

Når smertebildet er sammensatt:

## **Psykomotorisk fysioterapi til mennesker med traumeerfaring**

*- En kvalitativ intervjustudie*



Masteroppgave i psykisk helsearbeid

Trondheim, oktober 2018

Norges teknisk – naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for psykisk helse

## Om Hjelpekunst – av Søren Kierkegaard (1813 – 1855)

### Om hjelpekunsten

Hvis det i sannhet skal lykkes  
å føre et menneske hen til et bestemt sted,  
må man først og fremst passe på å finne  
ham der  
hvor han er,  
og begynne der.

Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst.  
Enhver der ikke kan det,  
er selv i innbilning,  
når han mener å kunne hjelpe andre.

For i sannhet å kunne hjelpe en annen,  
må jeg forstå mer enn han,  
men dog vel først og fremst forstå  
det, han forstår.

Når jeg ikke gjør det,  
så hjelper min mer-forståelse han slett ikke.

Vil jeg likevel gjøre min mer-forståelse  
gjeldende, så er det fordi

jeg er forfengelig eller stolt,  
så jeg i grunnen  
i stede for å gagne han,  
egentlig vil beundres av han.

Men all sann hjelpekunst  
begynner med en ydmykelse.  
Hjelperen må først ydmyke seg under den  
han vil  
hjelpe  
og derved forstå,

at det å hjelpe  
ikke er å beherske, men det å tjene –

at det å hjelpe ikke er å være den  
herskesykeste,  
men den tålmodigste –

at det å hjelpe  
er villighet til inntil videre  
å finne seg i å ha urett og ikke å forstå,  
det den andre forstår

## **Forord**

Denne mastergradsoppgaven er et resultat av en lærerik og inspirerende prosess. Jeg kunne ikke gjennomført dette alene. En velfortjent takk til flere nøkkelpersoner er på sin plass.

Først og fremst til min hovedveileder Marit By Rise, som har guidet meg igjennom hele prosjektet med konstruktive tilbakemeldinger både med overordnede og detaljerte innspill. Spørsmål og undring, fremfor fasitsvar, har vært utviklende og lærerikt. Anna Luise Kirkengen og Linn Getz har bidratt i startfasen med både innspill til vitenskapsteori og –filosofi og ellers invitert meg inn i deres fagkrets. Tusen takk til dere begge. Tusen takk til professor Kirsten Ekerholt for lærerike og nødvendige innspill til forskningsartikkelen. Uten kollegaer i mitt eget fagfelt som stilte som informanter, ville ikke prosjektet blitt noe av. Tusen takk til dere! Tusen takk til min kjære søster for støtte og hjelp. Sist, men absolutt ikke minst, tusen takk til mine kjære barn og mann, Dag, for uvurderlig støtte og tålmodighet i tidkrevende perioder.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

Trondheim, oktober 2018

## Sammendrag

**Bakgrunn og hensikt:** Pasienter med sammensatte lidelser utgjør en betydelig helseutfordring i samfunnet. Det er sammenheng mellom det sammensatte symptombildet og traumeerfaring fra oppveksten. Det finnes så langt lite forskning på behandlingen denne pasientgruppen får fra Norsk psykomotorisk fysioterapi. Formålet med studien er å utforske hvordan psykomotoriske fysioterapeuter beskriver at de tilnærmer seg pasienter med traumeerfaring og sammensatte lidelser.

**Design:** Kvalitativt fenomenologisk hermeneutisk design.

**Metode:** Seks psykomotoriske fysioterapeuter deltok i individuelle semistrukturerte dybdeintervjuer. Datamaterialet ble analysert etter prinsipper om systematisk tekstkondensering.

**Resultat:** Psykomotorikerenes perspektiv på hvordan de mener at de bidrar i behandlingstilnærmingen, omhandlet tre erfaringsnære hovedtema: *behandlingsmodaliteter* (I), *relasjonelle faktorer* (II) og *helhetlig perspektiv* (III). Undertemaene var: *kroppsbewissthet og kunnskapsformidling* (I), *tillit/ trygghet i relasjonen* og *utforskende tilnærming* (II) samt *helhetlig forståelse og tverrfaglig samarbeid* (III).

**Konklusjon:** Psykomotorikerene beskriver at de kan bidra med pasientens opplevelse av økt kroppsbewissthet, med trygghet og tillit i relasjonen og bidra til et helhetlig forståelsesgrunnlag i tverrfaglig sammenheng. Et vanskelig fagspråk kan angivelig være en utfordring for god kommunikasjon i tverrfaglig samarbeid.

**Nøkkelord:** Norsk psykomotorisk fysioterapi, allostatisk overlast, traume, sammensatte lidelser.

## Abstract

**Background and purpose:** Patients suffering from complex chronic disease is an increasing health problem in today's society. Research has shown associations between chronic pain syndromes and adverse childhood experiences. There is a lack of scientific studies assessing how these patients are treated by psychomotor physiotherapists. This study explored how psychomotor physiotherapists approach this group of patients.

**Design:** A qualitative phenomenological hermeneutic study design.

**Method:** Individual semi-structured in-depth qualitative interviews with six specialists in Norwegian psychomotor physiotherapy. Systematic text condensation as analyzing method.

**Results:** This research highlights the therapists perspective and what they believe to be

contributing with to the treatment approach. The results points toward the following main topics: *treatment methods* (I) *relational factors* (II) and *holistic perspective* (III). Subgroups are: *body awareness and knowledge dissemination* (I), *safety/ trust in the relation and an explorative approach* (II) and *holistic understanding and interdisciplinary collaboration* (III).

**Conclusion:** The specialists believe that Norwegian psychomotor physiotherapy may contribute to increased body awareness, safety and trustworthiness in the patient-therapist relation and to a holistic approach towards the patients health issues in a multidisciplinary collaboration.

**MeSH-terms:** Norwegian psychomotor physiotherapy, allostatic overload, adverse childhood experiences, chronic pain syndrome.

## **Forkortelser**

NPMF	Norsk psykomotorisk fysioterapi
NPMP	Norwegian psychomotor physiotherapy
Psykomotoriker	Fysioterapeut med spesialisering i Norsk psykomotorisk fysioterapi
NKSL	Norsk kompetansetjeneste for sammensatte symptomlidelser

# Innholdsfortegnelse

Forord	i
Sammendrag	ii
Abstract	iii
Forkortelser	iv
<b>1 Innledning</b>	<b>3</b>
1.1 Oppbygning av masteroppgaven	3
1.2 Min faglige forforståelse og bakgrunn for valg av tema	3
1.3 Begrepsavklaringer	4
1.3.1 NPMF/ NPMP	4
1.3.2 Primærhelsetjenesten	4
1.3.3 Spesialisthelsetjenesten	4
<b>2 Teori og forskning</b>	<b>4</b>
2.1 Sammensatte lidelser	4
2.1.1 Behandlingstilbud til pasienter med sammensatte lidelser	5
2.2 Traume i lys av teorien om allostatisk overlast	5
2.3 Kroppsfenomenologi	6
2.4 Norsk psykomotorisk fysioterapi	7
2.4.1 Historisk resymé	7
2.4.2 Behandlingsmetoden	7
2.4.3 Teoretisk forankring	8
2.4.4 Forskning på Norsk psykomotorisk fysioterapi	8
<b>3 Formål med studien</b>	<b>9</b>
<b>4 Metode</b>	<b>9</b>
4.1 Vitenskapsteoretisk forankring	9
4.2 Beskrivelse av metoden	10
4.2.1 Design og metode	10
4.2.2 Utvalg og rekruttering	10
4.2.3 Datainnsamling – intervjuene	11
4.2.4 Analyse av data	13

4.3	Drøfting av metoden	14
4.3.1	Metodiske valg	14
4.3.2	Validitet og refleksivitet	14
4.3.3	Studiens relevans	16
4.4	Etiske betraktninger	16
<b>5</b>	<b>Funn</b>	<b>17</b>
5.1	Beskrivelse av funn	17
5.1.1	Behandlingsmodaliteter	17
5.1.2	Relasjonelle faktorer	18
5.1.3	Helhetlig perspektiv	18
5.2	Drøfting av funn	19
5.2.1	Kroppsbevissthet i lys av teorien om salutogenese	19
5.2.2	Tillit mellom pasient og terapeut i lys av dialektisk relasjonsteori	20
5.2.3	Tverrfaglig samarbeid – en utfordring	20
<b>6</b>	<b>Konklusjon</b>	<b>21</b>
6.1	Hovedfunn	21
6.2	Implikasjoner for forskning og praksis	21
<b>7</b>	<b>Litteraturliste</b>	<b>23</b>
<b>8</b>	<b>Forskningsartikkelen</b>	<b>28</b>
 <b>Vedlegg:</b>		
I	Brev fra Personvernombudet for forskning (NSD)	45
II	Brev fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)	48
III	Informasjonsskriv (samtykkebrev)	50
IV	Intervjuguide	51
V	Forfatterveiledning fra Fysioterapeuten	52
VI	Tabeller med oversikt fra forskningsartikkelen	54
VII	Søkeprosessen i medisinske databaser	56
VIII	Eksempel på utdrag av meningsbærende enheter og dekontekstualisering	59



# **1 Innledning**

Oppmerksomheten omkring kompleksiteten i menneskers sykdomsutvikling har økt de siste årene. Pasienter med sammensatte lidelser utgjør en stor del av helseutfordringene i samfunnet, både samfunnsøkonomisk, faglig og ikke minst når det gjelder den enkeltes opplevde lidelse (Folkehelseinstituttet, 2017). Mange av pasientgruppene som henvises til eller oppsøker psykomotorisk fysioterapi omhandler de sammensatte lidelsene. Når man i helsetjenesten søker å tilby kunnskapsbasert klinisk praksis, oppdager man at det mangler vitenskapelig forskning på fagfeltet Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF). Derfor speiler denne masteroppgaven et ønske om å bidra til å undersøke psykomotorikerens kliniske praksis i tilnærmingen til mennesker med sammensatte plager. Undersøkelsen tar for seg terapeutperspektivet hvor seks spesialister i NPMF er blitt intervjuet.

## **1.1 Oppbygning av masteroppgaven**

Denne masteroppgaven er et resultat av et individuelt forskningsprosjekt i tett samarbeid med veiledere. Oppgaven er todelt; 1) innledende kapitler som omhandler teoretisk perspektiver og redegjørelse for metode og funn og 2) en vitenskapelig forskningsartikkel.

Forskningsartikkelen er presentert i oppgavens kapittel 8. Artikkelen anses som ferdigarbeidet og vil bli søkt inn til ekstern fagfelleevaluering og publisering i fagtidsskriftet Fysioterapeuten etter godkjenning fra NTNU. Den følger retningslinjer for forfatterveiledning fra tidsskriftet (vedlegg V).

I kapitler 1-7 følger jeg retningslinjer gitt av NTNU. I disse kapitlene beskriver jeg teoretisk forankring, metode og funn.

## **1.2 Min faglige forforståelse og bakgrunn for valg av tema**

Etter mange års erfaring som fysioterapeut fra både spesialist- og primærhelsetjenesten, opplevde jeg at brorparten av de pasientene jeg møtte hadde andre utfordringer utover for eksempel en vond rygg, et plagsomt kne eller hodepine. De kliniske funnene dreide seg om komplekse psykososiale problemer, utfordringer på jobb, vanskeligheter med å håndtere smertene eller vanskelige minner fra en vond barndom. Ofte opplevde jeg å komme til kort i den kunnskapsbaserte tilnærmingen jeg brukte. Min nysgjerrighet på de komplekse sykdomstilstandene førte meg til videreutdanningen Norsk psykomotorisk fysioterapi.

Jeg lærte raskt at denne fagretningen tok for seg noen av de problemstillingene jeg undret meg over. Interessen for pasienter med sammensatte symptomlidelser kom med full styrke da jeg ble introdusert for forskning på hvordan traumer i oppveksten kan gi sykdom i

voksen alder. Mitt faglige engasjement har derfor resultert i utforming av denne masteroppgaven.

### **1.3 Begrepsavklaringer**

#### **1.3.1 NPMF/ NPMP**

Forkortelse for Norsk psykomotorisk fysioterapi/ Norwegian psychomotor physiotherapy som er en norsk universitetsutdanning. Det finnes ulike psykosomatiske fagretninger nasjonalt og internasjonalt, men disse retningene er irrelevante for denne studien. I oppgaven brukes termene ”psykomotoriker” og ”psykomotorisk fysioterapeut” om hverandre.

#### **1.3.2 Primærhelsetjenesten**

Kalles også ”førstelinjetjenesten” og består av allmennpraktikere, hjemmesykepleie, helsesøstre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logoped og andre behandlingsinstitusjoner i kommunene. I denne studien omhandler primærhelsetjenesten fysioterapeuter med avtalehjemmel fra en kommune og som jobber på institutt.

