

**«Psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer
med og kunnskaper om behandling av
mennesker med traumelidelser»**



Helene Giskeødegård

Master i Fysioterapivitenskap
Institutt for Global Helse og Samfunnsmedisin
Det medisinske fakultet
Universitetet i Bergen
Vårsemester 2019

Forord

Kunnskap fra traumefeltet har vært viktig for meg i min utvikling som psykomotorisk fysioterapeut. Jeg vet at denne kunnskapen har hatt betydning for min forståelse av pasientens helseplager og for min kliniske praksis. Samtidig har den nye kunnskapen vevd seg så fint inn sammen med det psykomotoriske, at jeg har gått flere runder og grublet på hva kunnskap fra traumefeltet *faktisk* har tilført. Denne studien har for meg vært en mulighet til å utforske nærmere møtet mellom disse to kunnskapsfeltene.

Å være deltidsstudent er et krevende prosjekt når man har jobb og familie. Det første semesteret syklet jeg fra Haukeland til Fjellveien i lunsjpausene for å amme minstejenta.

Takk mamma, for at du stilte opp som dagmamma og trillepike!

Og takk til deg pappa, du er en klippe for oss alle.

Heldigvis har det å være mor også gjort meg til en langt mer effektiv student. Tid er for dyrebart til å kaste bort på prokrastinering!

Takk til familien min – Stian, Olav og Josefine - for støtte og kjærlighet – det viktigste av alt!

En stor takk til mine kloke veiledere Målfrid Råheim og Tove Dragesund. Det har vært trygt og givende å ha dere med på laget – fra start til slutt!

Og takk til Fond for etter- og videreutdanning av fysioterapeuter for økonomisk støtte.

Og ikke minst: takk til informantene! Dere bidro til å gjøre jobben langt mer spennende og givende enn jeg forventet!

Helene Giskeødegård

Ålesund, mai 2019

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	5
Abstract	6
1. Introduksjon	7
1.1 <i>Bakgrunn for studien og tidligere arbeider på området</i>	7
1.2 <i>Norsk psykomotorisk fysioterapi</i>	8
1.2.1 <i>Bakgrunn og grunnlagstenkning</i>	8
1.2.2 <i>Undersøkelse og behandling</i>	9
1.3 <i>Traumatisering og traumeteori</i>	11
1.3.1 <i>Den tredelte hjernen</i>	12
1.3.2 <i>Toleransevinduet: Begrepet og modellen</i>	13
1.3.3 <i>Polyvagal teori</i>	14
1.4 <i>Traumebehandling</i>	15
2. Hensikt/problemstilling	16
3. Metode	17
3.1 <i>Valg av metode, forskningsdesign og metodologisk tilknytning</i>	17
3.2 <i>Utvalg</i>	18
3.3 <i>Innsamling av datamateriale</i>	19
3.4 <i>Analyse</i>	20
3.5 <i>Forskerrollen</i>	22
3.6 <i>Etiske betraktninger</i>	22
4. Resultater	23
4.1 <i>Behandler selv som verktøy – grunnet og til stede i seg selv for å kunne være fullt til stede for og vår den andre</i>	23
4.1.1 <i>«Innover» - til stede i meg selv</i>	23
4.1.2 <i>«Utover» - til stede for den andre</i>	25
4.2 <i>«Her og nå» som arena – utforske sammen med kroppen som veiviser</i>	26
4.2.1 <i>Utforske sammen</i>	26
4.2.2 <i>Den konkrete kroppen</i>	28
4.3 <i>Traumeteori som bakteppe i psykomotorisk tenkning og praksis</i>	32
4.3.1 <i>Psykomotorisk grunntenkning og traumeteori er ikke motstridende</i>	32
4.3.2 <i>Bruk av traumeteori som bakteppe i arbeid med traumepasienter - for pasienten</i>	33
4.3.3 <i>Bruk av traumeteori som bakteppe i arbeid med traumepasienter - for terapeuten</i>	35
5. Diskusjon	36
5.1 <i>Resultatdiskusjon</i>	36
5.1.1 <i>Kunnskap fra traumefeltet understøtter og tilfører</i>	36
5.1.2 <i>Den erfarende kroppen; en mer dominerende plass i NPMF enn i traumeterapi</i>	41
5.1.3 <i>Dosering av behandling i NPMF og i traumeterapi</i>	46
5.1.4 <i>Om språk og begreper</i>	48
5.2 <i>Metodediskusjon</i>	50
5.2.1 <i>Valg av forskningsmetode</i>	50
5.2.2 <i>Utvalget, gjennomføring av intervjuer og forskerrollen</i>	51

5.2.3 Bearbeiding av intervjumaterialet: Bruk av systematisk tekstkondensering	54
5.2.4 Gjennomsliktighet	54
6. Konklusjon	55
Referanseliste	56
Vedlegg	60
<i>Vedlegg 1: Intervjuguide</i>	<i>60</i>
<i>Vedlegg 2: Informasjonsskriv</i>	<i>62</i>
<i>Vedlegg 3: Informert samtykke</i>	<i>63</i>
<i>Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD</i>	<i>65</i>

Sammendrag

Hensikten med denne studien er å se nærmere på hva som karakteriserer behandlingen av pasienter med traumelidelser i psykomotorisk klinisk praksis sett med terapeutens perspektiv. Det var interessant å vite mer om hvordan psykomotorikerne tenker i vurdering av pasientene, tanker omkring behandling og hvordan de opplever at kunnskap fra traumefeltet står i forhold kunnskapsgrunnlaget i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (NPMF).

Metodologi og metode: Det ble foretatt kvalitative forskningsintervju med fem utøvere av NPMF med tilleggskompetanse innen traumefeltet. Materialet ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering ad modum Malterud (2017). Studien skriver seg dermed inn i en hermeneutisk vitenskapstradisjon.

Funn: Analysen ledet til tre resultat kategorier:

- 1) *Behandler selv som verktøy – grunnet til stede i seg selv for å kunne være fullt til stede for og vår den andre*
- 2) *«Her og nå som arena» - utforske sammen med kroppen som veiviser*
- 3) *Traumeteori som bakteppe i psykomotorisk tenkning og praksis*

Konklusjon:

Informantene uttrykte at kunnskap fra traumefeltet understøtter psykomotorisk tenkning og praksis, og har bidratt til videreutvikling av forståelse og ferdigheter de hadde med seg fra videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. Videre formidler de at denne kunnskapen også har hatt betydning for deres vurderinger av pasientene og for behandlingen de gir.

Informantene var samstemte om at nyere kunnskap fra traumefeltet samsvarer relativt bra med den psykomotoriske grunntenkningen. Det ble likevel understreket at den kroppslige tilnærmingen i psykomotorisk fysioterapi gir noe annet enn traumeterapi innenfor fagfeltet psykologi.

Nøkkelord: Norsk Psykomotorisk Fysioterapi, kroppsbehandling, traumeterapi

Abstract

The aim of this study was to look more closely at what characterizes the treatment of patients with trauma disorders in psychomotor clinical practice, seen from the therapist's perspective. It was interesting to know more about how they think in the assessment of the patients, thoughts about treatment and how they feel that knowledge from the trauma field is in relation to the knowledge base in Norwegian Psychomotor Physiotherapy (NPMF).

Methodology: Qualitative research interviews were conducted with five NPMF practitioners with additional competence within the trauma field. The material was analyzed using systematic text condensation at modum Malterud (2017). The study thus enters a hermeneutic science tradition.

Results: The analysis led to three categories of results:

- 1) The therapist himself as a tool – grounded presence to be fully there for and aware of the other
- 2) “Here and now” as the arena – exploring together with the body as a guide
- 3) Trauma theory as a backdrop of psychomotor thinking and practice

Conclusion: The informants stated that knowledge from the trauma field, supports psychomotor thinking and practice, and has contributed to a further development of the understanding and skills they had with them from education in NPMF. Furthermore, they express that this knowledge has also been important for their assessments of the patients, and for the treatment they provide. The informants agree that recent knowledge from the trauma field corresponds relatively well with the psychomotor basic thinking. However, the physical approach in psychomotor physiotherapy provides something other than trauma therapy in the field of psychology.

Key words: Norwegian psychomotor physiotherapy, trauma therapy

1. Introduksjon

Denne studien omhandler psykomotorisk fysioterapi for mennesker med traumelidelser, belyst fra terapeutperspektivet. I dette kapittelet gjør jeg først rede for bakgrunnen for studien, og tidligere arbeider på området. Deretter viser jeg kort til utviklingen av Norsk Psykomotorisk Fysioterapi og grunnlagstenkningen den bygger på. Videre trekkes nyere traumeteori inn som en viktig påvirkning på forståelsen av helseproblemer en jobber med i denne type behandling.

1.1 Bakgrunn for studien og tidligere arbeider på området

Min inngang til denne studien er en faglig interesse innenfor traumefeltet, og en opplevelse av at det tilfører Norsk Psykomotorisk Fysioterapi noe betydningsfullt – både som forståelsesmåte og behandlingstilnærming. Siden før jeg fullførte videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi i 2011 har jeg arbeidet i spesialisthelsetjenesten, og mennesker med traumelidelser har vært en godt representert pasientgruppe. Praksis, veiledning, samt kurs og utdanning innen traumefeltet har gitt meg kunnskap og erfaringer med denne type helseutfordringer. Denne studien er et forsøk på å skille ut hvilke bidrag fra traumefeltet som er særlig betydningsfulle for psykomotorisk forståelse og behandling av mennesker med traumelidelser.

Psykomotorisk fysioterapi er ofte presentert som en aktuell behandlingstilnærming for mennesker med helseutfordringer knyttet til traumatiske livshendelser. Det finnes også flere skriftlige arbeider som belyser at psykomotorisk fysioterapi er en hensiktsmessig behandlingstilnærming for denne pasientgruppen (Feilberg & Thornquist, 2016; Kristensen & UiT, 2013; Lien & UiT, 2016). Ved søk i vitenskapelige databaser finner jeg imidlertid ikke studier eller annet skriftlig arbeid som omhandler bruk av kunnskap fra traumefeltet i Norsk psykomotorisk fysioterapibehandling av pasienter med traumelidelser.

1.2 Norsk psykomotorisk fysioterapi

1.2.1 Bakgrunn og grunnlagstenkning

Norsk Psykomotorisk Fysioterapi ble utviklet fra slutten av 1940-tallet i samarbeid mellom fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen og psykiater Trygve Braatøy. Bülow-Hansen ble gjennom sin praksis opptatt av respirasjonens betydning i fysioterapibehandlingen, og av psykiske belastningers innvirkning på respirasjon og muskelspenninger. I 1946 holdt hun et foredrag ved Nevrologisk Forening der hun demonstrerte behandling på en pasient, og greide ut sine vurderinger om sammenhenger mellom muskelspenninger og respirasjon. En av tilhørerne var Trygve Braatøy, som umiddelbart uttrykte interesse for Bülow-Hansens betraktninger. Dette møtet ble innledningen til Braatøy og Bülow-Hansens samarbeid (Øvreberg & Andersen, 1986). Braatøy var spesialist i psykoanalyse, og inspirert av Wilhelm Reich og hans tidlige arbeid som psykiater og forsker (Bunkan, 2014). Braatøy utfordret sin tids svært biologiske og reduksjonistiske psykiatri, og stod for et helhetlig syn på forholdet mellom kroppen og det levde liv. Aadel Bülow-Hansen fortalte senere at det var Trygve Braatøy som lærte henne betydningen av at folk må kunne sette bena under seg og stå støtt – før en går i gang med å behandle resten av spenningene i kroppen (Øvreberg & Andersen, 1986). I Braatøys bok «De nervøse sinn» (1965) er narrativets betydning i sykdomsforståelsen et viktig moment. Han bedyrer her at nervøse lidelser oppstår ved tilfeldige sammentreff av sykdomsårsaker av helt forskjellig art, for eksempel personlige, samfunnsmessige og sosiale forhold. I følge Braatøy er denne kompleksiteten en av årsakene til at nervøse lidelser så vanskelige å forstå (Braatøy, 1965). Kroppsphenomenologien, slik den ble utformet av filosofen Maurice Merleau-Ponty, er i dag en viktig del av grunnlagstenkingen til NPMF (Ekerholt, Schau, & Mathismoen, 2009; Gretland, 2007). Merleau-Ponty var den første som knyttet menneskets subjektstatus til kroppen. Han gir altså kroppen forrang når det kommer til erkjennelse og erfaring, og påpeker at det er kroppen som er subjekt for våre handlinger (Østberg, 1994). Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) ble utviklet som en komplementerende metode i den psykoanalytiske behandlingen av nevrotiske pasienter (Gretland & Ekerholt, 2018), og ble opprinnelig benyttet for å omstille anspent muskulatur og hemmet respirasjon, og dermed lette tilgang til følelser (Øvreberg & Andersen, 1986). Med tiden har NPMF blitt videreutviklet, og er nå en bredt anvendt behandlingstilnærming på alle nivåer i helsevesenet (Gretland & Ekerholt, 2018). NPMF baserer seg i dag på teorier om affektens betydning, både ut fra en nevrofysiologisk perspektiv og et psykologisk perspektiv. Biomekanikk er

vesentlig, som en del av den grunnleggende fysioterapikunnskapen, og i faget NPMF vektlegges også samspillet mellom autonome reaksjoner, emosjoner og kroppslige forhold (Ekerholt et al., 2009).

1.2.2 Undersøkelse og behandling

Det overordnede målet med psykomotorisk behandling kan skisseres som å utvikle kontakt med og varhet for kroppens signaler og reaksjonsmåter, og å utvikle en opplevelse av kroppen som meg (Thornquist & Bunkan, 1995). Videre vil det være et mål at pasienten opplever en større sammenheng mellom kropp og følelser, og oppnår en analytisk innstilling til hva som fremmer og hemmer egne kroppsforhold (Bunkan, 2001; Thornquist & Bunkan, 1995). Behandlingsmetoden NPMF er ikke spesifikt rettet mot diagnoser, men mot en generell omstilling av kroppen. En søker å oppnå en mer fleksibel og stabil kropp, uten unødvendige spenninger som hemmer respirasjon og bevegelser. De to viktigste prinsippene for behandlingen er å jobbe med kroppen nedenfra og opp, og at enhver behandling inkluderer hele kroppen (Thornquist & Bunkan, 1995). Pust er tilskrevet en viktig rolle i regulering av følelser, og vektlegges både i undersøkelsen og i dosering av behandlingen (Bunkan, 2010). Den gode kroppsholdning har i den psykomotoriske tradisjonen vært beskrevet med begrepet *bevegelig balanse*. Det handler om å bryte forestillingen om kroppsholdning som noe statisk, men å romme at det handler om både stabilitet og ledighet i kroppen. *Å stå godt på bena* er et hovedprinsipp, og en forutsetning for å oppnå fri funksjon (Thornquist & Bunkan, 1995).

Det er utviklet flere metoder for kroppsundersøkelser i fagfeltet NPMF, deriblant *Den Ressursorienterte Kroppsundersøkelse (ROK)* og *Global Fysioterapeutisk Muskelundersøkelse (GFM)*. Undersøkelsene omfatter vurdering av kroppsholdning, respirasjon, bevegelser og muskelkonsistens, hvorav funnene på respirasjon og bevegelser tillegges størst betydning. I tillegg kommer innhenting av informasjon om sykehistorie og sosiale forhold, og ofte også pasientens kroppsilde og innstilling til behandling (Bunkan, 2001, 2008). Undersøkelsen er en samhandlingssituasjon hvor fysioterapeuten tar sikte på å forstå noe av pasientens ressurser og problemer for å avklare om pasienten skal ha fysioterapi, og i så fall hva slags tilnærming (Gretland, 2007).

Doseringen av den psykomotoriske behandlingen har vært et viktig aspekt helt fra metoden først ble utviklet, og gjøres på bakgrunn av en helhetsvurdering med utgangspunkt i kroppsundersøkelse og samtale (Bunkan, 2008; Bülow-Hansen, 1995). NPMF bygger altså på

forståelsen av et gjensidighetsforhold mellom kroppslige fenomener og regulering av følelser. Dette innebærer også at spenninger, hemmet respirasjon og ulike vanemønstre spiller en rolle i å beskytte individet mot smertefulle følelser og minner. "Å løsne" kan bringe frem minner og emosjonelle konflikter, som igjen kan forsterke de kroppslige dysfunksjonelle vanene. Omstillingen må derfor skje i tråd med det pasienten tåler, og et hvert behandlingsopplegg justeres til enhver tid i tråd med pasientens tilstand og reaksjoner. NPMF er ikke en standardisert behandling, men en kroppslig dialog og en rejusteringsprosess som involverer hele mennesket (Bunkan, 2008, 2010). Bunkan (Bunkan, 2001, p. 2847) skriver i en artikkel i Tidsskriftet for den norske Legeforeningen: *"Et postulat i norsk psykomotorisk fysioterapi er at pasienten ikke skal slippe frem mer følelser enn han/hun har «bein å stå på og rygg til å bære»"*.

Tradisjonelt kategoriseres fysioterapi i psykiatrisk sammenheng ut fra om målsetning og tiltak er av støttende (jeg-styrkende) karakter, eller av inngripende (omstillende) karakter. Begrepene støttende og inngripende refererer altså til hvordan behandlingen påvirker pasientens forsvar. Når funn fra psykomotorisk undersøkelse er betydelige vil ofte en støttende behandlingstilnærming være aktuell. Støttende behandling vektlegger å øke selvavgrensning, sikre identitetsopplevelse og øke autonomi og samhandlingsevner hos pasienten (Gretland, 2007, pp. 88-89). En fokuserer da mest på kroppsstabilitet og kroppskontroll, ved å for eksempel behandle i vektbærende stillinger, jobbe med bakkekontakt, bruke moderate bevegelsesutslag og aktive bevegelser (Gretland, 2007). Bunkan (2008) beskriver støttende behandling som metoder som vedlikeholder eller forsterker det muskulære spenningsmønster. Tiltak som fremmer avspenning vil altså ikke være indiserte. Støttende behandlingstilnærming kan bidra til å dempe uro og angst, og redusere oppløsning av kroppsbildet. For mennesker med vansker med følelsesregulering og impuls kontroll kan støttende psykomotorisk fysioterapi bidra til økt regulering og kontroll (Thornquist & Bunkan, 1995).

Ved moderate kroppsfunn vil tilnærmingen være av en mer inngripende karakter hvor en vektlegger blant annet kroppsopplevelser, omstilling av respirasjon og avspenning. Inngripende behandling kjennetegnes ved at pasientens kroppslige selvregulering utfordres ved at selvbeskyttende og vanemessige mønstre utfordres og kroppslig forsvar svekkes. Dette vil ofte medføre nærmere kontakt med følelsene (Bunkan, 2001; Gretland, 2007; Thornquist & Bunkan, 1995). Denne tilnærmingen brukes lite i psykiatrien, da de fleste pasienter har en fragmentert personlighetsstruktur, og dermed ikke ressurser til å tåle eller ha nytte av en slik

behandlingstilnærming (Gretland, 2007; Sternberg, 2009). Berit Bunkan (2008) skriver at for pasienter med et svært resistent forsvar kan inngripende behandling være kontraindisert. En kan da eventuelt gi skånsom omstillende behandling over lengre tid. Dersom pasienter reagerer sterkt eller har en vanskelig privat situasjon kan en også gi støttende behandling i perioder.

