlegging, ekspertvurdering og kvantifisering. Det er min erfaring at for mange psykomotoriske fysioterapeuter har disse begrepene negativ gjenklang, da mange vil si at de ikke er forenlig med det humanistiske synet som gjennomsyrrer tradisjonen. Gruppen som deltok i denne studien styrket denne oppfatningen. En kan kanskje stille spørsmålet om det nødvendigvis er en motsetning mellom en viss skalering av disse forhold, og det å være sentrert på den enkelte og uttrykket?

### ***5.2.1 Totalinntrykket – om å tolke***

Totalinntrykket handler om at vi faktisk tolker. Det kom frem i den interessante diskusjonen informantene hadde på dette punktet. Allerede fra de fikk øye på pasienten for første gang mente informantene at de hadde begynt å ta inn informasjon om og fortolke vedkommende. De registrerte fort om pasienten hadde en «åpen» eller «lukket», «oppstrammet» eller «oppgitt» holdning. Disse betegnelse finner vi også hos blant andre Thornquist og Bunkan

(1995). Som en av informantene påpekte, er vi «fortolkende vesener», og tolker hverandre hele tiden. Med en forståelse av kroppen som uttrykksfelt, slik Thornquist (1998) betegner den med inspirasjon fra Merleau-Ponty og kroppsfenomenologi, ligger det i kortene at vi tolker. Spørsmålet er ifølge det som ble trukket frem i intervjuet hvilke begreper vi bruker og hvor verdiladete tolkningene er. I diskusjonen som oppstod virket det som om enkelte av informantene ble usikre på hvordan de selv forholdt seg til det å tolke. Holdningen i informantgruppen virket å være at «vi driver ikke og tolker». Mitt inntrykk var at begrepet tolkning gjerne ga dem negative assosiasjoner. Det ble etter hvert enighet om at det å tolke ikke er det samme som å konkludere. I diskusjonen kom det frem at vi måtte akseptere at vi tolket, så lenge vi var bevisst på at vi gjorde det og så lenge premissene for en adekvat tolkning var tilstede. Disse premissene er slik jeg ser det en grundig undersøkelse samt inkludering av pasienten som en viktig kunnskapskilde.

Informantene fremhevet betydningen av å søke bekreftelse på egne tolkninger og antagelser. Dersom de fikk et bestemt inntrykk av pasientens kroppsholdning kunne de utforske om pasientens kroppsopplevelse var i tråd med deres observasjoner. Thornquist (2000) påpeker at erfaringer og hendelser kan være utilgjengelig for personen selv, og at pasienter dermed på et vis er prisgitt vårt blikk og vår evne til å tolke kroppen. Etter min mening er det relevant for valg av behandling å vite noe om det er biomekaniske eller emosjonelle faktorer som virker mest tungtveiende for den holdningen man observerer. Av refleksjonene til deltakerne kom det frem at holdningsundersøkelsen blant annet dreide seg om å få et inntrykk av hva kroppsholdningen var uttrykk for; altså et inntrykk av uttrykket. Informantene formidlet at de vurderte hvor rigid holdningen var, samt hvor mye og hvilken type følelser den «bar med seg». Slike vurderinger er imidlertid vanskelige, ettersom biomekaniske (statiske) og emosjonelle faktorer griper i hverandre (Braatøy 1948). Jeg går videre på dette i kapitlet om kroppsholdningens dobbelthet (5.4).

I litteraturen (blant annet Thornquist og Bunkan 1995 og Bunkan 2008) finner man beskrivelser av forskjellige (hoved)holdningstyper, for eksempel fleksjonsholdning og ekstensjonsholdning. Det er i PMF-tradisjonen vanlig å omtale holdning med hjelp av disse begrepene. Blant informantene virker det å være noe sprik rundt nytteverdien av å tenke i henhold til spesifikke holdningsmønstre. En informant sa at hun ikke så mening i å tenke i de baner, ikke minst fordi det vanligvis var kombinasjoner av mønstre hun møtte hos pasientene i praksis. En annen informant påstod at hun ut fra kroppsholdningen kunne si noe om hvilket

tilknytningsmønster pasienten har, mens en tredje informant hevdet at hun ofte kunne tyde når noen pasienter var pre-psykotiske. Hun kunne fornemme det gjennom sammenfatning av funnene i undersøkelsen. Informanten som ikke var opptatt av mønstre, sa her at hun ikke kunne se for seg at man kunne relatere kroppsholdningen til en bestemt lidelse. Det kunne dermed virke som om noen av informantene i større grad enn andre i gruppen tillot seg å relatere de kroppslige funn til den psykiske helsen. Samtidig som de var bevisste på å unngå deterministiske assosiasjoner, anerkjente de det inntrykket de hadde fått gjennom undersøkelsen. På generelt grunnlag skulle man være varsom med å psykologisere kroppslige funn, det var en felles tankegang blant informantene. Det å tenke i retning mønstre kunne imidlertid virke som en måte å systematisere tankene på i forbindelse med holdningsundersøkelsen, et utgangspunkt å jobbe ut fra.

Som terapeuter prøver vi å forstå hva kroppsholdningen er et uttrykk for. I den sammenheng mente flere av informantene at det var viktig å sette ord på det de observerte. Ifølge Thornquist (2011) er det å sette ord på erfaringer og fenomener avklarende og bidrar til forståelse – i seg selv. Selve beskrivelsen er et ledd i forståelsen. Ved å beskrive våre inntrykk blir vurderingsgrunnlaget for handlingene våre tydeligere og man bli mer bevisst egne tolkninger og hva de er basert på. Ikke minst er det viktig å uttrykke seg skriftlig, sier Thornquist, for da tvinges man til å bygge opp resonnementer. Det blir tydelig for en selv og andre på hvilke områder man tankemessig svikter, hva som er uferdig og på hvilke områder man er ordløs, hvilke ledd man har hoppet over, og hva som eventuelt er uholdbare posisjoner.

### **5.3 Kroppsholdning i behandling – om endring og omstilling**

Det er ingen tvil om at omstilling er et viktig begrep innenfor PMF. En stor del av psykomotorisk grunnlagslitteratur (for eksempel Thornquist og Bunkan 1995, Thornquist 2008, Bunkan 2008) tar for seg dette begrepet. Andre begreper som brukes er kroppslig omstilling, kroppsomstilling og holdningsomstilling. En av informantene presiserte at begrepet «holdningsomstilling» handlet om en omstillingsprosess som griper alle kroppsfunksjoner. Pasientene valgte ofte kroppslige løsninger som ikke nødvendigvis var hensiktsmessige eller funksjonelle over tid. De kunne ha videreført gamle reaksjonsmønstre via kroppsholdningen. Det kunne likevel kjennes trygt å være der, etter det mange pasienter berettet. En innstilling i gruppen var at det var deres plikt som fysioterapeuter å vurdere

hvorvidt det var mulig å oppnå en friere, mer hensiktsmessig og funksjonell kroppsholdning. Slike vurderinger handlet om god eller dårlig fysioterapi, etter det som ble formidlet i gruppen. Ifølge en informant ville holdningsomstillingen ofte sammenfalle med våre observasjoner, ettersom resultatet av denne prosessen var endret kroppsholdning. Mitt inntrykk var at for henne var det ikke tilstrekkelig at pasienten kjente en kvalitativ annerledeshet med å være i egen kropp. Hun bragte frem et viktig perspektiv, nemlig at det helst burde være samsvar mellom det vi så og det pasienten opplevde. Altså var det ønskelig at omstillingen bragte med seg observerbare endringer hos pasienten. Slik jeg forstod poenget hennes, ville omstilling gjerne være synlig ettersom det var en altomfattende prosess som påvirket flere kroppssystemer på en gang. Informanten fikk ikke anledning til å utdype, men påpekingen hennes handlet antakelig om at pasientene vanligvis vil ha det best i kroppen sin når det anatomisk sett foreligger noenlunde balanse mellom fremside og bakside og der det er minst mulig muskelbruk. Av den grunn skulle man ikke uten videre godta at pasienten forble i en holdning bare fordi det kjentes godt ut eller naturlig der og da, kom det frem i intervjuet.

