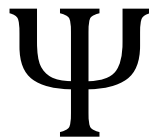




**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



***Kroppen viser vei:  
En eksplorerende studie av psykologers forståelse og bruk av  
kroppslige aspekter i terapi***

*HOVEDOPPGAVE*

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Ingvild Hellesøy, Maren Skrødal Rønsberg og Maikki Hillevi Aasland**

Høst 2015

Veileder: Helge Holgersen

Biveileder: Jon Sletvold

## Forord

Denne oppgaven ble til med utgangspunkt i vår felles interesse for kroppens terapeutiske potensial. I tillegg har vi også opplevd hvordan et møte med både våre egne, og pasienters kroppslige fornemmelser kan være et utfordrende felt å navigere i. Arbeidsprosessen har vært både lang og krevende, men først og fremst har det gitt oss et verdifullt innblikk i psykologers særegne forståelse av kropp i møte med sine pasienter. Vi ville ikke vært det foruten.

Først og fremst vil vi takke våre veiledere Helge Holgersen og Jon Sletvold, for kunnskapen, tålmodigheten, inspirasjonen, mestringsfølelsen, og støtten dere har gitt oss gjennom denne prosessen. Deres bidrag har vært uvurderlig. En spesiell takk til alle psykologene som har vært våre informanter, både de som generøst har delt av sine erfaringer i intervjuene, og alle som har svart på spørreskjemaet. Takk til Atle Hugo Mjell for ideen til å gjennomføre studien. Takk til Geir Høstmark Nilsen for gode innspill til utforming av forskningsdesign. Takk til Anne Kulseng Berg og Roar Solholm for at dere ønsket å stille til prøveintervju. Takk til psykologer ved Bergensklinikkene, Kronstad DPS og Modum Bad som bidro til å videreutvikle spørreskjemaet. Vi ønsker å takke Gunvor Aasland for hjelp med korrekturlesning og Anton Hellesøy for bistand med engelsk korrekturlesning. En takk rettes også til kontorfellesskapet som har fulgt oss i skriveprosessen. Til sist ønsker vi å takke våre kjærester, familier og venner for støtte og oppmuntring.

### Abstract

This study is an attempt to get a better understanding of psychotherapist's phenomenological understanding of how bodily aspects are included as part of their therapeutic work. In our work we have applied a moderate degree of mixed methods design based on semi-structured interviews and a questionnaire. Data were obtained by interviews with 9 practicing psychologists and by 52 others responding to the questionnaire. Psychologists were asked to describe how methods related to the body were included in their therapeutic work. Through a descriptive analysis of the data from the questionnaire, some indications of which body-based methods therapists use in their daily practice were identified. Five main themes emerged through a phenomenological-hermeneutic analysis of the data from the qualitative interviews: "Reflection and theoretical understanding of the role of the body in therapy", "Therapists observe and interpret the patient's bodily expression", "Therapists use body-based interventions in therapy", "Therapists use their own body as part of therapy", and "Therapists assess patients acceptance and tolerance for bodily focus". Our main finding from the analysis is that a majority of the participants in both groups report an inclusion of the body, primarily through observation of the patient's nonverbal expression, and by addressing the bodily expression and sensations of the patient. A majority also report utilizing sensations in their own body as a therapeutic guide. A minority report they are also working with bodily movements and actions. The majority report that they are either avoiding or being restrictive in their use of bodily contact as part of their therapeutic practice.

*Keywords:* explorative study, mixed-method design, phenomenological analysis, the body in psychotherapy, embodied mind, body-based interventions

## Sammendrag

I denne studien har vi undersøkt psykologers forståelse av hvordan de inkluderer kroppen som del av sitt terapeutiske virke. Vi har benyttet en moderat kombinert-metode, basert på semistrukturerte intervju og en spørreundersøkelse. Utvalget vårt består av ni psykologer som vi har intervjuet, og 52 psykologer som har svart på en spørreundersøkelse. Psykologene har blitt spurt om, og i så fall, hvordan de arbeider med kroppslige fenomen i terapi. Gjennom en deskriptiv analyse av dataene fra spørreundersøkelsen, har vi funnet noen tendenser i måten terapeutene benytter kroppsbaserte tilnærminger i sin praksis. Gjennom en fenomenologisk-hermeneutisk analyse av intervjuene fant vi fem meningskategorier: "Refleksjon og teoretisk forståelse om kroppens rolle i terapi", "Terapeuten observerer og tolker pasientens kroppslige uttrykk", "Terapeuten benytter kroppsbaserte intervensjoner i terapi", "Terapeuten benytter sin egen kropp som del av terapien" og "Terapeuten vurderer pasientens aksept og toleranse for kroppslig fokus". Det overordnede funnet fra analysene er at en hovedvekt av informantene i begge utvalgene rapporterer at de inkluderer kroppen primært gjennom observasjon av pasientens nonverbale uttrykk og ved å tematisere kroppslige uttrykk og fornemmelser hos pasienten. De fleste rapporterer også å benytte fornemmelser i egen kropp som veiledende for terapien. Et mindretall rapporterer i tillegg å arbeide med kroppslige bevegelser og handling. Flertallet unngår, eller er restriktive til, å benytte berøring som terapeutisk metode.

*Nøkkelord:* eksplorerende studie, kombinerte metoder, fenomenologisk analyse, kroppen i psykoterapi, det kroppslige sinnet, kroppsbaserte intervensjoner.

*”The body speaks clearly to those who know how to listen.”*

*Ogden og Fisher, 2015*

*“Altså, det er jo forståelig at man prøver å forenkle ting. Noe må man kanskje forenkle for å lage seg teorier, eller prøve å lage seg noen forestillinger om hvordan ting henger sammen, men samtidig er det noe med ydmykheten for kompleksitet. Den synes jeg er for.. det er for lite ydmykhet for kompleksitet. Ja, det synes jeg altså, det er bare min mening om det.”*

*Informant i intervju, 2015*

**Innhold**

Innledning.....	1
Teoretisk og empirisk bakgrunn for studien .....	4
Kroppen som begrep.....	4
Det kroppslige sinnet.....	6
Kroppen i relasjoner.....	8
Metode.....	11
Kvantitativ metode: spørreundersøkelse.....	12
Prosedyre.....	12
Rekruttering.....	13
Deltakerne.....	13
Dataanalyse.....	14
Kvalitativ metode: intervju.....	14
Rekruttering.....	14
Informantene.....	15
Datainnsamling.....	16
Dataanalyse.....	16
Metodiske betraktninger.....	16
Refleksivitet.....	17
Metodenes påvirkning på materialet.....	18
Overførbarhet.....	19
Etikk.....	20
Resultater.....	20
Deskriptiv statistikk fra spørreundersøkelsen.....	20
Vektlegging av kropp i terapi.....	21

Arbeidsform med hensyn til kroppen.....	22
Observasjon av pasientens kroppslige uttrykk.....	23
Kroppsbaserte intervensjoner 1: verbal tematisering.....	23
Kroppsbaserte intervensjoner 2: bruk av posisjon i rommet.....	24
Kroppsbaserte intervensjoner 3: bruk av bevegelse.....	24
Kroppsbaserte intervensjoner 4: bruk av berøring.....	25
Bruk av terapeutens kropp i terapi.....	25
Resultater fra de kvalitative intervjuene.....	26
Refleksjon og teoretisk forståelse om kroppens rolle i terapi.....	27
Terapeuten observerer og tolker pasientens kroppslige uttrykk.....	35
Terapeuten benytter kroppsbaserte intervensjoner i terapi.....	38
Terapeuten benytter sin egen kropp som del av terapien.....	43
Terapeuten vurderer pasientens aksept og toleranse for kroppslig fokus.....	48
Diskusjon.....	51
Ulike måter å inkludere kroppen i terapi.....	53
Kroppsuttrykk som betydningsfullt i terapi.....	54
Kroppsfokus som bevisstgjøring av følelser.....	57
Kroppen kan ”vise vei”.....	59
Terapeuten kan benytte egen kropp som veiledende i terapi.....	62
Kroppslig selvivaretagelse.....	64
Å justere seg etter pasientens toleranse for kropp.....	65
Kropp som noe fremmed og utfordrende.....	69
Implikasjoner for forskning og utdanningsforløp.....	73
Sammenfatning.....	75
Referanser.....	77



Appendiks A: Spørreskjema.....	85
Appendiks B: Tabell 1.....	96
Appendiks C: Intervjuguide.....	97
Appendiks D: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.....	99
Appendiks E: Samtykkeskjema.....	100

## Kroppen viser vei

Siden den gang Freud gjorde ”snakkekur” kjent som metode for å behandle psykiske lidelser, og frem til i dag, har den verbale samtalen vært en sentral metode for å drive psykoterapi (Kepner, 1987; Ogden & Fischer, 2015). Samtidig handler terapi også om det som er utenfor det verbale og det eksplisitte (Stern, 1985). En sentral målsetning ved mange terapier vil være å fremme endring gjennom en bevisstgjøring av relasjoner, følelser, tanker, kroppsformennelser og atferd, som kan være fastlåste, automatiserte, ubevisste eller nonverbale. I tillegg er det anerkjent at en stor del av samspillsprosessene mellom mennesker, inkludert den mellom terapeut og pasient, foregår på et nonverbalt, fysiologisk og ubevisst plan (Hart & Kæreby, 2009; Schore, 2001, 2003). Vi uttrykker reaksjoner og følelser med hele kroppen vår, vi leser den andres kroppsspråk og blir påvirket gjennom dette, alt mer eller mindre bevisst (Sletvold, 2012). Vi preges også av det vi sanser, og de kroppslige reguleringsmekanismene som hele tiden pågår, for eksempel gjennom det autonome nervesystemet samt muskulært. Når pasienter kommer i terapi presenterer de ofte kroppslige symptomer som kan være mer eller mindre knyttet til resten av pasientens narrativ. Alt dette, som vi har valgt å samle under fellesbetegnelsen *kroppslige aspekter*, vil være noe som terapeuter i ulik grad forholder seg til.

Forskjellige terapiretninger har ulik tradisjon for hvordan kroppslige aspekter inkluderes i terapi. Mens noen retninger og terapeuter eksplisitt definerer seg som kroppsbaserte eller kroppsorienterte i sitt arbeid, vil det være andre som ikke definerer seg slik, men som likevel vil ha et kroppslig fokus i mer eller mindre grad. Leijssen (2006) foreslår at ulike terapeutiske tilnærminger kan plasseres langs et kontinuum, fra verbal til nonverbal kommunikasjon. I den ene enden plasserer hun de verbale terapiene hvor det talte ordet er vektlagt og hvor det ikke refereres spesielt til kroppslige aspekter i samtalen, i den andre enden er det tilsvarende lite vekt på verbal samtale mens kroppslige uttrykk, bevegelser

og berøring står sentralt som metode. Samtidig fremhever Leijssen at en terapeut og en pasient aldri ”kun snakker”, de er alltid ”kropper som interagerer”, og at dette vil gjøre seg gjeldende uavhengig av hvordan kroppen direkte blir implementert som del av behandlingen. I tillegg er stemmen i seg selv kroppslig, og den dirrende, lavmælte eller irriterte stemme gir mening til utsagn. Talespråket er altså, i motsetning til skriftspråk, i høyeste grad kroppslig (Storm, 2007). Samlet sett kan det derfor argumenteres for at det gir liten mening å bruke betegnelsen ”kun snakker”. Leijssens overordnede poeng er at psykoterapeuter kan forbedre den verbale terapien ved å inkludere et kroppslig perspektiv. Andre argumenterer for at begge ytterpunkter kan dra nytte av en utveksling, ettersom terapeuter innenfor kroppsbaserte metoder kan dra fordeler av å skape større sammenhenger med det verbale området (Rothschild, 2004).

Leijssens (2006) kontinuum hvor det verbale er satt opp mot det nonverbale og kroppslige, minner om det kartesianske skillet hvor sinnet er separert fra det kroppslige. Det kartesianske skillet reflekteres også i den tradisjonelle inndelingen av *soma* og *psyke* som henholdsvis både leger og psykologer historisk sett har lagt til grunn for sin praksis (Nylehn, 2009). Nyere nevrobiologiske funn gjør det stadig mer problematisk å opprettholde et tradisjonelt skille mellom kropp og sinn, ved at det for eksempel tyder på at psykologiske fenomen som emosjoner, følelser, tanker, og bevissthet også er kroppslig forankret (Beebe & Lachmann, 2002; Damasio, 2001; Damasio, 2010). Damasio (2001) oppsummerer sammenhengen som at “ sinnet bor i kroppen.” (s. 126). Et lignende begrep som integrerer de to elementene er *the embodied mind*. På norsk mangler vi et ord som beskriver dette fenomenet, men en oversettelse kan være det kroppslige sinnet (Sletvold, 2014). Begrepet henviser til sinnet som formet av en følelse og sansning av vår egen og andres bevegelige kropper. Dette innebærer å vektlegge menneskekroppens eksistensielle karakter (Skårderud, 2011). *Embodiment* viser til en filosofisk posisjon som vektlegger kroppen både som biologi

og materie, og som et psykologisk, kulturelt og historisk fenomen. Det betyr en skepsis mot kropp–sinn-dualisme og mot å objektgjøre menneskekroppen (Csordas, 1999; Merleau-Ponty, 1945/1962; Skårderud, 2007; Weiss & Haber, 1999). Sletvold (2014) peker på at selv om en voksende litteratur fremhever betydningen av kroppslig interaksjon mellom pasient og terapeut, fremstiller terapeuter ofte terapiprosesser med et minimalt fokus på kroppslig registrering og nonverbal kommunikasjon.

Vårt inntrykk er at det er en økende interesse for kroppslige perspektiv, men at det fremdeles mangler en utbredt forståelse av hvordan kroppen kan inkluderes i terapi. Gjennom psykologistudiet har vi fått kunnskap om den fysiologiske kroppen, med et spesielt fokus på hjernen og nervesystemet. Vi opplever å i mindre grad ha lært noe om kroppen som kilde til meningsuttrykk og som del av klinisk praksis. Vi ønsker gjennom en eksplorerende studie å bidra til å rette fokus på dette temaet, og til å danne et bilde av hvordan kroppen blir inkludert i den daglige kliniske praksis.

Vi ønsker med andre ord å undersøke hvilken forståelse psykologer har for hvordan de inkluderer kroppslige aspekter og hvilke arbeidsmåter de tar i bruk i sin daglige virksomhet.

Selv om disse spørsmålene er blitt utforsket og forsøkt besvart innenfor fagfeltet kropporientert psykoterapi, er det så vidt vi vet ikke undersøkt i norsk sammenheng hvordan psykologer, på tvers av metodiske retninger, inkluderer kroppen i terapi. Det vi har funnet av lignende studier er en svensk hovedoppgave som tar for seg intervjuer av svenske psykoterapeuters (i hovedsak kropporienterte) refleksjoner om kroppen i terapi, samt hvordan de gjør dette (Vikström, 2011). I studien sammenfattes det at terapeutene tillegger kroppen en grunnleggende og ofte avgjørende rolle i terapisisituasjonen.

### **Teoretisk og empirisk bakgrunn for studien**

Det er enda mye vi ikke forstår med hensyn til den komplekse relasjonen mellom kropp og psyke. Samtidig peker flere på at fokus på kroppslige aspekter kan være en viktig ressurs i psykoterapi (e.g. Greenberg, 2004; Ogden & Fisher 2015; Sletvold, 2014). Nyere trender innenfor nevropsykologi og utviklingspsykologi har også bidratt med en økt forståelse for kroppens betydning i terapi (Beebe, Knoblauch, Rustin & Sorter, 2005; Damasio, 2010; Schore, 2012). Vi vil kort presentere en oversikt over deler av denne forskningen og på hvilken måte dette kan ha implikasjoner for psykoterapi. Først skal vi belyse ulike perspektiver på kroppen som begrep, deretter forskning og teori som peker på kroppen som en integrert del av individets psyke. Videre vil vi vise hvordan et relasjonelt perspektiv kan utdype forståelsen av kroppens betydning i individets utvikling.

#### **Kroppen som begrep**

Hva som menes med kroppen i denne sammenheng, er det ikke et entydig svar på, ettersom ulike kilder beskriver kroppen på ulike måter, og ofte uten en tydelig definisjon. Innen europeisk litteratur blir kroppen som begrep hovedsaklig benyttet på to måter; kropp i betydningen hele organismen, og kropp som én av flere dimensjoner ved organismen (Heller, 2012). I følge Heller (2012) representerer Damasio (1998) den mest utbredte tilnærmingen, der kroppen betegner alle fysiologiske sider ved en organisme som nervesystem, hormoner, muskler og pust. Han omtaler derimot et skille mellom sinn og kropp. Med det mener han at alle organismer har en kropp, men ikke nødvendigvis et sinn, men at menneskets sinn, er uløselig knyttet til kroppen. Han ønsker med dette å bryte ned det kartesianske skillet mellom kropp og sinn. Sletvold (2005) peker på at det i dag er en utbredt enighet om at sinnet er nært forbundet til den delen av kroppen vi kaller hjernen, og hevder at den moderne (og feilaktige) dualismen derfor ikke handler om kropp og sinn, men mellom sinn/hjerne og kropp. Hovedslutningen fra Damasio's forskning (e.g. 2001, 2002) er at hjernen og resten av kroppen

interagerer på en kompleks måte som danner grunnlaget for vår bevissthet, eller det han omtaler som *the embodied mind*. I sammenslåingen av kropp og sinn kan man si at kroppen går fra å være et objekt til å bli et subjekt. Kroppen er ikke bare et objekt å være bevisst på, men et aspekt ved bevisstheten. Dette er i tråd med Merleau-Pontys (1945/1994) beskrivelse av det han kaller *den fenomenologiske kroppen*. Vi både har en kropp, og er våre kropper, og ved å bruke begrepet *den levde kroppen* forsøker han å fremheve dypere meninger i det kroppslige, som noe mer enn de fysiske egenskapene. Merleau-Pontys argument er at vi alltid opplever verden ut i fra en bestemt kroppslig posisjon, slik at erfaringer gjennom kroppen kommer forut for en bevissthet om at vi har denne kroppen (Duesund & Skårderud 2003; Skårderud 1994, 2007).

Å forstå kroppen som objekt eller subjekt vil gi ulike implikasjoner for terapi. Kroppen slik pasienten opplever den og presenterer den er noe annet enn kroppen til pasienten slik som den observeres fra utsiden. Det særskilte ved kroppen er at den kan være både subjekt og objekt samtidig, eksempelvis når vi tar oss selv i armen. Merleau-Ponty (1945/1994) viser med slike eksempler at den fenomenologiske kroppen overskrider skillet mellom subjekt og objekt, og opplevelsesmessig alltid kommer forut for et slikt abstrakt skille. Mennesket kan forholde seg til kroppen sin som objekt, eksempelvis ved å legge merke til når noe er "galt" eller ikke fungerer slik det vanligvis gjør. Samtidig er det også med kroppen vi legger merke til dette. I psykologisk praksis skifter en stadig mellom disse perspektivene. En skiller eksempelvis mellom en kropp som hyperventilerer versus opplevelsen av dette. Det å veksle mellom å bare kunne være i en kroppslig tilstand - i det umiddelbare, og det å kunne legge merke til, og reflektere over tilstanden kan sees som et uttrykk for mental helse og således noe som tilstrebes i terapi som i livet for øvrig (Binder, 2011).

Innen kropporientert praksis vil det å arbeide med kroppen ofte utgjøre et

supplement og alternativ til det verbale (Ogden & Fisher, 2015). Reich (1969) var opptatt av et skille mellom innhold og form, eller mellom det som blir fortalt og hvordan det blir fortalt. Den terapeutiske prosessen bestod i å bevisstgjøre formen ved å utforske meninger og følelser slik det kom til uttrykk gjennom kroppen. For Reich var kroppen og psyken to sider av samme sak. Han hevdet at pasientens psykiske fungering viste seg i pasientenes muskulatur, det autonome nervesystemet og det han kalte karakterforsvar. I følge Ogden og Fisher (2015) er det et mål med den kroppsorienterte terapien å hjelpe klienten å bli bevisst sin kropp, legge merke til kroppslige sansninger og kunne benytte seg av fysisk bevegelse på en måte som fremmer autonomi og mestringsevne. De beskriver en rekke kroppsbaserte intervensjoner, som for eksempel å utforske grenser gjennom å øve på å vise de med kroppen. Kropp blir i denne sammenhengen et begrep som dekker blant annet sansning, holdning, gester, ganglag, pust, autonom aktivering og bevegelse.

Felles for disse måtene å beskrive kroppen på er å forstå den som en integrert del av menneskets fungering. Gjennom forskning er det blitt forsøkt belyst hvordan man kan forstå dette samspillet i nærmere detalj.

### **Det kroppslige sinnet**

Nyere forskning kobler kropp, emosjoner, følelser, tenkning og bevissthet nært sammen (Damasio, 2001, 2010; LeDoux, 1996). I denne sammenheng er relasjonen mellom kropp og emosjoner den mest studerte. James og Lange framsatte allerede i 1880-årene det synspunktet at emosjoner først og fremst erfares som en kroppstilstand, forut for tolkningen (Sletvold, 2005). Teorien ble den gang avskrevet hovedsakelig på grunn av en manglende forståelse for de mentale prosessene som bidrar til emosjonen (Damasio, 2001). LeDoux (1996) viser med sin modell hvordan vi prosesserer emosjoner simultant på to måter; ubevisst gjennom en umiddelbar forbindelse mellom thalamus og amygdala, og en langsommere forbindelse der korteks er involvert og gir en bevisst prosessering. Damasio (2001) fremhever

at de hjernesektorene i prefrontal korteks, som registrerer og integrerer signaler fra kroppen, er spesielt kritiske for vår opplevelse av følelser. Hans teori baserer seg på at påvirkninger fra omgivelsene skaper kontinuerlige endringer i hele kroppen. Disse kroppslige forandringene kalles *emosjonelle kroppstilstander*, og foregår i hovedsak på et ubevisst nivå. Følelser oppstår i det vi fornemmer disse kroppslige endringene. Ettersom disse fornemmelsene sammenfaller med persepsjoner (eller minner) av et objekt vi reagerer på, knytter vi vår opplevelse direkte til dette objektet, mer enn til kroppsformemmelsene. Damasio (2001) skiller dermed mellom emosjonelle kroppstilstander og subjektive følelser.

Vi opplever ingenting uten at det allerede er skjedd endringer i kroppen, og på denne måten kommer alltid emosjoner (kroppslige uttrykk) forut for følelser (subjektive erfaringer) (Sletvold, 2014). Imidlertid er ikke alltid koblingen mellom kroppen og følelsene like tydelig, og kroppslige fornemmelser vil kunne oppleves som svært ubehagelige sansninger dersom vi ikke vet hvorfor de er der eller hva vi kan gjøre med dem. Ved å bevisst identifisere disse fornemmelsene som en følelse, vil emosjonen kunne informere oss om hvordan vi har det (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004). Dette gir implikasjoner for psykoterapeutisk praksis ved at det blir viktig å hjelpe pasienter med å rette fokus mot kroppen, slik at de kan benytte seg av følelsene sine på en adaptiv måte (Perls, Hefferline & Goodman, 1951). Denne bevisstgjøringen utgjør en bottom-up prosess hvor fokuset ligger på selve erfaringen av hva som skjer der-og-da. En vennlig holdning til sin indre erfaring blir også fremhevet i denne sammenhengen (Kabat-Zin, 1993). Gendlin (1996) gjør et poeng av at denne fokuseringen går forut for en verbalisering av opplevelsen.

Flere forskere hevder at emosjoner ofte kommer forut for kognisjon, og at emosjoner er sentrale for informasjonsprosessering (Forgas, 1995, 2000; Greenberg, 2002; Greenberg & Safran, 1987), spesielt med tanke på beslutningstaking (Bechera, Damasio, Tranel, & Damasio, 1997; Damasio, 2001). Damasio viser til at de lavere nivåene i kognitive prosesser



er de samme som regulerer emosjoner og basale kroppsfunksjoner, og påvirkes gjensidig av aktivitet i alle kroppens organer. Dette plasserer kroppen inn i en kjede av prosesser som skaper de høyeste nivåene av abstrakt tenkning, kreativitet og sosial atferd. Dette utgjør grunnlaget for *somatisk markør-hypotesen* som hevder at det som hovedsakelig styrer vår resonnering er en kroppslig/emosjonell registrering, som trolig øker beslutningsprosessens nøyaktighet og effektivitet (Damasio, 2001). Dette støttes av forskning som har vist hvordan personer som har fått skade på deler av hjernen som registrerer og integrerer informasjon om kroppens tilstand, får omfattende problemer med beslutningstaking og sosial atferd (Bechara, Damasio, Damasio, & Anderson, 1994). Denne forskningen impliserer ikke at emosjoner og følelser under gitte omstendigheter ikke kan forstyrre tankeprosessen, men heller at et fravær av disse ikke er mindre skadelig for rasjonaliteten (Damasio, 2001).

Hvordan våre kroppslige reaksjoner kan gi viktig informasjon, blir beskrevet gjennom en studie gjort av Heller og Haynals (1997). I deres eksperiment filmet de en psykiater som skulle vurdere risikoen for nye suicidforsøk hos pasienter som nylig hadde forsøkt å begå suicid. De fant gjennom analyse av videomaterialet at rynken i ansiktet, der psykiateren tydelig uttrykte bekymring, predikerte suicid(forsøk) i betydelig større grad (81%) enn hennes uttalte vurdering (29%). Dette kan tyde på at psykiaterens kroppslige reaksjoner ga viktig informasjon, men at disse ikke var en del av den eksplisitte vurderingen.