Behandlingsrelasjonen er også et viktig aspekt i psykomotorisk behandling, og tillit er en vesentlig forutsetning. Sviland, Råheim og Martinsen (2012) skriver at rettesnor for behandlingen finnes *i øyeblikket*, og at behandler må være omstendelig ”tonet inn” på pasienten. Å justere tilnærmingen etter det som viser seg *her og nå* bidrar til å bygge tillit. Gretland skriver at god fysioterapi kjennetegnes av at terapeuten er sensitiv for pasienten og tilpasser sine handlinger ut fra responser hos pasienten. En forutsetning for dette er at terapeuten har god observasjonsevne, sensitivitet i kropp og sinn, evne til empati og innlevelse, og til å fange opp og tolke signaler (Gretland, 2007; Thornquist, 1988, p. 20). At pasienten får tid og aksept for sitt symptom-bilde, sees som nødvendig med tanke på tillitsbygging. Gode opplevelser i behandlingsforløpet er også viktig, da det gir håp som kan bidra til å tåle ubehaget ved en behandlingsprosess (Randi Sviland et al., 2012).

1.3 Traumatisering og traumeteori

Ordet *traume* betyr skade eller sår. Opplevelser der en frykter for livet, er i fare eller blir dypt krenket omtales ofte som *psykologiske traumer*. Traumatiske hendelser utløser en sterk overlevelsereaksjon i nervesystemet vårt. De fleste mennesker vil ha sterke fysiologiske og psykiske reaksjoner under et livstruende traume, og i den første tiden etter. Når symptomene vedvarer snakker en om post traumatisk stresslidelse (PTSD) eller *traumelidelser*. Den rammede sitter da gjerne igjen med fragmentert minne om de traumatiske hendelsene, og de nevrobiologiske responsene i kroppen er sensitivisert. Mange vil føle seg oppjaget og være skvetne. Det vil være vanskelig å konsentrere seg, og vanskelig å sovne. Det er vanlig å ha påtrengende bilder eller sanseforannelser, samt unngåelse av det som minner om traumehendelsen. Mennesker med traumelidelser er ofte ikke bevisst på at reaksjonene faktisk er rester av tidligere traumer, da symptomene hver for seg ofte kan mistolkes i retning av andre lidelser.

Etter gjentatte eller vedvarende traumehendelser er det også vanlig med flere andre symptomer som negativt selvbilde, vansker i relasjoner til andre mennesker, vansker med å tolerere og regulere følelser, sterk skyldfølelse, bevissthetsforandringer og kroppslige plager. Dette kalles ofte *kompleks traumatisering* eller *kompleks PTSD*. Mange med slike plager tenker mye negativt om seg selv og mener de selv har skyld i traumene de har opplevd (www.nkvts.no; www.psykologforeningen.no).

Pierre Janet (1859-1947) var en av de første til å beskrive *dissosiasjon*. Han understreket at uløste traumer ofte resulterer i dype mangler i evnen til å integrere emosjoner, tanker, identitet, minner og kroppsopplevelser (Ogden, Pain, Minton, Siegel, & van der Kolk, 2006). Dissosiasjon er et uttrykk for denne oppsplittingen som kan forekomme hos traumatiserte. Anstorp, Benum og Jakobsen (2006) omtaler dissosiasjon som et svar på en uløselig konflikt mellom personens behov for tilknytning på den ene siden, og systemet for reaksjon på fare på den andre. Dette blir særlig tydelig dersom det er omsorgspersonen som påfører barnet fysisk og psykisk smerte, samtidig som barnet er avhengig av den samme personen for å overleve. Forfatterne skriver også at man vil møte dissosiasjon i en eller annen form hos traumatiserte klienter, og at man kan ikke arbeide med traumer uten å arbeide med dissosiasjon.

1.3.1 Den tredelte hjernen

Paul D. MacLean (1987) står bak modellen om *den tredelte hjernen*. Allerede på 60-tallet beskrev han en evolusjonær og hierarkisk oppbygning av hjernen i tre nivåer; *logikkhjernen*, *emosjonshjernen* og *overlevelshjernen*. Overlevelshjernen er det laveste nivået og styrer blant annet pust, hjerterytme og kroppstemperatur. Emosjonshjernen er sentralt i affektive tilstander som sinne eller frykt, styrer hukommelsesreaksjoner og hormoner involvert i stressreaksjoner. Logikkhjernen omtales som det høyeste nivået, det som skiller oss fra andre pattedyr, og blant annet gir oss språk, bevissthet og evne til å resonnerer og utføre viljestyrte handlinger. Modellen om den tredelte hjernen innebærer videre en forståelse av at vi har to systemer som styrer våre aktiviteter; et *alarmsystem* og et *utforskningsystem*. Utforskningsystemet er knyttet til utforskning og læring. Alarmsystemet skal passe på at vi er trygge, og sette i gang reaksjoner som for eksempel *fight* eller *flight* for å verne oss mot farer. Videre hevdes det at disse to systemene ikke kan være aktive samtidig, altså at utforskningsystemet «kobles ut» dersom alarmsystemet aktiveres (Maclean, 1987). Hos mennesker med traumelidelser er alarmsystemet sensitivisert og blir lettere aktivert, og mange

kjenner seg også vedvarende i beredskap. Modellen om den tredelte hjernen kan bidra til forståelse for hvordan en person med PTSD for eksempel kan få en overveldende stressreaksjon som resultat av en brå lyd, og miste evne til å holde fokus i en undervisningssituasjon.

Modellen om den tredelte hjernen kritiseres av enkelte for sterkt å forenkle, og delvis også gi en feilaktig fremstilling. I følge nyere nevrovitenskaplig forskning bør hjernen sees som en sterkt integrert enhet der de fleste funksjoner er et samspill mellom mange strukturer i forskjellige deler av hjernen. Dette gjelder ikke minst kognitive evner (Overgaard, Ramsøy, & Skov, 2005). Modellen om den tredelte hjerne oppfattes av mange likevel som et informativt perspektiv, og benyttes mye i pasientundervisning (Panksepp, 1998).

1.3.2 Toleransevinduet: Begrepet og modellen

Modellen om toleransevinduet ble utarbeidet av Daniel Siegel (2012) innen fagfeltet utviklingspsykologi. De senere årene har dette feltet blitt en viktig del av kunnskapsgrunnlaget for traumefeltet, som følge av økt kunnskap om konsekvensene traumer ofte kan få dersom de skjer i utviklingssensitive faser og i nære relasjoner (Michalopoulos, 2012; Nordanger & Braarud, 2014). Toleransevindu som begrep og forståelsesmodell er mye brukt i undervisningssammenheng, og brukes nå gjerne også i forståelsen av normalfungering. Nordanger og Braarud (2014) skriver at toleransevindumodellen ”tilfører både forståelse og handlingsrom” i det kliniske arbeidet.

Toleransevinduet er et bilde på det spennet av aktivering et individ tåler uten at «systemfungeringen» blir forstyrret. Altså at en tåler den emosjonelle og fysiologiske aktiveringen, uten at det forstyrrer evnen til å reflektere, lære og være oppmerksomt til stede i situasjoner og relasjoner. Spedbarnet har et smalt toleransevindu, og mye kan oppleves overveldende og uhåndterlig. De er avhengige av at de nære vokse må være reguleringsstøtte, og hjelpe barnet med å komme innenfor toleransevinduet sitt. Etter hvert som barnet på denne måten erfarer at ulike stimuli og sansninger er håndterlige, utvides toleransevinduet litt etter litt (Nordanger & Braarud, 2014; Ogden et al., 2006; Siegel, 2012). Dersom barnet derimot over tid blir utsatt for alvorlige stressbelastninger, samtidig som reguleringsstøtten fra trygge voksne uteblir, kan konsekvensene bli en overfølsomhet for stress. Dette kan være tilfellet ved traumerelaterte lidelser som vold, overgrep og omsorgssvikt i nære relasjoner. Mennesker med traumelidelser vil altså ha et smalt toleransevindu, og i stor grad oppleve overveldelser

der forsvarssystemene blir aktivert i hyper- eller hypoaktivering. En hyperaktiveringstilstand kan vise seg som uro, aggresjon og kaosfølelse, og kroppslig vil der være økt spenningsgrad i muskulatur, økt hjerterate og respirasjonen vil være kort og rask. Ved hypoaktivering vil det kroppslig uttrykket være preget av hypotoni, langsom respirasjon og hjerterate. En slik tilstand kan oppleves i form av nummenhet, tomhetsfølelse, handlingslammelse og avstengthet overfor omverden (Eide-Midtsand, 2017; Ogden et al., 2006). Ofte gjør begge disse forsvarssystemene seg gjeldende, men der kan være en hovedtendens som gjenspeiler hvilket forsvar som var viktigst under traumet (Ogden et al., 2006). Elementer som alvorlige stressbelastninger, tilknytningsstil og omsorgsgivers egne evner til regulering vil altså bli til kroppslige uttrykk hos individet (Eide-Midtsand, 2017; Ogden et al., 2006).

1.3.3 Polyvagal teori

Etter tre tiårs forskning på nervesystemets utviklingshistorie presenterte Steven Porges sin *Polyvagale teori* i 1995, som senere har blitt omtalt som banebrytende. Polyvagal teori understreker at forbindelsen mellom hjernestamme og kropp er toveis: hjernen påvirker hva som skjer i indre organer, og fysiologiske endringer påvirker hvordan vi oppfatter verden. Polyvagal teori dreier seg altså om hvordan det autonome nervesystemet vårt påvirkes av vår omgang med andre mennesker, og hvordan det ubevisst regulerer våre grunnleggende overlevelsesreaksjoner i møte med potensielle trusler i omgivelsene (Eide-Midtsand & Nordanger, 2017; Porges, 2003, 2011).

Vagusnerven, den tiende hjernenerven, er den viktigste forbindelsen mellom hjernen og innvollene. Vagusnerven består av flere afferente enn efferente nervetråder, det vil si flere som leder informasjon fra kroppen til hjernen enn motsatt (Eide-Midtsand, 2017). I følge Polyvagal teori består vagusnerven av to typer fibre som utgjør to ulike parasympatiske systemer; myeliniserte og ikke-myeliniserte. Den dorsale grenen er umyelinisert, og har røtter i urgamle overlevelsesstrategier til dyreslag som amfibier og reptiler, som bli «livløse» i farefulle situasjoner. Altså en *kraftig fysiologisk underaktiveringstilstand* (Porges, 2001, 2003). Den ventrale vagusgrenen er myelinisert, og oppstod først med pattedyrene. Denne grenen regulerer individets aktiveringstilstand gjennom sosial omgang med andre, og myelinet gjør impulsene selektive og raske. Når individet opplever trygghet vil stressberedskapen «slås av», og en er tilgjengelig for sosial omgang med andre. Respirasjon og hjerterytme blir rolige, og i tillegg vil blant annet ansiktsmimikk og stemme påvirkes og innby til kontakt med andre. Denne inntoning mot andre individer sies å ha til hensikt å

signalisere trygghet, for så å aktivere den andres ventrale vagus (Eide-Midtsand, 2017; Porges, 2003).

I følge Polyvagal teori består det autonome nervesystem dermed av tre ulike overlevelsessystemer; det sympatiske og de to parasympatiske. I ikke-truende omgivelser vil det være ventral vagus som regulerer aktiveringen. Ved opplevd fare vil systemene aktiveres etter et hierarki. Ventral vagus, som er det utviklingsmessig nyeste av systemene, vil kunne aktiveres først for å for eksempel prøve å forhandle med eller avlede en truende person. Dersom dette systemet ikke er tilstrekkelig, vil det sympatiske nervesystemet aktiveres og sørge for mobilisering i form av kamp, flukt eller frys. Dorsal vagus, immobiliserings-systemet, er det mest primitive forsvarssystemet og kommer altså til slutt i hierarkiet.

1.4 Traumebehandling

I traumebehandlingsmodellene er terapeutene mer aktive og styrende enn i mange andre psykoterapeutiske behandlingstilnærminger. Tilnærmingene er generelt preget av en ubetinget vennlig og aksepterende forståelse av pasientens symptomer og adferd i lys av nevrobiologisk forskning, og i mindre grad av passiv aksept. Opplevelsen av trygghet i behandlingen kommer ikke kun fra fravær av kritikk eller skyld, men også ved at terapeuten skaper forståelse i pasientens kaos. Terapeuten må være tydelig og åpen, avgrense og regulere. Psykoedukative verktøy er viktige for å gi mening til pasientens symptomer og reaksjoner, for eksempel det å gi informasjon om at pasientens plager er naturlige responser på fare. Formidling av retning for videre behandlingsprosess er også et naturlig og viktig element i traumebehandling (Anstorp & Benum, 2014; Fisher, 2017).

Traumebehandling har ofte blitt delt i faser, der første fase er *stabiliseringsfase*, andre fase dreier seg om *bearbeiding*, og tredje og siste fase om *integrasjon*. *Stabiliseringsfasen* innebærer at pasienten tilegner seg informasjon om traumereaksjoner og lærer teknikker for å håndtere stress og symptomer. Enkelte ganger er det stabiliseringsfasen som er selv terapien, da den kan gjøre pasienten i stand til å tåle sterke følelser og fungere bedre i hverdagen. Stabiliseringen kan også forstås som en forberedelse til den traumefokuserte *bearbeidingsfasen* (Anstorp & Benum, 2014; Holbæk & Modum, 2014). Det finnes en rekke

ulike behandlingstilnæringer som har som formål å bearbeide traumeminner. Mange av disse innebærer å fortelle om traumehendelsene i mer detalj, og å jobbe med negative tankemønstre og følelser knyttet til hendelsene (psykologforeningen.no). Dette kan kalles «*top-down*» tilnæringer, og skiller seg fra bearbeiding av traumer via en kroppslig tilnærming. *Sensorimotorisk Psykoterapi* er et eksempel på en «*bottom-up*» tilnærming, som bygger på forståelsen av at «kroppen bærer traumeminnene». I denne behandlingen jobber en blant annet med utgangspunkt i individets automatiserte beskyttelsesstrategier, slik som en tilstand av beredskap, tilstivning eller kollaps, - repeteres og blir til symptomer (Anstorp & Benum, 2014; Ogden et al., 2006). *Integrasjonsfasen* i traumebehandling dreier seg om å opprettholde endring og å gjenvinne områder i livet som har vært begrenset som følge av traumelidelsen (Anstorp & Benum, 2014).

Faseorientert behandling for traumelidelser har den senere tid blitt mer omdiskutert, særlig med tanke på den tunge vektingen av stabiliseringsdelen i modellen (Jongh et al., 2016). International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) publiserte i 2018 *Prevention and Treatment Guidelines* for PTSD og kompleks PTSD. Anbefalingene er basert på en metaanalyse av 327 RCT-studier. Her kommer traumefokusert behandling, blant annet ulike typer individuell kognitiv traumbearbeiding, ut med sterk anbefaling. På grunnlag av denne metaanalysen kommer det ikke frem grunnlag for å anbefale stabiliserende behandling i grupper, altså grupper med psykoedukasjon og innføring i teknikker for selv-regulering.

2. Hensikt/problemstilling

Hensikten med denne studien er å se nærmere på hvordan utøvere av Norsk Psykomotorisk Fysioterapi med kunnskap fra traumefeltet arbeider med pasienter med traumelidelser. Det var interessant å vite mer om hvordan de tenker i vurdering av pasientene, tanker omkring behandling og hvordan de opplever at kunnskap fra traumefeltet står i forhold kunnskapsgrunnet i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi.

Problemstillingene er: Hva karakteriserer behandlingen av pasienter med traumelidelser i psykomotorisk klinisk praksis sett fra terapeutens perspektiv? Hvordan begrunner terapeutene behandlingen?

Problemstillingen presiseres nærmere med følgende underspørsmål:

- Er det kunnskaper og ferdigheter fra traumefeltet de opplever som særlig viktige, og i så fall hvilke?

- Hvordan vurderer de psykomotoriske fysioterapeutene forholdet mellom traumeteori og den psykomotoriske grunntenkningen?

- Ser de teorigrunnlagene som komplementerende og utfyllende? I så fall, på hvilke måter?
- Vurderer de teorigrunnlagene som motsetningsfylte? I så fall, hva handler det om?

3. Metode

I dette kapittel belyses vitenskapelig ståsted og metodiske valg. Videre følger beskrivelse av analysemetode og -prosess, forskerrollen gjøres rede for og likeså etiske hensyn knyttet til gjennomføring av studien.

3.1 Valg av metode, forskningsdesign og metodologisk tilknytning

Hensikten med studien er å se nærmere på hvordan fysioterapeuter med kompetanse innen fagfeltet Norsk Psykomotorisk Fysioterapi, og tilleggstudannelse innen traumefeltet, jobber med pasienter med traumelidelser i sin kliniske praksis. Dette innebærer blant annet å få tak i deres beskrivelser av det som skjer i terapirommet, og hva de tenker om det. Det er også interessant å få tak i fysioterapeutenes tanker og meninger om hvordan kunnskap fra traumefeltet «passer inn» sammen med det psykomotoriske teorigrunnlaget. Det var naturlig å velge en kvalitativ tilnærming for å belyse forskningsspørsmålene. De kvalitative metodene kan bidra til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer, og de passer godt til å belyse dynamiske prosesser (Malterud, 2017). Kvalitativ forskning søker å komme frem til dybdekunnskap og få helhetlig forståelse av få enheter (Thornquist, 2003). Med utgangspunkt i et ønske om å få fatt på og sammenfatte erfaringer og synspunkter var det naturlig å velge

kvalitative intervju som metode. Valget falt på individuelle intervjuer ettersom det var ønskelig å gi deltakerne tid og rom til å hente frem erfaringer og overveielser. I denne studien ble det gjennomført semi-strukturerte intervjuer med fem informanter. Disse intervjuer er åpne og gir rom for utdyping omkring forberedte, større temaer en vil innom (Malterud, 2017). Med det kvalitative forskningsintervjuet ønsker forskeren å forstå informantens opplevelser, samt å få frem refleksjoner rundt disse (Tjora, 2012).

