

# MASTEROPPGAVE

Emnekode:  
MPH495

Navn:  
Kristine Dalaker Mortensen

---

Hva er støttende behandling?

- en kvalitativ studie om støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi

What is supportive treatment?

- A qualitative study on supportive treatment in psychomotor physiotherapy
- 

Dato: 16.11.20

Totalt antall sider: 78



### **Hva er støttende behandling?**

- **en kvalitativ studie om støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi**

### **What is supportive intervention?**

- **a qualitative study on supportive treatment in psychomotor physiotherapy**

**Kristine Dalaker Mortensen**

**Master i psykisk helsearbeid MPH495  
Fakultet for sykepleie og helsevitenskap  
Nord universitet**

**November 2020**

## FORORD

Det var flere år som fysioterapeut i praksis og mange pasienterfaringer som skulle til for at jeg for 5 år siden fattet interesse for psykomotorisk fysioterapi. Med dette åpnet det seg en ny verden av fantastiske menneskemøter og behandlingsmuligheter. Å komme så langt som det å nå ha skrevet denne masteroppgaven gir meg virkelig motivasjon til videre arbeid i klinikken.

Først og fremst en stor takk til alle informantene – uten dere vil ikke denne oppgaven ha vært mulig!

Jeg vil også rette en stor takk til min veileder Cathrine Fredriksen Moe for god veiledning og sømløst samarbeid.

Jeg vil ikke minst takke mine pasienter, som med sårbart mot daglig deler sine historier og sitt indre liv, og lar meg følge den spennende og vanskelige veien terapi og endringsarbeid kan være. Det er disse menneskene som inspirerer meg til utvikling i faget.

Tusen takk til min mann og motivator Bjørn David Dolmen for uendelig med kloke innspill og gode råd underveis. Og takk til min lille Magnus, som lyser opp livet som ingen andre kan.

Kristine Dalaker Mortensen

Trondheim, november 2020

## SAMMENDRAG

**Tema:** Støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi.

**Bakgrunn:** Psykomotorisk fysioterapi er en etablert helsetjeneste for mennesker med psykiske og fysiske utfordringer i Norge. Pasienter som mottar psykomotorisk fysioterapi kan ha behov for støttende behandling, men det er gjort lite forskning på hva støttende behandling innebærer i praksis.

**Hensikt:** Denne studien undersøker hvordan psykomotorisk fysioterapeuter beskriver og erfarer støttende behandling psykomotorisk fysioterapi med vekt på vurderingsgrunnlag og aspekter ved behandling.

**Metode:** Prosjektet har et kvalitativt design hvor det er gjennomført semistrukturerte intervju med fem psykomotoriske fysioterapeuter som jobber i klinisk praksis. Prosjektet er forankret i en fenomenologisk-hermeneutisk forståelsesramme hvor analyse av materialet er utført med Malteruds (2017) systematiske tekstkondensering. Antonovskys salutogenese er benyttet som teoretisk perspektiv.

**Resultater:** De psykomotoriske fysioterapeutenes beskrivelser og erfaringer med støttende behandling resulterte i tre hovedkategorier: (I) *Vurderingsgrunnlag* (underkategorier: “Traumene og skjørheten er utgangspunktet”, “Kroppsbilde som essensielt i undersøkelse og tiltaksform”, “Kroppskontakt som forutsetning for god psykisk fungering”), (II) *Individuelle forutsetninger og tilpasninger* (underkategorier: “Tiltakene kommer i mange varianter”, “Tiltakenes støttende effekt”), (III) *Støttende versus omstillende behandling – glidende overganger?* (underkategorier: “Påvirkning og endring er aktuelt i støttende behandling”, “Mål for behandlingen – ingenting unikt?”).

**Konklusjon:** Støttende behandling er ikke en spesifikk og avgrenset metode. Det er fellestrekk i det psykomotoriske fysioterapeuter kaller støttende behandling, blant annet at det er individuelle tilpasninger som avgjør om behandlingen karakteriseres støttende. Skillet mellom støttende og omstillende behandling er diffust. Dette reiser spørsmål om hvorvidt begrepet støttende behandling skal forkastes. Det salutogenetiske perspektivet kan fungere som praksisstyrende for støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi.

Nøkkelord: psykomotorisk fysioterapi, støttende behandling, salutogenese, psykisk helsearbeid, semistrukturert intervju

## ABSTRACT

**Title:** What is supportive treatment? - a qualitative study of supportive treatment in psychomotor physiotherapy

**Theme:** Supportive treatment in psychomotor physiotherapy

**Background:** Psychomotor physiotherapy is an established health service for patients with mental and physical challenges in Norway. Patients receiving psychomotor physiotherapy may be in need of supportive treatment, still there is a lack of scientific studies assessing supportive treatment in clinical practice.

**Purpose:** This study explores how psychomotor physiotherapists describe and experience supportive treatment in psychomotor physiotherapy.

**Method:** This project has a qualitative design with semi-structured interviews of five psychomotor physiotherapists working in clinical practice. This project is anchored in a phenomenological-hermeneutical scientific tradition. Data analysis is based on Malteruds (2017) systematic text condensing.

**Results:** Three main categories were identified from the psychomotor physiotherapists descriptions and experiences: (I) *Basis og assessment* (subcategories: The traumas and the fragility are the starting point, Body image is essential in both examination and treatment, Body contact is a precondition for good mental health, (II) *Individual prerequisites and adjustments* (subcategories: The measures come in many varieties, The supportive effect of the measures), (III) *Supportive versus interventional treatment – sliding transitions?* (subcategories: Influence and change are relevant in supportive treatment, Treatment outcomes – nothing unique?). The theoretical perspective is salutogenesis by Antonovsky.

**Conclusion:** Supportive treatment is not a defined method. There are common features among psychomotor physiotherapists concerning supportive treatment, including how the supportive effect depends on individual prerequisites. The distinction between supportive and interventional treatment is undefined. This raises the question of whether the term supportive treatment should be discarded. The salutogenic perspective can be a valuable guideline for supportive treatment in psychomotor physiotherapy.

MeSH-terms: Psychomotor physiotherapy, supportive treatment, salutogenic perspective, mental health work, semi-structured interview

## Innhold

1 Innledning .....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	4
1.1.1 Egen forståelse .....	4
1.1.2 Kunnskapsgrunnlag .....	4
1.1.3 Samfunnsbehov .....	5
1.1.4 Psykomotorisk fysioterapi og psykisk helsearbeid .....	5
1.2 Psykomotorisk fysioterapi .....	6
1.2.1 Historisk resymé og forståelse .....	6
1.2.2 Omstillende og støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi .....	8
1.3 Nåværende kunnskapsstatus på feltet.....	9
1.3.1 Litteratursøk .....	9
1.3.2 Støttende behandling i litteraturen .....	11
1.3.3 Masteroppgaver med samme tema .....	12
1.4 Problemstilling.....	13
1.5 Teoretisk perspektiv: Salutogenese og opplevelse av sammenheng.....	13
1.6 Begrepsavklaringer .....	15
1.6.1 Traumer og reaksjoner .....	15
1.6.2 Kroppsbilde:.....	16
1.6.3 Toleransevinduet.....	17
1.6.4 Emosjonell beredskap og forsvar .....	18
2 Metode .....	19
2.1 Vitenskapsteoretisk forankring .....	19
2.2 Metodisk design .....	20
2.2.1 Utvalg og rekruttering .....	20
2.2.2 Informasjonsbrev og informert samtykke.....	21
2.2.3 Presentasjon av informantene .....	21
2.2.4 Datainnsamling.....	21
2.2.5 Intervjustrategi .....	21
2.3 Tilvirkning av empirisk materiale og analyse.....	22
2.3.1 Transkripsjon: .....	22
2.3.2 Datareduksjon .....	22
2.3.3 Analyse og fortolkning.....	23
2.3.4 Analyseprosessen .....	23
2.4 Etske overveielser.....	25

2.4.1 Søknader.....	25
2.4.2 Konfidensialitet og anonymitet.....	26
2.4.3 Prinsipp om informert samtykke.....	26
2.4.4 Skade, smerte og belastning.....	26
3 Resultater.....	27
3.1 Vurderingsgrunnlaget.....	27
3.1.1 Traumene og skjørheten er utgangspunktet.....	28
3.1.2 Kroppsbilde er essensielt i undersøkelse og tiltaksform.....	29
3.1.3 Kroppskontakt som forutsetning for god psykisk fungering.....	30
3.2 Individuelle forutsetninger og tilpasninger.....	31
3.2.1 Tiltakene kommer i mange varianter.....	31
3.2.2 Tiltakenes støttende effekt.....	32
3.3 Støttende versus omstillende - glidende overganger.....	33
3.3.1 Påvirkning og endring er aktuelt i støttende behandling.....	33
3.3.2 Mål for behandlingen – ingenting unikt?.....	35
4 Drøfting av resultater.....	36
4.1 Vurderingsgrunnlaget:.....	36
4.1.1 Traumene og skjørheten er utgangspunktet.....	36
4.1.2 Kroppsbilde og kroppskontakt.....	38
4.1.3 Skjørheten og håndterbarheten for opplevelse av sammenheng.....	39
4.2 Individuelle forutsetninger og tilpasninger.....	40
4.2.1 Tiltakene kommer i mange varianter.....	40
4.2.2 Tiltakenes støttende effekt.....	41
4.2.3 Tilpasninger og meningsfullhet.....	42
4.3 Støttende versus omstillende – glidende overganger?.....	42
4.3.1 Endring og mål.....	45
4.3.2 Støttende behandling og begripeligheten.....	46
5 Drøfting av metodologi.....	48
5.1 Metodiske valg.....	48
5.2 Refleksjon etter intervjuene.....	50
5.3 Forskerens rolle.....	50
5.3.1 Forforståelse og refleksivitet.....	50
5.3.2 Relasjonen til utvalget.....	51
5.4 Kvalitetssikring.....	52
5.4.1 Troverdighet og relevans.....	52
5.4.2 Begrepsvaliditet.....	52

5.4.3 Overførbarhet.....	53
5.4.4 Pålitelighet.....	54
6 Avslutning .....	55
6.1 Konklusjon .....	55
6.2 Implikasjoner for psykisk helsearbeid .....	55
6.3 Videre forskning .....	55



# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

### 1.1.1 Egen forståelse

Tema for masterprosjektet er støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi. Gjennom studier og praksiserfaring har min forståelse av hva støttende behandling er variert. Dette har dreid rundt hvorvidt behandlingen kan regnes som en egen gruppe av tiltak med spesifikke mål indisert for spesifikke problemstillinger, eller om støttende behandling er elementer i klassisk psykomotorisk behandling. Mitt inntrykk har vært at dette er to forskjellige tilnæringsmåter som utelukker hverandre i sin hensikt og framgangsmåte. Utgangspunktet mitt var i så måte en interesse for hvilke vurderinger og erfaringer og prinsipper fysioterapeutene utøver og begrunner støttende behandling med.

### 1.1.2 Kunnskapsgrunnlag

Fysioterapi er en lovpålagt tjeneste i Norge, og en vesentlig del av velferdsstatens helsetilbud. Som viktige aktører i helsevesenet er det opp gjennom årene stilt større og større krav til at offentlig autoriserte fysioterapeuter innehar høy faglig kompetanse. Fysioterapifaget har gjennom de siste 100 årene gått fra å være muntlig overført, assistentpreget, og underdanig legene til å bli vitenskapelig forankret i universitetssystemet (Haugen, 1997). Psykomotorisk fysioterapi er en av flere faglige spesialiteter innen fysioterapi, som også langt på vei har basert seg på muntlig og praktisk overbringelse av kunnskap med psykologisk litteratur som støtteteori. Dette samsvarer lite med fysioterapiens ambisjoner om å holde et høyt vitenskapelig nivå. Bunkan (2001, s.2845-8)) oppsummerer i artikkelen “Psykomotorisk fysioterapi - prinsipper og retningslinjer” at det er gjort lite forskning på psykomotorisk fysioterapi: “En forklaring kan være at få psykomotorikere har hatt forskningsutdanning, og at det er vanskelig å effektivt evaluere en behandling som ikke alltid virker spesifikt på det lokale symptom, men som virker på kroppen som system.” Gretland (2007, s.209) bekrefter dette ved å si at fysioterapi som behandling av psykiske lidelser er lite beskrevet. Det har likevel skjedd endringer over de senere tiårene. Psykomotorisk fysioterapi har hatt en utvikling som har gitt videreutdanning og masterforløp ved høyskole og universitetet. (Tvedten & Ottesen, 2016, s.13). Som psykomotorisk fysioterapeut med klinisk praksis, mener jeg det er viktig å kunne bidra til

konvergering av praktiske erfaringer og forskningsbasert kunnskap i tema spesifikt for psykomotorisk fysioterapi gjennom et masterprosjekt.

### 1.1.3 Samfunnsbehov

I Folkehelseinstituttets rapport "*Psykisk helse i Norge*" fra 2018 er psykiske lidelser og rusbrukslidelser på andreplass etter muskel- og skjelettlidelser når det gjelder ikke-dødelig helsetap (Folkehelseinstituttet, 2018, s.7). Psykomotorisk fysioterapi som nettopp omhandler muskel-/skjelett-problematikk og psykiske utfordringer synes dermed samfunnsnyttig. Tjenesten er allerede en del av offentlig og privat helsetjeneste, både som primær- og spesialisthelsetjeneste, og statistikk viser økt bruk av tjenesten. Blant psykomotoriske fysioterapeuter med avtalehjemmel hadde bruken av behandlingsformen i perioden 2011 til 2014 en vekst på 10 prosent (Helsedirektoratet, 2016, s.40). I en studie fra 2019 som blant annet undersøkte ventelister for psykomotorisk fysioterapi i to norske kommuner fant man at 22 prosent av alle på ventelistene ventet over 6 måneder uten å få tilbud. Ventetiden var signifikant lengre til psykomotorisk fysioterapi sammenlignet med annen fysioterapi (Øyehaug, Paulsen, Vøllestad & Robinson, 2019, s.22). Faglige nasjonale veiledere eller retningslinjer eksplisitt for psykomotorisk fysioterapi via Helsedirektoratet eller Norsk fysioterapeutforbund er ikke blitt meg bekjent. Jeg antar at et større kunnskapsomfang om psykomotorisk fysioterapi vil kunne løfte tjenesten i politiske prioriteringer vedrørende psykisk helse.

### 1.1.4 Psykomotorisk fysioterapi og psykisk helsearbeid

Psykomotorisk fysioterapi er et felt som sammenfaller med psykisk helsearbeid. I psykisk helsearbeid ønskes det å fremme enkeltmenneskers psykiske helse (Red., Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2008), og dette er hensikten også i psykomotorisk fysioterapi. Det handler om forståelse for enkeltmennesket og deres opplevde problemer, sett i sammenheng med deres historie, nåværende situasjon, relasjoner og forståelse av seg selv. Hensikten er å styrke menneskers egenverd og livskraft slik at de kan utvikle opplevelser av sammenheng og mestring i hverdagen. Psykomotorisk fysioterapi er på lik linje med psykisk helsearbeid mindre opptatt av diagnoser, men holder i stedet fokus på ressurser og kompetanse. Psykomotorikere jobber i psykisk helsevern, somatiske sykehus, kommunehelsetjenesten, privat praksis, bedriftshelsetjeneste, skoler, barnehager, forskning og utdanning (Norsk fysioterapeutforbund, 2020). Kroppen som uttrykksfelt, og sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse er knapt tematisert i psykisk helsearbeid-utdanning (Ottesen & Thornquist, 2015, s.130). Økt praksiskunnskap antar jeg vil kunne styrke vår plass innen psykisk helsearbeid.

### 1.1.5 Formål med denne studien

Formålet med prosjektet er skaffe ny praksiskunnskap om støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi. Tidligere studier har etterspurt flere betraktninger rundt støttende kontra omstillende behandling (Kise, 2016, s.66/73). Jeg håper denne studien kan stimulere til dette, og økt bevissthet hos psykomotoriske fysioterapeuter i hvordan de utøver praksis. En reflektert og definert praksis mener jeg, for det første, vil øke sannsynligheten for at pasienten får riktig behandling til riktig tid. For det andre vil kommunikasjon mellom psykomotoriske fysioterapeuter, og ut mot andre behandlere, bli enklere om vi legger det samme i begrepsbruken. For det tredje kan dette legge bedre til rette for videre forskning. Dette studiet er ikke en diskursanalyse som sådan, men tar utgangspunkt i psykomotoriske fysioterapeuters praksisnære erfaringer.

## 1.2 Psykomotorisk fysioterapi

### 1.2.1 Historisk resymé og forståelse

Fysioterapeuten Aadel Bülow-Hansen (1906-2001) betraktes som grunnlegger av metoden Norsk Psykomotorisk fysioterapi. Hennes nære samarbeid med psykiater Trygve Braatøy i perioden 1947-1953 ble et viktig fundament for behandlingsmetoden. Braatøy, som orienterte seg mye innen psykoanalytisk og psykodynamisk teori er spesielt kjent for publikasjonen "*De nervøse sinn*" (1947), som har hatt stor betydning for psykomotorisk praksis (Thornquist, 2006, s.28). Gjennom seks år arbeidet Bülow-Hansen og Braatøy sammen om pasienter med plager i muskel-/skjelettsystemet og med psykosomatiske og psykiatriske lidelser. De utforsket korrelasjonen mellom respirasjon, muskelspenninger og følelser, med en felles forståelse om hvordan psykoterapi og kroppslige tilnærminger kunne integreres til det beste for pasienten. De anerkjente muskelspenninger som et følelsesmessig forsvar som dertil virker hemmende på den frie respirasjonen. Kroppen skulle behandles som en funksjonell enhet der gode balanseforhold mellom kroppsdelene skulle bidra til avspenning. Før man igangsatte en slik omstillingsprosess, måtte man først oppnå god kontakt med beina og en gunstig strekk i underekstremitetene. Kroppen måtte ha et fundament å hvile på for å kunne frigjøre respirasjonen. "Gi aldri respirasjonsøvelser, slipp pusten til", uttalte Braatøy og henspilte til dette indirekte arbeidet med pusten. Bülow-Hansen benyttet både øvelser og massasje i dette henseende. Hun var spesielt oppmerksom på at behandlingen burde doseres forsiktig og langsomt for å hindre at man utløste store emosjonelle eller autonome reaksjoner som kunne gjøre pasienten dårligere eller forsinke omstillingen. Ved å lirke og løsne på et mønster av muskelspenninger fins det nemlig en mulighet for at vi inviterer gråt, sinne og irritabilitet samt autonome reaksjoner som

eksempelvis kvalme, svimmelhet, angst og temperaturforandringer (Bunkan, Bülow-Hansen, Houge, Hødal, Hansson, 1978, s.5-12)

Psykomotorisk fysioterapi er brakt videre i tradisjonen av blant andre fysioterapeut og psykolog Berit Heir Bunkan (1929-). Bunkan har bidratt med flere omfattende redegjørelser og sammenfatninger av psykomotorisk fysioterapi. Bøkene "*Kropp, respirasjon og kroppsbilde*" med første utgave fra 1971, og "*Den omfattende kroppsundersøkelsen*" (2003/2016) er grundige og viktige publikasjoner. Den dag i dag, som 90-åring, er hun fortsatt aktiv som underviser og behandler. Jeg har selv hatt gleden av å oppleve hennes enorme kunnskap og engasjement for faget gjennom undervisning.

Behandlingsformen er i dag en spesialisert retning innenfor fysioterapi, og skiller seg fra tradisjonelle sykdomstilnærminger av mekanisk art. Psykomotorisk fysioterapi er en forståelsesmodell som vektlegger kroppsfenomenologiske og relasjonelle kvaliteter, og deres påvirkning på mennesket. Kroppsfenomenologi, i lys av Maurice Merleau-Ponty (1908-1961), anerkjente menneskets eksistens som kropp, og tilla kroppen subjektstatus. Det er som kropp vi mennesker er rett mot omverdenen, persiperer, beveger oss, søker mening, snakker og utvikler bevissthet. Det er igjennom kropp vi integreres i sosialt liv (Gretland, 2007, s. 24). Som Thornquist (2006, s.29) utgreier i "Psykomotorisk fysioterapi - tenkning og tilnærming" betraktes kroppen som bærer av vår livshistorie og erfaringer, og behandlingen spiller bevisst på at kroppen regulerer og uttrykker følelser. Kropp og følelser står i et gjensidighetsforhold til hverandre. Psykomotorisk behandling omhandler fortsatt, som i Bülow-Hansens tid, en kroppslig omstillingsprosess hvor endringer av muskulære spenningsforhold integreres i en omfattende endringsprosess som inkluderer følelser og selvopplevelser.

Vi tilpasser oss emosjonelt og sosialt til egne og omgivelsers krav, dette med muskelspenninger, tilbakeholdt respirasjon, bremsing av følelser og kroppslig uttrykk. Vi kan vise glede, sinne og sorg, men kan også bremse og regulere følelsene med kroppen ved å bite tennene sammen for å unngå sinneutbrudd, holde pusten i redselen, "stå i stormen" med den rette ryggen, og la gråten bli til spenninger i strupen. Som Thornquist (2006, s.30) poengterer har kroppslige væremåter en funksjon for oss i psykologisk og sosial forstand. Det er når disse blir stående over tid og rigiditeten tar over at vi mister kroppslig frihet og ledighet, noe som igjen kan utvikle seg til slitasje på bevegelsessystemet vårt. Det er pasientens evne og potensiale til fleksibilitet og omstillingsevne, altså variasjon og tilpasning som er praksisstyrende for psykomotorisk fysioterapi.

Psykomotorisk fysioterapi er dermed basert på en forståelse av kroppen som en funksjonell og samspillende enhet. Hver undersøkelse og behandling befatter seg med hele

kroppen uavhengig av pasientens symptomer og plager. Lokale problemer settes i sammenheng med kroppen som helhet. En undersøkelse kan inneholde holdningsinspeksjon, funksjonelle prøver, muskelpalpasjon, respirasjonsvurdering, kroppsbildevurdering og registrering av autonome reaksjoner. Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen (ROK) og den omfattende kroppsundersøkelsen (DOK) (Bunkan, 2016) er to av flere rutiner nyttig for kartlegging pasientens ressurser og belastninger.