#### **1.3.3 Spesialisthelsetjenesten**

Kalles også ”andrelinjetjenesten” og består av somatiske og psykiatriske sykehus, drevet av de fire statlige helseforetakene, samt private helseforetak.

## **2 Teori og forskning**

### **2.1 Sammensatte lidelser**

Norsk kompetansetjeneste for sammensatte symptomlidelser (NKSL) gir en definisjon på de sammensatte lidelsene. Der blir de definert som langvarige sykdomstilstander der biologiske, psykologiske og sosiale faktorer er tett vevd sammen (Borchgrevink, 2009). Symptombildet blir beskrevet som komplekst, der symptomene ikke lar seg entydig forklare, verken somatisk eller psykologisk, med dagens diagnosekriterier jf. ICD-10 (statistisk klassifikasjonssystem for sykdommer og helseproblemer) og DSM V (kvalifikasjonssystem for psykiske lidelser). Betegnelser som psykosomatisk lidelse, somatoform lidelse eller funksjonelle lidelser blir ofte brukt som samlebegrep for pasientens symptomer. Symptomene gir seg for eksempel til kjenne som langvarige, vandrende eller diffuse muskel- og

skjelettplager, kronisk utmattelsessyndrom og/ eller psykiske lidelser, som for eksempel angst og depresjon (ibid.).

I en relativt ny rapport fra Folkehelseinstituttet om sykdomsbyrden i Norge, er både psykiske lidelser og muskel- og skjelettsykdommer de dominerende enkeltårsakene til ikke-dødelig helsetap blant nordmenn (Folkehelseinstituttet, 2017). Denne forskningen viser at depresjon og angst, samt korsrygg- og nakkesmerter, er de viktigste årsakene til helsetap i nesten alle aldersgrupper i befolkningen. I følge Folkehelseinstituttet utgjør plager i muskel- og skjelettapparatet de vanligste årsakene til sykefravær og uførhet i Norge og er den diagnosegruppen som koster samfunnet vårt mest (Lærum, 2013). Psykiske lidelser er også blant våre store helseutfordringer og øker stadig i omfang. Det er rapportert at mellom 30 og 50 prosent av den voksne befolkning vil få en psykisk lidelse i løpet av livet (ibid). Med psykiske lidelser følger ofte funksjonsnedsettelse, som vil utgjøre store kostnader for samfunnet. Beløpet er antatt å ligge mellom hele 60 og 70 milliarder kroner årlig (Helsedirektoratet, 2016).

### **2.1.1 Behandlingstilbud for pasienter med sammensatte lidelser**

Pasienter med sammensatte lidelser kan få helsehjelp både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Når de henvises til Smertepoliklinikken i spesialisthelsetjenesten tilbys de utredning og behandling fra et tverrfaglig team, bestående av lege, psykolog og/ eller fysioterapeut (Borchgrevink, 2009). I primærhelsetjenesten tilbys behandling til mennesker med allmenne psykiske lidelser og/ eller muskel- og skjelettlidelser. I følge statistikk innhentet fra Trondheim kommune ble 7264 pasienter henvist med diagnosen P-psykiske problemer, A-allment, L-nakke, N-hodepine eller L-øvrige muskel- skjelettlidelser, (jf. ICPC-2 kodesystemet). Dette er henvisningsdiagnoser som kan være en del av et sammensatt sykdomsbildet som omtalt av NKSL (Borchgrevink, 2009). Statistikken viser at 12,4% av de pasientene som oppsøkte fysioterapeut for disse diagnosene, gikk til behandling hos psykomotorisk fysioterapeut.

## **2.2 Traume i lys av teorien om allostatisk overlast**

Ordet traume kommer fra gresk og betyr ”skade” eller ”sår”. Levine definerer en potensielt traumatiserende hendelse hvis ”den er opplevd, bevisst eller ubevisst, til å være sjokkerende eller livstruende” (1997). Psykologiske teorier beskriver at traumer etterlater personen i ”midlertidig hjelpsløshet” og setter forsvars- og mestringsmekanismer ute av funksjon. I

denne betydning betyr traume de psykologiske konsekvensene én eller flere overveldende hendelser har på et individ, og ikke hendelsen(e) i seg selv (ibid.).

I denne studien skal traumbegrepet utvides til en bredere forståelse av de konsekvensene traumer kan medføre for den krenkede. Kirkengen fant i sin doktoravhandling at traumatiske erfaringer i barndom blir ”innskrevet” i kroppen og kan gi helsemessig følger i voksen alder (2001). Påstanden styrkes av flere nasjonale og internasjonale studier. De viser til et årsak-virkning forhold av de traumatiske erfaringene, med overbelastning av nevrobiologiske, hormonelle og immunologiske mekanismer, som årsaksteorier. Forskningen viser at å leve i et miljø med psykisk stress over tid vil kunne forstyrre utvikling av både nervesystemet, hormonsystemet og immunsystemet vårt (Danese, 2012; Kirkengen, 2001; Teicher, 2016; Tomasdottir, 2015).

Begrepet allostase beskriver hvordan disse systemene tilpasser seg eksterne stressfaktorer ved hjelp av ulike mekanismer på et nevrobiologisk nivå (McEwen, 2004). Når systemene ikke får mulighet til å hente seg inn, utvikler det seg *allostatisk overlast* (”allostatic overload”). Dette omtales som kroppens ”wear and tear”. Kirkengen omtaler dette som ”det som nærer og det som tærer” eller toksisk stress (2001). De fysiologiske systemene er ”trettbare” og over tid utvikles allostatisk overbelastning som kan gi opphav til sykdom (Kirkengen, 2001; McEwen, 2004). Ulike påkjenninger, livsbelastninger, traumer og krenkelser er eksempler på eksterne stressfaktorer som vil påvirke mekanismene og som kan gi opphav til uhelse på sikt. I følge forskning resulterer overbelastning av allostasen til nedsatt immunforsvar, dårligere fungerende regulering av autonome prosesser, beinskjørhet, svinn av nerveceller og raskere cellealdring (Danese, 2012; Dube, 2003; Edwards, 2003; Felitti, 1998; Teicher, 2016).

I lys av disse teoriene kan man forstå foranledningen til helseutfordringene til mennesker med et sammensatt sykdomsbilde.

### **2.3 Kroppsfenomenologi**

Faget Norsk psykomotorisk fysioterapi har flere teoretiske forankringspunkter. Filosofisk er NPMF forankret i den fenomenologiske vitenskapelige teorien (Thornquist, 2003). Historisk sett var det mot slutten av det 20. århundre at interessen for fenomenologien økte. I kontrast til den franske filosofen René Descartes (1596-1650), som forklarte verden og mennesket ut ifra et dualistisk og reduksjonistisk perspektiv i den positivistiske vitenskapsteorien, gikk nye teorier nå over i en mer holistisk og subjektiv forståelse av mennesket.

Edmund Husserl (1859-1938) kastet nytt lys på den helsefaglige forskningen når han beskrev intensjonalitets-teorien; at saker erfares alltid som *noe* og har en mening (ibid.). Denne fenomenologiske vitenskapen ble senere videreutviklet av både Martin Heidegger (1889 – 1976) og Maurice Merleau-Ponty (1908-1961). De tilskrev kroppen stor betydning og forklarte menneskets livsverden ut i fra en historisk, kulturell og sosial intersubjektiv erfaringsverden.

Merleau-Ponty satt kroppen i sentrum for all væren og videreutviklet det vi i dag forstår som *kroppsfenomenologien*. Han beskrev den levde kroppen i et dialektisk forhold hvor levd kropp ”ser og blir sett, hører og blir hørt, berører og blir berørt” (ibid.). Filosofien hans beskriver forholdet mellom kropp og omverden som sirkulært og meningsfylt og at kroppslig erfaring og levd liv skapes i kommunikasjon med andre (Råheim, 2002).

## **2.4 Norsk psykomotorisk fysioterapi**

### **2.4.1 Historisk resymé**

Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) er en norsk behandlingsform og beskrives i litteraturen som en helhetlig tilnærming til menneskets helse (Thornquist, 1995). NPMF ble utviklet på 1940-tallet i et faglig samarbeid mellom psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen (den gang kalt ”Braatøy/Bülow-metoden”). Braatøy var psykoanalytisk orientert og Bülow-Hansen på sin side erfaren innen ortopedi. Metoden representerte da, som nå, et helhetssyn på mennesket og sto i kontrast til tradisjonell medisin og fysioterapi. Det nye var at kropp og følelser sto i sterk nærhet til hverandre og påvirket hverandre i et gjensidighetsforhold (Thornquist, 1995). Braatøy og Bülow-Hansens kliniske erfaringer var at pust og følelser var avhengige faktorer for en kroppslig endring. De oppdaget at endringer i muskulære spenninger og respirasjon gjorde at pasientene reagerte emosjonelt, og at konfliktstoff og ubevisste narrativer kom fram (ibid.). Fagretningen bidrar i dag med en tilnærming der sammenhenger mellom både biologiske, psykologiske, sosiale, kulturelle og sjelelige faktorer blir ivaretatt (Bunkan, 2001).

### **2.4.2 Behandlingsmetoden**

Målet i den psykomotoriske behandlingen er å øke kroppslig fleksibilitet og stabilitet gjennom påvirkning av spenningsforhold, pust og omstilling av fastlåste vaner (Thornquist, 1986). Tilnærmingen har til hensikt å gi økt kunnskap om hvordan følelseslivet og kroppen henger sammen. I undersøkelsen og behandlingsforløpet er det fokus på respirasjon, bevegelser, vegetative reaksjoner, holdning og muskelkonsistens (Bunkan, 2001). Grunnfundamentet for

behandlingstilnærmingen er ressursorientert og tar sikte på å utforske individets muligheter for endring. Tilnærmingen kan være nyttig ved ulike helseplager, som for eksempel sammensatte smertetilstander eller psykiske lidelser.

### **2.4.3 Teoretisk forankring**

I tillegg til den fenomenologiske forankringen, er NPMF forankret i psykoanalytiske teorier knyttet til tilknytning, mentalisering og affekter samt i nevrobiologiske, nevrofysiologiske og biomekaniske forklaringsteorier (Brodal, 2004; Fadnes & Leira, 2010; Karterud, 2010; Skårderud, 2010). Traumeaspektet i den psykomotoriske tilnærmingen knyttes til teoriene om "allostatisk overlast" (McEwen, 2004) og til stressresponssystemets påvirkning på sosial adferd og affekt (Van der Kolk, 1994). Polyvagal-teorien gir nevrofysiologiske forklaringer til de kroppslige reaksjoner fra det autonome nervesystemet (Porges, 2001). Den dialektiske relasjonsteorien i NPMF kommer fra Schibbye, som beskriver selvet som en prosess i utvikling og som påvirkes av sansning og opplevelser (2009). Selve helseperspektivet i NPMF finner sitt teoretisk ståsted i salutogenesen (Antonovsky, 2006). Salutogenesen representerer det som skaper god helse, og som i følge Antonovsky er nært forbundet med en "opplevelse av sammenheng".

### **2.4.4 Forskning på Norsk psykomotorisk fysioterapi**

Det er så langt lite vitenskapelig kunnskap omkring Norsk psykomotorisk fysioterapi. På grunnlag av utvidede søk jeg har gjennomført i medisinske databaser i forbindelse med studien, foreligger det per i dag kun én publisert randomisert kontrollert studie på Norsk psykomotorisk fysioterapi. Det finnes dessuten lite forskning på den kliniske behandlingen pasienter med sammensatte lidelser mottar i helsetjenesten.

Jeg har brukt databasene PubMed, SveMed+, PEDro, Cochrane, PsychInfo og GoogleScholar for søk etter relevant litteratur (vedlegg VII). Søkene resulterte i rundt 25 vitenskapelige forskningsartikler om NPMF, de fleste kvalitative prosjekt. Av de som har produsert flest studier kan nevnes K. Ekerholt, A. Bergland, M.H. Breitve, T. Dragesund, E. Thornquist og A.M. Øien.

Bergland et al. publiserte nylig den første randomiserte kontrollerte effektstudien på NPMF (2018). De fant at psykomotorisk fysioterapi gir positive effekter på både fysisk funksjon, smerte, generell helse, mental helse, sosial fungering, vitalitet og selvtillit. Breitve et al. fant i sin ikke-randomiserte studie at NPMF har potensiale for å redusere subjektive helseplager (livskvalitet, angst og depresjon) etter 6 og 12 måneder med behandling fra

psykomotorisk fysioterapi (2010). Dragesund & Råheim fant i sitt fokusgruppeintervju at pasientene opplevde bedre kropps-bevissthet etter behandling med NPMF, som var avgjørende for håndtering av de kroniske smertene de opplevde (2008). Til slutt kan nevnes Ekerholt et al. sin intervjustudie som fant at aktiv lytting og ”sensitive” respons og å akseptere pasientens grenser, så ut til å ha en positiv effekt i forbindelse med den psykomotoriske massasjen (2006). Videre konkluderte den med at den psykomotoriske massasjen fokuserer på kroppen som meningsbærende, og gir tilgang på pasientens persepsjon og refleksjon.