Ut fra problemområdet og valg av metodiske tilnærminger skriver studien seg inn i en *hermeneutisk vitenskapstradisjon*. I hermeneutikken er begrepene forståelse/forforståelse, meningshorisont og fortolkning sentrale, og har rot i blant annet Gadammers tenkning (Thornquist, 2003). I den hermeneutiske tenkningen er forståelse og fortolkning grunnkarakteristika ved den menneskelige væremåte, som også innebærer at vi som mennesker har en meningshorisont av historisk karakter som grunnlag for å forstå. Denne meningshorisonten er også preget av ens personlige historie. En meningshorisont betyr altså at vi alltid har med oss en forforståelse som grunnlag for å forstå noe som helst i vår verden. Sagt med enkelhet kan hermeneutikken hjelpe oss med å forstå *hvordan* vi forstår, og hvordan vi gir verden mening (Thornquist, 2003). Med hermeneutikkens fokus på forståelse og fortolkning kommer også forskerens forforståelse og fortolkning i søkelyset. Videre har informantenes formidlinger og min/forskers subjektive oppfatning betydning for hva som trekkes frem, beskrives og diskuteres. Det er altså her hermeneutikken er spesielt aktuell da den dreier seg nettopp om *forståelse/forforståelse og fortolkning*. Underveis i intervjuene foregår det en kontinuerlig fortolkning på flere plan fra både intervjuer og intervjuedes side. Intervjutekstene kan også tolkes på ulike måter. Hvordan de tolkes har å gjøre med teoretiske perspektiver som legges til grunn og forskers forforståelse i videre betydning. Her har det også betydning om forskeren aktivt arbeider med å stille seg åpen for det uventede.

3.2 Utvalg

Inklusjonskriterier for studien var videreutdanning i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi, og minst 5 års erfaring innen fagfeltet. I tillegg skulle informantene ha gjennomført kursrekke av større omfang eller eventuelt videreutdanning rettet mot forståelse og behandling av traumelidelser. Dette ekskluderte fysioterapeuter med kun generelle og mindre omfattende

kurs innenfor traumefeltet. I prosessen med å rekruttere informanter ble det vektlagt å søke etter informanter som arbeidet både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. Av praktiske hensyn med tanke på gjennomføring ble rekruttering av informanter gjort kun i en av de største byene i Norge. Kandidatene som valgte å delta i studien takket alle umiddelbart ja, etter at det var avklart at de fylte inklusjonskriteriene. Informantene fikk ingen spesielle instruksjoner i forkant av intervjuene.

De fem informantene er alle kvinner, hvorav fire arbeider i primærhelsetjenesten og en i spesialisthelsetjenesten. Informantenes erfaring innen fagfeltet Norsk Psykomotorisk Fysioterapi varierte fra fem til atten år. Innen traumefeltet hadde de noe varierende utdanningsbakgrunn, men flertallet hadde har mer enn en kursrekke eller videreutdanning. Alle fem informanter hadde videreutdanning i *Sensorimotorisk Psykoterapi Level 1*, de fleste helt nylig gjennomført. Tre av informantene hadde også gjennomført kursrekken *Sporene i kroppen etter sjokk og traumer*, et norskutviklet kurskonsept av Karen Margrethe Sæbø. En av informantene hadde kursrekken *Kronisk traumatisering og strukturell dissosiasjon av personligheten* med nederlandske Ellert Nijenhuis. Ellers hadde informantene variert bakgrunn med tanke til tidligere arbeidserfaring og andre tilleggsutdanninger.

Jeg har selv tidligere arbeidet som psykomotorisk fysioterapeut i byen informantene ble rekruttert fra. Siden fagmiljøet er lite hadde jeg kjennskap til flere av informantene fra før, blant annet via kurs og utdanninger, men ikke jobbet tett sammen med noen av dem.

3.3 Innsamling av datamateriale

Alle intervjuene var planlagt gjennomført på informantenes arbeidsplass, i eller direkte etter deres arbeidstid. Et av intervjuene bli imidlertid foretatt hjemme hos informanten på grunn av uforutsette forhold. Det ble benyttet en *intervjuguide* (vedlegg 1) i stikkordsform, som fungerte som en huskeliste underveis i intervjuene. Intervjuguiden var utarbeidet i forkant, og ble justert etter innspill fra veiledere og en kollega innen fagfeltet. Jeg hadde tidligere erfaring med gjennomføring av halvstrukturerte intervju fra en bacheloroppgave, men i mindre format og 14 år tilbake i tid. Som intervjuer etterstrebet jeg ikke at de fem intervjuene skulle bli mest mulig like, men heller å tilpasse spørsmålene og rekkefølgen av dem ut fra møtet med den

enkelte informant og egne erfaringer fra foregående intervju. Dette er i henhold til Malteruds anbefalinger for kvalitative forskningsintervju (Malterud, 2017). Informantene hadde på forhånd fått informasjonsskriv om studien (vedlegg 2), og signert på samtykkeskjema (vedlegg 3). Intervjuene hadde varighet fra 60 til 75 minutter.

Alle intervjuene ble tatt opp med dobbelt opptakerutstyr; datamaskin og mobiltelefon. Intervjuer noterte kun noen få stikkord underveis. Samtlige intervju ble gjennomført uten avbrekk. Det ble vektlagt å transkribere intervjuene kort tid etter gjennomføringen, og transkriberingen ble gjennomført av intervjuer som et ledd i kvalitetssikring av materialet (Thornquist, 2003). Sammen med stikkord fra intervjuene var det da relativt gode forutsetninger for å få med det ikke-verbaliserte innholdet i intervjuet, slik som for eksempel gestikulering og relevante bevegelser. Transkriberingen ble gjennomført manuelt. Lydkvaliteten på opptakene var god, og det var uten unntak lett å oppfatte det som ble sagt. Både lydfil og skriftlig materiale ble umiddelbart overført til kryptert minnepinne og slettet fra datamaskin og mobiltelefon. Dette for å ivareta informantenes anonymitet og oppbevare materialet forsvarlig (se også pkt. 3.6).

3.4 Analyse

Systematisk analyse utgjør en viktig forskjell mellom forskning og ren «synsing». Analysen krever både nærhet og distanse, da vi skal forene ryddige fremgangsmåter og kreativ logikk og komme til resultater som vi ikke kjente fra før. For den uerfarne forsker som jobber alene er det nødvendig å forholde seg til en godt beskrevet analysemetode. Systematisk tekstkondensering (STC) er utviklet for å fylle nettopp dette formål. STC er en metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data som kan gjennomføres uten forutsetninger knyttet til filosofiske røtter kvalitative metodetradisjoner er forankret i. Metoden innebærer både en dekontekstualisering og en rekontekstualisering (Malterud, 2017). Denne analysefremgangsmåten er spesielt godt egnet for analyse av forskningsmateriale fra kvalitative forskningsintervju (ibid.).

Systematisk tekstkondensering foregår i fire trinn. Det første trinnet består i å danne seg et helhetsinntrykk og danne foreløpige temaer. En må ha problemstillingen med seg i arbeidet,

og jobbe med å sette egen forforståelse til side. Det anbefales 6 – 8 foreløpige tema som et resultat av første trinn. Andre trinn i analyseprosessen er å identifisere meningsbærende enheter fra materialet, og videre å sortere disse. I tredje trinn av analysen skal den sorterte informasjonen abstraheres, ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene. For hver av kodegruppene sorterer en her materialet i to til tre subgrupper, som blir analyseenheten videre i prosessen. Abstraheringen i denne fasen innebærer også å lage kunstige sitater i jeg-form. I analysens fjerde trinn skal materialet rekontekstualiseres – bitene settes sammen igjen. Funnene sammenfattes i form av fortolkede synteser som grunnlag for nye beskrivelser og begreper som kan deles med andre (Malterud, 2017). Malterud anvender her begrepet resultat kategorier.

Analysen var utfordrende og spennende. Stoffets sammenvevdhet gjorde at det kunne oppleves som at «alt hørte sammen». Gjennom å følge trinnene i STC dannet det seg først fem tema (trinn 1). Disse hadde arbeidstitler: 1) meg selv som verktøy (behandler), 2) justering etter det som skjer akkurat her og nå, 3) samarbeid mellom to likestilte parter, 4) rom, retning, kraft og avstand og 5) traumeteori som bakteppe. Sortering av meningsbærende enheter i trinn 2 tydeliggjorde at de områdene informantene fremhevet som spesielt viktige, ikke nødvendigvis var de områdene det var mest tekst om (Malterud, 2017). Etterhvert ble de fem temaene redusert til tre på grunn av stort overlapp. Disse var 1) behandler selv som verktøy, 2) (akkurat) her og nå som arena og 3) traumeteori som bakteppe. De tre temaene ble etterhvert tydeligere definert, og fikk to subgrupper hver. Teksten som hørte til under hver av subgruppene ble bearbeidet og fortettet. Dette innebar også å lage kunstige sitat i jeg-form, som i kondensert form favnet hovedinnholdet i hver subgruppe¹. Etterhvert ble det supplert med en tredje subgruppe under et av temaene, ettersom en del interessant og aktuelt materiale falt bort i den foreløpige inndelingen. Ved ny gjennomgang av intervjuene viste det seg, i tråd med det Malterud skriver, at et enkelt tema var lite representert i et av intervjuene. Samtidig ga denne informanten svært rike bidrag til et av de øvrige temaene. Alle tema var imidlertid representert hos alle fem informanter. Med de endelige resultat kategoriene (tidligere kalt kodegrupper) og deres subgrupper viste deg seg å være overraskende få meningsbærende

¹ Eksempel på kunstig sitat fra subgruppen Traumeteori som bakteppe for terapeuten:
«Kunnskap fra traumefeltet er avgjørende for at jeg skal føle meg trygg i behandlerrollen med denne pasientgruppen».

enheter som ble kodet til flere grupper. Dette kan være et tegn på at de endelige resultatkategoriene er tilstrekkelig presise (Malterud, 2017).

3.5 Forskerrollen

Kunnskap fra traumefeltet har vært viktig for meg i min faglige utvikling som psykomotorisk fysioterapeut. Det har betydning for min forståelse av pasientens symptomer og fungering, og er relevant med tanke på mine valg av tilnærming og dosering i behandlingen. Jeg har et engasjement i temaet som har vært en viktig drivkraft i gjennomføring av studie og oppgaveskrivingen, men som også bidrar til utfordringer med tanke på forskerrollen. Min personlige opplevelse av at kunnskap fra traumefeltet har vært betydningsfull for meg som psykomotorisk fysioterapeut vil naturligvis virke inn på prosjektet. Valg av tema og problemstilling, samt vinklinger underveis i analyse og oppgaveskriving vil være preget av min bakgrunn. Der finnes også andre utfordringer knyttet til å forske i eget felt. Når forsker har samme fagfelt som informant er det større sjanse for «blinde flekker», altså noe en tar for gitt eller ikke får øye på som forsker (Thornquist, 2003). Som forsker i eget fagfelt er det også en utfordring å skulle innta en «uvitende» posisjon overfor informantene (Tjora, 2012). I min sammenheng velger jeg å kalle det å innta en naiv og undrende posisjon, som bedre ivaretar at det samtidig så absolutt er en informert posisjon jeg som forsker innehar. Det antyder også at det å forske i eget felt gir fordelene av å inneha en større forståelse (Thornquist, 2003). Thornquist skriver at utfordringen som forsker i eget felt er å innse at en ikke kan sette strek over forforståelsen, men heller å erkjenne den. En kan da aktivt søke en distanse, og samtidig utnytte egen nære kjennskap til feltet (ibid.).

3.6 Etiske betraktninger

Før potensielle informanter ble kontaktet ble det søkt om godkjenning av prosjektet fra Nasjonal Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (NSD), i henhold til personopplysningsloven. Prosjektet fikk godkjenning med prosjektnummer 59554 (vedlegg 4). Aktuelle kandidater til studien fikk tildelt informasjonsskriv med orientering om prosjektets hensikt og ivaretagelse av informanters anonymitet (vedlegg 2). Ved samtykke til

deltakelse i prosjektet, og før gjennomføring av intervjuene ble informert samtykke (vedlegg 3) signert. Informantene fikk informasjon om deres rett til å trekke seg fra prosjektet, også etter at samtykkeskjema var signert og intervjuene gjennomført. Ingen av informantene benyttet seg av denne muligheten. Lydopptak fra intervjuene ble kryptert på egen minnepinne og oppbevart nedlåst. Transkripsjoner ble anonymisert for direkte og indirekte personopplysninger, og oppbevart nedlåst når de ikke var i bruk. All innsamlet data slettes ved prosjektslutt.

4. Resultater

I dette avsnittet presenteres resultatene fra studien. Materialet fra intervjuene var rikt og utfyllende, og dels utfordrende å analysere på grunn av en grunnleggende iboende sammenvevdhet. Gjennom analyseprosessen utpekte det imidlertid etter hvert en naturlig inndeling i tre hovedtema, som oppleves heller utfyllende enn overlappende. De tre kategoriene som presenteres er *Behandler selv som verktøy*, *Her og nå som arena* og *Traumeteori som bakteppe*. Alle temaene er inndelt i underkategorier.

4.1 Behandler selv som verktøy – grunnet og til stede i seg selv for å kunne være fullt til stede for og vår den andre

Behandlers egen tilstedeværelse beskrives som et viktig verktøy i arbeidet med mennesker med traumelidelser. Dette innebærer å selv være forankret og å jobbe med sin inntoning overfor pasienten.

4.1.1 «Innover» - til stede i meg selv

«Dette med å jobbe med sin egen mindfulness for at den andre skal kunne bli mer mindful. Det er på en måte inne i der svarene ligger. Det er jo litt fint.»

Alle informantene oppgir at «å være til stede i seg selv» som terapeut er viktig i arbeidet med traumatiserte pasienter, og flere snakker om dette som det aller viktigste verktøyet i behandlingen. En av informantene sier også at arbeidet med å være til stede i seg selv kanskje er det hun har lært aller mest av fra alle traumekursene.

Det som går igjen når terapeutene beskriver hva som ligger i *å være til stede i seg selv* er ord som nærværende, til stede, rolig, tydelig og forutsigbar. Flere av terapeutene snakker også om hvordan de selv jobber *kroppslig* med dette; *å kjenne at jeg sitter, kjenne at jeg har støtte, kjenne at jeg har kontakt med gulvet. Kjenne at jeg puster*. Selv om ikke alle terapeutene setter tydelig ord på de kroppslige aspektene ved å være til stede i seg selv, formidler de det likevel ved at de gestikulerer med og mot sin egen kropp, midtstiller seg i selv i stolen, setter føttene godt i underlaget mens de snakker. Stemmen til informantene understreker også budskapet ved å være markant tydelig og rolig.

Passelig regulert er også en beskrivelse som går igjen når terapeutene snakker om å være til stede i seg selv. En av informantene sier at hun må passe på sin egen aktivering, og hvordan hennes kropp og pasientens kropp er i samspill gjennom den timen, *hvordan nervesystemene spiller hverandre*. «Å kunne merke mine forandringer på det som kommer fra pasienten», sier en annen. Informantene snakker om at de må være bevisste for å ikke bli «dratt med» inn i pasientenes over- eller underaktivering, men at de selv er «passelig regulert» og heller påvirker pasienten også i den retningen. Dette krever først og fremst en oppmerksomhet på hvordan pasient og terapeuts aktiveringsnivå endrer seg i løpet av timen. Å holde seg selv rolig er altså spesielt viktig når en pasient blir høyt aktivert i en behandlingstime. Informantene forteller om hvordan de jobber med å forbli rolige ved å bruke stemmen og pusten sin, hvile blikket og være rolige i hele sin fremtoning. Også når en pasient blir underaktivert er det lett for at terapeuten kan bli «dratt med». I slike situasjoner oppgir informantene at de har mer energi i stemmen og i kroppsspråket sitt.

Flere av informantene bruker uttrykket *å tone seg inn* når det er snakk om å jobbe med sin egen aktivering, ut fra det de registrerer hos pasienten. Noen kommer inn på at denne inntoningen må være passelig nært opptil der pasienten befinner seg.

«Også må jeg på en måte gjøre det oppnåelig også, sant? Hvis jeg skal ha pasienten ut av en underaktivering så er det ikke sånn at jeg hopper og danser og er veldig energisk, men prøver liksom å speile neste nivå jeg ønsker å få dem på».

4.1.2 «Utover» - til stede for den andre.

Samtlige av terapeutene snakker om hvordan de jobber med pasient–terapeut-relasjonen ved å være vår den andre, og bevisst på seg selv i kontakt med den andre. De deler tanker omkring sin egen fremtoning. En forteller at hun er opptatt av at hennes ytre fremtoning er mest mulig nøytral, og at hun skal være «lett å lese» for pasienten. Hun nevner at hun gjerne bruker løse klær, og unngår å bruke sminke for å ikke fremheve sitt eget ytre. Flere snakker om bevissthet på kroppsspråket sitt og ordene de bruker. En kan tilpasse språket slik at det virker regulerende for pasienten, eller det kan utfordre – alt etter hva pasienten tåler. Og når en bruker hendene sine på pasienten, hva formidler grepene? Er det for å undersøke stivhetsgraden i muskulaturen eller er det et omsorgsgivende grep som støtter opp om noe i samtalen?

Flere av informantene snakker om at det er nødvendig og naturlig for dem som terapeuter å ha en grunntone av støtte, varme og omsorg ovenfor pasientene. I møte med traumepasienter kan det imidlertid være viktig å dosere dette. Informantene forteller om enkelte pasienter som vil ha «alt for mye» omsorg og støtte, og hvordan de må jobbe bevisst med at støtten skal være «å gå ved siden av», heller enn «å bære». På den andre siden kan mennesker som har opplevd voldsomme overskridelser av egne grenser ha vanskelig for å ta imot varme og omsorg, selv om de har behov for det. En informant sier at en og samme pasient kan på den ene siden ha behov for tilknytning, og samtidig ha behov for avstand. For noen kan altså en vennlig og empatisk terapeut bidra til en indre konflikt mellom ønske om nærhet og kontakt med terapeuten på den ene siden, og behov for avstand på den andre siden. Informantene holder frem at forutsigbarhet er viktig, og å finne ut hvordan pasienten liker og tåler å få omsorg. En forteller om en pasient som kom tilbake etter få timer og konfronterte henne med at hun var så forsiktig som terapeut, og lurte på om det var bra. *«Det er faktisk tryggere for meg om du ikke tar hensyn til grensene mine, for det er det jeg er vant med».* Terapeuten forteller at dette var en pasient som hadde en strategi med å *bare koble ut kroppen*. Dette bidro til at de snakket videre om det å koble ut kroppen, og hvilke fordeler og ulemper det kan ha.

I flere av intervjuene kommer det frem at terapeutene i blant må jobbe med å *holde seg selv tilbake* for å ikke overvelde pasienten. Noen ganger må de holde tilbake nysgjerrigheten sin, andre ganger må de holdet seg tilbake i ønsket om å skape kontakt med pasienten. En informant forteller om en pasient med kompleks traumefungering som har «gått i frys» når terapeuten har lent seg frem mot henne under samtalen. For terapeuten var dette en naturlig gest for å oppnå bedre kontakt, og hun ønsket å signalisere til pasienten at «jeg er her for deg, jeg tåler og klarer å romme». Denne gangen ble det likevel truende og overskridende for pasienten, forteller terapeuten. Det ble for mye, for raskt. Hun forteller videre at i slike tilfeller må hun jobbe med å finne grensene til pasienten, men likevel være nær nok til å beholde tilknytningen. «Jeg vil at de skal kjenne at de kan være koblet på meg, og i relasjon med meg, og likevel være i kontakt med seg selv. Og da må jeg hele tiden dosere det».