Psykomotoriske fysioterapeuter arbeider i dag med et bredt spekter av funksjonsproblemer og muskel-/skjelettplager. Dette kan være langvarige smertetilstander, følgetilstander etter skader samt psykiske lidelser med ulik alvorlighetsgrad, som spiseforstyrrelser, angst, depresjon og schizofreni (Norsk fysioterapeutforbund, 2020).

### 1.2.2 Omstillende og støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi

Psykomotorisk fysioterapi karakteriseres ofte som en omstillende behandling. Ved å påvirke kroppsholdning, muskulatur, pust og bevegelser settes det i gang en omstillingsprosess som omfatter følelsesmessige forandringer og autonome forandringer, eksempelvis temperaturregulering og fordøyelse. Hvis pasienten mot formodning presenterer en tilstand av sterk beredskap i undersøkelsessammenheng, og en omstillende behandling kan tenkes å vekke minner og uhåndterlige følelser, betraktes psykomotorisk fysioterapi som kontraindisert. Det kan da benyttes psykomotoriske prinsipper som ikke er inngripende og omstillende, men som vektlegger forankring og stabilitet (Thornquist, 2006, s. 30-31). Min erfaring og kunnskap tilsier at omstillende behandling har den hensikt å utfordre selvreguleringsevne, vanebevegelser og muskulært forsvar, men at det ikke alltid er slik at pasienten er mottakelig for slik behandling. Da er det heller ønskelig å gi behandling, som i mindre grad fokuserer på respirasjonspåvirkning og følelsesmessige opplevelser. Dette kalles støttende behandling, dette ifølge Elisabeth Møyners forelesning ved OsloMet (personlig kommunikasjon, 23.januar, 2017). På OsloMet (2017) erfarte jeg gjennom praksisundervisning at det da jobbes med balanse og stabilitet i kroppen, god forankring mot underlaget, spenning, kraft og motstand. Vi snakket om aktivisering og vitalisering. Hensikten er å kunne støtte seg selv. Dette for å øke selvavgrensning, identitetsopplevelse, autonomi og samhandling. Dette er eksempeløvelser i støttende behandling fra praksisundervisningen:

- Merk deg tærne, innsiden, utsiden, hæl, tærne, lag fotavtrykk, trampe (lage lyd), gyng på stor understøttelsesflate
- Bøy knærne, klapp på lårene, og skyv opp

- Rytmisk stabilisering
- Holde imot bevegelser, enten med terapeutens hånd eller kropp.
- Skyve terapeuten vekk med armen framover, med ulik kraft
- Grensesettingsøvelser med konstruering av fysiske grenser.
- Sittende: Gyng og finne understøttelsesflaten
- Trampe i gulvet
- Stryke på egen kropp, eventuelt bruke ball
- Kroppsavgrensende grep.
- Sparke i fra, med ulik grad av kraft
- Støttende og stimulerende grep: Klapp/Strykninger/Vispinger/Approximasjon

### 1.3 Nåværende kunnskapsstatus på feltet

#### 1.3.1 Litteratursøk

Litteratursøk med søkeordene “psykomotorisk fysioterapi”, “støttende behandling”, “psychomotor physiotherapy”, “mental health”, “supportive treatment”, “supportive intervention” og “supportive care” ble foretatt 09.02.20. De engelske søkeordene ble valgt fordi de sees benyttet i internasjonale studier innen medisin og psykososiale problemstillinger (Oncology Nursing Society, 2020, Goldbeck, 2009, Catt, Chalmers & Fallowfield, 2008). Med utgangspunkt i Nord Universitets oversikt over databaser knyttet til helse- og sosialfag, i alt 57 stykker, foretok jeg utvalg på fem jeg anså som faglig relevante. Det ble ikke lagt tidsbegrensning tilbake i tid eller begrensninger på språk.

De første søkene ble gjort for å få et overblikk på omfanget av psykomotoriske artikler og litteratur. Et søk i Pubmed ga 21 treff, men ingen framsto som direkte relevante for støttende behandling. Dette var studier som eksempelvis så på effekten av psykomotorisk fysioterapi (Bergland, Olsen & Ekerholt, 2018), hvordan kroppsliggjort kunnskap kan være viktig i klinisk praksis (Ekerholt & Bergland, 2018) og psykomotorisk fysioterapis effekt sammenlignet med kognitiv terapi (Dragesund & Kvåle, 2016). Søk i NORA og ORIA ga flere treff, men det var kun to treff som var relevante. Dette var to masteroppgaver: “*Hvordan forstår og begrunner fysioterapeuter støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi?*” (Renander, 2013), Universitet i Tromsø, og “*Støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi - behov for en avklaring?*” (Kise, 2016), UiT Norges arktiske universitet. I ORIA ble, i tillegg til nevnte masteroppgaver, et treff med kasuistikkrapporten “Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling – En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi” (2005) av Eline

Thornquist ansett som relevant. Andre artikler omhandlet spesifikke medisinske diagnoser, og var ikke direkte relatert til fysioterapi. Søket i Svemed+ ga 610 treff på physiotherapy og mental health, og 45 treff på psychomotor physiotherapy, men disse var i stor grad overlappende med tidligere treff (tabell 1).

Ved søk etter vitenskapelig artikler i fagbladet "*Fysioterapeuten*" viste det seg at søkemotoren er koblet opp mot Google, noe som gir etter uoverkommelig antall treff, og dette ble forkastet for videre utforskning. Til slutt kan det nevnes at fagbladet "*Psykomotorisk fysioterapi*" i oktober 2019 publiserte en oversikt over doktor-, hovedfags- og masteroppgaver fra 2004 til 2019, men ingen andre enn de allerede nevnte oppgavene omhandler temaet. Det kan ha tilkommet nye publikasjoner i ettertid.

Psykomotorisk fysioterapi er norsk metode, og internasjonalt benyttes gjerne "physiotherapy" og "mental health" for fysioterapi i psykisk helsearbeid. I tillegg til nevnte søk ble nettsidene "Fagforum for psykiatri og psykosomatik" tilhørende Danmarks fysioterapeutforbund, og "Sektion for psykiatri og psykosomatik" tilhørende Sveriges fysioterapeutforbund undersøkt for linker til forskning uten at det ga gode resultater for tema. Det samme gjaldt nettsidene "European Association for Body-Psychotherapy" og "The International Council of Physiotherapy in Psychiatry and Mental Health".

## Søkehistorikk

Søk	Query/ forespørsel	Resultat				
		PubMed	Helse- biblioteket	NORA	ORIA	Svemed+
1	<b>Psykomotorisk+fysioterapi</b>	-	463	36	86	-
2	<b>Psychomotor+physiotherapy</b>	21	1	9	186	45
3	<b>(physiotherapy[MeSH Terms]) AND (mental health[MeSH Terms])</b>	500	0	1	28206	610
4	<b>(psychomotor+physiotherapy[MeSH Terms]) AND (supportive intervention[MeSH Terms])</b>	0	-	2	1	0
5	<b>(psychomotor+physiotherapy[MeSH Terms]) AND (supportive+intervention[MeSH Terms])</b>	0	-	-	5	0
6	<b>(psychomotor+physiotherapy[MeSH Terms]) AND (supportive+care[MeSH Terms])</b>	0	-	-	0	0
	<b>(supportive treatment[MeSH Terms]) AND (Physiotherapy[MeSH Terms])</b>	0	-	-	-	-
7	<b>Psykomotorisk + fysioterapi støttende + behandling</b>	-	0	-	8	0

Tabell 1 viser søkehistorikk i databaser.

### 1.3.2 Støttende behandling i litteraturen

Støttende behandling er lite studert og avklart i eksplisitte studier. To tidligere masteroppgaver uttrykker at opphavet til begrepet støttende behandling er vanskelig å finne (Renander, 2013,



s., Kise, 2016, s. 9). Tar man et dypere dykk i litteraturen ser man likevel at behandlingstilnærmingen, eller forsøket på det, er kommunisert flere steder.

Som det går fram av Bülow-Hansens nedtegninger fra 1968 kan en for inngripende behandling framkalle angstreaksjoner hos pasienten. Dette gir en muskulær forsvarsreaksjon som blokkerer avspenningsimpulser. Behandlingen må da doseres forsiktigere. Bülow-Hansen skriver at uro, skjelving og gråt i kraftig omfang skal unngås. Hvis dette skjer skal det gis øvelser som hemmer pust og induserer muskelspenninger (Bunkan et al., 1978, s. 108-110). Dette kan sees på som det vi i dag kaller støttende behandling. Som pionér innen utøvelse av psykomotorisk fysioterapi var Berit Heir Bunkan aktuell å undersøke. Støttende behandling er omtalt hos Bunkan, hvor det står at det periodevis kan være behov for å gi støttende behandling. Dette gis til pasienter med belastede kroppsressurser, hvor inngripende behandling kan utløse u håndterlige affektutbrudd (Bunkan, 2008, s. 231-3). Ved betydelige kroppsfunn legges det mest vekt på en støttende intervensjon hvor man jobber med kroppsstabilitet og kropps kontroll, mens avspenningsmomentet tones ned. På et senere tidspunkt, ved moderate kroppsfunn, vektlegges fleksibilitet, kroppsopplevelse, avspenning, omstilling av respirasjonen, og økt kontakt med følelser (Bunkan, 2001, s. 2845-8). I *“Festskrift til Aadel Bülow-Hansen”* fra 1982 kan man lese om psykomotorisk behandling i psykiatrien, og dette samsvarer noe med det vi i dag kaller støttende behandling (Engh & Radøy, 1982). Ekerholt & Falck berører tema innskuddsvis sin pasientkasus fra 1995 (Ekerholt & Falck, 1995). Gretland redegjør i boken *“Den relasjonelle kroppen – fysioterapi i psykisk helsearbeid”* fra 2007 for to pasientkasus som har nytte av støttende behandling (Gretland, 2007, s.116-145).

### 1.3.3 Masteroppgaver med samme tema

I de nevnte masteroppgavene med samme tema er det brukt kvalitativ metode ut ifra et fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapssyn. Renander har benyttet kroppskjema og kroppsbilde i en fenomenologisk tilnærming for å se på hvordan psykomotoriske fysioterapeuter forstår og begrunner støttende behandling. Studiens funn synliggjør at tiltakene i støttende behandling kan til dels skilles med kroppskjema og kroppsbilde tenkemåte. Denne tenkemåten kan settes i forbindelse med den tilvante kropp og den aktuelle kropp i Merleau-Pontys fenomenologi (Renander, 2013). Kise (2016) har undersøkt psykomotoriske fysioterapeuters tanker og erfaringer om støttende behandling, og presenterer funn som viser uenigheter om hvor skille mellom støttende og inngripende behandling går, om det i det hele tatt er et skille. Datainnsamling i begge oppgavene er gjort gjennom semistrukturerte intervjuer, henholdsvis betegnet som semistrukturert livsverden-intervju og semistrukturert dybdeintervju

av tre psykomotoriske fysioterapeuter hver. Det empiriske materialet ble bearbeidet gjennom temasentrert analyse (Renander, 2013, Kise, 2016).

#### 1.4 Problemstilling

I psykomotorisk utdanning og i det faglige miljøet snakkes det ofte om støttende (stabiliserende) og omstillende (inngripende) metode eller tilnærming som to ulike framgangsmåter. Basert på anamnese og kroppsundersøkelse tar terapeuten et mer eller mindre bevisst valg om å nyttiggjøre seg en av metodene eller tilnærmingene. Etter videreutdanning, veiledningsgrupper og en forsiktig tilnærming til eksisterende litteratur var det for meg uklarerheter rundt støttende behandling. Andre har tidligere belyst temaet, men dette er i begrenset omfang - noe som forsvarer oppgavens relevans og nytteverdi. Mitt inntrykk er at mange av prinsippene og tiltakene benyttes også i omstillende behandling, men tillegger vi tiltakene da en annen hensikt? Et annet spørsmål er om det skjer endringer i støttende behandling? Unngår støttende behandling konfrontasjon av det emosjonelle forsvaret – vil man vil støtte og stabilisere i det som er i stedet for å slippe aktivering og invitere følelsene? Er det et dynamisk skille mellom støttende og omstillende behandling mer enn støttende behandling som et stillestående begrep? Dette var spørsmål jeg funderte på, og som ledet meg til tema. Disse forsøker jeg å berøre på nytt i drøftingen, da med grunnlag i datamaterialet og teori. Jeg anså behovet for ytterligere undersøkelser for å øke kunnskap om tilnærmingen, og dette førte frem til problemstillingen:

*“Hvordan beskriver og erfarer psykomotoriske fysioterapeuter støttende behandling?”*

Herunder følgende forskningsspørsmål:

*“Hva ligger til grunn i vurderingen når støttende tiltak velges?”*

*“Hvilke fellestrekk finner vi i utøvelse av støttende behandling blant psykomotoriske fysioterapeuter?”*

*“Hva gjør behandling støttende sammenlignet med omstillende?”*

*“Hvordan kan Antonovskys teori om salutogenese bidra til å forstå sentrale elementer i støttende behandling?”*

#### 1.5 Teoretisk perspektiv: Salutogenese og opplevelse av sammenheng

Salutogenese (Antonovsky, 2012) er en teori om fysisk og psykisk helse med fokus på hva som fremmer god helse og gir mennesker økt mestring og velvære. Salutogenese ble utviklet som en motsats til patologien som vektlegger årsaker til sykdom. Det etymologiske opphavet er av latin: *saluto*; ‘helse’, og *genese*; ‘opprinnelse, tilblivelse’. I forbindelse

med salutogenesen innebærer dette et mål om at mennesker kan få bedre helse ved å utvikle kunnskapen om å ta styring over de faktorer som er helsefremmende (Antonovsky, 2012, s. 25).

Innen den salutogene forståelsen har helse med holdningen til livet å gjøre: holdninger til å takle stress og uventede forhold. Sosiologen Aaron Antonovsky (1923-1994) kalte denne holdningen for «sense of coherence» (SOC) (Antonovsky, 2012, s.38). På norsk brukes “opplevelse av sammenheng” (OAS). I boken “Helsens mysterium” (Antonovsky, 2012) stilles spørsmål om hva som fremmer helse, og hvilke faktorer som opprettholder helse og velvære. Samtidig hvilke belastninger, det han kaller stressfaktorer, som skaper uhelse. En stressfaktor beskrives som en tilstand som er anspent, men som man må lære seg å håndtere (Antonovsky, 2012 s. 50). OAS kan forstås som en opplevelse av sammenheng, eller forståelse av situasjonen det enkelte menneske skal håndtere, ut ifra tre dimensjoner i et gjensidig samspill; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Med begripelighet menes at stimuli man mottar oppfattes som forståelig og sammenhengende, og ikke stressende og kaotisk. Dette påvirker om vi tror situasjonen lar seg forklare, er logisk og forutsigbar. Håndterbarhet beskrives som en følelse av å ha tilstrekkelige ressurser til å takle motstand. Dette påvirker om vi tror situasjonen er påvirkbar. Meningsfullhet, handler om å føle seg inkludert, og at behandlingsrelaterte tiltak gir mening. Dette påvirker om vi tror situasjonen byr på overkommelige utfordringer. Dette blir da tre grunnleggende faktorer for oppnåelse av OAS.

Antonovsky hevder denne teorien kan styrke egenomsorgen. Å ha en sterk OAS er ifølge denne teorien å være motivert for å håndtere stressende situasjoner, ha tro på at man forstår situasjonen og har egnede ressurser tilgjengelig. Salutogenese kan vise vei til bedre helse både på samfunns- og individnivå. Teorien har fokus på fire områder for helsemessig bedring; indre følelser, sosiale relasjoner, å være psykisk stabil og å involvere seg i givende aktiviteter.

Med bakgrunn i formuleringen: «Enhver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning» definerte Antonovsky noen hovedområder for mestringsressurser for å takle de utfordringene som kommer med stressfaktorer (Antonovsky, 2012). Personer som har tilgang til, og evner å bruke mestringsressursene i seg selv og i sine omgivelser, vil mestre spenning og få erfaringer som stimulerer til videre utvikling av OAS. De ni mestringsressursene er kultur, sosial støtte, religion og verdier, fysiske og biokjemiske ressurser, materielle verdier, kontinuitet, oversikt og kontroll, mestringsstrategier, kunnskap og intelligens, og egoidentitet. Kvaliteten på sosial støtte og egoidentitet sees på som spesielt viktige mestringsressurser i denne teorien.

Det saluogenetiske perspektivet kan man finne i tidligere helseforskning på flere områder. Innenfor psykisk helsearbeid kan vi se at Langeland (2009) fant sin studie blant annet at sosial støtte og relasjoner med mulighet for å gi omsorg identifiseres som en predikator for positiv forandring av OAS. Det konkluderes med at det er viktig å inkludere en salutogen tilnærming med fokus på å styrke salutogen tenkning og OAS i behandling av psykiske helseproblemer. Holm, Steindal, Foss & Dihle (2018) fant i sin empiriske studie av fenomenet håp i recoveryprosesser innen psykisk helsearbeid at dette kan knyttes til den salutogenetiske modellen av Antonovsky. Blant psykomotoriske prosjekter finner vi salutogenesen som teoretisk referansepunkt blant andre hos Opaas (2012) som ser på psykomotorisk fysioterapi og tenåringer i lys av Antonovskys OAS. Det samme gjør Vestli (2019) i sin studie om ungdommers erfaringer med psykomotorisk fysioterapi i gruppe, Eskeland (2019) i sitt prosjekt om samtalens betydning i psykomotorisk fysioterapi, og Andersen (2015) i sin undersøkelse om psykomotoriske fysioterapeuters tilnærming til langvarige muskel-/skjelettplager. Det er ikke knyttet støttende behandling til dette perspektivet.

## 1.6 Begrepsavklaringer

For å lette forståelsen av resultatene vil det i det følgende avklares begrep og uttrykk som informantene i denne studien kommer innpå.

### 1.6.1 Traumer og reaksjoner

Å bli utsatt for noe traumatiserende innebærer tre forhold. Det første er opplevelsen av at noe ukjent og forferdelig farlig som ikke skulle ha skjedd skjer. Dette gir en overveldende angst, og tap av trygghetsfølelse. Det andre er opplevelsen av total maktesløshet og hjelpeløshet mot altfor sterke krefter. Det tredje er en subjektiv følelse av absolutt ensomhet, både i virkeligheten og den indre verden (Varvin, 2016, s.411). Ved opplevelsen av et traume vil kroppen reagere umiddelbart, sterkt og for det meste hensiktsmessig for å beskytte individet mot den truende situasjonen. Handlingen settes i gang av det autonome nervesystemet, og utløses av amygdala i det limbiske system i hjernen. Hele det sensomotoriske systemet aktiveres for å gjøre individet i stand til å flykte eller kjempe. Reaksjonene lagres i kroppens ferdighetsminne. Denne implisitte hukommelsen gjør kroppen i stand til å reagere på lignende situasjoner i framtiden. Keskinen-Rosenqvist, 2012, s.346). Voldsomme traumer kan forstyrre våre kognitive funksjoner som logisk tenkning, planlegging og forståelse av sammenheng. Forstyrrelsen skjer i hukommelsessenteret hippocampus, som oversetter signaler fra det autonome nervesystemet til logisk tenkning. Hvis individet ikke har erfaring med en sårn type opplevelse som et traume

er, forekommer det ingen analyse eller tolkning av situasjonen, og de fysiske reaksjonene vil da skje uten en bevisst kognitiv regulering. Ved situasjoner med lignende trekk fra traume, for eksempel et lignende sted, en lyd eller berøring i en ufarlig kontekst vil da kunne fremkalle de samme fysiske reaksjonene. Kroppen reagerer raskere enn tanker og følelser. Reaksjonene kan være muskelspenninger, smerter, hjerteklapp, uhensiktsmessig bevegelsesmønster, balanse og koordinasjon, en trang til å beskytte seg og følelse av hjelpeløshet, og disse beskrives som pasientens symptomer (Keskinen-Rosenqvist, 2012, s. 348-9).

#### 1.6.2 Kroppsbilde:

“Kroppsbildet omfatter de bevisste og ubevisste integrerte sensasjoner, persepsjoner, begreper, affekter, minner og bilder av kroppen fra overflate til dybde (...)” (Bunkan, 2008, s.50). Kroppsbildet (Bunkan, 2008, s.50-57) kan forstås på tre nivåer: indre speilbilde av egen kropp, indre modell av egen kropp som helhet og deler, og kroppen som psykologisk erfaring. Vi har mange kroppsbilder, og individer er interessert i seg selv på tre områder; utseende, fysisk funksjon og seksualitet. Kroppsbildet er knyttet til høyre hjernehalvdel, og den kognitive virksomheten omhandler hva vi sier til oss selv om oss selv, og dette styrer vår fungering i livet. Forstyrrelser i kroppsbildet er relatert til kroppsgrenser, fremmedgjøring av kroppen, urealistiske kroppsopplevelser og lateralitetsforstyrrelser. Freud mente kroppsbildet, uttalt som “kroppsego”, var kjernen i “jeg-et”, sammen med kognitive prosesser av høyere orden, normer, samvittighet, fornuft og mestring. Et velutviklet kroppsbilde var derfor vesentlig (Sletvold, 2013, s.1019). Kroppsbildet som begrep ble innført av Schilder i 1978 til hjelp i personlighetspsykologi (Bunkan, 2008, s.50). Han mente kroppsbilde var ubevisst for oss, men er den referanserammen vi forstår verden ut ifra. Den opplevde kroppen er en forutsetning for god fungering. Begrepet kroppsbilde er reflektert over og presentert hos flere opp gjennom historien. Bunkan (2008, s.52) refererer til Werner (1957), som brukte “kroppsperspektiv” om det sansbare bildet vi har om kroppen, og til Piaget (1952) brukte “kroppsskjema” om en indre organisering brukt til læring. Fischer og Cleveland (1958) benyttet “body image” (Masling, 1999). Witkin (1965, referert i Bunkan, 2008, s.52) skrev om systematiske inntrykk en person har av sin kropp.