### **3 Formålet med studien**

Mennesker med sammensatte lidelser utgjør en stor del av helseutfordringene i samfunnet. Det er en tendens til sammenheng mellom det sammensatte symptom bildet og traumeerfaring fra oppveksten. Dette er en pasientgruppe som oppsøker behandling hos psykomotorisk fysioterapeut. Hva slags behandling de får der, vet vi derimot lite om. Derfor er formålet med denne studien å øke kunnskapen om hvordan spesialister i NPMF beskriver at de arbeider med pasienter med traumeerfaring der symptom bildet er sammensatt. Prosjektet søker å ha en eksplorerende, induktiv tilnærming og en datastyrt analyse. Studien fokuserer på følgende forskningsspørsmål: *Hvordan beskriver psykomotoriske fysioterapeuter at de arbeider med pasienter med traumeerfaring der smertebildet er sammensatt?*

## **4 Metode**

### **4.1 Vitenskapsteoretisk forankring**

Studien er forankret vitenskapelig i en fenomenologisk og hermeneutisk tradisjon. *Fenomenologien* er en erfaringsorientert tradisjon der subjektets erfaring analyseres som meningsbærende for forståelse av fenomenet som undersøkes (Thornquist, 2012). I min studie er formålet å få innsikt i psykomotorikerenes egne betraktninger om hvordan de selv erfarer sin egen tilnærming til pasienten. Det er temaene informantene belyser, som danner grunnlaget for vitenskapen. En slik erfaringsorientert fremgangsmåte kalles *epistemologi* (Kirkengen, 2009).

I følge Thornquist fordrer en epistemologisk og fenomenologisk tilnærming strukturert og systematisert fortolkning av datamaterialet. Slike virkemidler finner vi i *hermeneutikken*, som gir tilgang til strukturerte fremgangsmåter for analyseprosessen der man ”forstår delene

ut fra helheten og helheten ut fra delene” (2012). Fordi min fortolkning av datamaterialet også er basert på min forforståelse, legger denne studien sterk vekt på intersubjektivitet som basis for den kritiske refleksjonen rundt metodebruken. Intersubjektivitet beskrives som den åpenheten man har rundt egen forskningsmetode (Malterud, 2012). Kvale legger i tillegg vekt på at det er interaksjonen imellom intervjuer og intervjuobjekt som danner selve grunnlaget for den vitenskapelige kunnskapen (2015).

Med utgangspunkt i *den hermeneutiske sirkel* har jeg forsøkt å systematisk tolke datamaterialet (Merriam, 2015). Dette gjenspeiles i hvordan jeg har brukt Malterud sin fire stegs-analyse. Ved å trekke ut meningsbærende enheter fra de transkriberte intervjuene, fortolke det gjennom dekontekstualisering, for så å validere opp mot helheten igjen, er intensjonen min å følge en slik systematisert fortolkningsprosess (2003).

## **4.2 Beskrivelse av metoden**

### **4.2.1 Design og metode**

Jeg har valgt kvalitativ metode i denne studien. Dette fordi formålet er å utforske og gå i dybden på hvordan psykomotoriske fysioterapeuter beskriver at de arbeider. Kvalitative studier egner seg når man skal beskrive menneskers erfaringer, tanker, holdninger og tilnærminger (Kvale, 2015; Malterud, 2012). Et kvalitativt design er også valgt fordi det så langt finnes svært få vitenskapelige studier på psykomotorisk fysioterapi. Merriam poengterer at kvalitativt design er et relevant valg når det foreligger lite teori om tematikken som skal studeres (2015). Denne studien har et induktivt design, som betyr at jeg har en datastyrt tilnærming, der teorier eller fenomener som blir beskrevet danner grunnlaget for teoriene (ibid.).

### **4.2.2 Utvalg og rekruttering**

For å sikre informanter med bred erfaring og mye kunnskap om kunnskapsfeltet, ble det gjennomført et strategisk utvalg av informantene (Malterud, 2012). Jeg utformet et informasjonsskriv (vedlegg III) som jeg delte ut på flere institutt i Trøndelagsregionen hvor jeg visste at det jobbet erfarne psykomotorikere med spesialistkompetanse i NPMF. Informasjonsskrivet anga følgende inklusjonskriterier:

- mer enn to års klinisk erfaring som psykomotorisk fysioterapeut i primærhelsetjenesten



- må ha erfaring med behandling av pasienter med sammensatte lidelser/ diffus eller kronisk smerteproblematikk og samtidig ha traume/ krenkelseserfaring fra barndommen
- bør ha spesialistkompetanse i Norsk psykomotorisk fysioterapi

Psykomotorikere som var interessert i å delta som informanter, kontaktet meg etter å ha lest informasjonsskrivet. Vi avtalte så sted og tid for intervju. Utvalget ble også innhentet ved hjelp av det Malterud omtaler som ”snøballmetoden” (2012). Dette er en metode som, ifølge henne, er en god rekrutteringsmetode i kvalitative forskningsprosjekt. Det betyr at jeg ble tipset av den første informantene om hvilke institutt jeg kunne henvende meg til. Slik sendte jeg nye informasjonsskriv til de resterende informantene og samme prosedyre om rekruttering ble gjennomført.

#### *Variasjonsbredde*

Jeg forsøkte å ta hensyn til variasjonsbredde i utvalget. I henhold til Malterud kan en stor variasjonsbredde sikre rike og nyanserte beskrivelser av det fenomenet som undersøkes (2012). Det var stor variasjon i alder, antall år arbeidserfaring, utdanningssted og arbeidssted (vedlegg VI). Alle informantene jobbet til daglig med individuelle konsultasjoner i primærhelsetjenesten, ved til sammen fire ulike institutt i Trøndelag. De hadde utdanningen sin fra ulike utdanningsinstitusjoner; både Oslo, Trondheim og Tromsø. De hadde fra 3-30 års arbeidserfaring. Alle informantene var kvinner. Basert på informasjon fra Norsk fysioterapeutforbund er 90% av spesialister i NPMF kvinner. I Trondheim kommune er det rundt 16 spesialister i NPMF, hvorav kun én er mann.

#### **4.2.3 Datainnsamling – intervjuene**

Som datainnsamlingsmetode valgte jeg intervju. Dette er anbefalt der man ikke bare skal observere adferd men ønsker å få personers følelser og tanker rundt fenomenet som undersøkes (Merriam, 2015). Jeg valgte å gjennomføre intervjuene på arbeidsplassen til informantene, slik at de lettere kunne huske og beskrive situasjoner i terapirommet. I følge Kvale er det anbefalt å gjennomføre intervjuene i intervjuobjektens naturlige omgivelser (2015).

Jeg valgte å bruke semistrukturerte individuelle dybdeintervju. Dette egner seg når formålet er å gi så rike beskrivelser som mulig om et fenomen (Malterud, 2012; Merriam, 2015). De semistrukturerte intervjuene gjør det mulig å holde tråden i intervjuet, og å sikre at

tematikk som skal belyses blir besvart (Kvale, 2015). Derfor valgte jeg dette fremfor et åpent intervju, der informanten potensielt kan snakke seg bort fra temaet. Jeg gjorde enkle notater underveis i intervjuene, for å sikre at jeg husket å følge opp relevante temaer. Et eksempel på et slikt notat var: ”utdype om hvilke øvelser hun brukte”.

### *Utforming av intervjuguide*

I forkant av datainnsamlingen forberedte jeg en intervjuguide (vedlegg IV). Intervjuene inneholdt spørsmål om hvordan psykomotorikerene mente at de bidrar, hvilke behandlingsmetoder de bruker i terapirommet og hvordan de forstår det teoretiske grunnlaget for tematikken som ble belyst. Spørsmålsformuleringene hadde en deskriptiv form med åpne spørsmål. Intervjuguiden var fleksibel og jeg justerte den underveis, for at jeg skulle følge opp relevant tematikk. Et eksempel på en slik justering var å legge til at informanten skulle gi kun et veldig kort resymé om fagbakgrunn, fordi jeg opplevde i starten at noen snakket alt for mye om dette.

Hovedtema i intervjuene var:

- På hvilken måte synes du at du kan hjelpe mennesker med traumeerfaring som har sammensatte lidelser?
- Kan du si noe om hvordan du opplever at pasientene responderer på den tilnærmingen du gir?

### *Gjennomføring av intervjuene*

Intervjuene ble gjennomført av meg selv med bruk av en intervjuguide og lydbånd. Hvert intervju varte i 60-90 minutter. Intensjonen med dybdeintervjuene var å innhente så beskrivende erfaringer som mulig, slik at jeg alltid forsøkte å gi informanten rom for pauser og tid til å tenke seg om. Merriam kaller dette fenomenologisk intervju (2015). Hvert intervju ble innledet med en kort presentasjon av forskningsprosjektet og en kort redegjørelse av etiske prinsipper. For å sikre et så tydelig svar på forskningsspørsmålet som mulig, startet jeg relativt tidlig i intervjuet med å stille spørsmål rundt forskningsspørsmålet. Jeg fokuserte for øvrig på å ikke avbryte informantene for tidlig, slik at jeg skulle gi rom for utdypende og innholdsrike besvarelser.

Konkrete eksempler fra praksis ble vektlagt, fordi det kan åpne for rike beskrivelser i empirien (Kvale, 2015). For eksempel la jeg vekt på spørsmål som ”kan du utdype det?”, eller ”kan du gi noen konkrete eksempler på øvelser med balansepute?”. Alle informantene var

tilsynelatende positivt innstilt og hadde utdypende og velformulerte redegjørelser fra sine egne erfaringer. Noen viste også øvelser med egen kropp.

### *Etterarbeid*

Intervjuene ble transkribert fortløpende verbatim av meg selv og med bruk av touch-metode. Dialekt ble oversatt til bokmål og pauser, gestikuleringer og lyder (for eksempel "ehh") ble gjengitt autentisk. Dette for å gjøre det lettere for meg selv å memorere intervjusituasjonene. Omfanget av transkripsjonene var på rundt 20 A4-sider per intervju.

#### **4.2.4 Analyse av data**

Jeg analyserte transkripsjonene stegvis og systematisk i henhold til prinsippene om systematisk tekstkondensering (STK). STK er utviklet med utgangspunkt i Giorgi's psykologiske fenomenologiske metode for tekstanalyse og er en deskriptiv tilnærming i fire trinn, der informantenes erfaringer er gjenstand for analysen (Malterud, 2012).

Som uerfaren forsker forsøkte jeg å følge stegene nøyaktig (Vedlegg VI). I først steg gjorde jeg meg et helhetsinntrykk av alle seks intervjuer med grundig gjennomlesning av transkripsjonene. Ut ifra dette noterte jeg 8 – 10 foreløpige hovedtemaer. I andre steg leste jeg igjennom transkripsjonene på nytt, linje for linje, og trakk ut meningsbærende enheter fra alle intervjuer, svarende til studiens problemstilling (vedlegg VIII). Så kodet jeg enhetene med navn og farger (totalt rundt 20 fargekoder) inspirert fra de foreløpige temaene. Denne prosessen gjentok jeg enda en gang for å forsikre meg om at jeg trakk ut riktige enheter. Tredje steg bestod i å dekontekstualisere materialet gjennom sammenfattende koding og kondensering fra alle seks intervjuer. Her forsøkte jeg å sette deler av materialet fra én transkripsjon i sammenheng med andre deler fra de andre transkripsjonene, som kunne gi de samme beskrivelsene, og plasserte dem i nye hovedtemaer og undertemaer. Et eksempel på hovedtema var "relasjonelle faktorer" og et eksempel på undertema var "tillit i relasjonen". Deretter trakk jeg ut "gullsitat" fra hver undergruppe. Disse fremkommer i forskningsartikkelen (kapittel 8).

I det fjerde og siste trinnet validerte jeg kondensat og gullsitat opp mot den opprinnelige transkripsjonen, analyserte på nytt og satt det i nye sammenhenger med helheten. Dette repeterte jeg opp til flere ganger, med bruk av post-it-lapper og tankekart. Mitt bakteppe for analysen var hele tiden den hermeneutiske sirkel, der jeg forsøkte å forstå delene ut ifra en forståelse av helheten.

### 4.3 Drøfting av metoden

Her drøfter jeg styrker og svakheter omkring de metodiske valgene jeg har tatt. Malterud legger også vekt på refleksivitet, relevans og validitet (2015). Derfor drøfter jeg metoden jeg har brukt i lys av disse temaene.