En terapeut forteller at pasientene noen ganger klarer å sette ord på sine egne opplevelser av kontakten med terapeuten. Hun forteller om en pasient som sier at «*nå kjennes det ut som du ser tvers gjennom meg*», og hun som terapeut må trekke seg tilbake i nysgjerrighet og sitt ønske om kontakt. Andre ganger kan det være at pasienten kan merke og sette ord på at for eksempel «*nå merker jeg faktisk at du er roligere enn meg*».

«Skal pasienten tørre å utforske og utfordre sine egne grenser, og begynne å kjenne etter, så må det være trygt (..) Det må jeg hele tiden jobbe med å få til da. Så det å validere og .. tune meg inn på pasienten og møte de der de er (..) blir jo viktig da!»

4.2 «Her og nå» som arena – utforske sammen med kroppen som veiviser

Behandler og pasients felles utforskning av det som viser seg akkurat her og nå, fremstår som en vesentlig side ved psykomotorisk behandling av mennesker med traumelidelser. Kroppens reaksjoner og responser, samt kroppslige fornemmelser fremgår som viktige veivisere.

4.2.1 Utforske sammen

Informantene er opptatt av at relasjonen mellom pasient og terapeut skal være et trygt utgangspunkt for utforskning i behandlingen. En sier

«Jeg tilstreber å få til en relasjon der vi er ganske likestilte i å utforske og skulle studere noe sammen. Pasienten er ekspert på sin kropp og det som skjer på innsiden. Og jeg har på en måte min kunnskap. (...) Det å ha en sånn ikke-vitende og nysgjerrig holdning, det å på en måte dele den og utforske noe sammen.. Det er ikke jeg som vet hva som får din kropp til å roe seg ned eller hva som gjør at du føler deg trygg. Det må vi bare finne ut av sammen, sant?».

En annen terapeut snakker om å gi pasienten tid til å kunne si noe om sitt, uten å ha de klare svarene. Hun fremhever at det å undre seg sammen med pasienten kan bidra til å skape en trygghet der pasienten kan våge seg inn i å kjenne på det er som vanskelig.

Informantene sier at de gjerne tidlig i forløpet snakker om grensene til pasienten, og viktigheten av å jobbe i takt med kroppens alarmsystem. Nærhet og avstand tematiseres, hvordan det vil være i behandlingen. Hvor vil pasienten sitte, hvor mye klær skal pasienten ha på? Pasientene skal oppleve at de kan påvirke behandlingen, vite at det ikke er noe de *må* gjøre i behandlingsrommet. Det kan gi trygghet og forutsigbarhet som kan være regulerende i seg selv. Terapeutene formidler alle at de vil at pasienten skal være til stede i kroppen og legge merke til hva som skjer, samtidig som de også er i kontakt med terapeuten. En av terapeutene omtaler samspillet med pasienten som en slags pardans der pasienten får lov til å ta litt av styringen: *«Nå må du litt bort. Nå kan du komme litt nærmere»*. Sammen utforsker pasient og terapeut hva som roer og hva som eventuelt «vekker» pasienten.

I alle intervjuene snakker informantene om hvordan pasienter kan *snakke seg ut av toleransevinduet sitt* uten å merket det selv. Det er ofte nødvendig at pasienten øver på å gjenkjenne endringer i egen aktivering, det å legge merke til hvordan traumene påvirker de i nåtid. Terapeutene spør for eksempel *«hvordan er det å fortelle? Hva legger du merke til?»*. Noen ganger trenger pasienten hjelp for å merke hva som skjer i kroppen; *«når du forteller dette ser jeg at skuldrene dine går litt opp. Hvordan er det, blir du urolig av dette eller?»*. Informantene oppgir at de ofte deler sine observasjoner med pasienten.

Noen terapeuter forteller at pasienter som er lite i kontakt med grensene sine og endringer i kroppens aktivering ofte svarer «det går greit», selv når terapeuten registrerer at pasienten spenner seg og holder pusten. En informant forteller om en behandlingstime med en ganske ny pasient som stadig svarer på denne måten. Hun forteller at de gjorde små eksperimenter i

behandlingsrommet med blant annet utgangsstillinger og ulike avstander for å se om pasienten kunne merke forskjell. Etterhvert begynte pasienten å kjenne at *det er faktisk ikke alt som er greit*. Pasienten oppga at det kjentes bedre når terapeuten snudde seg bort, og terapeuten spurte hvordan hun merket det. Pasienten svarte da at hun fikk puste bedre, altså kjente hun en forskjell i kroppen. Ved å jobbe på denne måten fant pasienten tak i flere nyanser og fikk forankret det i kroppen.

Grenser går igjen i intervjuene som et viktig og spennende tema, som kan utforskes med ulike tilnærminger. En av terapeutene forteller om en pasient med høy kroppslig belastning, hvor de må modifisere behandlingen mye for å unngå at hun blir overaktivert og deretter dissosierer. Det å jobbe med å lage passelige fysiske grenser rundt seg og utforske bevegelsesmulighetene innenfor disse har imidlertid vist seg å være interessant. Terapeuten forteller at pasienten da kan tåle mer, og aktiveringen går langsommere opp.

En annen pasienthistorie som kommer frem handler om at en som terapeut ikke alltid skal være så forsiktig, men tørre å utfordre litt. En kvinne var interessert i å prøve seg i psykomotorisk gruppe, men terapeuten var usikker og redd det kunne bli for mye for pasienten. De bestemte seg for å gi det et forsøk, noe som viste seg å bli svært positivt. «*Jeg går herfra og kjenner meg så sterk!*», sa pasienten. Terapeuten ser at gruppen ble svært viktig for pasienten, både øvelsene i seg selv og ikke minst fellesskapet med de andre kvinnene.

4.2.2 Den konkrete kroppen

Informantene formidler at det til syvende og sist er kroppen som gir signaler på hva som er bra og ikke. *Kroppen vet*. De har som terapeuter varhet for kroppens signaler, og oppgir at det er først og fremst disse signalene som styrer doseringen i behandlingen. I materialet beskrives mange eksempler på hva som kan registreres hos en pasient som er på vei ut av toleransevinduet i en over- eller underaktivering. En overaktivering kan for eksempel vises ved at pusten blir raskere, stemmen blir høyere, raskere blinking og bittesmå rykk i kroppen. Ved underaktivering beskrives det at kroppen kan sige litt sammen, for eksempel falle litt over mot siden og pasienten kan bli litt fjern i blick og kontakt. Aktiveringen til pasienten kan svinge i løpet av behandlingen, men det er et mål at de ikke skal bli overveldet. Terapeutene bekrefter at det likevel kan skje at pasientene blir overveldet i en behandlingstime, eller at de faktisk er det fra de kommer inn døren. En forteller om en jente som blir veldig aktivert av å komme til behandling;

«Hun klarer ikke å sitte med bena nedpå gulvet. Sitter og holder på seg selv. Blir veldig stille. Så sier jeg det jeg merker, «kan du merke...». «Ja, jeg sitter alltid sånn». Snakke om det. Tørre å si det. Og at hun gjør det fordi hun er stresset. En måte å være til stede på. Prøve å sette en og en fot ned på gulvet. Blir kjempestresset. Opp igjen, der hun er trygg. Så lander hun bitte litt i løpet av en time».

En annen terapeut forteller om en pasient som ønsker å ligge på benken og få massasje, men hvor hun som terapeut registrerer tydelige aktiveringsreaksjoner, gjerne med en påfølgende underaktiveringsreaksjon. Terapeuten oppgir dette som eksempel på at kroppens signaler viser overveldelse, selv om pasienten verbalt kommuniserer noe annet.

Alle behandlerne snakker om hvordan de tidlig i et behandlingsforløp jobber med å finne et trygt kroppslig utgangspunkt for å kunne utforske sammen. Kontakten med underlaget, det å kjenne stolen og føttene mot underlaget kan ofte bidra til stabilitet eller ro. Et slikt forankringspunkt beskrives som nyttig når de skal hjelpe en pasient til å «hente seg inn igjen». I et av intervjuene fortelles det om en pasient med et vanskelig forhold til sine foreldre, som blir svært aktivert når hun snakker om et besøk hos dem for en tid siden. Til tross for at besøket hadde gått relativt greit, ble stemmen høy, hun snakket fort og bena begynte å gå. Terapeuten forteller at hun så at pasienten strevde, og stoppet henne derfor og rettet fokuset hennes mot her og nå. De hadde tidligere i forløpet jobbet med å kjenne bena og bekkenets kontakt med underlaget, og dette hentet de frem i denne situasjonen. Etter litt ville pasienten fortelle mer fra besøket, og da kom ikke aktiveringsreaksjonene på samme måte. Pasienten, som også er sanger, sa da til terapeuten at *«det jeg fortalte deg nå, det fortalte jeg med sangstemmen min»*.

Terapeutene formidler at pasientenes utgangsstilling og plassering i rommet kan ha mye å si i behandlingssituasjonen, både for opplevelse av trygghet og dermed også mulighet til å kunne få til endring. En terapeut oppgir at hun ofte tilbyr pasientene en pute i fanget når de sitter. Puten kan gjøre at pasientene ikke kjenner seg så synlig, og at de lettere kan «slippe seg litt ned» mot underlaget. Flere av terapeutene gir eksempler på at de sammen med pasientene har funnet stillinger med stor flate til underlag; en sitter i skredderstilling på benken heller enn å sitte i stolen, og noen pasienter ligger på matte på gulvet heller enn å ligge på benken. En informant forteller at hun kan foreslå utgangsstillinger ut fra observasjoner av *hvordan*

pasienten forholder seg til underlaget. En pasient med høyt tyngdpunkt og lite sentral stabilitet kan lett bli kvalm og svimmel i stående stilling, sier hun. Sittende stilling kan da være bra, og for mange mindre sårbart enn liggende stilling. Stående stilling gir pasienten lite understøttelsesflate, og kan være utfordrende for enkelte. En terapeut oppgir at pasienter ofte kan tåle denne stillingen bedre dersom hun stiller seg litt til siden for de, heller enn å stå rett i front. Det kan også være nyttig å sjekke ut hvilken side det er best for pasienten at terapeuten står på. Alle informanter oppgir imidlertid at det ikke finnes noen fasit for hvilke utgangsstillinger som oppleves mest trygge for pasientene. Selv om vi har lært at ryggliggende stilling for mange er mer sårbart enn mageliggende, kan det være tryggere for noen ettersom en har oversikt. En terapeut sier at det kommer an på hva som får oss til å føle oss trygge; er det kontakt mellom kroppens forside og underlaget, eller er det å ha mulighet til å orientere seg?

Stående og sittende kan en jobbe med at pasienten skal kunne kjenne seg *forankret og stabil*, og at de har *bærende krefter* i seg. En terapeut hevder at å jobbe med stabilisering i vekt bærende utgangsstillinger er et viktig grunnlag for å jobbe med endring, og at vi nok i mange behandlingsforløp bør jobbe mer på denne måten. Terapeutene bruker altså mer de vekt bærende stillingene i behandling av denne pasientgruppen. De uttrykker at det ofte vurderes både tryggere og mer hensiktsmessig å jobbe i oppreiste stillinger med pasienter med traumelidelser. En terapeut nevner at for pasienter som har opplevd overgrep kan liggende stilling i behandlingssituasjonen noen ganger være triggende. En annen terapeut trekker frem at mange med traumelidelser har dissosiering som en del av sin problematikk, og at denne tendensen ofte er større i liggende stilling der mangelen på kontroll er større.

Det er enighet blant informantene om at ikke alle behandlingsforløp med psykomotorisk fysioterapi trenger innebære fysisk berøring. En kan jobbe kroppslig uten å *ta på*. Kroppen kan bli berørt også gjennom samtale, pasientens egenkontakt og bevegelse. Berøring kan være en trigger, men terapeutene oppgir at de fleste etterhvert vil tåle *noe* berøring i behandlingen. Det kan ofte til og med være godt, men berøringen må være tydelig avgrenset og med trygge hender. En terapeut mener at hvor pasienten er i sin egen prosess kan være mer avgjørende for hvor godt de tåler berøring enn omfanget av traumatiseringen. Der er en oppfatning blant informantene om at type traumeerfaring har noe å si for hvordan pasienten reagerer på berøring og nærhet. Ofte er berøring mest vanskelig når traumene har vært veldig grenseoverskridende på egen kropp, slik som vold og overgrep. En informant oppgir

imidlertid at hun opplever at en del av pasientene som har vært utsatt for omfattende omsorgssvikt som barn, uten fysiske overgrep, også tåler nærhet svært dårlig, både fysisk berøring og omsorg. Pasienter som har vært offer for ikke-relasjonelle traumer vil oftere tåle berøring godt. En informant forteller om en pasient med høyt symptombelastet posttraumatisk stressreaksjon etter å ha flyktet i båt over havet, og som responderte svært godt på berøring.

Det at pasientene får *kjenne forskjell på kroppen* blir fremhevet som viktig. Det å gjøre noe konkret som å jobbe med muskulaturen i det ene benet, for så å merke at benet kjennes tydeligere og hviler bedre etterpå. Å kjenne at kroppen kan påvirkes, at de selv kan påvirke kroppen – uten å bli overveldet og miste kontroll.

Noen av terapeutene sier at de kan spørre pasienten om *hva kroppen har bruk for*, for eksempel hva den vil bevege. En terapeut sier at når hun formidler til pasienten at det ikke finnes noe rett eller galt, og at de kan ta seg tid til å kjenne etter – så kommer det ofte ganske fascinerende svar.

Det kommer også frem at det å *kjenne kroppen* i seg selv kan være triggende, og at dette mange ganger må doseres av terapeuten. Å *kun være i det* kort tid av gangen, for å ikke bli overveldet. Terapeutene kan da dosere ved å bidra til å endre fokus, for eksempel kan en bevegelse gjøres mer ufarlig om en inntar et mekanisk fokus heller enn å ha oppmerksomhet på opplevelsen av bevegelsen.

Å jobbe med *grenser* i psykomotorisk behandling blir altså omtalt som et spennende område som kan åpne for muligheter og innsikt. En sier at *«mange har hørt om grenser og forholder seg liksom til det, men det er veldig flytende i kroppen»*. Terapeutene snakker med pasienten om grenser, gir eksempler og jobber med å kjenne dem på kroppen. Et eksempel er fra en relativt velfungerende pasient som oppgir at hun blir dårlig av å være sammen med sin autoritære svigerfar. Sammen med sin behandler jobbet hun noen få ganger med å kjenne grensen sin og markere den, blant annet ved å fysisk skyve bort terapeuten og si ifra når hun kom for nært. Denne pasienten opplevde at det var annerledes å være i nærheten av sin svigerfar etter dette, ting gikk ikke like mye inn på henne. Terapeuten sier at *«hun ble klar over at det faktisk handler om kroppen»*. En annen terapeut sier at det å sette grenser og holde på grensene er utfordrende for mange. Mange av pasientene har vanskelig for å kjenne på sinne, men de kjenner mye å skam. Hun mener det kan være nyttig å utfordre dette ved å – med varhet - fysisk sette grenser eller kjenne på sinne.

En terapeut forteller at hun er òg mer opptatt av å bruke lek og latter som ufarliggjøring i behandlingen. Slike elementer kan gjøre behandlingen mindre instruktiv, og det er en måte å møte pasienter på som gir rom for spontanitet og kan være spennende som utforsking.

4.3 Traumeteori som bakteppe i psykomotorisk tenkning og praksis

Teori fra traumefeltet blir beskrevet som støttende for grunnlagstenkningen i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi. I tillegg tilfører kunnskapen fra traumefeltet noe nyttig både når det gjelder forståelse av traumelidelser og med tanke på behandling.

4.3.1 Psykomotorisk grunntenkning og traumeteori er ikke motstridende

Terapeutene som ble intervjuet gir alle uttrykk for at kunnskapen fra traumefeltet og hvordan de lærer å være vår ovenfor traumepasientene, samsvarer med kunnskapen og erfaringene de har fra psykomotorisk fysioterapi. Det å ha et blick på endringene i pasientens aktiveringsnivå og la det guide en, er vesentlig for begge tilnærmingene. «*Vi har jo egentlig gjort dette mye alltid, uten at vi helt har hatt ordene på det med toleransevindu og det der, opplever jeg*», sier en av informantene.

Terapeutene danner et bilde av hvordan pust, muskeltonus og kroppsholdning er når aktiveringen er over eller under toleransevinduet. Det psykomotoriske idealet med en kropp i bevegelig balanse og med fri pust, samsvarer med å være passelig aktivert og innenfor toleransevinduet. En av terapeutene sier også at dette psykomotoriske idealet er en kropp i *ventral vagusaktivering*, og ikke i fight, flight, freeze eller dorsal vagusaktivering.

Selv om alle terapeutene sier at behandlingstilnærmingene samsvarer, formulerer de seg litt ulikt rundt hva de tenker om den psykomotoriske grunntenkningen opp mot traumeteorien. Dette gjelder særlig såkalt *omstillende* og *støttende* behandlingstilnærming innen psykomotorisk fysioterapi, og hvordan det samsvarer med teori om traumebehandling. Flere av informantene gir uttrykk for at de opplever samsvar mellom disse tilnærmingene i NPMF og fasebehandling i traumeterapi. I likhet med NPMF har traumeterapi tilnærminger der en kan jobbe med regulering og stabilisering, og andre der en kan jobbe med det som mer tilsvarer

inngripende behandling. Alle informantene snakker om at dette i praksis et spørsmål om tilpassing av behandlingen ut fra pasientens ståsted.

En terapeut snakker om utviklingen i faget NPMF; der en i starten var veldig opptatt av avspenning og *slipp*, har etter hvert *stabilisering* kommet mer inn. Hun uttrykker at dette er en viktig utvikling. «*Vi kan jo ikke bare holde på med det ene, sant? Hvis pasientene trenger det andre. Det er en balansegang å dosere det*». En annen terapeut lufter tanker omkring samme tema; «*jeg har tenkt at det er den omstillende behandlingen vi liksom ønsker oss [i NPMF]*». Hun holder frem en forskjell mellom de to behandlingsretningene, ettersom den stabiliserende delen av behandlingen langt på vei er blitt fremstilt som den viktigste delen innen enkelte retninger av traumeterapi. En tredje terapeut sier at «*i prinsippet tenker jeg at alt [av behandling] på en måte er omstillende. Får vi omstilling ved å gi støttende behandling eller gi mer sånn frigjørende – slipp – behandling?*». Hun omtaler her omstilling mer som *gunstig endring*, og holder frem at en kan oppnå endring med ulike tilnærminger i behandlingen.

Informantene uttrykker at NPMF og traumeterapi også kan *understøtte* hverandre. En terapeut sier at å bruke elementer fra metoder som Sensorimotorisk Psykoterapi kan bidra til å forsterke omstillingen vi får til gjennom psykomotorisk fysioterapibehandling.