Når det gjaldt behandlingen var informantene samstemt i at de ikke korrigerende holdningen, men at de arbeidet med den for å oppnå bedre stabilitet og fleksibilitet. I psykomotorisk litteratur frarådes holdningskorrigerende (Thornquist og Bunkan 1995). Dette viktige prinsippet var fremtredende hos informantene. I henhold til det de formidlet ville endring av kroppsholdningen ikke bare endre de biomekaniske forhold, men gjøre noe med hele personen. Fokusgruppedeltakerne fremhevet betydningen av å gå gjennom en bevisstgjøringsprosess for å få nye erfaringer og forestillinger om kroppen, som kunne igangsette kroppslig omstilling og endring av en uhensiktsmessig kroppsholdning. Dette stemmer med det Braatøy (1947) kalte *teknifisering*. I behandlingen mente informantene at personen kunne bli bevisst de kroppslige forhold som hadde påvirket kroppsholdningen, samt deres opprinnelse og årsakssammenheng. Flere informanter påpekte betydningen av å vekke pasienten sin nysgjerrighet på seg selv. Ved at pasientene fikk hjelp til å anerkjenne hvordan de kroppslige forhold og kroppsholdningen hang sammen med pasientenes fortid og livet for øvrig, mente de at det ville være lettere å gjøre noe med forholdene i kroppen. Når pasienten fikk kunnskap om gjensidigheten og samtidigheten i følelser og kropp, mente informantene at pasienten ville få mulighet til å velge nye måter å forholde seg kroppslig til verden på. Endring av kroppsholdningen ville kunne skje som en følge av hvordan pasienten forholdt seg til den «nye» innsikten.

Med utgangspunkt i informantenes beskrivelser kunne bevisstgjøring og nysgjerrighet stimuleres ved å jobbe med de muskulære forhold og relatere disse til den totale livssituasjon. Fysioterapeuten kunne velge å stille spørsmål om hvordan det kjentes ut på spesifikke steder på kroppen eller etterspørre pasientens generelle fornemmelse eller følelse. Informantene fremhevet også utprøving av nye holdninger/stillinger eller bevegelser med spørsmål om hvordan det opplevdes for pasienten, som en viktig måte å gå frem på. Det kunne dreie seg om helhetlige bevegelser, for eksempel å gå, eller bevegelse/innstilling av spesifikke kroppsdeler. Det handlet ikke om korrigerende, men om eksperimentering og utprøving. I tillegg kunne man «speile» pasienten. Det vil si at terapeuten kunne etterligne hvordan pasienten stod eller satt og be om tilbakemelding på hvordan det så ut eller hvilke tanker pasienten fikk når han eller hun observerte terapeuten sin holdning.

Endret man forholdet til underlaget og tyngdekraften, skjedde det også noe med følelsene, ble det hevdet av flere informanter. Et sentralt prinsipp når det gjelder omstilling i den psykomotoriske tradisjon er ifølge Thornquist (2005) å starte behandlingen med bena, med kroppens understøttelse og forankring. Målet med behandlingen er ofte å få bedre fotfeste, ettersom det å bedre kontakten med føttene kan gi bedre justeringsmuligheter og balanse i stående og gående. I tråd med det tradisjonelle fokuset på bena i PMF, påpekte også informantene viktigheten av forankring og understøttelse i forbindelse med kroppsholdning. Kontakten med underlaget ble forsterket når pasienten fikk bedre balanse og vice versa. Informantene mente at når tyngdekraften fikk virke på en mer eller mindre vertikalstilt bevegelig kropp, ville personen være bedre i stand til å slippe kroppstyngden ned på underlaget og ta i mot støtten som underlaget ga. Da ville ikke pasienten trenge å aktivere mer muskulatur enn nødvendig.

### **5.3.1 Å innta en holdning**

Kan vi velge å endre holdning? - var ett av spørsmålene fra intervjuet. Har uttrykket «fake it until you make it» noe for seg i arbeid med kroppsholdning? Kan vi skape nye forhold i kroppen ved å aktivt oppsøke nye kroppsholdninger? Her kom informantene med delvis motstridende argumenter. Det ble nevnt noen eksempler der pasientene hadde inntatt en kroppsholdning med det mål å fremstille seg selv på bestemte måter overfor omgivelsene. Det handlet om ikke å vise sårbarhet og komme seg gjennom vanskelige situasjoner. En av informantene mente at slike valg er ubevisst, i den forstand at man ikke bestemmer seg for en holdning, men at holdningen fremkommer som følge av omstendighetene og den totale

tilstanden i kroppen. En annen informant var enig og sa at endringen ikke bør være påtatt, men komme innenfra. I behandlingssituasjon er det imidlertid mitt inntrykk at pasientene oppfordres til å innta nye holdninger og prøve ut ukjente bevegelser og stillinger.

Tankegangen er i så fall å oppleve noe annet som kanskje kan føre til noe annet. Dette fikk støtte i gruppen. Å utforske holdninger og stillinger kunne gi kroppen større handlingsrom og variasjonsmuligheter, ifølge deltakerne. Dette understøttes av blant annet Thornquist (2008, 2006), som hevder at nye bevegelser og holdninger åpner for et mer variert repertoar av handlinger og følelsesmessige disposisjoner, språk og tenkemåter. Det er også i tråd med Braatøys (1947) budskap om at teknifisering eller bevisstgjøring kan være nødvendig for å automatisere en ny holdning.

I en studie om kroppsholdning og kroppsspråk (Carney et al 2010) konkluderer forskerne med at det å innta bestemte holdninger («power pose») kan igangsette en fysisk respons, for eksempel økning i testosteronkonsentrasjon, som igjen kan forandre måten vi erfarer en situasjon på. Slik forskning kan ha en relevans i forhold til hvordan vi som psykomotorikere arbeider i praksis. Konklusjonen i studien stemmer overens med den generelle oppfatningen i gruppen, at kroppsuttrykket kunne hjelpe frem opplevelsen. En annen informant kom med en oppsummerende kommentar om at vi kunne gjøre begge deler – bruke følelsen til å få frem en holdning, men også bruke holdningen til å skape en følelse. Det virket som om gruppen delte denne oppfatningen og at begge innfallsvinklene var relevante i arbeid med kroppsholdning.

Oppsummerende for de to siste avsnittene kan vi si at det virket å være et felles utgangspunkt for deltakerne at de ikke skulle finne løsningene for pasienten, men at endring skulle finne sted på bakgrunn av at pasienten gjorde viktige oppdagelser underveis. Når det gjelder dosering virket det som om Aadel Bülow-Hansen sin anmodning om å oppsøke det «passelig uvanlige» i behandlingen var en godt integrert innstilling hos samtlige deltakere. De ønsket å utfordre pasienten uten å provosere. Etablering av tillit og en god relasjon var i dette henseende avgjørende.

### ***5.3.2 Autonomi og allianse – pasienten som likeverdig og deltagende***

Både i teori, for eksempel hos Thornquist (1998) og Bunkan (2008), og blant informantene påpekes den fundamentale betydningen av å anerkjenne og ivareta pasientens autonomi. Siden forholdet mellom pasient og behandler i utgangspunktet er en asymmetrisk relasjon, må den som har makt aktivt bruke sin posisjon slik at den andre får mulighet til å delta på egne og

felles etablerte premisser. Det handler om å gjøre den institusjonelle asymmetrien mindre (Thornquist 2011). Informantene understrekte betydningen av ikke å fremstå som eksperter som skal vurdere eller kartlegge pasienten sin kroppsholdning. Pasientene søker en form for anerkjennelse og validering av sine opplevelser, sier Thornquist (1995). Anerkjennende relasjoner er en forutsetning for utvikling av autonomi hos et individ (Thornquist 2011, s.125). Å legge til rette for etablering av tillit og en god allianse vil slik jeg ser det danne grobunn for en fruktbar og konstruktiv behandlingsprosess. Etter mitt skjønn er dette et etisk imperativ, det handler imidlertid også om kvalitet i behandlingen. Får vi grep om pasientenes kunnskaper ved å ta deres bidrag med i det videre forløp, styrkes grunnlaget for å ta gode valg i behandlingsøymed. Stimulerer vi til tillit og autonomi vil pasientens sosiokulturelle og kroppslige kompetanse lettere tre frem. Pasienten vil kunne anerkjenne denne kompetansen som gyldig og relevant. I tråd med dette ga informantene uttrykk for at de behandlet pasienten som en likeverdig part, og inkluderte vedkommende som en relevant og nødvendig kunnskapskilde. Å etablere felles forståelse forutsetter at begge parter får et visst inntrykk i hverandres verden, sier Thornquist (2011, s.147). I den forbindelse er det viktig å formidle noen av vurderingene våre til pasientene (Thornquist 2005, 1998). Hadde kroppsholdningen en sterk beredskapsfunksjon, burde man imidlertid være varsom med tilbakemeldingene, slik at de ikke ble en «sten til byrden» for den det gjaldt, var informantenes budskap. Engelsrud (2016) anbefaler at vi bruker begreper som skaper gjenklang i pasientens kropp. Fagspråk kan stå i veien for å se hva kropper bærer på, påstår hun. Språket som avgjørende for rommet som gis for å utforske fornemmelser og betydninger understrekes også av Sviland (2014). Dette er i tråd med det informantene formidlet, nemlig at de kom lengre med pasientene når de brukte hverdagslige uttrykk.