### **Kroppen i relasjoner**

Kroppens betydning for terapi har også vist seg gjeldende ved å se på individets samspill i relasjoner, illustrert gjennom utviklingspsykologi og spesielt tilknytningsforskningen. Gjennom tilknytningsforskning har det blitt vist hvor viktig det tidlige samspillet mellom barn og omsorgsperson er, særlig for barnets relasjonelle og affektregulerende utvikling (Ainsworth, 1979; Beebe, Knoblauch, Rustin & Sorter, 2005; Bowlby, 1958; Fonagy & Target, 2000). Spedbarnet kommuniserer først og fremst gjennom

kroppen og affekter (Stern, 1985). Bateson (1975) fant i sine studier hvordan én måned gamle babyer og deres mødre hadde etablerte nonverbale interaksjonsmønstre, som hun kalte *protokonversasjoner* (protoconversations), bestående av gester, lyder og gjensidig turtaking. Barnet inngår allerede fra fødselen av i et nært samspill med sin omsorgsperson, der utallige interaksjonsforløp oppstår (Hart, 2009). Gjennom disse interaksjonsforløpene utvikler barnet relasjonsmønstre som blir deres “prototyper” for deres videre relasjonelle samhandling (Hart, 2009). Beebe og Lachmann (2002) poengterer at den nonverbale kommunikasjonen vi ser i relasjoner mellom barn og omsorgsperson, ikke endres i viktighet ettersom barnet tilegner seg språk. Denne typen nonverbal kommunikasjon har dermed implikasjoner for det som skjer i den terapeutiske dyaden (Sletvold, 2014).

Det tidlige samspillet med tilknytningspersoner er spesielt viktig for å utvikle barnets evne til affektregulering (Schoore, 1994). Fra å være avhengig av en ytre form for regulering, vil dette gradvis internaliseres, og barnet vil bli i stand til å kunne regulere sine affektive tilstander. Selv om tidlige samspillserfaringer har vist seg å være formende for evnen vi har til å regulere oss selv, kan affektreguleringsmekanismene påvirkes av nye relasjonelle erfaringer med tilknytningspersoner (Schoore, 1994, 2012). Relasjonen mellom terapeut og pasient i psykoterapi har vist seg å være en relasjon som kan bidra til å utgjøre en erstatning for mangelfullt samspill i tidlige tilknytningsrelasjoner (Hart, 2012). På samme måte som mye av affektregulering i samspillet mellom omsorgspersonen og barnet skjer nonverbalt og kroppslig, vil reguleringen som skjer i et terapiforløp også være dette. Gjennom kroppslige kvaliteter som stemmebruk, ansiktsuttrykk og blick, kan terapeuten implisitt fungere regulerende for pasienten (Greenberg, 2007; Schoore, 1994).

En forståelse av sammenhengen mellom tidlige erfaringer, psykisk lidelse og et dysregulert nervesystem har bidratt til en rekke kroppsbaserte måter for å hjelpe pasienten til å komme innenfor det som bli omtalt som *toleransevinduet*. Toleransevinduet refererer til det

spennet av aktivering som er optimalt for et individ, i den forstand at man er trygg nok til å interagere med omgivelsene på en utviklende måte (Siegel, 2012). For enkelte vil dette spennet være lite, og man vil ofte oppleve å heller være i en beredskapstilstand av hyperaktivering eller underaktivering, på en måte som ikke er hensiktsmessig ut ifra hva omgivelsene krever av en (Ogden & Fisher, 2015). Terapeuten kan fungere regulerende ved å hjelpe pasienten til å holde seg innenfor toleransevinduet, for eksempel ved å legge merke til pasientens grad av aktivering og bidra med å orientere pasienten til det som minner om trygghet i den gitte situasjonen. Dette er ikke ulikt det vi ser i samspillet mellom barnet og omsorgspersonen, det som Stern (1985) kaller *affektiv inntoning*. Affektiv inntoning handler om å kunne registrere den affektive tilstanden barnet kommuniserer, og verbalt eller nonverbalt kommunisere tilbake at det har blitt gjenkjent og forstått (Stern, 1985). Dette skjer ofte gjennom imitasjon av kvaliteter ved stemmen eller ved hjelp av gester og rytmikk, som hjelper barnet til å være optimalt aktivert. Å holde seg innenfor denne aktiveringstilstanden betyr både å berolige barnet når det er overaktivert, og ved å stimulere det når det er underaktivert (Siegel, 1999).

Gjennom oppdagelsen av *speilnevronene* (Gallese, 2003; Rizzolatti, Fogassi, & Gallese, 2001) er det hevdet at det finnes en biologisk basis som er med på å forklare vår evne til å gjenkjenne i oss selv et annet menneskes handlinger og intensjoner. Det ser ut som det sensorimotoriske systemet simulerer den kroppslige tilstanden relatert til en bestemt følelse som blir observert hos den andre, bevisst eller ubevisst (Ferrari & Gallese, 2007). Det betyr at mennesker har en implisitt kunnskap om andres følelser nettopp gjennom vår egen kropp (Bråten & Gallese, 2004). Gallese (2007) kaller dette *interkorporalitet* (intercorporality), og beskriver det som “hovedkilden til kunnskapen som vi direkte innhenter om andre” (s. 524). Dette minner om det psykoanalytiske begrepet *motoverføring* som blir brukt om terapeutens reaksjoner på pasienten, som gir informasjon om pasienten (Knutson,

1999). Psykoanalytikerens Reich (1969) var tidlig ute med å beskrive hvordan autonome biologiske prosesser skapte en avleiring av pasientens emosjonelle tilstand i terapeutens kropp. Gjennom ikke-viljestyrt imitasjon mente han at terapeuten overfører pasientens emosjonelle tilstand til seg, og på denne måten erverver nye erkjennelser om pasienten. Reich utdyper med dette overføring- og motoverføringsfenomenene og hvordan pasienten har en direkte innvirkning på terapeutens kropp (Sletvold, 2014). Et eksperiment som kan sees i sammenheng med Reich sin teori, viser hvordan terapeuter ubevisst fanger opp uttrykk hos pasienter (Steimer-Krause, Krause & Wagner, 1990). Denne studien fant ved videoanalyse at terapeuter gjengjeldte pasientens smil noen ganger, mens noen ganger ikke. Terapeutene rapporterte kun en generell vurdering av kontakten som enten god eller dårlig. Derimot viste videoanalyser at smilene som terapeutene ikke gjengjeldte, maskerte et negativt ladet uttrykk, uten at terapeutene var bevisst dette i interaksjonen. Studiet illustrerer at ubevisst lesning av kroppsspråk kan være med på å forklare mekanismene bak motoverføringsfenomen.

### **Metode**

Vi har gjennomført en kombinert-metode studie (Grønmo, 1996) der vi benytter oss av både kvalitativ og kvantitativ analyse. Gjennom semistrukturerte intervju har vi undersøkt hvordan terapeutene inkluderer kropp på ulike måter, samt deres forståelse av kropp i psykoterapi. Spørreskjema ble brukt for å kunne si noe om, og i så fall hvordan og hvor ofte, et større utvalg av terapeuter inkluderer kropp i sin praksis. Grønmo (1996) beskriver hvordan kvalitative og kvantitative tilnærminger ikke står i et konkurrerende, men i et komplementært forhold til hverandre. Kvantitative data og resultater gir et generelt bilde av forskningsspørsmålet, mens en mer inngående analyse gjennom kvalitative data vil kunne nyansere, utvide og forklare det generelle bildet.

Vår studie baserer seg på en moderat grad av kombinerte metoder da hovedvekten ligger på intervju og kvalitativ analyse. Data fra spørreskjemaene fungerer som et bakteppe

for intervjumaterialet, og sier noe om hvordan det vi undersøker forekommer i et større utvalg. Dette kan også peke på tendenser vi ikke fanger opp gjennom intervjuene, og kan belyse eventuelle likheter og forskjeller mellom utvalgene. Spørreskjemaene baserer seg på allerede definerte måter å inkludere kroppen på, og gir oss svar på hvorvidt dette blir gjort eller ikke, og eventuelt i hvilken grad. Gjennom intervjuene er det informantene selv som presenterer det de oppfatter som sine måter å inkludere kroppen på.

### **Kvantitativ metode: spørreundersøkelse**

**Prosedyre.** Datainnsamlingen til den kvantitative delen av studien er gjort ved hjelp av et ustandardisert spørreskjema. Skjemaet (se appendiks A) er utviklet med inspirasjon fra Leijssen (2006) sin artikkel som gir en oversikt over ulike måter å arbeide med kroppen på. Første del av skjemaet består av spørsmål om terapeutens utdanning, praksis, pasientgruppe og teoretisk tilhørighet. Andre del av skjemaet består av 24 spørsmål som omhandler måter å arbeide med kroppen på. Her har vi forsøkt å dekke følgende fire hovedkategorier; 1) fokus på kroppen slik den sanses fra innsiden som en kilde til informasjon, 2) Arbeid med kroppen slik den oppfattes fra utsiden ved å rette oppmerksomhet mot nonverbal kommunikasjon, 3) Arbeid med kroppen i bevegelse som skaper av nonverbale uttrykk, 4) Arbeid med kroppsberøring. Spørsmålene er i hovedsak presentert som utsagn hvor deltakerne skal avgjøre hvorvidt dette “stemmer”, “stemmer delvis” eller “stemmer ikke”. Dersom de svarer “stemmer” eller “stemmer delvis” blir de bedt om å vurdere i hvor stor grad de gjør dette, fra “sjeldent” til “nesten hver time”. Siste del av skjemaet består av en evalueringsdel på fire spørsmål og i tillegg mulighet for å fylle ut med egne ord.

Skjemaet ble testet i to omganger ved hjelp av et utvalg praktiserende terapeuter i Bergen og Oslo våren 2015. Basert på tilbakemeldinger og resultater ble skjemaet deretter videreutviklet til den nåværende versjonen. Spørreskjemaene ble distribuert til, og fylt ut av respondentene høsten 2015.

**Rekruttering.** Studien er basert på informasjon fra praktiserende psykologer i Bergen. Utvalget er ikke randomisert, men basert på hvem vi har klart å få kontakt med og de som har ønsket å svare (bekvemmelighetsutvalg). I rekrutteringen av utvalget tok vi kontakt med psykologer i Bergensområdet gjennom telefon og e-post. Kontaktinformasjon ble hentet via nettsider som gule sider (søkeord: psykolog, Bergen), offisielt register for avtalespesialister i kommunen, medlemslister fra ulike institutt og kontakt med flere distriktpsikiatriske sentre (DPS). Eneste inklusjonskriterie var at vedkommende var utdannet psykolog og hadde pågående klinisk pasientarbeid innenfor Bergensområdet.

**Deltakerne.** 54 svarte på spørreskjemaet hvorav 2 ble ekskludert på grunn av mangelfull utfylling. Vår analyse består derfor av 52 psykologer som alle arbeider klinisk i Bergensområdet. Deltakernes alder var fra 26 til 71 år ( $M = 46,6$ ,  $SD = 13,2$ ). Deltakernes arbeidserfaring varierte fra 1 til 39 år ( $M = 18,0$ ,  $SD = 11,9$ ). For demografiske beskrivelser av deltakerne se tabell 1 (for utfyllende informasjon se Appendiks B). Responsratene er delvis overlappende ettersom deltakerne har gitt flere svar på enkelte spørsmål.

Tabell 1

*Demografiske beskrivelser av utvalget*

Beskrivelse	Antall responser (%)
Utdanningsinstitusjon	
Universitetet i Bergen	n = 49 (94,2)
Universitetet i Oslo	n = 1 (1,9)
Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet	n = 1 (1,9)
Annet	n = 1 (1,9)
Teoretisk/metodisk tilhørighet	
Psykodynamisk	n = 30 (57,7)
Kognitiv	n = 26 (50,0)
Relasjonell	n = 24 (46,2)
Emosjonsfokuset (Greenberg)	n = 17 (32,7)
Humanistisk	n = 14 (26,9)
Eksistensiell	n = 11 (21,2)
Kropporientert	n = 11 (21,2)
Mentaliseringsbasert	n = 11 (21,2)
Atferdsteori	n = 9 (17,2)
Psykoanalytisk	n = 6 (11,5)
Annen teoretisk/metodisk tilhørighet	n = 3 (5,8)

**Dataanalyse.** SPSS versjon 23 (IBM SPSS Statistics) ble benyttet til å utføre standard deskriptive analyser av datamaterialet samlet inn ved hjelp av spørreskjemaet. Vi har valgt å gjøre deskriptive analyser for å se på hvilke områder deltakerne vektlegger kroppen i sitt terapeutiske virke, og i hvilken grad de gjør dette.

### **Kvalitativ metode: intervju**

Vårt hovedfokus har vært på den kvalitative delen av studien, i tråd med et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv hvor “det enkelte menneskets særegne opplevelser og erfaringer tenkes skapt gjennom dialog innenfor en gitt historisk kontekst” (Berntsen & Holgersen, 2015, s.109 ). Valg av kvalitativ metode baserer seg på at studien har til hensikt å undersøke kvaliteter og egenskaper ved kroppslige aspekter i terapi, slik det fremstår for informantene. Fokus har vært å synliggjøre og løfte fram informantenes stemme. Vi har åpnet opp for at informantene kan beskrive aspekter knyttet til pasienten, seg selv og relasjonen, og hva som oppleves som hensiktsmessig og utfordrende. Vi har vært opptatt av å basere oss på deres forståelse av hva det vil si å inkludere kroppslige aspekter, enten det er teoretisk fundert, lært gjennom praktisk øvelse eller om det kan anses for å være intuitiv eller “taus” kunnskap.

Gjennom bruk av kvalitativ metode undersøker vi noe som er sammensatt og komplekst, med en åpen holdning for et mangfold av mulige svar. Hensikten er å utarbeide en ny forståelse for kroppslige aspekter i den terapeutiske prosessen. Perspektivet kan gi videre muligheter for å generere ny kunnskap og hypoteser ut ifra førstepersons erfaring, gjennom dialog i intervjusituasjonen og gjennom tolkning av transkribert tekst (Binder, Moltu, Hummelsund, Sagen & Holgersen, 2011).

**Rekruttering.** Studien baserer seg på informasjon fra et strategisk utvalg. Formålet i en kvalitativ studie er å fange opp sentrale elementer ved det fenomenet man undersøker, som man antar har relevans utenfor den lokale konteksten studien utgjør (Malterud, 2002). Det er

således ikke en primær målsetting at utvalget skal være randomisert. I rekrutteringen av utvalget la vi vekt på å inkludere informanter som kunne tilføre en spredning i metodisk og teoretisk tilhørighet. Vi søkte etter informanter som vi kunne anta var kroppsorienterte, og etter informanter som vi kunne anta ikke var kroppsorienterte. Vi ønsket å etterstrebe en jevn fordeling av menn og kvinner, og spredning i alder. Kontaktinformasjon til de aktuelle informantene ble samlet inn ved hjelp av ulike nettsider som for eksempel gule sider, liste over avtalespesialister, og de ulike terapiretningenes hjemmesider. De fleste av de aktuelle informantene ble kontaktet via telefon, hvor det kort ble forklart hva studien gikk ut på, og gitt en forespørsel på om de kunne tenke seg å delta. Det ble understreket at deltakelse i studien var frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg og sitt bidrag fra studien. Noen av informantene fikk tilsendt utdypende skriftlig informasjon på e-post i etterkant av telefonsamtalen. Studien opererer med klinisk erfaring og pågående pasientarbeid som inkluderingskriterier.

**Informantene.** Utvalget består av ni psykologer som arbeider klinisk i Bergensområdet. Kjønnfordelingen i utvalget er fem mannlige og fire kvinnelige informanter. Gjennomsnittsalderen i utvalget er 51 år, hvorav de to yngste er 30 år, og den eldste er 73 år. Informantene har gjennomsnittlig arbeidet som klinisk psykolog i 23 år. Informanten som har vært lengst i jobben har arbeidet i 45 år, mens informantene med kortest klinisk erfaring har arbeidet i 4 år. Seks av informantene er psykologspesialister. Flertallet av informantene er utdannet ved Universitetet i Bergen. Tre av informantene jobber ved distriktpsikiatriske sykehus, mens de seks resterende er knyttet til privat praksis. Vårt grunnlag for å kontakte informantene har vært deres tilknytning til følgende metodiske tilnærminger: vegetoterapi, kognitiv terapi, kognitiv atferdsterapi, psykoanalyse, karakteranalyse, intensiv dynamisk kortidsterapi (ISTDP), emosjonsfokusert terapi (EFT) og sensorimotorisk terapi. Samtlige informanter ble intervjuet høsten 2015. Alle informantene



arbeider i hovedsak med voksne pasienter. Kun én av informantene har en praksis som er rettet mot en spesifikk diagnosegruppe som angstlidelser.

**Datainnsamling.** Datainnsamlingen i den kvalitative delen av studien baserer seg på semistrukturerte intervju. I forkant av intervjuene ble det laget en intervjuguide for å sikre struktur, kvalitet på spørsmålene, og at de samme temaområdene ble utforsket i alle intervjuene (Appendiks C). Intervjuene ble tatt opp digitalt og transkribert. De fleste intervjuene ble gjennomført på informantenes kontor. Lengden på intervjuene varierte fra mellom én til to timer. Minst to av forskerne var med da intervjuene ble gjennomført, og intervjurollen ble alternert på.

**Dataanalyse.** Datamaterialet fra de semistrukturerte dybdeintervjuene er i studien analysert ved hjelp av Nvivo 10 Software (QSR International, 2008). Nvivo er et analyseverktøy for ikke-numerisk data som fasiliterer kategorisering av tekstmateriale i meningskoder (kalt noder). Innholdsanalysen fulgte en fem-trinns fenomenologisk basert prosedyre for meningskondensering og kategorisering basert på Giorgi (1975), og senere Kvale og Brinkmann (1997). Dette innebar: 1) alle forskerne leste gjennom de ni transkriptene for å få god kjennskap til materialet og informantenes opplevelse knyttet til hvordan de beskriver sitt terapeutiske virke i forhold til kropp, 2) identifisering av meningsenheter/noder i transkriptene, 3) kondensering til kategorier, 4) sammenslåing av kategorier til ulike temaer som fremstod som sentrale og viktige i intervjumaterialet, og 5) fortolkning av temaenes innhold i forhold til forskningsspørsmålet og det som informantene assosierte til utenfor intervjuguiden.

### **Metodiske betraktninger**

Det er flere sider ved undersøkelsens vitenskapelige kvalitet som kan belyses. Her vil vi drøfte refleksivitet, begrensninger ved metoden og funnenes overførbarhet til en bredere kontekst.

**Refleksivitet.** Refleksjoner om hvordan vi som forskere spiller inn ved å påvirke hvordan materialet fremkommer, og hvilke tolkninger som blir gjort, er en viktig del av den kvalitative prosessen (Binder, Holgersen & Moltu, 2012). En bevissthet og åpenhet rundt forskernes forkunnskaper, holdninger og verdier vil kunne bedre kvaliteten til en studie (Kvale & Brinkmann, 1997; Ortlipp, 2008). I tillegg kan dette hjelpe leseren til å fortolke dataene, og også til å vurdere andre mulige tolkninger. Vi som forskere har alle en interesse for å studere dette temaet, noe som kan bidra til å generere materialet i en spesiell retning, som vi kanskje ikke hadde fått med et annet utgangspunkt. Vi har valgt å studere dette temaet på bakgrunn av en forståelse om at et kroppslig perspektiv tilfører noe vesentlig i klinisk praksis. I møte med informantene kan det være rimelig å anta at de har oppfattet dette, og forsøkt å imøtekomme denne interessen. De har gjennom samtalene fremhevet de sidene ved praksisen som er i tråd med problemstillingen. Gjennom studien prøver vi å belyse informantenes forståelse av hva det vil si å inkludere kropp i terapi. Samtidig har vi, på hver vår måte, vår egen forståelse av dette, som kan gjøre det vanskeligere å fange opp disse nye perspektivene. Derfor vil også meningskategoriene vi har kommet frem til, reflektere både informantenes forståelse og vår. I arbeidet med å komme frem til meningskategoriene, har vi sett at det er flere mulige måter å dele materialet inn i, og at inndelingen er preget av våre forkunnskaper om temaet. Det å ta for seg et tema som ikke har en entydig definisjon, gjør at funnene vi har trukket frem blir særlig sårbare for subjektive og sprikende tolkninger. Ved å være tre forskere har vi har forsøkt å utnytte muligheten til å kunne bruke diskusjon aktivt gjennom analyseprosessen, og rette et kritisk blikk til hverandres tolkninger. For eksempel har vi etterstrebet å i minst mulig grad dele inn materialet mellom oss, og ved å diskutere tolkningene i et forskerfellesskap.

Vår rolle som psykologistudenter kan på ene siden ha bidratt med en nysgjerrighet og åpenhet for temaet, med mindre grad av føringer basert på egne kliniske erfaringer. Dette kan

ha spilt positivt inn i møte med informantene ved at de kan ha opplevd mer frihet i det de har valgt å dele. På den andre siden vil den manglende erfaringen både med feltet og klinisk praksis legge begrensninger i å fange opp kompleksiteten ved materialet. Dette er også første gang vi utfører en studie i denne størrelsesordenen, og alt som det metodiske innebærer har vi mangelfull kompetanse og erfaring med.

**Metodenes påvirkning på materialet.** Det er flere begrensninger ved både kvalitativ og kvantitativ metode. Ved den kvalitative metoden utforsker vi informantenes subjektive forståelse. Metoden setter begrensninger for størrelsen på utvalget, i tillegg til at utvalget er strategisk valgt. Ved innhenting av informasjon via spørreskjemaet vet vi lite om bakgrunn for hvorfor de svarer som gjør. Fenomenet vi undersøker vil kunne være vanskelig å kvantifisere. Ved å kombinere disse to metodene har vi ønsket å veie opp for noen av svakhetene. Gjennom den kvantitative metoden har vi fått tilgang til et større utvalg som kan belyse tendensene, mens intervjuene kan gi grunnlag for økt forståelse knyttet til fenomenet vi undersøker. Samlet har de to metodene gitt oss mulighet til å fange opp om det er større eller mindre forskjeller mellom det som blir beskrevet av de to utvalgene.

Problemer knyttet til ulik forståelse av fenomenet vil likevel kunne svekke sammenligningsgrunnlaget og prege resultatene. Temaet vi har valgt å studere er stort, og både vi som forskere, informantene og deltakerne i spørreskjemaet, kan ha ulike oppfatninger av hva “kroppslige aspekter i terapi” betyr. Vi kan derfor ikke garantere for at vi snakker om det samme. I tillegg baserer studien seg på utvalgenes subjektive forståelse av hvordan de arbeider, noe som ikke nødvendigvis reflekterer det de faktisk gjør.

Vårt fokus ved intervjuene har vært rettet mot å hente frem perspektiver på hvordan informantene opplever å inkludere kroppen, og i mindre grad mot hvordan de ikke gjør dette. Det er også naturlig at informantene selv har lettere for å beskrive hva de gjør i stedet for hva de ikke gjør. Temaet innebærer også at en del av denne kunnskapen er ordløs og ikke enkelt å

formidle gjennom et intervju, og enda mindre gjennom et spørreskjema. Informantene har også selv påpekt denne problemstillingen. Analysen og resultatene våre er dermed preget av å fremheve de kroppslige aspektene som blir beskrevet og i mindre grad fanget opp fraværet av bruk av det kroppslige. En annen analyse hvor dette er et fokus kunne bidratt med en fruktbar vinkling på temaet.

Spørreskjemaet er noe vi har utarbeidet selv og har derfor ikke tidligere vært i bruk. Ved at dette er et ustandardisert skjema, gir det oss mindre grunnlag for å stole på resultatene som fremkommer. Vi har gjennomført en pilotstudie av et utvalg psykologer i forkant, og ved å få deres tilbakemeldinger på skjemaet, har vi forsøkt å bedre kvaliteten. Videre utprøving av skjemaet vil være nødvendig for å vite om det er et godt utgangspunkt for å få forståelse for hvordan og i hvilken grad psykologer arbeider med kropp i terapi.

**Overførbarhet.** Vi har ønsket å undersøke psykologers forståelse av hvordan de inkluderer kroppen som del av sin praksis. Våre funn kan i begrenset grad overføres til den generelle psykologiske praksisen i Norge. Størrelsen på utvalgene bidrar til dette, selv om spørreundersøkelsen bidrar til å øke representativiteten i noen grad. I tillegg er flertallet innenfor begge utvalgene utdannet ved Universitetet i Bergen. Det kan hende vi hadde fått andre resultater, hadde vi hatt utvalg fra andre universiteter. De begrensningene vi allerede har vært inne på, svekker også overførbarheten. I tillegg kan det pekes på noen mulige skjevheter med hensyn til hvem som har deltatt i undersøkelsen og gjennom intervjuene. I forespørselen om å delta i spørreundersøkelsen, la vi vekt på å formidle at det ikke var en forutsetning at de som fylte ut spørreskjemaet opplevde at de arbeidet kroppslig på noen spesiell måte. Likevel er det mulig å tenke seg at de som valgte å delta, kan ha hatt større interesse for og kunnskap om temaet, enn de som valgte å ikke delta. Utvalget til intervjuene kan ikke fullt ut anses å være representativt. Vi har ønsket en bredde i metodisk tilnærming blant informantene, samtidig som dette er skjønnsmessig vurdert og ikke basert på et

statistisk materiale av hvilke metoder som er mest representative i Norge. Vi har i tillegg vært opptatt av å spesielt inkludere kropporienterte terapeuter, noe som kan ha bidratt til en skjevhet i materialet.