4.3.2 Bruk av traumeteori som bakteppe i arbeid med traumepasienter - for pasienten

Informantene forteller at de bruker undervisning – *psykoedukasjon* - til pasientene, og ofte tidlig i behandlingsforløpet. De forteller at kunnskap innen traumefeltet har påvirket dem til å introdusere dette i større grad enn tidligere, og bidratt med nyttige modeller og begreper. Terapeutene snakker tidlig til pasientene om den tredelte hjernen vår, og normale reaksjoner etter traumer som kamp, flukt, frys og underkastelsesresponser. De snakker om hvordan en kan kjenne igjen under- og overaktivering i kroppen, om toleransevindumodellen og regulering. Noen fremhever at pasientene gjerne har et begrep om det å spenne seg og bli aktivert, men ikke nødvendigvis om det å være underaktivert. Terapeutene er også opptatt av å validere klokskapen til kroppens reaksjoner; «*at du kunne koble ut kroppen din var en ressurs, men det har jo sin pris*». Likeledes har det å være i konstant beredskap sin pris. Terapeutene snakker også med pasientene om hvorfor kroppen fortsetter å reagere som om det er fare, selv etter faren er over.

Det å gi mening til symptomene slik at pasientene bedre forstår sine egne reaksjoner blir snakket om som viktig. Da blir det ikke lengre bare et kaos av symptomer, men en kan forstå det som kroppens måte å overleve på. Det å få et språk for det, og vite at det er slik vi fungerer, det er ikke noe galt med *min* kropp. Informantene sier at det å få denne nye forståelsen kan være regulerende i seg selv, altså bidra til gunstig endring i pasientens aktivering. I tillegg kan det bidra til lettelse og til å dempe skammen og skyldfølelsen mange kjenner. Denne forståelsesrammen kan også ufarliggjøre den psykomotoriske behandlingen, noe som er nyttig når pasienten skal i gang med å kjenne etter i kroppen – som de ofte både frykter og unngår i følge terapeutene.

Terapeutene forteller at å lære om kroppens forsvarssystemer og forstå seg selv i lyst av det er et viktig grunnlag for behandlingen videre. Flere trekker frem at de bruker modellen om toleransevidu aktivt sammen med pasienten. En terapeut forteller for eksempel at hun er tidlig ute med å snakke om at hensikten med disse timene er ikke at du skal bli overveldet, men at du skal holde deg innenfor grensene dine. Hvor mye du skal fortelle og hvor mye berøring det skal være i behandlingen avhenger av hvor du er i forhold til ditt toleransevidu. Mange av pasientene har et vanskelig forhold til kropp. De har hatt grenseoverskridende opplevelser og mye utrygghet og uforutsigbarhet. Ofte blir det å jobbe med kropp noe de tenker at de må *holde ut*. Så det å snakke tidlig om grenser og om viktigheten av å jobbe i takt med kroppens alarmsystem er særlig sentralt.

En terapeut gir et eksempel på at en pasient kan komme til undersøkelse og strekke frem den vonde armen sin og forvente at terapeuten skal gjøre noe med den. Som terapeut kan hun legge merke til at samtidig som pasienten strekker armen frem trekker hun seg unna med resten av kroppen. Når pasienten blir gjort oppmerksom på det som skjer i kroppen hennes, merker hun kanskje også at *det er faktisk ikke greit at du bare tar armen min og driver på med den*.

Informantene kommer også litt innpå at bruk av traumeteori kan være nyttig for pasienten også for å kunne jobbe med egen regulering utenom behandlingen. Når pasienten for eksempel har fått forståelse av hva det er å være underaktivert, og hvordan en kan få *bygget seg litt opp igjen i aktivering* – er det bedre muligheter for å jobbe med dette også i hverdagen.

4.3.3 Bruk av traumeteori som bakteppe i arbeid med traumepasienter - for terapeuten

Flere av terapeutene formidler at kunnskap fra traumefeltet har vært avgjørende for at de skal føle seg trygge i møte med pasienter med traumelidelser. Informantene oppgir at kunnskapen gjør det lettere å forstå pasientens problemstilling, og har gitt dem flere verktøy til å kunne hjelpe pasientene. En informant sier at under videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi ble det formidlet at en vil ha behov for videre kurs eller utdanning om en skal jobbe med pasienter med alvorlige traumelidelser, og at hun opplever at dette stemmer.

Terapeutene snakker om at de har måttet frigjøre seg fra den tradisjonelle psykomotoriske kroppsundersøkelsen og prøvebehandlingen når de jobber med alvorlig traumatiserte. *«Hvis jeg gjør ROKen [ressursorientert kroppsundersøkelse] har jeg liksom ikke etterspurt pasientenes opplevelser i det hele tatt, tenker jeg»*. Terapeutene oppgir at de går mer forsiktig frem med kroppsundersøkelsen etter at de tok etterutdanning innen traumefeltet, de oppgir at de starter «lengre ute» eller «med mer avstand». En sier at hun bruker lengre tid i anamnesen og sjekker blant annet ut hvordan det er for pasienten å bli tatt på. Og hva med tilfeldige berøringer i andre sammenhenger, hvordan reagerer kroppen da? En annen informant forteller at hun har pasienter som i tidligere behandlingsforløp har opplevd psykomotorisk fysioterapi som grenseoverskridende, det ble for nært. Informanten sier at *«vi får jo trening i å vurdere det [helt fra videreutdanningen]. Også er det jo ikke alltid like lett å få det til selvfølgelig»*.

En ting flere av terapeutene snakker om er at de nå i større grad er oppmerksomme på når pasienten *faller litt bort* og blir underaktivert i behandlingen. *«Det er vel ikke det at pasientene har forandret seg, det er vel at jeg ser andre ting, tenker jeg»*, sier en av informantene. Hun sier også at hun kanskje stiller andre spørsmål til pasientene og dermed får andre svar. En av terapeutene som helt nylig har tatt videreutdanning innen traumefeltet og forteller om at hun ser enkelte elementer fra behandlingene litt annerledes nå:

«Pasientene lurer meg, de vil gjerne ned på benken. Jeg tror de egentlig er litt dissosiert, for der er det så behagelig å være. De kan ha et lite sånt mentalt teppe over seg, sånn lett dis. Og da tror jeg at noen av de ligger ganske langt nede i toleransevinduet og ikke er påkoblet. (...) Da opprettholder vi bare det mønsteret de har, og øver på mer av det vi ikke skal øve på, tenker jeg».

Noen av terapeutene forteller også om erfaringer med at det de har lært fra traumefeltet kan bidra til å forsterke omstillingen i psykomotorisk behandling.

«Når du ser det skjer en kroppslig omstilling, og både du og pasienten er oppmerksomme på det.. hvordan skal du lagre den kroppslige omstillingen med å legge på flere elementer i hvordan vi organiserer opplevelsene våre. Altså å hente det opp både billedlig, kognitivt og emosjonelt. Sånn sett, når en bruker prinsippene og språket i Sensorimotorisk Psykoterapi² har det gjort at en får enda mer kraft i omstillingen som vi skaper gjennom det psykomotoriske».

5. Diskusjon

Viktige funn i studien diskuteres først i dette avsnittet. Det betyr først og fremst at klinisk erfaring med og synspunkter på hva traumeteori bidrar med i grunnlagstenkning og klinikk i NPMF får en ny omdreining. Til slutt følger metodediskusjon.

5.1 Resultatdiskusjon

Fire hovedtematikker forfølges i resultatdiskusjonen. Første avsnitt tar for seg hvordan kunnskap fra traumefeltet både understøtter kunnskapsgrunnlaget i NPMF, men også tilfører noe nytt. Deretter følger at avsnitt om den erfarende kroppen, og hvordan tilnærmingen til det kroppslige i NPMF innebærer noe mer enn i traumeterapien. Deretter drøftes aspekter omkring dosering av behandlingen, og til slutt følger noen betraktninger om språk og begreper.

5.1.1 Kunnskap fra traumefeltet understøtter og tilfører

Utgangspunktet for denne studien var å se nærmere på hvordan psykomotoriske fysioterapeuter anvender kunnskap fra traumefeltet når de jobber med pasienter med

² Terapeuten viser her til at Sensorimotorisk Psykoterapi omtaler såkalte «core organizers», ulike nivåer informasjon kan prosesseres og lagres på. De fem nivåene er: *inner-body sensation, five-sense perception, movement, emotions* og *cognition*.

traumelidelser. En av mine tanker var at der er elementer fra dette fagfeltet som kan understøtte og supplere teorigrunnlaget til NPMF. Gretland skrev i 2007 at fysioterapifaget bærer preg av å være utviklet i klinikken, og har et begrenset teorigrunnlag. Thornquist og Bunkan skrev i boken: *Hva er psykomotorisk fysioterapi?* (1995) at *erfaringer som har gått i arv* er hovedkilden for kunnskapsgrunnlaget for faget. Selv om den erfaringsbaserte kunnskapen tradisjonelt har stått sterkt i NPMF, er altså likevel grunnlagsteorien fra gründerne, og i særlig grad fra Braatøy, fortsatt sentral. Kunnskapen om traumelidelser og behandling av disse har, slik nevnt, utviklet seg vesentlig de siste årene, og integrerer nå også kunnskap fra ulike felt som nyere hjerneforskning, utviklingspsykologi, tilknytningsteori, nevrofysiologi, evolusjonspsykologi, stressforskning og klinisk psykoterapi (Michalopoulos, 2012). Informantene i min studie var samstemte om at kunnskap fra traumefeltet har tilført nyttige begreper, teori og forståelsesmodeller som støtter deres praksis i psykomotorisk fysioterapi. De uttrykte alle at de også oppfatter at denne nyere kunnskapen de har tilegnet seg i stor grad samsvarer med grunntenkningen i NPMF. Videre formidlet de at kunnskapen fra videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi er blitt mer utdypet og tydeligere for dem etter at de tilegnet seg kunnskap fra traumefeltet. Trygve Braatøy hadde en helhetlig forståelse av mennesket som var kontroversiell og overskridende for sin tid. Mye av hans tenkning kan imidlertid sies å samsvare med Stephen Porges langt nyere *Polyvagale teori*, som er basert på flere tiårs forskning på nervesystemets utviklingshistorie. Braatøy hevdet at alle menneskelige funksjoner er forankret i kroppslige strukturer, og at tanker og følelser er like forbundet med den perifere kroppen som med sentrale strukturer – akkurat som bevegelse er det (R. Sviland, Martinsen, & Råheim, 2007). Dette støttes av nyere kunnskap om det autonome nervesystem – som bekrefter at forbindelsen mellom hjernestammen og kroppen er mer omfattende enn tidligere antatt. Hjernen påvirker hva som skjer i indre organer, og slike endringer i kroppens fysiologi påvirker hvordan vi oppfatter verden, og dermed hvordan vi tenker, sanser og føler i øyeblikket (Porges, 2001, 2003). Når et individ for eksempel oppfatter en trussel i omgivelsene, kan det settes i gang en fysiologisk aktivering som innebærer en kroppslig beredskapstilstand; en er klar for å kjempe imot eller flykte fra trusselen. Om vi kjenner oss trygge eller utrygge har betydning for sansning, emosjoner og tenkning. Et individ i beredskap vil altså oppfatte omgivelsene annerledes enn et individ som kjenner seg trygg. Når ventral vagus (vagusbremsen) demper stressberedskapen og dermed senker pulsen til et behagelig nivå, vil vi automatisk heve hode og blick og være åpne for øyekontakt. Vi vil være inntonet for sosial kontakt med andre. Ventral vagus innerverer også strupehodet, slik at også stemmen vår moduleres til å bli beroligende og appellere til å aktivere andres vagusbrems.

Systemet har altså til oppgave å signalisere vennlighet og trygghet mennesker i mellom. Dette kaller Porges *det sosiale engasjementsystemet* (Eide-Midtsand & Nordanger, 2017; Porges, 2003, 2011). Den polyvagale teori kan altså sies å understøtte Braatøys teorier, men den supplerer også noe: Våre tanker og følelser er tett forbundet med både sentrale og perifere kroppslige strukturer. I tillegg er vi stadig del av en mellommenneskelig gjensidig utveksling, hvor vi ubevisst både påvirker og blir påvirket av andres kroppsuttrykk, mimikk, toneleie i stemmen m.m.

Informantene omtalte pasientenes forsvarsmønstre som *kroppslige*, og snakket med selvfølgelighet om at disse er relevante å identifisere, gjøre pasienten oppmerksom på og jobbe med å utfordre. Sviland og medarbeidere (2007) skriver at Braatøy mente at kroppsholdning formes gjennom vårt samspill med andre, og at holdningen kan bindes til å gjenta reaksjonsmåter sånn som de oppstod den gang tilbakeholdelse av følelser startet (R. Sviland et al., 2007). Dette samsvarer på mange måter med hva Ogden og medarbeidere (2006) beskriver, nemlig at det traumeutsatte individets måte å beskytte seg på blir automatiserte, reflektoriske væremåter. Ulike forsvarssystemer kan gjøre seg gjeldende i kroppen, men personens hovedtendens vil gjenspeile det forsvaret som beskyttet en under traumet. Foruten dette beskriver Ogden og hennes medforfattere at tilknytningsstil tidlig i livet også er vesentlig for utforming av kroppsholdning og bevegelsesmønstre. Bunkan (2001) beskriver tre hovedmønstre i kroppsholdning: kveppemønsteret, fleksjonsholdningen og ekstensjonsholdningen. Hun setter disse holdningstypene i sammenheng med ulike forsvarsmønstre, og beskriver at kveppe- og fleksjonsmønstre kan sees i sammenheng med fall og sterke lyder, og er relatert til *kamp* og *flukt*. Videre skriver hun at fleksjonsmønsteret er sentralt i post-traumatisk stress-syndrom. Ekstensjonsmønsteret beskrives som et mindre primitivt mønster, og kan hos noen relateres til at individet «tar seg sammen» for å dekke over usikkerheten som avsløres ved fleksjonsmønsteret. Bunkan peker imidlertid på at blandingsmønstre er vanlig. Ved fleksjonsholdning vil en vanligvis se brystkassen i inspirasjonsstilling, noe som er naturlig forenelig med å være klar for kamp eller flukt. En kan imidlertid også finne blandingsmønstre av fleksjonsholdning med thorax i ekspirasjonsstilling, noe som ikke er hensiktsmessig med tanke på å være klar for flukt. Ogden og medarbeidere (2006) påpeker at kveppe-mønsteret ofte kan observeres hos mennesker med traumelidelser; høye skuldre, holdt pust og hodet er trukket ned og frem i skulderbuen. Ved *frys* som dominerende forsvarsmønster er personen vaksomt immobil; muskler blir stive og spente og pulsen rask. De slappe og hypotone holdningstypene forstås

som uttrykk for underaktivering, altså dorsal vagus-aktivering som er det mest primitive av våre forsvarssystem.

En informant understreket at det en tilstreber i psykomotorisk behandling er *en kropp som er passelig aktivert*; det vil si en kropp som «bæres fra innsiden», og er fri og fleksibel.

En kropp i denne tilstanden er en kropp i ventral vagusaktivering, ikke i fight-flight-, freeze- eller dorsal vagusaktivering. De øvrige terapeutene gav også uttrykk for at de synes de to fagfeltene samsvarer her, og flere hadde erfart at å lære om de ulike forsvarsmønstrene har bidratt til en utdyping og tydeliggjøring av noe vesentlig som er klinisk relevant for psykomotorisk praksis. Noen trakk frem at de nå tydeligere så når pasientene ble underaktiverte, altså i dorsal vagusaktivering. En av terapeutene påpekte at hun ikke trodde hun hadde dårligere pasienter nå enn før, men heller at hun nå var oppmerksom på og registrerte flere aspekter i spennet av aktivering tydeligere.

Berit Bunkan (2008) skriver om *støttende behandling* i psykomotorisk fysioterapi, og peker på dette som et behandlingsalternativ for pasienter med for høy belastning til å kunne motta den mer tradisjonelle omstillende psykomotoriske behandlingen. Hun lister opp faktorer som gjør den psykomotorisk behandlingen støttende, og nevner da blant annet å vise pasienten empati, å generalisere pasientens problemer uten å gi pasienten følelsen av at hun har overdrevet, bruke humor og å være tilbakeholden med å konfrontere pasienten med de psykososiale problemområder osv. Mange av elementene hun lister opp samsvarer med «mine» informanters beskrivelser av elementer som er viktige i behandlingsforløp med pasienter med traumelidelser. I intervjuene ble det trukket frem at å alminneliggjøre pasientens plager er viktig, for eksempel det å formidle at «det er ikke noe galt med din kropp, det er slik kroppene våre reagerer». Å alminneliggjøre uten å bagatellisere samsvarer godt med Bunkans «oppskrift» på støttende behandlingstilnærming. En av terapeutene fremhevet også at hun brukte mer og mer lek og latter i behandlingen. Ikke for å tulle og tøyse, men heller som en måte å ufarliggjøre helseplagene og behandlingen på. Informantene benevner ikke selv behandlingen de gir pasientene med traumelidelser som støttende behandling, men det synes tydelig at store deler av det beskriver kommer under denne kategorien. Imidlertid poengterer de alle at en del av pasientene tåler godt og har godt utbytte av den tradisjonelle omstillende psykomotoriske behandlingen, eller elementer fra den.

Bunkan trekker altså frem det å vise empati som en del av en støttende behandlingstilnærming. En kan ut fra dette få inntrykk av at terapeuten viser mer empati ved en støttende behandlingstilnærming enn i tradisjonell (dvs. inngripende) psykomotorisk behandling, der pasientens vanemønstre utfordres aktivt. Dette har en klar parallell med det som blir beskrevet å gjelde traumeterapi generelt fremfor en rekke andre psykoterapiretninger: altså en ubetinget vennlig og aksepterende terapeutstil. Empati ble trukket frem som viktig av terapeutene i alle intervjuene, men det var ingen som spesifikt fortalte at de vektla dette mer i arbeidet med pasientgruppen som primært trenger støttende behandling enn ellers. Derimot påpekte et par informanter at det var deres erfaring at *enkelte* pasienter med traumelidelser kan tåle dårlig å få (for) mye empati fra terapeuten. Selv om de vurderte det dithen at pasienten gjerne hadde behov for nærhet og støtte, kunne dette komme i konflikt med et behov for avstand til terapeuten. Det ble vektlagt at dosering av nærhet og empati er nødvendig, og at en også må være oppmerksom på at det finnes ulike måter å gi og få nærhet på.