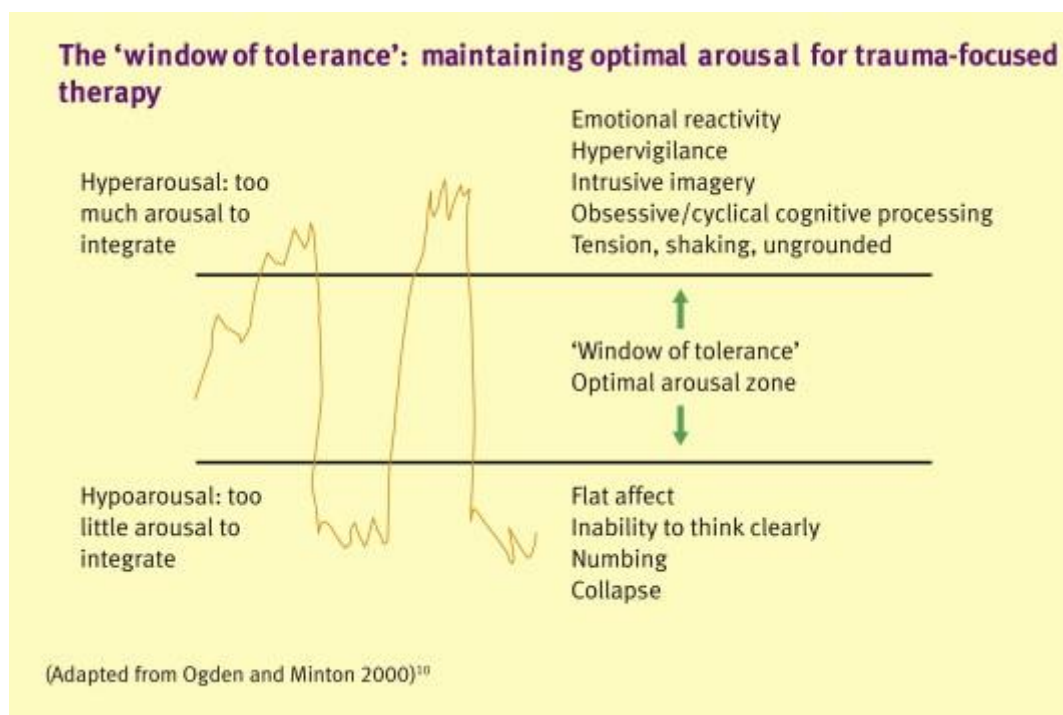
Bunkan skriver at det er gjort betydelig forskning på kroppsbilde, eksempelvis at barn kan synes de er overvektig selv om de ikke er det, eller at urealistiske kroppsprøfer opptrer hos anorexia-pasienter. Videre er det sett sammenheng mellom kroppsbilde og selvstendighet, vurderingsevne, problemløsning, forsvarsmekanismer og intellektuell funksjon. I området for kroppsgrenser og psykosomatikk har Fischer og Cleveland (1968) gjort studier som viser at det

var tydelige forskjeller i hvordan mennesker med psykosomatiske lidelser opplevde kroppsgrensene sine på; for eksempel opplevde pasienter med magesår kroppsgrensene sine som vage og lite beskyttende.

Kroppsbildet står sentralt i fysioterapi og psykoterapi. En forutsetning for et godt kroppsbilde er god kroppskontakt. Kroppskontakt er noe individet har direkte tilgang til. Dette kan trenes opp og gi mer subtile kroppsopplevelser.

### 1.6.3 Toleransevinduet

Begrepet toleransevindu kommer opprinnelig fra tilknytningspsykologien, men brukes i dag i kontekst med traumer og ettervirkninger. Dette er en modell for å beskrive emosjonelle tilstander og fungering. Å være innenfor sitt toleransevindu innebærer at man fungerer normalt emosjonelt. I denne tilstanden kan man ta til seg og respondere på informasjon på en adekvat måte. Med et smalt toleransevindu svinger man raskt mellom over- og underaktivering; mellom utagering, uro og aggresjon i en retning, og nedstemthet, nummenhet og dissosiasjon i en annen retning (Heradstveit, 2018).



Figur: Ogden & Minton, 2000

#### 1.6.4 Emosjonell beredskap og forsvar

Biguet et al. (2012, s.150) påstår at den tette forbindelsen mellom muskelspenninger, pust og følelser er noe de fleste er enige om eksisterer. Affekter, den primitive, biologiske komponenten av en følelse vil sette i gang et koordinert fysiologisk reaksjonsmønster hos individet. Affekten er i så måte en somatisk respons på intensiteten i stimuleringen i individets nervesystem (Nathanson, D. 1992 i Biguet et al, 2012, s. 144). Forståelsen av at følelser, muskelspenninger og pust har et gjensidig påvirkningsforhold står sentralt i psykomotorisk fysioterapi. Muskelspenningene uttrykker, regulerer og fortrenger affekter. I praksis kan ser man ulike eksempler på dette; personen som har “tatt seg sammen” og vært selvoppofrende i mange år står høyreist og rakrygget. Personen med bekymringer og angst som holder magen og knyter nevene. Den redde personen som luter seg sammen og lukker brystet. Den stressede personen med altfor mye å gjøre som biter kjeven sammen og heiser skuldrene. Psykomotoriske fysioterapeuter kaller ofte dette for emosjonell beredskap eller emosjonelt forsvar. Dette er en ”på-vakt-situasjon” som er innebygd i alle mennesker, og representerer en mulighet for fornemmelse av farer eller hendelser som det er viktig å respondere på. Vi må kunne balansere beredskapen med å gå ut og inn av beredskapsmodus. Omgivelser, kroppsførståelse, hva som er tillært i barndom og levekår påvirker beredskapen (Lilleaas & Ellingsen, 2003, s. 106).

## 2 Metode

I dette kapittelet redegjøres det for vitenskapelig forståelsesramme og metodiske valg som er gjort i prosjektet.

### 2.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Dette prosjektet er forankret i en fenomenologisk-hermeneutisk forståelsesramme. Hermeneutisk forståelsestradisjon har røtter tilbake til gresk filosofi og handler om tolkning av meninger i menneskelige uttrykk som utgangspunkt for forståelse. I tolkning av tekst legger hermeneutikken vekt på forholdet mellom deler og helhet, sammen med kontekst og selvrefleksjon, også kalt den hermeneutiske sirkel (Malterud, 2017, s.28). Hermeneutikkens objekter er først og fremst tekster, og intervjuetekstene og litteraturen betraktes som et selvstendig produkt løsrevet i fra informanter og forfatterne (Thornquist, 2003, s.175). Fenomenologi er en filosofisk og sosiologisk retning som kjennetegnes av en opptatthet av hvordan fenomener og situasjoner oppleves (Tjora, 2016, s.258). Feltet fenomenologi, som ble utformet på 1800-tallet, ønsker å beskrive menneskers bevissthet og subjektive erfaringer, og menneskers forståelse av egne opplevelser (Malterud 2017, s.28). Lopez & Willis (2004) uttrykker at det er de to hovedretningene beskrivende fenomenologi og fortolkende fenomenologi som mest tydelig innen helseforskning (Lopez & Willis, 2004, s.727-30). Det kan oppfattes ut ifra deres redegjørelse at fortolkende fenomenologi kan forstås som så nært beslektet med hermeneutikk at grensene blir uklare, og får dermed en ny benevnelse hermeneutisk fenomenologi. Hermeneutisk fenomenologi søker å gå utover den deskriptive fenomenologiens jakt på universelle essenser og strukturer, og leter etter meningsinnholdet i subjektets fortelling. Gjennom fortolkninger av fortellerens historie forsøker forskeren å skape underliggende mening. Interessant blir det derfor å undersøke hva mennesker opplever, ikke bare hva de vet om noe. Med en forståelse av at ingen subjekter er helt løsrevet fra verden, er tolkning av menneskers fortellinger sett i lys av relasjonen til deres kontekst. Videre sees forkunnskap og ekspertise på som en verdifull inngang til fortolkning, være seg litteratursøk, fagkunnskap eller personlig klinisk erfaring som i dette prosjektet. Et teoretisk rammeverk kan rette forskningen dit det behøves, gi ideer om forskningsspørsmål som bør besvares og hvordan metoden bør utformes. Forskingen gir i så måte funn som er generert både av informant og av forsker. Da denne intersubjektiviteten kan gi rom for flere tolkninger, er det viktig at funnene lander logisk og meningsfullt i det teoretiske rammeverket og kan sees betydningsfullt for praksis, utdanning og videre forskning innen helsefaget.



Hensikten med dette prosjektets problemstilling er å undersøke hvordan psykomotoriske fysioterapeuter både beskriver og erfarer støttende behandling i sin kliniske hverdag. Dette prosjektet kan betraktes med innslag av både deskriptiv og hermeneutisk fenomenologi. Jeg ønsket å høre deres fyldige, erfaringsnære og kontekstualiserte beskrivelser, men også gjøre tolkninger av informantenes erfaringer for å oppnå en økt forståelse for behandlingen. Dette er gjort gjennom naiv lesning, deretter en systematisk og analyserende lesning, for så å avslutningsvis lese teksten med ny innsikt. Med det fortolkende paradigmet i mente har dette prosjektet en induktiv tilnærming, noe som vil si at slutningene trekkes fra det enkeltstående til det til allmenne (Malterud, 2017, s.27).

## 2.2 Metodisk design

Prosjektet er plassert i kvalitativ forskningstradisjon. Kvalitativ forskning er forskningsstrategier som egner seg til å beskrive, analysere og fortolke karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter ved fenomenene vi ønsker å undersøke (Malterud, 2017, s.30).

### 2.2.1 Utvalg og rekruttering

Informantene, i alt fem stykker, ble inkludert gjennom et strategisk utvalg, hvor disse måtte oppfylle særskilte kriterier. Inklusjonskriterier for deltakelse var fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi og spesialister i psykomotorisk fysioterapi som jobber i klinisk praksis. Det ble tatt utgangspunkt i Norsk fysioterapeutforbunds oversikt over psykomotoriske fysioterapeuter i Norge. Overgangen til bekvemmelighetsutvalg (Langdridge, 2017, s.49) eller tilgjengelighetsutvalg (Malterud, 2017, s.59) ble glidende da jeg selv måtte foreta et utvalg basert på tilgjengelige e-postadresser og antall e-poster jeg skulle sende i hver søkerunde. Listen ble gjennomgått alfabetisk, både kvinnelige og mannlige fysioterapeuter ble kontaktet. Det var ønskelig å få informanter fra både primærhelsetjeneste og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, og fra hele landet, selv om dette ikke var kriterier.

Med utgangspunkt i nettsiden til norsk fysioterapeutforbund (2020) under fanen «Finn fysioterapeut» ble det plukket ut 15 aktuelle informanter som fikk informasjon om prosjektet og samtykkeerklæring på e-post. Ved fire forespørsler kom det feil ved sending, og dette gjaldt tre i spesialisthelsetjenesten. Det var to stykker som meldte seg interesserte. Ved andre søkerunde gjentok jeg prosessen og sendte til 10 stykker, og igjen var det to som meldte seg. I en tredje søkerunde ble det sendt ut fem mail, og én responderte. Rekrutteringen pågikk fram til jeg mente jeg hadde nok informanter til å besvare forskningsspørsmålet med en grundig analyse. Utvalget utgjorde dermed fem informanter.

### 2.2.2 Informasjonsbrev og informert samtykke

Informantene fikk på forhånd tilsendt et informasjonsbrev som inneholdt beskrivelse av prosjektets formål, informasjon om personvern og oppbevaring av sensitive opplysninger, hvem som er ansvarlige for studien og hvilke rettigheter informantene har (vedlegg III). Samtykke til deltakelse i studien ble lest inn til diktafon. Informantenes navn og kontaktinformasjon er de eneste personopplysningene framskaffet. Sensitive opplysninger ble betraktet som eventuelle kasuistikker informantene kunne komme til å referere til i intervjuet. Alle informantene anonymiserte pasientreferansene, og datamaterialet inneholder derfor ingen sensitive opplysninger.

### 2.2.3 Presentasjon av informantene

Alle informanter har enten videreutdanning, er spesialister eller har tidligere hatt formell spesialistkompetanse i psykomotorisk fysioterapi. Informantene representerer klinisk erfaring fra psykisk arbeid; distriktpspsykiatrisk senter og sykehus, kommunal og privat praksis. Flere har praksis fra både primær- og spesialisthelsetjeneste. To informanter har under 10 års erfaring som psykomotorisk fysioterapeut, mens tre informanter har mer enn 10 år. Alle informantene er kvinner. Både byer og tettsted er representerte i utvalget.

### 2.2.4 Datainnsamling

Datainnsamling skjedde ved individuelle intervju på inntil 60 minutter med en på forhånd tilsendt intervjuguide (vedlegg IV). Intervjuene ble gjort over telefon på grunn av den pågående pandemisituasjonen i Norge, noe som vanskeliggjorde fysiske møter med informantene. Lydopptakene skjedde med bruk av applikasjonen Nettskjema (Universitet i Oslo, 2020), og ble umiddelbart etter opptaket lagret i denne databasen. Alle informantene ble intervjuet i perioden april-juni 2020.

### 2.2.5 Intervjustrategi

Jeg valgte å gjøre et semistrukturert intervju (Langdridge, 2017, s.56) med et organisert sett med spørsmål, men som ga rom for at deltakerne kunne snakke om det de var opptatt av. Denne intervjuformen fordret at jeg gjorde informanten til hovedpersonen og stilte meg selv som intervjuer i bakgrunnen. Formålet med intervjuguiden var å stille spørsmålene i en rekkefølge som ga mening i klinisk sammenheng, og unngå smale spørsmål som ikke ga rom for refleksjoner og erfaringer. Samtidig anså jeg tematikken som konkret, og jeg ønsket at informantene skulle levere relevant informasjon. Å balansere dette med å ikke legge for mange

føringer ble noe utfordrende. Spørsmålene kunne vært aktuelt i et intervju om omstillende behandling, derfor tenkte jeg det kunne være interessant å se hvordan informantene ville forholde seg til disse spørsmålene når det gjaldt støttende behandling. Jeg anså intervjuguiden til å reflektere den deskriptive ordlyden i problemstillingen og samtidig gi meg et fortolkende handlingsrom.

## 2.3 Tilvirkning av empirisk materiale og analyse

### 2.3.1 Transkripsjon:

Intervjuene ble transkribert av meg i programvaren Nvivo kort tid etter opptaket ble gjort. I henhold til Malterud (2017, s.77) skal innsamlet datamateriale organiseres og gjøres tilgjengelig for analyse. Transkripsjonen skal mest mulig lojalt ivareta det opprinnelige materialet med tanke på informantenes formidlinger og min egen oppfattelse av disse. Transkriberingen var en måte for meg å gjenoppleve samtalen på, og bli kjent innholdet med konsentrert fokus. Det ga meg muligheten til å registrere engasjement og skråsikkerhet, men også nøling og uklarheter hos informantene. Intervjuene ble transkribert ord for ord for å ivareta meningsinnholdet på en pålitelig måte. I fenomenologisk tradisjon ble både verbal og nonverbal kommunikasjon som latter, nøling, stillhet og stemmeleie notert. Transkripsjon av intervjuene utgjorde til sammen 60 sider.

### 2.3.2 Datareduksjon

For å gjøre materialet mer tilgjengelig for analyse ble det etter transkribering gjort en redigering av teksten til slightly modified verbatim mode (Malterud, 2017, s.78) for å fjerne fyllord og dialektiske særpreg. I samme prosess ble det utført en type meningsfortetting av transkripsjonene. Meningsfortetting medfører en redigering av informantens uttalelser til kortere formuleringer i et forsøk på å fremme den umiddelbare meningen med få ord (Kvale et al., 2015 s.232). En slik reduksjon av informasjon kan bety at noe av dynamikken mellom intervjuer og informant blir borte. Viktig å huske på i denne sammenhengen er at bevegelsen bort fra de virkelige rådata, som her det faktiske telefonintervjuet, blir tydeligere jo mer teksten bearbeides. Mening kan forvrenges eller gå tapt i prosessen med å gjøre materialet håndterbart gjennom transkripsjon og reduksjon (Malterud, 2017, s.77). Materialet ble på denne måten redigert og nedskrevet på nytt for å gjøre muntlig tale i tekst om til skrevet ord. En redigert og meningsfortettet transkripsjon endte med 45 sider. Dette kan illustreres med tekst fra den originale transkripsjonen som samtidig understreker oppgavens relevans:

*“Det er litt sånn... hvis jeg tenker begrepet støttende behandling da, så blir det begrepet for meg litt sånn stillestående, og jeg liker mer en dynamikk, er det mulighet for endring på noen måte? Ja det blir litt sånn at vi kunne ha diskutert hva som ligger i støttende behandling da, det blir litt sånn udefinert begrep da, kanskje, som du har vært inne på.”*

Dette ble meningsfortettet til:

*“Begrepet støttende behandling blir for meg stillestående, og jeg liker mer dynamikk. Er det mulighet for endring på noen måte? Vi kunne ha diskutert hva som ligger i støttende behandling da det er et udefinert begrep.”*

### 2.3.3 Analyse og fortolkning

I tråd med det fenomenologiske perspektivet ble datamaterialet analysert og fortolket for å forstå meningen bak informantenes bidrag. En systematisk analyse er en målrettet reise fra problemstilling til resultater, og det som skiller forskning fra overfladisk synsing (Malterud, 2017, s.91-97). Jeg valgte en analysemetode som på en forsvarlig måte kunne hjelpe meg å se relevante mønstre, belyse problemstillingen, og inneha en intersubjektivitet som gjør at andre kan forstå prosessen. Metoden valgt i dette prosjektet er systematisk tekstkondensering (Systematic Text Condensation, STC), en pragmatisk metode for tverrgående analyse av kvalitative data som kan benyttes i ulike filosofiske og teoretiske forankringer. Analysemetoden er inspirert av den fenomenologisk forankrede psykologen Amadeo Giorgi, og modifisert av forsker og lege Kirsti Malterud. Metoden kan brukes til å utvikle nye beskrivelser og begreper, og den anbefales som veiviser for uerfarne forskere (Malterud, 2017, s. 97).

### 2.3.4 Analyseprosessen

Malterud (2017, s.98) presenterer en beskrivelse av analyseprosedyren i fire trinn. De fire trinnene utgjør hovedstrukturen i analysemetoden systematisk tekstkondensering.

#### 1. Helhetsinntrykk – fra villniss til foreløpige temaer

I første trinn ble det meningsfortattede materialet lest gjennom med et helhetsblikk. Forforståelse og teoretisk referanseramme ble, fra fenomenologisk perspektiv, forsøkt lagt til side, mens problemstillingen var ledesnoren. Hensikten var å finne tema som på en eller annen måte representerte problemstillingen. Ønsket var å finne kunnskap, erfaringer og virksomme elementer som kan si noe hva støttende behandling er. Antall foreløpig tema ble ni: Traumehistorie, Kroppsbilde, Kroppskontakt, Individualisering med tanke på tiltak, Trygghet,

Relasjon, Mestring, Toleransevinduet og Endring (vedlegg V). Med våkenhet for nye mønstre ble det forsøkt å finne temaer som representerte en videreutvikling i fra temaene i intervjuguiden. På slutten av intervjuguiden fantes et konkret spørsmål om mål og endring, men dette ble likevel valgt som tema i trinn 1 da flere av informantene berørte temaet uoppfordret på starten av intervjuet.

## 2. Meningsbærende enheter - fra temaer til koder

I andre analysetrinn ble materialet organisert på en måte som skilte relevant materiale fra resten. Dette ble gjort gjennom å trekke meningsbærende enheter som kan belyse problemstillingen ut fra teksten (Malterud, 2017, s.100). Temaene fra første trinn fikk navnet kodegrupper. Den meningsfortettede teksten ble så lest linje for linje, og relevant tekst som sa noe om kodegruppene fra første fase ble markert i farger. Denne prosessen kalles koding. I prosedyren Malterud beskriver, anses ikke hele teksten som meningsbærende enheter. Tekst som ikke ble ansett som meningsbærende ble valgt bort. Kodearbeidet skulle identifisere og sortere alle meningsbærende enheter i teksten som har sammenheng med de foreløpige temaene i trinn 1. Med kodegruppene som veivisere ble tekstbitene etter sitt innhold merket med en kode. Alle tekstbitene som hadde noe felles ble samlet under samme kode. Målet var å framskaffe beskrivelser av støttende behandling organisert i kodegrupper som på en eller annen måte hadde noe til felles. Malterud (2017) fremhever at forskeren må ha en fleksibel holdning i dette arbeidet og det bør være rom for å justere både temaer og koder. I denne fasen ble det overveid hvorvidt kodene representerte fenomener av samme klasse. Ved en revurdering synes noen av kodegruppene omhandle samme fenomen, og derfor slått sammen til mer avgrensede koder. Kroppskontakt ble inkludert i Kroppsbilde, Trygghet inkludert i det mer overordnede Relasjon, og Mestring ble inkludert i Toleransevinduet. Traumehistorie ble subgruppert under en ny kodegruppe Anamnese (vedlegg V). Kodingsarbeidet bød på flere utfordringer enn først antatt. Noen meningsbærende enheter kunne kodes under flere kodegrupper da teksten berørte flere fenomener, og en stadig revurdering av om kodegruppene var presise nok ble viktig. Det ble besluttet å kode teksten i den mest nærliggende kodegruppen.