#### **5.4 Kroppsholdningens dobbelthet – holdningen som følelsesregulering**

I teoridelen så vi at begrepet holdning er på den ene siden knyttet til kroppen og på den andre siden knyttet til et individs personlighetstrekk, følelser og livsanskuelser (Braatøy 1947, Thornquist 1995). Ifølge informantene handlet kroppsholdningen mye om hvordan man forholdt seg til verden. Sviland et al (2007) understøtter at kroppsholdningen ofte uttrykker innstillingen en har i livet, som i eksemplet med den unge jenten som alltid så ned når hun gikk. Etter det informantene, fysioterapeuten hennes, beskrev, ønsket hun ikke å ta mye plass i rommet. Hun gjorde seg mindre, ønsket ikke å se andre eller bli sett, hun forholdt seg til verden på en avstengt måte. Å se ned var et tydelig uttrykk for dette.



Braatøy (1947) mente at alle menneskelige funksjoner er forankret i kroppslige strukturer, og han skilte mellom struktur og funksjon, det vil si mellom det stabiliserende og det bevegende. Sviland og medarbeidere (2007) har tatt Braatøys teorier et steg videre. De fortolker muskulær aktivitet i lys av tre sett av «forenede motsetninger», nemlig holdning og bevegelse, attityde og affekt, og norm og spontanitet. Forfatterne mener da at holdning blir et uttrykk for en måte å forholde seg til tyngdekraften på, men også for følelsesmessig innstilling og for normer som har preget en. På samme måte uttrykker bevegelser spontane og umiddelbare reaksjoner både i fysisk og følelsesmessig forstand. Normer betegner omgivelsenes påvirkning på personen, mens spontanitet er det som rører seg i en uten at man merker det, sier Sviland et al (2007). Slik jeg oppfatter det vil det i lys av denne tankegangen ikke være noe klart skille mellom fysisk og psykisk funksjon, kroppsholdning og livsinnstilling, muskulatur og personlighet. Det er nettopp det overskridende, dobbeltheten, en forsøker å fange. Dette er i tråd med kroppsphenomenologisk tenkning. Slik jeg tolker teorien og informantenes budskap, vil opplevelser, påkjenninger og følelser under normale omstendigheter integreres i oss som en del av vår historie. Dersom ressursene våre er utilstrekkelige for å håndtere vanskelige situasjoner, dersom vi holdes igjen av normer og undertrykkelse, vil følelsene som presser seg frem kunne oppleves som u håndterlige, uakseptable eller usømmelige. Kroppsholdningen vår vil over tid tilpasse seg for å sikre at de vonde følelsene fortsatt holdes unna bevisstheten. Stramme holdninger, både fleksjons- og ekstensjonspregede, assosieres gjerne med kroppslig beredskap og er ofte ansett som en nødvendig beskyttelse, en mer eller mindre hensiktsmessig tilpasning til vanskelige opplevelser, sier Thornquist (2012). Malterud (2010) hevder at kroppslig aktivering i utgangspunktet er en hensiktsmessig alarmreaksjon på belastning. Informantene påpekte også at dette var nødvendige mekanismer for å sørge for at vi kan fungere på tross av traumatiske eller overveldende opplevelser. Vedvarende aktivering fører imidlertid til endringer av både strukturell og funksjonell art, sier Thornquist (2000), som her er helt i tråd med Braatøys tenkning. Ett av hovedpoengene her er at fastlåst funksjon over tid gir en fastlåst kropp. Psykisk ustabilitet og kroppslig ubalanse vil være gjensidig påvirkende og bindende. Hva er så implikasjonene av denne måten å tenke på for psykomotorisk fysioterapi? Sviland et al (2007, s.27) svarer kanskje på dette når de sier: «Hvis normer og attityde nedfelles i vår holdningsmuskulatur, kan kanskje forholdet til en selv og andre forandre seg når holdningen, og dermed forholdet til tyngdekraften, endres». Dette synet samsvarer med den generelle forståelsen og innstillingen hos deltakerne i fokusgruppen.

Slik jeg ser det handler god fysioterapi blant annet om å gjøre en grundig undersøkelse, og på denne måten etablere et grunnlag for å vurdere holdningens funksjon. Slik har man et bedre utgangspunkt for å skape holdningsendring på den mest hensiktsmessige og skånsomme måten for pasienten. Informantene understreker betydningen av å sammenfatte informasjon fra undersøkelsen for å få en pekepinn på kroppsholdningens funksjon som følelsesregulator og som uttrykk for belastninger, biomekaniske forhold og kroppslige (u)vaner. Det fremstod som essensielt å bli kjent med pasientens historie. Oppvekstvilkår, familiære og sosiale forhold, muligheter for å gi uttrykk for og få aksept for egne følelser er ifølge Braatøy (1947) faktorer som er sentrale å ta hensyn til for å kunne bedømme en kroppsholdnings egenart. Har pasienten hatt muligheter til å gi uttrykk for inntrykkene etter sterke opplevelser, vil det være mulig for pasienten å gjenopprette balanse. I motsatt fall, hvis det ikke har vært rom for egne reaksjoner, ser vi gjerne at pasienten har «arrestert» affektene med holdningsmuskulaturen – igjen med Braatøys tankegang og begreper. Denne måten å tenke på virket å være etablert blant psykomotorikerne i fokusgruppen.

## **5.5 Metoderefleksjoner**

I denne delen av oppgaven diskuterer jeg styrker og ulemper med den metodiske tilnærmingen og prosessen i sin helhet. For å belyse prosessen tar jeg faktorer som intern validitet, ekstern validitet, refleksivitet og forforståelse opp til diskusjon.

### ***5.5.1 Intern validitet – troverdighet (pålitelighet)***

Intern validitet handler om hva metodisk tilnærming, materialet og analysen gir anledning til å si noe om (Malterud 2013), eller som Kvale og Brinkmann (2014) sier det, om i hvilken grad metoden undersøker det den er ment å undersøke. Skal den interne validiteten være høy, må undersøkelsen gjennomføres på en måte som er relevant for formålet. Det skal være en logisk forbindelseslinje mellom problemstillingen og de teorier, metoder og data som fører fram til kunnskapen (Malterud 2013). Intern validitet handler også om etterrettelighet, grundighet og gjennomsiktighet i alle ledd av forskningsprosessen (Polit og Beck 2016).

Mitt formål har vært å undersøke hvordan psykomotoriske fysioterapeuter ser på holdning og holdningsundersøkelse og hvordan de integrerer kunnskapen i behandlingen. Jeg ønsket å undersøke på hvilke vis sentrale betydninger de brakte frem i gruppesamtalene stemmer inn

mot eksisterende teori på feltet. Ettersom jeg ønsker å undersøke informantenes erfaringer og refleksjoner, har jeg valgt en kvalitativ metode, fokusgruppeintervju.