#### 4.3.1 Metodiske valg

Jeg valgte kvalitativ metode fremfor kvantitativ metode i denne studien, fordi jeg ønsket å gå i dybden på informantenes erfaringer og betraktninger rundt problemstillingen. Dette er anbefalt i studier der man skal undersøke hvilken mening erfaringer har for de som opplever dem (Malterud, 2012; Marriam, 2015). Dersom jeg hadde intervjuet pasientene ville jeg kanskje fått et enda mer nyansert bilde av den faktiske betydningen NPMF har for pasientgruppen.

Jeg valgte individuelle dybdeintervju som datainnsamlingsmetode. Dette er anbefalt når man vil få fram dyp og grundig informasjon om fenomenet man undersøker. Dersom jeg hadde valgt gruppeintervju som metode, er sannsynligheten stor for at jeg kunne fått fram bredere og mer nyanserte erfaringer og meninger rundt psykomotorikerenes bidrag. Gruppeintervju er anbefalt når man ønsker å få frem diskusjon, for eksempel i form av enighet eller uenighet (Merriam, 2015).

#### 4.3.2 Validitet og refleksivitet

##### *Validitet*

Malterud gir en overordnet beskrivelse av validitet; ”å validere er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet” (2003, s.181). I analysen har jeg brukt en kjent analysemetode og forsøkt å gi detaljerte beskrivelser av hvordan jeg har brukt den i rapporten. Merriam beskriver at troverdighet i kvalitative studier dreier seg både om forskerens detaljerte beskrivelser av metoden og bruk av velkjente metodeverktøy (2015).

I denne studien har jeg gjennomført dybdeintervjuer av seks psykomotorikere, der jeg har stilt dem eksplisitte spørsmål om erfaringer rundt egen tilnærming til den aktuelle pasientgruppen, hele tiden i tråd med forskningsspørsmålet. I følge Malterud handler *intern validitet* om hvorvidt man undersøker det man har som formål å undersøke (2003).

Jeg har forsøkt å etablere et strategisk utvalg. Informantene var fra 30-årene til 60-årene, de hadde 3 år til 30 år erfaring, ble utdannet fra ulike skoler og jobbet på forskjellige steder. Grad av overførbarhet, *ekstern validitet*, henger ofte sammen med det strategiske utvalget i kvalitative studier (2003).

Grad av ”kredibilitet” ligger også ofte til grunn for diskusjon rundt validiteten (Merriam, 2015). Kredibilitet handler blant annet om hvorvidt det informanten beskriver er autentisk til det som gjengis av forskeren. For å øke grad av kredibilitet i en studie kan man la informantene lese over transkripsjonen eller la forskerkolleger validere. Dersom jeg hadde latt informantene lese over egne transkripsjoner, ville jeg antagelig fått ut dypere og mer nyanserte beskrivelser. Både hovedveileder Rise og en ekstern professor leste og ga meg tilbakemeldinger på forskningsartikkelen, noe som forhåpentligvis har bidratt til å forbedre min analysering og validering av studien.

Det har vært et mål for meg å forsøke og formidle forskningsprosjektet på en så tydelig måte som mulig. Derfor innhentet jeg ekstern hjelp fra bekjente for korrektur og språkvask, i tillegg til de gjentatte gjennomlesninger jeg gjorde selv. Dette førte til korrigerende av teksten opptil flere ganger. Kvale poengterer at forskerens evne til å formidle kunnskapen på en forståelig måte, den *kommunikative valideringen*, har påvirkning på studiens gyldighet (2015).

Jeg har også validert enkelte funn fra studien opp mot allerede eksisterende kunnskap innen feltet. Dette kalles *konseptuell generalisering* (Tjora, 2017). Det kunne vært interessant å validere ytterligere funn fra studien, slik at jeg kunne belyst enda flere områder rundt problemstillingen. Dette ville krevd et større omfang av oppgaven.

### *Refleksivitet*

Å forske i eget fagfelt krever en bevisst erkjennelse og *refleksivitet*, om nærheten til faget (Malterud, 2003). Fordi jeg selv er psykomotorisk fysioterapeut, forsøkte jeg å holde meg så nøktern som mulig i rekrutterings- og intervjufasen. Samtidig understreker Thornquist at subjektiviteten er en nødvendig ressurs i fenomenologiske kvalitative design, og må brukes aktivt for å kunne forstå de fenomener man undersøker (2003).

Malterud anbefaler også å involvere flere forskere inn i analyseprosessen slik at konklusjoner kan trekkes på grunnlag av flere perspektiver (Malterud, 2003). Fordi dette prosjektet er et individuelt forskningsprosjekt på masternivå, har det ikke vært mulig å involvere flere personer i analyseprosessen. Til gjengjeld har min hovedveileder etterprøvd min analyse- og tolkningsprosess, og kommet med tilbakemeldinger som har fordret et refleksivt blikk på analysen. Som nevnt har jeg også fått ekstern hjelp, som ga meg mange nyttige innspill. Jeg gjennomførte validering i analysens fjerde trinn i mange omganger, som resulterte i revurdering, forkasting og ny utforming av tolkninger. Jeg mener selv at jeg for øvrig har vært svært kritisk til min egen fremgangsmåte, og forkastet idéer og tidlige

konklusjoner, både i forberedelsesfasen, i rekrutteringsfasen og i analysefasen. Jeg endret problemstilling opptil flere ganger og gjorde store endringer i utvalget, metode og analysearbeidet.

Som en del av refleksjonsarbeidet rundt studien skrev jeg også forskningslogg igjennom hele prosessen. Dette var til stor hjelp da jeg måtte gjøre endringer. Forskningsloggen gjorde det enklere for meg å gå min egen metode etter i sømmene.

### **4.3.3 Studiens relevans**

I tillegg til validitet og refleksivitet er studiens grad av *relevans* avgjørende for god vitenskapelig forskning. Relevans betyr at forskningen tilfører noe nytt innen det fagfeltet som undersøkes (Malterud, 2003). Innenfor fagfeltet som denne studien retter seg mot, finnes det lite vitenskapelig forskning. Derfor er det nærliggende å tro at de fleste bidrag inn i vitenskapsfeltet er velkomne. Samtidig vil et forskningsprosjekt på mastergradsnivå i seg selv ha svakheter hva angår relevans, fordi de nødvendige ressurser for å kunne bidra til anvendt forskning, kan være fraværende.

Jeg håper allikevel at denne studien kan tilføre relevant kunnskap. Med tanke på at det hittil ikke finnes vitenskapelig forskning på hvordan psykomotorikere tilnærmer seg pasienter med traumeerfaring, vil studien muligens være nyttig for interesserte fysioterapeuter. Kanskje vil den også være relevant for kommunehelsetjenesten som tilbyr psykomotorisk fysioterapi, ettersom den kan gi økt kunnskap om psykomotorikeres praksis. Malterud argumenter dog for at grad av relevans avgjøres etter at studien er publisert, slik at man da erfarer hvorvidt fagpersoner bruker kunnskapen (2003).

## **4.4 Etiske betraktninger**

Studien ble først søkt godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (REK). De konkluderte med at prosjektet falt utenfor REK sitt mandat (vedlegg II). Studien ble derfor søkt godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), som godkjente studien. Deretter ble studien igangsatt i henhold til vilkår for gjennomføring (vedlegg I).

Forskningsetiske retningslinjer er vektlagt i denne studien. De seks inkluderte informantene ble i forkant informert skriftlig om studiens hensikt og de hadde mulighet til når som helst å ombestemme seg og si nei til videre deltagelse i studien (vedlegg III).

Anonymisering, frivillighetsprinsippet og konfidensialitet er ivaretatt. Ingen informanter ga identifiserbare opplysninger om pasientene eller om andre. Navn på arbeidssted, kommune og psykomotorikerens navn er anonymisert. Innsamlet datamateriale

ble lagret i form av tekst og lydbånd og var ikke direkte identifiserbart. All data ble anonymisert med koder. Intervjuene foregikk med bruk av lydopptaker som siden ble lagret anonymt på privat passordbeskyttet og innlåst datamaskin. All data slettes ved prosjektslutt.

## 5 Funn

### 5.1 Beskrivelse av funn

Informantene snakket i hovedsak om tre erfaringsnære temaer som jeg har kategorisert i tre hovedtemaer og to tilhørende undertemaer (tabell 1). Jeg gir her en kort oppsummering av disse funnene. Deretter drøfter jeg funnene i lys av etablerte teorier, utover det jeg diskuterer i forskningsartikkelen.

Tabell 1. Skjematisk fremstilling av hoved- og undertemaer.

<b>I. Behandlingsmodaliteter</b>	<b>II. Relasjonelle faktorer</b>	<b>III. Helhetlig perspektiv</b>
Kroppsbevissthet	Tillit og trygghet i relasjonen	Helhetlig forståelse
Kunnskapsformidling	Utforskende tilnærming	Tverrfaglig samarbeid

\* Tabellen viser de tre hovedtemaene i uthevet skrift (I., II. og III.). Tilhørende undertema står under hvert hovedtema

#### 5.1.1 Behandlingsmodaliteter

Behandlingsmodaliteter er konkrete metoder, som for eksempel en kroppslig øvelsen for stabilitet, som psykomotorikerene sa at de brukte i behandlingstilnærmingen sin.

Behandlingsmodaliteter beskriver også hvordan de formidlet kunnskap om traumeteorier og årsakssammenhenger for de sammensatte lidelsene. Undertemaene er kategorisert som ”kroppsbevissthet” og ”kunnskapsformidling”.

De sa at å jobbe med *kroppsbevissthet* var viktig for traumepasienter. Dette handlet angivelig om å forstå seg selv bedre ved å sette symptomer i sammenheng med tidligere vonde opplevelser. På den måten kunne de lære seg å anerkjenne og regulere kroppslige reaksjoner bedre.

*Kunnskapsformidling* handlet om den teoretiske kunnskapen psykomotorikerene formidlet til pasientene. Dette sa de var viktig for å normalisere og ufarliggjøre kroppsreaksjoner. De formidlet kunnskap om blant annet sentralnervesystemets funksjon og

om psykologiske mekanismer rundt adferd og følelser. Gjennom økt forståelse av seg selv, sa de at pasientene ofte ble tryggere.

### **5.1.2 Relasjonelle faktorer**

Relasjonelle faktorer beskriver hvordan psykomotorikerene formidlet at de var bevisst det å skape trygghet og tillit mellom dem selv og pasienten. Relasjonelle faktorer handler også om at de hadde en utforskende, undrende og ydmyk tilnærming til pasienten. Undertemaene er derfor ”trygghet/ tillit i relasjonen” og ”utforskende tilnærming”.

*Trygghet og tillit i relasjonen* sa psykomotorikerene var helt avgjørende når de arbeidet med pasienter med traumbakgrunn. De kunne ut fra sin faglige bakgrunn og sine funn ved kroppsundersøkelsen, bekrefte og anerkjenne pasientens symptomer og kroppslige uttrykk. Tillit og trygghet handlet også om at når pasienten opplevde å bli tatt på alvor av terapeutene, kunne de etter hvert bli tryggere og stole på seg selv.

Å ha en *utforskende tilnærming* handlet om å være undrende og ydmyk overfor pasienten. Dette var viktig for denne pasientgruppen. For eksempel var de observante overfor reaksjoner fra det autonome nervesystemet og imøtekommende for pasientens behov. Det ble påpekt at psykomotorikerene snakker med pasienten der pasienten har svaret, og ikke som at de selv vet svaret. Dette handlet om autonomi og å gjøre pasienten tryggere på seg selv.

### **5.1.3 Helhetlig perspektiv**

Helhetlig perspektiv refererer til hvordan psykomotorikerene sa at de kunne forsøke å gi et helhetlig forståelsesgrunnlag inn i tverrfaglige sammenheng. Undertemaer var her ”helhetlig forståelse” og ”tverrfaglig samarbeid”.

Psykomotorikerene sa at de kunne forstå pasientgruppens symptombilde ut ifra en bredere og mer *helhetlig forståelse* utover det biomedisinske. Traumeteori, psykodynamiske teorier, nevrobiologiske teorier, biopsykososiale perspektiver eller teorier om salutogenese lå til grunn for forståelsen.

I *tverrfaglig samarbeid* sa de at de forsøkte å bidra med den helhetlige forståelsen av helse. De sa samtidig at samhandling med flere helseaktører involvert var helt avgjørende for denne pasientgruppen, og at de ikke kunne løse problemene alene. Samtidig så de på det psykomotoriske fagspråket og fagterminologi som en potensiell utfordring for godt samarbeid, fordi det oppleves som vanskelig å forstå for andre.