Det Bunkan har beskrevet i boken *Kropp, respirasjon og kroppsbilde* (2008) om støttende behandling er svært kortfattet, men samsvarer i hovedsak med hvordan informantene i denne studien beskriver tilnærming til pasienter med traumelidelser. Gretland skriver i *Den Relasjonelle Kroppen* (2007, pp. 210-211) at:

“I et samfunn som er preget av raske forandringer er det bemerkelsesverdig at klinisk basert kunnskap beskrevet for femti-seksti år siden fortsatt har aktualitet, og langt på vei er forenlig med så vel grunnlagstenkning som nyere empirisk basert teori innenfor fag som nevrobiologi, utviklingspsykologi og samfunnsfag. Det underbygger påstanden om at praksis er en vesentlig kunnskapskilde, og at klinisk kunnskap kan ha varig verdi som grunnlag for forståelse og behandling av pasienter».

Jeg oppfatter at Gretland her peker på at grunnlagstenkningen som Braatøy utviklet på basis av hans og Bülow-Hansens erfaringskunnskap fra klinikken og med påvirkning av fra blant annet psykodynamisk tenkning, har stått seg bemerkelsesverdig godt i møte med nyere teori som har relevans for NPMF. Utøvere av NPMF med kompetanse innen traumefeltet ser ut til i stor grad å knytte til seg dette kunnskapsgrunnlaget og bruke det for å understøtte sin egen praksis. Dette kan være gunstig med tanke på samarbeid med behandlere av andre profesjoner, da det gir et felles språk og forståelsesgrunnlag. Samtidig tyder kunnskapen fra denne studien på at informantenes tilegnede kunnskap fra traumefeltet først og fremst *tilfører*

noe viktig til terapeutenes forståelse basert på egen kliniske erfaring og grunnlagstenkning som allerede eksisterer i NPMF, som er viktig i deres kliniske arbeidshverdag med vurdering og behandling av pasienter.

5.1.2 Den erfarende kroppen; en mer dominerende plass i NPMF enn i traumeterapi

I traumeterapi er det anbefalt at pasienten lærer øvelser som grounding og pusteteknikker for i større grad å kunne regulere sitt eget aktiveringsnivå. I beskrivelse av øvelsene skilles det mellom øvelser for å *roe kroppen og dempe aktivering*, og øvelser som *vekker kroppen og øker aktivering*. Pasientene lærer seg å kjenne igjen typiske tegn på underaktivering og overaktivering for å kunne regulere sitt aktiveringsnivå mest mulig effektivt. Dette betegnes som en del av *stabiliseringen* eller *stabiliseringsfasen* i traumeterapi, og kommer gjerne tidlig i behandlingsforløpet. Innlæring av ferdigheter for egenregulering sees på som viktig behandling i seg selv, og kan også være viktig forberedelse for å kunne jobbe med bearbeiding av traumeminner uten å bli like lett overveldet (Holbæk & Modum, 2014). Disse ferdighetene knyttet til selvregulering er nært knyttet opp mot det informantene beskrev at de anvendte og oppøvde sammen med pasientene i behandlingen. Informantene i min studie uttrykte med andre ord at de arbeidet med å etablere disse ferdighetene hos pasienten tidlig i forløpet, for at han/hun skal kunne hente dem frem ved behov – altså når aktiveringen blir alt for høy eller alt for lav - i løpet av behandlingstimen.

I traumeterapi innebærer grounding hovedsakelig kroppens kontakt med stolen og gulvet. Å bli bevisst ens kontakt med underlaget kan ofte bidra til å vende fokus til *akkurat her og nå*, og at en oppnår en gunstig justering av aktiveringsnivået. Mennesker med traumelidelser sliter ofte med nettopp det å være til stede i nåtiden (Anstorp & Benum, 2014). «Mine» informanter understreket også at de brukte tiltak som tilsvarer disse grunnleggende stabiliserings-ferdighetene. Ut fra deres beskrivelser innebærer imidlertid stabiliserings-ferdighetene i psykomotorisk fysioterapi også noe langt mer. Informantene snakket om at de i behandling av pasienter med traumelidelser jobbet mye med *opplevelsen av å være forankret og stabil*. Altså er disse ferdighetene ikke noe de kun instruerer pasientene i, men de beskrev at de jobbet sammen med pasientene for å finne tak i og styrke denne opplevelsen «i kroppen». Informantene vektla at *kroppslig forankring* og *stabilitet* hører sammen. «Å kjenne at en har bærende krefter i seg», som en uttrykte det, er vesentlig. Noen informanter hadde også erfaring med at mange av pasientene har utbytte av å jobbe mye i vektbærende utgangsstillinger, altså stående og sittende stillinger der de kunne kjenne de bærende kreftene

i kroppen. Det kroppslige, konkrete er altså understreket som en viktig innfallsvinkel til at pasienten skal kjenne på egen styrke, både i bokstavelig og i overført betydning. En terapeut fortalte om en kvinne som uttrykte at «*jeg kjenner meg så sterk!*» etter å ha jobbet med egenbevegelse etter psykomotoriske prinsipper i gruppe sammen med andre. Terapeuten formidlet altså at å *kjenne seg sterk* var ekstremt betydningsfullt for denne kvinnen som hadde vært offer for vold i mange år.

Mens reguleringsøvelsene fra traumeterapien er manualbaserte, er den psykomotoriske tilnærmingen tilpasset den enkelte. En informant fortalte at hun gjerne foreslår utgangsstilling for behandling ut fra sine observasjoner av pasienten. Hvordan er kontaktflaten med underlaget og hvor er tyngdepunktet hos pasienten? Hennes erfaring var at når intervensjon tilpasses ut fra observasjoner og «skreddersys» til pasienten, dempes faren for autonome reaksjoner og overveldelse. Informantene hadde flere erfaringer med at individuell tilpassing av reguleringsøvelser via en psykomotorisk tilnærming også kan gi svært god regulering av pasientens aktivering.

Informantene beskrev hvordan de hjelper pasienten til å regulere sin aktivering når de blir overveldet i behandlingen, eller dersom de er det fra de kommer inn i behandlingsrommet. Terapeutene bruker blant annet pasientens oppmerksomhet og kontakt med egen kropp og underlag som virkemidler for å regulere over- eller underaktivering. Informantene fortalte i tillegg hvordan de bruker *hele seg* for å hjelpe pasientene til å gjenvinne passelig aktivering; altså ved å aktivt bruke sin egen kropp, stemme og blikk. Terapeutene berørte ikke direkte om de etterhvert pleier å overlate reguleringen til pasienten selv. Det betyr ikke nødvendigvis at de aldri gjør det. Likevel kan en spørre seg om det kan det være at fysioterapeuter i blant blir *for* aktive i å hjelpe pasientene med å regulere sin aktivering? Bør vi være mer bevisste på å overlate reguleringsarbeidet til pasienten selv? Det vil si etterhvert som de lærer seg å kjenne igjen egen aktivering og har i sitt repertoar metoder for å kunne ivareta sin egen regulering. Et unntak er imidlertid når dysreguleringen er overveldende for pasienten. En av terapeutene snakket i løpet av intervjuet om at hun er bevisst på at støtten til pasienten skal være «å gå ved siden av, heller enn å bære». Hun viste da til at noen pasienter kan ønske veldig mye støtte fra henne som terapeut, og at hun måtte jobbe med å holde på grensene. Bør psykomotorikeren være mer bevisst på dette også når det gjelder regulering av pasientens aktivering i behandlingsrommet? Det er ikke urimelig å hevde at vi kan bidra til uheldig

«uansvarliggjøring» av pasientene dersom de blir vant med at vi som terapeuter tar for mye ansvar for pasientens regulering i behandlingssituasjonen?

Informantenes gav samlet uttrykk for at kunnskap fra traumefeltet bidrar med forståelsesmodeller og teori for «*ting vi alltid har drevet med*» i psykomotorisk praksis, og at det i tillegg tilførte noe nytt. De brukte enkle modeller fra traumeteori i undervisning av pasientene, og flere pekte på at de stadig tidligere i forløpet brukte dette og i stadig større grad. Modellen om toleransevinduet ble nevnt flere ganger i denne sammenheng. Når pasienten og terapeuten tydeligere gjenkjente overveldelses-reaksjoner hos pasienten, og også når en ble bevisst på pasientens hovedtendens til under- eller overaktivering, kunne en rette tiltakene inn mot dette. Erfaringen var at pasienten da kunne nyttiggjøre seg av den psykomotoriske behandlingen i større grad. Terapeutene i min studie antydte at pasientene ofte raskt opplevde større handlingsrom også utenfor behandlingssituasjonen. De snakket om at det ofte det krevdes mye bevisst arbeid, fra både terapeut og pasient, for å bryte med hovedtendensene i pasientens dysfunksjonelle aktiveringsmønster. Vi husker at en fortalte om en pasient som helst vil legge seg på benken når noe ble ubehagelig, for da slapp hun å være i kontakt med det ubehagelige. Det er mer behagelig for henne å være der. Informanten vurderte det slik at det enkleste for henne som terapeut ville være å gjøre det som pasienten ønsket, å fortsette behandlingstimen i liggende stilling. En slik oppbygning av behandlingstimen kan forsvares ut fra de tradisjonelle psykomotoriske behandlingsprinsippene. Informanten reflekterte imidlertid rundt at en da bare ville opprettholdt pasientens uheldige mønster, og slik sett «*øve mer på det vi ikke skal øve på*». Donald Hebb, ofte referert til som nevropsykologiens far, brukte allerede i 1947 uttrykket «*neurons that fire together – wire together*». Selv om dette ikke kan tas helt bokstavelig, er det stadig et aktuelt bilde på hvordan spor i hjernen formes og forsterkes gjennom repetering. Dette eksempelet fra klinisk praksis kan være et bilde på at det kan være nyttig å være bevisst på dette overordnede prinsippet i psykomotorisk fysioterapibehandling.

Unngåelse av forhold som minner om traumehendelsen er et vanlig fenomen ved traumatisering, og et kriterium for å sette diagnosen PTSD. Unngåelse kan oppstå i forbindelse med både indre og ytre påminnere, altså både konkrete påminnere som for eksempel steder eller objekter, men også tanker og følelser. Ved unngåelse av tanker og følelser vil personen etterhvert kjenne seg fjern eller fremmedgjort, og ha mindre tilgang til følelsene sine (www.krisepsykologi.no). Mange ganger kan unngåelse også være direkte

knyttet til kroppen og kroppslige opplevelser. Kroppen kan bli «en fobisk krigssone», slik enkelte har uttrykt det (Anstorp & Benum, 2014). Informantene fortalte at «å *skulle kjenne kroppen og kjenne kontakt*» kan være triggende for pasienter. Som vi husker fra forrige kapittel var et eksempel på dette en ung pasient som ikke klarte å sitte med bena i gulvet i behandlingsrommet, men trakk dem opp i stolen og holdt omkring dem. Terapeuten fortalte da om hva hun observerte og hvordan hun forstod dette. Hun fortalte videre hvordan hun doserte tilnærmingen slik at pasienten gradvis kunne tåle å kjenne litt mer av sin egen kropp og kontakten med underlaget. I dette eksempelet ville ikke de klassiske grounding-øvelsene fra traumeterapien ha den effekten denne psykomotoriske fysioterapeuten var ute etter, heller tvert imot - da det var triggende for pasienten å være i denne kroppslige posisjonen. Kunnskapen en psykomotorisk fysioterapeut har i å vurdere kroppslig belastning mer helhetlig sammen med grad av aktivering, er et godt grunnlag for å balansere og dosere denne eksponeringen knyttet til å kjenne etter i kroppen og det å være mer til stede i sin egen kropp. Dette kan gjelde både berøring, egenbevegelse og kontakt med egen kropp og eller å være i kontakt med behandler. Terapeutene formidlet at å dosere slik eksponering ofte er vanskelig – men at de stadig jobbet med å utforske dette sammen med pasienten.

Flere informanter fortalte også om pasienter som hadde lite nyanser for det de kjente i kroppen. Dette kunne for eksempel i behandlingssituasjonen komme til kjenne ved at pasientene brukte uttrykket «greit» om det meste. I et pasienteksempel som ble trukket frem jobbet terapeuten sammen med pasienten med å lete etter å kjenne flere nyanser i kroppen. Terapeuten kom med forslag, sammenliknet ulike variasjoner – og etterhvert ble det tydeligere for pasienten. Det viste seg da at det som hun tidligere hadde oppgitt var «greit», egentlig var kjempebehagelig. Informanten mente at å vite hva som er greit og hva som ikke er det er viktig for at pasienten skal kunne ivareta egne grenser.

Det å *jobbe med grenser* i behandlingen ble trukket frem av flere informanter som noe svært potent, noe de jobbet stadig mer med og var spente på å utforske videre sammen med pasientene. De gav uttrykk for at de hadde «fusjonert» kunnskapen fra NPMF og traumefeltet og fått en langt større arbeidsflate. Dette gjorde at å jobbe med grenser handler om mer enn kroppsgrenser og fysiske grenser, og også om mer enn nærhet og avstand. Det kom frem en historie om en ung kvinne som reagerte langt mindre på å være sammen med sin autoritære svigerfar etter å ha jobbet med grenser i den psykomotoriske behandlingen. De hadde da jobbet med å både fysisk og verbalt å hevde sin egen grense, og pasienten ble etterhvert klar

over at «*det handler om kroppen*». Informanten formidlet at for pasienten å faktisk *kjenne* kontroll på sine egne grenser sammen med terapeuten i behandlingstimen, gav en overførbarhet til andre utfordrende situasjoner.

Terapeutens egen tilstedeværelse og aktivering er fremhevet som et viktig element i enkelte behandlingstilnærminger innen traumeterapi. En *bottom-up tilnærming* bygger på forståelse av at kroppen er bærer av traumeminnene, og at behandlingen også må innebære kroppen. Dersom terapeuten er godt regulert og tilstede i seg selv, kan dette virket positivt inn på pasientens aktivering gjennom speiling, og bidra til å skape trygghet for pasienten. Informantene fremhevet også at deres arbeid med å være tilstede i seg selv hadde vært svært viktig for deres arbeid med pasienter med traumelidelser. Noen fortalte til og med at dette er det aller viktigste de har med seg fra traumefeltet. Flere oppgav at de hadde jobbet noe med dette i videreutdanning og i egenbehandling, men at dette aspektet hadde blitt langt tydeligere etter videreutdanning innen traumefeltet. I følge Thornquist (1988) er terapeutens sensitivitet og evne til empati og innlevelse overfor pasienten en forutsetning for god terapi. Sviland, Råheim og Martinsen (2012) understreker viktigheten av å være til stede i øyeblikket, og å være tonet inn på pasienten for å skape tillit. Disse betraktningene er mer rettet mot *tilstedeværelse for den andre*, og lite mot *tilstedeværelse i seg selv*. Informantene i «min» studie vektlegger begge disse sidene ved sin tilstedeværelse. Å være godt forankret i og til stede i seg selv er altså understreket som svært viktig for dem i arbeidet med pasienter med traumelidelser.

Tillit er et annet element enkelte informanter trakk frem som spesielt viktig i psykomotorisk behandling av mennesker med traumelidelser, og en forutsetning for tillitt kan altså være at terapeuten er «*tilstede i øyeblikket*» (Randi Sviland et al., 2012). En informant mente for eksempel at det i behandlingen må være tid og rammer til å skape tillit. Pasienten skal kunne få tillit til behandler, det en skal jobbe med og til egne erfaringer. Omsorg og respekt for pasienten var en av Trygve Braatøys kampsaker, og han skrev boken *Pasienten og lægen* (1952) som en protest mot sykehusenes upersonliggjøring av lege-pasient-forholdet (Thaulow, 2000). Han utdyper her viktigheten av å ha *tid nok* i møte med pasienten, slik at de kan oppleve tillit og rom til å legge frem det som er vanskelig. Porges og Bucynski (2013) sier at for barn som har opplevd store påkjenninger i tidlig samspill med omsorgspersoner, er det å føle trygghet ikke bare en forutsetning for behandling, det *er* selve behandlingen. Altså

understøttes informantenes vektlegging av tillit og trygghet av både eldre litteratur fra en av grunnleggerne av NPMF, og nyere forskning innen nevrofysiologi.

5.1.3 Dosering av behandling i NPMF og i traumeterapi

Informantene mente at doseringsprinsippet i psykomotorisk grunntenkning samsvarer på mange måter med modellen om toleransevindu. Hovedoppfatningen var at i begge tilnærmingene er det vesentlig å ha et blikk på endringer i pasientens aktiveringsnivå, og tilpasse intervensjonen ut fra dette. Samtidig var informantene ganske samstemt i at kunnskap fra traumefeltet har bidratt til at de starter kroppsundersøkelsen «med mer avstand», som innebærer en mer forsiktig tilnærming. En av informantene sa for eksempel at dersom hun bare gjennomførte en tradisjonell psykomotorisk kroppsundersøkelse, ville det bety å ikke etterspørre pasientens opplevelser i det hele tatt. Informantenes eksempler og betraktninger fra det kliniske arbeidet formidlet at dette ikke kun dreide seg om kroppsundersøkelsen, men at de også på tidspunktet jeg møtte dem doserte behandlingen annerledes enn før. Dette tyder på at informantene oppfatter pasientenes belastning annerledes på bakgrunn av forståelsen de har tilegnet seg fra videreutdanning innen traumefeltet.

Bunkan skriver i *Kropp, respirasjon og kroppsbilde* (2008) om ulike tilnærminger terapeuten kan bruke i psykomotorisk behandling dersom pasienten er over- eller underaktivert, uten at hun bruker disse begrepene. Bunkan beskriver at det ved for slapp muskulatur ofte kan være effektivt med tydelige og raske grep på kroppsoverflaten. Dette samsvarer med enkelte informanters beskrivelse av at de jobbet med tydelige grep for eksempel på pasientens legger for å øke aktiveringsnivået til pasienten. Videre skriver Bunkan at: ”*ønsker man utladning av motorisk uro hos pasienten, velger man metoder som tapper energi fra pasienten*” (Bunkan, 2008, p. 216). Å *tappe energi* forstår jeg som å forbruke energi, altså ved fysisk anstrengelse. Dersom dette stemmer med det Bunkan mente, står det i motsetning til den måten informantene beskrev at de jobbet med uro eller høy aktivering hos pasientene. Informantene vektla å selv være rolige, og slik bidra til at pasienten skal «lande». Dette samsvarer heller med vitenskap om speilnevroner og begrepet speiling. I intervjuene kom det for eksempel fram at informantene ønsket at pasienten «skal speile deres (terapeutens) ro». Om *fjernhet* hos pasienten skriver Bunkan (Bunkan, 1995, p. 67) at dette vanligvis bør unngås så godt det lar seg gjøre, da det er tegn på at behandlingen er truende og at forsvarsmekanismene mobiliseres. Videre står det at fjernhet heller ikke bør påpekes overfor pasienten, uten at dette er avtalt med lege. I traumeperspektivet sees fjernhet vanligvis som et

underaktiveringssymptom. Det er nærliggende å tro at dette er i samsvar med Bunkans forståelse av fjernhet. Informantene var opptatt av pasientenes aktiveringsnivå og autonome reaksjoner, særlig for å vurdere belastning underveis i behandlingstimen. De omtalte også fjernhet og underaktivering hos pasientene, men var samstemte om at dette faktisk bør tematiseres overfor pasienten og at det bør gjøres tiltak i forhold til det. En kan anta at denne forskjellen representerer kunnskapsutvikling de siste tiårene. Vi vet i dag mer om hva som skjer når et menneske med traumelidelse blir fjern, og hvordan vi bør forholde oss til underaktivering. Underaktiveringssymptomer som fjernhet kan, når det forstås i lys av nyere traumevitenskap, *brukes* i behandlingen. Terapeutene oppgir at de registrerer symptomer på underaktivering, påpeker det overfor pasienten og forsøker å hjelpe pasienten ut av underaktiveringen. Informantene var altså enige seg i mellom, men tilnærmingen de beskrev avviker fra det som står skrevet i den litt eldre faglitteraturen til NPMF (Bunkan, 1995, 2008). I denne litteraturen er altså disse reaksjonene kort beskrevet, men viet lite oppmerksomhet. Den eldre litteraturen er kanskje også preget av at det på den tiden var legen som var behandler, og fysioterapeuten var mer en fasilitator. I dag er psykomotorikeren gjerne i større grad en selvstendig behandler, selv om samarbeid med for eksempel lege eller psykolog anbefales.