Kroppsholdningsundersøkelsen er en samhandlingssituasjon som kan belyses på forskjellige måter. For å besvare problemstillingen ønsket jeg å bringe frem et mangfold av synspunkter og eksempler fra klinisk praksis. Jeg anså fokusgruppeintervju som særlig egnet til å belyse problemstillingen, da metoden er godt egnet når vi utforsker erfaringer, holdninger eller synspunkter knyttet til et felles tema i et miljø der mange mennesker samhandler (Malterud 2012). Metoden ble også valgt med hensyn til det kunnskapsskapende potensialet i gruppedynamikken og samhandlingen deltakerne imellom. Med dette mener jeg at gruppedynamikken vil kunne føre til nyansering av tanker og refleksjoner hos deltakerne. Sammenlignet med individuelle intervjuer vil fokusgruppeintervjuer kunne gi deltakerne mulighet til å sette forestillingene sine på prøve i møte med potensielt andre synspunkter og tilnærminger. Gjennom fruktbar diskusjon og motargumentering tenkte jeg at deltakerne ville bli tvunget til å reflektere over egne synspunkter og arbeidsmåter. Å identifisere og sammenholde variasjoner over et tema styrker ifølge Malterud (2012) den interne validiteten mer enn å tilstrebe kongruens. I den aktuelle gruppen ble det fremmet synspunkter og erfaringer som var sammenfallende, og med diskusjoner som var engasjerte og fremmet nyanserte erfaringer og refleksjoner og til tider en viss uenighet.

Som moderator var utfordringen min å stimulere til en stemning der deltakerne ga hverandre assosiasjoner som ville bringe opp nye historier, og samtidig balansere diskusjonen slik at samtlige deltakere fikk komme til orde med relevante og konkrete eksempler knyttet til prosjektets problemstilling (Malterud 2012, s.73). Jeg prøvde å være konsentrert til stede, lyttende og avventende, men samtidig klar og tydelig på hva jeg ønsket å finne ut. Som intervjuer var det jeg som kontrollerte intervjuet, og jeg var ikke redd for å avbryte informantenes digresjoner (Kvale og Brinkmann 2014). Samtidig var jeg anerkjennende overfor hver enkelt deltaker, uten nødvendigvis å være enig i alt de sa. Jeg var opptatt av flyten i diskusjonen, og unngikk dermed å involvere meg mye, med mindre jeg oppfattet det som nødvendig.

Som intervjuer er jeg selv forskningsinstrumentet. Det innebærer at jeg som forsker har ansvar for både innsamling og tolkning av data. Dette er ikke uten videre ukomplisert. Jeg vil påstå at jeg som intervjuer hadde gode kunnskaper om temaet, et viktig krav ifølge Kvale og Brinkmann (2014). Andre viktige forutsetninger er erfaring, og at intervjueren skal mestre

samtalemessige ferdigheter. Jeg hadde ingen tidligere erfaring med å lede et gruppeintervju. Til masteroppgavens formål, anså jeg imidlertid ikke lang erfaring som et absolutt krav. For å forberede meg på intervjusituasjonen, øvde jeg meg høyt på formuleringer og språklig formidling. Jeg gjorde opptak av egen stemme og hørte gjennom dem i forkant av intervjuet. Dette var nyttig, ettersom jeg ble bevisst blant annet egen språkbruk og toneleie. På intervjudagen hadde jeg dermed allerede vært gjennom spørsmålene, dog ikke det å lede samtalen som sådan. Fokusgruppeintervjuet kjennetegnes av en ikke-styrende intervjutill, der det først og fremst er viktig å få frem mange forskjellige synspunkter om emnet som er i fokus (Kvale og Brinkmann 2014). Et viktig moment for meg var å være oppmerksom på innholdet i det som ble sagt og forfølge deltakernes innspill innenfor temaet, så lenge det var relevant for problemstillingen. Jeg var klar over at jeg ikke kom til å bruke alle spørsmålene jeg hadde i intervjuguiden.

I ettertid ser jeg at jeg kunne gått mer i dybden på noen av temaene. Til tider satt jeg med en følelse av at det ble diskutert mye viktig, men at jeg med adekvate spørsmål kunne invitert gruppen til en mer inngående diskusjon omkring spesifikke deler av intervjuet. I og med at flertallet av informantene var mer erfarne enn meg selv, hadde jeg muligens overdreven respekt for deres synspunkter og refleksjoner. Kvale og Brinkmann (2014) sier at kritiske spørsmål tester påliteligheten og gyldigheten av det informantene forteller. Av og til kunne diskusjonen stoppe litt opp, og da var jeg til tider usikker på hvor mye mer det var å hente. I noen tilfeller kan det være at jeg burde utfordret deltakerne i større grad og tilstrebet en mer utdypende refleksjon før jeg beveget gruppen videre til neste tema. Til det formål kunne jeg ha sørget for å ha tilgang til flere og bedre oppfølgingsspørsmål. I innledningen til intervjuet ble informantene oppfordret til å komme med spesifikke eksempler fra sin kliniske hverdag. De ble også underveis gjort oppmerksomme på at dette var ønskelig. Av den grunn vil jeg påstå at jeg fikk en solid mengde eksempler til videre bearbeiding.

Når man intervjuer profesjonelle, hevder Coar og Sim (2006) at forskerens fagbakgrunn er avgjørende. At intervjueren har samme bakgrunn som informantene, sier de, har åpenbare fordeler. For det første vil jeg og deltakerne sannsynligvis ha noenlunde felles begrepsforståelse og forståelse av temaet som undersøkes. Jeg vil som kollega kunne vekke følelser av profesjonelt samarbeid og solidaritet, og på denne måten invitere til åpenhet. Til syvende og sist vil jeg kunne høste større tillit enn jeg hadde hatt en annen bakgrunn enn deltakerne. Analysen vil i kraft av at jeg som forsker ikke trenger forklaring på grunnleggende

begreper og konsepter kunne utføres med større grundighet, sier forfatterne. Chew-Graham og medarbeidere (2002) rapporterer at studier der intervjueren og informantene har lik bakgrunn gir ofte et rikere datamateriale. Å intervju profesjonelle har imidlertid også særlige utfordringer. I møte med en forsker med lik bakgrunn som en selv vil intervjupersonene ifølge Råheim et al (2016) og Coar og Sim (2006) kunne oppleve at deres faglige identitet og kunnskapsnivå blir satt på prøve. Bekymring for om deres kunnskaper er adekvate vil kunne føre til at informantene blir reservert med hensyn til å dele opplevelser og tanker fra egen praksis. Noen studier viser at intervjueren blir betraktet og behandlet som en «ekspert» på området som det forskes på. Dette kan forsterke tendensen til å holde tilbake egen kunnskap, ettersom informantene kan betrakte den som mindreverdige eller mindre gyldige enn «ekspertens». Overdreven høflighet og positivitet fra deltakerne overfor moderator er også en måte for dem å prøve å bevare den profesjonelle identiteten, hevder Coar og Sim.

Som jeg beskrev innledningsvis, ønsket jeg med dette prosjektet å ta en etablert del av psykomotorisk praksis opp til diskusjon. Dette åpnet opp for at informantene blir bevisstgjort egne tanker og ikke minst kunnskaper om fenomenet, som igjen kunne vekke en interesse for å fordype seg mer i temaet. Det at ens kunnskaper blir satt på prøve så jeg altså på som potensielt fruktbart. Jeg har videre vurdert mulige konsekvenser for intervjupersonene, for eksempel stressopplevelser i selve intervjusituasjonen (Kvale og Brinkmann 2014), men har på bakgrunn av at de frivillig har takket ja til å delta i prosjektet tenkt at de ønsker å bidra med de kunnskapene de besitter. Dessuten visste informantene at jeg med unntak av én deltaker var den i forsamlingen med minst erfaring som psykomotorisk fysioterapeut. Det at informantene var så erfarne og trygge på eget faglig ståsted anser jeg som viktig bidrag til at de uttrykte hva de stod for og lot seg engasjere i diskusjonene som oppstod.

Malterud (2012) gjør oppmerksom på faren for gruppepress i en fokusgruppstudie. I noen tilfeller ble et par av informantene som hadde mye på hjertet noe dominerende. Det kan hende at noen av de øvrige deltakerne så opp til disse og ikke alltid «våget» å stå frem med det de satt inne med. Jeg kunne kanskje i noen tilfeller henvendt meg direkte til de mer «reserverte» informantene og spurt om hva de mente om det som ble sagt.