## **5.2 Drøfting av funn**

Hovedfunnene i studien viser at psykomotorikerene beskriver at de kan bidra med økt bevissthet og kontakt med kroppen, bidra med trygghet og tillit i relasjonen og til et helhetlig forståelsesgrunnlag i tverrfaglig sammenheng. Jeg drøfter her tre undertemaer representert fra alle tre hovedtemaer, med følgende overskrifter:

- Kroppsbevissthet i lys av teorien om salutogenese
- Tillit mellom pasient og terapeut i lys av dialektisk relasjonsteori
- Tverrfaglig samarbeid – en utfordring

### **5.2.1 Kroppsbevissthet i lys av teorien om salutogenese**

Psykomotorikerene beskrev i denne studien hvordan de kunne bidra til at pasientene fikk bedre kontakt med egen kropp, slik at de kunne forstå seg selv bedre og sette reaksjoner fra nervesystemet i sammenheng med tidligere opplevelser. Flere studier har vist at pasienter som går i behandling hos psykomotorisk fysioterapeut opplever økt kontakt med kroppen, og at det i seg selv er viktig for endring (Dragesund, 2008; Ekerholt, 2014; 2006; Øien, 2009). Ekerholt har i en studie vist at økt oppmerksomhet på det autonome nervesystemet gjorde det mulig for pasientene å finne muligheter for endring, noe som resulterte i økt forståelse av seg selv og en økt ”opplevelse av sammenheng” (2011). I følge Antonovsky er god helse knyttet opp mot en opplevelse av sammenheng i livet, det vil si grad av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet i hverdagen (2006). I følge denne teorien representerer dette overordnede helsefremmende faktorer for hvert enkelt individ. Begripelighet betyr at man forstår årsakssammenhenger for den situasjonen man er i, noe som vil være avgjørende for den muligheten man har til å håndtere den. For å kunne skape endring må også en indre motivasjon være til stede.

Teorien om salutogenese er sammenfallende med Breitve et al. sine funn om at de som gikk i behandling hos psykomotoriker fikk økt livskvalitet (2010). Den er også i tråd med funnene i min studie som peker på at psykomotorikerene i stor grad fokuserte på at pasientene skal forstå de kroppslige reaksjonene, slik at de skal bli tryggere og forstå seg selv bedre. Det trengs mer forskning omkring de helsefremmende virkningene NPMF kan ha for pasienter med sammensatte lidelser. For eksempel kan man belyse denne tematikken fra pasientperspektivet for å få frem den faktiske virkningen av NPMF.

### **5.2.2 Tillit mellom pasient og terapeut i lys av dialektisk relasjonsteori**

Psykomotorikerene vektla trygghet og tillit i relasjonen som essensielle faktorer for å lykkes i terapien. Dette var et grunnleggende fundament for å ha mulighet for endring hos denne pasientgruppen. I tillit lå også en utforskende og ydmyk holdning der det er pasienten som har svaret på egen situasjon, og ikke psykomotorikeren som tror at hun/ han vet. Flere studier har vist hvor grunnleggende tillit i relasjonen mellom pasient og terapeut er for behandlingseffekten (Ferreira, 2013; Kelley, 2014; O'Keefe, 2016). I følge Van der Kolk (1994) er tillit og trygghet helt avgjørende for å regulere og endre adferd hos traumatiserte.

Man kan også forstå de relasjonelle aspektene ut ifra en dialektisk relasjonsforståelse. Schibbye forklarer relasjonen man har til andre som en prosess i to retninger; at man forholder seg både innover i seg selv og utover til omgivelsene (2009). De ytre og indre relasjonelle prosessene påvirker hverandre gjensidig, i en slags speiling. Dersom en terapeut har en indre dialog om anerkjennelse og forståelse for pasienten, vil oppfattelsen overføres til mottakeren. Schibbye legger også vekt på begrepet *anerkjennelse*, som handler i stor grad om aksept, forståelse, toleranse og bekreftelse (2009). I følge de dialektiske teoriene skal pasienten få være ekspert på sine egne historier, og at den først blir ekspert når terapeuten anerkjenner dem (ibid.). Dette er i tråd med funn i min studie som viste at den undrende, ydmyke og anerkjennende tilnærmingen var et viktig fokus i psykomotorikerenes behandlingstilnærming. Det mangler vitenskapelige studier på de relasjonelle virkemidlene i NPMF. Her vil det være spesielt behov for å belyse pasientenes erfaringer og deres opplevelser av møtet med terapeutene, for eksempel i en metodetriangulering med både kvalitative og kvantitative data.

### **5.2.3 Tverrfaglig samarbeid – en utfordring**

Psykomotorikerene sa at tverrfaglig samarbeid var viktig når det gjaldt behandlingstilnærmingen til denne pasientgruppen. Siden det sjeldent er en enkel løsning for pasienter med sammensatte lidelser, var det desto viktigere å samhandle med andre helseaktører. De poengterte samtidig at det er enkelte utfordringer knyttet til samhandling. Fagspråket i NPMF kalte noen for ”stammespråk” og dermed vanskelig for andre å forstå. For eksempel brukte de ord som ”å slippe seg ned”, ”slippe pusten til” eller ”forankre seg” i klinikken. Det ville vært enklere å samhandle med for eksempel leger eller psykologer dersom de snakket et språk som de forsto.

Studier på samhandling imellom helseaktører har vist positive funn i forskningen. I følge Hviding et al. gir samhandling på både organisatorisk og faglig nivå positiv effekt på

sykdomsforløp og kvalitet på tjenestene, når det gjelder pasienter med moderat til alvorlig psykisk lidelse (2007). Jeg har ikke lyktes med å finne publiserte studier på samhandling der fysioterapeuter er involvert. Et pågående doktorgradsprosjekt omtalt i tidsskriftet Fysioterapeuten, kalt "Samhandlende team i primærhelsetjenesten", gir indikasjoner på at samhandling mellom fysioterapeut og lege tenderer til positiv effekt (Fysioterapeuten, 2017). Også med bakgrunn i samhandlingsreformen som ble innført i 2012, ligger et krav om økt samarbeid på tvers av fagprofesjoner og mellom helseforetakene (Forskningsrådet, 2016).

Forskningen og hentydningene er i tråd med mine funn i denne studien, som viser at terapeutene vektlegger samhandling og kommunikasjon på tvers av fagprofesjoner og helseforetak. Samtidig problematiserer terapeutene sitt eget fagspråk som en mulig utfordring for et godt samarbeid. Mer forskning trengs på området rundt den rollen psykomotoriske fysioterapeuter har i tverrfaglige sammenhenger, med særlig fokus på fagspråket som problemstilling. På den måten vil man kunne kartlegge og på sikt forbedre potensialet for samhandling, slik at krav om økt samarbeid kan innfris.

## **6 Konklusjon**

### **6.1 Hovedfunn**

Denne studien har undersøkt hvordan psykomotoriske fysioterapeuter beskriver at de kan bidra for pasienter med traumeerfaring der smertebildet er sammensatt. Hovedfunnene peker mot at psykomotorikerene bruker behandlingsmodaliteter som muliggjør bevissthet på egen kropp og egne reaksjoner og forståelse av egen situasjon. Psykomotorikerene kan angivelig bidra med trygghet og tillit i relasjonen, som i seg selv kan ha virkning i terapien. De kan også bidra til en helhetlig forståelse av helseperspektivet som kan være et viktig bidrag i tverrfaglig sammenheng.

### **6.2 Implikasjoner for forskning og praksis**

Fordi denne studien er av beskjedent omfang og på et mastergradsnivå, vil betydning og tyngde av studien i vitenskapelig sammenheng også være deretter. Samtidig er det viktig å påpeke at funnene i denne studien kun representerer psykomotorikerenes synspunkt om hvordan de selv mener at de bidrar. Allikevel synes jeg at funnene i studien har vist noen interessante tendenser. Fra et faglig ståsted gjelder dette først og fremst hvordan det kommer fram at NPMF kan bidra inn i en forebyggende helsetjeneste for å møte fremtidens

utfordringer. Her trengs mer forskning omkring de helsefremmende virkningene NPMF kan ha for pasienter med sammensatte lidelser.

Dernest kommer fagspråket som psykomotorikerene tematiserte som en potensiell utfordring for godt tverrfaglig samarbeid. Det kan være av interesse å avgrense problemstillingen rundt dette området, med langsiktig målsetning om utvikling og forbedring slik at krav om samhandling kan innfris på en bedre måte.

Det kan også være interessant å gjennomføre grundigere undersøkelser omkring alliansen mellom pasient og terapeut. Erfaringen er at trenden innen klinisk fysioterapi har vært rettet mot behandlingsmodaliteter og konkrete behandlingstiltak. Relativt ny forskning viser at relasjonelle faktorer er vel så viktig, og det vil derfor være interessant å avgrense problemstillinger rundt dette temaet. Det vil antagelig være fornuftig å se på pasientperspektivet, slik at man får pasientenes egne beskrivelser av erfaringene.

## 7 Litteraturliste

Antonovsky, A. (2006) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, *11*(1), 11-18.

Bergland, A., Fromholt Olsoen, C., Ekerholt, K. (2018). The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. *Physioter Res Int*. e1723.

Borchgrevink, P. C., Fredheim, O. M. S., Fors, E. A., Hara, K., Holen, A., & Stiles, T. C. (2009). Hva er sammensatte lidelser. *Tidsskr Nor Legeforen*, *129*(13), 1368.

Breitve, M. H., Hynninen, M. J., & Kvåle, A. (2010). The effect of psychomotor physical therapy on subjective health complaints and psychological symptoms. *Physiotherapy Research International*, *15*(4), 212-221.

Brodal, P. (2004). *The central nervous system: structure and function*. Oxford University Press.

Bunkan, B.H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer. *Tidsskr Nor Legeforen*. 121:2845-8

Danese, A., & McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & behavior*, *106*(1), 29-39.

Dragesund, T., & Råheim, M. (2008). Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients' perspective on body awareness. *Physiotherapy theory and practice*, *24*(4), 243-254.

Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive medicine*, *37*(3), 268-277.

Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, *160*(8), 1453-1460.

Ekerholt, K., & Bergland, A. (2006). Massage as interaction and a source of information. *Advances in physiotherapy*, *8*(3), 137-144.

Ekerholt, K. (2011). Awareness of breathing as a way to enhance the sense of coherence: patients' experiences in psychomotor physiotherapy. *Body, movement and dance in psychotherapy*, *6*(2), 103-115.

Ekerholt, K., Schau, G., Mathismoen, K. M., & Bergland, A. (2014). Body awareness—a vital aspect in mentalization: experiences from concurrent and reciprocal therapies. *Physiotherapy theory and practice*, *30*(5), 312-318.

Fadnes, B., Leira, K., & Brodal, P. (2010). *Læringsnøkkelen: om samspillet mellom bevegelser, balanse og læring*. Universitetsforlaget.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, *14*(4), 245-258.

Ferreira, P. H., Ferreira, M. L., Maher, C. G., Refshauge, K. M., Latimer, J., & Adams, R. D. (2013). The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain. *Physical therapy*, *93*(4), 470-478.

Folkehelseinstituttet (2017). Sykdomsbyrde i Norge 2015. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015. Hentet den 10. Mai fra:  
[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/sykdomsbyrde\\_i\\_norge\\_2015.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/sykdomsbyrde_i_norge_2015.pdf)

Forskningsrådet (2016). Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM). *Norges Forskningsråd 2016*.

Fysioterapeuten (2017). Samhandlende team i primærhelsetjenesten - Samhandlet tilbake på jobb. *Fysioterapeuten*, 10,17, 34-38. Hentet den 25.08.18 fra: <http://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-10-17/34/>

Helsedirektoratet (2016). Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2013. Sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper. Hentet den 13. Februar fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker-2013-sykdomsbyrde-helsetjenestekostnader-og-produksjonstap-fordelt-pa-sykdomsgrupper>

Hviding, K., Bugge, P., Brelin, P., Ekern, P., Høifødt, T. S., Nessa, J., & Flottorp, S. A. (2007). Samhandling om pasienter med alvorlige psykiske problemer i allmennpraksis.

Karterud, S., Wilberg, T., Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. 1. Utgave. Oslo, Gyldendal akademisk.

Kelley, J. M., Kraft-Todd, G., Schapira, L., Kossowsky, J., & Riess, H. (2014). The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PloS one*, 9(4), e94207.

Kirkengen, A. L. (2001). *Inscribed bodies: Health impact of childhood sexual abuse*. Springer Science & Business Media.

Kirkengen, A. L. (2009). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. 2. Utgave. Oslo, Universitetsforlaget.

Kirkengen, A. L., & Thornquist, E. (2012). The lived body as a medical topic: an argument for an ethically informed epistemology. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(5), 1095-1101.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk.

Levine, P. A., & Frederick, A. (1997). *Walking the tiger: Healing trauma: The innate capacity to transform overwhelming experiences*. North Atlantic Books.

Lærum, E., Brage, S., Ihlebæk, C., Johnsen, K., Natvig, B., & Aas, E. (2013). Et muskel-og skjelettrengskap. *Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel-og skjelettsystemet*.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. Utgave. Oslo, Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian journal of public health*, 40(8), 795-805.