### **Etikk**

Lagring og oppbevaring av data for både den kvalitative og den kvantitative delen av studien ble gjennomført i samsvar med etiske og juridiske retningslinjer for konfidensialitet. Studien er meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) og blitt godkjent i forkant av innsamling av data (se appendiks D). Siden studien ikke direkte omhandler pasienter, er den ikke meldepliktig til Regional etisk komité (REK). Alle deltakerne som takket ja til å delta i spørreundersøkelsen, ble tilsendt et standardisert informasjonsskriv som gav opplysninger om studiens formål, deltakernes rettigheter til å trekke seg, oppbevaring og sletting av datamateriale. I forkant av intervjuene ble det gitt informasjon om studien enten på telefon eller på e-post til alle deltakerne som ble forespurt om å stille til intervju. Deltakerne skrev under på skjema for informert samtykke (se appendiks E), der det ble informert om praktiske opplysninger, formål og innhold i studien. Her ble de også informert om rett til å trekke tilbake sitt samtykke på et senere tidspunkt dersom ønsket.

### **Resultater**

Vi vil først presentere de deskriptive resultatene fra spørreundersøkelsen, og deretter funn fra den kvalitative analysen av intervjumaterialet. De deskriptive resultatene har vi valgt å samle og fremstille i grupperinger som muliggjør en sammenligning med kategoriene fra den kvalitative analysen.

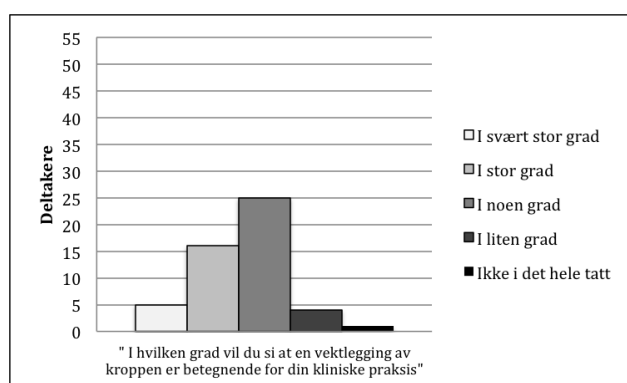
#### **Deskriptiv statistikk fra spørreundersøkelsen**

De deskriptive resultatene fra spørreundersøkelsen tegner et bilde av hvordan psykologer arbeider med hensyn til kroppen i terapi. Deltakerne har svart på hvorvidt de bruker ulike metoder, og eventuelt hvor ofte de gjør dette. Vi har valgt å presentere

resultatene fremstilt gjennom grafer. Ellers har vi trukket frem overordnede tendenser ved de ulike grupperingene. De to første spørsmålene fra spørreskjemaet, som omhandler generell praksis med hensyn til kropp, er ikke gruppert, men fremstilt som separate grafer. De resterende spørsmålene er fordelt på seks grupperinger, der fire av de representerer ulike former for kroppsbaserte intervensjoner. Disse fire har vi kalt “verbal tematisering”, “bruk av posisjon i rommet”, “bruk av bevegelse”, og “bruk av berøring”. I tillegg har vi gruppert spørsmålene som omhandler “observasjon av pasientens kroppslige uttrykk”, og de som omhandler “terapeutens kropp i terapi”.

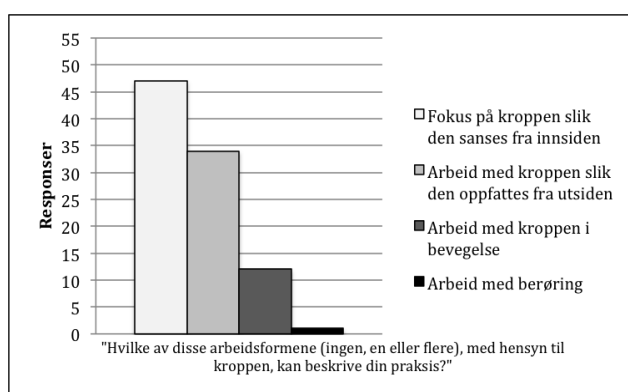
For å tydeliggjøre forskjeller mellom svar som indikerer at de ulike metodene er en sentral del av praksisen, og svar som ikke indikerer dette, har vi valgt å fremstille svarene i to søyler. Den ene søylen viser antallet responser på svaralternativene “nesten hver time”, “daglig” og “ukentlig”. Den andre søylen viser antallet responser på alternativene “månedlig”, “sjeldent” eller “stemmer ikke”. Vi har med andre ord lagt til grunn at et fenomen må forekomme ukentlig dersom det skal sies å være en sentral og integrert del av psykologers praksis.

**Vektlegging av kropp i terapi.** På spørsmålet om i hvilken grad terapeutene vektlegger kroppen som del av sin terapeutiske praksis, svarer 5 (9,8%) av deltakerne at de gjør dette “i svært stor grad”; 16 (31,4%) svarer at de gjør dette “i stor grad”; 25 (49,0%) “i noen grad”, 4 (7,8%) “i liten grad”; og 1 (2,0%) “Ikke i det hele tatt”. Én av deltakerne svarte ikke på dette spørsmålet. For fremstilling av resultatene se figur 1.



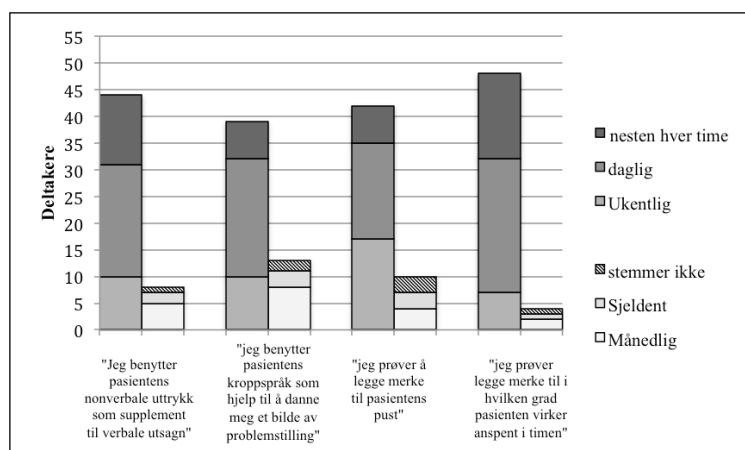
Figur 1. Vektlegging av kropp i terapi.

**Arbeidsform med hensyn til kroppen.** På spørsmål om hvilke arbeidsformer med hensyn til kroppen som beskriver deres praksis, har deltakerne svart på ingen, én eller flere alternativer. Grafen fremstiller dermed antall responser på hver av svaralternativene, og vil samlet sett gi høyere forekomst enn antall deltakere i utvalget. Blant deltakerne rapporterer 47 (94,0%) at de har “Fokus på kroppen slik den sanses fra innsiden som en kilde til informasjon”, 34 (68,0%) rapporterer “Arbeid med kroppen slik den oppfattes fra utsiden og ved å rette oppmerksomhet mot nonverbal kommunikasjon”, 12 (24,0%) rapporterer “Arbeid med kroppen i bevegelse og som skaper av nonverbale uttrykk, 1 (2,0%) rapporterer “Arbeid med kroppsberøring”. To av deltakere svarte ikke på dette spørsmålet. For fremstilling av resultatene se figur 2.



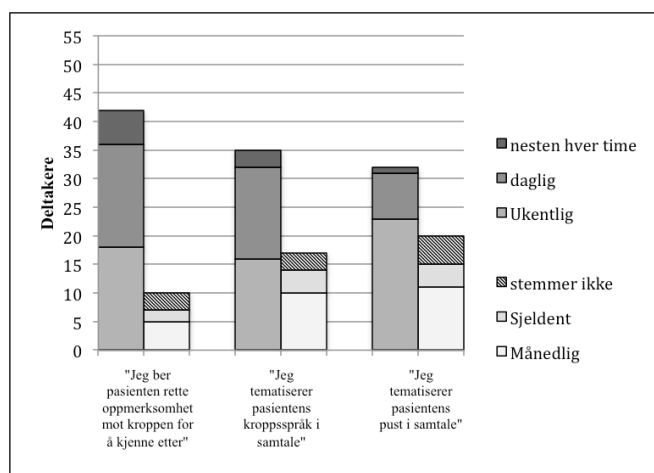
Figur 2. Arbeidsform med hensyn til kroppen.

**Observasjon av pasientens kroppslige uttrykk.** Fire spørsmål er samlet i grupperingen "Observasjon av pasientens kroppslige uttrykk." Samlet sett rapporterer flertallet (82,7%) av deltakerne at de gjør dette "ukentlig" eller oftere. Svaralternativet "daglig" har flest responser (40,1%), både samlet og ved hvert av spørsmålene. For fremstilling av resultatene se figur 3.



Figur 3. Observasjon av pasientens kroppslige uttrykk.

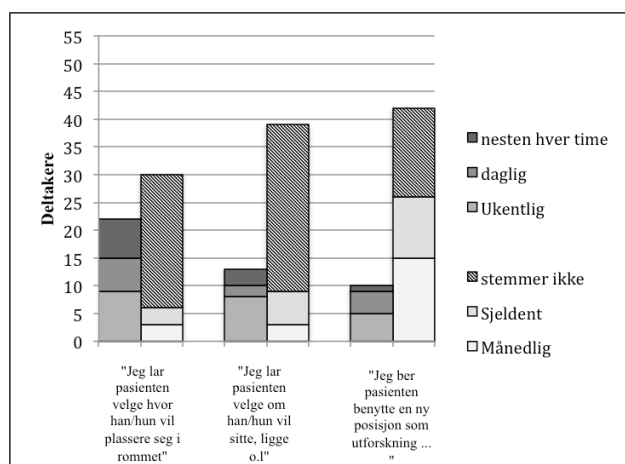
**Kroppsbaserte intervensjoner 1: verbal tematisering.** Tre spørsmål er samlet i grupperingen "kroppsbaserte intervensjoner 1: verbal tematisering". Samlet rapporterer flertallet (69,9%) at dette er noe de gjør ukentlig eller oftere. Samlet sett har svaralternativet "ukentlig" fått flest responser (36,5%). På to av spørsmålene er det lik fordeling av deltakere som rapporterer "ukentlig" og "daglig". For fremstilling av resultatene se figur 4.



Figur 4. Kroppsbaserte intervensjoner 1: verbal tematisering.

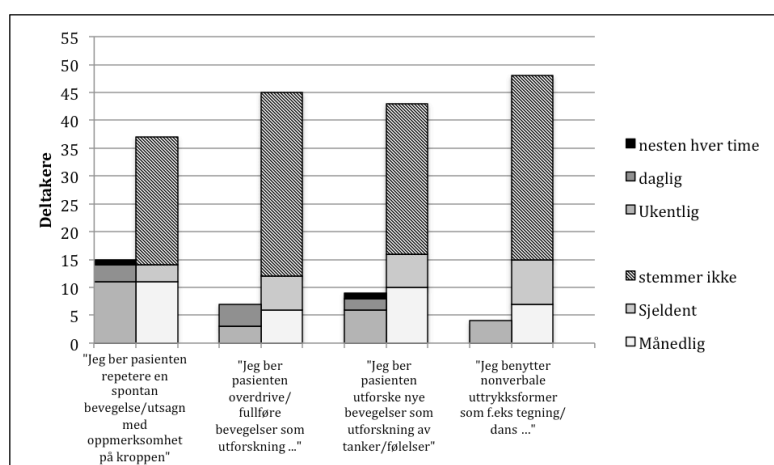


**Kroppsbaserte intervensjoner 2: bruk av posisjon i rommet.** Tre spørsmål er samlet i grupperingen: “Kroppsbaserte intervensjoner 2: bruk av posisjon i rommet”. Flertallet (70,8%) svarer at de gjør dette månedlig eller sjeldnere, hvorav “stemmer ikke” er det hyppigst rapporterte alternativet (44,2%). To rapporteringer mangler fordelt på to av spørsmålene. For fremstilling av resultatene se figur 5.



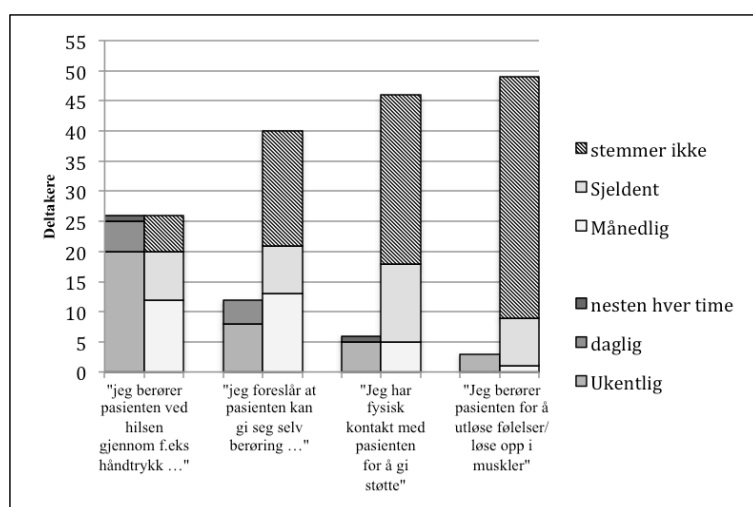
Figur 5. Kroppsbaserte intervensjoner 2: bruk av posisjon i rommet.

**Kroppsbaserte intervensjoner 3: bruk av bevegelse.** Fire av spørsmålene er samlet i grupperingen “kroppsbaserte intervensjoner 3: bruk av bevegelse”. Flertallet (83,2%) svarer at de gjør dette “månedlig” eller sjeldnere, hvorav “stemmer ikke” er det hyppigst rapporterte alternativet (55,8%). For fremstilling av resultatene se figur 6.



Figur 6. Kroppsbaserte intervensjoner 3: bruk av bevegelse.

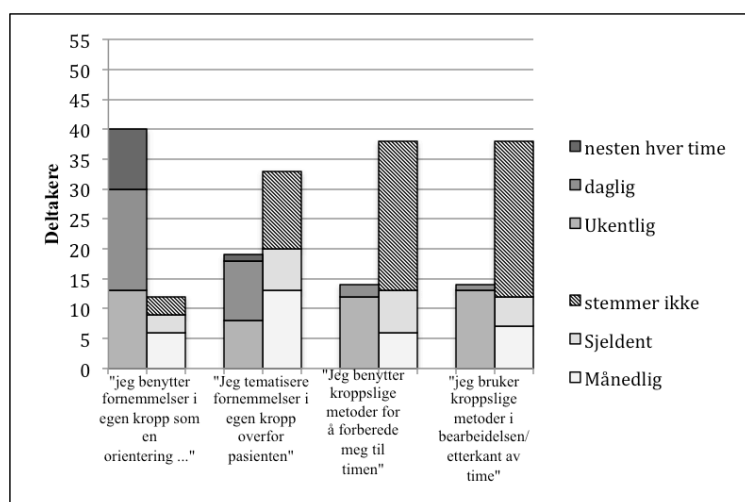
**Kroppsbaserte intervensjoner 4: bruk av berøring.** Fire spørsmål er samlet i grupperingen “Kroppsbaserte intervensjoner 4: bruk av berøring”. Flertallet (77,4%) rapporterer at de gjør dette “månedlig” eller sjeldnere, hvorav “stemmer ikke” er det mest rapporterte svaralternativet (44,7%), samlet sett og ved tre av spørsmålene. På spørsmålet “jeg berører pasienten ved hilsen gjennom for eksempel håndtrykk eller klem” rapporterer like mange at de gjør dette “ukentlig” eller oftere, som “månedlig” eller sjeldnere. For fremstilling av resultatene se figur 7.



Figur 7. Kroppsbaserte intervensjoner 5: bruk av berøring.

**Bruk av terapeutens kropp i terapi.** Fire spørsmål er samlet i grupperingen “Bruk av terapeutens kropp i terapi”. To av spørsmålene omhandler terapeutens bruk av fornemmelser i egen kropp, mens to omhandler terapeutens bruk av kroppslige metoder i forkant eller etterkant av timen. Flertallet (76,9%) rapporterer at de “ukentlig” eller oftere “benytter fornemmelser i egen kropp som en orientering om hvordan pasienten har det i timene”, mens flertallet (62,7%) rapporterer “månedlig” eller sjeldnere på spørsmålet “jeg tematiserer fornemmelser i egen kropp ovenfor pasienten”. Én deltaker har ikke svart på spørsmålet om tematisering. Flertallet (73,1%) rapporterer at de “månedlig” eller sjeldent benytter kroppslige metoder, både i forkant og i etterkant av timen. “Stemmer ikke” er det

mest rapporterte svaralternativet på begge spørsmålene (49,0%). For fremstilling av resultatene se figur 8.



Figur 8. Bruk av terapeutens kropp i terapi

### Resultater fra de kvalitative intervjuene

Gjennom den kvalitative analysen har vi kommet frem til fem meningskategorier.

Disse omhandler 1) Refleksjon og teoretisk forståelse om kroppens rolle i terapi, 2) Terapeuten observerer og tolker pasientens kroppslige uttrykk, 3) Terapeuten benytter kroppsbaserte intervensjoner i terapi, 4) Terapeuten benytter sin egen kropp som del av terapien og 5) Terapeuten vurderer pasientens aksept og toleranse for kroppslig fokus.

Den første kategorien er preget av stor spredning og variasjon av innfallsvinkler, med det felles at de handler om det terapeuten har med seg av refleksjoner og forforståelse inn i terapitimen. Vi har dermed prøvd å lage et skille mellom det terapeutene gjør *i* terapitimen, og forforståelsen de har med seg *inn i* timen. Ved inndelingen av andre og tredje kategori har vi valgt å skille mellom det terapeuten tar inn av informasjon om pasienten, og det de mer aktivt gjør i terapien. Dette er ikke alltid et helt klart skille, siden observasjonen også kan anses som noe de aktivt gjør. Observasjon og handling henger ofte nært sammen, også i informantenes beskrivelser. I disse to kategoriene er fokuset primært rettet mot pasienten,

mens den fjerde kategorien fremhever betydningen av terapeutens kropp i terapien. Den femte kategorien kan sies å gå på tvers av de andre kategoriene, hvor fokuset er på informantenes beskrivelser av de vurderingene de må gjøre med hensyn til det å arbeide med kroppen i terapi.

I presentasjonen av resultatene vil vi bruke følgende betegnelser: “alle” tilsvarer ni informanter, “flere/flertallet” tilsvarer fem til åtte av informantene, og “noen” indikerer to til fire informanter.

**Refleksjon og teoretisk forståelse om kroppens rolle i terapi.** Kategorien består av fire deler hvor informantene reflekterer og beskriver 1) hva det vil si å inkludere kroppen i terapi, 2) teoretisk forståelse av kroppens rolle i terapi, 3) personlig utgangspunkt for, og utvikling av, kroppsfokus som del av sin praksis, og 4) kroppens plass i terapi i dag.

**Måter å inkludere kroppen i terapi.** På det innledende spørsmålet ”hva vil det si å inkludere kroppen i terapi?” gir informantene i hovedsak et todelt svar; utsagn som poengterer at kroppen er med uansett i kraft av at terapi består av kropper som møtes, og i tillegg at et kroppslig fokus er et valg, noe som utgjør en egen måte å arbeide terapeutisk på:

*Jeg tenker på det som intervensjoner. Jeg tenker.. jeg ønsker å få et bevisst forhold til min intuisjon og se på det som både forståelse og.. og intervensjoner. Og så både forståelse og informasjon, både om klienten og meg selv, og hvordan jeg kan bruke det i intervensjoner.*

Samlet sett beskriver de at å inkludere kroppen kan innebære å være spesielt bevisst på det kroppslige som noe som veileder prosessen og som et utgangspunkt for utforskning. Noen trekker frem det å kunne benytte et språk for det kroppslige som skjer i timene, mens andre poengterer det kroppslige fokuset som et alternativ til å fokusere på det verbale. Én fremhever at valg av kroppslig fokus er basert på personlig preferanse, i motsetning til en annen som opplever det som en forpliktelse terapeuter har.

*Teoretisk forståelse av kroppens rolle i terapi.* Utsagn som omhandler teoretisk forståelse av kroppens rolle i terapi er fordelt på fem deltemaer; informantens beskrivelser av metodisk tilhørighet med hensyn til kropp, utsagn som går på betydningen av å integrerer det kroppslige i en helhet, utsagn om kropp-sinn-skillet, kroppen og symptombilde og refleksjoner om bruk av berøring i terapi.

*Beskrivelse av metodisk tilhørighet i forhold til kropp.* Informantene gir uttrykk for ulike teoretiske innfallsvinkler til temaet som til dels er gjenspeilet i den terapeutiske metoden de er knyttet til. Felles for alle informantene er at de i en eller annen forstand fokuserer på kropp. Et flertall definerer seg enten som eksplisitt kroppsorientert eller beskriver en metode hvor det kroppslige står sentralt. De fremhever ulike aspekter ved å jobbe kroppslig; et mer generelt kroppsfokus som veiledende og tolkningsbasert knyttet til personlighet: ”... danne meg et bilde av det, hvordan er denne personen?” og et mer spesifikt kroppsfokus basert på at følelser skjer i kroppen: ”Sånn at (...) selve aktiveringen, den kroppslige aktiveringen av følelsene er en veldig viktig komponent i det.” Flere fremhever ulike kroppslige metoder for å desensitivisere pasienten for angst:

*Når du skal regulere ned angst så må du ha.. fokusere innover, fokusere på de kroppslige symptomene Og så må du kanskje bytte ut, sant, når du.. når det går greit så kan du kanskje til og med erstatte angstopplevelsen med den kroppslige følelsen av den følelsen som faktisk oppstod i den situasjonen, men som ikke var så grei å ha med å gjøre.*

Én av informantene beskriver sin metode som å jobbe gjennom kroppen, med utgangspunkt i at følelser reguleres ved hjelp av pust og muskulatur:

*Her tar kroppen over. Og en hånd kan plutselig knytte seg og det kan utvikle seg til et raseriutbrudd, kanskje ikke den timen, kanskje etter én, tre, fire timer. Og det er knyttet til en person, eller en situasjon, eller en atmosfære i et hjem, og så videre. Men det begynner der, med musklene. Så ser du hva kroppen betyr i terapi, i denne settingen.*

To av informantene fremhever at de ikke benytter en kroppsorientert metode, hvorav den ene utdyper:

*Jeg har ingen kroppslig kontakt med pasienter. Jeg tar aldri på de, jeg ber heller aldri de, pasientene, kjenne etter spesifikke ting i kroppen (...) jeg er opptatt av at ordene skal komme frem.*

Den samme informanten beskriver likevel et utpreget fokus på det kroppslige i terapi gjennom en vektlegging av det ubevisste og tidlig utvikling, og at vi er ”*mye kropp når vi er barn*”. En annen uttrykker kritikk overfor det han opplever som å jobbe for ensporet kroppslig på bekostning av et viktig prinsipp for ham:

*Jeg er veldig opptatt av tilstandsbildet hos pasienten (...) Hvis du kommer til meg så vet du hva ditt problem er, du har skoene på, hvor trykker den hen da? (...) Og hvis det da er kropp så må jeg forholde meg til det.*

Flere av informantene henviser til forskning som underbygger sitt kroppsfokus. Dette er blant annet forskning på speilnevroner, prosess-studier som indikerer viktigheten av å aktivere følelser kroppslig i terapi, nevrofysiologiske undersøkelser som viser endringer i hjernen som følge av psykoterapi ved depresjon, og forsøk forbundet med facial-feedback teori.

*Integrering av kropp.* Et flertall av informantene kommer med utsagn som sier noe om viktigheten av å fremme pasientens integrering av det kroppslige inn i en helhet. Flere peker på at for lite kontakt med kroppslige signaler og informasjon, er et gjennomgående problem for pasienter, spesielt med hensyn til at man da mister kontakten med egne følelser, og muligheten for å benytte disse på en hensiktsmessig måte.

*Jeg har holdt på med, i tredve år med disse psykiske lidelsene. Så har jeg jo sett, på en måte, hvordan ulike varianter av kroppslig fravær, altså mangel på forståelse av egen kropp, mangel på kontakt med egen kropp og egne følelser, sant, i veldig mange varianter.*

Flere fremhever også at denne problematikken til dels fremstår som ubevisst for pasienten selv:

*Ofte så er det spesielle ting de gjør ubevisst for å.. for å slippe å kjenne på den kroppslige komponenten, så det er ikke sånn at bare; ”obs, jeg kunne visst ikke kjenne at jeg var sint i dag.”*

Noen forklarer den manglende kontakten som en reaksjon på vanskelige hendelser, og en vedvarende frykt for å kjenne etter på visse følelser. Informantene beskriver ulike måter de arbeider for å skape en ny forbindelse. Det som beskrives som gjennomgående er en kombinasjon av å kjenne på følelsen, med en bevisstgjøring og refleksjon knyttet til mening og sammenhenger. Én av informantene beskriver dette slik:

*Det ene er jo dette at det er gjennom kroppen at de får kontakt med disse tingene som har skjedd i livene. Så ofte kommer jo pasienter, og de husker jo ingenting av barndom for eksempel. Det er helt blankt. Men gjennom den behandlingen så rulles jo barndommen opp igjen. Som om de var der. Så det er dette med inngangen. Men også at du kan forlate det igjen, for da er du med på det med hele deg, på en annen måte enn når du var barn for eksempel. Og du kan reflektere og bearbeide det på en annen måte enn du kunne da. For da kunne du som regel ikke det, for da kunne du ikke noe annet enn å stenge det av, holde det borte.*

En annen fremhever en inkludering av det kroppslige som viktig for å skape en tillitsfull relasjon mellom pasient og terapeut:

*Altså, jeg tenker en kan ikke ha en relasjon til en annen uten at det kjennes kroppslig. Men det er jo lite bevisst, man bare tar det forgitt, det blir automatisert. Sånn at min innfallsvinkel da i forhold til å gjøre det konkret, er jo å ha klienten med på både opplevelsen og det å ha ord for kropp og følelser og kontakt, i tillegg til å ha en forståelse.*

*Kropp-sinn-skillet.* Felles for de fleste av informantene er utsagn som problematiserer kropp-sinn-skillet. Dette går i hovedsak på en oppfatning om at denne dikotomien er kunstig. Noen av informantene utdyper dette med at hjernen er en del av kroppen. Samtidig fremheves det at skillet har praktisk betydning i den forstand at det er en utbredt oppfattelse og en tendens ved vår kultur:

*For det er, som vi var inne på i sted, så fremmed for vår kultur, sant, sånn at vi spiller med de kortene som ble delt ut for 500 år siden, av Descartes, og kanskje før han og, sant, - enda! Så det er godt innarbeidet, og det er vanskelig å legge det fra seg.*

Én informant beskriver hvordan pasientene kan gi uttrykk for en slik inndeling:

*“Altså de sier sånn: nei, men dette er ikke et reelt problem, det er bare noe psykisk.”*

*Kroppen og symptom bildet.* Flere av informantene opplever at mye av det symptom bildet folk presenterer er kroppslig. Her ligger det en tanke om at psykiske vansker gjenspeiles i kroppen til pasienten, for eksempel ved fordøyelsesplager, ømhet i muskulaturen, søvnproblemer, og endringer i appetitt og aktivitetsnivå. Et element som også nevnes er hvordan pasientene behandler sin egen kropp, om de for eksempel selvskader eller mishandler kroppen sin på ulike måter.