## 3. Kondensering – fra kode til mening.

I analysens tredje trinn (Malterud, 2017, s.105) ble de meningsbærende enhetene sortert i grupper etter koder (navn på kodegruppene). Materialet var nå et dekontekstualisert utvalg av sorterte og meningsbærende enheter som kunne si noe om støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi. Innenfor den enkelte kodegruppe så jeg ulike nyanser som beskrev forskjellige

meningsaspekter, og sorterte derfor materialet innenfor den enkelte kodegruppe i subgrupper. Malterud (2017) hevder at hvilke subgrupper man velger, er preget av det perspektivet man leser materialet fra, og at det må være rom for flere tilnærminger og tolkninger.

Deretter var det subgruppen som utgjorde analyseenheten. Jeg kondenserte innholdet i hver subgruppe ved å utvikle et kunstig sitat, kalt kondensat. Kondensatet forsøkte å sammenfatte og gjenfortelle det konkrete innholdet i subgruppene med informantenes egne ord og begreper. Teksten var nå abstrahert ut fra den originale teksten. Videre fant jeg et gullsitat fra råteksten som best mulig illustrerte kondensatet. Hver kodegruppe ble systematisk gjennomgått på denne måten. Analysetrinn tre ble nedskrevet i et eget arbeidsdokument og gjennomgått flere ganger for å sikre at alle meningsaspekter kom med i kondensatene. Prosessen er illustrert med tabell i vedlegg V.

#### 4. Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

I fjerde fase beskriver Malterud (2017, s.108) en prosess hvor forskeren sammenfatter tekstbitene igjen. Denne sammenfatningen skal formidles på en lojal måte i forhold til informantenes stemme, og gi grunnlag for nye beskrivelser og begreper som kan deles med andre. I tråd med Malterud (2017) hentet jeg kunnskap fra hver enkelt kode og subgruppe og sammenfattet dette ved å lage en innholdsbeskrivelse, også kalt analytisk tekst, for hver kodegruppe. Innholdsbeskrivelsen skal fortelle leseren hva materialet sier om en bestemt side av studiens problemstilling samt at den skal formidle fellestrekk med variasjoner fra flere historier. Utvalgte gullsitat ble brukt for å illustrere beskrivelsene. Beskrivelsen ble til slutt gitt et navn som representerte innholdsbeskrivelsen og sitatene. Dette har jeg kalt hovedkategori, tre i alt, med dertil underkategorier. Tekstene ble rekontekstualisert for å vurdere om resultatene fra de forrige trinnene gir en gyldig beskrivelse av den sammenhengen de opprinnelig var hentet fra. Dette ble gjort ved å lese tekstene og datamaterialet både horisontalt og vertikalt. Den analytiske tilnærmingen som beskrevet over har framskaffet det empiriske materialet i resultatdelen.

## 2.4 Ethiske overveielser

### 2.4.1 Søknader

Prosjektet er søkt til norsk senter for forskningsdata (NSD) og godkjent 25.03.20 (vedlegg I). Fremleggsvurdering er sendt Regional komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

(REK) med vedtak om at prosjektet faller utenfor helseforskninglovens virkeområde, og kan gjennomføres uten godkjenning fra REK (vedlegg II).

#### 2.4.2 Konfidensialitet og anonymitet

I henhold til norsk lov og forskningsetiske retningslinjer skal all informasjon fra deltakere behandles konfidensielt med mindre det gis tillatelse til annet (Langdridge, 2017, s.347). Det etiske spørsmålet om konfidensialitet ivaretas da informasjon fra informantene kun ble delt med min veileder. Det at intervjuene ble gjort over telefon innebar en større grad av anonymitet for informantene enn om et fysisk møte hadde funnet sted. Jeg møtte ikke informantene, men var kjent med navn, e-post og telefonnummer. Lydopptak ble arkivert i Nettskjema (UiO, 2020). På grunn av utvalgets størrelse var ingen koblingsnøkkel nødvendig. Informantene er anonyme i presentasjonen av funn.

#### 2.4.3 Prinsipp om informert samtykke

Etiske retningslinjer uttrykker at det uakseptabelt å tilbakeholde informasjon angående prosjektet om dette vil føre til ubehag for informantene i etterkant (Langdridge, 2017, s.347). Det ble i denne anledning innhentet informert samtykke, relasjonen mellom intervjuer og informant ansees ikke for å være spekulativ, og det vurderes slik at det er minimum risiko for bedrag i forbindelse med prosjektet.

#### 2.4.4 Skade, smerte og belastning.

Forskeren har ansvaret for å ikke påføre informanten fysiske eller psykisk skade i forbindelse med prosjektet (Langdridge, 2017, s.348). Etter overveielse av denne problemstillingen kan jeg ikke se at prosjektet skulle medføre noe type skade eller psykisk belastning hos deltakere i utvalget. Spørsmålene ble ikke ansett for å være av for provoserende eller inngripende karakter for informantene. Skulle informantene av ulike grunner velge å ikke svare på enkelte spørsmål ville dette bli respektert uten videre argumentasjon. Risikoen for å påføre informantene unødig belastning ble ansett som svært liten.

### 3 Resultater

I dette kapittelet presenteres resultatene fra analyseprosessen som er beskrevet i metoddelen. Funnene er satt sammen til fire hovedkategorier med underkategorier som skal skildre vesentlige trekk fra datamaterialet. Teksten er beskrivelser og fortolkninger av det informantene formidlet. Sitatene er hentet direkte fra informantene. Eksempler på meningsbærende enheter og kondensat kan sees i vedlegg V.

#### Hovedkategorier og underkategorier

Hovedkategori	Vurderingsgrunnlaget	Individuelle forutsetninger og tilpasninger	Støttende versus omstillende – glidende overganger?
Underkategori	<ul style="list-style-type: none"><li>*Traumene og skjørheten er utgangspunktet</li><li>*Kroppsbilde som essensielt i undersøkelse og tiltaksform</li><li>*Kroppskontakt som forutsetning for god psykisk fungering</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>*Tiltakene kommer i mange varianter</li><li>*Tiltakenes støttende effekt</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>*Påvirkning og endring er aktuelt i støttende behandling</li><li>*Toleransevinduet som forståelsesmodell</li><li>*Mål for behandlingen – ingenting unikt?</li></ul>

Tabell 2 viser studiens hoved- og underkategorier i resultatpresentasjonen

#### 3.1 Vurderingsgrunnlaget

Alle informantene gjennomførte en grundig anamnese og kroppsundersøkelse før behandling ble iverksatt. Hvilken nøkkelinformasjon fra denne vurderingen som ledet behandleren mot en støttende tilnærming er beskrevet under.



### 3.1.1 Traumene og skjørheten er utgangspunktet

Traumer i livshistorien, og hvordan disse håndteres i dag har stor betydning for behandlingstilnærming.

I anamnesen la alle informantene vekt på om det fantes traumer og krenkelser i pasientens livshistorie. Dette var hendelser som pasienten selv beskrev som traumatiserende, eksempelvis stressende situasjoner, livskriser, overgrep eller tap av kjære. To informanter vurderte om det var grader av dissosiasjon<sup>1</sup> til stede. I dette la de om pasienten hadde lite beskrivelser og refleksjoner i anamneseopptaket eller beskrev at de “ramler litt ut” i bestemte situasjoner, og hvor stor alvorlighetsgraden av det psykiske strevet ble opplevd. Alle informantene var interesserte i omfanget av pasientens symptomer og håndtering av disse. Har pasienten noe forståelse for egne plager, og kan plagene settes inn i noen sammenheng?

*“Hva er det som har gjort at pasienten har fått plager? Er det ting som har vært stressende i livet, en større belastning. Det er det jeg er på jakt etter. Om det har vært mange ting i historien. Traumer.”* (Informant 5)

Tre informanter la spesielt til grunn om pasienten var i en stabil eller ustabil livssituasjon nå. Dette gjaldt jobb og økonomi, sosialt nettverk og rammer i dagliglivet. Sosiale relasjoner og fungering var viktig i vurderingen. To informanter mente det var viktig å kartlegge om pasienten kunne tåle dekompenisering, altså tåle å midlertidig få mer symptomer eller traumereaksjoner i forbindelse med behandling. Hvordan pasienten hadde reagert på tidligere behandling var også noe som ble berørt hos flere informanter.

*“Hvorvidt jeg går på støttende/stabiliserende eller omstillende/inngrepene handler om hvor folk står i hverdagen sin. Er du en stabil livssituasjon? Er du i pågående stress? Er du i pågående overgrepssituasjoner? Alt dette vil medføre at jeg tenker annerledes enn om de er i en situasjon hvor de kan tåle mer dekompenisering.”* (Informant 2)

---

<sup>1</sup> Dissosiasjon er et psykologisk begrep med flere underkategorier. Ordet dissosiasjon betyr å koble fra eller å skille elementer som hører sammen, det vil si det motsatte av ordet assosiasjon. Omfattende dissosiasjon skjer når en hendelse er så overveldende at vi ikke tåler å tenke på den eller kjenne på følelsene etter hendelsen. Frakoblingen er en av menneskets ubevisste evner til å mestre eller håndtere overveldende og svært traumatiske hendelser (Holbæk, 2020). Begrepets betydning og bruk er gjenstand for kritikk og debatt (Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2016, s.73)

### 3.1.2 Kroppsbilde er essensielt i undersøkelse og tiltaksform

Kroppsbildeundersøkelse er veldig viktig når terapeutene vurderer pasienten. Som støttende behandling legger informantene opp tiltak som skal fremme god kroppskontakt. Det er sannsynligvis viktig å ha god kroppskontakt for å ha god psykisk fungering.

Informantene varierte seg imellom hvordan de utførte kroppsundersøkelsen, og hvilke komponenter de la vekt på. Alle informantene beskrev variasjoner av Ressursorientert Kroppsundersøkelse ad modum Bunkan (1996) eller komponenter man finner i denne. Én informant registrerte kroppsholdning, funksjon, respirasjon, muskeltonus, men var mer opptatt av eventuelle autonome reaksjoner underveis. Aller mest spilte en vurdering av kroppsbildet inn i vurdering av om pasienten skulle ha en støttende tilnærming. Det kunne være om pasienten ikke følte kroppen som en helhet, eller følte seg skjev. Andre informant gikk ikke igjennom en hel psykomotorisk undersøkelse i første konsultasjon, men delte denne over flere ganger for å forfølge funn og se om de endret seg. For henne var vurdering av kroppsholdning og pust viktigere, men hun la også vekt på kroppsbildet, og hvilke autonome eller emosjonelle reaksjoner pasienten fikk etter timen. Den tredje informanten la mye vekt på kroppsholdning, muskulært spenningsmønster og aktive bevegelsesprøver, og desto mindre fokus på pust. Hun mente pusten kan være så variabel og situasjonsbetinget, og ikke bære med seg den kroppslige historien som spenningsmønsteret kan gjøre. Informanten trakk frem grad av kroppskontakt som avgjørende for behandlingstilnærming. Hun testet ut hvordan pasientene kjente kroppen sin, om de har underlagsfølelse, og om de kan kjenne endring i kroppskontakt etter bearbeiding eller stimuli. Neste informant la stor vekt på respirasjonen og autonome reaksjoner i tillegg til om muskeltonus hos pasienten ble vurdert som slapt. Hvis muskulaturen opplevdes bløt, og «deigaktig» mente hun det var grunnlag for å gå over på støttende behandling. Informanten trakk i tillegg fram om pasienten kunne klare en hel undersøkelse, samt vurderte om det var et godt samspill mellom behandler og pasient. Kroppsbilde ble også her nevnt som vesentlig å undersøke. Den siste informanten baserte seg på totalinntrykket uten at noen elementer først ble vektlagt. Ved utdyping var det en generell fleksibilitet i bevegelser, respirasjon samt kroppskontakt som påpekt. Hvis det er dårlig kroppskontakt kan det tenkes at pasientene ikke har kontakt med følelser, eller raskt kan bli overveldet av følelser eller minner.

Alle informantene trakk dermed fram undersøkelse av kroppsbildet som essensielt i vurderingen av om pasienten skal ha støttende behandling. Dette innebærer å kartlegge om kroppsbildet oppleves som helhetlig eller avvikende, om pasienten kjenner sin egen kropp, om hvordan pasienten forholder seg til sin understøttelsesflate, og om pasienten kan snakke om kropp. Om pasienten ikke har det, blir dette potensiell målsetning.

*“Kroppsbylde er veldig viktig i vurderingen om jeg skal legge meg på støttende behandling. Om det er lite helhet, følelse av å være skjev, eller hva som helst.”* (Informant 1)

### 3.1.3 Kroppskontakt som forutsetning for god psykisk fungering

Det å ha kroppskontakt som del av et tilfredsstillende kroppsbylde ble gjennomgående beskrevet som en viktig faktor i støttende behandling.

Alle informantene vurderte dette på eller en annen måte i undersøkelsen. Et mål med støttende behandling kan være å få mer kroppskontakt, det vil si nyansert gjenkjenne og oppleve kroppen mer. På denne måten kan pasienten gjenkjenne den kroppslige beredskapen eller beskyttelsen sin, forstå sine kroppslige reaksjoner og uttrykke behov. Informantene beskrev tiltak som kunne styrke kroppskontakten; kroppsavgrensende grep, stimulerende grep, kraft- og motkraftøvelser og grensesettingsøvelser. God kroppskontakt ble betegnet som en kroppslig ressurs i motsetning til redusert eller avvikende kroppskontakt som ble sett på som en kroppslig belastende faktor. Kroppskontakt kan bidra til å styrke identitetsfølelse, selvavgrensning og samhandlingsevne. Når pasienten får en god følelse av at dette er min kropp med alle kroppsdelene integrert i en helhet, styrker dette identitetsfølelse og selvavgrensning, som igjen gir økt samhandlingsevne med andre.

*“Om de har veldig liten eller ingen kontakt med kroppen... da tenker jeg i utgangspunktet at der må jeg begynne.”* (Informant 4)

Relatert til temaet kroppskontakt hadde alle informantene tanker om det å forholde seg til underlaget. Hvordan kroppsdelene møter og hviler mot understøttelsesflaten. Det å kjenne at man står godt i beina sine og på underlaget er essensielt å bruke tid på i støttende behandling. En informant beskrev dette som “å få beina på plass” - at de skulle se for seg beina som sitt fundament på samme måte som man har grunnmur under et hus. Hvordan pasienten organiserer balansen sin, om vedkommende “slipper ned tyngdepunktet” både stående, sittende og liggende ble trukket fram. Dette var hos flere informanter avgjørende om man skal legge seg på støttende behandling. En informant understreket at det å ha kontakt med beina faktisk er veldig viktig, og ikke bare noe man lærer i utdanningen. Informanten sjekket alltid om pasienten hadde god kontakt med beina før behandlingen ble iverksatt. Men som en informant påpekte kan også det at man kjenner at man står på beina kan også være svært triggende for autonome eller emosjonelle reaksjoner for enkelte. For noen pasienter kan tiltak som fremmer god underlagsfølelse være nok. De tåler ikke videre et forløp.

*"Hvis de sitter veldig frampå, hva skjer når jeg ber dem sette seg mer bakpå stolen? Spretter de tilbake, eller klarer de å se det var godt? Det er indikasjoner på hvor mye de tåler av kroppslig endring." (Informant 2)*

Oppsummering:

Vurderingsgrunnlaget kan dermed forstås som å handle om kartlegging av pasientens skjørhet og sårbarhet. Det kan tolkes som om det å framskaffe informasjon om belastninger og symptomer, samt registrere i hvor stor grad selvopplevelse av egen kropp er avvikende, er det initielle hovedfokus. Utilstrekkelig håndtering av plagene og stor grad av negativ påvirkning på hverdagslivet fremmer behovet for støttende behandling.

## 3.2 Individuelle forutsetninger og tilpasninger

### 3.2.1 Tiltakene kommer i mange varianter

En gjennomgående tendens hos informantene var om selvet tiltakene direkte kunne kalles støttende eller omstillende behandling. De vurderte hele veien hvor mye de tenkte på å være støttende eller omstillende. Det viktigste var at tiltakene var individuelt tilpasset etter pasientens reaksjoner.

En informant opplevde begrepet støttende behandling som utfordrende, og uttrykte at hun heller tilpasset behandlingen individuelt med tanke på utgangsstillinger, nærhet, "hands on"-teknikker og øvelser. Tilpasninger kommer av veivalg man intuitivt tar ut ifra pasientens reaksjoner. Klinikken blir på denne måten til gjennom erfaring.

Det var stor variasjon både hos og imellom informantene når det gjaldt aktuelle tiltak. De varierte i utgangsstillinger, mellom stående på gulv, sittende på krakk eller stol, og liggende på benk eller gulv. Informantene reflekterte i pasientsituasjonen over bruk av nærhet og distanse. Det vil si hvilken plassering i rommet man inntar i forhold til pasienten, hvor nære man sitter hverandre, hvor nær terapeuten er pasienten på benken, eller hvor mye berøring som ble brukt. Nærhet og distanse rommer også refleksjon over hvor pasienten berøres, og berøringskvaliteten. Et større repertoar av "hands on"-teknikker og øvelser ble infiltrert enten i samme behandlingstime eller varierte fra gang til gang. Både berøring, massasjeteknikker og tøyninger kunne brukes. Øvelser kunne ha til hensikt å forbedre bevegelseskvalitet, frigjøre respirasjon eller jobbe med grensesetting og bruk av rom. Hjelpemidler som knotteball, pinner, baller og tepper var kjent hos alle informantene. Flere uttrykte gode erfaringer med bruk av

Basal kroppskjennskap<sup>2</sup>. Veivalgene ble tatt intuitivt ut ifra pasientens reaksjoner underveis i behandlingen eller justert etter reaksjoner mellom behandlingene.

*“Jeg bruker mye knotteball, (...) krakk, pinner og ulike tøyningsøvelser. Gir de også mye stimulans i forhold til å ta i bruk noen enkle ting som de kan gjøre selv. Og for de som tåler det er det jo benk”.* (Informant 3)

### 3.2.2 Tiltakenes støttende effekt

Tiltakenes støttende effekt handlet om at pasientene opplever det som angstreduserende - at tiltakene øker trygghetsfølelse, kontakt med seg selv, og økt autonomi. Dette gir større tilgang til seg selv og sine ressurser. Hvilke utgangsstillinger og tiltak som er støttende og ikke, kan være så forskjellig fra person til person. Det viktige blir å prøve seg fram - «hva oppleves som støttende for deg?» Noen ganger vil doseringen av behandlingen ha en støttende effekt. I tillegg vil en god relasjon med behandler ha en støttende effekt. Å jobbe i det konkrete, altså kroppen kan ha en tryggende og støttende effekt.

Tre informanter mente at å sette rammer, være seg dosering, behandlingstidspunkt eller plassering i rom var elementer som gjorde behandlingen støttende. Det samme gjaldt å tenke et lengre tidsaspekt på behandlingsforløpet. Én informant uttrykte at dette var et vanskelig spørsmål, og at støttende behandling ikke kunne systematisk skilles fra annen behandling på denne måten. Neste informant så seg enig i dette og beskrev at rammer og tiltak i behandlingen handlet om å utnytte pasientens potensiale uavhengig om dette var støttende eller omstillende behandling.

Ved spørsmål om hva som gjorde selve tiltaket støttende beskrev en informant den angstreduserende effekten som primært støttende, mens en annen la vekt på det at å øve bakkekontakt samt bevegelseskvalitet og muskelbruk kunne kvalifiseres som støttende med argumentasjon i kroppen som konkret utgangspunkt. Det ble på denne måten indirekte jobbet med respirasjonen.

To informanter understreket at behandlingens støttende effekt lå i relasjonskvaliteten mellom terapeut og pasient gjennom det faktum at pasienten følte seg bekreftet og anerkjent. Dette ble oppnådd ved å forsøke å få pasienten til å føle seg sett, møtt og forstått. Mange har et relasjonstraume med seg, og terapeutene forsøkte å skape noe støttende og trygt. Det ble trukket fram at psykomotoriske fysioterapeuter ofte setter av god tid til behandling, og at dette fremmer

---

<sup>2</sup> Basal kroppskjennskap er en behandlingsmetode som integrerer østens Tai Chi og Zen med vestlige bevegelsesmetoder, terapiformer og utøvende kunstformer (Gyllensten, A.L., 2012, s.189).

en ro, et nærvær og god kontakt med pasienten. Det kunne være så mye forskjellig som gir pasientene trygghet. Terapeutene brukte tryggende tiltak, og ga dem innspill på hvordan de kunne bruke tiltakene på egen hånd - eksempelvis egenøvelser eller egenstimuli, gjerne med klærne på. Dette gjaldt for både i støttende og omstillende behandling. Når relasjonen var etablert kunne man må utfordre litt mer. En trygg relasjon var viktig å jobbe med for å få til gode behandlingsresultater.

Alle informantene foretok individuelle vurderinger i hva som kunne oppleves som støttende for pasienten. Tiltakenes støttende effekt var basert på individuelle tilpasninger og forutsetninger. Det at tiltaket har en støttende effekt baserte seg altså på den konkrete tilnærmingen gjennom kroppen som vi har. Dette gir trygghet og mer tilgang til seg selv. Hva som er støttende for noen, behøver ikke være det andre.

*“Det som gjør tiltaket støttende er, nummer én, relasjonen med meg. Det betyr masse. Fordi vi psykomotorikere har en helt annen ro, nærvær, tid og kontakt med pasienten enn andre behandlere har. Vi kan bruke berøring som anerkjennelse og bekreftelse som gir pasienten en opplevelse av å bli sett, møtt og få trøst.”* (Informant 3)

Oppsummering:

Det kan tolkes dithen at ingen tiltak har støttende kvaliteter uten andre eksisterende betingelser. Det som er pasientens reaksjoner, og terapeutens blikk og varsomhet som styrer praksis. Dermed blir det en variasjon av tiltak i støttende behandling. Behandlingens proksemikk og relasjonskvalitet gjør behandlingen støttende for den enkelte.