McEwen, B. S. (2004). Protection and damage from acute and chronic stress: allostasis and allostatic overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032(1), 1-7.

Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2015). *Qualitative research: A guide to design and implementation*. John Wiley & Sons.

Norsk helseinformatikk (2017). Hentet den 18. februar fra:

<http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/muskel-skjelett/psykomotorisk-fysioterapi-12485.html?page=3>

O'Keeffe, M., Cullinane, P., Hurley, J., Leahy, I., Bunzli, S., O'Sullivan, P. B., & O'Sullivan, K. (2015). What influences patient-therapist interactions in musculoskeletal physical therapy? Qualitative systematic review and meta-synthesis. *Physical therapy*.

Raheim, M. (2002). Kroppsfenomenologi-innsikt relevant for klinisk praksis. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 122(25), 2477-2481.

Schibbye, A-L. L. (2009). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget



Skårderud, F., Stänicke, E., Haugsgjerd, S., Maizels, D., & Engell, S. (2010). *Psykiatriboken: sinn-kropp-samfunn*.

Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of child psychology and psychiatry*.

Thornquist, E. & Bunkan, B.H. (1995). Hva er psykomotorisk behandling?  
Universitetsforlaget

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. 5. opplag. Bergen: Fagbokforlaget.

Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*, 3. utgave. Oslo. Gyldendal.

Tomasdottir, M. O., Sigurdsson, J. A., Petursson, H., Kirkengen, A. L., Krokstad, S., McEwen, B., ... & Getz, L. (2015). Self reported childhood difficulties, adult multimorbidity and allostatic load. A cross-sectional analysis of the Norwegian HUNT study. *PloS one*, *10*(6), e0130591.

Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard review of psychiatry*, *1*(5), 253-265.

Øien, A. M., Råheim, M., Iversen, S., & Steihaug, S. (2009). Self-perception as embodied knowledge—changing processes for patients with chronic pain. *Advances in Physiotherapy*, *11*(3), 121-129.

## 8 Forskningsartikkel

**Når smertebildet er sammensatt:**

### **Psykomotorisk fysioterapi til mennesker med traumeerfaring**

- *En kvalitativ intervjustudie*

### **Sammendrag**

**Bakgrunn og hensikt:** Pasienter med sammensatte lidelser utgjør en betydelig helseutfordring i samfunnet. Det er sammenheng mellom det sammensatte symptombildet og traumeerfaring fra oppveksten. Det finnes så langt lite forskning på behandlingen denne pasientgruppen får fra Norsk psykomotorisk fysioterapi. Formålet med studien er å utforske hvordan psykomotoriske fysioterapeuter beskriver at de tilnærmer seg pasienter med traumeerfaring og sammensatte lidelser.

**Design:** Kvalitativt fenomenologisk hermeneutisk design.

**Metode:** Seks psykomotoriske fysioterapeuter deltok i individuelle semistrukturerte dybdeintervjuer. Datamaterialet ble analysert etter prinsipper om systematisk tekstkondensering.

**Resultat:** Psykomotorikerenes perspektiv på hvordan de mener at de bidrar i behandlingstilnærmingen, omhandlet tre erfaringsnære hovedtema: *behandlingsmodaliteter* (I), *relasjonelle faktorer* (II) og *helhetlig perspektiv* (III). Undertemaene var: *kroppsbevissthet og kunnskapsformidling* (I), *tillit/ trygghet i relasjonen og utforskende tilnærming* (II) samt *helhetlig forståelse og tverrfaglig samarbeid* (III).

**Konklusjon:** Psykomotorikerene beskriver at de kan bidra med pasientens opplevelse av økt kroppsbevissthet, med trygghet og tillit i relasjonen og bidra til et helhetlig forståelsesgrunnlag i tverrfaglig sammenheng. Et vanskelig fagspråk kan angivelig være en utfordring for god kommunikasjon i tverrfaglig samarbeid.

**Nøkkelord:** Norsk psykomotorisk fysioterapi, allostatisk overlast, traume, sammensatte lidelser.

### **Abstract**

**Background and purpose:** Patients suffering from complex chronic disease is an increasing health problem in today's society. Research has shown associations between chronic pain syndromes and adverse childhood experiences. There is a lack of scientific studies assessing

how these patients are treated by psychomotor physiotherapists. This study explored how psychomotor physiotherapists approach this group of patients.

**Design:** A qualitative phenomenological hermeneutic study design.

**Method:** Individual semi-structured in-depth qualitative interviews with six specialists in Norwegian psychomotor physiotherapy. Systematic text condensation as analyzing method.

**Results:** This research highlights the therapists perspective and what they believe to be contributing with to the treatment approach. The results points toward the following main topics: *treatment methods* (I) *relational factors* (II) and *holistic perspective* (III). Subgroups are: *body awareness and knowledge dissemination* (I), *safety/ trust in the relation and an explorative approach* (II) and *holistic understanding and interdisciplinary collaboration* (III).

**Conclusion:** The specialists believe that Norwegian psychomotor physiotherapy may contribute to increased body awareness, safety and trustworthiness in the patient-therapist relation and to a holistic approach towards the patients health issues in a multidisciplinary collaboration.

**MeSH-terms:** Norwegian psychomotor physiotherapy, allostatic overload, adverse childhood experiences, chronic pain syndrome.

## Innledning

Pasienter med sammensatte lidelser utgjør en stor helseutfordring i det norske samfunnet, både samfunnsøkonomisk og når det gjelder den enkeltes opplevde lidelse (1). Plager i muskel- og skjelettapparatet og psykiske lidelser er til sammen de vanligste årsakene til sykefravær og uførhet i Norge og er de diagnosegruppene som koster samfunnet mest (2-3). Sammensatte lidelser innebærer diffuse somatiske og psykologiske symptomer der biopsykososiale faktorer er dominerende (4). Forskning viser at negative erfaringer fra oppvekst kan ha sterk effekt på helsen vår senere i livet (5). Traumeopplevelser i barndom kan gi biomedisinske og sammensatte lidelser i voksen alder på grunn av påvirkning på nerve-, hormon- og immun-systemet (6-8). Levine definerer traume som en hendelse ”som potensielt er en traumatiserende hendelse hvis den er opplevd, bevisst eller ubevisst, til å være sjokkerende eller livstruende” (9). Traumatiserte individer lider ofte av somatiske symptomer som kroniske ryggplager, nakkesmerter, fibromyalgi, migrene, mage- og tarmplager, kronisk utmattelse og/ eller astma; symptomer som inngår i de sammensatte lidelsene (10).

Mange av pasientene som oppsøker psykomotorisk fysioterapi omhandler de sammensatte lidelsene. Det finnes så langt lite vitenskapelig kunnskap om behandlingsformen. Det er

gjennomført én randomisert kontrollert studie om Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) (11). Forskerne fant at NPMF gir positive effekter på fysisk funksjon, smerte, generell helse, mental helse, sosial fungering, vitalitet og selvtillit. Breitve et al. fant at NPMF har potensiale for å redusere subjektive helseplager (livskvalitet, angst og depresjon) etter 6 og 12 måneder med behandling fra psykomotorisk fysioterapi (12). Dragesund & Råheim fant at pasientene opplevde bedre kroppsbevissthet etter behandling med NPMF, som var avgjørende for håndtering av deres smerter (13).

Vi vet lite om den behandlingen mennesker med traumeerfaring og sammensatte lidelser får hos psykomotoriske fysioterapeuter. Derfor er formålet med denne studien å øke kunnskapen om hvordan psykomotorikere beskriver at de tilnærmer seg pasientgruppen, gjennom forskningsspørsmålet: *Hvordan beskriver spesialister i NPMF at de arbeider med pasienter med traumeerfaring der smertebildet er sammensatt?*

#### *Teoretiske perspektiver*

Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) er en norsk behandlingstradisjon som ble utviklet av psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen fra 1946-52 i Oslo (14). Grunnlaget for NPMF ble utviklet fra psykologiske teorier og ortopedisk kunnskap til en forståelse av at psykiske tilstander og kropp er integrert som et hele. Kroppsholdning, respirasjon og muskelspenninger påvirkes gjensidig av mentale utfordringer og følelsesmessige konflikter.

NPMF er i dag forankret i psykoanalytiske teorier knyttet til tilknytning, mentalisering og affekter samt i nevrobiologiske og biomekaniske forklaringsteorier. Psykomotorikken knytter traumeaspektet til teoriene om ”allostatisk overlast” (jf. Mc Ewen) og til stressresponssystemets påvirkning på sosial adferd og affekt (jf. Van der Kolk) (6, 10). Polyvagal-teorien gir nevrofysiologiske forklaringer til de kroppslige reaksjoner fra det autonome nervesystemet (15). Selve helseperspektivet i NPMF finner sitt teoretisk ståsted i salutogenesen, som gir forklaringer på teorier om hva som skaper god helse (16). Det filosofiske grunnlaget i NPMF finnes i kroppsfenomenologien. Merleau-Ponty (1908-1961) så på kroppen som sentrum for all erfaring og erkjennelse og bærer av levd liv (17).

## **Metode**

Vitenskapsteoretisk er denne studien tuftet på fenomenologiske og hermeneutiske tradisjoner (17). Det ble brukt kvalitativ tilnærming med semistrukturerte dybdeintervju, som er egnet når målet er å utforske fenomener (18).

### *Utvalg og rekruttering*

For å sikre informanter med mye kunnskap om kunnskapsfeltet, ble det etablert et strategisk utvalg (19). Det ble tatt hensyn til ulik arbeidserfaring, alder og arbeidssted (tabell 1).

Informantene ble kontaktet av førsteforfatter via telefon og de fikk tilsendt informasjonsskriv i før intervjuene. Den som ønsket å stille som informant tok kontakt for avtale. Alle fikk informasjon om at de når som helst kunne trekke seg fra studien.

### *Datainnsamling*

Førsteforfatter utarbeidet en semistrukturert intervjuguide (18). Den ble justert underveis, for å følge opp relevant tematikk. Større fokus på konkrete eksempler fra praksis ble inkludert, fordi det åpnet for mer rikholdige beskrivelser. Førsteforfatter gjennomførte intervjuene på arbeidsplassen til informantene med bruk av lydband. De ble transkribert verbatim i etterkant.

### *Analyse av data*

Førsteforfatter analyserte transkripsjonene stegvis ved bruk av prinsippene om systematisk tekstkondensering (STK) (tabell 2) (19). Først ble åtte – ti temporære hovedtemaer identifisert gjennom grundig gjennomlesning av transkripsjoner. Deretter ble transkripsjonene gjennomlest linje for linje, hvor meningsbærende enheter ble trukket ut fra alle intervjuer og kodet med farger. Dernest ble teksten dekontekstualisert gjennom sammenfattende koding fra alle seks intervjuene. Kodene fra én transkripsjon ble satt i sammenheng med koder fra andre transkripsjoner som kunne gi de samme beskrivelsene, og deretter plassert i nye grupper og subgrupper. ”Gullsitat” ble trukket ut fra hver subgruppe, for å illustrere informantenes uttalelser. Til slutt ble kondensat og gullsitat validert i flere omganger, analysert og satt i sammenheng med helheten (tabell 3).

### *Forskningsetikk*

Norsk senter for forskningsdata (NSD) godkjente gjennomføring av studien før igangsettelse. Alle deltagere ga skriftlig samtykke til deltagelse i studien.