Angst- og depresjonssymptomer blir av flere informanter fremhevet som svært kroppslige. Én av informantene beskriver hvordan angstsymptomer kommer som følge av vanskeligheter med andre følelser, mens en annen forstår det som en feilattribusjon av kroppslige symptomer:

*Kroppslige symptomer er jo helt sentralt for alle. Altså, det er jo som regel en feilattribusjon av en del sånn kroppslige symptomer som dukker opp, til at de har en eller annen sånn alvorlig konsekvens. Sånn at vi jobber jo veldig med sånn, med det vi kaller interoceptiv behandling, altså rett og slett sånn kroppslige reaksjoner, hele veien.*



En annen informant er opptatt av det transdiagnostiske på den måten at for eksempel angst ikke har et bestemt symptombilde som skal behandles på en bestemt måte, og depresjon på en annen. For henne handler det mer om å finne ut hvilke følelser pasienten har mer eller mindre kontakt med, og hvilke følelser som blir vanskelige for vedkommende.

*Berøring.* Temaet om berøring som del av terapien har kun kommet frem som følge av direkte spørsmål fra intervjuer. Informantene beskriver i hovedsak at dette er noe de tar avstand fra og forbinder med en risiko å skulle inkludere i sine terapier. De begrunner dette blant annet med at man lærer gjennom psykologiutdannelsen at man ikke skal gjøre det, det oppleves rart, det er tabu knyttet til det, man kan for lite om det, eller man mener det vil være uhensiktsmessig for pasienten. Én beskriver sin vegring for å bruke berøring i sine terapier slik:

*Jeg tror det handler litt om at... en slags.., eh, ja. At jeg kanskje selv ikke er helt trygg nok på det. At jeg har i meg det som jeg tror mange som er litt skeptiske til det her, på en måte å inkludere for mye av det kroppslige i terapi, at det blir for overveldende, det i seg selv kan virke grenseoverskridende. At en blir på en måte... litt sånn, eh...ja, redd for å trigge pasienten. Sånn at man blir tilbakeholden med det. Men i utgangspunktet så tenker jeg at det tilhører jo en del av det samme. Det er jo andre.. psykomotorisk fysioterapi som ligger litt sånn i overlappende felt, som har det med berøring eller. Så jeg tror at både ovenfor pasientene og hvert fall kolleger så blir jeg redd for at det skal være noe.. altså at jeg skal gjøre noe som blir dumt for pasienten, først og fremst da. Eller at det skal se ut som at det er, for det er jo skepsisen da, ting ser litt sånn flagretantete eller alternativt ut, at en tenker, ja.. Men i utgangspunktet så tenker jeg jo at det er.. kan gå an også i psykoterapi. Men jeg tror kanskje det aller viktigste er pasienten sin trygghet og avgrensethet.*

En annen beskriver en forandring i sine terapier fra å drive mye med berøring til å nå gjøre det i liten grad og setter dette blant annet i sammenheng med en generell utvikling fra

énpersonspysykologi til topersonspysykologi, med økt bevissthet på hva som skjer i kontakten mellom pasient og terapeut. Noen fremhever i tillegg et positivt potensiale knyttet til berøring; som en støtte, eller en måte å fremme trygghet på, til å forløse følelser, eller gjennom arbeidet som psykomotoriske fysioterapeuter gjør.

***Utvikling av kroppsfokusert praksis.*** Flere av informantene beskriver på ulike måter at de har tilegnet seg et fokus på kropp i løpet av sin karriere, hovedsakelig etter endt utdanning. Flere beskriver dette som en kunnskap de har kjent har manglet, og at det har tilført et supplement, en dybde, eller ”mer kjøtt på benet” til det de kunne fra før:

*Så var det det at mye var litt uforståelig, altså rart, uforståelig, hvorfor skjer dette? Underlige ting, at de detter ut av kontakt og at de, ja, på en måte krevende tilstander hos pasienter som jeg synes jeg hverken helt forstod eller at jeg helt visste hva jeg skulle si eller gjøre med. Så det var utgangspunktet. (...) og da var det jo flere som på en måte, tror jeg hadde den opplevelsen; dette har vi savnet. Noen som sier at okay, men du kan jo forstå og undersøke mer via kroppen, og til og med kanskje behandle enkelte med gjerne å rette mer fokus mot det som skjer i kroppen.*

Én informant beskriver også en prosess i motsatt retning; at han tidligere i sin karriere jobbet med kroppsterapi, men sluttet etter kort tid. To av informantene beskriver hvordan egenerfaring med kroppsterapi var en inngang for dem til å arbeide mer kroppslig:

*Så kom jeg der første timen, og da skjedde det jo en del ting som gjorde at jeg skjønnte at her er det faen meg noen greier som du ikke finner noe annet sted. Og den opplevelsen fikk jeg jo bekreftet i det videre forløpet, flere ganger. Så det var noe. Altså her har du søren meg tak i noe, dette kan du ikke slippe.*

I tillegg er det noen som beskriver hvordan de mer spesifikt har utviklet sine terapeutiske ferdigheter med hensyn til å fokusere på kropp. Noen fremhever treningen i å

bruke blikket, å kunne lese pasienten. Noen beskriver viktigheten av å se andre mer erfarne terapeuter i praksis, for på den måten å lære hvordan de bruker kroppen som del av terapien.

***Kroppens plass i terapi.*** Intervjuene har som regel blitt avsluttet med noen refleksjoner rundt hvilken plass informantene opplever at kroppen har i terapi i dag. Oppsummert beskriver de en opplevelse av at kroppen til en viss grad har en svekket posisjon i dag, samtidig som flere peker på at de ser en utvikling i retning av at den blir mer inkludert:

*Jeg har vel opplevd at det.. en følelse av at kropp i terapi har vært ganske sånn undersolgt, underkommunisert.. på studiet og generelt i litteraturen. Sånn som når jeg studerte og kanskje, også, nja, til og med til en viss grad nå. Ja, det begynner å endre seg nå da.*

Utviklingen knyttes blant annet til nyere forskning som indikerer kroppens betydning, utbredelse av mindfulnessstradisjonen og økende aksept av biologiske modeller, som toleransevidu og forholdet mellom kropp og følelser. Noen fremhever også en oppgave vi har med å gjøre kunnskapen om kropp mer eksplisitt. Noen av informantene gir mulige forklaringer på hvorfor kropp kan være utfordrende å inkludere i terapi. Én ser dette i sammenheng med en kulturell frykt for følelser og det urasjonelle:

*Vi er jo flasket opp med at følelser, det skal du være litt skeptisk til. Det er farlig greier. Der ligger det mangel på kontroll, og irrasjonalitet og ... fiasko, og faenskap, hele veien. Vokt deg for de. I hvert fall når du driver med vitenskap og sånn. Da må du holde deg unna.*

En annen tolker det som at kroppen kanskje kan tape terreng i en tendens til å forenkle:

*Altså, det er jo forståelig at man prøver å forenkle ting. Noe må man kanskje forenkle for å lage seg teorier, eller prøve å lage seg noen forestillinger om hvordan ting henger*

*sammen, men samtidig er det noe med ydmykheten for kompleksitet. Den synes jeg er for.. det er for lite ydmykhet for kompleksitet. Ja, det synes jeg altså, det er bare min mening om det.*

**Terapeuten observerer og tolker pasientens kroppslige uttrykk.** Kategorien omhandler hvordan informantene tilegner seg informasjon som uttrykkes gjennom pasientens kropp, som de får tilgang til gjennom observasjon. Fokus er på hva informantene legger merke til og hvordan de tolker dette i møte med pasientene.

Alle informantene beskriver at de observerer ulike aspekter ved pasientens kropp, og anser dette som en type informasjon som kan brukes terapeutisk. De beskriver ulike måter å benytte seg av og tolke informasjonen på. Graden av kompleksitet og meningsdannelse varierer blant informantene. En skillelinje kan trekkes mellom å ha en helhetlig forståelse versus det å være oppmerksomme på spesifikke uttrykk. Noen beskriver hvordan de legger merke til et bredt spekter av kroppslig informasjon for å danne seg et helhetlig inntrykk av pasienten. Informantene nevner flere ting som de legger merke til; måten vedkommende beveger seg, sitter, kommer inn i rommet, snakker, hvordan ansiktet og ansiktsuttrykket er, og hvordan blikket og kroppsholdningen deres er. Én informant kaller dette å lese det emosjonelle uttrykket til pasienten.

Noen trekker frem i denne sammenheng det å ha en åpen holdning til det kroppslige som observeres, og at det kroppslige uttrykket kan fortelle om personlighetsstruktur eller hvordan livet til personen har vært:

*Altså, helt sånn konkret, så er det jo hvordan jeg.. hvordan jeg ser eller observerer den personen jeg møter. Hvordan den personen fremstår. Måten å bevege seg på, måten å snakke på, og i det hele tatt, være på. Og det kan jo være mange, mange forklaringer på det. Det er i utgangspunktet bare noen inntrykk som en forsøker å danne seg.*

Én av informantene fremhever at det psykiske indre liv ikke alltid er lett tilgjengelig, og beskriver hvordan det kroppslige uttrykket blir en viktig inngang til å bli kjent med vedkommende:

*Det er jo først etter hvert, i en prosess med et menneske, at man begynner å mer kunne konsentrere seg om, hva er det som foregår inni psyken på de (...) Det tar ganske lang tid å få tak i, altså.. og hjelpe folk til å beskrive det. Sånn at det begynner jo alltid veldig kroppslig.*

Noen av informantene beskriver en mer fokusert tilnærming til hvilke kroppslige signaler de velger å observere hos pasienten. Disse følger med på pasientens angstnivå ved å være oppmerksom på den kroppslige aktiveringen. Én av informantene beskriver det på denne måten:

*Det er veldig vanskelig å skrive ned hvordan en skal gjøre det. Og det er veldig vanskelig å beskrive akkurat det vendepunktet hvor du har en mulighet til å, til å komme i posisjon og ikke, og hvordan en skal finne det, og hvordan en skal liksom observere folk for å legge merke til fysiske endringer, eller ansiktsuttrykk eller sånne ting.*

Informantenes beskrivelser av hva de ser etter blir knyttet til hvilken hensikt observasjonene har. Å observere kroppsuttrykket kan både handle om å få tilgang til personens indre liv og som en del av det å holde den terapeutiske prosessen i gang.

Felles for informantene er vektleggingen av kroppen som et uttrykk for følelser. De beskriver det som at følelsesmessige problemer gir seg mer eller mindre direkte utslag gjennom kroppen:

*Altså hvis du skammer deg så vil du, ofte få en sånn.. følelse av å krype sammen og bli liten eller.. Og du kan ofte se det, du kan ofte se signalene, se tegnene nonverbalt på når skammen er tilstede.. og, eller den der følelsen av skam. Altså, du ser på en måte at folk skammer seg eller gremmer seg eller har lyst til å forsvinne.*

Noen informanter beskriver også hvordan pasientens kroppslige uttrykk kan belyse problematikken de kommer til terapi med:

*For eksempel folk som er deprimert, som har ikke nødvendigvis blitt utsatt for overgrep, men som føler seg sviktet, eller har hatt lite kontakt og sånt med sine nære pårørende, og blir deprimert i tidlig alder av den grunn, som gjerne går med en sånn, en slags sånn, altså kroppen (illustrerer med kroppen sin), de går gjerne med en slags sånn kuet.. altså sånn duknakkethet. Altså får aldri rettet seg opp liksom. Alltid sånn sammenkrøket, ja.. depressive følelser av å ikke ha verdi for eksempel. Eh.. kroppen er jo veldig illustrerende, synes jeg.*

Slik denne informanten er inne på, blir det av andre også nevnt hvordan kroppen er nært knyttet til metaforer i språket:

*Ja, det er det pasienten gjør også, de holder hodet over vann. Det er veldig bokstavelig det som vi gjør med kroppene våre.*

En del av informantene beskriver at det er viktig å følge med på hva pasienten formidler nonverbalt, siden dette ikke alltid samsvarer med det vedkommende sier. Altså blir måten noe formidles på like viktig som hva som formidles:

*Da blir litt den kontakten mellom... de to lagene, eller de to elementene, både det symbolske, altså innholdet, og det kroppslige. Men jeg observerer jo hele tiden hvordan.. hvordan det fortelles.. måten det fortelles på. Er det.. er det sammenheng i det, eller er det hakkete, eller springende, fra det ene til det andre. Sånne ting legger jeg merke til, for det er litt form.. det er litt form i det.*

Alle informantene nevner at de observerer endringer knyttet til pasientens kropp i løpet av et terapiforløp, og at disse kan være ganske fremtredende. Flertallet beskriver disse endringene i forbindelse med avslutningen av en behandling. Endringene som blir beskrevet, går blant annet på kroppsuttrykk, evnen til interpersonlig kontakt og fysisk fremtoning:

*Så vil jo folk ofte rapportere, og det kan jeg jo se, òg. Om en viss sånn kroppslig endring, føles seg mer avslappet, har færre muskelspenninger, ehm, oppdager forttere sine muskelspenninger, og skjønner hvorfor de kommer og hva man kan gjøre med det. Har kanskje en litt sånn annen kroppsholdning, har et klarere blikk, ehm, ja... har en litt sånn.. fra kanskje å ha hatt en litt sånn.. holdt på å si alltid en litt sånn, ehm, bekymret ansiktsuttrykk, folk blir litt mer avslappet, altså.*

Én av informantene betoner også endringer underveis i forløpet som observerbare og viktige, og setter dette i sammenheng med at pasienten må oppleve en kroppslig endring underveis for å få tiltro til prosjektet:

*Men det er jo de fysiske målene de bruker. Som hvor høyt det stiger, hvor ubehagelig det blir, og hvor fort det går... går over. Men det slipper liksom hvis du skjønner. Det er omtrent som, hvis du har sett sånn besettelsesfilmer, holdt på å si sånn demonutdrivelser og sånn, så er det liksom. Hvor du da ser at de er i det, og når det slipper, på en måte. Og det er samme greien, du ser når de er inne i kampen og når den er over da, kan du si. Altså det er jo veldig sånn, tydelig fra utsiden.*

**Terapeuten benytter kroppsbaserte intervensjoner i terapi.** I denne kategorien har vi samlet informantenes beskrivelser av kroppsbaserte intervensjoner som de gjør i terapien. Felles er at alle har et preg av at terapeuten aktivt handler på noe. Ellers er kategorien preget av en bredde som omfatter både det å verbalt tematisere det kroppslige, og det å bruke kroppen mer aktivt, i form av handling og bevegelser. I kategorien har vi også inkludert beskrivelser som illustrerer en slags yttergrense for hva terapeuten kan innlemme i terapien. Dette handler om berøring og det å henvise pasienten til andre fagpersoner.

**Rette fokus mot kroppslige fornemmelser.** Flere av informantene forteller at de oppfordrer pasienten til å kjenne etter i kroppen. Dette blir knyttet til det å hjelpe pasienten å komme i kontakt med egne følelser, slik følgende utsagn illustrerer:

*Hva skjer for noe i kroppen din akkurat nå? Hvordan føler du deg akkurat nå? Når du kjenner etter nå, er det noen følelser som kommer fram, eller er det noe som skjer i kroppen din? Sånn at, det er på en måte det der med at kroppen din og følelsene er to sider av samme sak.*

Noen beskriver hvordan dette kan lede til en mer detaljert utforskning av nyanser og ulike sensoriske kvaliteter ved det pasienten kjenner:

*Okei, holder fast på den. Også.. hva som.. hva som forandrer seg. Helt sånn bitte, bitte små ting. Ikke fordi at det er så viktig, akkurat de tingene der, men det som er viktig er å øve opp oppmerksomheten, rett og slett. For å ha.. for å bedre kontakten med seg selv.*

Mens denne informanten trekker frem det å øve på oppmerksomhet som et eget formål, blir fokusering på kroppen også beskrevet som en måte å rette oppmerksomheten mot her-og-nå, til terapisisuasjonen:

*Ofte er det en del av terapien å hjelpe pasientene til det, eller i det hele tatt bringe oppmerksomhet til at det er noe som vi skal holde på med her, vi skal komme inn og vi skal faktisk sitte i sofaen og du skal kjenne at du sitter der, og at du har en kropp.*

Noen beskriver å rette fokus på kroppen ved å spørre etter mer spesifikke fornemmelser. Dette blir forklart som en måte å avdekke kroppslig ubehag hos pasienten som denne ikke så enkelt vil sette ord på selv:

*Og så hvis de ikke har noe beskrivelse, så vil jo jeg spørre konkret etter kroppslige ting. "Kjenner du deg kvalm? Blir du svimmel?" eh.. "Har du muskel.. har du vondt i muskulaturen?" Jeg spør de jo ut, etter kroppslige ting, så jeg inkluderer jo kroppen, hvis den ikke allerede presenterer seg selv, for å si det sånn.*

Denne informanten beskriver dette som et unntak, ettersom hun i hovedsak ikke ber pasienten kjenne etter på kroppen, slik flere av de andre informantene beskriver. Flere beskriver dette som en sporadisk brukt intervensjon, mens noen beskriver å benytte dette mer



rutinemessig, for eksempel som en måte å starte timen på. Én av informantene beskriver det å rette fokus på kroppen mer som en integrert del av metoden enn som en intervensjon, ettersom mesteparten av terapien foregår med dette formålet:

*At dette er en måte å få de til å vende seg innover, vende oppmerksomheten innover. Og da vil snakking forstyrre. Men det.. hvis det er noe de har lyst til å diskutere, eller lyst til å spørre om, så er det jo selvfølgelig åpning for det. Men i det store og det hele så sier jeg også at.. så foregår dette i taushet. Bortsett fra hvis jeg intervensjoner, enkelte ganger, når jeg finner det nødvendig. Så avsetter jeg alltid et kvarter på slutten av timen som vi kan bruke til å gå gjennom ting de har opplevd, ting de synes var rart og merkelig, og forklaringer og hypoteser, og alt sammen sånn som jeg ellers gjør i terapiform.*

Her blir intervensjon forstått som at det verbale bryter inn i denne prosessen, og slik sett står i et kontrasterende forhold til de andre terapiene hvor det verbale fremstår som førende, mens fokuseringen på kropp blir mer innskutte deler av terapien.

**Tematisering av kroppslig uttrykk.** Flere av informantene beskriver ulike måter de tematiserer noe kroppslig ved pasienten, i hovedsak gjelder dette å kommentere pasientens kroppsspråk. Beskrivelsene omhandler enten at terapeuten imøtekommer det pasienten uttrykker gjennom kroppsspråk, men som den selv kanskje nøler med å si, slik som i dette tilfellet:

*Nå ser jeg på deg at du stusser litt grann, var det ett eller annet du synes var uklart, eller var det noe jeg har forklart dårlig, eller er det noe jeg skal forklare på en annen måte eller sånne ting.*

Vi oppfatter dette som en måte å gi plass til det nonverbale, på samme måte som en vil respondere på det verbale. Dette kan sees på som noe annet enn der hvor terapeuten kommenterer kroppsspråket som en måte å bevisstgjøre pasienten noe den kanskje ikke selv er bevisst på:

*Ja, ja, det vil jeg jo kunne gjøre, for eksempel ved å si det; ”at du snakker nå som om du.. dette er helt avslappende og rolig for deg, men du ligger jo veldig urolig på benken. Så.. så kroppen din er ikke helt enig med det du nå hevder.”*

Eksempler på å tematisere det kroppslige kan også være å rette fokus mot mer komplekse problemstillinger, for eksempel selvskading eller anoreksi, noe to av informantene beskriver.

**Metoder for å regulere kroppslig aktivering.** Flere av informantene gir eksempler på at de benytter metoder for å regulere pasientens aktiveringsnivå. De beskriver å gjøre dette både verbalt, gjennom å sette ord på det som pasienten kjenner som er ubehagelig, og ved å gjøre dette gjennom kroppslige øvelser. Én av informantene trekker frem avslapningsøvelser som en av få måter han arbeider direkte med kroppen:

*Kroppen som et tempel, kroppen som ditt og datt, så, altså det blir for meg litt sånn blurred, det er ikke der jeg hører hjemme. Men hvis kroppen din, hvis du skal slappe av, slappe godt av, spenne av, så kan vi gjøre det kroppslig. Da må vi nesten gjøre det kroppslig.*

Noen av informantene beskriver et formål om å hjelpe pasienten til å finne måter å regulere seg i situasjoner utenfor terapien:

*Men så tenker jeg at for noen pasienter, hvis de klarer å bruke det, for eksempel på bybanen, tilbake i en eller annen angst eller et minne, så kan de – okei, jeg kan kjenne at jeg står og holder på den stangen, den er oransje, jeg er her, jeg forsvinner ikke. Så kan det jo gjøre at de klarer å fokusere nok til å gå av på rett stoppested. (...) Så ved å bruke, ja, mer sånne type intervensjoner, så gir det pasientene mer kontroll og at de kan mestre sine symptomer på en annen måte, som er jo i seg selv et formål med veldig mange terapiformer, sant.*

**Bruk av bevegelse og posisjon.** Et flertall av informantene gir beskrivelser av metoder som innebærer å benytte fysisk bevegelse av kroppen eller bruk av bestemte posisjoner. To

av informantene beskriver bevegelse av kroppen som et hovedelement ved sine terapier, men på ulike måter enten gjennom eksponeringsterapi og vegetoterapi. Noen beskriver valg av hvordan pasienten enten sitter eller ligger i terapien som en faktor for pasientens opplevelse i terapi. Én av informantene veksler mellom å ha pasienter som enten ligger eller sitter, og gir følgende rasjonale for dette:

*Og det er for eksempel sånn at den måten man har mest kontroll på, det er egentlig sånn som jeg sitter nå, at man sitter på sitteknuter, og at man på en måte sitter rett. Altså nokså rett, men avslappet. Det er den måten man har mest kontroll på. Føler. Altså det gjør noe med den følelsen av mental kontroll. At det er liksom ingen som kan.. Altså man sitter ikke så, man er ikke sårbar, man kan fort komme seg opp hvis det er noe, man har hodet noenlunde klart.*

Andre beskriver en bevissthet ved plasseringen mellom terapeut og pasient, mens én av informantene benytter fysisk posisjon som en måte å tydeliggjøre roller og relasjoner ved pasientens liv. Noen av informantene beskriver intervensjoner hvor visse bevegelser blir brukt som en måte å utforske sider ved pasienten. Én beskriver hvordan kroppen på denne måten utgjør en kilde til forståelse på lik linje med det språklige:

*Hvis du satt opp en sånn kognitiv greie med hva er bevis for og imot at du, egentlig ingen elsker deg, eller man gjør en sånn, kognitiv øvelse for eksempel, så kan man jo da gjøre en mer kroppslig øvelse; okei du.., et eksempel vil være; du sier at du har ingen grenser, så vil jeg jo si at, okei, kan du vise med hånden din hvor den grensen mangler, kan du vise hvor går grensen mellom meg og deg, (illustrerer med hendene) går den her?*

Én av informantene beskriver hvordan en bestemt bevegelse utgjør selve grunnlaget for metoden:

*Det vil si, rent praktisk, at folk kommer inn her.. og de må legge seg på den benken der borte, og der må de legge seg i en bestemt stilling, på rygg og med bena satt opp. Og så*

*instruerer jeg de kjapt i hvordan de skal begynne og bevege seg, og det er med skuldrene, de trekker skuldrene opp mot ørene, skyver de ned igjen, og så når de har kjent den bevegelsen så ber jeg de om å la pusten følge den bevegelsen, sånn at de på en måte puster med skuldrene. De bruker skuldrene til å dra inn luften og til å presse den ut. Der begynner vi.*

I likhet med metoden i eksempelet over, er det flere som nevner hvordan de lar kroppen ”vise vei” til ny forståelse. Beskrivelsene omfatter både det å manipulere kroppen for å skape en ny opplevelse, for eksempel som del av en eksponeringsbehandling, eller å fremheve eller forsterke bevegelser som uttrykkes spontant gjennom kroppen:

*Det er ganske mange som når de snakker om noe som er sårt, så legger de hånden der (legger hånden på brystet) (...) og jeg sier; “Kan du prøve igjen? Et eksperiment. Kan du prøve igjen? Hvis du holder der.” Og så spør jeg; “Hvordan kan du kjenne kroppen din her, nei, hånden mot kroppen?” Hvis de kan det, så sier jeg; “Hvordan kjennes det for deg?” Og da kan kanskje noen si; “Jo det kjennes trygt ut, på en måte.” Og da sier jeg det; “Så flott, ser du det? Kroppen kan hjelpe deg i forhold til når du trenger å passe på deg selv.”*

**Berøring.** I hovedsak beskriver informantene enten ingen eller svært begrenset bruk av berøring som metode for terapien. Eksemplene som blir nevnt har enten et øvelsespreg, for eksempel ved at pasienten skyver mot terapeutens hender, eller som en reguleringsfunksjon ved overaktivering. Én av informantene beskriver også hvordan han i sjeldne tilfeller kan trykke på bestemte punkter for å løse opp i fastlåste muskler.