Intersubjektivitet i analysen innebærer at analyseprosessen både skal gjennomføres og formidles. Leseren skal gjøres til en informert ledsager som får innsikt i de betingelser som kunnskapen er utviklet under (Malterud 2012). Med dette utgangspunktet har jeg tilstrebet

gjennomsiktighet i beskrivelsen av og gjennomføringen av prosjektet. Gjennomsiktighet er del av vurderingen av studiens troverdighet, sier Polit og Beck (2016). Jeg har sett for meg leseren og aktivt forsøkt å beskrive inngående alle prosessene i kunnskapsutviklingen og analysen av data. Ved å føre prosjektlogg har det vært lettere for meg å rekapitulere beslutninger og veivalg fra forskningsprosessen. Dette var nyttig når jeg skulle tolke funnene og forklare strategiene mine eller gå to steg tilbake og ta andre valg enn jeg gjorde i første omgang (Malterud 2012). Under bearbeidelsen og analysen av dataene, har jeg prøvd å forholde meg kritisk til innholdet. Jeg har tilstrebet å ha et kritisk syn på egne fortolkninger og spille rollen som djevelens advokat overfor egne funn, slik Kvale og Brinkmann (2014) anbefaler. Malterud (2012) påpeker at den teoretiske referanserammen er viktig, ettersom det i fokusgruppetudier vanligvis er begrenset omfang av empiriske data. En del av det som blir sagt, hevder hun, er opplagte digresjoner eller allerede etablert kunnskap på feltet. For å styrke refleksiviteten har jeg klargjort mine forklaringsmodeller, det vil si min faglige bakgrunn og forståelseshorisont, samt den teoretiske referanserammen jeg har anvendt. Systematisk tekstkondensering som analysemetode sikret en systematisk, stegvis og følgelig grundig analyse av materialet, som både ga gode retningslinjer for hvordan gå frem, samt oversikt over og detaljert kjennskap til innholdet i intervjueteksten.

### ***5.5.2 Ekstern validitet (overførbarhet)***

Ifølge hermeneutikken er menneskers liv og forståelse kontekstuell. Den kunnskap som er oppnådd i én situasjon, kan ikke automatisk overføres til – eller sammenlignes med – kunnskap i andre situasjoner. Intervju finner sted i en interpersonlig kontekst, og intervjuutsagnenes betydning er relatert til denne konteksten (Kvale og Brinkmann 2014, s.73). Lindseth og Norberg (2004) fremholder at man i en hermeneutisk tilnærming leter etter mulige aspekter av virkeligheten i en kontinuerlig prosess. Den endelige fasiten angående relevansen av kunnskapen studien har fått frem får vi først når prosjektet er ferdig og studien publisert, hevder Malterud (2013). Samtidig sier hun at den eksterne validiteten blir lav dersom vi utelukkende forholder oss til den lokale konteksten uten å overveie betingelser for overførbarhet av kunnskapen.

Kroppsholdning er et velkjent tema innenfor fysioterapi og PMF spesielt. Jeg har tilstrebet at problemstillingen skal bidra til å undersøke eksisterende forståelse og praksisutøvelse i henhold til den psykomotoriske tradisjonen, der kroppsholdning tradisjonelt har en plass i grunnlagsteori. Resultatene i min studie sier noe relevant om erfaringene og tankene til et lite

utvalg psykomotoriske fysioterapeuter i en gitt setting, belyst med eksempler fra praksis. Utvalget kan ikke sies å være stort, men Malterud (2012) påpeker at deltakerantall har mindre betydning i en fokusgruppetudie enn i andre kvantitative studier der man tilstreber et representativt utvalg fra en gitt populasjon. Fokusgrupper rekrutterer deltakere som skiller seg ut ved at de er spesielt interesserte i prosjektets tema, har lang erfaring og kunnskap om temaet. Når det gjelder utvelgelsesprosessen, ønsket jeg en balanse mellom homogenitet og variasjon. Homogenitet styrker gruppedynamikken, mens variasjon vil gi mangfold i erfaringer (Malterud 2012). Jeg la vekt på å inkludere informasjonssterke deltakere som jeg tenkte hadde mye å bidra med om den aktuelle tematikken. Utvalget bestod av terapeuter med lang klinisk erfaring, betydelig omfang av variert etterutdanning, samt noen med undervisnings- og forskererfaring. De fleste deltakerne hadde noe kjennskap til hverandre, i og med at det psykomotoriske miljøet er av begrenset omfang. To av informantene delte også arbeidssted. At man kjente hverandre så jeg ikke på som en ulempe. I grupper der deltakerne kjenner hverandre på forhånd sier Malterud (2012) at det kan være lettere å få fri flyt i diskusjonen. I tillegg vil deltakerne kunne trekke på et større repertoar av felles erfaringer enn når man møtes som fremmede, påstår hun. Deltakerne hadde mye på hjertet, og det ble til tider engasjerte diskusjoner, innspill og eksempler fra klinikken ble nyansert med «mot-eksempler». Jeg vil hevde at materialet slik sett var rikt. Det faktum at jeg kjente noen av deltakerne bedre enn andre ser jeg ikke på som et problem, ettersom jeg var bevisst på ikke å forskjellsbehandle eller favorisere noen av deltakerne. Som tidligere nevnt, kan det at jeg i forhold til de fleste deltakerne var novise ha bidratt til at jeg i alle fall ikke fremstod som mer ekspert enn dem.

I flere metodebøker, blant annet Krueger og Casey (2009), anbefales det å ha flere enn én fokusgruppe for å få rikelig med datamateriale. Jeg kunne valgt å flere gruppeintervjuer med flere deltakere i min studie, for å få fram mer erfaringsbasert kunnskap. På den annen side ville det kunne føre til en u håndterlig mengde med materiale innenfor rammene av denne studien. Etter gjennomføringen av intervjuet følte jeg at jeg hadde tilstrekkelig med data for å besvare problemstillingen, og bestemte meg for at gjennomføring av et intervju til ikke var nødvendig. Med rammer som tillot det, ville det likevel vært interessant å supplere med et gruppeintervju til med nye deltakere.

Ettersom problemstillingen i denne studien er lite utforsket tidligere, kan studien gi opphav til original kunnskapsutvikling (Malterud 2013). I hvilket monn det som kom frem i studien kan

bidra til økt bevissthet om og ytterligere diskusjon i fagmiljøet – med konsekvens for praksis, det gjenstår å se. Jeg ser for meg at studien vil ha overføringsverdi spesielt for psykomotorikere som har delt noe av min usikkerhet rundt verdien av holdningsanalyse, men også fysioterapeuter generelt som ønsker å forsterke det kliniske blikket gjennom andres erfaringer.

Her er det relevant å knytte overførbarhetsdiskusjonen til pragmatisk validitet. Pragmatisk validitet handler ifølge Kvale og Brinkmann (2014) om «å gjøre sant». Å pragmatisk validere innebærer å vurdere de pragmatiske effektene av kunnskapsutsagn. I stedet for å sirkle rundt i uendelige fortolkninger og dekonstruksjoner, får kunnskapen verdi ut fra handlingsmulighetene den bringer med seg. Studien min tar ikke sikte på å forandre eksisterende praksis, men kan bidra til refleksjon og diskusjon rundt betydningen av kroppsholdning og kroppsholdningsundersøkelse i PMF. Leserne vil kunne dra nytte av erfaringer, refleksjoner og teoretisk diskusjon fra prosjektet i forhold til relevansen for egen forståelse og praksis. Resultatet kan i det minste være en økt bevissthet på en viktig del av den psykomotoriske praksis.

### ***5.5.3 Refleksivitet og forforståelse***

Refleksivitet innebærer å stille spørsmål til sin egen rolle i forskningsprosessen, og er en overordnet forutsetning for vitenskapelig kunnskap. Refleksivitet handler om at man som forsker skal i prosess og produkt vise evne til å sette spørsmålstegn ved egne fremgangsmåter og konklusjoner i form av tvil og ettertanke. Det handler om å vise kritisk refleksjon, klargjøre sin forforståelse og sine hypoteser, og dele dette med leseren så langt det er fruktbart. Leserene skal kunne forstå hvordan forskeren kom frem til et bestemt resultat (Malterud 2013, 2012).