### 3.3 Støttende versus omstillende - glidende overganger

#### 3.3.1 Påvirkning og endring er aktuelt i støttende behandling

Referansen til omstillende behandling nevnes gjennomgående hos informantene, blant annet i forbindelse med tiltak. Alle kommer inn på den omstillende behandlingens hensikt om å utfordre kroppens selvreguleringsevne, vanebevegelser og forsvar. Omstillende behandling karakteriseres av endring, gjennom bevisstgjøring og utforsking av det eksisterende utgangspunktet. Endring viste seg å være aktuelt når det gjelder støttende behandling. De uttrykte nysgjerrighet – kan vi forandre eller skape en endring her? Endring i positiv retning ble sett på som viktig.

Flere informanter var inne på at det å hjelpe pasienten å ha den beskyttelsen man trenger var viktig. Denne beskyttelsen ble samtidig uttrykt som en midlertidig støtte til de selv kan slippe den. To informanter mente tydelig at omstilling har en plass i støttende behandling, og

uttalte at om pasienten står støtt, kan man utfordre noe når det gjelder spenningsmønster og respirasjonspåvirkning. Videre ble det hevdet av andre informanter at om ikke akkurat konfrontasjon av det muskulære forsvar forekom, var det ønskelig å bidra til at pasienten kunne “smelte ned” sitt eget forsvar. Dette ble også formidlet av informanten som brukte begrepet fleksibilitet - er det noe hos pasienten som lar seg påvirke? Dette ble vurdert allerede i undersøkelsen. Den samme informanten tenkte at selv man jobber støttende så skal det skje endringer, selv om det ikke er de store endringene. De trenger heller ikke være kroppslige eller konfronterende, men det å få økt innsikt og forståelse for sine plager og sitt reaksjonsmønster.

Motivasjon og læring var forutsetninger for endring. Hvis ikke pasienten “samler” seg om det som ble gjort, blir det ikke noen opplevelse, og da blir det heller ikke noe læring. Da er det lite trolig at endring vil kunne forekomme.

*“Jeg ønsker at det vi øver på skal sette seg i deres kroppslige minne, og da vi kan kalle omstillende behandling, tenker jeg.”* (Informant 3)

Læring måtte skje uten særlige krav om prestasjon eller dyktighet. En informant ønsket at det som ble øvd på skulle sette seg i deres kroppslige minne, men at vi også da kan kalle det omstillende behandling. Pasientens motivasjon bidrar til læring, innsikt og forståelse. Uten å legge press på pasientene, er håpet at det forekommer en kroppslig læring som kan gi en endring. Det var en samlet forståelse for at man ikke jobber rent støttende eller omstillende, men at overgangen er glidende, og at endring i en eller annen form er positivt.

Informantene mente at det å bruke toleransevinduet som teoretisk bakgrunn for tiltak er angstreduserende og støttende. Tre av informantene mente teori om traumer og toleransevindu er viktigere i vurderingen av pasientens ressurser enn å skille mellom støttende og omstillende. Hvis toleransevinduet er smalt, kan pasienten ha stor grad av angst, depresjon eller dissosiasjon. Det kan da bli vanskelig med hukommelse, konsentrasjon og fokus. Informantene ønsket at pasientene skal kunne havne i sitt toleransevindu. Det er å jobbe dynamisk med pasientene. Det å fungere i sitt toleransevindu gjør at pasienten får tak i ressursene sine og større tilgang til seg selv. Det handler om god håndtering av plagene sine. Gjennom denne forståelsesmodellen oppnår vi en angstreduserende effekt som kan henspille til den støttende tankegangen.

*“Jeg får egentlig lyst til å si at jeg ikke forholder meg så mye til støttende og omstillende(...), men jeg baserer meg veldig på toleransevinduet. Det er en modell jeg tenker forstår et menneske da.”* (Informant 4)

### 3.3.2 Mål for behandlingen – ingenting unikt?

De kroppslige målene er de samme i støttende behandling som i omstillende behandling selv om veiene dit kan være ulike.

En informant mente at målsetting skilte seg fra omstillende behandling i det at mål mye bør defineres av pasienten selv i omstillende. I støttende behandling har man ofte pasienter som lever i en kritisk livssituasjon, og det å sette krav til egen målsetting og jobbe målrettet i en prosess med dem vil være å stille uhensiktsmessige krav. Målene som sådan kan være de samme som i omstillende behandling, men virkemidlene kan være ulike. Måloppnåelse kan vurderes ut ifra at de merker en endring med kroppen sin. Det kan være de tåler mer uten å få overveldende autonome eller emosjonelle reaksjoner, har friere og mer dynamisk pust, er lettere i kroppen, merker at bevegelsene er annerledes og at de har et bedre balansepunkt i kroppen. En informant mente eksempler på mål i støttende behandling i tillegg kan være å få mer innsikt, forståelse og kunnskap som gjør at man kan forholde seg til sine utfordringer på en lettere eller annerledes måte. Konkrete, målbare elementer kan være å senke tempo, sove bedre, oppleve mindre smerter.

*“Der vil det blande seg mer med omstillende behandling. Altså, målet er jo det samme, tenker jeg. Det handler om å bli mer trygg. Få mer kontakt. Slippe pusten mer til. Få tak i ressursene (...) Ja, for jeg tenker at målet er det samme, men så må man bruke litt forskjellige virkemidler for å nå de målene da.” (Informant 1)*

#### Oppsummering:

Det forstås som om støttende behandling blir sett på som en dynamisk prosess hvor pasientens utviklingspotensial får oppmerksomhet. Dette fordrer en viss grad av tilstedeværelse og motivasjon hos pasienten, noe man kan oppnå ved å ta utgangspunkt i teori om toleransevinduet framfor å legge vekt på støttende/omstillende-distinksjonen.



## 4 Drøfting av resultater

Denne studien har undersøkt hvordan psykomotoriske fysioterapeuter beskriver og erfarer støttende behandling. Jeg vil nå se på hvordan funnene ser ut i lys av eksisterende litteratur, og egne vurderinger. Jeg knytter funnene opp mot psykisk helsearbeid via det salutogenetiske perspektivet. Kapittelet er strukturert etter hovedkategoriene “Vurderingsgrunnlaget”, “Individuelle forutsetninger og tilpasninger” og “Støttende versus omstillende behandling – glidende overganger?” hvor tyngdepunktet er lagt på det sistnevnte. Presentasjonen av undertema avviker noe fra resultatkapittelet. Til slutt presenteres metodiske drøftinger.

### 4.1 Vurderingsgrunnlaget:

#### 4.1.1 Traumene og skjørheten er utgangspunktet

Alle informantene knyttet traumeerfaringer, omfang og håndtering av traumesymptomer til støttende behandling. Dette er funn også Kise (2016, s.54) gjorde i sin masteroppgave. Reaksjoner etter traumer, eksempelvis muskelspenninger, smerter, hjerteklapp, uhensiktsmessig bevegelsesmønster, balanse og koordinasjon, en trang til å beskytte seg og følelse av hjelpeløshet, beskrives generelt som pasientens symptomer etter traumeopplevelser (Keskinen-Rosenqvist, 2012, s. 348-9). Mange psykomotoriske fysioterapeuter vil trolig nikke gjenkjennende til at dette ofte beskriver pasienten som kommer til psykomotorisk behandling, og at dette ikke er en overraskende innfallsvinkel til denne behandlingen. Hvorfor støttende behandling blir aktuelt når disse symptomene framkommer i anamnesen kan forstås gjennom Keskinen-Rosenqvist (2012, s.353) som skriver om hvordan innsikt om kroppen er en tilgjengelig vei for å dempe symptomtrykk. Gjennom å jobbe med bevissthet rundt kroppens reaksjoner, kroppslige tiltak og verktøy kan man balansere nervesystemets reaksjoner. Tiltakene bør være rolige og forutsigbare slik at pasienten kan være forberedt på kroppslige reaksjoner. I praksis kan dette gjøres ved repetitive bevegelser eller øvelser. Pasienten kan forsøke å bevege et eller flere ledd i jevn rytme, utføre gyngende bevegelser, bruke egne hender for å klappe jevn rytme på kroppen, eller bruke beinet til å rulle en knotteball over gulvet. Pasienten kan lære seg å bremse de autonome reaksjonene ved å bevisst spenne musklene, trampe i gulvet, knyte nevene, for så å langsomt gjenvinne normal muskulær spenning. Skjer derimot avspenningen for fort kan pasienten igjen få følelsen av hjelpeløshet og angst. Den traumatiserte bør unngå å belaste kroppen for mye da det autonome og det motoriske systemet allerede går på høygir og kroppens reguleringssystem er i ulage (Keskinen-Rosenqvist, 2012, s. 352). En kroppslig tilnærming som preges av ro og

forutsigbarhet vil altså være gunstig for traumatiserte pasienter, noe informantene gjennomgående formidlet. Videre stadfester Gretland (2007, s.52-54) hvordan pasienters kroppsvirkelighet aktualiseres gjennom undersøkelse og behandling. Kroppslige minner kan vekkes av sensoriske inntrykk, bevegelser eller berøring som minner om traumatiserte erfaringer. Disse såkalte somatiske flashbacks frambringer persepsjonsforstyrrelser og forstyrret hukommelse, og kan gi angstreaksjoner som disponerer pasienten til å reagere uhensiktsmessig i situasjoner som oppfattes truende. Som det går fram av Bülow-Hansen (1978, s.108-110) kan en for inngripende behandling da framkalle angstreaksjoner hos pasienten. Dette gir en muskulær forsvarsreaksjon som blokkerer avspenningsimpulser. Da må behandlingen doseres forsiktigere. En av informantene uttrykker dette konkret som vurdering av tålelig dekompenisering. Bülow-Hansen (1978) skriver videre at uro, skjelving og gråt i kraftig omfang skal unngås. Hvis dette skjer skal det gis øvelser som hemmer pust og induserer muskelspenninger.

Anamnesen i psykomotorisk behandling er lite systematisert og langt fra gjennomdiskutert skriver Thornquist & Bunkan (1986, s. 38), men informasjon om tidligere plager, traumer og sykehistorie skal vektlegges. Informantene trekker fram stabilitet i livssituasjon, sosiale rammer og fungering som vesentlig informasjon i anamnesen. All informasjon om kroppens reaksjonsmåter er av interesse for terapeuten for å kunne legge opp adekvat behandling. Å kunne lytte til kroppens signaler, ta hensyn til seg selv, regulere tempo og tillate seg følelsesmessige reaksjoner er en forutsetning for å få utbytte av behandlingen. Pasientens livssituasjon er dermed medbestemmende for hvor mye omstilling som finner sted (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 40-43). Når pasienten da presenterer traumeerfaringer, ustabil livssituasjon og uhensiktsmessig følelshåndtering må vi da tenke annerledes en omstillende behandling allerede i anamnesen? Ja, mener Bülow-Hansen i sin tekst fra 1978. Hvis pasienten står i en uløselig konfliktsituasjon eller er nevrotisk med lav toleransegrense for angst, så skal psykomotorisk behandling i form av omstilling unngås. Å løsne på muskelspenninger kan vekke fortrenge erindringer og forestillinger fra situasjonskonflikter, og behandling skal da balansere mellom provokasjon og stabilisering. Bülow-Hansen foreslår da alternativer til den tradisjonelle psykomotoriske behandlingen, være seg gymnastiske øvelser eller at liggende utgangsstilling unngås. Det understrekes at lege eller psykiater da bør bidra med psykoterapi (Houge, 1978, s.22-23). Med historisk ryggsekk kan vi derfor mulig forstå hvorfor informantene vektla traumeerfaring i anamnesen.

#### 4.1.2 Kroppsbilde og kroppskontakt

Alle informantene mente det var essensielt med vurdering og oppnåelse av et tilfredsstillende kroppsbilde og god kroppskontakt i støttende behandling. Dette kunne bidra til økt identitetsfølelse, selvavgrensning og samhandlingsevne. Funnene sammenfaller med Kise, (2016, s.64) sine informanter som er enige om at økt kontakt med kroppen og egnet reaksjonsmønster er essensielt i psykomotorisk fysioterapi, og da spesielt med hensyn til den støttende tilnærmingen.

Bunkan (2008, s.54) skriver at et velutviklet kroppsbilde er en forutsetning for kontakt med oss selv og omverdenen, for relasjoner, realistisk selvopplevelse og selvtillit, men understreker ikke om dette gjelder spesielt som en støttende tilnærming. Et annet anliggende i psykomotorisk fysioterapi er å bidra til at pasientene utvikler kroppskontakt som kilde til erfaringsnære begrep om kroppen – begrep som samsvarer med konkrete kroppslige fornemmelser og levd kroppsvirkelighet. Thornquist & Bunkan (1986, s.73) artikulere to viktige prinsipper i psykomotorisk fysioterapi, hvor det ene er: “Vi bygger opp kroppen nedenfra. Enhver behandling starter med beina – med fundamentet. Å etablere forankring - å stå godt på egne bein – er en forutsetning for fri funksjon.” Om dette kan karakteriseres en støttende behandling presiseres ikke.

Å arbeide med kontakt og forankring i fundamentet, i beina, skal vektlegges. Spesielt god quadricepsfunksjon med evne til isolert spenning og avspenning stimulerer til tilfredsstillende strekk og hensiktsmessige belastningsforhold i kroppen. Hvordan vi står og balanserer oss i forhold til underlag og rom har sammenheng med vår psykiske balanse. Å være forankret i egen kropp er en forutsetning for å være menneske i alle livssituasjoner (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 85-86). Dette hentyder til at kroppskontakt og underlagsfølelse skal etterstrebes hos alle pasienter, også de med traumbakgrunn, de informantene mener behøver støttende behandling. Bülow-Hansen uttrykte dette tidlig; en utrygg kropp sammenlignes med å observere noen som går på is. Man tør ikke sette føttene godt under seg og få tyngden ned i beina, man tør ikke slippe skuldrene fordi man ikke stoler på underlaget (Bülow-Hansen referert i Thornquist & Bunkan, 1986, s. 86). Hver behandling skal avsluttes med at pasienten stabiliseres fysisk på beina. Dette vil kunne motvirke kaotiske følelser og uro, og bidra til emosjonell likevekt (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 87).

Ekerholt & Falck (1995, s.75) eksemplifiserer dette i boken “*Fotfeste: en kroppsbasert behandlingsprosess*”. En pasient vil gjerne bevege seg i vante mønstre. Det å jobbe med enkeltbevegelser, kontakt gjennom hele bevegelsesbanen og god bevegelses kvalitet er viktig for å kunne bevege kroppens enkeltdeler i forhold til hverandre. Økt kroppskontroll kan dempe

angst (Ekerholt & Falck, 1995, s.45). En øvelse for å øke kontakt med bein kan være å lene seg inn mot en vegg, og la ryggen gli opp og ned langs veggen. Man øver på å slippe kroppstyngden ned i beina, og for så å skyve seg opp igjen ved å trykke underlaget fra seg. Å hvile ryggen mot veggen, og kjenne kraften fra beina, betegner Ekerholts pasient som en støttende opplevelse. Å gi etter for tyngdekraften kan også øves å sittende. Å sitte på en krakk med sitteknutene forankret i underlaget, noe avstand mellom avspente hofteadduktorer kan gi følelse av god understøttelsesflate og det å sitte støtt (Ekerholt & Falck, 1995, s.61). Ved å bli nærværende i egen kropp og kunne kjenne igjen og tolke kroppslige signaler får pasienten en tydeligere indre grense til andre. Når disse signalene er forbundet med trygg gjenkjennelse, og ikke angst, kan man også kunne kjenne mer abstrakte signaler som følelser (Ekerholt & Falck, 1995, s.101). Ekerholts pasient forteller selv at det å jobbe med stabiliserende øvelser hjelper henne med å samle seg og få mer kontakt med seg selv. Å få økt kroppskontakt og kroppsstabilitet er det primære i starten av behandlingsprosessen (Ekerholt & Falck, 1995, s.166), noe som samsvarer med informantenes uttalelser. Gretland (2007, s.158) gir også forslag til hvordan man kan jobbe med kroppskontakt: Bevegelser som utgår fra kroppens midtlinje med moderat kraft og utslag. Bevegelsene er flytende og i ensartet tempo med lite kontraster og variasjon. Jevn og forsiktig bruk av muskulatur som sammen med lite eksteroseptiv stimulering. Man skal konsentrere seg om bevegelsene for å oppnå økt sensitivisering for kroppsfornemmelser, og virke samlende.

Disse beskrivelsene med sine tilegnede hensikter finner vi igjen i informantenes beskrivelser av hvordan de jobbet med kroppsbilde og kroppskontakt i støttende behandling. Når vi i tillegg inkluderer Brandal (2018, s.32) sin studie om psykomotorisk fysioterapi og kroppskontakt, som finner at terapeutene beskriver sine pasienter med nedsatt kroppskontakt som traumatiserte, styrken det troen på at tiltak for kroppsbilde og kroppskontakt er å regne som en del av støttende behandling.

#### 4.1.3 Skjørheten og håndterbarheten for opplevelse av sammenheng

Informantene brukte elementer fra “Den ressursorienterte kroppundersøkelsen (ROK)” (Bunkan, 1996). Vurdering av kroppsholdning, funksjon, muskulær spenning, respirasjon og autonome reaksjoner vurderes i denne undersøkelsen på et ressurskontinuum som er uten nullpunkt eller ende. Den ene retningen peker mot ideelle funn, altså at pasienten er lett belastet og har mange ressurser, mens den andre retningen peker mot betydelig avvik, altså svært belastet med færre ressurser. I psykomotorisk fysioterapi kan vi vurdere pasientens ressurser på dette kontinuumet. Antonovskys (2012, s.38) teori om “Opplevelse av sammenheng”

presenteres i likhet med dette som et kontinuum mellom uhelse og helse, hvor bevegelse mot helseenden framstår som optimalt. I denne studien kan det virke som om fokuset er på kartlegging av belastningsfaktorer, og er disse store nok, skal støttende behandling gis. Dette kan sees på som en selvmotsigelse i en undersøkelse basert på ressurskontinuum, og en refleksjon over dette når det gjelder å få til en mer salutogen praksis kan være verdifullt – er psykomotoriske fysioterapeuter for opptatt av symptomer og avvik i vurderingsgrunnlaget? Eller er dette et uunngåelig sted starte når man driver hjelpearbeid? Ser vi på Antonovskys dimensjon om håndterbarhet som handler om å ha tilstrekkelige ressurser for å håndtere stressfaktorer, og legger merke til at informantene snakker om håndtering av symptomer og følelser, og kan det virke usikkert hvor mye oppmerksomhet som gis ressursene. Samtidig framstår det ikke som om informantene har ensidig fokus på dette. Et godt kroppsbilde og god kroppskontakt, faktorer som kunne gi økt identitetsfølelse, selvavgrensning og samhandlingsevne, sees på som ressurser samsvarende med det Antonovsky kaller ego-identitet i sin beskrivelse av motstandsressurser. Dette er en ressurs på det emosjonelle nivå og handler om opplevelsen personen har av seg selv. Om vi skal se støttende behandling i et helsefremmende perspektiv kan det være viktig å la ressursene ha forrang, i alle fall etter at belastninger er identifiserte.

## 4.2 Individuelle forutsetninger og tilpasninger

### 4.2.1 Tiltakene kommer i mange varianter

Informantene presenterer et vidt spekter av tiltak til pasienten som trenger støttende behandling. I stedet for å ha et fast tiltaksrepertoar justeres tiltakene med hensyn til utgangsstillinger og en forsiktig dosering. Gretland redegjør i boken *“Den relasjonelle kroppen”* for en behandlingssekvens med en kvinne i psykisk helsevern. Denne kvinnen har en traumatisk forhistorie med tap av forelder, seksuelle overgrep, mobbing og alkoholisme i nære relasjoner. I behandlingstimen det refereres fra benyttes vanlig utgangsstillinger vi kjenner fra omstillende behandling, som stående, sittende på krakk, langsittende, mage- og ryggleie. Behandlingen inneholder oppmerksomhet om kroppskontakt og forhold til understøttelsesflate i stående, sittende og liggende. Det stimuleres til slipp av dorsal muskulatur ved sittende ventralfleksjon, i tillegg til at manuelle grep som skal fremme basal respirasjon benyttes. Kroppslig beredskap slippes gradvis opp. Terapeuten instruerer bevegelser til hun ser endringer, og for så å systematisk etterspørre pasientens selvopplevelse knyttet til kroppslige endringer. Terapeuten unngår kroppsområder som er relatert til traumatiske opplevelser, og dermed er sårbare. Det er lite dialog rundt følelser og minner. Pasienten oppfordres til å reagere på smerte eller ubehag.

Terapeuten er hele tiden oppmerksom på pasientens reaksjoner; kroppslig, i blikk, og verbalt. Målet er å fremme andre reaksjonsmønster enn de man tvinges inn igjennom traumer. Reaksjoner verbaliseres og blir forsøkt tilsatt mening. Den behandling tituleres av Gretland (2007, s.116-132) som støttende behandling. Gretland beskriver et annet eksempel på støttende behandling hvor pasienten har sterke traumeerfaringer etter tortur. Denne pasienten må hele tiden realitetsorienteres og minnes på tid, rom og hvilke mennesker som er til stede. Enhver kroppslig tilnærming vekker traumatiske minner. Behandlingen utføres langsittende på benk med massasje og aktive fotbevegelser.

Bildet på tiltakenes variasjon under merkelappen støttende behandling eksemplifiseres også hos Bunkan (2008, s.233-4) der hun foreslår undervisning i hvilestillinger, forsiktig gynging på trampoline og forsiktede kondisjonsfremmende øvelser som jogging eller annen idrett som støttende tiltak. I tillegg nevnes aktive balanse- og styrkeøvelser fra for eksempel knesittende eller 4-fotstående stilling. Vi ser her hvordan støttende behandling ikke begrenses til ett utvalg av tiltak, men i likhet med informantene, spiller på variasjonsbredden i fysioterapeuters "verktøykasse".