**Henvise videre.** Noen av informantene nevner vurderinger de gjør av hvilke kroppslige aspekt som de anser som viktig at pasienten tar med videre til andre fagpersoner, som for eksempel lege og fysioterapeut.

**Terapeuten benytter sin egen kropp som del av terapien.** Denne kategorien handler om hvordan informantene beskriver at de kjenner på egne kroppslige opplevelser i møte med pasientene, der pasienten er med å frembringe disse reaksjonene. De beskriver

også en bevissthet rundt hvordan deres kroppslige uttrykk påvirker pasienten, og at de derfor registrerer og regulerer sitt eget kroppslige uttrykk. I tillegg omhandler kategorien beskrivelser av deres egen kroppslige selvivaretagelse.

***Terapeuten reagerer kroppslig på pasienten.*** Alle informantene beskriver hvordan pasienten påvirker de kroppslig, men er ulike i sine beskrivelser i hva de kjenner og hvordan de håndterer og eventuelt bruker disse reaksjonene. Informantene beskriver ulike reaksjoner som blir fanget opp i deres egen kropp. Eksempler på slike reaksjoner er at de kan kjenne angstresponser, bli berørt, kjenne sorg, føle seg trøtte, få vondt i magen eller bli kvalme. Hovedtrekket i denne kategorien er hvordan de håndterer og eventuelt bruker disse kroppslige opplevelsene, der de viser variasjon i sine beskrivelser. Alle informantene nevner hvordan de må romme det de kjenner på og noen ganger regulere dette, mens noen også beskriver at de i tillegg bruker det de kjenner på som veiledende for terapien.

Det å kunne romme disse reaksjonene handler i dette tilfellet om at terapeuten ikke kan agere ut sine egne reaksjoner. Én av informantene beskriver hvordan han i møte med en mor som har mistet et barn kan kjenne en sorg, men er opptatt av at han ikke kan vise denne sorgen gjennom for eksempel å selv gråte. En annen beskriver dette ved at han kan kjenne angsten til pasienten, men at for ham handler det om å beholde roen eller gå imot sine naturlige responser:

*Det er jo uvant i hvert fall å jobbe mot sin egen liksom ryggmargsrefleks som er å trøste folk, eller hjelpe de til å komme over ting, eller sånne ting. Hensikten med eksponeringsterapi er jo å hjelpe de å oppsøke og utsette seg for en del av de ubehagelighetene og så stå i det over tid.*

Noen av informantene beskriver hvordan de har behov for å regulere seg selv. Én av informantene beskriver en konkret metode der han bruker pusten til selvregulering når han opplever at noe blir vanskelig eller uhåndterlig i møte med en pasient. En annen beskriver

hvordan hun først må regulere sin egen angst før hun kan hjelpe pasienten. I tillegg til å håndtere sine egne reaksjoner, enten gjennom å romme dem eller regulere dem ned, nevner noen av informantene hvordan de bruker informasjonen som veiledende til hvilke intervensjoner de benytter seg av. I denne sammenheng nevner én informant at han ikke ville brukt det han opplever i egen kropp som et vurderingsgrunnlag for diagnosesetting, men heller som en veiledning for hva han tar opp i terapien, eller om han for eksempel bør gjøre en mer omfattende suicidvurdering. En annen sier dette:

*Og veldig ofte når jeg begynner å undersøke hva det er for noe, og det er jo ikke nødvendigvis sånn at dette skjer i en time, det kan jo skje på 300 timer, så kommer vi jo da frem til.. Så er der jo erfaringer i vedkommendes liv som er ekstremt skremmende altså, som de formidler rett og slett med måten å snakke på, som de formidler kroppslig, eller nonverbalt. Og som jeg fanger opp og skjønner har med de å gjøre og deres livshistorie. Og dette er noe av terapiens oppgave å prøve å finne ut av.*

Dette eksempelet illustrerer også hvordan egne reaksjoner styrer terapiprosessen på en mer langsiktig måte. Noen poengterer heller at reaksjonene benyttes mer time for time. Flere av informantene oppfatter sine egne reaksjoner som informasjon om pasienten, som kan fortelle noe om pasientens problematikk eller hva pasienten kjenner på, som ikke alltid er bevisst eller kommuniseres verbalt:

*Og pasienten er på en måte din tilgang til pasienten sin livsverden. En ganske stor del av den. Tilgangen du har til hvordan det er å være pasienten din, det får du gjennom det her, det som du kjenner i kroppen din.. Det mener jeg bestemt.*

I denne sammenheng knytter flere av informantene det de kjenner på opp mot speilnevroner, og at det de kjenner i seg selv er en direkte speiling av det pasienten kjenner på:

*Hvis pasienten er veldig sånn surrete i hodet, og blank i hodet, så er det jo sånn at vi kan jo ofte merke det. Eller hvis de har veldig vondt i magen. Eller hvis det kribler veldig, så kan vi ofte merke det. Det har ingenting med det overnaturlige å gjøre, men vi kan jo speile og sånn.*

Noen av informantene trekker frem hvordan det er viktig å bli bevisst hva det er en kjenner på, og hvorfor en kjenner på dette akkurat nå. De beskriver en sorteringsprosess de må gjøre for finne ut av om reaksjonene gjenspeiler informasjon om pasienten, og ikke grunner som er avgrenset til å gjelde en selv:

*Har det å gjøre med at jeg er veldig trøtt i dag, og uansett hvem jeg nå var sammen med så ville jeg vært trøtt. Er det det? Er det det at.. eller er det noe, hvis jeg nå hører etter, virkelig lytter til hva er det som formidles meg, snakker vedkommende nå i kontakt med seg selv? Eller er det en eller annen form for sånn... jeg holdt på å si mer sånn, litt overflatisk snakk jeg hører?*

**Terapeuten registrerer og regulerer eget uttrykk.** Flere av informantene forteller at de er oppmerksomme på hvordan deres kroppslige uttrykk, ansiktsuttrykk, kroppsspråk og hvordan de snakker på, påvirker pasienten. For noen handler dette først og fremst om en registrering av hva deres uttrykk gjør i terapien. Én av informantene beskriver hvordan han prøver å registrere hvordan for eksempel ansiktsuttrykket er med å påvirke relasjonen mellom ham og pasienten:

*For det at mitt ansikt og utstråler ett eller annet, i det. Så jeg må passe på hva er det. Eller ikke passe på da, men.. Hva er det som gjør det? Er det en rynke her, har jeg den rynken her? Hva sier den rynken, hva forteller den rynken til den personen, når jeg sitter litt sånn eller litt sånn... Jeg må være bevisst at jeg ikke låser noe, sant.*

I denne sammenheng beskriver noen hvordan deres formidling av trygghet gjennom kroppsspråk og blikkontakt, vil være viktig for terapien. For noen handler det også om å

manipulere dette uttrykket. I forbindelse med eksponeringsterapi beskriver én av informantene hvordan han noen ganger må formidle et annet uttrykk enn det han kan kjenne på innsiden. Dette kan være å gå imot en egen ryggmargsrefleks om å ville trøste eller bekrefte pasienten om at det han eller hun gjør er bra, eller for å klare å formidle en trygghet, selv om han ikke føler seg trygg:

*For en skulle på en måte ha en litt sånn rolig og trygg mine utad, og så inni så var en litt sånn aktivert selv da. Altså synes det var ganske ubehagelig, og de sier sånn: "Ja, men du kan ikke være sikker på at jeg ikke dør! Og tenk om jeg har en hjertefeil?" Og så, kan en i noen øyeblikk bli litt sånn: ja, tenk hvis de har det?*

For noen av informantene er tilstanden de opplever å være *i*, avgjørende for hva de gjør i en time. Én av informantene beskriver hvordan hun tilstreber en nøytral posisjon for å kunne utforske fritt, uten en opplevelse av å "gå på nåler":

*Hvis jeg selv sitter og er veldig redd, sant, så vil jo det påvirke hvordan jeg, da er jeg mye mer forsiktig med hva jeg sier til folk. Ehm.. og hvis jeg føler meg ukonsentrert eller det er litt uklart hva jeg er oppi, da sier jeg også mindre, altså. Da er jeg mye mer sånn bekræftende. De mer krevende intervensjoner mot pasienter må jeg føle meg rolig kroppslig og mentalt altså, for å ta.*

**Terapeutens selvivaretagelse.** På spørsmål om informantene tar vare på seg selv kroppslig i, før eller etter timene, nevner flere at de gjør dette. For noen er både den spesifikke håndteringen fra time til time, og i livet generelt viktig for hvordan de håndterer psykologyrket. De nevner det å leve et sunt liv, med fysisk aktivitet, sunn mat, og ha påfyll av gode opplevelser, som viktige elementer for både kunne ta vare på seg selv og være best i stand til å ta vare på pasientene. Det nevnes også at det mellom timene er viktig å ta vare på fysiske behov, som å gå på do, drikke vann, få frisk luft og få beveget seg. Én nevner også at han regulerer hvilken type pasienter han har i terapi til en hver tid:



*...sorgpasienter, folk som har mistet barnet sitt, for eksempel. I ulykker eller slike ting. Så ikke ta for mange. Du er bare et menneske du også, du kommer til å gråte du og skjønner du. Vi kan, der må du porsjonere altså. Men hvis det er fobier og sånt, enkle ting da, for der er ikke lidelsestrykket så stort. Det er ekkelt, det er tungt og det er alt sånt. Men ikke som sorgen, for den er, litt sånn, den kjenner terapeuten veldig godt selv.*

Én av informantene nevner at han ikke hele tiden kan være så opptatt av sine egne kroppslige reaksjoner. I terapitimen mener han at det er viktig å kunne kjenne etter hva som skjer i ham, men at når timen er over, er det mer hensiktsmessig for ham å ”skru av krana”. En annen nevner i denne sammenheng hvordan hun er opptatt av hvordan kroppen er en kilde til å vite hva hun har behov for:

*Og jeg tror jo at den tilstedeværelsen jeg har i forhold til min kropp, gjør at jeg tar vare mer på meg i forhold til hvor mye jeg tåler. Eh, og så tror jeg at det gir meg mer.. altså det blir mer spennende å jobbe tror jeg. Det blir ikke kjedelig. Jeg tror, jeg ville ikke jobbet annerledes. Det ville jeg ikke.*

**Terapeuten vurderer pasientens aksept og toleranse for kroppslig fokus.** Denne kategorien omhandler beskrivelser av terapeutens vurderinger for når det er hensiktsmessig å arbeide med et kroppsfokus og på hvilken måte. Dette innebærer det som vi ser som to hovedtemaer innenfor kategorien; en vurdering av pasientens fungeringsnivå og måter å forsikre at pasient og terapeut har en felles forståelse for terapien.

**Terapeuten vurderer pasientens toleranse for å arbeide med et kroppsfokus.** Mange av informantene beskriver en form for vurdering av hvordan de kan drive frem terapien med hensyn til et kroppslig aspekt. Det som går igjen i beskrivelsene er å måtte forholde seg til om det som foregår i terapien er hensiktsmessig, eller for overveldende for pasienten, som regel knyttet til hvilken kapasitet pasienten har til å for eksempel utforske det kroppslige ved en følelse:

*Du vil si at det er dem som har kapasitet nok, til å kjenne på følelsene sine, de vil du utforske med, mens de som blir overveldet av..., symptomer og angst, når du fokuserer på de her følelsene, da vil du... da vil du ikke utforske følelser, men da vil du mer, du vil fremdeles ha fokus på kroppen, fordi at de, sant, symptomene og angsten vil jo gi dem kroppslige symptomer, men da vil du, da vil du jo minimere angsten. På en måte. Da vil du regulere de ut av den ugreie tilstanden.*

Informantene beskriver ulike konsekvenser ut ifra disse vurderingene. For eksempel vil det i eksponeringsterapi handle om å vurdere ut ifra pasientens kroppsspråk hvorvidt man kan gjennomføre en eksponering eller ikke:

*Altså, rett og slett angstnivåene underveis i en sånn eksponeringsbehandling vil variere betraktelig, og hvis du der bommer på hvor høyt de ligger og så setter du i gang eller foreslår en del eksponeringsoppgaver i tillegg til det, når de er på det punktet, så vil du møte motstand av en sort som på en måte er kontraterapeutisk, kan du si.*

Andre beskrivelser går på vurderinger av hvilken fremgangsmåte som bør benyttes. Det som blir trukket frem er vurderinger av om pasienten skal ligge på benk eller ikke, det å være bekræftende og støttende fremfor det å kommentere pasientens kroppsuttrykk, det å regulere et angstnivå fremfor å utforske det kroppslige ved en følelse, eller å erstatte et kroppsfokus med noe annet. Det som fremstår som felles er å kunne veksle mellom å utforske følelser hos pasienten med tanke på det kroppslige, og et alternativ til dette som har en mer stabiliserende og regulerende funksjon, for eksempel ”å bruke det kroppslige for å holde seg her og nå.” Én trekker frem det å benytte en annen metodisk tilnærming:

*Så sånn bringer jeg kroppen inn i terapi, først klienten sin liksom, så tester jeg hvor vant er de til å snakke om dette eller være oppmerksom på det.. Og hvis jeg ser og hører at dette har de lite oppmerksomhet på, og det er uvant, så setter jeg den på vent og så jobber jeg mer kognitivt. (...) Og så prøver jeg å bringe det inn etter hvert som de blir litt tryggere.*

Sitatet over illustrerer også ulike måter å danne seg et grunnlag for vurderingen, både ved å observere nonverbale uttrykk og ved å aktivt spørre pasienten om ulike kroppslige opplevelser. Flere beskriver hvordan de fanger dette opp nonverbalt, mens noen poengterer at det i enkelte situasjoner vil være vanskelig å observere hva pasienten opplever av angst:

*Det er jo også sånne folk som ser ganske avslappet ut. De sitter sånn her (demonstrerer med kroppsspråk), også sitter de og ser så kul ut. Men inni dem så er det jo liksom sånn, gurgler i magen, og vondt og kvalm, og klarer ikke å tenke, og svimler for dem, og piping i ørene, og har tåkesyn eller tunnelsyn sant.*

I slike tilfeller beskriver noen av informantene at det vil være avgjørende å følge spesielt godt med og eventuelt spørre pasienten. Informantene gir ellers ulike beskrivelser av i hvor stor grad det er spesifikke tegn de ser etter eller ikke. Én forklarer at dette er noe "du kjenner på deg" og at "Det er en fin avstemming av, et krysningspunkt som du da både ser rent sånn fysisk på de, men akkurat hva det er du ser.. det er et veldig vanskelig spørsmål." En annen beskriver bestemte uttrykk ved pasienten han ser etter for å vurdere sin respons:

*Hvis angsten er kanalisert i de musklene som er viljestyrte, da er det grønt lys, da kan du utforske følelser. (...)Men, hvis det er mer kvalme, ehm, i den glatte muskulaturen som ikke er viljestyrt, typisk magesekken, blodårene, tarmene, ehm, typiske folk som får sånn vaskulær migrene. Da er det (...) rødt lys.*

Én informant trekker frem at hun vurderer i hvilken grad pasienten kan tåle en nærhet til henne, og at hun må regulere den måten hun fokuserer og følger pasienten i det nonverbale:

*Jeg er nok ganske god på å få kontakt med folk, og jeg kan komme fortere inn enn de kan ta imot meg. Og da blir det jo truende, kan føles invaderende. Så jeg tenker at det er, det er noe med å passe meg.*

*Å etablere et felles prosjekt.* Flere av informantene beskriver viktigheten av å sikre at terapien er et felles prosjekt mellom terapeut og pasient. Med hensyn til det kroppslige går dette både på å benytte det nonverbale uttrykket som en måte å skape det, men også å etablere en enighet om å arbeide med det kroppslige ved metoden. Informantene beskriver både det å introdusere en måte å arbeide på i starten av et terapiforløp, og det å sørge for at pasienten har eierskap til prosessen underveis i forløpet. Én beskriver starten av terapien slik:

*Når jeg begynner en behandling så sier jeg, forteller jeg, gir informasjon om min tilnærming. Og forteller om at måten jeg tenker psykologisk behandling er, det er ikke bare gjennom det vi sier, men det er og gjennom det vi viser. (...) Så prøver jeg jo ganske fort å skape en gjenkjennelse, men så tester jeg ut hvor.. hvor mye en klient er med på å tenke sånn.*

Noen trekker frem psykoedukasjon som en måte å få pasienten med på det som skjer i terapien. Her nevnes det hvordan det er viktig å snakke om blant annet kroppslige angstsymptomer, og hvordan kroppen og psyken henger sammen:

*Sant, altså, prater om kroppen og prater om det jeg vet om hjernen eller ryggraden eller mage/tarm-systemet, altså på en måte inkludere den type kunnskap om kropp da, ja.*

Andre beskriver hvordan de forsøker å ansvarliggjøre pasientens forhold til terapien ved å selv forholde seg tilbaketent. Både ved å holde tilbake forklaringer og tolkninger, men også demonstrert fysisk gjennom kroppen, slik som i dette eksempelet:

*Så da gjør de det gjerne bare fordi at jeg har sagt det. Og da, det fester seg på en annen måte. Det blir liksom ikke genuint, det er ikke deres liksom fremdrevne prosjekt. Ja, og derfor er det at vi er litt sånn (demonstrerer tilbaketenthet med kroppen), et ansvarliggjøringsmoment rett og slett.*

## **Diskusjon**

Med hensyn til problemstillingen ”hva er terapeuters forståelse av hvordan de inkluderer kroppen i sitt terapeutiske virke”, er det overordnede funnet fra den kvalitative

analysen at alle informantene inkluderer kroppen, men i varierende grad og med ulike tilnærminger. Samlet representerer de ulike innfallsvinkler til måter å inkludere kroppen på. Gjennom analysen har vi imidlertid også kommet frem til noen fellestrekk i det informantene beskriver: "Terapeuten observerer og tolker pasientens kroppslige uttrykk", "Terapeuten benytter kroppsbaserte intervensjoner overfor pasienten", "Terapeuten benytter sin egen kropp som del av terapien" og "Terapeuten vurderer pasientens aksept og toleranse for kroppslig fokus som del av terapien". Den første av de fem kategoriene "Refleksjon og teoretisk forståelse om kroppens rolle i terapi" representerer en samling utsagn som er med på å belyse disse andre funnene.

Funnene blir også belyst gjennom de kvantitative dataene fra spørreundersøkelsen. Fra dette utvalget svarer bortimot halvparten at de vektlegger kroppen "i noen grad" og rundt en tredjedel svarer at de gjør dette "i stor grad" (se figur 1). Etersom informantene ved intervjuene er strategisk valgt til å inkludere representanter fra kroppsorienterte retninger kan det tenkes at disse ikke gjenspeiler den samme tendensen, noe den kvalitative analysene til en viss grad også peker i retning av, for eksempel ved at bruk av kroppen i bevegelse er mer representert i dette utvalget enn det som fremkommer av de kvantitative dataene.

Det er derimot ikke en betydelig grad av intervensjoner som blir nevnt i intervjuene som ikke blir rapportert brukt i spørreskjemaet. Og motsatt er det kun et fåtall av metodene som er beskrevet i spørreskjemaet som ikke blir nevnt av noen av informantene. Det har dermed vært mulig å gruppere resultatene fra spørreskjemaet i tråd med noen av kategoriene fra den kvalitative analysen. Intervjuene har bidratt til å nyansere forståelsen av hva det vil si å inkludere kroppen i terapi, og er det som i størst grad belyser problemstillingen. Spesielt fremtredende i forskjellen mellom intervjuene og de deskriptive dataene, er den femte meningskategorien. Denne belyser informantenes beskrivelser av de vurderingene som blir gjort i terapeutenes valg av kroppslig fokus i terapitimene. Vi vil i det neste fremheve noen

temaer som springer ut av den kvalitative analysen på tvers av meningskategoriene. Fokus vil være rettet mot nyansene og motsetningene i det som er blitt beskrevet av informantene, og ved å knytte dette til de kvantitative resultatene og til relevant teori.

### **Ulike måter å inkludere kroppen i terapi.**

Gjennom vår kvalitative analyse har det ikke fremkommet et tydelig skille mellom de som definerer seg som kroppsorienterte og de som ikke gjør dette. Vi har sett at de fleste av informantene fokuserer på kroppen som en betydelig del ved sin praksis, men at det er ulike måter og grader å gjøre dette på. Gjennom det informantene beskriver ser vi en bredde mellom terapimetodene. Fra det å samtale om kroppen, der dette beskrives som legitimt dersom den er en del av problemstillingen (eksempelvis anoreksi som diagnose), til at selve metoden, mer uavhengig av problemstilling, går ut på å arbeide primært gjennom kroppsbevegelse, og hvor en stor del av arbeidet er taust mellom pasient og terapeut. Dette minner om det Leijssen (2006) beskriver som et kontinuum fra det å drive terapi primært basert på det verbale, til primært å være basert på kroppsuttrykk. Samtidig kan ikke disse ytterpunktene sies å dele utvalget mellom seg, ettersom de fleste beskriver terapimetoder som i hovedsak er verbalt drevet, men med et integrert fokus på kropp. Med utgangspunkt i det informantene har fortalt gjennom intervjuene, er det mulig å foreslå at de fleste arbeider i tråd med to av fire hovedformer for kroppsbaserte metoder, slik Leijssen beskriver disse; ”fokus på kroppen slik den sanses fra innsiden”, og ”fokus på kroppen slik den fremstår fra utsiden og gjennom nonverbal kommunikasjon”. Denne tendensen fremkommer enda tydeligere gjennom spørreundersøkelsen, hvor et flertall rapporterer å arbeide i tråd med disse (se figur 3 og 4). Innenfor disse metodene ser vi også variasjoner beskrevet gjennom intervjuene. For eksempel er det forskjell på informantene i hvorvidt pasientens eller terapeutens sansning av egen kropp vektlegges. Det er også forskjeller mellom hvorvidt informantene benytter

tolkninger om pasientens personlighet og problematikk ut ifra kroppslig uttrykk, til å være oppmerksomt rettet mot mer spesifikke uttrykk.

Et mindre antall av deltakerne ved spørreundersøkelsen rapporterer at de arbeider med kroppslige bevegelser (se figur 6). Av informantene i intervjuet er det flere som beskriver måter å jobbe på som er basert på enten bevegelse eller handling. Ikke alle gjør dette, og omfanget utgjør en mindre del av analyse materialet enn andre metoder. Metodene som blir beskrevet er i tillegg ganske ulike hverandre; fra at pasienten gjennom store deler av terapitimen gjentar samme bevegelse i tråd med pusten som en måte å få tilgang til følelser, til en mer øvelsespreget bruk av ulike bevegelser, som en måte å utforske for eksempel grensesetting. I denne kategorien har vi også valgt å inkludere beskrivelser av atferdsteoretisk eksponeringsterapi hvor pasienten utfører visse handlinger de frykter.

Å arbeide med kroppslige bevegelser og berøring representerer metoder som står sentralt innen kroppsterapifeltet (Heller, 2012), et felt som tradisjonelt har ligget utenfor den etablerte kliniske praksisen blant psykologer (Ogden & Fisher, 2015), deriblant atferdsterapeutisk eksponeringsterapi (Heller, 2012). Resultatene fra begge undersøkelsene tyder på at psykologers praksis til en viss grad krysser over i kroppsterapifeltet. Imidlertid indikeres det et skarpere skille til denne terapiretningen ved at informantene i liten grad rapporterer å benytte berøring som terapeutisk metode. Dette gjenspeiler også vårt inntrykk av den generelle tendensen ved psykologisk praksis og grunnutdannelse i Norge.

### **Kroppsuttrykk som betydningsfullt i terapi**

Beskrivelsene av informantenes observasjon av pasienten henger sammen med en oppfatning av at kroppen uttrykker noe. Det flere av informantene oftest refererer til, er kroppen som et uttrykk for følelser. For eksempel beskriver én av informantene at pasienten ser ut til å være *"duknaaket"*, å aldri *"få rettet seg opp"*. Dette tolker terapeuten som et uttrykk for depressive følelser av å ikke ha verdi. Utsagnet illustrerer hvordan en kan oppfatte

kroppen som et uttrykk for følelser, personlighet og problemstilling samtidig. Dette kan relateres til det kroppsorientert teori benevner som *den emosjonelle anatomien*, som beskriver relativt varige emosjonelle kroppstilstander, til forskjell fra det emosjonelle uttrykket som er kroppstilstander i stadig endring (Sletvold, 2005). Flere av informantene utelater å trekke inn det personlighetsmessige ved kroppslige uttrykk, og beskriver kroppen som uttrykker følelser, i betydningen følelser som dukker opp i terapi, og som noe de eksplisitt ser etter.

Dette impliserer at hva man velger å se etter er knyttet opp til ulike målsetninger i terapiprosessen; fra det å benytte kroppen som en måte å bli kjent med hele personen, til det å legge merke til uttrykk som en form for “markør” som bidrar til å styre terapiprosessen. Disse ulike målsetningene kan også tenkes å reflektere lengden på terapiforløpet. Det er rimelig å anta at det å bli kjent med hele personen er en tidkrevende prosess. Det vil stå i konflikt med et økende krav om effektivisering av psykologisk behandling og behovet for metoder som raskt kan frembringe en endring i pasientens problematikk.