Thornquist (2012) fremholder at persepsjonen i utgangspunktet er selektiv og at vi tilnærmer oss alltid verden med spørsmål, forventninger og hypoteser som er avgjørende for hva som opptar oppmerksomheten vår og hva som anses som relevant eller irrelevant. Vi har en bestemt forståelseshorison, for å bruke Gadamer's (1989) uttrykk, som gir våre observasjoner mening. Det er altså ikke noe poeng å forsøke å kvitte seg med forforståelse, men – igjen med Gadamer's uttrykk - heller sette den på prøve – så langt det lar seg gjøre. Malterud (2013) knytter forforståelse eksplisitt til forskning, og sier at forforståelse består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og den teoretiske referanserammen ved prosjektets innledning.



Forforståelsen er en viktig motivasjon for forskning omkring et tema, og påvirker måten vi samler og leser dataene på. Forforståelsen kan i beste fall sikre forskningsspørsmål av relevans for fagfeltet, i verste fall bidra til at forskeren går inn i prosjektet med skylapper, begrenset horisont, eller manglende evne til å lære av sitt materiale. Gjennom kritisk refleksjon, mener Lindseth og Nordberg (2004) at vi imidlertid kan revidere, utvide og fordype vår bevissthet. Vi kan med andre ord tilegne oss refleksive praksiser alene, i forskerteamet, i møte med deltakere, praksisfelt og så videre, som utfordrer vår forforståelse (Råheim et al 2016). Malterud (2013) fremholder at uansett metode, vil forskerens person på en eller annen måte påvirke prosessen og dens resultater. Forskerens ståsted, faglige interesser, motiver og personlige erfaringer avgjør hvilken problemstilling som er mest aktuell, hvilket perspektiv som skal velges, hvilke metoder og utvalg som anses som relevante, hvilke resultater som besvarer de viktigste spørsmålene, og hvordan konklusjoner skal vektlegges og formidles. Som forsker er min integritet avgjørende for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskap og de etiske beslutninger som treffes i kvalitativ forskning, sier Kvale og Brinkmann (2014).

Tidligere i oppgaven har jeg gjort rede for min forforståelse, forventningene og mitt faglige ståsted. Mine faglige forutsetninger og synspunkter er mye et resultat av en kontinuerlig modningsprosess som startet allerede på grunnutdanningens første dag. Videreutdanningen i psykomotorisk fysioterapi har selvsagt preget meg, i den forstand at jeg har fått innprentet betydningen av en helhetlig og fordomsfri tilnærming, og av kroppen som bærer av historie og uttrykk for levd liv. Det var ikke overraskende at denne grunnforståelsen i det store og hele også gjennomsyret den forståelsen som kom frem i gruppesamtalen. Gruppedeltakerne er psykomotoriske fysioterapeuter, som meg selv, og vil i kraft av sin kompetanse og kunnskap ha mye til felles, både når det gjelder tilnærming til pasienter og faglige refleksjoner. Jeg har hele tiden prøvd å være bevisst min forforståelse og legge denne til side i møte med de fremkomne data. Jeg har hatt et mål om at dataene skal kunne gi meg overraskelser og sette egne hypoteser på prøve.

Malterud (2012) sier at moderators rolle har stor betydning for hvilke historier som blir fortalt. Hvilke spørsmål som ble stilt, hvordan de ble stilt og om jeg klarte å engasjere deltakerne har mye å si for motivasjonen deres til å dele opplevelsene sine. En annen fysioterapeut med en annerledes tilnærming til temaet og kanskje andre spørsmål enn de jeg stilte, ville fått et til dels annet datamateriale enn mitt. Det ville muligens gitt grobunn for å

vektlegge andre aspekter av kroppsholdning enn det jeg gjorde, og kanskje gitt andre konklusjoner. Hva jeg valgte å legge vekt på og hva som ble utelatt av det informantene kom med, er et resultat av blant annet problemstillingen og skjønnsmessige vurderinger om hvilke deler av teksten som var best egnet til å besvare denne. I analysen har jeg brukt skjønn for å tolke intervjupersonenes utsagn. Jeg har ingen garanti for at måten jeg oppfattet svarene på alltid sammenfalt med det informantene ønsket å formidle. Jeg har også brukt skjønn når jeg har kodet sammen meningsenhetene. For å unngå misforståelser oppsummerte jeg gjerne det informantene hadde sagt og etterspurte bekræftelse på om det var riktig tolket. I et par tilfeller rettet informantene på meg, når min oppfatning ikke stemte med de de prøvde å formidle. På denne måten ble noen misforståelser unngått. Det er imidlertid også viktig å understreke at det er en del av forskerens rolle å gå utover en ren gjengivelse av hva som ble formidlet av deltakerne. Å gjøre en virkelig analyse handler også om det (Kvale og Brinkmann 2014).

Jeg er klar over at nærhet til stoffet kan vanskeliggjøre kritisk refleksjon (Malterud 2013), derfor har det vært viktig å være bevisst hvilke briller jeg hadde på når jeg leste dataene mine. Når det gjelder kroppsholdning eksplisitt, var min forforståelse preget av tvil. Jeg har i min relativt korte karriere (6 år) som psykomotorisk fysioterapeut, og før det igjen som allmennfysioterapeut, ikke viet holdningsanalysen like stor oppmerksomhet som andre deler av undersøkelsen, som respirasjon og funksjon. Samtidig som jeg ofte har observert holdningsendringer som resultat av PMF-behandlingen, har jeg ikke følt at selve holdningsundersøkelsen har vært av stor verdi for de kliniske valgene. Når det gjelder holdningsmønstrene, som er beskrevet i teorien, har jeg vært skeptisk til selve begrepet «mønster», ettersom jeg oppfattet kroppsholdning som meget varierende, selv hos mennesker med lignende belastninger og påkjenninger i livet. Jeg ønsket å utfordre forestillingene mine med denne studien. I den sammenheng har det vært viktig å diskutere tolkninger og konklusjoner med veilederne, som dels er innenfor fagfeltet (en er psykomotorisk utdannet fysioterapeut/seniorforsker), dels utenfor fagfeltet (en er fysioterapeut/seniorforsker). I møte med veilederne og under arbeidet med oppgaven erfarte jeg at mine antakelser ble utfordret, konfrontert og utfylt med den levende kunnskapen fra det empiriske feltet. For eksempel ble jeg konfrontert med hvor lite fokus jeg selv har hatt på skjelettet og hvor muskelorientert jeg har vært i undersøkelse og behandling. Det samme virket flertallet av deltakerne til å være, men noen informanter hadde klare formeninger om skjelettets betydning i holdningsundersøkelsen. Jeg har også hatt en formening om at det ikke finnes et holdningsideal. Dette synet har jeg revurdert etter det som er kommet frem i intervjuet.

Malterud (2013) påpeker at jo flere overraskelser det empiriske materialet bringer, desto bedre har man lykkes i å være åpen og ta imot ny kunnskap fra data.

Som psykomotorisk fysioterapeut tilhører jeg en tradisjon som betrakter mennesket som en helhet av livsfunksjoner (Thornquist 2008). Grunnlagstenkning i PMF er knyttet til at det liv vi lever og de påvirkninger og erfaringer vi utsettes for er bestemmende for kroppslig utvikling og fungering, så vel som for hvilke personlige egenskaper vi utvikler. Psyke og soma er sammenvevd og kan ikke skilles ad, og kroppsligheten henger sammen med utvikling av vår identitet. Vi er og har våre kropper. Kropp er sinn og sinn er kropp. Denne tvetydigheten er sentral ifølge en fenomenologisk tenkning, som psykomotorisk fysioterapi er influert av (Thornquist 2008). Jeg ser derfor på kropp som både funksjon og intensjon. Kroppen er et middel for virkeliggjøring av ønsker og behov, men den rommer, uttrykker og regulerer også følelser. Kroppen som levd liv rommer både fortid og nåtid, og er orientert mot fremtiden. Jeg forfekter altså et dialektisk kroppssyn, der fenomener bestemmes gjennom et gjensidig forhold til hverandre. Jeg tar følgelig sterk avstand fra et dualistisk menneskesyn, som bidrar til å opprettholde uoverstigelige og likeså uforklarlige barrierer mellom kropp og sjel, kropp og bevissthet, kropp og omverden. Kroppen er subjektiv, intersubjektiv, kulturell, grunnleggende eksistensiell og personlig erfarende. Kroppen er en tilgang til verden, rettet mot og av verden (Engelsrud 2006). Denne grunnforståelsen har influert dette prosjektet fra start til slutt.