#### 4.2.2 Tiltakenes støttende effekt

I spørsmålet om hva som gjør tiltaket støttende er informantene opptatt av kroppen som konkret utgangspunkt for tilnærming, men også det å være bevisst rammer rundt behandlingen som dosering, behandlingstidspunkt, plassering i rom, og relasjonsbygging gjør behandlingen støttende. Hvis jeg ser tilbake på Gretlands (2007, s. 116-132) pasienteksempler, og merker meg hva som karakteriseres som støttende her, så finner jeg likheter med informantenes beskrivelser. Når Gretland påpeker at pasientens erfaringer, for eksempel overgrep, aksepteres og settes lit til, så kan vi relatere dette til det relasjonelle fundamentet informantene søker å oppnå. Den bekreftende og anerkjennende holdningen informantene inntar er en forutsetning for aksept og tillitsbygging. Tillit vekker trygghet, og trygghet oppleves støttende. Kroppen som det konkrete utgangspunktet, som jeg tenker er bærebjelken i all fysioterapi, mener Gretland blir et grunnlag for fellesskap hvor relasjonelle opplevelser kan deles. Kroppen anerkjennes som bærer av erfaring og meningsfylt virkelighet. Dosering av behandling, vurdert etter pasientenes autonome og emosjonelle reaksjoner og tåleevne, samsvarer med Gretland som uttrykker at terapeutens oppmerksomhet mot pasientens reaksjoner og evne til å regulere behandling deretter gir pasienten en opplevelse av å kunne påvirke situasjonen. Disse reaksjonene verbaliseres og synliggjøres for pasienten slik at vedkommende kan bedre lære seg egne uttrykk, følelsesdifferensiering og reaksjoner. I neste eksempel er det andre

faktorer som gjør behandlingen støttende. Å opprette trygghet og tillit til terapeuten eksemplifiseres med å være presis da venting kan minne om avhørssituasjoner. Å ha et lyst og luftig behandlingsrom, og det at terapeuten tar hensyn ved å for eksempel plassere seg slik at traumatiske erfaringer ikke reaktiveres. Kroppsområder begrenses, og doseringen er forsiktig. Å realitetsorientere slik at pasienten kan skille behandlingssituasjonen fra traumesituasjonen. Terapeuten er oppmerksom på reaksjoner i en kroppslig samhandling, men styrer unna å vekke assosiasjoner. Hva som fungerer støttende for den enkelte pasient er avhengig av pasientens belastninger, ressurser og problemområder, noe som understøtter informantenes utsagn om individuelle forutsetninger og tilpasninger.

#### 4.2.3 Tilpasninger og meningsfullhet

Med dimensjonen meningsfullhet mener at Antonovsky (2012, s.41) at det er helsefremmende å føle seg inkludert og at behandlingstiltak gir mening. Funnene viser at individuelle tilpasninger, og justeringer etter pasientens reaksjoner er viktig i støttende behandling, og berører det Antonovsky betrakter som betydningen av å være “deltaker i prosessen som former ens egen skjebne, og i sine egne, daglig erfaringer”. Å tilpasse tiltak etter den som behøver dem, og å jobbe med den relasjonelle kvaliteten kan gi pasienten en opplevelse av å være involvert, stimulere følelsesmessig engasjement, og gi mening. Antonovsky uttrykker dette som et motivasjonselement. Pasienten kan oppleve at utfordringene i behandlingen er verdt å engasjere seg i. Aktiv mestring heller enn passiv tilpasning er i fokus, og behandling skreddersys basert på personens helhetlige behov og personlige mål (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2014, s.19). Funnene i denne studien kan dermed sees i et salutogenetisk perspektiv; støttende behandling, slik informantene formidler det, er helsefremmende behandling.

#### 4.3 Støttende versus omstillende – glidende overganger?

Fra resultatene kan vi se at blikket mot omstillende behandling blir uunngåelig. Det komparative perspektivet framtrer som viktig da informantene flere ganger refererer til omstillende behandling. Informantene uttrykker at begrepet støttende er utfordrende, og at de ikke systematisk skiller mellom tilnærmingene. Dette kan vi også finne hos Frydenlund Feilberg (2016, s.20), som heller ikke anerkjenner et skarpt skille mellom støttende og omstillende behandling. Det er pasientens problemer og reaksjonsmåter som er bestemmende for hva som er støttende eller omstillende. Kise (2016, s. 72) antyder med

bakgrunn i sitt datamaterialet og litteratur at det kan se ut som det er uenighet om det er et klart og tydelig skille mellom den inngripende og støttende behandlingen.

Omstillingsprosessen i psykomotorisk fysioterapi karakteriseres av Bunkan & Thornquist (1986) som en total kroppslig omstillingsprosess som ikke bare omhandler balansering av muskulære spenninger, kroppsholdning og pust, men oppnåelse av fysisk og psykisk harmoni. Thornquist (2006) omtaler omstillende arbeid i psykomotorisk fysioterapi som en klassisk form for psykomotorisk behandling. Skulle omstendighetene tilsi at pasienten ikke tåler dette, kan det benyttes psykomotorisk prinsipper med vekt på forankring og stabilitet, eller annen fysioterapi (Thornquist, 2006, s.31). Dette kan i det lengste trekkes dithen at klassisk psykomotorisk fysioterapi ikke befatter seg med forankrede og stabiliserende elementer. Thornquist & Bunkan (1986) tydeliggjør dette i pasientkasus: "Kroppsundersøkelse pekte mot at psykomotorisk behandling ikke var det rette for henne. Behandlingen ble heller ikke vellykket. Hun burde ha hatt en støttende form for fysioterapi, og ikke en som satte såpass store krav til omstilling." (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 61)

Samtidig kan det sees på som en anelse selvmotsigende når ett av to hovedprinsipp (Thornquist, 2006, s. 31) i psykomotorisk behandling er god forankring med stødige bein som en forutsetning for fri funksjon. Generelt framstår det for meg som om flere av prinsippene og tiltakene i støttende behandling også forsvares i omstillende behandling, eller omvendt. Eksempelvis det å oppnå kontakt med bein og underlag som begrunnes i støttende behandling med det å oppnå stabilitet og kraft, kjenne på selvavgrensning og jeg-styrke. I omstillende behandling er denne stabiliteten et fundament for slipp av muskulære spenninger i truncus og frigjøring av respirasjon, som igjen skal lede til redusert stress i kroppen. Vi gjør altså det samme, men hensikten er forskjellig. Eller kan vi da kalle alle initielle tiltak i psykomotorisk fysioterapi for støttende behandling? Slik som en informant mulig mener når hun sier hun vil hjelpe pasienten til å ha den beskyttelsen som behøves til pasienten selv kan åpne.

Støttende behandling, med utgangspunkt i litteraturen og funnene unngår konfrontasjonen av det emosjonelle forsvaret – man vil støtte og stabilisere i det som er i stedet for å slippe aktivering og framkalle overveldende følelser. Men må man ikke slippe noe for å for eksempel finne balansen mot underlaget, eller for å gi terapeuten motstand når terapeuten dytter ut av balanse. Den armen som skal gi motstand mot terapeutens skyv må kunne beveges intensjonelt ut fra kroppen for å gi kraft. Gjennom min utdanning ble reglen "Slippe-Bevege-Strekke-Styrke" formidlet som en vei mot kroppslig frihet og muskel-/skjeletthelse. Det som slår meg igjen da er hvordan styrke noen gjennom støttende behandling uten å slippe noe



først? Bunkan (2008, s.234) artikulere fleksibilitet og stabilitet som avhengige faktorer. Uten stabilitet mister man evnen til å holde balansen og posisjoner, og uten fleksibilitet blir det vanskelig for den stive kroppen og gjenvinne balanse. Redusert stabilitet og fleksibilitet gir en ufunksjonell kropp. For å problematisere den terapeutiske runddans enda mer tenker jeg at for å slippe noe, så man kjenne at man har noe å slippe mot – noe må ta imot deg – og jeg funderer på om det er her det støttende kommer inn. Er det beina og underlaget som skal ta imot deg eller er det terapeutens tryggende omgivelser som er forutsetningene?

Videre tenker jeg at distinksjonene mellom å vekke eller svekke minner gjennom kroppen, berøring versus ikke-berøring, spenning versus avspenning, rigiditet versus fleksibilitet, og ikke minst konfrontasjon versus ikke-konfrontasjon av emosjonelt forsvar lar seg vanskelig avgrense i praksis. Kroppen er en sammenspillende enhet med mange systemer som til enhver tid jobber sammen og påvirkes av hverandre – sensorisk, proprioseptivt, emosjonelt og kognitivt. Vil ikke det å jobbe kroppslig uansett kunne berøre følelsene når vi vet at alle følelser har et kroppslig uttrykk? Som Thornquist & Bunkan (1986, s.17) sier er spenningstilstander like mye emosjonelle som fysiske tilstander. Hvor går da grensen? Når vi terapeuter presenterer “grensesettende øvelser” for pasienten - må man slippe opp “skallet” for å kunne si nei og stoppe med kroppen i selve øvingen.

Gretland (2007, s.206-8) stiller, med utgangspunkt i begrepsparet støttende-omstillende behandling, spørsmålet angående muskulært forsvar som sådan; hvis en forstår muskulært forsvar som en beskyttelse mot situasjoner som truer selvet og kontroll over eget liv, må det være en forutsetning at alle har utviklet sitt forsvar ut ifra nødvendighet. Ingen forsvarer seg uten at det er en grunn i sosial verden, og den terapeutiske verdien av å svekke et menneskes selvforsvar blir derfor vanskelig å se. Den terapeutiske hensikten bør heller fokusere på støtte, omsorg, og meningsskaping for styrke pasientens selvutfoldelse og sosiale selvhevdelse på sosialt vis. Da kan det være behovet for forsvar blir mindre. Hun uttaler at behandling bare er støttende hvis den ikke leder til selvplittelse og utagering. Pasienten må kunne være *med* med hele seg, og kunne forholde seg til de vanskelige følelsene som måtte komme. Jeg tenker da på det faktum at psykomotorisk fysioterapi oppsto i psykiatrien, men ofte betegnes som uegnet for psykiatriske, ego-svake pasienter er i seg selv en motsigende tankestrek. Sternberg og Bohan (Kise, 2016, s.11) skriver at psykomotorisk fysioterapi opprinnelig ble sett på som uegnet behandling for ego-svake mennesker med psykiatriske problemstillinger, fordi behandling kunne føre til sterke følelsesmessige og kroppslige reaksjoner som kunne bli vanskelig håndterbare. Informantene i denne studien anerkjenner integreringen, og skiller ikke systematisk mellom støttende og omstillende. Det er nærliggende

å tenke at hva som fungerer støttende ikke dreier rundt terapimetoder og teknikker, men må karakteriseres i hva som oppleves slik for den enkelte pasient?

#### 4.3.1 Endring og mål

Informantene i denne studien uttrykker at endring gjennom motivert læring er positivt og ønskelig. Dette samsvarer med Kise (2016) sine funn (Kise, 2016, s.66). I støttende behandling er ikke “endringen” artikulert like klart som i omstillende. Informantene ønsker at pasientene skal få grep om seg selv via økt selvavgrensning og autonomi, økt identitetsfølelse og samhandlingsevne. Er ikke det å få mer grep om seg selv da en endring? Jeg spør meg selv hva er terapeutisk arbeid om vi ikke ønsker noe annet enn hva utgangspunktet er? Gretland (2007, s.97) underbygger dette ved å si: “Endring i en eller annen form er et mål i all terapi - også fysioterapi”.

Så hvis støttende behandling er psykomotorisk fysioterapi så skal vi se etter endringspotensialet, mens den etymologiske betydningen av å støtte: *lene, holde (kropp, kroppsdel) i hvilende stilling (på, mot, til) eventuelt å støtte opp om eller å støtte opp under* (Det norske akademis ordbok, 2020) og betydningen av å stabilisere: *å stå fast* (Store norske leksikon, 2020) hentyder til en viss passivitet og stillstans.

For å finne endringspotensialet kan pasientens plassering i toleransevinduet benyttes. Toleransevinduet er en forståelsesmodell som for flere av informantene var viktigere enn å skille mellom støttende og omstillende behandling. Det er etablert kunnskap om at traumeopplevelser stimulerer det autonome nervesystem, og bringer individet inn i en tilstand av enten sympatikus hyperaktivering eller parasympatikus hypoaktivering - primære forsvars- og overlevelsesstrategier vi kaller fight, flight, submission og freeze (kjemp, flykt, underkastelse og frys) (LeDoux, 2002, Ogden et al., 2006, Porges, 2003, Van der Kolk, 1996a, 1996b i Corrigan, Fisher & Nutt, 2010, s.2). I etterkant av traumer vil mange fortsette å lide av en autonom sensitivitet til stimuli som er direkte eller indirekte relatert til traumet. Med et dysregulert nervesystem blir det vanskelig å modulere følelser, og personen kan enten bli overvelmet av følelser eller kjenne på depresjon samt ha vanskeligheter med å regulere seg vekk fra ytterpunktene. Med dette følger også sterke somatiske responser hvor kroppen oppleves fryst, kollapset eller svært handlekraftig. “Toleransevinduet” ble først beskrevet av Siegel i 1999. Han mente at mellom de ekstreme ytterpunktene av sympatikus- og parasympatikus-aktivitet finnes vindu med optimal aktivering hvor emosjoner er tolerable og erfaringer og opplevelser kan integreres.

Ulike tiltak kan benyttes for å oppnå en angstreduserende effekt. Trening, avspenningsteknikker, yoga og annen fysisk aktivitet med fokusert oppmerksomhet kan være tiltak for pasienter som er hyperaktivert. For pasienter med hypoaktivering kan også forsiktig aktivitet og bevegelse være nyttig (Corrigan, Fisher & Nutt, 2011, s.7). Dette er tiltak som benyttes i psykomotorisk fysioterapi. Toleransevidu kan på denne måten brukes som et dynamisk alternativ til det mer stillestående begrep støttende.

Mål for støttende behandling er å hjelpe pasienten til et best mulig liv ut fra egne forutsetninger, og å sette i gang en langsom, skånsom kroppsterapi (Bunkan, 2008, s.233). I omstillende behandling siktes det mot respirasjonsomstilling (Thornquist, 2006, s.29). Informantenes mål i denne studien var fysiske, inkludert “en friere og mer dynamisk pust” såvel som kognitive og emosjonelle, og glir over til det omstillende. Renander (2013, s.31) uttrykker at mål som glir over i omstillende behandling oppnås ved tiltak som påvirker den tilvente kroppen. Den tilvente kroppen er ifølge Merlau-Pontys kroppsfenomenologi det som eksisterer som en bakgrunn i våres aktuelle kropps persepsjon. Det tilvente kroppen har med vaner å gjøre, og Renander (2013, s.51) hevder støttende behandling burde fokusere mer på dette for å få til endringer og erfaringsmuligheter.

Pasientens plager er fortsatt omdreiningspunktet i psykomotoriske fysioterapeuters praksis. Å anerkjenne den dynamiske prosessen i terapiforløpet ser ut til å være viktig. Kanskje er det på tide å forkaste begrepene støttende og omstillende, og se på dem som to diffuse fenomen som glir inn i hverandre, og kalle det hele for psykomotorisk behandling? Eventuelt kalle det psykomotorisk fysioterapi som vektlegger mer eller mindre stabiliserende og inngripende momenter. En av informantene uttrykker det slik: “Omstilling har en plass i støttende behandling”. Om støttende funksjoner som stabilisering, balanse og trygghet er viktig i all psykomotorisk behandling, og vi samtidig ønsker endring og kroppslig omstilling, så kanskje vi heller kan si at støttende behandling har en plass i omstillende behandling? Tendensen er fra informantenes side en kontinuerlig og dynamisk vurdering, og bekrefter at støttende og omstillende kan eksistere i et symbiotisk forhold til hverandre i psykomotorisk fysioterapi.

#### 4.3.2 Støttende behandling og begripeligheten

Det salutogenetiske perspektivet peker på helsefremmende arbeid, og aktualiseres i fysioterapeutisk praksis, hvor arbeid med kropp og bevegelse for å fremme god helse er en grunnforståelse. Aspektet begripelighet, i Antonovskys (2012) begrep “opplevelse av sammenheng” (OAS) omhandler hvorvidt stimuli man utsettes for oppleves forståelige,

sammenhengende, og ikke kaotiske. Psykomotoriske pasienter med traumeerfaringer kan ha en kaotisk opplevelsesverden med smerter og reaksjoner som oppleves uforståelige. Funnene i denne studien viser at informantene var opptatt av om pasienten hadde forståelse for plagene sine og kunne sette dem i en sammenheng allerede ved første møte. Å forstå sammenhengen kan man se på som forutsetning for “å samle seg om det skjer, og få en opplevelse”, som en informant uttaler det. Å forstå noe kan være motivasjons- og læringsfremmende og en grobunn for ny innsikt og forståelse, noe informantene var opptatt av. Å bringe pasienter inn i sitt toleransevindu fremmer kognitive funksjoner som oppmerksomhet og læring om hva skjer. Innsikt og forståelse kunne føre til endringer. En av Antonovskys antagelser om salutogenese er at en må fokusere på personens historie heller enn på diagnosen. Psykisk helsearbeid kan tilrettelegge for at personer kan strukturere sine livserfaringer på en måte som styrker SOC. I livssituasjonen kan en finne ressurser som kan bidra til bedringsprosessen (NAPHA, 2014, s.15).

Det framstår i denne studien som om psykomotoriske fysioterapeuter for det meste tilrettelegger for at pasientene får en opplevelse av sammenheng ved hjelp av de ulike mestringsstrategier, av både psykofysisk og relasjonell karakter. Den salutogene tilnærmingen kan på denne måten sees på som relevant og overordnet i arbeid med pasienter som får støttende behandling. Å forsøke å klargjøre hva vi legger i støttende behandling, og om dette kan settes inn i et helseperspektiv, mener jeg er viktig slik at vi psykomotoriske fysioterapeuter fortsatt kan påberope oss en plass innen psykisk helsearbeid slik Bülow-Hansen en gang gjorde for oss i psykiatrien.

## 5 Drøfting av metodologi

Videre redegjøres for metodiske valg samt refleksjoner og etiske overveielser som angår forskningsprosessen.

### 5.1 Metodiske valg

Fenomenologien i seg selv er kritisert for et naivt syn på språk og en overdreven tro på beskrivelser. Er språk som virkemiddel funksjonelt nok til ikke å bare å beskrive fenomener, men også å undersøke opplevelsen i seg selv? Er det deskriptive den sannferdige vitenskapen om mennesket eller må beskrivelsene gi oss mer for å ha innflytelse på samfunnet? (Langdridge, 2017, s.281). Lopez & Willis (2004) hevder at selv om den beskrivende fenomenologien har vist seg nyttig til å avdekke essensen av fenomener som tidligere forskning ikke har fått grep om, kan den fortolkende tilnærming bidra til å se disse i fenomenene i en kontekst som er direkte relevant til praksis (Lopez & Willis, 2004, s.734). Det er en pågående diskusjon hvor vidt den fortolkende fenomenologien kan plasseres i hermeneutikken, eller om fenomenologi og hermeneutikk kan kombineres i samme forskning. Johansson (2016) antyder at disse to perspektivene synes uforenlige på et overordnet vitenskapsteoretisk nivå, og at dette dreier seg om at resultatene bør sees som hermeneutiske fortolkninger eller fenomenologiske essenser, og retningenes syn på forforståelse.

Fjelland skriver om hermeneutikken, at ord som skrives materialiseres i tekst og løsrives fra forfatteren og situasjonen (Fjelland, 1999, s.43). Det at teksten blir betraktet som et selvstendig produkt løsrevet fra informanter og forfatter, og tolkningen betinges av forfatter, mens også av leserens kontekst, kan sees på som en svakhet ved metoden. Hvilket forhold og erfaring leseren har med støttende behandling kan derfor påvirke forståelsen av teksten.

Kvalitativ metode er egnet for å belyse nyanser og subjektive erfaringer, og kan brukes til å lære mer om informantens erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger (Malterud, 2017, s.30). Denne undersøkelsen etterspør informantens beskrivelser og erfaringer med behandlingstilnærmingen, og det vurderes derfor at dette er en problemstilling som kan utforskes med en kvalitativ metode. Kvalitativ metode tilegnes ofte egenskapen innsiktsfremmende framfor å skape oversikt. Tjora (2017, s.28) argumenterer for at dette er en for generell karakteristikk av forskningsmetoden, og at kompleksiteten bak metoden sammenlignet med kvantitativ metode tilsløres. For å skape innsikt og forståelse i kvalitativ forskning stiller man spørsmål som får fram områder for utforskning heller enn spesifikke faktorer som kan forklare funn. Kvalitativ forskning fordrer en genuin nysgjerrighet for prosesser og mekanismer. Tjora anser videre oppfatningen av kvalitativ forskning som primær

subjektiv kontra den kvantitative forskningen som overordnet objektiv som kritikkverdig. Begge metoder søker individuelle synspunkt, og tolkning av tallmateriale i kvantitativ henseende vil påvirkes hva slags teorier og perspektiv forskeren bruker. Begge metoder søker subjektive størrelser, men fordelene med kvalitative metoder er at man kan få utdypet og redegjort for spørsmålene i større grad. Det er også en mulighet for at man kan identifisere tema og forhold som det i utgangspunktet ikke ble spurt etter (Tjora, 2017, s.30) Forskersubjektiviteten ansees allikevel som større i kvalitative metoder, noe jeg kommer tilbake til i avsnittet om forforståelse. Ulempene med kvalitativ forskning er at begrepene validitet og reliabilitet ikke kan benyttes i tradisjonell forstand. Det oppstår i tillegg utfordringer med generalisering, senere kalt overførbarhet, slik at predikering på grunnlag av funn ofte ikke er riktig eller mulig (Langdridge, 2017, s.28).