Uavhengig av hvilke kroppslige uttrykk det fokuseres på, fremstår beskrivelsene av sammenhenger mellom uttrykk og følelse som noe informantene har intuitiv kunnskap om, og ikke noe de eksplisitt har lært, for eksempel gjennom studiet. Dette kan henge sammen med det som blir vist gjennom spedbarnsforskning, som viser til at vi er født med en evne til å gjenkjenne kroppslige uttrykk og følelser, som videre blir forsterket og utviklet gjennom tidlige tilknytningsrelasjoner (Hart, 2009; Stern, 1985). Et unntak fra dette kan være beskrivelser av teori hvor helt spesifikke kroppslige markører sier noe om personens form for angstreaksjon, og dermed informerer terapeuten i valg av intervensjon. Dette beskrives som en eksplisitt lærdom fra teori: “*Det er sånn som man ikke...jeg ble i alle fall ikke født med den kunnskapen i hodet mitt.*” Flere nevner verdien av å trene opp en observasjonsevne, i betydningen en økt sensitivitet og et skarpere blikk, i tillegg til lært kunnskap om hvilke emosjonelle uttrykk som kan følges av bestemte intervensjoner. Ut ifra informantenes



beskrivelser er det uklart på hvilken måte denne observasjonsevnen trenes opp. Som noen av informantene foreslår, kan terapeuter være ulike med hensyn til hvor sensitivt de klarer å fange opp nyanser i pasientens emosjonelle uttrykk. Vi tenker noe av dette kan handle om en manglende kunnskap om hva en skal se etter, og hvordan denne informasjonen skal benyttes.

Informantene beskriver ulik tolkning av symptomer som er kroppslige, som for eksempel angst. En problemstilling knyttet til dette er hvorvidt terapeuter forstår symptomer på "face value" eller som uttrykk for noe annet, mer underliggende. Implisitt i dette ligger det også en formening om hvordan de forstår kroppens rolle i det psykiske liv og i terapi. Én av informantene uttrykker: *"Altså, jeg er kanskje litt sånn enkel og nøktern i min forklaring der jeg tenker at angst er angst, det er ikke uttrykk for noe mer enn det."* Mens en annen beskriver:

*Sånn at kroppen.. reagerer med en slags angstreaksjon for å.. ikke sant, for å avverge den situasjonen som man skal gjøre et eller annet for å komme seg unna den situasjonen. Hvor man blir tvunget inn i å føle på akkurat den følelsen.*

Begge informantene nevner eksponering og desensitivisering av angstreaksjonen som et formål med behandlingen, og begge benytter en oppmerksomhet på pasientens kroppslige reaksjoner som metode for å oppnå dette. Men der den førstnevnte forklarer at det er angsten i seg selv som er det som utgjør problemet: *"Så tror jeg gjerne at det er de kroppslige tingene som foreligger, gjerne faktisk er de tingene som er der. At en kan ta det litt sånn på face value."*, legger den sistnevnte til at etter angsten er regulert:

*... må du kanskje bytte ut, sant når du, når det går greit så kan du kanskje til og med erstatte angstopplevelsen med den.. kroppslige følelsen av den følelsen som faktisk .. oppstod i den situasjonen men som, ikke var så grei å.. ha med å gjøre.*

Behandlingsmessig kan en tolke det dit hen at en enten er fokusert mot angstreduksjon alene, eller angstreduksjon som et utgangspunkt for tilgangen til andre

følelser. Kroppslige uttrykk blir her forstått som noe mer enkeltstående og uhensiktsmessig, eller som noe i sammenheng med andre deler av pasientens følelsesliv og personlige utvikling.

### **Kroppsfokus som bevisstgjøring av følelser**

Å ha lite bevissthet om egne følelser og vansker med affektregulering, er faktorer vi ser innenfor flere psykiske lidelser (Schanche, Hjeltnes, Berggraf, & Ulvenes, 2013). Ett av målene i terapi handler derfor om å hjelpe pasienten til å kunne forholde seg til egne følelser gjennom å oppleve og forstå disse (Campbell-Sills & Barlow, 2007; Fosha, 2000). Våre resultater gjenspeiler dette på flere måter. Både informantene i intervjuene og deltakerne i spørreskjemaet svarer at de er opptatt av hvordan kroppen sanses fra innsiden (se figur 2). Flere rapporterer samtidig at de ber pasienten rette oppmerksomheten mot kroppslige fornemmelser (se figur 4). Det informantene også nevner, er hvordan de prøver å bevisstgjøre pasienten gjennom å rette fokus mot det kroppslige uttrykket. Dette kan både være å påpeke et misforhold mellom det pasienten sier og det de uttrykker, og fremheve det pasienten nonverbalt kommuniserer.

I likhet med Elliot, Watson, Goldman og Greenberg (2004) beskriver informantene hvordan det å be pasienten rette fokus mot kroppslige fornemmelser, handler om å identifisere en følelse for å bli klar over hvordan en har det: *“Om du er sint eller om du er lei deg, eller om du liksom er flau, skammer deg. Det er primært kroppen som forteller deg om det her foregår eller ikke.”* Dette kan trekkes videre til Perls, Hefferline og Goodmans (1951) poeng om at når vi vet hvordan vi har det, så er det også mulig å kunne reagere på en adaptiv måte. Flere av informantene knytter denne bevisstgjøringen opp mot å språkliggjøre de kroppslige opplevelsene:

*Du må på en måte igjennom den der meningsdannelsen og språkliggjøringen av det. Sånn at vi jobber jo mye, også da sånn, med å sette ord på opplevelser, beskrive opplevelser, men selve opplevelsen er jo det viktigste.*

Å hjelpe pasienten til å sette ord på fornemmelser i kroppen kan dermed bidra til å gi mening til egne følelser. Dette kan knyttes opp mot det vidtdekkende begrepet *mentalisering*, som også handler om å kunne forstå sine egne følelser: ”God mentalisering kan beskrives som evner til å føle klarere” (Skårderud, Sommerfeldt, & Fonagy, 2012, s. 8). Én av informantene trekker også frem med hensyn til det språklige:

*Altså jeg trenger ikke å vite noe om det konkrete innholdet i hva de opplever og sånt, men jeg skal hjelpe de med å holde prosessen i gang (...) dette er en måte å få de til å vende seg innover, vende oppmerksomheten innover. Og da vil snakking forstyrre.*

I denne terapien blir det satt av tid på slutten av timen for å snakke om det pasienten har opplevd gjennom å kjenne på kroppen. Her vektlegges det i stor grad hvordan opplevelsen er det vesentlige, og deretter skjer språkliggjøringen. Gendlin (1996) fremhever også betydningen av å gi pasienter rom til å kjenne etter før verbalisering. Dette kan tyde på at det å gi rom til å kjenne etter i en terapitime, kan tilføre noe viktig i den terapeutiske prosessen.

I følge Greenberg (2004) kjennetegnes emosjonell bevissthet av evnen til å kjenne på følelser slik de oppstår i kroppen, og ikke av evnen til å kunne tenke om de. Flere av informantene fremhever hvordan de er opptatt av om samtalen med pasienten har en emosjonell kvalitet ved seg. For at det å snakke om følelser skal ha en effekt, må den kroppslige opplevelsen samtidig være tilstede:

*Har det å gjøre med, rett og slett, at vedkommende er så fjern fra sin egen kropp liksom, eller sine egne opplevelser, at det blir bare sånn tørt preik der? (...) Det er noe av det*

*som gjør at det blir en overfladisk samtale, sant altså, at man har ikke, man er ikke ordentlig i kontakt.*

Hun beskriver at hun adresserer denne diskrepansen, ikke ved å be pasienten kjenne etter, men ved å spørre åpent: *“...høre litt om de føler at det de sier er noe de har følelsesmessig kontakt med, eller om dette er noe de har hørt at de skal si, altså.”* Videre beskriver hun hva dette kan føre til av endring hos pasienten:

*Og det kan kanskje lede inn til en annen diskusjon med vedkommende, altså at folk kan si det at: “Jada men dette er sånn som jeg pleier å si. Dette er sånn som jeg har trodd at det handler om.” (...)* Og ofte så medfører det en endring. *At vedkommende faller litt mer sånn inn i seg selv, eller får litt bedre kontakt med seg selv, og sier kanskje det at: “Jeg er så usikker når jeg sitter her, jeg vet ikke helt hva jeg skal si. Jeg har ikke noe å si, jeg kjenner meg selv så dårlig.”* Altså, så, *det kan jo medføre en helt annen samtale.*

Utdraget viser at selv om terapeuten ikke direkte adresserer kroppslige fornemmelser med pasienten, kan det likevel forstås som at intervensjonen fører til at vedkommende kommer mer i kontakt med sin emosjonelle tilstand. Dette illustrerer at ulike måter å arbeide med kroppen på kan føre til det samme.

### **Kroppen kan ”vise vei”**

Gjennom intervjuene har vi funnet hvordan kroppen både kan være en kilde til nye erfaringer og emosjonelle tilstander, men også den måten en kan få tilgang til tidligere erfaringer. Ut ifra spørreskjemaene kan vi se at det er et mindretall som rapporterer at de bruker bevegelse som metode som en sentral del av sin praksis (se figur 6). De metodene som det blir spurt etter, er imidlertid spesifikke intervensjoner som tar for seg bevegelse som utforskning av blant annet tanker og følelser. Andre måter der kroppen kan bidra til nye erfaringer har kommet frem gjennom beskrivelsene fra informantene, for eksempel hvordan kroppen er en vesentlig del av eksponeringsøvelser.

Flere av informantene nevner det å gjøre noe med kroppen som en tilgang til nye erfaringer i terapiprosessen, men beskrivelsene av hvordan dette blir gjort, og hensikten med å gjøre det på den måten, varierer. Én av informantene beskriver hvordan det å vise noe med kroppen er et alternativ til å utforske det kognitivt: *“Okay kan du vise med hånden din hvor den grensen mangler, kan du vise hvor går grensen mellom meg og deg?”*. Her vil det å tilføre en kroppslig dimensjon i terapien, være en måte å prøve og etablere en ressurs for å skape en endring i fastlåste reaksjonsmønstre. Andre måter kroppen kan være en inngangsport til endring eksemplifiseres av informanter som benytter atferdsteoretisk eksponeringsterapi. Her blir det trukket frem at kroppen er essensiell for å tilegne seg nye erfaringer: *“Altså hvis du har en fobi, det hjelper jo ikke å bare sitte og så prate vet du. Du må fly. I’m sorry. Det er ikke mulig å komme forbi en flyfobi uten at du flyr.”* I begge disse eksemplene ser vi at en kroppslig erfaring blir vektlagt for å skape endring. Likevel er det tydelige forskjeller mellom de ulike metodene i hvordan å oppnå en slik endring. I den første metoden brukes det bevegelse for å kunne illustrere en personlig grense, som et alternativ til det å si det eller tenke det, mens gjennom det andre eksempelet vektlegges det at man fysisk må utføre en handling, for at endringen skal skje. En annen informant legger til hvordan det å manipulere kroppsholdning og ansiktsuttrykk under en eksponeringssituasjon bidrar til effekten av eksponeringen:

*Prøv å liksom, koble av og sånn, prøv å fortell, prøv å fortell hjernen din at dette ikke er farlig, ved å liksom oppføre deg som om det ikke var farlig. Altså reaksjonen kommer, men prøv å få liksom styr på kroppen din. Du kan bestemme deg for å liksom ikke stramme alt av muskler og sånn. Det har du kontroll på selv om du er veldig redd.*

Facial feedback-teori blir av denne informanten trukket frem som måten en kan forstå dette på. Ekman (1993) demonstrerte at aktivisering av ansiktsmuskulatur gav endringer i det autonome nervesystemet og påfølgende emosjonelle endringer. Hans observasjoner gir et

eksperimentelt holdepunkt for at emosjoner påvirkes direkte ved endringer i muskulær aktivitet. Alle disse eksemplene illustrerer hvordan en kan utfordre automatiske handlingsmønstre gjennom å prøve ut nye kroppslige handlinger og bevegelser. Dette kan settes opp mot metoder hvor fokuset er på å følge kroppens spontane bevegelser, hvor en kan få tilgang til erfaringer og følelser som pasienten i mindre grad er bevisst:

*...altså de går ikke bardus inn i en dramatisk situasjon, det utvikler seg langsomt, det kan begynne med musklene i en hånd, eller en arm, eller hvor det er. Og så sprer det seg, og så utvikler det seg, og så blir det en helhetlig bevegelse, og så kommer det bilder. Og det viser seg ofte også at når det begynner å løse på disse knutene, som jeg kaller det for, så ramler det plutselig ut bilder, de bare kommer strømmende på, nesten som en film altså.*

Det som beskrives i utdraget kan belyses gjennom teori om implisitt, eller prosedural, hukommelse. Rothschild (2004) beskriver hvordan hendelser kan innkodes både eksplisitt og implisitt, men at koblingene mellom disse to systemene ikke alltid er tilstede. Hun beskriver videre hvordan det å legge merke til og identifisere sanseintrykk vil kunne fungere som “cues” til å eksplisitt gjenkjenne sammenhenger til tidligere erfaringer. I barnets utvikling har man sett at uheldige samspillserfaringer og traumer, blir lagret som *kroppslige erindringer* (Levine & Kline, 2011). Disse er ofte ubevisste og ikke språklig tilgjengelig, men kommer til uttrykk i nervesystemet (Hart, 2012). Fenomenet blir gjerne benevnet som et eksempel på “kroppens hukommelse”, noe den samme informanten beskriver som sin forståelsesramme: *“Så vi lærer ikke bare med hele hodet, men vi lærer med hele kroppen. Og hukommelsen sitter ikke bare her, men den sitter i hele kroppen.”* Dette kan knyttes opp til hukommelsesforskning som viser hvordan kroppslige minner aktiveres gjennom muskler forbundet med en bestemt posisjon eller en handling (Rothschild, 2004). Dette tyder på at gjennom kroppen er det mulig å få tilgang til disse kroppslige erindringene. I en terapisisituasjon, kan det å bli bevisst vanskelige erfaringer fra barndommen bety at man også

får mulighet til å bearbeide disse på en hensiktsmessig måte, gjennom en større refleksjonsevne og forståelse for egen utviklingshistorie.

Vi har sett hvordan bevegelser og handlinger blir vektlagt for å skape endring. Eksemplene vi har brukt illustrerer hvordan en kan utfordre automatiske handlingsmønstre gjennom å prøve ut nye kroppslige handlinger og bevegelser. Dette kan settes opp mot metoder hvor fokuset er på å følge kroppens spontane bevegelser der kroppen er kilden til de tidlige erfaringene.

### **Terapeuten kan benytte egen kropp som veiledende i terapi**

Alle informantene gir beskrivelser av at de blir påvirket av pasienten og hvordan de knytter dette til opplevelser ved egen kropp. I spørreskjemaet rapporterer flertallet at de benytter seg av egne kroppslige fornemmelser som orientering om hvordan pasienten har det i timen (se figur 8). Videre ser vi at det er færre som tematiserer sine egne kroppslige opplevelser. Denne tendensen gjenspeiles også i det informantene beskriver. Gjennom intervjuene har vi fått belyst andre måter å benytte seg av egne kroppslige fornemmelser, enn å tematisere disse direkte overfor pasienten.

Flere av informantene fremmer nytteverdien av de kroppslige fornemmelsene, blant annet ved at det gir en indikasjon på hvor pasienten *er* i timen. Hva de kjenner kan videre være veiledende for hva de velger å gjøre i terapien, som å hjelpe pasienten til å reguleres opp eller ned i aktiveringsnivå. Bråten og Gallese (2004) beskriver hvordan vi erkjenner den implisitte kunnskapen vi har om andres følelser gjennom vår egen kropp. Informantene gir beskrivelser som tyder på at det de opplever, er reaksjoner på noe pasienten formidler nonverbalt. Noen beskriver dette som reaksjoner på tydelige uttrykk ved pasienten, for eksempel sterk angst eller sorg, mens andre beskriver å måtte basere seg på det de kjenner i egen kropp, uten at de er bevisst hva det er ved pasienten de reagerer på. Flere av informantene bruker begrepet speilnevroner (Gallese, 2003; Rizzolatti, Fogassi, & Gallese,

2001) for å forklare hva som skjer i deres egen kropp. Funn fra speilnevronforskningen gir indikasjoner på at det i all mellommenneskelig interaksjon foregår en ubevisst induksjon i hva den andre føler (Bråten & Gallese, 2004).

Motoverføring blir nevnt av flere av informantene for å forklare det som skjer i dem selv i en terapitime, og forstås generelt som terapeutens totale reaksjonsmønster overfor pasienten (Knutson, 1999). I motoverføringsbegrepet ligger også terapeutens egne konflikter som kommer frem i møte med pasienten. Sandler (1976) beskriver hvordan motoverføring både kan betraktes som noe ønskelig og terapeutisk nyttig, men også som noe som er uønsket og farlig. Noen av informantene fremhever at det kreves en sorteringsprosess for å avgjøre om det de kjenner på handler om pasienten, relasjonen eller om seg selv.

Samtidig som informantene beskriver hvordan de må romme pasienten, beskriver de en bevissthet rundt hvordan deres kroppslige uttrykk også spiller inn i terapien. Ansiktsuttrykk, kroppsholdning eller måte å snakke på, tenker de er med å påvirke samspillet. Betydningen av ansiktsuttrykk, for kontakten mellom, og den gjensidige påvirkningen av hverandres autonome nervesystemer, blir diskutert av Hart og Kæreby (2009). De viser hvordan kommunikasjonen mellom terapeut og klient foregår på et autonomt nivå, der ansiktsuttrykket til terapeuten direkte påvirker det autonome nervesystemet til pasienten. Dette kan tyde på at hvordan terapeuten håndterer sitt kroppslige uttrykk, vil påvirke pasientens aktivering. I samsvar med dette beskriver noen av informantene hvordan de regulerer sitt eget uttrykk i møte med pasienten for å kunne vise en trygghet. Noen ganger gjenspeiler ikke dette uttrykket terapeutens egen indre tilstand, men det etterstrebes allikevel, for å fremme den terapeutiske prosessen.

Vi ser at det å manipulere eget kroppsuttrykk kan bli beskrevet som noe hensiktsmessig for terapiprosessen. Searles (2013) peker på den motsatte effekten. I følge



ham kan undertrykking av vanskelige reaksjoner hos terapeuten bidra til at disse kommer til uttrykk på indirekte og uheldige måter. Dette poenget blir illustrert av én av informantene:

*Jeg gjør feil fordi jeg kjenner at jeg ikke liker denne klienten, eller jeg kjenner jeg blir redd for denne klienten, og det burde jeg ikke bli. Eller, jeg kjenner jeg blir tiltrukket av denne klienten, og det burde jeg i hvert fall ikke bli. Og det å mer se; men hva er dette et uttrykk for? Hva er det som skjer? Hva slags informasjon ligger i det du føler?*

Informanten peker på at i stedet for å undertrykke vanskelige følelser, så kan det være mer hensiktsmessig å benytte disse reaksjonene som veiledende for terapiprosessen. Det å gjøre seg bevisst også reaksjoner som kan føles uakseptable, blir dermed viktig. For at terapeuter skal kunne akseptere og forstå vanskelige følelser som oppstår i møte med pasienter, trekker også informanten inn hvordan det å ha et språk for opplevelsene er nødvendig: *Altså det er å hjelpe psykologer til å kunne både våge å sette ord på det, alt det de kjenner. For de fleste kjenner jo ganske mye, men det er ikke ord for det. Og det å, det å finne måter å forstå det på, og utforske det, så det ikke blir farlig.*

**Kroppslig selvivaretagelse.** Yalom (2009) skriver at terapeutens mest verdifulle instrument er terapeuten selv, og at terapeuten må være oppmerksom på og utvikle indre styrke til å takle de vanskelige yrkesmessige utfordringene. I vårt materiale har vi knyttet selvivaretagelse opp mot det å ta vare på kroppen. Hvordan informantene tar i bruk kroppslige metoder før og etter timen, har vi spurt etter både i spørreskjemaet og i intervjuene. I spørreskjemaet er det omtrent en fjerdedel som rapporterer at de benytter seg av en form for kroppslig metode før eller etter timen (se figur 8). Derimot er det uklart hvorvidt disse metodene kan sies å direkte handle om selvivaretagelse.

Én av informantene beskriver at han tar vare på seg selv ved å ikke ha for mange tunge terapiprosesser gående samtidig. Dette kan relateres til Rothschild (2002) som hevder at hundre prosent empati kan være farlig for terapeuter på lengre sikt. Hun trekker frem flere

måter å redusere uheldige konsekvenser av å stå i tunge prosesser i terapirommet. Flere av disse har en kroppslig komponent ved seg, for eksempel anbefaler hun det å unngå å sitte helt rolig og speile pasientens ansiktsuttrykk og fakter, å sørge for fysisk bevegelse og å unngå små terapirom. Gjennom dette vil det være enklere for terapauten å skape mental avstand og kontrollere empatien. Dette kan sees i sammenheng med noe Isdal (2012) sier: “alt for mange psykologer går alene med plagene sine, men det er farlig å være flink hele tiden. Skal du være sterk, må du også ha et sted å være svak.” Det minner om et utsagn fra én av informantene:

*Jeg mener at man som psykolog, for å holde ut i et sånt yrke, i hvert fall hvis man er terapeut, å sørge for hele yrkeslivet igjennom å ha noen å drøfte ting med. Man kan ikke sitte alene med disse tingene. Sant, altså, man må snakke med kolleger, eller ha en veileder som man av og til snakker med. Så det er en del av sånn selvivaretagelse altså.*

### **Å justere seg etter pasientens toleranse for kropp**

Gjennom intervjuene har det fremkommet beskrivelser av at terapeutene foretar en rekke vurderinger med hensyn til et kroppslig fokus. Beskrivelser av dette har vært nærmest like sentralt som beskrivelser av konkrete metoder de har som er kroppslig basert. Dette viser at vurderinger står sentralt i det å inkludere det kroppslige i terapi. Informantene fremhever at det å arbeide med et kroppslig fokus ikke bare utgjør en ressurs, men at det er et område hvor man også kan risikere å trå feil. Dette impliserer at kunnskap knyttet til disse vurderingene kan være viktig for å fremme et godt terapiforløp. Dilemmaet mellom betydningen og begrensningene blir forklart gjennom at pasientens problemer ofte er nært knyttet til vansker med kroppen, og at det nettopp derfor vil være utfordrende å arbeide med. En av informantene gir et eksempel på hvordan et kroppslig fokus kan fremprovosere motstand hos pasienten:

*[Jeg] anerkjente at: “det var flott at du, altså du har funnet en måte å håndtere dette vanskelige på, men hva om du kanskje skulle kjenne litt mer etter på følelsen før du går opp i*

*den å være vitne til?” Og så slo han i bordet, og så ropte han til meg at det var greit nok for meg å si det, men for ham som hadde opplevd så mye jævlig, så var det viktig å ha, han ville ikke inn i de følelsene. Og det, det må jo han få velge.*

Terapeuten fremhever her pasientens eget valg, samtidig er hun tydelig på at hun mener det å integrere kroppen er nødvendig for terapiprosessen. Dette utgjør et sentralt dilemma som terapeuter må forholde seg til i terapi generelt; valget mellom å utfordre pasienten eller å gå med på pasientens behov for å holde avstand fra det som er eller har vært vanskelig i livet. I lys av resten av intervjuet med denne informanten er det mer fremtredende hvordan hun går frem for å unngå denne typen situasjoner, blant annet ved å vektlegge en grundig introduksjon og tilvenningsprosess for å skape allianse med pasienten om å inkludere kroppslige aspekt som del av terapien. Én av informantene utdyper dette ved å forklare hvordan observasjon av pasientens kroppslige uttrykk blir viktig for å forhindre at pasienten ikke tåler å være i terapien, eller i verste fall dropper ut:

*Så det blir viktig å passe på at de ikke, at de ikke har det kjempefælt. Det er jo helt grusomt å ha angst. (...) Hvis du ikke følger med på det her, så vet du ikke om de er innenfor toleransevinduet sitt. Eller sant, kanskje de ikke kommer tilbake neste gang fordi, at det rett og slett føles så fælt å være i terapi. Fysisk.*

Eksempelen illustrerer hvordan det å benytte seg av et kroppslig fokus i terapi bidrar til å sikre et godt terapiforløp, gjennom å skape trygghet nok til at pasienten skal klare å gjennomføre behandlingen.

Det å forholde seg til pasientens toleransevindu blir også av andre trukket frem som en modell som veileder prosessen. Modellen blir benyttet som en illustrasjon på hvilken tilstand en bør etterstrebe for at pasienten skal kunne klare å arbeide med integrering av nye erfaringer, for eksempel det å utforske opplevelser som har vært vanskelige å forholde seg til. Innenfor nyere traumeteori er det vanlig å beskrive terapiprosessen som bestående av flere

faser, hvor den første fasen vil ha fokus rettet mot det å hjelpe pasienten til å bli bevisst svingningene i aktiveringsnivå, og finne metoder for å regulere seg enten opp eller ned for å komme innenfor sitt eget toleransevindu (Ogden & Fisher, 2015; Siegel, 2012). Når pasienten viser en styrket evne til å styre disse prosessene, vil neste fase være mer rettet mot eksponering og det å bearbeide traumehendelser. Begge deler vil innebære å arbeide med et fokus på kroppslige reaksjoner og utnyttelsen av kroppslige ressurser som hjelper en til å skille mellom tidligere hendelser og nåtid. Også informanter som ikke benytter begrepet toleransevindu forklarer at de forholder seg til en tilsvarende vurdering. Når én av informantene refererer til et skille mellom aktivitet i viljestyrt muskulatur og mer autonome responser, beskrives dette som å ligge til grunn for en lignende avgjørelse om hvorvidt fokuset er på regulering eller eksponering. Én av informantene fremhever hvordan kroppen selv er med på å regulere det som skjer. Han presiserer dette for pasienten som en måte å skape trygghet i prosessen: *“...du kommer aldri til å ta på deg noe på denne benken som ikke du kan klare.”* Her legges det til grunn at vi gjennom kroppen forsvarer oss mot å kjenne på følelser som vi av ulike grunner ikke har kunnet uttrykke eller romme tidligere, og at denne beskyttelsen også blir med i prosessen som regulerende og styrende for hvordan en gradvis økt trygghet til å kjenne etter blir utviklet. En av informantene som driver atferdsteoretisk eksponeringsterapi trekker frem vurderinger av i hvilke situasjoner han anser det for å være kontraterapeutisk å drive med eksponering. Sett i lys av det som er nevnt tidligere, kan man undersøke hvorvidt dette delvis handler om en manglende forutsetning for å kunne integrere ny erfaring gjennom eksponeringssituasjonen på en hensiktsmessig måte.