Inngripende og støttende behandling er begreper fra NPMF. Flere av informantene hevdet at dette på mange måter tilsvarer *fasebehandling* i traumeterapi, der støttende behandling i NPMF i stor grad samsvarer med stabiliseringsfasen i traumeterapi. Der er imidlertid litt ulikheter i informantenes uttalelser på dette området. En påpekte at i NPMF har det tradisjonelt vært *omstillende behandling* vi ønsker å drive med. Innen traumeterapi har støttende behandling lenge og i mange sammenhenger blitt omtalt som den viktigste og mest tidkrevende delen av behandlingen (Michalopoulos, 2012). Ulikhet mellom NPMF og traumeterapi ser altså ut til å handle om i hvilken ende av *behandlingskontinuumet* behandlingen hovedsakelig ligger – eller hvor en tenker at den bør ligge. Begge fagfeltene er imidlertid i utvikling. Innen traumefeltet er det etterhvert blitt diskusjon om en ofte bruker *for mye* tid på stabiliseringsfasen. Kritikere mener at denne modellen er for konservativ, og kan bidra til å opprettholde unngåelse hos pasienten. Videre hevdes det at det er uetisk ovenfor pasientene å holde tilbake behandling som ut fra forskning har vist seg effektiv. Det vil si at forskning støtter at tidligere fokus på bearbeiding ville kunne hjelpe flere pasienter til å få det bedre raskere (Jongh et al., 2016). Informantenes utspill gjenspeiler også faglige diskusjoner innen fagfeltet Norsk Psykomotorisk Fysioterapi når de snakker om støttende og inngripende

behandling. En informant holdt frem at psykomotorisk behandling tidligere var veldig rettet mot slipp og avspenning – mens stabilisering og stødighet etterhvert har kommet mer inn. En annen informant formidlet at hun tenkte på all psykomotorisk behandling som omstillende; mens noen pasienter trenger frigjøring av spenninger for å oppnå kroppslig omstilling, trenger andre bedre stabilitet for å få omstilling. Kaja Kise skrev i sin masteroppgave «Støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi – behov for en oppklaring?» (Kise & Gunnari, 2016) om nettopp denne tematikken. Hovedfunnene var at der er uenighet om hvor skillet mellom inngrep og støttende behandling går, og om der i det hele tatt er noe skille. Terapeutene i hennes studie beskrev enkelte behandlingstiltak som støttende, men det kom frem at utfall av tiltakene var avhengige av pasientens problemområder og reaksjoner på tiltakene. Susanne Sternberg (2009) skriver også at:

«gjennom tallrike utviklende samtaler med Bunkan er der (...) fremkommet en felles erfaring om at NPMF – nøye tilpasset den enkeltes utviklingspotensialer – kan være særdeles jeg-støttende og således også være velegnet til meget belastede psykisk syke mennesker og herunder ikke minst mennesker med voldsomme følger av overgrep og tortur» (Sternberg, 2009).

5.1.4 Om språk og begreper

De psykomotoriske fysioterapeutene brukte flere «psykologi-begreper» når de omtalte sin praksis og sitt fag, altså begreper som primært forbindes med psykologifaget. Eksempler på ord som blir brukt er *psykoedukasjon*, *regulering* og *mindfulness*. Ordet psykoedukasjon betyr kunnskapsformidling omkring diagnose eller lidelse, og i praksis favner det nok ofte også å lære om mestringsstrategier og behandlingstilnæringer. Forstavelsen *psyko-* betyr *sjels-* eller *sinns-*, og er tradisjonelt noe annet enn somatikk. Dette til tross for at psykologi som fag i stadig større utstrekning bygger på teori som på ulikt vis binder sammen nevrofysiologi og psykologi, som i nevropsykologi. Dagens traumeteori er et eksempel på dette. Psykosomatikk er et begrep som befinner seg i et liknende landskap, og er brukt i fysioterapi. Blant annet er NPMF regnet som en av flere psykosomatiske behandlingstilnæringer i fysioterapi. Anne Gretland hevder at begrepet *psykosomatisk* i seg selv er meningsløst, ettersom det har røtter i en tenkemåte som nettopp har som utgangspunkt at kropp og sjel eksisterer som uavhengige fenomen. Det at dette uttrykket likevel brukes kan skyldes at en har forsøkt å fange en virkelighet men mangler teori og begreper (Gretland, 2007).

Når en i sin praksis tar til seg noe av kunnskapsgrunnlaget fra et annet fagfelt er det naturlig at begreper også følger med. Dette kan på mange måter være positivt. Blant annet er det en fordel å ha et felles språk med tanke på tverrfaglig samarbeid, både for behandlere og pasienter. På en annen side kan det kanskje også gjøre at en kommuniserer med et felles språk, men med ulikt innhold? Når en psykolog snakker om *regulering* vil en gjerne først og fremst tenke på følelsesregulering, ofte uten å ha med det kroppslige aspektet dette innebærer. En psykomotorisk fysioterapeut vil gjerne legge et mer kroppslig innhold i reguleringsbegrepet. Og *å tone seg inn*, kan innebære en mental – men også en kroppslig inntonning. Når en psykomotoriker snakker om *å være til stede i seg selv* som terapeut, har det antakeligvis et noe annet innhold enn når en psykolog snakker om det samme. For en psykolog er gjerne en «bottom-up»-tilnærming en dreining fra det tradisjonelle psykologifaglige, nemlig til å ha kroppen som innfallsvinkel. Psykomotorikeren har allerede kroppen som sitt sentrale utgangspunkt, og informantene «mine» gav uttrykk for at kunnskap innen traumefeltet og jobbing med egen tilstedeværelse gjør at de har kommet enda «et lag dypere». Å bruke et annet fagfelts begreper kan altså kamuflere ulikheter i faglige utgangspunkt og behandlingstilnæringer, både for psykomotorikeren selv og for samarbeidspartnere. Ferdighetene terapeuter av ulike profesjoner utøver i sin behandling vil til dels være sammenfallende, men den kroppslige innfallsvinkler har større plass i NPMF enn i «bottom-up» tilnæringer. Muligens mangler fagfeltet NPMF egne ord og begreper for deler av praksisen? Eller er det slik at begreper fra psykologifaget er mer hensiktsmessig å bruke fordi det gir et felles språk med andre behandlergrupper? Kanskje er en også redd for at det psykomotoriske språket kan virke fremmedgjørende overfor andre profesjoner? Psykomotorisk fysioterapeut Berit Iansen beskriver sin opplevelse av språklige utfordringer i faget som en konsekvens av at vi som psykomotorikere har et uavklart kroppssyn;

«Vi vet ikke helt hvor vi skal plassere kropp, sjel og følelser i forhold til arbeidet vårt. Vi har ikke fått integrert vår nyvunne psykologiske kunnskap og forståelse i det psykomotoriske arbeidet. Fra å fotfølge legens forklaring på kroppens «vondter», fotfølger vi nå psykologiske teorier uten å se hvilke grenser vi har» (Ianssen, 2009, pp. 87-88).

Jeg har antydnet at det kan være slik at fagfeltet NPMF ikke har godt nok utviklede ord og begreper. I alle fall gir det mening å reflektere over innhold og bruk av både gamle og nylig tilkomne begreper i fagfeltet, og være bevisst dette selv og i kommunikasjon med andre

profesjoner. Sammenvevdheten i tenkningen om kropp og psyke i kunnskapsfeltet gjør det vanskelig å finne ord og begreper som rommer dette uten å falle tilbake i det tradisjonelle skillet mellom dem. Dette var flere ganger tydelig også i samtalen med informantene, når de lette etter ord og beskrivelser for det de sanser, observerer og tenker, og for det som skjer i terapien.

5.2 Metodediskusjon

Under dette punkt diskuteres styrker og svakheter ved studien, samt valg som er tatt underveis.

5.2.1 Valg av forskningsmetode

Gjennom denne studien ønsket jeg å vite mer om hvordan fysioterapeuter med videreutdanning i NPMF og innen traumefeltet arbeider med mennesker med traumelidelser. Forskningsspørsmålet fordret en kvalitativ forskningsmetode, og det ble gjort vurderinger om hvilken tilnærming som ville være mest hensiktsmessig. Et alternativ som ble vurdert var å gjøre en observasjons- og intervjustudie, ved å filme en eller flere behandlingssesjoner med en eller to pasienter og senere intervju terapeut(e). Observasjon gir mer direkte innsyn, og kan tilføre informasjon om forhold som ikke nødvendigvis terapeuten selv trekker frem. En fordel med et slikt studiedesign ville være at en som utenforstående observatør vil legge merke til andre sider av saken enn de aktive deltakerne (Malterud, 2017). Da valget heller falt på å gjøre en ren intervjustudie handlet det om et ønske om å favne bredde heller enn dybde innen området psykomotorisk behandling av pasienter med traumelidelser. Avgjørelsen ble tatt med bakgrunn i kunnskap om at det kliniske bildet hos traumatiserte mennesker har stor variasjonsbredde, tross noen diagnostiske fellestrekk. Avhengig av om pasientens traumeplager kommer til kroppslig uttrykk i form av primært unngåelse av kroppsfornemmelser, underaktivering, overaktivering osv., vil også behandlingstilnærmingene være varierte. En observasjons- og intervjustudie ville kunne gi en langt større dybde i enkeltcase, men det var altså bredden i behandlingen jeg valgte å undersøke nærmere i denne studien, og med terapeutperspektivet i søkelyset.

Bruk av det kvalitative forskningsintervjuet gav relevante svar på problemstillingen, og gav rom for at den enkelte kunne komme med eksempler fra klinikken og reflektere over dem. En

tentativ plan for studien var å gjennomføre et fokusgruppeintervju med de fem informantene, etter bearbeiding av materialet fra enkelt-intervjuene. Fokusgruppeintervjuer har blant annet den fordelen at interaksjonen som oppstår mellom deltakerne kan bidra til mer spontane svar enn ved dybdeintervjuet, og deltakernes kan også utfordre hverandre med sine innspill og slik få frem flere nyanser i erfaringer og betraktninger om et felles tema (Malterud, 2017). Jeg valgte imidlertid å ikke gjennomføre gruppeintervju, da jeg etter noe bearbeiding av de individuelle intervjuene så at materialet var både utfyllende og rikt med gode eksempler fra kliniske arbeidshverdager. Det utmerket seg ingen spesielle tema som jeg så behov for å ta videre i et gruppeintervju. Det ble også tydeligere for meg underveis i prosessen at det var dybden i refleksjonene rundt eksemplene fra klinikken jeg var ute etter, og at denne kom tydelig frem i de individuelle intervjuene. En runde to med gruppeintervju ville også utfordret tiden jeg hadde til rådighet i masterstudien med tanke på gjennomføring. Analysen ville blitt mer omfattende og krevende.

5.2.2 Utvalget, gjennomføring av intervjuer og forskerrollen

Med utgangspunkt i en tentativ plan om å følge opp med et fokusgruppeintervju, valgte jeg å rekruttere informanter fra samme by. Av praktiske årsaker falt valget på en by jeg selv har faglige kontakter i. Dette betyr at jeg hadde noe eller en del kjennskap til flere av informantene. Dette er en mulig svakhet, da det gjør at der ligger noen usagte premisser til grunn for intervjusituasjonen. Jeg vektla imidlertid å søke etter størst mulig variasjon innen gruppen med informanter, både med tanke på arbeidssted, alder, mengde erfaring fra fagfeltet og type kurs/utdanning innen traumefeltet. Dessuten valgte jeg underveis i rekrutteringsprosessen å ekskludere en aktuell informant som jeg har samarbeidet tett med tidligere, da jeg innså at det ville bli vanskelig for meg å sette min forforståelse i parentes og innta en naiv og undrende forskerrolle overfor vedkommende. Kanskje ville det også være vanskelig for vedkommende å innta en uhildet deltakerrolle overfor meg. I etterkant tenker jeg at min kjennskap til noen av informantene kan ha gjort enkelte tryggere i intervju-situasjonen, men det er også en mulighet for at noen kan ha kjent seg mer usikre. Når en forsker i eget fagfelt, kan det være en viss fare for at informantene føler seg «satt på prøve» med tanke på sin profesjonelle kompetanse under informasjonsinnhenting (Råheim et al., 2016), noe en av informantene også spøkefullt påpekte. Dette aspektet er nok enda mer fremme ved observasjon av klinisk praksis, men kan ikke utelukkes i intervjuer av denne art heller. I ettertid kan jeg imidlertid ikke se at dette har hatt noen negativ betydning for selve studien. Det var ikke vanskelig å rekruttere informanter, og dersom opplevelsen av å bli satt

på prøve var reell for den aktuelle kandidaten eller andre, så det ut til å bidra til å være ekstra fokusert og skjerpet. Det er imidlertid en sjanse for at disse forholdene kan ha bidratt til at intervjusituasjonen ble mer krevende for den enkelte, men kanskje også at en fikk mer ut av den. Flere av informantene, uavhengig av deres kjennskap til meg på forhånd, uttrykte ved avslutning av intervjuet at situasjonen hadde vært utfordrende og skjerpene. De fremsa dette – etter min oppfatning - på en positiv måte.

Når det er sagt er der nok noen områder hvor utvalget til studien med fordel kunne ha vært enda mer variert. Det hadde blant annet vært interessant med flere informanter som arbeidet innen spesialisthelsetjenesten. Den ene informanten derfra bidro utfyllende på enkelte funn, som kunne vært mer utdypet. Dette lot seg av praktiske årsaker ikke gjøre denne gang. Flertallet av psykomotoriske fysioterapeuter arbeider i primærhelsetjenesten, og innenfor spesialisthelsetjenesten i det området deltakerne ble hentet fra var det flere som ikke fylte inklusjonskriteriene. Det kunne altså styrket studien om informantene hadde blitt rekruttert fra ulike geografiske områder. Dette hadde nok blitt vektlagt dersom jeg på forhånd visste at det ikke skulle gjennomføres noe gruppeintervju. Foruten variasjoner i utvalget nevnt ovenfor hadde det vært positivt for studien om der også var spredning på kjønn.

Dobbeltrollen som forsker i eget fagfelt og kliniker i samme felt krever ekstra bevissthet både under gjennomføring av intervju, bearbeiding av forskningsmaterialet og skiving av oppgaven (Tjora, 2012). Jeg var altså en informert intervjuer, som hadde omfattende kunnskap om NPMF og traumefeltet. Det gjorde meg i stand til å stille relevante spørsmål. Samtidig kunne altså min bakgrunn, slik nevnt, gjøre meg innforstått med tema av betydning for forståelsen av «møter» mellom grunnlagstenkning i NPMF, traumeteori og erfaringer fra behandling av traumatiserte pasienter. Min forforståelse måtte altså også «tøyles». Samtidig som jeg var bevisst at forforståelsen ikke kan legges fullstendig bort, etterstrebet jeg å innta en naiv og undrende holdning som intervjuer. Thornquist skriver at når en erkjenner sin forforståelse, og innser at en ikke kan sette strek over den, kan en aktivt søke en distanse og samtidig utnytte egen nærhet til feltet (Thornquist, 2003). Chew-Graham og medarbeidere (2002) hevder også at datamaterialet ofte blir rikere i studier der intervjuer og informant har felles bakgrunn. Den hermeneutiske spiral er et godt bilde på å hvordan en kan skape mer dybde i forståelsen. For hver runde man forstår noe mer av delen, forstår man også mer av helheten, og dermed også noe mer av delen. Forskers forståelse av stoffet forutsetter en annen forutgående forståelse. Jeg mener bestemt at det ikke ville være mulig å få frem dybden i

resultatene i denne studien uten å som forsker inneha en viss mengde forkunnskaper og erfaring innen feltet.

Før intervjuene forberedte jeg informantene på min naive og undrende holdning som forsker, dette for at de ikke skulle kjenne seg usikre når det kom spørsmål som etterspurte utdyping av forhold som kunne virke åpenbare for oss begge. I ettertid kan jeg se at jeg hadde en læringskurve i løpet av gjennomføringen av intervjuene, og at jeg etterhvert stilte med mer åpent sinn og dempede forventninger om hva informantene skulle trekke frem. De fem intervjuene var mer ulike i innhold enn hva jeg forventet på forhånd, med tanke på vekting av tema. Dette tenker jeg kan forstås i lys av den individuelle variasjonen i blant annet informantenes øvrige erfaringer og interesser innen fysioterapifaget. Der en informant snakket særlig utfyllende om det å *være til stede i seg selv som terapeut, var stabilitet og stødighet kroppen* særlig vektlagt i et annet intervju. Bredden i materialet gjorde stoffet interessant å jobbe med, og jeg opplevde at jeg hadde et godt «mettet» materiale. Jeg vurderer det dithen at dette er som resultat av et variert utvalg informanter, og at intervju-materialet har mange eksempler fra klinikken og utdypende refleksjoner rundt dem.

Å gjennomføre studien på deltid samtidig med egen arbeidspraksis har vært utfordrende til tider. Samtidig tenker jeg at også dette har vært givende og har bidratt til å utvide refleksjonen omkring resultatene. Tverrfaglig samarbeid med en psykologkollega med spisset kompetanse innen traumefeltet åpnet opp for refleksjoner omkring *fysioterapeutrollen* i møte med den aktuelle pasientgruppen. Som observatør i en time fikk jeg se hvordan psykologen hadde en mer tilbakelent rolle, og kun hjalp pasienten med å regulere sin aktivering dersom det var nødvendig. Mesteparten av tiden var psykologen avventende, og ga pasienten tid og rom for å regulere sin aktivering på egenhånd. Psykologen presiserte etterpå at dette gjelder møter med pasienter som har opparbeidet seg gode reguleringsferdigheter. For meg bidro dette til interessante refleksjoner omkring min egen og mine kollegers rolle. Er det slik at vi i kraft av å være fysioterapeuter har tendens til å bli for aktive – for «hands on» - i hjelpe-rollen? Og at dette noen ganger hindrer pasienten i selv å ta ansvar? Dette konkrete tilfellet er et eksempel på at samtidig klinisk praksis har vært nyttig i gjennomføringen av studien, men også at forskers egen kunnskap og erfaring innen feltet kan bidra til større dybde i refleksjonene.