Tabell 1 Informasjon om utvalget. Alle informanter er spesialister i NPMF og jobber i primærhelsetjenesten på privat klinikk i Trøndelag

Antall år erfaring med NPMF	Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4	Informant 5	Informant 6
3 – 5					✓	
6 – 15	✓					
15 – 32		✓	✓	✓		✓

Tabell 2 Eksempel på stegvis analyse med bruk av systematisk tekstkondensering (STK); fra meningsbærende enhet til hovedtema

1. Meningsbærende enhet	2. Kodegruppe og subgruppe	3. Kondensat	4. Hovedtema
<i>”det er jo ikke sikkert at angsten blir noe mindre, eller at det blir mindre skummelt å gå ut blant folk. Men opplevelsen av å være i det blir annerledes når du har en kropp koblet på det. Det er mer håndterbart da.”</i>	Kodegruppe: Kontakt med kroppen  Subgruppe: Kroppsbevissthet	Å jobbe med kroppsbevissthet er essensielt i den konkrete tilnærmingen i Norsk psykomotorisk fysioterapi. Øvelser for kroppsbevissthet handler mye om å forstå seg selv og å sette kroppslige sensasjoner i sammenheng med et levd livsperspektiv. Fordi du har med deg minner, blir reaksjoner fra nervesystemet aktivert og forsterket, og det blir såkalte ”triggere.”	I. Behandlingsmodaliteter
<i>”Hvis du i det hele tatt skal komme inn så må du ha en trygg relasjon. Det er helt sentralt. Du kommer ingen vei hvis du ikke har skapt trygghet i relasjonen.”</i>	Kodegruppe: Terapeutrelasjonen  Subgruppe: Trygghet i relasjonen	For pasienter med traumbakgrunn er det ofte det utrygge som ligger til grunn for symptom bildet. Derfor er det essensielt å skape en trygg atmosfære og å være en rolig og trygg terapeut. Først når pasienten føler seg tryggere, kan han få	II. Relasjonelle faktorer

		mulighet til å lytte innover og bli bevisst egne stressresponser eller symptomer.	
<p>”(...) <i>hjelper pasienten å forstå egne symptomer i en større sammenheng og å forstå seg selv i et livsløp (...) vi ser de større linjene og hvordan de påvirker hverandre.</i> ”</p>	<p>Kodegruppe: samfunns-perspektivet</p> <p>Subgruppe: helhetlig tilnærming</p>	<p>Psykomotorisk fysioterapi gir mulighet for en helhetlig tilnærming til menneskers sykdomsbilde. Den hjelper mennesker å forstå egne symptomer i en større sammenheng (følelser og kropp henger sammen) og i et levd liv-perspektiv. Fordi metoden er kroppsorientert, kan den også gi mennesker med sammensatte plager anledning til selv å tilegne seg noen verktøy for å ta kontroll på egen helse.</p>	<p>III. Helhetlig perspektiv</p>

\* tabellen angir eksempler på hvordan analysen er gjennomført.

## Funn

Informantene snakket i hovedsak om tre erfaringsnære hovedtema: I. Behandlingsmodaliteter, II. Relasjonelle faktorer og III. Helhetlig perspektiv. Undertemaene var *kroppsbevissthet* og *kunnskapsformidling* (I), *trygghet/ tillit i relasjonen* og *utforskende tilnærming* (II) samt *helhetlig forståelse* og *tverrfaglig samarbeid* (III) (tabell 3).

### I. Behandlingsmodaliteter

Behandlingsmodaliteter representerte konkrete verktøy og metoder i behandlings-tilnærmingen.

#### *Kroppsbevissthet*

Informantene trakk fram øvelser for kroppsbevissthet som viktige og sentrale verktøy i tilnærmingen til denne pasientgruppen. De sa at de prøvde å hjelpe pasientene å bli mer bevisst sin egen kropp og at øvelser for kroppsbevissthet handlet mye om å forstå seg selv og å sette kroppslige reaksjoner i sammenheng med hva de har opplevd tidligere i livet. Fordi

pasientene har med seg traumatiske minner kan nervesystemet, via stressresponsystemet, ofte bli "overaktivert" og det kan oppstå kroppslige reaksjoner. Eksempler var hjertebank, svetting, prikking eller nummenhet. Pasienter kunne ofte føle skam knyttet til disse reaksjonene. De ønsket å hjelpe pasientene med å forstå disse symptomene slik at du kunne lære seg å regulere reaksjonene og redusere skammen;

*Det er sånn vi kan jobbe med traumer. Det å bli kjent med aktivisering, regulering og stabilisering (...) [T]raumer handler ofte om det autonome nervesystemet, og der kan psykomotorikere bidra. (Informant 5)*

Ulike eksempler på øvelser for kroppsbevissthet var å "slippe seg ned" mot underlaget, avspenning gjennom "strek" eller "slipp" av armer eller bein, stabiliseringsøvelser eller regulering av pusten. Kroppslige øvelser med bruk av "knotteball", balanseøvelser på pute eller kroppsbevissthetsøvelser i sittende ble nevnt som eksempler. Målet med øvelsene handlet om å forstå og anerkjenne de kroppslige reaksjonene;

*I utgangspunktet så er det jo alt med stabiliserende arbeid som gjør at man er i mer i kontakt med seg sjøl, uten å bli overveldet av minner, traumer eller flashbacks eller bare kobler ut. (Informant 1)*

### *Kunnskapsformidling*

Informantene la vekt på å formidle kunnskap om forklaringsteorier som en viktig del av behandlingstilnærmingen. Dette var angivelig viktig for at pasienten skulle forstå seg selv bedre. De brukte mye tid på kunnskapsformidling, og ofte var det en integrert del gjennom hele behandlingsforløpet. Ved å forklare og normalisere de reaksjonene pasienten hadde, sa de at det kunne bli enklere for pasienten å håndtere og anerkjenne dem som normale responser på de traumeopplevelsene de hadde hatt;

*De synes det er fint å se helheten da, og lære seg å skjønne at de reaksjonene de har egentlig er normale reaksjoner på de hendelsene de har med seg (...) de forstår seg selv bedre når de ser at, 'tenk at det er en modell som kan fortelle hvordan jeg har det'. (Informant 4)*



Innholdet de formidlet var mye likt men fra noe ulike perspektiv. Det var blant annet sentralt å gi dem kunnskap om hvordan belastninger i barndom kunne gi sykdom i voksen alder. Dette forklarte de ut ifra teorier om hvordan nerve-, hormon- og immunsystemet blir påvirket, i henhold til teorien om ”allostatisk overlast”. Informasjon om menneskets stressresponsystem i henhold til ”polyvagal-teorien” og teorien om ”toleransevinduet” ble også nevnt. Nevrobiologiske forklaringer om nevralt nettverk med utgangspunkt i Brodal ble nevnt. Når det gjaldt mestringsstrategier ble teorien om ”salutogenese” nevnt. I tillegg var normalisering og ufarliggjøring av plagene avgjørende. En informant sa det slik;

*Jeg bruker ganske mye tid på å formidle om traume, hvordan reagerer vi på traume med frys, flukt og kamp og jeg kan forklare hvordan stress og hormonsystemet vårt fungerer. (Informant 5)*

## **II. Relasjonelle faktorer**

De relasjonelle faktorene omhandlet trygghet og tillit eller relasjonelle faktorer mellom terapeut og pasient.

### *Trygghet/ tillit i relasjonen*

Informantene uttalte at tillit i relasjonen mellom terapeut og pasient var avgjørende for gode resultater. De utdypet at dette er en helt sentral faktor hos mennesker med traumbakgrunn. Informantene kunne ut fra sin faglige bakgrunn og sine funn ved kroppsundersøkelsen, bekrefte pasientens symptomer og kroppslige uttrykk, og se dette i relasjon til pasientens plager. Den enkelte psykomotoriske konsultasjon er relativ lang (60 min) noe som bidro til at den terapeutiske relasjonen får anledning til å utvikles.

*[M]ed den psykomotoriske tilnærmingen hjelper vi pasienten å bli tryggere og ikke så redd for symptomer. Vi hjelper folk med å få en større grad av trygghet i seg sjøl når ting oppstår. (Informant 5)*

Å møte forståelse og anerkjenne pasientenes plager tok flere opp som viktige faktorer for endring. Fordi flere pasienter hadde erfart å ikke bli forstått i helsetjenesten, brukte de mye tid på å sette plagene i et større perspektiv, vise forståelse og bekrefte dem. Tillit handlet også om at når pasienten opplevde å bli tatt på alvor, kunne de etter hvert begynne å stole på seg selv og egne kroppslige fornemmelser;

*[S]elv om ingenting vises på prøver, eller røntgen eller noe sånt, så er det MASSE å finne. At vi tar på dem og kjenner, palperer, observerer - og bekrefter på en måte det de kjenner (...) mange voksne som kommer hit er jo så preget av at det bare er psykisk, de kjenner jo en voldsom krenkelse i det óg. Og da få snudd den forståelse, til at det HAR en sammenheng med de opplevelsene du har. (Informant 5)*

### *Utforskende tilnærming*

Informantene forklarte at de hadde en undrende, utforskende og ydmyk holdning overfor denne pasientgruppen. I stedet for systematiserte øvelser ut ifra en protokoll, knyttet de for eksempel øvelser opp mot kroppslige reaksjoner underveis. Hvis de observerte reaksjoner, som for eksempel rødhet eller kortpustethet, kunne de avslutte øvelsene. I slike tilfeller ville de prate med pasienten, trygge eller støtte, før de gikk videre. Slik kunne pasientene lære seg å bli tryggere på egne kroppslige reaksjoner:

*Å få inn litt den der undringen på reaksjoner. Det å få dem i det undringsrommet hvor det ikke finnes noen sannheter, men forslag. (Informant 1)*

Å anerkjenne kroppen som eget ”fordøyelsessted for følelser”, ble forklart som en viktig del av tilnærmingen. De sa at kroppen kunne være meningsbærende i seg selv og at kroppslige reaksjoner kunne uttrykke pasientens følelser. Gjennom en oppmerksomhet på kroppen kunne de for eksempel observere endring i spenningsmønsteret i muskulaturen når de jobbet med kroppsbevissthetsøvelser. De utdypet at i disse prosessene var det ”pasienten selv satt med svarene”, og ikke de som terapeuter;

*[S]pørre litt: 'Hvordan kjennes det ut i beina nå?'. 'Hvordan kjennes det i skulderen din?' 'Jaha...'. Sånn at jeg spør fordi jeg ikke veit hva svaret er, jeg spør ikke fordi jeg tror at de kjenner det og det. Det er også veldig viktig da, at jeg ikke skal legge noen ord i munnen på dem. Det er ikke de som ikke vet, men det er jeg som ikke vet. (Informant 6)*

### **III. Helhetlig perspektiv**

Det helhetlige perspektivet skildret hvordan informantene sa at de bidro inn i helsetjenesten.

### *Helhetlig forståelse*

Informantene uttrykte at når pasienter opplevde å ikke bli forstått med biomedisinske forklaringer, kunne de med den psykomotoriske bakgrunnen forsøke og forstå utfordringene deres mer helhetlig. Dette kunne være traumeperspektivet, med grunnlag i psykodynamiske forklaringsteorier eller tilknytningsteorier, eller biopsykososiale perspektiver. De brukte også et mer forebyggende helseperspektiv for å fokusere på pasientenes mulighet for endring ut ifra deres egne ressurser. De erfarte at pasientene opplevde å ikke bli forstått i helsetjenesten, og at flere uttrykte glede over å "endelig møte noen som forstår" når de møtte dem. En informant refererte til hva en pasient en gang sa til henne:

*Når jeg jobber med kropp så har jeg så mange innfallsporner. Og det hører man fra pasientene og, at det har gitt dem verktøy i forhold til å ha mer kontroll sjøl. En pasient sa til meg at 'Du hjelper meg til å lage sammenhenger mellom livshistorien min og følelsene mine, du'. (Informant 1)*

### *Tverrfaglig samarbeid*

Informantene fortalte at samhandling mellom de ulike helseaktørene var viktig når det gjaldt tilnærming til denne pasientgruppen. Siden det ikke var et enkelt svar på helseutfordringene, var det desto viktigere å samarbeide med andre fagpersoner som kunne bidra med ulike perspektiv. Fastleger og psykologer var de helseaktørene de samarbeidet hyppigst med. Noen fortalte om samarbeid med psykologene som viktig, fordi man i NPMF jobber med kroppen og psykologen jobber mer med følelses- og affektperspektivet;

*Det er spennende å jobbe med psykologer (...) altså de jobber jo veldig ofte på tanke- og følelsesperspektivet. Mens vi som fysioterapeuter vi jobber jo med det kroppslige. Men noen ganger, si at man i den tanke/følelses-perspektivet står litt fast, for det er jo ikke alt man har ord på. (...) Slik at det å jobbe via det kroppslige... altså når man ser spenningstilstander slipper, så slipper du ofte tanker og følelser til. Og da kommer en del ting ofte fram og blir litt mer tilgjengelig. (Informant 2)*

De fortalte at de ønsket å bidra inn i tverrfaglig samhandling, men at det også var enkelte utfordringer knyttet til dette. For eksempel nevnte de det uklare fagspråket i psykomotorikken. Fagspråket de brukte i journaler eller muntlig tale kunne være vanskelig å

forstå for andre. Noen kalte det for ”stammespråk”, og brukte ”å stå godt på beina”, ”gi slipp for tyngdekraften” eller ”å slippe pusten til” som eksempler på vanskelig språk.

*En del psykomotoriske begreper gjør det vanskelig å samarbeide. Fagspråket må utvikles for å bedre tverrfaglig samarbeid. (Informant 3)*

Tabell 3 Hovedtemaer og undertemaer.