## **6. KONKLUSJONER**

Jeg har i denne studien ønsket å undersøke hva psykomotoriske fysioterapeuter ser etter i kroppsholdningsundersøkelsen, hvordan de fortolker observasjonene og på hvilke måter de bruker dette i behandlingen. Oppgavens problemstilling lyder: *Hvilken betydning tillegges holdningsundersøkelse i den psykomotoriske kroppsundersøkelsen? Hvordan implementeres funnene i behandlingen?* Spørsmålet om de psykomotoriske fysioterapeutene i denne gruppen undersøker kroppsholdningen i overensstemmelse med psykomotorisk teori har også vært relevant å få svar på.

Informantene fremhevet holdningsundersøkelsen som en viktig del av den psykomotoriske kroppsundersøkelsen. Ifølge dem forteller kroppsholdningen om kroppslige vaner og

væremåter, grad av kroppslig beredskap, belastninger og innstilling til verden. Det var imidlertid kun når man hadde sammenfattet funnene fra hele kroppsundersøkelsen at man kunne si noe mer om funnene fra holdningsundersøkelsen som sådan.

Informantene var opptatt av holdningsomstilling som et mål i psykomotorisk behandling. Det innebar en gradvis endringsprosess som involverte flere kroppslige systemer og som førte til at pasienten fant frem til en mest mulig stabil, fleksibel og funksjonell kroppsholdning. Det ble fremhevet at holdningsomstillingen sammenfalt ideelt sett med fysioterapeutens observasjoner. Den ideelle kroppsholdning var en holdning som nærmet seg mest mulig prinsippet om ledd i midtstilling og minst mulig muskelkraft, mente informantene. På veien dit var pasientene prisgitt vår kompetanse på sammenheng mellom respirasjon, muskulatur og kroppsholdning.

Informantenes forståelse av fenomenet kroppsholdning og måten de gikk frem på i undersøkelse og behandling hadde tydelig forankring i klassisk psykomotorisk teori (for eksempel Braatøy, Bunkan, Thornquist). Informantene fremhevet imidlertid betydningen av relasjonelle forhold og la mindre vekt på de instrumentelle.

Det understrekes at resultatene og konklusjonene fra denne studien sier noe om hvordan deltakerne i denne fokusgruppen forholdt seg til og arbeidet med kroppsholdning. Det tas forbehold om at en fokusgruppe med en annen sammensetning sannsynligvis ville gitt både sammenfallende og andre svar.

## REFERANSER

- Braatøy, T. (1948). Psykologi kontra anatomi ved sykegymnastisk behandling av armnevroser o.l. *Nordisk Medicin* 1948; 38: 974.
- Braatøy (1947). *De nervøse sinn: Medisinsk psykologi og psykoterapi*. Oslo: Cappelen
- Bunkan, B.H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bunkan, B.H. (1997). *Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF)*. Tradisjonen under og delvis etter Aadel Bülow-Hansen og Tryggve Braatøy. Oslo: Pensumtjeneste.
- Bunkan, B.H., Bülow-Hansen, E., Houge, N.H, Hødal, T. & Hansson, H. (1995). *Psykomotorisk behandling*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Bø, K. (1982). *Kroppsholdning i historisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Carney, D.R., Cuddy, A.J.C. & Yap, A.J. (2010). Power posing: Brief nonverbal displays affect neuroendocrine levels and risk tolerance. *Psychological Science* 21(10): 1363-68.
- Chew-Graham C.A., May C.R., Perry M.S. Qualitative research and the problem of judgement: Lessons from interviewing fellow professionals. *Fam Pract* 2002; 19: 285-9.
- Coar, L. & Sim, J. (2006). Interviewing one's peers: methodological issues in a study of health professionals. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2006; 24: 251-256.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*, kap. 1: The philosophy of reflective lifeworld research. Lund, Sweden: Studentlitteratur.
- Denzin, N. & Lincoln Y.S. (2005). *The Sage handbook of qualitative research*. 3rd edn. Thousand Oaks, Ca, Sage Publishing.
- Engelsrud, G. (2016). Kroppens subjektivitet – glemt eller anerkjent i fysioterapifaget? *Fysioterapeuten*, utgitt på nett 09.12.2016.
- Engelsrud, G. (2006). *Hva er kropp*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gadamer, H-G. (1989). *Truth and method*. 2nd edition. Bloomsbury publishing.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Kitzinger (2006) I: Pope, C. & Mays, N. *Qualitative research in health care*. 3rd edition. Blackwell Publishing.

- Krueger & Casey (2009). *Focus groups. A practical guide for applied research*. SAGE Publishing.
- Kvale og Brinkmann (2014). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvåle, A., Bunkan, B.H., Ljunggren, A.E., Opjordsmoen, S. & Friis, S. Sammenligning av to undersøkelsesmetoder innen psykomotorisk tradisjon: GFM-52 og DOK. *Fysioterapeuten* 2010; 2: 24-32
- Lederman, E. (2010). The fall of the postural–structural–biomechanical model in manual and physical therapies: Exemplified by lower back pain. *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 2011 Apr; 15(2): 131-8
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian journal of caring sciences* Vol. 18, Issue 2; 2004: 145–153.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2010). Kroniske muskelsmerter kan forstås på mange måter. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* nr. 23, 2010; 130: 2356-9.
- Merleau-Ponty (2004). *The world of perception*. London: Routledge.
- Patterson, M. & Higgs, J. (2005). Using hermeneutics as a qualitative research approach in professional practice. *The qualitative report* vol.10, no.2: 339-357
- Polit, D.F. & Beck, C. (2016). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Råheim, M., Magnussen, L.H., Tveit-Sekse, R.J., Lunde, Å. & Jacobsen, T. (2016). Researcher researched relationship in qualitative research: Shifts in positions and researcher vulnerability. *International journal of qualitative studies on health and well-being* 2016; 11: 10.3402/qhw.v11.30996 and embodied narrative
- Sviland, R. (2014). *Norwegian psychomotor physiotherapy and embodied narrative identity – A theory generating study*. Dissertation for the degree philosophiae doctor (PhD) at the University of Bergen, Norway. June 2014.
- Sviland, R., Martinsen, K. & Råheim, M. (2007). Hvis ikke kropp og psyke – hva da? *Fysioterapeuten* 2007; 12: 23-28.
- Thornquist, E. (2012). *Movement and interaction. The Sherborne approach and*

- documentation*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (2011). *Kommunikasjon. Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thornquist, E. (2008). *Lungefysioterapi*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thornquist, E. (2008). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist (2006). Psykomotorisk fysioterapi – tenkning og tilnærming. *Utposten* nr. 5: 28-32
- Thornquist (2000). Anspenhet og atferdsvansker – en kasuistikk. *Fysioterapeuten* 2000; 4: 20-24.
- Thornquist, E. (1998) Fysioterapi praksis – undersøkelse og deltakelse. *Tidsskrift for den norske lægeforening* nr. 4, 1998; 118: 545-9.
- Thornquist (1995). Musculoskeletal suffering: diagnosis and a variant view. *Sociology of Health & Illness*, vol.17, no.2: 166-192
- Thornquist, E. & Bunkan, B.H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Østerberg, D. (1994). *Innledning*. I Maurice Merleau-Ponty. *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax Forlag

## ***VEDLEGG 1***

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:**

*“KROPPSHOLDNING innenfor norsk psykomotorisk fysioterapi”. En kvalitativ studie basert på fokusgruppeintervju.*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i forskningsprosjektet mitt som tar sikte på å undersøke kroppsholdningsanalyse og kroppsholdning som fenomen innenfor psykomotorisk fysioterapi. Du er valgt ut på bakgrunn av din psykomotoriske fagkompetanse, og med tanke på at du kan bidra til økt kunnskap og kunnskapsformidling innenfor det valgte temaområdet.