Det kan tolkes som at de ulike forståelsene har det til felles at de anser det som pasientens behov for både regulering og bearbeidelse som står sentralt, og at de knytter dette til et kroppslig perspektiv. Det skaper grunn for å stille spørsmål om i hvilken grad de snakker med utgangspunkt i det samme, og på hvilken måte disse perspektivene kan sees i

sammenheng. Kanskje kan en videre utforskning av disse kroppslige aspektene, bidra til å gi et felles språk for disse prosessene og åpne opp for muligheten for å dra nytte av særskilte erfaringer ved de ulike praksisene.

Et annet vurderingsaspekt, som blir fremhevet av noen av informantene, er valget mellom å la pasienten ligge eller sitte i terapi. Spesielt én av informantene beskriver hennes rasjonale bak dette, og beskriver to vurderinger knyttet til dette, at sitteposisjonen er et nødvendig alternativ dersom pasienten er for sårbar til å ligge på benk, på den andre siden at det kan benyttes i mindre vanskelige og mer avgrensede problematikker. Begge disse vurderingene blir også trukket frem av en av de andre informantene som benytter liggende stilling på benk som del av behandlingsmetoder.

Noe vesentlig som skiller disse to terapeutene med hensyn til den liggende stillingen, er hvor de plasserer seg selv i forhold til pasienten. Mens den ene sitter bak og ute av syne for pasienten, sitter den andre ved siden av pasienten og vendt mot denne. Dette minner om forskjellen mellom Freuds psykoanalytiske metode og Reich sin karakteranalytiske, senere vegetoterapeutiske terapi, og som handler om to ulike hensyn ved valg av terapeutens kroppslige posisjon i forhold til pasienten (Sletvold, 2014). I det ene tilfellet vil pasienten i mindre grad være i direkte kontakt med terapeuten, mens i det andre vil det være et poeng at terapeuten kan følge med på pasientens kroppsuttrykk og ha mulighet for blikkontakt. Sletvold (2014) peker på at pasientene kan være ulike i hva de opplever som tryggest. De fleste terapeuter i Norge, vil i dag benytte seg av en ansikt til ansikt, sittende posisjon overfor pasienten, noe de fleste av informantene også gjør. Det få av informantene sier noe om er hvordan interaksjonen mellom terapeut og pasient, ansikt til ansikt, oppleves for pasienten. Mens effektene av å ligge i terapi er blitt problematisert som metode, peker Sletvold på at det også er grunn til å anta at en ansikt-til-ansikt-situasjon ikke nødvendigvis er mer hensiktsmessig, ettersom ansiktet er den delen av menneskekroppen som kommuniserer mest

intenst. Han peker på at overgangen til det å favorisere denne posisjonen fremstår som noe det er få refleksjoner rundt.

Beskrivelser av vurderinger informantene gjør, med hensyn til på hvilken måte det er hensiktsmessig å arbeide kroppsbasert, fremkommer som en sentral del av intervjuene. I hovedsak beskrives disse vurderingene som å være knyttet til pasientens toleranse og et valg mellom å regulere pasientens tilstand, eller å utforske følelser og situasjoner som er vanskelige for pasienten. De beskriver hvordan både fordelene og utfordringene ved å arbeide med et fokus på kropp er knyttet til pasientenes problemstilling, som ofte handler om vansker forbundet med dette. Dette kan også knyttes til vurderinger om hvorvidt pasienten bør benytte en liggende eller sittende stilling.

### **Kropp som noe fremmed og utfordrende**

I tillegg til at informantene fremhever kroppslige aspekter primært som noe nyttig for terapien, fremkommer det også fra analysen at det er aspekter ved det kroppslige som er forbundet med noe fremmed. Dette kan knyttes både til pasientens og terapeutens perspektiv, og til en større kulturell kontekst. Vi har tidligere vært inne på ulike måter pasienter kan ha vansker, med hensyn til det kroppslige. De samme problemstillingene vil potensielt også kunne gjelde terapeuter, samtidig som det vil være egne problemstillinger knyttet til rollen som terapeut. Det som har blitt trukket frem i denne sammenheng er opplevelser av å mangle kompetanse, og at det å arbeide med kroppen delvis er noe som ligger utenfor den etablerte praksisen, og som en fraværende del av studiet. Én av informantene beskriver det hun tror kan være en uheldig konsekvens av denne fremmedheten overfor kropp:

*Hvis det er vanskelig for en person eller pasient å tilnærme seg å ha opplevelser i kroppen sin, eller kanskje tilnærme seg det å ha en kropp i det hele tatt (...) hvis jeg har en strenghet, eller for mye fremmedhet i meg selv i forhold til det, så er det jo kanskje vanskelig for pasientene.*

For henne er det et mål at ingenting skal være et tabu i terapien. Aksept og vennlighet beskrives som nødvendig i møte med pasientens frykt for å nærme seg kroppen i terapi.

En annen av informantene peker på at kroppen er noe som krever en skjønnsomhet ved at man beveger seg innenfor noen intimgrenser:

*Jeg tror jeg er ganske forsiktig egentlig, enn en god del andre. Sånn som for eksempel Reich, han var jo veldig direkte (...) han påpeker folks væremåte, at de er for høflige sant (...) helt direkte, rett inn på forsvaret med en gang. Sånn gjør ikke jeg.*

Dette kan sees i sammenheng med at kroppen representerer noe personlig og sårbart. Gjennom språket så velger vi hva vi vil si, mens vi i mindre grad har denne kontrollen på hva vi uttrykker kroppslig. Kanskje vil terapeuter ha et ønske om å respektere dette kroppslige som noe privat, dersom ikke pasienten selv adresserer dette.

Kulturelle oppfatninger blir av én informant forstått som grunnleggende for hvorfor det kroppslige er fremmed for oss. Han refererer til hvordan enkelte indianerkulturer alltid tegner mennesker i Vesten med “...hodet langt over kroppen.” I tillegg poengterer han at vi fremdeles “*spiller med kortene som ble delt ut for 500 år siden, av Descartes, og kanskje før han, òg*”. Han oppfatter at konsekvensene for terapi er at kulturen kan “*gripe inn i terapi (...) og sette stengsler*”, fordi vi ikke kjenner mulighetene som ligger i kroppen, og et syn på følelser som noe som må kontrolleres. Informantens forståelse kan settes i sammenheng med det Damasio (2001) fremhever; at kroppen og følelser er en sentral del av rasjonaliteten.

Kultur og normer er med på å danne en uskreven kontrakt for hva man kan forvente i en terapisisuasjon. Dette ser vi blir spesielt fremtredende med hensyn til bruk av berøring i terapi. Informantene gir tydelig uttrykk for at dette er utenfor den etablerte praksisen. Datamaterialet fra både spørreskjema og intervju indikerer at flertallet enten er restriktive til, eller unngår å benytte berøring som en terapeutisk metode (se figur 7). Informantene begrunner dette med at det kan ha utilsiktede effekter på pasienten, at det oppleves som rart å

skulle gjøre det, eller en frykt for at det kan virke alternativt og uprofesjonelt ovenfor både pasienter og kolleger. Én informant hevder at gjennom bevegelsen fra én- til topersonspsykologi ble terapeutens innflytelse på pasienten mer anerkjent, og at dette fikk betydning for hvordan berøring både blir forstått og praktisert i dag. Dette innebærer et større fokus på berøringens relasjonelle kvalitet. Samtidig har dette en subjektiv side ved at samme type berøring kan bety forskjellige ting for ulike personer (Leijssen, 2006).

For å ivareta pasientens sårbare posisjon har det i senere tid blitt utarbeidet etiske retningslinjer for psykologer. Berøring oppleves for mange som fremmed i en terapeutisk kontekst, og noen knytter dette til psykologutdanningen. I en gjennomgang av *Etiske Prinsipper For Nordiske Psykologer* finner vi imidlertid ingen informasjon som eksplisitt sier noe om berøring. Det som nevnes er derimot intimitet og seksuell omgang: “Psykologen er oppmerksom på hvordan intimitet og seksualitet direkte og indirekte kan påvirke relasjonen mellom psykolog og klient. Psykologen unngår privatisering og seksualisering av klientrelasjoner. Seksuell omgang mellom psykolog og klient skal ikke forekomme.” (Norsk Psykologforening, 1998).

Assosiasjoner mellom berøring og det seksuelle blir kort trukket frem gjennom noen av intervjuene. Det har vært lite forskning på denne koblingen, men i et studie av Milakovich (1998) fremkommer det at innen terapier som benytter seg av kroppslige måter å jobbe på (fysisk berøring av pasienten), er det ikke høyere forekomst av seksuelle relasjoner mellom pasient og terapeut enn i andre retninger. Leijssen (2006) peker på at vestlig kultur kan være en faktor som bidrar til at “etiske hensyn og bekymringer har en tendens til å reduseres til en frykt om at berøring vil føre til utnyttende seksuell interaksjon” (s. 140).

Én av informantene poengterer at berøring alene ikke er det som kan oppleves som intimt for pasienten:



*Jeg bruker jo veldig mye tonefall og blikk, sant. Som jo er mange ganger minst like sterkt som berøring. Hvis en tenker ikke fysisk, altså det er jo en fysisk kontakt det òg. Det er jo ingenting som er så sterkt som en blikkberøring.*

På tross av at berøring oppleves som et problematisk tema for informantene, forteller mange, både i spørreskjema og i intervjuene at de berører pasienten gjennom håndtrykk, et klapp på skulderen og noen ganger en klem (se figur 7). Det virker altså som denne formen for berøring oppleves som mindre fremmed og utfordrende å benytte i en terapeutisk kontekst. Vi tenker dette kan henge sammen med at gester som håndtrykk og klem er vanlige sosiale omgangsformer i vår kultur, som dermed også blir en del av behandlingskontrakten. Likevel kan det, som en av informantene påpeker, være problematisk å benytte seg av sosiale berøringer uten å ha et reflektert forhold til hvordan dette kan oppleves for pasienten.

Våre første kommunikative erfaringer skjer via kroppen og affektene våre (Stern, 1985), og omsorg via fysisk berøring er en sentral del av dette tidlige samspillet. Dette aspektet virker ikke å være like overførbart til den terapeutiske relasjonen, selv om det er en naturlig del av andre tilknytningsrelasjoner. Imidlertid kan denne forskjellen nettopp representere en implisitt kontrakt på hva en psykologisk behandling skal inneholde:

*Og det gjelder nok alle nesten tror jeg, som jobber kroppsorientert. Det har skjedd en forandring, fordi at en har blitt mer klar over hvor sterk intervensjon det er, med fysisk berøring når vi samtidig jobber, altså psykoterapeutisk, for en psykomotorisk behandling trenger det jo ikke å være så sterkt, selv om det ofte er det. Det er jo sterkere der og enn de er klar over. Men der er på en måte kontrakten tydeligere på at "jeg går der og skal jobbe med min kropp."*

Gjennom intervjuene har det blitt trukket frem hvordan aspekter ved det kroppslige er forbundet med noe fremmed. Dette kan sees på både fra et pasient- og terapeutperspektiv, men også som noe kulturelt. Det har blitt fremhevet at det er begrensninger i kulturen ved at

kropp og følelser er underlagt det rasjonelle, og at dette er med på å danne en uskreven kontrakt for hvilken rolle kroppen tillegges i den terapeutiske situasjonen. Problemstillinger knyttet til berøring står frem som et eksempel på dette, ved at holdninger mot å benytte berøring ikke nødvendigvis samsvarer med hva forskning tilsier.

Hvilken kontrakt som til en hver tid representerer forventningene for psykoterapeutisk praksis, er knyttet til hva det er forventet at terapeuter skal kunne. Det er rimelig å stille spørsmålet om hva det vil ha å si for individet når kropp og psyke blir fordelt over ulike fagfelt, eksempelvis mellom leger, psykomotoriske fysioterapeuter og psykologer. Dette er spesielt problematisk når problemstillingene det gjelder kan være de samme. Samtidig ligger det begrensninger i hvor mye et fagfelt kan romme av kunnskap. Informantene har gjennom intervjuene fremhevet noen av grensene de opplever å forholde seg til med hensyn til det kroppslige. Det vil stadig være behov for å diskutere disse grensene, noe videre forskning på kropp-psyke-relasjonen vil kunne bidra med å definere.

### **Implikasjoner for forskning og utdanningsforløp**

Psykologers forståelse av hvordan de inkluderer kroppen i sitt terapeutiske virke, er så vidt oss bekjent, ikke tidligere undersøkt i norsk sammenheng. Våre funn, sammen med en tilsvarende svensk kvalitativ studie (Vikström, 2011), tilsier at dette er noe psykologer gjør. Nesten alle beskriver det kroppslige som en viktig del av terapien. Samtidig er det stor variasjon i hva de gjør, og når og hvorfor de gjør dette. Mens det finnes forskning som underbygger betydningen av det å inkludere kroppen i terapi, så opplever vi et manglende fokus på hvordan dette kan implementeres som del av den etablerte kliniske praksisen i Norge. Vi opplever at når våre informanter og deltakere rapporterer at dette er noe de gjør, så er det rimelig å undersøke nærmere hvorfor de gjør dette. Forskning som undersøker hvordan det å inkludere kroppslige aspekter påvirker terapiprosessen, vil kunne bidra til en større forståelse for hvordan psykologer kan inkludere kroppslige fenomen i sin psykologisk

praksis til beste for sine pasienter. Blant annet opplever vi at det trengs mer kunnskap om hvordan nonverbal kommunikasjon påvirker den terapeutiske relasjonen, da det er godt dokumentert hvordan samspillsprosesser i stor grad er nonverbale. Denne kunnskapen kan involvere kjennskap til hvordan affekt uttrykkes gjennom kroppen, hvordan affektive tilstander hos pasienten kan fanges opp via terapeutens kropp, og også hvordan terapeutenes kroppslige uttrykk påvirker det gjensidige samspillet.

Kunnskap om kroppslige fenomen har også implikasjoner for psykologiutdanningen. Fokuset på kroppen i vår psykologiutdanning har i stor grad vært forstått synonymt med fysiologiske prosesser. Det har derimot vært lite fokus på hvordan denne kunnskapen kan overføres til klinisk praksis. Dette støttes også av informantene som beskriver at de har tilegnet seg mye av sin kunnskap om kroppslige fenomener i psykoterapi etter grunnutdannelsen. Slik som noen av informantene nevner er den kunnskapen de har om kroppen, ikke lett å formidle verbalt, da den har utviklet seg gjennom erfaringer fra praksis. Kunnskapen kan derfor karakteriseres som taus kunnskap, i betydning at den ikke formuleres i fagtermer, men huskes i handling (Schön, 1983). Dette har også implikasjoner for hvordan denne kunnskapen bør formidles gjennom studiet. Det kan for eksempel være behov for mer bruk av video eller praktiske øvelser. Inkludering av mindfulness-baserte teknikker, og nylig inkludering av ISTDP i læreplanen, representerer en utvikling mot at kroppen blir tillagt større klinisk verdi i utdanningsforløpet. Vi mener at det kroppslige fokuset ikke trenger å begrense seg til enkeltstående kurs, men være noe som er en integrert del gjennom hele studiet, og spesielt med henblikk på klinisk anvendelse.

Vi ser det også som nødvendig at det inkluderes mer kunnskap om god selvivaretagelse i terapeutrollen ved utdannelsen, i tråd med det noen av informantene også fremhever. Slik Rothschild (2002) er inne på, vil dette innebære flere kroppslige elementer. Isdal (2012) peker også på at psykologer er preget av en flinkhetsideal, noe som gjør det

spesielt nødvendig å skape rom for den sårbarheten som er knyttet til terapeutrollen. Én av informantene trekker frem at dette også handler om en bevisstgjøring om hva som skjer i en selv i møte med en pasient, og behovet for å ha et språk omkring dette. Med andre ord trengs et språk for kroppslige erfaringer.

### **Sammenfatning**

I denne studien har vi utforsket psykologers forståelse av hvordan de inkluderer kroppen i sitt terapeutiske virke. Det overordnede funnet fra analysene er at en hovedvekten av psykologene i begge utvalg rapporterer at de inkluderer kroppen primært gjennom observasjon av pasientens nonverbale uttrykk og ved å tematisere kroppslige uttrykk og fornemmelser hos pasienten. De fleste beskriver også å benytte fornemmelser i egen kropp som veiledende for terapien. Noen av informantene beskriver i tillegg å arbeide med kroppslige bevegelser og handling. Flertallet unngår, eller er restriktive til, å benytte berøring som en terapeutisk metode.

Vi har sett at det informantene ser etter, kan være bestemt ut ifra hvilke formål man har med terapien. Informantene fremstiller evnen til å forstå pasientens emosjonelle uttrykk som noe intuitivt, mens en økt sensitivitet i å legge merke til uttrykkene er en evne som trenes opp gjennom erfaring. Et mål for mange er å hjelpe pasienten til å oppleve egne følelser og forstå disse. Beskrivelsene fra noen av terapeutene illustrerer hvordan en kan utfordre automatiske handlingsmønstre gjennom å prøve ut nye kroppslige handlinger og bevegelser. Dette kan settes opp mot metoder hvor det vektlegges å følge kroppens spontane bevegelser der kroppen tenkes å være en kilde for tilgang og forståelse av tidligere erfaringer. Informantene beskriver at de gjennom en bevissthet på egen kropp, både legger merke til hvordan de blir påvirket av, men også hvordan de selv påvirker pasienten. Med hensyn til hvordan terapeuten forholder seg til at de selv påvirker pasienten gjennom sitt kroppslige uttrykk, trekkes det frem at de gjør dette både ved å forsøke å fremstå annerledes enn slik de

kjenner det, eller først og fremst være seg bevisst dette og snu det til en forståelse som kan benyttes i terapien. Hvordan terapeuten kroppslig ivaretar seg selv før, under og etter timen, er også blitt beskrevet. Vurderinger informantene gjør, med hensyn til på hvilken måte det er hensiktsmessig å arbeide kroppsbasert, fremkommer som en sentral del av intervjuene. I hovedsak beskrives disse vurderingene å være knyttet til pasientens toleranse og et valg mellom å regulere pasientens tilstand, eller søke å utforske følelser og situasjoner som er vanskelige for pasienten. Gjennom intervjuene har det blitt trukket frem hvordan aspekter ved det kroppslige er forbundet med noe fremmed. Begrensninger i kulturen ved at kropp og følelser er underlagt det rasjonelle, og at dette er med på å danne en uskreven kontrakt for hvilken rolle kroppen tillegges i den terapeutiske situasjonen er blitt beskrevet. Informantene har gjennom intervjuene fremhevet noen av grensene de opplever å forholde seg til med hensyn til det kroppslige. Det vil stadig være behov for å diskutere disse grensene, noe videre forskning på kropp-psyke-relasjonen vil kunne bidra med å definere.

### Referanser

- Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant-mother Attachment. *American Psychologist*, 34, 932-937.
- Bateson, M. C. (1975). Mother-infant exchanges: The epigenesis of conversational interaction. I D. Aaronson & R. Rieber (Eds.), *Developmental psycholinguistics and communication disorders* (ss. 101–113). New York: Annals of the New York Academy of Sciences 263.
- Bechara, A., Damasio, A. R., Damasio, H., & Anderson S. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50, 7-12.
- Bechera, A., Damasio, H., Tranel, D., & Damasio, A. (1997). Deciding advantageously before knowing the advantageous strategy. *Science*, 275, 1293–1295.
- Beebe, B. & Lachmann, F. M. (2002). *Infant research and adult treatment. Co-constructing interactions*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Beebe, B., Knoblauch, S., Rustin, J., & Sorter, D. (2005). *Form of intersubjectivity and infant research and adult treatment*. New York, NY: Other Press.
- Berntsen, L., S., & Holgersen, H. (2015). Entusiasme og gjenkjennelse: en kvalitativ studie av profesjonell og personlig endring etter opplæring i foreldreveiledningsmetoden ”Circle of Security Parenting DVD”. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 107-137.
- Binder, P. E. (2011). *Et oppmerksomt liv - om relasjon, kropp og nærvær i eksistensens psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget
- Binder, P. E., Holgersen, H. & Moltu, C. (2012). Staying close and reflexive: An exploratory and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nordic Psychology*, 64, 103–117.
- Binder, P. E., Moltu, C., Hummelsund, D., Sagen, S. H., & Holgersen, H. (2011). Meeting an adult ally on the way out into the world: Adolescent patients' experiences of useful

- psychotherapeutic ways of working at an age when independence really matters. *Psychotherapy Research*, 21, 554-566.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's ties to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350
- Bråten, S. & Gallese, V. (2004). Stein Bråten and Vittorio Gallese on mirror neurons systems implications for social cognition and intersubjectivity. *Impuls*, 58, 97–107.
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating Emotion Regulation into Conceptualizations and Treatments of Anxiety and Mood Disorders. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York, NY: The Guilford Press.
- Csordas, T. J. (1999). Introduction: The body as representation and being-in-the-world. I T.J. Csordas (eds.), *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*, s. 1–26. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Damasio, A. R. (1998). Emotion in the perspective of an integrated nervous system. *Brain Research Reviews*, 26, 83-86. doi: 10.1016/S0165-0173(97)00064-7
- Damasio, A. R. (2001). *Descartes Feiltakelse: fornuft, følelser og menneskehjernen*. Oslo, Norge: Pax Forlag.
- Damasio, A. R. (2002). *Følelsen av hva som skjer*. Oslo, Norge: Pax Forlag.
- Damasio, A. R. (2010). *Self comes to mind. Constructing the Conscious Brain*. London: William Heinemann.
- Duesund, L. & Skårderud, F. (2003). Use the body and forget the body. Treating anorexia nervosa with adapted physical activity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8, 53–72.
- Ekman, P. (1993). Facial Expression and Emotions. *American Psychologist*, 48, 384-392.

- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ferrari, P. F., & Gallese, V. (2007). Mirror neurons and intersubjectivity. *Advances in Consciousness Research*, 68, 73.
- Fonagy, P. & Target, M. (2000). The place of psychodynamic theory in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12, 407–425.
- Forgas, J. (1995) Mood and judgements: the Affect Infusion Model (AIM). *Psychological Bulletin*, 117, 39–66.
- Forgas, J. (2000). *Feeling and thinking*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect. A model for accelerated change*. New York: Basic Books.
- Gallese, V. (2003). The manifold nature of interpersonal relations: The quest for a common mechanism. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B: Biological Sciences*, 358, 517–528.
- Gallese, V. (2007). Before and Below 'Theory of mind': Embodied simulation and the neural correlates of social cognition. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B: Biological Sciences*, 362, 659-669.  
doi:10.1098/rstb.2006.2002
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. New York: Guilford.
- Giorgi, A. (1975). An application of phenomenological method in psychology. *Duquesne studies in phenomenological psychology*, 2, 82-103.
- Greenberg, L.S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.



- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-Focused Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 3-16.
- Greenberg, L. S. (2007). Emotion Coming of Age. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14*, 414-421. doi: 10.1111/j.1468-2850.2007.00101.x
- Greenberg, L.S., & Safran, J.D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York: Guilford Press.
- Grønmo, S. (1996). Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnæringer i samfunnsforskningen. (Ed.) *Kvalitative metoder i Samfunnsforskning* (2. Utg) Oslo: Universitetsforlaget.
- Hart, S. (2009). *Den følsomme hjerne*. København: Hans Reitzels Forlag
- Hart, S. (2012). *Neuroaffektiv psykoterapi med voksne*. S. Hart (Ed.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Hart, S. & Kæreby, F. (2009). Dialogen med det autonome nervesystem i den psykoterapeutiske proces. *Matrix, 3*, 289–291.
- Heller, M. C. (2012). *Body psychotherapy: history, concepts, and methods*. New York: W.W. Norton & co.
- Heller, M. C. & Haynal, V. (1997). A doctor's face: Mirror of his patient's suicidal projects. I J. Guimon (Ed.), *The body in psychotherapy* (pp. 46–51). Basel: Karger.
- Isdal, P. (2012). Syk av å være psykolog. Hentet 22. november fra:  
<http://www.psykologforeningen.no/foreningen/nyheter-og-kommentarer/aktuelt/syk-av-aa-vaere-psykolog>
- Kabat Zin, J. (1993). *Full catastrophe living*. New York: Delta.
- Kepner, J. I. (1987). *Body process: A Gestalt approach to working with the body in psychotherapy*. New York: Gestalt Institute of Cleveland Press.
- Knutson, H. V. (1999). Den terapeutiske fortvilelse – Pasienten som redder sin behandler.

*Dialog*, 2, 7–18.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*: Oslo: Ad. Notam Gyldendal.

LeDoux, J. E. (1996). *The Emotional Brain*. Simon & Schuster, New York.

Leijssen, M. (2006). Validation of the body in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 46, 126-146.