En svak side ved det metodiske designet er at utvalgets størrelse må begrenses, i motsetning til bruk av for eksempel spørreskjema og statistisk analyse hvor responsmengde og datagrunnlag kunne blitt større. Dette gir et begrenset diskusjonsfundament og generaliseringsgrunnlag (Langdridge, 2017, s.27-28). Malterud (2017, s.61-63) argumenterer for at et representativt og kontrollert utvalg allikevel ikke vil sikre nok mangfold og variasjonsbredde til å styrke overførbarheten, og kan derfor ikke brukes som et nødvendig kriterium i kvalitativ forskning. Malterud (2017) mener videre at utvalgsstørrelse må sees i sammenheng med informasjonsstyrken i utvalget. Grad av informasjonsstyrke påvirkes av om problemstillingen er fokusert, om informantene kan formidle mye og variert informasjon, om det er et relevant teorigrunnlag, og om gode meningsutvekslende samtaler finner sted. Jo høyere informasjonsstyrke, jo færre informanter er nødvendig. En god informasjonsstyrke øker mulighetene for refleksjoner og vurderinger over resultatenes feilmarginer. Et stort antall informanter kan vanskeliggjøre en dyptgående analyse og gi preg av overfladiskhet. Et strategisk utvalg med fem informanter anså jeg derfor ville være fordelaktig for å belyse ulike sider ved problemstillingen. Jeg lyktes med å fremskaffe informanter som hadde utdanningsbakgrunn fra ulike skoler og praksisbakgrunn fra ulike områder i helsetjenesten. Ulemper ved å rekruttere informanter, gjennom det som mye ble et tilgjengelighetsutvalg, er at man ikke vet om utvalget vil kunne generere nok data til å gi representative svar – i dette tilfelle et helhetlig bilde som rommer ulike forståelser og grunnlag for et komparativt perspektiv. I 2015 var 425 psykomotoriske fysioterapeuter i Norge og flere utdannes hvert år (Norsk fysioterapeutforbund, 2020). Om jeg har truffet et heterogent utvalg av disse er det vanskelig å si. Jeg aksepterte å leve med de skjevhetene som eventuelt måtte gjelde.

Fordelen med semistrukturert intervju er at spørsmålene er åpne og legger til rette for refleksjon hos intervjuobjektet. På denne måten er det lett å samle og sammenligne data, alle ønskelig emner blir med og den som intervjues blir ikke hemmet av fastlagte svar. Ulempene kan være for lite fleksibilitet, det at spørsmålsformuleringen kan bli avgjørende og at koding av responser dertil vil påvirkes (Langdridge, 2017, s.57). Alternative metodiske tilnærminger jeg kunne ha benyttet i kvalitativ tradisjon er observasjon av pasientbehandlinger eller intervju med pasienter som har fått støttende behandling, men jeg vurderte det slik at fysioterapeutenes direkte formidling om tema ville bidra til å besvare problemstillingen på en hensiktsmessig måte.

## 5.2 Refleksjon etter intervjuene

Intervjuguiden viste seg å være til god nytte i den hensikt at alle aspekter i støttende behandling sett i klinisk sammenheng så ut til å bli dekket. Fire av informantene brukte den tilmålte tiden, mens en kjente seg ferdig med alle spørsmålene på 45 minutter. Spørsmålene viste seg å være mer åpne enn først antatt, og flere informanter reflekterte over hele det kliniske forløpet i løpet av de første spørsmålene. De resterende spørsmålene fungerte dermed som en god mulighet til fordypning i de ulike aspektene. Ved telefonintervju gikk jeg glipp av kroppsspråk og ansiktsmimikk som i stor grad krydrer samtalen og bekrefter innholdet, men positivt sett bidro dette til at jeg ble satt mer i bakgrunnen og min respons kunne i mindre grad påvirke informantens budskap. Det poengteres hos Tjora (2017, s.70), at informanter som intervjues over telefon får en større følelse av anonymitet, og at det kan oppfattes som positivt å ikke bli visuelt påminnet om at det blir gjort opptak. Dette var også grunnen til at jeg ikke valgte videosamtale. Min generelle oppfatning er at mennesker føler seg mer ubekvem ved videosamtaler enn telefon, i tillegg til at dette ville medføre flere tekniske vendinger.

## 5.3 Forskerens rolle

### 5.3.1 Forforståelse og refleksivitet

Med utgangspunkt i det fortolkende paradigmet vil jeg som forsker påvirke forskningsprosessen. Mine faglige interesser, motiver og personlige erfaringer bidrar til utvikling av problemstilling, hvilke perspektiv og metode som velges og hvordan konklusjonene trekkes bidrar til å sette kunnskapen i en spesifikk sammenheng. Med filosofiske forutsetninger fra hermeneutikk og fenomenologi avvises det at forskeren kan innta en nøytral rolle i kunnskapsutviklingen (Malterud, 2017, s.41). Denne forforståelsen eller refleksiviteten omhandler den aktive holdningen forskeren inntar på leting etter konfrontasjoner med egne

posisjoner og forestillinger. Gjennom hele prosessen skal forskeren vise vilje og evne til å stille spørsmål ved egne fremgangsmåter og konklusjoner (Malterud, 2017, s.19).

For å innfri kravene til refleksivitet har jeg både før og under forskningsprosessen hatt et bevisst forhold til sin egen forforståelse. Jeg har forsøkt å identifisere hvilke forhold i klinisk praksis som åpnet for dette prosjektet, og reflektert rundt hvordan andre forskere eller klinikere ville ha angrepet problemstillingen. Ut ifra egen praksis har jeg bevisstgjort forventninger til funn uten å la dette bli styrende for analysen. Jeg er klar over at mitt faglige perspektiv og begrepsapparat har rot i egen utdanning og klinisk erfaring. Å være bevisst min teoretiske referanseramme har vært viktig for å forstå meningen og strukturere funn, spesielt i sammenfatningen av resultatene og i diskusjonen. Å klargjøre teoretiske begrep har vært viktig for å høyne grad av intersubjektivitet slik at leseren får del i hvilken teoretisk bakgrunn dette er bygget på. Å velge semistrukturert intervju var en bevisst måte å holde meg i bakgrunnen på. Ved å følge en intervjuguide unnlot jeg å stille de oppfølgende og ledende spørsmålene for å få bekreftet mine egne meninger og redusere innflytelsen på formidlingen.

Tolkningen av materiale vil preges av hvilke mønstre forskeren evner å gjenkjenne. Mennesker har individuelle forutsetninger og erfaringer som man bevisst eller ubevisst har med seg inn i tolkningen. Det har vært ønskelig å gjengi informantens stemme så lojalt som mulig, men det er ikke til å komme unna at fase tre og fire i analysen er preget av tolkning av menneskelig mening og har hatt mest påvirkning på resultatene. Det vært en utfordring å unngå ekkoeffekten (Malterud, 2017, s. 43-49) hvor forståelse og resultater forveksles uten å bidra med nye funn til temaet. Fullstendig nøytralitet og objektivitet så jeg allikevel på som en utopisk tanke i møte med mine informanter, og dertil ble det viktig at jeg tilstrebet et åpent sinn under gjennomføring, samt under tolkning og forståelse av materialet i etterkant. På denne måten mener jeg å ha inntatt et selvgranskende blikk på egen teoretisk referanseramme, faglig perspektiv, erfaring, verdisyn og utfall av studien.

### 5.3.2 Relasjonen til utvalget

Kunnskapen vil påvirkes av hvor vi henter materialet fra (Malterud, 2017, s.68). Et viktig aspekt verdt å belyse og problematisere i mitt prosjekt er den profesjonelle og kollegiale relasjonen mellom informant og intervjuer. Jeg har selv fysioterapeututdanning med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. Den teoretiske referanserammen som omfatter teorier, begrepsapparat, definisjoner og forskningstradisjoner og som brukes for å forstå meningen og strukturere funn vil derfor i stor grad sammenfalle med informantens. Fordelen med å intervjuer fagfeller er den felles kunnskapsplattformen. En gjensidig forståelse og forventning



om ærlighet og ønske om å bidra mener jeg reduserer sjansene for tilbakeholdelse av informasjon eller ønske om å tilfredsstille intervjuer ved å tilpasse respons. Denne relasjonen kan allikevel ikke frigjøre seg fra forutinntatthet hos begge parter. Påvirker dette spørsmålenes ordlyd eller spørsmålsstillingens karakter? Vil jeg “vite” hva jeg får til svar? Kan informantene unngå å fortelle noe, ikke intensjonelt, men i oppfatningen av at noe er selvsagt, og ikke behøver å eksplisitt gjøres greie for? Til opplysning kjente jeg ikke til informantene fra tidligere.

## 5.4 Kvalitetssikring

### 5.4.1 Troverdighet og relevans

I kvalitativ forskning defineres troverdighet av spørsmålet om hvorvidt prosjektets framgangsmåter og funn reflekterer formålet og representerer virkeligheten – samlet betegnet som intern validitet. I hvilken grad vil funnene mine avspeile fenomenene som interesserer meg? Troverdigheten styrkes ved å ta utgangspunkt i flere undersøkelsesarenaer, å tilbakeføre resultatene til informantene for å få bekreftet resultatene, eller la andre forskere delta i analyseprosessen (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2016, s. 232). Å oppfylle Johannessen et al. sine kriterier for troverdighet med å undersøke flere arenaer kan jeg best mulig forsvare med heterogent utvalg. Utvalget har bakgrunn fra flere områder innen helsetjenesten. Informantene vil ikke få tilsendt resultatene før det ferdige produktet er klart. Dermed kan spørsmålet om troverdighet bli aktualisert i etterkant av prosjektet. Andre forskere har ikke deltatt i analyseprosessen, noe som svekker troverdigheten.

Jeg kan lettere relatere til Malteruds (2017, s.24) beskrivelse av denne type intern validitet som hun kaller relevans - å forebygge systematiske feil i forskningsprosessen. Å overveie relevansen innebærer refleksjon over spørsmålsstilling og kartleggingsmetoder og deres relevans for problemstillingen. Har informantene svart på det spørsmålet jeg ønsket å stille? Denne valideringen av funnene er gjort ved å først nøye utforme og revidere intervjuguiden. Deretter dekontekstualiserte jeg teksten, for så å rekontekstualisere resultatene opp mot det opprinnelige materialet ved å systematisk lete etter data som motsier de konklusjonene jeg kom fram til.

### 5.4.2 Begrepsvaliditet

Det finnes ingen enkel måte å etablere begrepsvaliditet på, men en subjektiv vurdering av om spørsmålene i en test ser ut til å måle det vi vil at den skal måle, noe man også kan kalle overflatevaliditet (Langdridge, 2017, s.44). Sagt på en annen måte; vil spørsmålsformulering med faglige ord og uttrykk jeg stiller informantene besvare problemstillingen. Jeg ønsker å

utforske støttende behandling, noe man ikke finner tydelig avgrenset og definert i tidligere litteratur. I dette prosjektet blir derfor informantene presentert for begrepet uten en avklarende definisjon. Med informanter som er psykomotoriske fysioterapeuter kan det derfor tenkes at disse allerede ved introduksjon til prosjektet har en oppfatning og forforståelse av hva temaet er, men de må selv avgjøre meningsinnholdet i begrepet. Ved en slik framgangsmåte, uten avklarende definisjoner, møter jeg utfordringer med begrepsvaliditeten, og det komparative perspektivet mellom informantene. Begrepet støttende behandling ble det tidlig i intervjuet stilt spørsmål ved – noen informanter var mer vant til begrepet “stabiliserende behandling” eller anså ikke støttende behandling som avgrenset begrep i det hele tatt. Andre eksempler på ord som vekket oppmerksomhet var “konfrontasjon” av muskulært forsvar og “overskridelse” sett i sammenheng med kroppsopplevelser. Dette var ord enkelte informanter vanligvis ikke benyttet eller ikke kjente til.

#### 5.4.3 Overførbarhet

Overførbarhet, også kalt ekstern validitet, sier noe om hvorvidt funnene kan generaliseres og si noe mer universelt om et fenomen (Malterud, 2017, s.24). Tjora (2017, s.238) argumenterer for at begrepet generalisering i stedet bør benyttes i ulike former med spesifikke kriterier da det i overførbarhet ligger en innsnevring av betydningen. Jeg har valgt å støtte meg til Malterud sin redegjørelse om overførbarhet.

Funnene i denne studien kan være viktig for psykomotorisk praksis. Da informantene presenterer ulik bakgrunn og erfaring vil dette være med på å gyldiggjøre funnene i ulike psykomotoriske praksissteder i helsevesenet, og dermed ha en pragmatisk relevans. En heldig konsekvens er om også fysioterapeuter i allmenn praksis kan utvide forståelsen for psykosomatisk problematikk. Masteroppgaven “Hva kjennetegner pasienter som går regelmessig til fysioterapi?” oppgir som hovedfunn at pasienter som skårer høyt på grad av psykososiale faktorer er assosiert med regelmessig bruk av fysioterapi. Funnet understreker at det er viktig for fysioterapeuter å kartlegge psykososiale faktorer hos sine pasienter, da pasienter kan ha behov for en annen oppfølging samtidig med, eller i stedet for fysioterapi (Opseth, 2013, s.57). Helsedirektoratet skriver i rapport om “Videreutdanning for fysioterapeuter – behov for en ny bred klinisk masterutdanning?” at det er stor grad av samsykelighet mellom de to største årsakene til helsetap i Norge: muskel- og skjelettlidelser og psykisk helse- og rusrelaterte lidelser (Helsedirektoratet, 2018, s.19). Funnene i dette prosjektet kan også være nyttig i kontekst med annet psykisk helsearbeid. Utvalgsstørrelsen, og bruk av kvalitativ metode som

sådan vil kunne påvirke spørsmålet om overførbarhet, men håpet er at dette prosjektet bidrar til å øke forskningsomfanget i psykomotorisk fysioterapi, og en større bevissthet i praksisen.

#### 5.4.4 Pålitelighet

Pålitelighet, kan sammenlignes med kvantitative reliabilitet og forteller om de samme resultatene kan oppnå ved gjentakelse av studien (Malterud, 2017, s.24). Pålitelighet handler om intern logikk og sammenheng i prosjektet. Grad av pålitelighet påvirkes av hvordan forskeren reflekterer over sin forforståelse og relasjon til utvalget samt sin redegjørelse for forskningsprosessen (Tjora, 2017, s.231-5). I denne studien redegjøres det for teoretiske begrep og forforståelse. Rekruttering og analyseprosess er nøye beskrevet. En strukturert intervjuguide benyttet slik at de samme spørsmålene kan gjentas i samme rekkefølge. Det er allikevel viktig å huske på at informanter får erfaring og nærhet til spørsmål som stilles dem flere ganger, noe som kan bidra til justering av egne svar i eventuell repetisjon av intervjuet. Spørsmålet om pålitelighet ansees som et mindre aktuelt kriterium i kvalitativ forskning da menneskelig formidling og tolkning i stor grad er involvert. Å fokusere på intersubjektivitet kan være et alternativ for å kvalitetssikre påliteligheten i eventuell gjentakelse av prosjektet (Malterud, 2017, s.24). Kravet om pålitelighet eller reliabilitet er lite hensiktsmessig i dette prosjektet fordi datainnsamlingen er styrt av ikke-strukturerte innsamlingsteknikker sammenlignet med kvantitativ forskning, og som samtidig er verdiladet og kontekstavhengig. Jeg bidrar med min bakgrunn og individuelle tolkning, og en annen forsker kan ikke gjenta samme prosjektet på nøyaktig samme måte (Johannessen et. al, 2016, s.231-2).

## 6 Avslutning

### 6.1 Konklusjon

Denne oppgaven har undersøkt hvordan psykomotoriske fysioterapeuter beskriver og erfarer støttende behandling. Gjennom en systematisk analyse har jeg formidlet fellestrekk fra informantenes bidrag i hva de legger til grunn når støttende tiltak velges, og hvilke fellestrekk vi finner i utøvelse av behandlingen. Studien bidrar med nye refleksjoner rundt støttende behandling sammenlignet med omstillende behandling. Hovedfunnet i denne studien er at støttende behandling ikke er en avgrenset og spesifikk metode. Funnene viser at støttende behandling mye er i samsvar med det som litteraturen tidligere har antydnet som støttende behandling, selv om det er variasjoner i hvorvidt tidligere forfattere bruker begrepet, eller i det hele tatt regner dette som psykomotorisk fysioterapi. Funnene viser at skillet mellom støttende og omstillende behandling er diffust, og at individuelle tilpasninger avgjør om behandlingen kan karakteriseres støttende.

### 6.2 Implikasjoner for psykisk helsearbeid

Studien viser at støttende behandling består av elementer som kan gi 'opplevelse av sammenheng', og kan forsvares i et salutogenetisk perspektiv. Dette helseperspektivet kan fungere som praksisstyrende for støttende behandling som helsefremmende behandling. Denne studien bidrar i tillegg med kliniske betraktninger og refleksjoner som kan øke bevissthet rundt støttende og omstillende behandling i praksis, og hvorvidt begrepene skal forkastes til fordel for en tankegang om individuell og helhetlig psykomotorisk behandling. Utarbeidelse av gode, faglige retningslinjer for premisser, utøvelse og målsetting i psykomotorisk fysioterapi er viktig slik at tjenesten har en tydelig fagutøvelse med klare rammer. På den måten kan mennesker med psykiske utfordringer og samfunnet for øvrig vite hva man kan forvente av innholdet i tjenesten. Dette er viktig fordi psykomotorisk fysioterapi har et stort potensial som helsefremmende tiltak innen psykisk helsearbeid. Gjennom kroppslig samhandling er det gode terapeutiske muligheter til å styrke pasienters mestring og selvstendighet.

### 6.3 Videre forskning

Elementer som kunne ha vært undersøkt nærmere er effekt av behandlingen, gjerne fra et pasientperspektiv. Det kunne også ha vært interessant å se på hva støttende behandling betyr og hvordan dette praktiseres i annet psykisk helsearbeid. Kan vi forstå den fysioterapeutiske varianten bedre for eksempel sett i lys av Recovery?

## Referanser

- Andersen, T.K. (2015). «Å våkne kroppslig» *Tilnæringsmåter og verktøy i psykomotorisk fysioterapi*. (Masteroppgave, Høgskolen i Hedmark). Hentet fra <https://brage.inn.no/>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bergland, A. Olsen, C.F., Ekerholt, K. (2018).  
The effect of psychomotor physiotherapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem and social support. *Physiotherapy Research International*, 23(4)  
[doi.org.ezproxy.nord.no:2048/10.1002/pri.1723](https://doi.org/10.1002/pri.1723)
- Brandal, K. (2018). Psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med pasienter som har nedsatt kontakt med kroppen. (Masteroppgave, OsloMet).  
Hentet fra <https://oda-hioa.archive.knowledgearc.net/>
- Bunkan, B.H. (1996). *Kropp, respirasjon og kroppsbilder: ressursorientert kroppundersøkelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkan, B.H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer. *Tidsskriftet den norske legeforening*. 121(24.), 2845-8. Hentet fra <https://www.tidsskriftet.no>
- Bunkan, B.H. (2003). *Den omfattende kroppundersøkelsen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bunkan, B. H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde: teori og helsefremmende behandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bunkan, B.H., Bülow-Hansen, Aa., Houge, N.H., Hødal, T. & Hansson, H. (1978). *Psykomotorisk behandling*. (3.utg.). Oslo: Kopinor Pensum.
- Bunkan, B.H. & Thornquist, E. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Braatøy, T. (1947). *De nervøse sinn: Medisinsk psykologi og psykoterapi*. D.2 Oslo: Cappelen.
- Catt, S., Chalmers, A. & Fallowfield, L. (2008). Psychosocial and supportive care needs in high-grade glioma. *The Lancet Oncology*, 9(9), 884-891.  
[doi.org/10.1016/S1470-2045\(08\)70230-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(08)70230-4)
- Corrigan, F.M., Fisher, J.J. & Nutt, D.J. (2011) Autonomic dysregulation and the window of tolerance of the effects of complex emotional trauma. *Journal of Psychopharmacology* 25(1),17-25. doi: [10.1177/0269881109354930](https://doi.org/10.1177/0269881109354930)
- Det Norske Akademi for Språk og Litteratur & Kunnskapsforlaget. (2018, 24. Januar). Det norske akademis ordbok. Hentet fra <https://naob.no/>
- Dragesund, T. & Kvåle, A. (2016). Study protocol for Norwegian Psychomotor Physiotherapy versus Cognitive Patient Education in combination with active individualized physiotherapy in patients with long-lasting musculoskeletal pain – a randomized controlled trial. *BMC musculoskeletal disorders*, 17(1)  
[doi.org/10.1186/s12891-016-1159-8](https://doi.org/10.1186/s12891-016-1159-8)
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2019). Learning and knowing bodies: Norwegian Psychomotor physiotherapists' reflections on embodied knowledge. *Physiotherapy theory and practice*, 35(1), 57-69.  
doi: [10.1080/09593985.2018.1433256](https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1433256).
- Ekerholt, K. & Falck, M. (1995). *Fotfeste: en kroppsbasert behandlingsprosess*. Oslo: Pax Forlag A/S
- Engh, og Radøy, L. (1982) Psykomotoriske prinsipper brukt i tungpsykiatrien. I: Bunkan, B.H., Radøy, L og Thornquist, E. Red. *Psykomotorisk behandling – Festskrift til Aadel Bülow-Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 182-185.
- Eskeland, S. (2019). *Samtalens betydning i psykomotorisk fysioterapi - En kvalitativ studie av psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med samtale i psykomotorisk fysioterapi*. Masteroppgave, OsloMet). Hentet fra