I dette prosjektet har det opplevdes svært nyttig å ha veiledere som, i motsetning til forsker selv, ikke fyller alle inklusjonskriteriene for studien. Dette har vært nyttig både for å få mer

øye på «blinde flekker», men ikke minst også for å ikke snevre studien for mye inn mot traumefeltet alene. Veilederes hjelp til å binde resultatene sammen med grunnlagstenkning i psykomotorisk fysioterapi, og å bli påminnet omfanget av det bidraget som faktisk finnes der, har vært verdifulle.

5.2.3 Bearbeiding av intervjumaterialet: Bruk av systematisk tekstkondensering

Jeg har argumentert for relevansen av STC som analytisk fremgangsmåte med tanke på intervjumaterialet i denne studien. Stoffets sammenvevdhet har imidlertid medvirket til at prosessen har vært utfordrende, da særlig i analysen. Det å skille meningsbærende enheter i ulike subgrupper har tidvis kjentes både umulig og ikke minst kunstig. Dette handler altså først og fremst om steg 2 i Systematisk tekstkondensering. På dette stadiet av analysen kjentes det vanskelig å sortere de meningsbærende enhetene, og jeg ble usikker på om det skyldtes at temaene var upresise eller om det hadde å gjøre med stoffets «indre sammenheng». Det har likevel vært svært nyttig å forholde seg til en konkret og oppskriftsmessig analysemetode som STC. Beskrivelse av fremgangsmåten har vært viktig for å avdekke «feilspor» i løpet av analyseprosessen. Tidlig i arbeidet med stoffet, allerede i steg 1, merket jeg en lyst til å kategorisere. Jeg tilstrebet derfor å følge analysemodellen mest mulig oppskriftsmessig. Etterhvert som jeg landet på de tre endelige resultatkategoriene fløt analyse-prosessen bedre, og det kjentes tilfredsstillende å registrere at det var få meningsbærende enheter som ble kodet til flere subgrupper. Jeg har vært overrasket underveis over hvordan den systematiske tekstkondenseringen ledet meg gjennom analysen, og etterhvert bidro til et mer ryddig sluttresultat enn forventet.

5.2.4 Gjennomsiktighet

Et kriterium med hensyn til troverdighet i denne type studie er gjennomsiktighet. Forsker skal gi leser innsyn i forskningsprosessen ved å belyse viktige overveielser og valg underveis. Dette er nødvendig for at leseren skal kunne forstå hvordan en kom frem til et bestemt resultat, og dermed også kunne ha tillitt til studien (Malterud, 2017). Jeg har beskrevet og begrunnet metodiske fremgangsmåter og teoriperspektiver etter beste evne, og anvendt valgt teori i videre fortolkning av sentrale funn. Videre har jeg reflektert omkring min rolle som forsker, og diskutert mulige svakheter ved studien.

6. Konklusjon

Denne studien tok sikte på å finne ut hva som karakteriserer behandlingen av pasienter med traumelidelser i psykomotorisk klinisk praksis sett fra terapeutens perspektiv. Gjennom intervjuer med noen utøvere av NPMF kom det frem kunnskap om hvordan disse terapeutene tenker i sin vurdering av pasientene, erfaringer med og tanker omkring behandling og hvordan de mener at kunnskap fra traumefeltet står i forhold til kunnskapsgrunnlaget i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi.

Informantene uttrykte altså at kunnskap fra traumefeltet understøtter psykomotorisk tenkning og praksis, og har bidratt til videreutvikling av forståelse og ferdigheter de hadde med seg fra videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. Kunnskapen fra traumefeltet hadde også hatt betydning for deres vurderinger av pasientene og for behandlingen de gir. Informantene var samstemte om at nyere kunnskap fra traumefeltet samsvarer relativt bra med den psykomotoriske grunntenkningen, men at det likevel er vesentlig forskjell mellom psykologisk behandlingstilnærming til traumatiserte pasienter og den psykomotoriske.

I lys av denne studien er det grunnlag for å tenke at fagfeltet Norsk Psykomotorisk Fysioterapi med fordel kan knytte seg nærmere til nyere vitenskap innen tilgrensende fagfelt, slik som traumefeltet. Det er grunnlag ut fra denne studien til å si at det kan understøtte grunntenkningen i faget, men også tilføre ny kunnskap og økt innsikt. Det er også viktig å peke på, slik informantene gjorde, at psykomotorisk fysioterapi har en særegen kroppslig innfallsvinkel som traumebehandling i psykologifeltet ikke har. Kravene til dokumentasjon av kunnskapsgrunnlag og behandlingsmetoder er stadig økende, og for fagfeltet NPMF har dette blant annet innebåret overgang av videreutdanningen til nå å være på masternivå. En tydeligere forankring i nyere vitenskap vil være positivt også for dette aspektet ved fagfeltet. Videre utvikling av kunnskap om hva den kroppslig baserte tilnærmingen i NPMF gir – sammen med nyere kunnskaper fra traumefeltet – i behandling av personer med traumer er også viktig i denne sammenheng.

Referanseliste

- Anstorp, T., & Benum, K. (2014). *Traumebehandling : komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforl.
- Anstorp, T., Benum, K., & Jakobsen, M. (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer : integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforl.
- Braatøy, T. (1952). *Pasienten og lægen : med fragmenter av en polemisk selvbiografi*. Oslo: Cappelen.
- Braatøy, T. (1965). *De nervøse sinn : medisinsk psykologi og psykoterapi : 1* (Vol. 1). Oslo: Cappelen.
- Bunkan, B. H. (1995). *Psykomotorisk behandling : ad modum Braatøy/Bülow-Hansen : kompendium til bruk i forbindelse med kurs*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi - prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121(24), 2845-2848.
- Bunkan, B. H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde : teori og helsefremmende behandling* (4. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bunkan, B. H. (2010). A comprehensive physiotherapy *Aspects of Psychiatric and Pschyosomatic Physiotherapy* (pp. 5-10): Høgskolen i Oslo.
- Bunkan, B. H. (2014). *Wilhelm Reich og Trygve Braatøy og Aadel Bülow-Hansen-tradisjonen i Norge : utviklingen fra interessegruppe til akademisk utdanning i årene 1956-2006*. Oslo: ABM-media.
- Bülow-Hansen, A. (1995). *Historikk*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Chew-Graham, C. A., May, C. R., & Perry, M. S. (2002). Qualitative research and the problem of judgement: lessons from interviewing fellow professionals. *Family practice*, 19(3), 285. doi:10.1093/fampra/19.3.285
- Eide-Midtsand, N. (2017). Betydningen av å være trygg : Et polyvagalt perspektiv på psykoterapi med utviklingstraumatiserte barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 54(10), 927-935.
- Eide-Midtsand, N., & Nordanger, D. Ø. (2017). Betydningen av å være trygg 1 : Utviklingstraumatiserte barns affektreguleringsvansker forstått i lys av Stephen Porges polyvagale teori. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 54(10), 919-926.
- Ekerholt, K., Schau, G., & Mathismoen, K. M. (2009). Erfaringer fra samarbeid mellom psykomotorisk fysioterapeut og psykolog : 60 år etter Aadel Bülow Hansen og Trygve Braatøy (pp. 21-34). Oslo: Høgskolen i Oslo, avd. for helsefag, 2009.

- Feilberg, M. F., & Thornquist, E. (2016). Fysioterapi som relationel praksis - behandling af torturoverlevende. *Fysioterapeuten*, 83(4), 16-21.
- Fisher, J. (2017). *Healing the fragmented selves of trauma survivors : overcoming internal self-alienation*. New York: Routledge.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Gretland, A., & Ekerholt, K. (2018). Norwegian psychomotor physiotherapy, a brief introduction. In M. Probst & L. H. Skjærven (Eds.), *Physiotherapy in mental health and psychiatry : a scientific and clinical based approach* (pp. 51-58). Amsterdam: Elsevier.
- Holbæk, I., & Modum, b. (2014). *Tilbake til nåtid : en manual for håndtering av traumereaksjoner*. Vikersund: Modum bad.
- Ianssen, B. (2009). En lang vei for å forsøke å finne ordene sin plass i psykomotorisk fysioterapi. *Festskrift til Berit Heir Bunkan HiO-rapport 2009 nr 10*, 85-90.
- ISTSS. (2018). *Prevention and treatment guidelines for PTSD and complex PTSD*. Retrieved from
- Jongh, A. d., Resick, P. A., Zoellner, L. A., Minnen, A. v., Lee, C. W., Monson, C. M., . . . Bicanic, I. A. E. (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety*, 33, 359-369.
- Kise, K., & Gunnari, B. (2016). Støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi - behov for en avklaring? : UiT Norges arktiske universitet.
- Kristensen, G. B. E., & UiT. (2013). *Psykomotorisk fysioterapi i forhold til pasienter som strever med ettervirkninger etter alvorlige livshendelser i nære relasjoner*
- Lien, L. A., & UiT. (2016). *Hva er det mennesker som har vært utsatt for traumer opplever har gitt mening i behandlingen hos psykomotorisk fysioterapeut når det gjelder å leve videre med traumene?* (Masteroppgave), Universitetet i Tromsø.
- Maclean, P. D. (1987). Brain evolution relating to family affiliations. *Social Science Information*, 26(2), 369-373. doi:10.1177/053901887026002006
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Michalopoulos, I. (2012). Stabilisering - det viktigste leddet i traumebehandling? ; manualbasert psykoedukativ behandling for pasienter med komplekse traumelidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*.

- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(7), 530-536.
- Ogden, P., Pain, C., Minton, K., Siegel, D. J., & van der Kolk, B. A. (2006). *Trauma and the body : a sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Norton.
- Overgaard, M., Ramsøy, T. Z., & Skov, M. (2005). Psykologi og neurovidenskab. *Psykolog Nyt*, 6, 20-27.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience : the foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42(2), 123-146.
doi:10.1016/S0167-8760(01)00162-3
- Porges, S. W. (2003). Social Engagement and Attachment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008(1), 31-47. doi:10.1196/annals.1301.004
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory : neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation* (1. ed.). New York, NY: W. W. Norton.
- Porges, S. W., & Buczynski, R. (2013). Beyond the brain: Using polyvagal theory to help patients «reset» the nervous system after trauma. . *Rethinking trauma webinar series: NICABM*.
- Råheim, M., Magnussen, L. H., Sekse, R. J. T., Lunde, Å., Jacobsen, T., & Blystad, A. (2016). Researcher-researched relationship in qualitative research: Shifts in positions and researcher vulnerability. doi:<https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30996>
- Siegel, D. J. (2012). *The Developing Mind, Second Edition : How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are* (2. ed.). New York: Guilford Publications.
- Sternberg, S. (2009). *Fysioterapeutisk intervention ved personlighetsforstyrrelser* (Vol. 2009 nr. 10). Oslo: Høgskolen i Oslo, avd. for helsefag.
- Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2007). If not soma and psyche - what then? Attitude and movement in self development and retention *Hvis ikke kropp og psyke - hva da? Holdning og bevegelse i selvtfoldelse og tilbakeholdelse*.
- Sviland, R., Råheim, M., & Martinsen, K. (2012). Touched in sensation – moved by respiration. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 811-819.
doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01024.x

- Thaulow, J. F. (2000). Pasientens talsmann Trygve Braatøy. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 120(24), 2902-2903.
- Thornquist, E. (1988). *Fagutvikling i fysioterapi*. Oslo: Gyldendal.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Pensumtjenesten.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- www.krisepsykologi.no. Klinikk for krisepsykologi.
- www.nkvts.no. Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress.
- www.psykologforeningen.no. Norsk Psykologforening.
- Østberg, D. (1994). Innledning. In M. Merleau-Ponty (Ed.), *Phénoménologie de la perception. Kroppens fenomenologi* (pp. V-XII). Oslo: Pax.
- Øvreberg, G., & Andersen, T. (1986). *Aadel Bülow-Hansen's fysioterapi : en metode til omstilling og frigjøring av respirasjon*. Harstad: Øvreberg.

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE – NPMF FOR MENNESKER MED TRAUMELIDELSER

Hva karakteriserer behandling av traumepasientene

Bakgrunn for terapeutenes vurderinger og valg – refleksjoner

Eksempler fra praksis

Presentasjon av informant

Faglig bakgrunn / erfaring

Opplever du at nærmere kunnskap innen traumefeltet har vært viktig for din praksis, og i så fall i hvilken grad/ på hvilke måter?

KOMMUNIKASJON

Case: Pasient (ung voksen) som har opplevd fysisk og psykisk vold i oppvekstfamilien, sliter med smerter, depresjonssymptomer, sosial angst.

Hva er viktig i kommunikasjon med pasienten?

- Teoriens/ forklaringenes plass i behandlingen
- *Hverdagspråk?*
- Pasientens narrativ/historie.
- Non-verbal kommunikasjon

RELASJON/ROLLER

Case: som om ovenfor.

Hva er viktig med tanke på relasjon?

- Terapeutrolle/terapeutstil
(Aktiv? Varm? Støttende og aksepterende? Utfordrende?)

HÅNDVERKET/PRAKSIS

Kan du huske en pasient som har blitt veldig aktivert under behandling? (kanskje en relativt ny pasient) Hva gjorde du? Refleksjoner – kunne du gjort noe annerledes?

Har kunnskap fra traumefeltet innvirkning på undersøkelse og behandling av mennesker med traumelidelser?

F.eks:

- gjennomføring av kroppsundersøkelse
- aktiv/ passiv behandling?
- grad av/holdning til berøring o.l.
- valg av utgangsstillinger?
- fremdrift

TEORI-BAKGRUNN

Kan traumeteori være et bidrag inn i forståelse av pasientens helseproblemer? I så fall, hvordan?

Hvordan står kunnskap fra traumefeltet i forhold til grunnlagstenkningen i NPMF?

- Understøtter?
- Supplerer det noe?
- Er det deler som motstrider?

OPPSUMMERING

Er det noe du vil utdype?

Er det noe vesentlig som vi ikke er kommet inn på?

Er det noen av temaene vi har vært innom som du opplever som spesielt vesentlige for din praksis?

INFORMASJONSSKRIV OM FORSKNINGSPROSJEKT

BAKGRUNN

Jeg er masterstudent i Fysioterapivitenskap ved Universitetet i Bergen, og arbeider med en studie om «Norsk Psykomotorisk Fysioterapi i møte med nyere traumeteori».

Traumefeltet har den senere tid vært arena for en stor kunnskapsutvikling, og for mange fysioterapeuter med psykomotorisk kompetanse er traumeteori en viktig del av kunnskapsgrunnlaget. Likevel er det begrenset med referanser til nyere nevrofysiologisk kunnskap fra traumefeltet inne fagfeltet Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (NPMF). Det er også vanskelig å finne skriftlige arbeider som bringer inn ny nevrofysiologisk vitenskap for å underbygge den psykomotoriske forståelsesmodellen.

Jeg mener at mer inngående kunnskap innen traumefeltet har hatt vesentlig betydning for min egen praksis i psykomotorisk fysioterapi. Samtidig har jeg vanskelig for å sette ord på akkurat hvordan, da denne kunnskapen, slik jeg ser det, i stor grad er kompatibel med tankegangen innen NPMF. Dette har gjort meg nysgjerrig på å utforske videre møtet mellom disse to kunnskapsfeltene, noe som er grunnlaget for denne studien. Hensikten med studien er å se nærmere på om psykomotorikere har nytte av nyere forskning innen nevrofysiologi og traumefeltet i sitt kliniske virke, og i så fall på hvilken måte.

STUDIEN

Min plan er å inkludere 5 psykomotoriske fysioterapeuter med kunnskap fra traumefeltet. Forskningsprosjektet vil innebære individuelle dybdeintervjuer med varighet på rundt 1 time. Ved en senere anledning vil informantene bli samlet til et fokusgruppeintervju der det vil bli rom for felles refleksjon rundt analysene av de individuelle intervjuene. Fokusgruppeintervjuet kan bidra til å forsterke funn fra de individuelle intervjuene, og gjerne også åpne opp for nye tanker og refleksjoner rundt tema, både hos den enkelte og for gruppen. Lydopptak vil bli brukt ved samtlige intervju.

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

NORSK PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI I MØTE MED NYERE TRAUMETEORI

Det er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt der målet er å se nærmere på hvordan kunnskap fra nyere traumeteori blir brukt i pasientbehandling, og sett i sammenheng med grunnlagstenkingen Norsk Psykomotorisk Fysioterapi bygger på.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET

Deltakelse i prosjektet vil innebære et intervju med vekt på dine refleksjoner, erfaringer og oppfatninger rundt emnet. Intervjuet beregnes å ta rundt 1 time.

Noen måneder senere vil det bli gjennomført et fokusgruppeintervju der informantene samles for felles refleksjon rundt «funn» fra de individuelle intervjuene. I fokusgruppeintervjuet vil stoff fra dybdeintervjuene bli presentert i form av viktige tema som er kommet frem, og følgelig også anonymisert. Lyddopptak vil bli benyttet ved begge intervjuer.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, kan du undertegne samtykkeerklæringen på neste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke.

Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlet informasjon, med mindre informasjonen allerede er inngått i analyser eller er brukt i vitenskapelige publikasjoner. Har du deltatt i gruppeintervjuet, er det imidlertid umulig å trekke ut enkeltinformanters bidrag så fremt intervjuet altså har funnet sted. Dersom du har spørsmål om prosjektet, kan du kontakte Helene Giskeødegård på mobil 99748950, eller mailadresse helenegisk@gmail.com.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Prosjektansvarlig er veileder professor Målfrid Råheim. Prosjektleder, undertegnede, har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet. Begge har ansvar for at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Opptak og utskrifter fra intervjuene lagres etter forskrifter som gjelder for dette ved institusjonen. Dvs. at ingen andre enn de som er ansvarlige for prosjektet har tilgang til datamaterialet. Informasjon om deg vil bli anonymisert og slettet etter prosjektslutt, etter Universitetet i Bergen sine retningslinjer. Datamaterialet i masteroppgaven vil ikke inneholde informasjon som kan identifisere deg.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Nasjonal Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (15.03.18, nr 59554)

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG HAR LEST INFORMASJONEN, OG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med blokkbokstaver

Telefonnummer



Målfrid Råheim
Postboks 6165
5892 BERGEN

Vår dato: 15.03.2018

Vår ref: 59554 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.03.2018.
Meldingen gjelder prosjektet:

<i>59554</i>	<i>Norsk Psykomotorisk Fysioterapi i møte med nyere traumeteori</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Målfrid Råheim</i>
<i>Student</i>	<i>Helene Giskeodegård</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Universitetet i Bergen sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Universitetet i Bergen er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes

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

- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 31.08.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Sri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Sri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68 / Sri.Myklebust@nsd.no