Levine, P., & Kline, M. (2011). Anvendelse af principper i Somatic Experiencing som et middel til å forebygge PTSD hos børn og teenagere i den akutte stressfase efter en overvældende begivenhed. I H. Susan (Ed.), *Neuroaffektiv psykoterapi med børn* (s. 395-420). København: Hans Reitzels Forlag.

Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 122, 2468-2472.

Merleau-Ponty, M. (1945/1962). *Phenomenology of perception*. London: Routledge & Kegan Paul.

Milakovich, J. C. (1998). Differences between therapists who touch and those who do not. In E. W. L. Smith, P. R. Clance, & S. Imes (Ed.), *Touch in therapy. Theory, research, and practice* (pp. 74-91). New York: Guilford.

Norsk Psykologforening (1998). Etiske prinsipper for nordiske psykologer. Oslo: Norsk Psykologforening. Hentet 28. oktober 2015 fra:  
<http://www.psykologforeningen.no/Fagog-profesjon/For-fagutoeverer/Etikk/Etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>

Nylehn, P. (2009). Psyke og soma i helsetjenesten. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 709-710.

Ogden, P. & Fisher, J. (2015). *Sensorimotori Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment*. New York, NY: W.W. Norton & Company.

- Ortlipp, M. (2008). Keeping and using reflective journals in the qualitative research process. *The Qualitative Report*, 13, 695-705.
- Perls, F., Hefferline, R.F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. New York: Dell.
- Reich, W. (1969). *Character Analysis (3. utg)*. London: Vision Press Limited.
- Rizzolatti, G., Fogassi, L. & Gallese, V. (2001). Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. *Nature Reviews Neuroscience*, 2, 661–670.
- Rothschild, B. (2002). Understanding dangers of empathy. Psychotherapy Networker. Hentet 23. november fra:  
<http://www.somatictraumatherapy.com/dangers-of-empathy/>
- Rothschild, B. (2004). *Kroppen husker. Om krop og psyke i traumebehandling*. Århus: Forlaget Klim
- Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *International Review of Psycho-Analysis*, 3, 43–47.
- Schanche, E., Hjeltnes, A., Berggraf, L. & Ulvenes, P. (2013). Affektfobi-terapi: Prinsipper for å nærme seg følelser gjennom gradvis eksponering i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50, 781–789.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development*. New Jersey, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal*, 22, 7-66.
- Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self (Vol. 2)*. New York, NY: WW Norton & Company.

- Schore, A. N. (2012). *The Science of the Art of Psychotherapy*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books.
- Searles, H. F. (2013). Scorn, disillusionment and adoration in the psychotherapy of schizophrenia. *The Psychoanalytic Review*, 100, 337-359.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York, NY: Guilford Press.
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York, NY: Guilford Press.
- Sletvold, J. (2005). I begynnelsen var kroppen: kroppen i psykoterapi: teoretisk grunnlag og terapeutiske implikasjoner. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 6, 497- 504.
- Sletvold, J. (2012). Karakteranalytiske dialoger : kropp og relasjon i psykoterapi II. I J. Sletvold & M. Børstad (Red.). Oslo: Norsk karakteranalytisk institutt Kolofon.
- Sletvold, J. (2014). *The Embodied Analyst: From Freud and Reich to Relationality*. Routledge.
- Skårderud, F. (1994). Idéhistorier om kroppen. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 114, 177-184.
- Skårderud, F. (2007). Psychiatry in the flesh. Embodiment of troubled lives. Studies of anorexia nervosa eating disorders. Doctoral dissertation. University of Oslo. Oslo: unipub.
- Skårderud, F. (2011). Den fenomenale kroppen. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48, 632-649.
- Skårderud, F., Sommerfeldt, B., & Fonagy, P. (2012) Den reflekterende kroppen. Mentalisering og spiseforstyrrelser. *Mellanrummet*, 26, 6-21.

- Steimer-Krause, E., Krause, R., & Wagner, G. (1990). Interaction regulations used by schizophrenic and psychosomatic patients: studies on facial behavior in dyadic interactions. *Psychiatry*, 53, 209-228.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York, NY: Basic books
- Storm, S. (2007). Den menneskelige stemme – Psykologi og psykodynamisk stemmeterapi. *Psyke & Logos*, 28, 447-477.
- Vikström, M. (2011). *Kroppen i terapi. Terapeuters förhållningssätt till klientens och sin egen levda, upplevda og observerbara kropp*. (Master's Thesis). Stockholms Universitet.
- Weiss, G. & Haber, H. F. (1999). Introduction. I G. Weiss & H. F. Haber (ed.), *Perspectives on embodiment. The intersections of nature and culture*, s. xii-xvii. New York and London: Routledge.
- Yalom, I. (2008). *Å stirre på solen*. Oslo: Arneberg forlag.

## Appendiks A

## Spørreskjema

Undersøkelse angående fokus på kropp i terapi.

Kjære kliniker,

vi vil sette stor pris på dine svar på spørsmålene som følger av dette skjemaet. Spørsmålene er utarbeidet i forbindelse med en hovedoppgave som undertegnede gjør som avsluttende del av vår profesjonsutdanning i psykologi ved Universitetet i Bergen. Temaet vi undersøker kan oppsummeres som "kropp i terapi", hvor vi mer spesifikt ønsker å undersøke ulike måter terapeuter (psykologer) forholder seg til kropp som del av sin kliniske praksis, på tvers av teoretiske og metodiske retninger. Vi ønsker å presisere at vårt fokus er begrenset til kroppsaspektet med en bevissthet om at vi ikke fanger opp den enkelte terapeuts brede spekter av måter å arbeide på. Informasjonsinnsamlingen basert på foreliggende skjema, vil følges opp av en mer inngående intervjurunde med et mindre utvalg terapeuter. Vi vil gjerne poengtere at vi ønsker svar fra terapeuter innenfor alle retninger, også de som ikke har en kropporientert tilhørighet.

Som informant vil du bli anonymisert, og all informasjon blir behandlet konfidensielt. Alt av datamateriale blir slettet etter at oppgaven er ferdig skrevet og vurdert.

Vi understreker at alle former for svar vil være ønskelig, også fra de som opplever temaet som fremmed og/eller ikke relevant for sin praksis. Eventuelt vil det da være av interesse å få denne tilbakemeldingen med eller uten en forklaring på hvorfor. Andre tilbakemeldinger på skjemaet er også alltid velkomne.

**Utfylling av skjema tar mellom 15 og 20 minutter.**

Vennlig hilsen Maikki Aasland, Maren Skrødal Rønsberg og Ingvild Hellesøy.

Oslo/Bergen, juli 2015

Veiledere for oppgaven er: Helge Holgersen og Jon Sletvold

Informasjon om hvordan fylle ut skjemaet:

**Vi ber om ulike former for svar, illustrert med følgende eksempler:**

1. Velge ett av flere alternativ:

Ikke i det hele tatt     I liten grad     I noen grad     I stor grad     Svært stor grad

2. Velge ingen eller flere alternativ:

alternativ 1  
 alternativ 2  
 alternativ 3

3. Fylle inn tall mellom 0-100 basert på andeler av en helhet, hvor summen av alle svaralternativene blir 100, f.eks:

Type terapi (med ca anslag prosentandel av helheten, slik at summen blir 100%):

individual  
 gruppe  
 par  
 familie  
 annet (spesifiser hva) \_\_\_\_\_

4. Avsatt plass til egne formuleringer:

\_\_\_\_\_ ...her vil det være tilstrekkelig å skrive i stikkordsform...  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





Vi ber deg velge én eller flere (maks tre) teoretiske/metodiske retninger som står deg nærmest:

- psykodynamisk teori,
- psykoanalytisk teori,
- kognitiv teori,
- atferdsteori,
- humanistisk teori,
- eksistensiell teori,
- kroppsorientert terapi,
- relasjonell/interpersonlig teori,
- mentaliseringsbasert terapi (MBT)
- emosjonsfokusert terapi (Greenberg)
- kunst- og uttrykksterapi
- annet: \_\_\_\_\_
- ønsker ikke velge

Spørsmål angående din praksis:

**Stillingsprosent:** \_\_\_\_\_  
(dersom du har flere stillinger, kan du summere disse til en helhet)

**Antall pasienter/pasienttimer i uken:** \_\_\_\_\_

**Type terapi:** (inkludert ca omfang, slik at summen blir 100 prosent):

- individual
- gruppe
- par
- familie
- annet (spesifiser): \_\_\_\_\_

**Typisk pasientgruppe:**

Med hensyn til alder: \_\_\_\_\_

Denne gruppen utgjør ca andel (0-100) av praksisen: \_\_\_\_\_

Med hensyn til diagnose: \_\_\_\_\_

Denne gruppen utgjør ca andel (0-100) av praksisen: \_\_\_\_\_

ingen typisk pasientgruppe

**Tidsrom på terapiforløp** (marker med omfang, slik at summen blir 100):

- korttid (under 30 timer)
- langtid (mer enn 30 timer)

**Samarbeid med fagpersoner fra andre disipliner** (f.eks psykiatrisk sykepleier, klinisk sosionom, psykiater, psykomotorisk fysioterapeut), spesifiser hvilke disipliner:

---

---

---

---

Spørsmål angående fokus på kropp i terapi:

**1. I hvilken grad vil du si at en vektlegging av kroppen er med i din praksis som terapeut:**

Ikke i det hele tatt     liten grad     noen grad     stor grad     svært stor grad

**2. Hvilke av disse arbeidsformene (ingen, en eller flere), med hensyn til kroppen, kan beskrive din praksis:**

- Fokus på kroppen slik den sanses fra innsiden som en kilde til informasjon.
- Arbeid med kroppen slik den oppfattes fra utsiden og ved å rette oppmerksomhet mot nonverbal kommunikasjon.
- Arbeid med kroppen i bevegelse og som skaper av nonverbale uttrykk.
- Arbeid med kroppsberøring

**Hvor mye synes du følgende utsagn stemmer med din praksis:**

**3a. Jeg ber pasienten rette oppmerksomhet mot kroppen for å kjenne etter.**

stemmer ikke     stemmer delvis     stemmer     vet ikke

**3b. Dersom utsagnet stemmer (helt eller delvis), omtrent hvor ofte gjør du dette:**

sjeldent     månedlig     ukentlig     daglig     nesten hver time eller hver time

**4a. Jeg benytter fornemmelser i egen kropp som en orientering om hvordan pasienten har det i timene.**

stemmer ikke     stemmer delvis     stemmer     vet ikke

**4b. Dersom utsagnet stemmer (helt eller delvis), omtrent hvor ofte gjør du dette:**

sjeldent     månedlig     ukentlig     daglig     nesten hver time eller hver time

**5a. Jeg tematiserer fornemmelser i egen kropp overfor pasienten.**

stemmer ikke     stemmer delvis     stemmer     vet ikke

**5b. Dersom utsagnet stemmer (helt eller delvis), omtrent hvor ofte gjør du dette:**

sjeldent     månedlig     ukentlig     daglig     nesten hver time eller hver time

**6a. Jeg ber pasienten repetere en spontan bevegelse eller et utsagn med oppmerksomhet på kroppen.**

stemmer ikke     stemmer delvis     stemmer     vet ikke

**6b. Dersom utsagnet stemmer (helt eller delvis), omtrent hvor ofte gjør du dette:**

sjeldent     månedlig     ukentlig     daglig     nesten hver time eller hver time

**7a. Jeg lar pasienten velge hvor han eller hun vil plassere seg i rommet.**

stemmer ikke     stemmer delvis     stemmer     vet ikke

**7b. Dersom utsagnet stemmer (helt eller delvis), omtrent hvor ofte gjør du dette:**

sjeldent     månedlig     ukentlig     daglig     nesten hver time eller hver time

**8a. Jeg lar pasienten velge om han eller hun vil sitte eller ligge (evt stå eller gå).**

stemmer ikke     stemmer delvis     stemmer     vet ikke

**8b. Dersom utsagnet stemmer (helt eller delvis), omtrent hvor ofte gjør du dette:**

sjeldent     månedlig     ukentlig     daglig     nesten hver time eller hver time

**9a. Jeg benytter pasientens nonverbale uttrykk som et korrektiv/supplement til pasientens verbale utsagn/narrativ.**

stemmer ikke     stemmer delvis     stemmer     vet ikke

**9b. Dersom utsagnet stemmer (helt eller delvis), omtrent hvor ofte gjør du dette:**

sjeldent     månedlig     ukentlig     daglig     nesten hver time eller hver time

**10a. Jeg prøver å legge merke til pasientens pust.**

stemmer ikke     stemmer delvis     stemmer     vet ikke

**10b. Dersom utsagnet stemmer (helt eller delvis), omtrent hvor ofte gjør du dette:**

sjeldent     månedlig     ukentlig     daglig     nesten hver time eller hver time

**11a. Jeg tematiserer/kommenterer på pasientens pust i samtale med pasienten.**

stemmer ikke     stemmer delvis     stemmer     vet ikke

**11b. Dersom utsagnet stemmer (helt eller delvis), omtrent hvor ofte gjør du dette:**

sjeldent     månedlig     ukentlig     daglig     nesten hver time eller hver time

**12a. Jeg prøver å legge merke til i hvilken grad pasienten virker anspent i timen.**

stemmer ikke       stemmer delvis       stemmer       vet ikke

**12b. Dersom utsagnet stemmer (helt eller delvis), omtrent hvor ofte gjør du dette:**

sjeldent       månedlig       ukentlig       daglig       nesten hver time eller hver time

**13a. Jeg verbaliserer/tematiserer pasientens kroppsspråk (positur, ansiktsuttrykk, mimikk/gester, stemmekvalitet) i samtale med pasienten.**

stemmer ikke       stemmer delvis       stemmer       vet ikke

**13b. Dersom utsagnet stemmer (helt eller delvis), omtrent hvor ofte gjør du dette:**

sjeldent       månedlig       ukentlig       daglig       nesten hver time eller hver time

**14a. Jeg benytter pasientens kroppsspråk og kroppsholdning som hjelp til å danne meg et bilde av pasientens problemstilling.**

stemmer ikke       stemmer delvis       stemmer       vet ikke

**14b. Dersom utsagnet stemmer (helt eller delvis), omtrent hvor ofte gjør du dette:**

sjeldent       månedlig       ukentlig       daglig       nesten hver time eller hver time

**15a. Jeg ber pasienten overdrive eller fullføre visse bevegelser som en måte å utforske tanker/følelser på.**

stemmer ikke       stemmer delvis       stemmer       vet ikke

**15b. Dersom utsagnet stemmer (helt eller delvis), omtrent hvor ofte gjør du dette:**

sjeldent       månedlig       ukentlig       daglig       nesten hver time eller hver time

**16a. Jeg ber pasienten utforske nye bevegelser som en metode til å utforske tanker/følelser på.**

stemmer ikke       stemmer delvis       stemmer       vet ikke

**16b. Dersom utsagnet stemmer (helt eller delvis), omtrent hvor ofte gjør du dette:**

sjeldent       månedlig       ukentlig       daglig       nesten hver time eller hver time

**17a. Jeg ber pasienten benytte en ny fysisk posisjon som en metode for å utforske ulike perspektiver ved en situasjon/relasjon (f.eks "åpen stol")**

stemmer ikke       stemmer delvis       stemmer       vet ikke

**17b. Dersom utsagnet stemmer (helt eller delvis), omtrent hvor ofte gjør du dette:**

sjeldent     månedlig     ukentlig     daglig     nesten hver time eller hver time

**18a. Jeg benytter nonverbale uttrykksformer som tegning, maling, drama og/eller dans som del av terapien.**

stemmer ikke     stemmer delvis     stemmer     vet ikke

**18b. Dersom utsagnet stemmer (helt eller delvis), omtrent hvor ofte gjør du dette:**

sjeldent     månedlig     ukentlig     daglig     nesten hver time eller hver time

**19a. Jeg berører pasienten ved hilsen eller avskjed gjennom håndtrykk, klem eller lignende.**

stemmer ikke     stemmer delvis     stemmer     vet ikke

**19b. Dersom utsagnet stemmer (helt eller delvis), omtrent hvor ofte gjør du dette:**

sjeldent     månedlig     ukentlig     daglig     nesten hver time eller hver time

**20a. Jeg foreslår at pasienten kan gi seg selv berøringer, f.eks legge hånden på brystet.**

stemmer ikke     stemmer delvis     stemmer     vet ikke

**20b. Dersom utsagnet stemmer (helt eller delvis), omtrent hvor ofte gjør du dette:**

sjeldent     månedlig     ukentlig     daglig     nesten hver time eller hver time

**21a. Jeg har fysisk kontakt med pasienten for å gi denne støtte og trygghet.**

stemmer ikke     stemmer delvis     stemmer     vet ikke

**21b. Dersom utsagnet stemmer (helt eller delvis), omtrent hvor ofte gjør du dette:**

sjeldent     månedlig     ukentlig     daglig     nesten hver time eller hver time

**22a. Jeg berører pasienten som en metode for å utløse følelser eller løse opp i muskelspenninger.**

stemmer ikke     stemmer delvis     stemmer     vet ikke

**22b. Dersom utsagnet stemmer (helt eller delvis), omtrent hvor ofte gjør du dette:**

sjeldent     månedlig     ukentlig     daglig     nesten hver time eller hver time

**23a. Jeg benytter kroppslige metoder for å forberede meg til time med pasienten.**

stemmer ikke       stemmer delvis       stemmer       vet ikke

**23b. Dersom utsagnet stemmer (helt eller delvis), omtrent hvor ofte gjør du dette:**

sjeldent       månedlig       ukentlig       daglig       nesten hver time eller hver time

**24a. Jeg bruker kroppslige metoder i bearbeidelsen/etterkant av timen.**

stemmer ikke       stemmer delvis       stemmer       vet ikke

**24b. Dersom utsagnet stemmer (helt eller delvis), omtrent hvor ofte gjør du dette:**

sjeldent       månedlig       ukentlig       daglig       nesten hver time eller hver time

**Med tanke på ditt fokus på kropp i terapi, hvilke teoretiske rammeverk eller terapeutiske prinsipper, knytter du dette til?**

---



---



---



---



---



---



---



---

Evaluering av skjema:

**I hvilken grad opplever du at spørreskjemaet er relevant for klinisk praksis, generelt sett?**

ingen grad       liten grad       noen grad       stor grad       svært stor grad

**I hvilken grad opplever du at spørreskjemaet er relevant spesifikt for din kliniske praksis?**

ingen grad       liten grad       noen grad       stor grad       svært stor grad

**I hvilken grad opplevde du at spørreskjemaet er forståelig?**

ingen grad       liten grad       noen grad       stor grad       svært stor grad

**I hvilken grad var det enkelt for deg å fylle ut skjemaet?**

ingen grad       liten grad       noen grad       stor grad       svært stor grad

**Eventuelt: på hvilken måte var det vanskelig?**

---

---

---

---

---

**Noe du ønsker å legge til, utdype, eller meddele angående skjemaet eller temaet?**

---

---

Vi takker for ditt bidrag.



## Appendiks B

## Demografiske beskrivelser av utvalget i spørreundersøkelsen

Tabell 1

*Demografiske beskrivelser av psykologene*


---

Beskrivelse	Antall responser (%)
Utdanningsinstitusjon	
Universitetet i Bergen	n = 49 (94,2)
Universitetet i Oslo	n = 1 (1,9)
Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet	n = 1 (1,9)
Annet	n = 1 (1,9)
Psykologspesialist	
Ja	n = 36 (69,2)
Nei	n = 16 (30,8)
Pasientgruppe	
Voksne (over 18 år)	n = (80,8)
Barn og ungdom (under 18 år)	n = (11,5)
Ingen spesiell alder	n = (5,8)
Type terapi	
Individual	n = 50 (96,2)
Gruppe	n = 14 (26,9)
Familie	n = 12 (23,0)
Par	n = 7 (13,5)
Annen form for terapi	n = 4 (7,7)
Typisk lengde på terapi (over/under 30 timer)	
Korttid	n = 31 (59,6)
Langtid	n = 15 (28,8)
Likt fordelt	n = 6 (11,5)
Teoretisk/metodisk tilhørighet	
Psykodynamisk	n = 30 (57,7)
Kognitiv	n = 26 (50,0)
Relasjonell	n = 24 (46,2)
Emosjonsfokuset (Greenberg)	n = 17 (32,7)
Humanistisk	n = 14 (26,9)
Eksistensiell	n = 11 (21,2)
Kropporientert	n = 11(21,2)
Mentaliseringsbasert	n = 11 (21,2)
Atferdsteori	n = 9 (17,2)
Psykoanalytisk	n = 6 (11,5)
Annen teoretisk/metodisk tilhørighet	n = 3 (5,8)

---

## Appendiks C

### Intervjuguide

#### Intervjuguide

Det vi ønsker å utforske gjennom oppgaven vår, er hvordan psykologer, på tvers av metodiske retninger, erfarer kroppslige aspekter ved terapi, og betydningen av disse. Kroppslige aspekter kan være veldig mye forskjellig. Vi kan også bruke ulike begreper som kroppslige fenomener, det nonverbale eller enkelt; kroppen i terapi. Det kan for eksempel knyttes til pasienten, deg som terapeut eller til relasjonen. Eventuelt også som del av kulturen vi er en del av. I et intervju med deg er vi åpne for at du definerer og erfarer det kroppslige på din måte. Og i den grad det er et utfordrende tema å i det hele tatt skulle snakke om, vil det være interessant å utforske på hvilken måte det er det.

1. Terapeutens forståelse av hva det vil si å inkludere kroppen i terapi.

2. Terapeutens forståelse av hvordan kroppen inkluderes i sitt terapeutiske virke:

- Er dette noe du gjør aktivt?
- Hvorfor gjør du dette?
- Kan du beskrive noen konkrete situasjoner hvor .....
- Hvilke fordeler opplever du ved å ....
- Opplever du noen utfordringer ved å inkludere/fokusere på kroppen... ?
  - På hvilken måte? (utforske: situasjoner og personer)
  - Er det noen ganger du velger å la være å ....
  - Hva avgjør om du benytter/ikke benytter .....
  - Kan oppstå negative konsekvenser av å inkludere kroppen på visse måter?
- Undersøke variasjon/bredde: pasient - terapeut - relasjon/påvirkning
- Hvilke tanker/erfaringer har du knyttet til berøring som del av terapi?

3. Terapeutens forståelse av kroppen som del av endringsprosessen:

- Har det vært endringer som følge av at du har fokusert på det kroppslige?
- Tilfeller hvor pasienten sier noe om det selv?

- Har du erfart endringen med din egen kropp?
- Opplevelsen av å stå fast i terapi, kroppens rolle ved dette?

4. Terapeutens forståelse av teoretisk/metodisk grunnlag knyttet til sitt fokus på kroppen i terapi:

- Hvordan ble du interessert i det?
- Har du lært dette noe sted?
- Er det noen utfordringer knyttet til å skulle lære seg å bruke kroppen i terapi?
- Er det noe man bør lære? I så fall hvorfor og hvordan?

5. Opplever du en forskjell mellom den posisjonen kroppen har i terapi i dag, og det du synes at den bør ha?

Bakgrunnsinformasjon om informanten: alder, antall praktiserende år utdanning, eventuell spesialisering ,teoretisk/metodisk tilhørighet, og informasjon om praksis.

(De fem hovedtemaene utgjorde rammen for intervjuene. Tema nr. 2: “Terapeutens forståelse av hvordan kroppen inkluderes i sitt terapeutiske virke”, ble utforsket i størst grad. Informantene fikk ved avslutning av intervjuet mulighet til å supplere med andre tanker og refleksjoner som de ikke fikk direkte spørsmål om.)

## Appendiks D

## Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Oslo | Hørfarveveien 29  
N-0407 Bergen  
Havnesky  
Tlf: +47 25 38 21 17  
Fax: +47 25 38 54 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Orgnr: 985 321 884

Helge Holgersen  
Institutt for klinisk psykologi Universitetet i Bergen  
Christiesgt. 12  
5015 BERGEN

Vår dato: 03.09.2015

Vår ref: 44241 / 3 / ABS

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.08.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

44241	<i>Mixed-design studie av psykologers arbeidsmetode</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Helge Holgersen</i>
Student	<i>Maikki Hillevi Aasland</i>

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, 01.12.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Andreas Bratshaug Stenersen

Kontaktperson: Andreas Bratshaug Stenersen tlf: 55 58 30 19

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Avklingskontor / Godkjenning

NSD NSD Universitet i Oslo, Postboks 1047 Blindern, 0416 Oslo. Tlf: +47 22 85 52 11. nsd@uio.no  
NSD NSD Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 4901 Trondheim. Tlf: +47 73 92 15 07. kare.vansteijn@ntnu.no  
NSD NSD Universitetet i Tromsø, 9007 Tromsø. Tlf: +47 77 51 40 26. nsd@ekstus.uib.no

## Appendiks E

## Samtykkeskjema

**SAMTYKKESKJEMA**

Formål med studien: Det vi ønsker å utforske gjennom oppgaven vår, er hvordan psykologer, på tvers av metodiske retninger, erfarer kroppslige aspekter ved terapi, og betydningen av disse.

Intervjuet er en del av vår hovedoppgave ved Psykologisk fakultet, UiB.

Jeg, (blokkbokstaver) ....., samtykker i å delta i ovennevnte forskningsprosjekt, og er kjent med at jeg når som helst kan trekke meg uten å tilkjennegi en grunn.

Jeg samtykker i å delta i et semistrukturert intervju som tas opp på lydbånd for deretter å transkriberes og min identitet aidentifiseres. Alle opplysninger behandles konfidensielt. Lydfilen slettes når tekstanalysen er ferdig.

Jeg er kjent med hovedtemaene i intervjuet, og samtykker å dele mine erfaringer med bruk av kroppen i terapi.

Jeg er innforstått med at min identitet vil være skjult for alle med unntak av intervjuerne.

Dato:

Signatur: \_\_\_\_\_