- <https://oda-hioa.archive.knowledgearc.net/>
- Fjelland, R. (1999). *Innføring i vitenskapsteori*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/>
- Foreningen Store Norske leksikon. (2020). Store Norske leksikon. Hentet fra: <https://snl.no/>
- Frydenlund Feilberg, M. (2016) Fysioterapi som relationel praksis – behandling af torturoverlevende. *Fysioterapeuten*, 83(4), 16-21.  
Hentet fra <https://fysioterapeuten-ebblad.no/>
- Goldbeck, L. (2009). Supportive interventions to enhance the mental health of children-an under-researched field. *Child and adolescent psychiatry and mental health*,3(1) doi.org.ezproxy.nord.no:2048/10.1186/1753-2000-3-31
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen – Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gyllensten, A.L. (2012). Basal kroppskänedom. I G.Biguet, R. Keskinen-Rosenqvist & A. Levy Berg (Red.), *Att förstå kroppens budskap – sjukgymnastiske perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Haugen, K.H. (1997). En utdanning i bevegelse: 100 år med fysioterapiutdanning i Norge. Oslo: Universitetsforlaget.
- Heradstveit, O. (2018, 15. juni). Traumer og reguleringsvansker. Hva er toleransevinduet? Hentet fra <https://www.hjelptilhjelp.no/>
- Helsedirektoratet. (2016). *Habilitering, rehabilitering og bruk av avtalefysioterapeuter i primærhelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/>
- Helsedirektoratet. (2018). *Videreutdanning for fysioterapeuter -behov for ny bred klinisk masterutdanning?* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://fysio.no/>
- Holbæk, I. (2020, 5. juni). Hva er dissosiasjon og dissosiative lidelser? Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/>
- Holm,C.C. Steindal, A. S., Foss,B. & Dihle, A. (2018). En empirisk studie av fenomenet håp i recoveryprosesser innen psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(1) Hentet fra <https://www.idunn.no/tph/>
- Houge, N.H. (1978). Muskulære spenninger på psykogent grunnlag. I Bunkan, B.H., Bulow-Hansen, Aa., Houge, N.H., Hødal, T. & Hansson, H. *Psykomotorisk behandling*. Oslo: Kopinor Pensum AS
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5.utg.). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Johansson, K. (2016). Mellom hermeneutikk og fenomenologi – et essay i vitenskapsteori. *Norsk forening for musikkterapi, musikkterapi 2-2016*. Hentet fra: <https://www.musikkterapi.no/>
- Kise, K. (2016). *Støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi – behov for en avklaring?* (Masteroppgave, Universitet i Tromsø). Hentet fra <https://munin.uit.no/>
- Keskinen-Rosenqvist, R. (2012). Akut traumatisk stress – konsekvenser för hälsan. I G. Biguet, R. Keskinen-Rosenqvist & A.L. Berg (Red.), *Att förstå kroppens budskap- Sjukgymnastiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Langdridge, D. (2017). *Psykologisk forskningsmetode: En innføring i kvalitative og kvantitative tilnæringer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien forskning*, 4 (4), 288-296. doi:10.4220/sykepleienf.2009.0143
- Lilleaas, U-B. & Ellingsen, D. (2003). *Kvinnekroppens kår*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Lopez, K.A. & Willis, D.G. (2004). Descriptive Versus Interpretive Phenomenology: Their Contribution to Nursing Knowledge. *Qualitative Health Research*, 14(5), 726-734.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Masling J. (1999). Bodies Under Investigation: A Review of Body Image and Personality by S. Fisher and S.E. Cleveland (1958). *Journal of personality assessment*, 72(1), 164-174.
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer – en kunnskapsoppsummering. (1)*. Hentet fra <https://napha.no/> Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Norsk fysioterapeutforbund. (2015, 25. januar). Om fagfeltet. Hentet fra: <https://www.fysio.no>
- Nijenhuis, E.R.S., Van der Hart, O & Steele, K. (2016). Traumerelatert strukturell dissosiasjon av personligheten. Teoretisk forståelse og begrepsavklaring. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (Red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg* (s. 73-88). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ogden, P. & Minton, K. (2000). Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory. *Traumatology* 6(3), 149-173. doi: 10.1177/15347656000600302
- Oncology Nursing Society. (2020). Supportive care/Supportive interventions. Hentet fra: <https://www.ons.org/>
- Opseth, G. (2013). *Hva kjennetegner pasienter som går regelmessig til fysioterapi? Muskel- og skjelettplager i primærhelsetjenesten*. (Masteroppgave, Universitet i Oslo). Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/>
- Opaas, B.E. (2012). *Psykomotorisk fysioterapi til tenåringer - en kartleggingsstudie med fokus på mestring og utfordringer*. (Masteroppgave, Høgskolen i Hedmark). Hentet fra <https://brage.inn.no/>
- Ottesen, A. & Thornquist, E. (2015). Kroppen i styringsdokumenter for psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(2), 129-138. Hentet fra <https://www.idunn.no/tph>
- Renander, S. (2013). *Hvordan forstår og begrunner fysioterapeuter støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi?* (Masteroppgave, Universitet i Tromsø). Hentet fra: <https://munin.uit.no/>
- Sletvold, J. (2013). The ego and the id revisited Freud and Damasio on the body ego/self. *International journal of psychoanalysis*, 94(5), 1019-1032.
- Tidsskrift for psykisk helsearbeid. (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol.5 (2), 98-103. Hentet fra <https://www.idunn.no/tph>
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2005). Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling – En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(1), 30-44. Hentet fra <https://www.idunn.no/tph>
- Thornquist, E. (2006). Tenkning og tilnærming. Del 1: Kjennetegn, prinsipper og framgangsmåter. *Utposten*, 35(5), 28-32.
- Tjora, A. (2016). *Viten skapt: kvalitativ analyse og teoriutvikling*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tvedten, N. & Ottesen, A. (2016). *Psykomotorisk fysioterapi – en praksis i bevegelse. Festskrift til Gudrun Øvreberg*. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet.
- Universitet i Oslo (2020). Nettskjema. Hentet fra:

- <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/>
- Varvin, S. (2016). Overgrep og traumatisering. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd & E. Stanicke (Red.), *Psykiatriboken – sinn-kropp-samfunn*. (s.411-421). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Vestli, I. M. (2019). *Ungdoms erfaringer med psykomotorisk fysioterapi i gruppe*. (Masteroppgave, OsloMet). Hentet fra <https://oda-hioa.archive.knowledgearc.net/>
- Øyehaug, G.A., Paulsen, A.K., Vøllestad, N.K. & Robinson, H.S. (2019). Prioritering og ventetid hos avtalefysioterapeuter – en tverrsnittstudie. *Fysioterapeuten*, 86(7.), 22-27.



# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Hvordan beskriver psykomotoriske fysioterapeuter støttende behandling?

### Referansennummer

191998

### Registrert

25.03.2020 av Kristine Dalaker Mortensen - kristine.d.mortensen@student.nord.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

Nord Universitet / Fakultet for sykepleie og helsevitenskap / Helsevitenskap

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Cathrine Fredriksen Moe, cathrine.f.moe@nord.no, tlf: 75517905

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Kristine Dalaker Mortensen, kristine.d.mortensen@student.nord.no, tlf: 95235388

### Prosjektperiode

01.01.2020 - 31.12.2020

### Status

25.03.2020 - Vurdert

### Vurdering (1)

#### 25.03.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 25.05.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Vedlegg I

Region:

REK nord

Saksbehandler:

Lill Martinsen

Telefon:

Vår dato:

10.09.2020

Vår referanse:

176328

Deres referanse:

Cathrine Fredriksen Moe

## 176328 Støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi

Forskningsansvarlig: Nord universitet

Søker: Cathrine Fredriksen Moe

### Søkers beskrivelse av formål:

*Tema for masterprosjektet er støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi. Formålet med prosjektet er å undersøke hvilke valg psykomotoriske fysioterapeuter tar i henhold til stabiliserende/støttende behandling som tilnærming og metode. Jeg er interessert i prinsipper, vurderinger og erfaringer man begrunner og utøver behandlingen med. Psykomotorisk fysioterapi er en av flere faglige spesialiteter innen fysioterapi, og et felt som sammenfaller med psykisk helsearbeid. Fysioterapi er en lovpålagt tjeneste i Norge, og en vesentlig del av den norske velferdsstatens helsetilbud. Med dette mandatet er det opp gjennom årene stilt større og større krav til at offentlig autoriserte fysioterapeuter innehar høy faglig kompetanse. Faget har gjennom de siste 100 årene gått fra å være muntlig overført, assistentpreget, og underdanig legene til å bli vitenskapelig forankret i universitetssystemet. Psykomotorisk fysioterapi har langt på vei basert seg på muntlig og praktisk overbringelse av kunnskap med psykologisk litteratur som støttende teori. Dette samsvarer lite med fysioterapiens ambisjoner om å holde et høyt vitenskapelig nivå. Som psykomotorisk fysioterapeut med klinisk praksis mener jeg derfor det er viktig å kunne bidra til konvergering av praktiske erfaringer og forskningsbasert kunnskap gjennom et masterarbeid. Prosjektet vil sekundært kunne bidra til ny kunnskap om helse til pasienter som mottar psykomotorisk fysioterapi.*

### REKs vurdering

Vi viser til forespørsel om framleggingsplikt for ovennevnte forskningsprosjekt. Forespørselen er behandlet av sekretariatet i REK nord på delegert fullmakt fra komiteen, med hjemmel i forskningsetikkforskriften § 7, første ledd, tredje punktum. Søknaden er vurdert med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

### Veiledning vedrørende framleggingsplikt

De prosjektene som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om «*medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger*», jf. helseforskningsloven § 2. «*Medisinsk og helsefaglig forskning*» er i § 4 a), definert som «*virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom*». Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

Formålet med prosjektet er å, gjennom intervju, finne ut hvilke prinsipper, vurderinger og erfaringer fysioterapeuter som jobber i klinisk praksis og som enten er videreutdannet innen psykomotorisk fysioterapi eller har spesialisert seg innen psykomotorisk fysioterapi, begrunner og utøver behandlingen med.

Selv om prosjektet sekundært vil kunne bidra til ny kunnskap om helsen til pasienter som mottar psykomotorisk fysioterapi så faller ikke prosjektet inn under definisjonen av de prosjekt som skal vurderes etter helseforskningsloven.

Prosjekter som faller utenfor helseforskningslovens virkeområde kan gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler om taushetsplikt og personvern.

### **Vedtak**

Ikke fremleggspliktig

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll  
sekretariatsleder

Monika Rydland  
rådgiver

Vedlegg II

## **Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgaven**

### ***“Hvordan beskriver psykomotoriske fysioterapeuter støttende behandling?”***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi. Dette skrivet inneholder informasjon om formålet med prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål:**

Jeg heter Kristine Dalaker Mortensen og er fysioterapeut med psykomotorisk videreutdanning. For tiden er jeg masterstudent ved masterprogrammet Psykisk helsearbeid ved Nord Universitet, og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi, og jeg skal undersøke hvordan denne tilnærmingen beskrives, begrunnes og utøves i psykomotorisk fysioterapibehandling. For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervjuere fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi og spesialister i psykomotorisk fysioterapi.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Nord universitet er ansvarlig for prosjektet. Prosjektet gjennomføres av masterstudenten Kristine Dalaker Mortensen.

**Hvorfor får du spørsmål om å delta:** Du får spørsmål om å delta i dette prosjektet da du er fysioterapeut med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi eller spesialist i psykomotorisk fysioterapi og jobber i klinisk praksis.

**Hva innebærer det for deg å delta?** Du inviteres til å delta i et individuelt intervju med varighet inntil 60 minutter. Spørsmålene vil du få tilsendt på forhånd slik at du har mulighet til å forberede deg hvis du ønsker det. På grunn av Koronasituasjonen vil intervju gjøres på telefon. Tid for intervjuet blir vi sammen enige om. Opptak av intervjuet gjøres med digital

lydopptaker, og jeg vil samtidig ta notater. Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Opplysningene med lydbåndopptak og transkribering slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2020.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Opplysningene behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Kristine Dalaker Mortensen skal samle inn, bearbeide og lagre data.
- Masterstudent og veileder vil ha tilgang på data.
- Lydopptak gjøres med programmet Nettskjema, godkjent for innhenting av personopplysninger.
- Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha negative konsekvenser for deg om du velger å ikke delta eller på senere tidspunkt velger å trekke deg.

### **Hva skjer med opplysningene dine når jeg avslutter prosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes ved utgangen av 2020. Personopplysninger og opptak slettes ved ferdigstillelse av prosjektet.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,

- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

### **Kontaktinformasjon:**

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, kan om du sende meg en mail ([kristine.d.mortensen@student.nord.no](mailto:kristine.d.mortensen@student.nord.no)), sende melding eller ringe meg på 952 35 388 for å avtale videre fremgang.

Du kan også kontakte min veileder Cathrine F. Moe ved Nord universitet på tlf. 75 51 79 05 eller på mail: [cathrine.f.moe@nord.no](mailto:cathrine.f.moe@nord.no)

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Nord universitet, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap ved Tore Aune ([tore.aune@nord.no](mailto:tore.aune@nord.no)).

Med vennlig hilsen

Kristine Dalaker Mortensen

---

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 31. desember 2020

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# Intervjuguide

## Innledende del:

Signering av informert samtykke

## Demografiske data:

Informantenes yrkeserfaringer

## Spesifikk del:

### 1. Vurderingsgrunnlag:

*Anamnese:*

A) Hva i anamnesen er med i vurderingen når du velger støttende behandling?

*Kroppsundersøkelse:*

B) Hvilke funn i undersøkelsen, på de følgende områdene, avgjør om du velger støttende behandling?

- Holdningsanalyse
- Funksjon
- Respirasjon
- Muskeltonus
- Autonome reaksjoner
- Kroppsbilde
- Totalinntrykk

C) Hvilke funn anser du som kroppslige ressurser og kroppslige belastende faktorer?

D) Hvordan forstår du sprik i funn?

E) Hvilke kontraindikasjoner for psykomotorisk fysioterapi kan komme fram i anamnese eller undersøkelse?

### 2. Behandling:

A) Hvilke rammer settes for behandlingen om den skal være støttende?

*Utøvelse:*

B) Hva konkret gjør du, eksempelvis innenfor følgende områder?

- Valg av utgangsstillinger
- Bevegelsesanalyse/Bevegelser/Øvelser
- Andre typer øvinger
- Grep/manuelle teknikker



- Hjelpemidler
- Annet

C) Hva er det som gjør at tiltaket har en støttende effekt?

D) Hvilke erfaringer har du med struktur og dosering i behandlingen?

Begrep gjeldende kroppslige innfallsvinkel til jeg-støttende behandling:

E) Hvordan stimulere til følgende:

- Økt selvavgrensning, identitetsfølelse og samhandlingsevne

F) Kan du reflektere over hvordan du forholder deg til følgende i utøvelsen av støttende behandling:

- Konfrontasjon av emosjonelt forsvar versus ikke-konfrontasjon (Hvilken plass har omstilling og overskridelse i støttende behandling?)

G) Hvordan fremme mening og utvikling hos pasienten?

*Kommunikasjon:*

H) Hvilke refleksjoner har du med tanke på samspill og kommunikasjon mellom terapeut og pasient i støttende behandling versus omstillende behandling?

### 3. Mål og endring:

A) Hvordan vurderes måloppnåelse?

B) Hva er endring i støttende behandling?

### 4. Teori:

A) Hvilke prinsipper og teoretisk forankring støtter du deg på?

### Avsluttende del:

Er det noe mer angående tema du ønsker å belyse?

Tusen takk for hjelpen!

## Analyseprosessen ved bruk av systematisk tekstkondensering (STC)

### Trinn 1:

Tema
Traumehistorie
Kroppsbylde
Kroppskontakt
Individualisering
Trygghet
Relasjon
Mestring
Toleransevindu
Mål og endring

\*Tabellen viser de første ni tema fra trinn 1

### Trinn 2 og 3:

Tema	Kodegruppe
Traumehistorie →	Anamnese
Kroppsbylde →	Kroppsbylde
Kroppskontakt →	Individualisering
Individualisering →	Relasjon
Trygghet →	Toleransevindu
Relasjon →	Mål og Endring
Mestring →	
Toleransevindu →	
Mål og endring →	

\*Tabellen viser prosessen fra tema til kodegrupper

<b>Kode- gruppe</b>	Anamnese	Kroppsbil- de	Individet	Relasjon	Toleransev indu	Mål og endring
<b>Sub-gruppe</b>	Traumehisto- rie	Kroppskont- akt Underlagsføl- else	Tiltak Støttende effekt	Trygghet	Angst Mestring	Stabilitet Påvirkning Læring Mål

\*Tabellen viser kodegrupper og subgrupper

<b>Eksempel på Meningsbærende enhet</b>	<b>Kodegruppe og eksempler på subgrupper</b>	<b>Kondensat av flere meningsbærende enheter</b>
<p>“Det kommer ganske tidlig fram, opplever jeg, om dette blir en støttende eller omstillende behandling (...)hvordan de håndterer plagene, hvor gamle de er, hvis de er totalt uten nettverk eller at de er i stort traumebehandlings-forløp”</p>	<p><b>Kodegruppe:</b> Anamnese</p> <p><b>Subgruppe:</b> Traumehistorie</p>	<p>Jeg biter meg merke i traumehistorier og krenkelser av alle slag, helt fra barndommen av, og om det er dissosiativt bilde. Det er viktig å vite om livssituasjon i dag er stabil eller ikke. Omfang av symptomer og hvordan disse håndteres er også vesentlig for meg. Hvordan sosialt nettverk og fungering er i dag sier noe om vi skal ha en støttende tilnærming.</p>
<p>“Og kroppsbilde er nå veldig viktig i forhold til mitt inntrykk av om man skal legge seg på en støttende behandling. Om det er lite helhet, følelse av å være skjev. Om jeg palperer en legg, og de ikke kjenner noen ting – at det er lite kontakt.”</p>	<p><b>Kodegruppe:</b> Kroppsbilde</p> <p><b>Subgruppe:</b> Kroppskontakt</p>	<p>Kroppsbilde er veldig viktig i vurderingen om jeg skal legge meg på støttende behandling. Jeg tester ut hvordan pasienten kjenner kroppen sin – om det er kroppskontakt. Pasienter med et diffust og avvikende kroppsbilde mener jeg kan trenge støttende behandling. Et mål med støttende behandling kan være å få mer kroppskontakt. Jeg vil at de skal gjenkjenne den</p>

		<p>kroppslige beredskapen. Det er en kroppslig ressurs. Å kjenne at man har en kropp kan også styrke identitetsfølelse, selvavgrensning og samhandlingsevne.</p>
<p>“Jeg har ikke det her at jeg er veldig på støttende eller omstillende, men heller på grader og dosering. I hvilket tempo kan jeg gå? Jeg er nok der at jeg ikke har det skille. Det handler hele tiden om den prosessen du er i med den enkelte.”</p>	<p><b>Kodegruppe:</b> Individualisering.</p> <p><b>Subgruppe:</b> Tiltak</p>	<p>Jeg synes begrepet støttende behandling er utfordrende. Jeg tenker mer individuelt; “hva trenger han her?” Jeg tenker jeg skal gi en helhetlig behandling som er individuelt tilpasset. Da varierer det hva jeg velger av utgangsstillinger, nærhet, “hands on”-teknikker eller øvelser. Det er veivalg man tar sånn intuitivt ut ifra pasientens reaksjoner. Klinikken blir til gjennom erfaring.</p>
<p>“Nr. 1 er relasjonen med meg, Det betyr masse. Fordi psykomotorikere har en helt annen ro, nærvær, tid og kontakt med pasienten (...) Og vi kan bruke berøring som anerkjennelse og bekreftelse.”</p>	<p><b>Kodegruppe:</b> Relasjon</p> <p><b>Subgruppe:</b> Trygghet</p>	<p>Det er viktig å ha en god relasjon med pasienten slik at de føler seg sett, møtt og forstått. Mange har et relasjonstraume med seg. Jeg forsøker å skape noe støttende og trygt. Det kan være så mye forskjellig som gir dem trygghet. Jeg bruker tiltak som kan gjøre dem trygge, og gir dem innspill på hvordan de kan bruke tiltakene på egen hånd - både i støttende og omstillende behandling. Den gode relasjonen med meg har en støttende effekt.</p>

<p>“Jeg får egentlig lyst til å si at jeg ikke forholder meg så mye til støttende og omstillende(...), men jeg baserer meg veldig på toleransevinduet. At det er en modell jeg tenker forstår et menneske da.”</p>	<p><b>Kodegruppe:</b> Toleransevindu</p> <p><b>Subgruppe:</b> Angst</p>	<p>Teori om traumer og toleransevindu er viktigere i vurderingen av pasientens ressurser å skille mellom støttende og omstillende. Hvis toleransevinduet er smalt, kan pasienten ha stor grad angst, depresjon eller dissosiasjon. Jeg ønsker at de skal havne i toleransevinduet sitt. Det er å jobbe dynamisk med pasientene.</p>
<p>“Og så tenker jeg med den støttende behandlingen at jeg kan undre meg litt, er det noe her vi kunne ha utviklet litt? (...) Kan vi forandre litt her eller skape en endring?”</p>	<p><b>Kodegruppe:</b> Mål og endring</p> <p><b>Subgruppe:</b> Påvirkning</p>	<p>Jeg hjelper pasienten med å ha den beskyttelsen den trenger, og være en støtte til de selv kan åpne. Men jeg er jo nysgjerrig – kan vi forandre eller skape en endring her? Endring i positiv retning er kjempeviktig. Vi har jo mulighet til å utfordre med mer enn ord. Omstilling har en plass i støttende behandling. Jeg utfordrer ikke så mye, men hvis pasienten står støtt så kan vi utfordre mer.</p>

\*Tabellen viser eksempler på prosessen fra meningsbærende enheter til kondensat

## Trinn 4:

### Hovedkategorier og underkategorier

Hovedkategorier	Vurderingsgrunnlaget	Individuelle tilpasninger og forutsetninger	Støttende versus omstillende – glidende overganger?
Underkategorier	<ul style="list-style-type: none"><li>*Traumene og skjørheten er utgangspunktet</li> <li>*Kroppsbilde som essensielt i undersøkelse og tiltaksform</li> <li>*Kroppskontakt som forutsetning for god psykisk fungering</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>*Tiltakene kommer i mange varianter</li> <li>*Tiltakenes støttende effekt</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>*Påvirkning og endring er aktuelt i støttende behandling</li> <li>*Toleransevinduet som forståelsesmodell</li> <li>*Mål for behandlingen – ingenting unikt?</li></ul>

\*Tabellen viser hovedtema og undertema i resultatpresentasjonen