Undertegnede er mastergradsstudent ved Universitetet i Bergen, studieretning fysioterapivitenskap. I den sammenheng skal det gjennomføres en masteroppgave.

#### **Bakgrunn og formål**

Kroppsholdningsanalyse inngår i den psykomotoriske fysioterapiundersøkelse. Det er mye som tyder på at psykomotoriske fysioterapeuter har delte meninger om dens betydning. Aadel Bülow Hanssen la lite vekt på holdningsanalyse, mens den neste generasjonen psykomotoriske fysioterapeuter har etablert den som en av fire hovedundersøkelser. Men, hvordan er situasjonen i dag?

Formålet med masteroppgaven er å undersøke hva dere som psykomotorikere tenker om kroppsholdning som fenomen, og hvilken informasjon kroppsholdningsundersøkelsen kan gi. Jeg ønsker å få frem hva man ser etter og hvordan man implementerer funnene i behandlingen; i det hele tatt hvilken betydning dere som psykomotorikere legger i kroppsholdning i deres kliniske praksis.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**



Prosjektet vil basere seg på et fokusgruppeintervju med 6-8 psykomotoriske fysioterapeuter. Intervjuet vil finne sted på Institutt for global helse og samfunnsmedisin i Kalfarveien torsdag 15. oktober, kl.1630, med mandag 26. oktober kl.1630 som alternativt tidspunkt. Det vil forløpe seg som en gruppediskusjon der jeg stiller åpne spørsmål, og der man utveksler tanker, erfaringer og innspill, gjerne belyst med eksempler fra deres kliniske hverdag. Samtlige vil få tilstrekkelig med tid til å komme med innspill. Intervjuets varighet vil være maksimalt to klokke timer, og det vil bli tatt opp på lydband. Det vil være assistenter tilstede, det vil si mine veiledere.

Din deltagelse vil være anonym og uforpliktende. I forkant av intervjuet vil jeg be om kjønn, alder, type arbeidssted og PMF-erfaring. Informasjonen som registreres om deg vil bli oppbevart trygt og utilgjengelig for uvedkommende. Den skal kun brukes i henhold til hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Fiktive navn vil bli brukt i oppgaven. Prosjektleder har ansvar for at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Intervjumaterialet samt all informasjon om deg vil bli slettet etter prosjektslutt.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, sender du en e-post til [kritikos.PMF@gmail.com](mailto:kritikos.PMF@gmail.com), der du bekrefter at du er villig til å delta. Du må i tillegg undertegne samtykkeerklæringen på siste side, og ta den med til intervjuet. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder Elias Kritikos på mobilnr. 93887302 eller per e-post.

Prosjektansvarlig institusjon er Universitetet i Bergen.

### **Godkjenning**

Prosjektet er meldt inn og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) – Personvernombudet for forskning.

## **VEDLEGG 2**

Samtykke til deltakelse i PROSJEKTET "KROPPSHOLDNING innenfor norsk psykomotorisk fysioterapi".

Jeg er villig til å delta i prosjektet.

---

Sted og dato

---

Deltakers signatur

---

Deltakers navn med trykte bokstaver

## VEDLEGG 3

### TEMASTYRT INTERVJUGUIDE

Intervjuguide – Utkast

1. Kroppsholdning som fenomen (20 min+)
2. Kroppsholdningsundersøkelse (20 min+)
3. Kroppsholdning i behandling (20 min+)

Intro: 10-15 min

Hoveddel: 20 min + på hvert tema

Avrunding: 5-10 min

Introduksjon 10-15min

- Velkommen. Takk for deltakelse. Fortelle litt om prosjektet, hensikt, formål, praktisk info
- Formålet med masteroppgaven er å undersøke hva dere som psykomotorikere tenker om kroppsholdning som fenomen, og hvilken informasjon kroppsholdningsundersøkelsen kan gi. Jeg ønsker å få frem hva man ser etter og hvordan man implementerer funnene i behandlingen; i det hele tatt hvilken betydning dere som psykomotorikere legger i kroppsholdning i deres kliniske praksis.
- Deltakerne forteller hvem de er, hvilke pasientgrupper de jobber med til daglig, hvor lang erfaring og hva de har jobbet med tidligere.

Aktuelle spørsmål:

Kategori 1 (20 min +):

- "Det er en konstant strid mellom tyngdekraften og menneskeorganismens regulering (Asmussen 1958)". Kommentarer?
- Hva kan en persons kroppsholdning fortelle om vedkommende? (**NØKKEL**)
- Kan bestemte holdninger knyttes til bestemte sinnsstemninger?
- Finnes det en ideell holdning? Eller omvendt, dårlig eller ufunksjonell holdning?
- Er holdning noe man kan velge/ velge å forandre?
- Har dere eksempler på at endring av holdning kan gi endring i innstilling eller holdning til livet?

#### Kategori 2 (20 min +):

- Hva er det første dere tenker på når du hører begrepet "kroppsholdning"?
- Hva legger dere merke til aller først i møte med pasienten?
- Hva ser dere etter i holdningsundersøkelsen?
  - o Anvender dere holdningsundersøkelsen slik den beskrives i psykomotorisk teori? Har du evt modifisert / tatt inn andre elementer?
  - o Kvantifiserer du funnene med gradering eller tallskalering? Kategoriserer du i holdningstyper? Belastet-ikke belastet?
  - o Hvordan beskriver dere holdningen? Kan dere gi eksempler?
  - o Kommenterer dere det dere ser - får pas tilbakemeldning?
  - o Er det nødvendig at pasienten er avkledd under holdningsundersøkelsen?
  - o Vanestilling versus inspeksjonsstilling
- **(NØKKEL)** Hvor viktig del av undersøkelsen er kroppsholdning for dere?
- Kan dere se for dere tilfeller der holdningsundersøkelse er uegnet?
- Holdning og alder: ser dere for dere klassiske holdningsendringer relatert til alder? Eksempler? (Thorax senkes hos eldre for eksempel, pubertet viktig for utvikling av holdning, som da er svært påvirkelig. Slapp holdning er vanlig).

#### Kategori 3 (20 min +):

- Hvordan går man videre med det man finner i holdningsinspeksjonen? **(NØKKEL)**
- Kan kroppsholdning si noe om smerteopplevelse?
- Kan kroppsholdningen si noe om behandlingsutfallet?
- Er det noe sammenheng mlm holdning og bevegelse?
- Hvilke tanker har dere rundt god/ dårlig holdning – diskusjonen? – hvilke råd gir dere pasienten om sitting, ryggstilling, ergonomi bl.a.?
- Kan man forebygge dårlig holdning og er det i tilfelle et mål i seg selv? **(NØKKEL)**

#### Outroduksjon:

Hvordan var det å delta i denne fokusgruppen?

## **VEDLEGG 4**

### **GODKJENNING PERSONVERNOMBUDET – NORSK SAMFUNNSVITENSKAPELIG DATATJENESTE**



## **Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS** NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Målfrid Råheim Institutt for global helse og samfunnsmedisin  
Universitetet i Bergen Postboks 6165 5892 BERGEN

Vår dato: 20.08.2015 Vår ref: 44085 / 3 / KH Deres dato: Deres ref:

### **TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER**

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt  
22.07.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

*44085 Behandlingsansvarlig Daglig ansvarlig Student*

*Kroppsholdning innenfor norsk psykomotorisk fysioterapi  
Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder Målfrid  
Råheim Elias Kritikos*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at

behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema,

<http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 08.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53 Vedlegg:  
Prosjektvurdering

Kjersti Haugstvedt

Kopi: Elias Kritikos [kritikos.pmf@gmail.com](mailto:kritikos.pmf@gmail.com)



## **Personvernombudet for forskning**

Prosjektvurdering - Kommentar Informasjonsskrivet er tilfredsstillende utformet forutsatt at sluttdato tilføyes.

Prosjektnr: 44085

---

Forventet prosjektslutt er 08.06.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel) -
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)