<b>I. Behandlingsmodaliteter</b>	<b>II. Relasjonelle faktorer</b>	<b>III. Helhetlig perspektiv</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Øvelser for kroppsbevissthet</b></li> <li>• <b>Øvelser for stabilisering</b></li> <li>• <b>Kontakt med kroppen</b></li> <li>• <b>Regulering av nervesystemet</b></li> <li>• <b>Kunnskapsformidling</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tillit til terapeuten</b></li> <li>• <b>Trygghet på seg selv</b></li> <li>• <b>Utforskende tilnærming</b></li> <li>• <b>Lære å avlese kroppslige reaksjoner</b></li> <li>• <b>Anerkjennelse</b></li> <li>• <b>Respekt og ta på alvor</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Helsefremmende tilnærming</b></li> <li>• <b>Levd-liv perspektivet</b></li> <li>• <b>Helhetlig forståelse</b></li> <li>• <b>Tverrfaglig samarbeid</b></li> <li>• <b>Stammespråk</b></li> </ul>

## Diskusjon

Hovedfunnene i studien peker på at psykomotorikerene beskriver at de kan bidra med pasientens opplevelse av økt kroppsbevissthet, med trygghet og tillit i relasjonen og bidra til et helhetlig forståelsesgrunnlag i tverrfaglig sammenheng.

### *Behandlingsmodaliteter: kroppsbevissthet og kontakt med kroppen*

Psykomotorikerene beskrev hvordan de kunne bidra til at pasientene fikk bedre kroppsbevissthet og kontakt med egen kropp. Økt kroppsbevissthet var viktig for denne pasientgruppen fordi da kunne de forstå seg selv bedre og lære seg å anerkjenne og regulere kroppslige reaksjoner. Dragesund & Råheim fant at pasienter med kroniske smerter som mottok psykomotorisk behandling, opplevde bedre kroppsbevissthet (13). Denne studien viste at å bli kjent med kroppen på nye måter, var en viktig faktor for endringer i behandlingen.

Dette er i tråd med funnene i studien til Øien et. al., som viste at pasienter med kroniske smerter som gikk i psykomotorisk behandling opplevde økt kroppskontakt (20). Ekerholt & Bergland fant at økt kontakt og bevissthet på kropp gjorde det mulig for pasienten å finne muligheter for endring i dem selv, noe som resulterte i økt mestring og ”opplevelse av sammenheng” (21-22).

Psykomotorikerene i vår studie knyttet økt kroppskontakt opp mot bedre kjennskap til reaksjoner fra det autonome nervesystemet. Stephen Porges gir i polyvagal-teorien forklaringer på hvordan traumatiske hendelser medfører en ubalanse i det autonome nervesystemet og dernest kan gi problemer med affekt- og adferdsregulering (15). I følge teorien kan økt bevisstheten på kroppslige reaksjoner resultere i bedre emosjonell regulering. Dette styrkes av Van der Kolk som sier at økt toleranse for kroppslige sensasjoner og følelser kan gi mulighet for terapeutiske endringer (10). I et psykomotorisk perspektiv forklarer Thornquist & Bunkan at økt kontakt med kroppen er en forutsetning for å ufarliggjøre kroppslige og emosjonelle reaksjoner (14). Slik kan reaksjoner fra det autonome nervesystemet ufarliggjøres for pasienten.

Funn i vår studie viser at økt kroppsbevissthet er viktig for denne pasientgruppen, slik at de kan anerkjenne seg selv, bli tryggere og kan regulere de kroppslige reaksjonene. Funnene sammenfaller med litteraturen om at økt kroppsbevissthet kan fremme mestring. Dette peker på betydningen av å fokusere på kroppsbevissthet for denne pasientgruppen. Samtidig er det et behov for mer forskning omkring kroppsbevissthet hos traumatiserte pasienter med sammensatte helseutfordringer som mottar psykomotorisk fysioterapi.

#### *Relasjonelle faktorer: trygghet/ tillit i relasjonen*

Psykomotorikerene vektla trygghet og tillit i relasjonen mellom dem selv og pasienten, som avgjørende for å lykkes i terapien. De sa at det er først når pasienten føler større grad av trygghet, at de kan oppnå endring. I følge Van der Kolk vil de som opplever traumer utvikle en grunnleggende utrygghet og tap av tillit til andre mennesker (10). Han beskriver at trygghet er helt avgjørende for å regulere og endre adferd. Terapeuten kan være den personen som kompenserer for tapet av tillit til nære relasjoner, som denne pasientgruppen ofte har opplevd. I følge O’Keefe kan en positiv interaksjon mellom pasienten og terapeuten være assosiert med høyere tilfredshet med behandlingen (23). Han fant at god relasjon og sterke bånd mellom pasient og terapeut er sterkt medvirkende faktorer for å forsterke effekten av de

intervensjonene fysioterapeuten bruker i terapirommet. De sterke båndene er like viktige som andre behandlingsspesifikke tilnærminger. Disse funnene er sammenfallende med forskning som har vist at relasjonen mellom pasient og kliniker har en signifikant effekt på bedring av helsen (24, 25). I følge Hall misliker pasienten også arroganse og alt for selvsikre terapeuter, og pasientene liker å bli hørt på egne preferanser og egenskaper (26).

Teoriene i NPMF vektlegger relasjon, empati og anerkjennelse som essensielle faktorer for gode terapisisituasjoner (14). Thornquist & Bunkan fremholder at når tryggheten imellom pasient og terapeut utvikler seg, vil man oppnå endringer. Dette sammenfaller med funnene i en studie om psykomotorisk fysioterapi som har vist at pasientens egne meninger og refleksjoner må tas hensyn til, og at terapeuten må utvise ”sensitivitet” og oppmerksomhet til pasienten for å skape en trygg atmosfære (21).

Våre funn tyder på at psykomotorikerene har fokus på trygghet og tillit i relasjonen som et nødvendig fundament for behandlingstilnærmingen. Dette styrker forskningen som viser at pasient-terapeut-relasjonen er en viktig del av behandlingen i terapissammenhenger. Dette tydeliggjør relevansen rundt et sterkt fokus på relasjonelle faktorer i behandlingstilnærmingen for denne pasientgruppen. Det trengs ytterligere forsknings som undersøker virkningen av pasient-terapeut-relasjonen i den psykomotoriske behandlingstilnærmingen.

#### *Metodiske styrker og svakheter*

Denne studien belyser kun seks informanternes synspunkt. Dette kan redusere overføringsverdien. Samtidig er det etablert et strategisk utvalg, som kan styrke den. Studien belyser kun terapeutperspektivet og man vet ikke hvorvidt den psykomotoriske tilnærmingen faktisk fungerer. Å inkludere pasientene i tillegg kunne gitt et mer nyansert bilde av behandlingstilnærmingens faktiske virkning. Førsteforfatters kjennskap til det psykomotoriske fagfeltet kan også være førende for forskningsprosessen. Samtidig er intersubjektiviteten viktig i kvalitativ metode.

#### **Konklusjon og veien videre**

I denne studien har vi undersøkt hvordan spesialister i NPMF beskriver at de kan bidra for pasienter med traumeerfaring der smertebildet er sammensatt. Funnene viste at de kan bidra med pasientens opplevelse av økt kroppsbevissthet, med trygghet og tillit i relasjonen og bidra til et helhetlig forståelsesgrunnlag i tverrfaglig sammenheng.

Funnene peker på betydningen av å jobbe med økt kontakt med kroppen og kroppsbevissthet for pasienter med traumeerfaring, og at dette er noe NPMF kan bidra med. Funnene viser også at et sterkt bånd imellom pasient og terapeut har stor betydning for utfallet av behandlingen, og at relasjonelle faktorer står helt sentralt i NPMF. Det trengs mer forskning omkring NPMF i tverrfaglig sammenheng og spesielt omkring det psykomotoriske fagspråket. Det er generelt lite vitenskapelig kunnskap om hvordan den psykomotoriske tilnærmingen bidrar for pasienter med traumeerfaring og sammensatte lidelser. Fordi denne studien kun har sett på terapeutperspektivet, anbefales det også å undersøke pasientperspektivet.

## Litteraturliste

1. Folkehelseinstituttet 2017: Sykdomsbyrde i Norge 2015. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015. Bergen/ Oslo: Senter for sykdomsbyrde, område for psykisk og fysisk helse; 2017.
2. Lærum, E., Brage, S., Ihlebæk, C., Johnsen, K., Natvig, B., & Aas, E. Et muskel-og skjelettregnskap. Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel-og skjelettsystemet.[Musculoskeletal accounting. Incidence and costs of injuries, disorders and complaints of the musculoskeletal system.]. FORMI report; 2013;(1).
3. Helsedirektoratet 2016: Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2013. Sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper. Oslo: Avdeling finansiering og DRG; 2016.
4. Borchgrevink, P. C., Fredheim, O. M. S., Fors, E. A., Hara, K., Holen, A., & Stiles, T. C. Hva er sammensatte lidelser. Tidsskr Nor Legeforen. 2009; 129(13): 1368.
5. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & Marks, J. S. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American journal of preventive medicine 1998; 14(4): 245-258.
6. McEwen, B. S. The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. Brain research 2000; 886(1): 172-189.
7. Teicher, M. H., & Samson, J. A. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. Journal of child psychology and psychiatry 2016; 57(3): 241-266.
8. Tomasdottir, M. O., Sigurdsson, J. A., Petursson, H., Kirkengen, A. L., Krokstad, S., McEwen, B., ... & Getz, L. Self reported childhood difficulties, adult multimorbidity and allostatic load. A cross-sectional analysis of the Norwegian HUNT study. PloS one 2015; 10(6): e0130591.
9. Levine, P. A., & Frederick, A. (1997). *Walking the tiger: Healing trauma: The innate capacity to transform overwhelming experiences*. North Atlantic Books.
10. Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard review of psychiatry*, 1(5), 253-265.



11. Bergland, A., Fromholt Olsoen, C., Ekerholt, K. The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. *Physioter Res Int.* 2018, e1723.
12. Breivtve, M. H., Hynninen, M. J., & Kvåle, A. The effect of psychomotor physical therapy on subjective health complaints and psychological symptoms. *Physiotherapy Research International* 2010; 15(4): 212-221.
13. Dragesund, T., & Råheim, M. Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients' perspective on body awareness. *Physiotherapy theory and practice*, 2008. 24(4), 243-254.
14. Thornquist, E. & Bunkan, B.H. Hva er psykomotorisk behandling? Lillehammer: Universitetsforlaget; 1995.
15. Porges, S. W. The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology* 2001, 42(2), 123-146.
16. Antonovsky, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international* 2006, 11(1), 11-18.
17. Thornquist, E. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. 5. Opplag. Bergen: Fagbokforlaget, 2012.
18. Kvale, S., & Brinkmann, S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademisk, 2009.
19. Malterud, K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian journal of public health* 2012; 40(8): 795-805.
20. Øien, A. M., Råheim, M., Iversen, S., & Steihaug, S. Self-perception as embodied knowledge—changing processes for patients with chronic pain. *Advances in Physiotherapy* 2009, 11(3), 121-129.
21. Ekerholt, K., & Bergland, A. Breathing: a sign of life and a unique area for reflection and action. *Physical therapy* 2008, 88(7), 832-840
22. Ekerholt, K., Schau, G., Mathismoen, K. M., & Bergland, A. Body awareness—a vital aspect in mentalization: experiences from concurrent and reciprocal therapies. *Physiotherapy theory and practice* 2014, 30(5), 312-318.
23. O'Keeffe, M., Cullinane, P., Hurley, J., Leahy, I., Bunzli, S., O'sullivan, P. B., & O'sullivan, K. What influences patient-therapist interactions in musculoskeletal

physical therapy? Qualitative systematic review and meta-synthesis. *Physical therapy* 2016, 96(5): 609-622.

24. Ferreira, P. H., Ferreira, M. L., Maher, C. G., Refshauge, K. M., Latimer, J., & Adams, R. D. (2013). The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain. *Physical therapy*, 93(4), 470-478.
25. Kelley, J. M., Kraft-Todd, G., Schapira, L., Kossowsky, J., & Riess, H. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PloS one* 2014, 9(4), e94207.
26. Hall, A. M., Ferreira, P. H., Maher, C. G., Latimer, J., & Ferreira, M. L. The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Physical therapy* 2010; 90(8): 1099-1110.

# Vedlegg I : Brev fra Personvernombudet for forskning (NSD)



Marit By Rise

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 19.10.2017

Vår ref: 55971 / 3 / BG H

Deres dato:

Deres ref:

## Tilråkning fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 17.09.2017 for prosjektet:

55971	<i>Pasienter med sammensatte symptomlidelser - hvordan blir de ivaretatt i spesialisthelsetjenesten?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Marit By Rise</i>
<i>Student</i>	<i>Hanne Sofie Løken</i>

### Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

### Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

### Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

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

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

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

### VI tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 01.07.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

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

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74 / [belinda.helle@nsd.no](mailto:belinda.helle@nsd.no)

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Hanne Sofie Løken, [haneloken@hotmail.com](mailto:haneloken@hotmail.com)



### FORMÅL

Oppmerksomheten omkring kompleksiteten i menneskers sykdomsutvikling har økt de siste årene. Pasienter med sammensatte symptomlidelser utgjør en stor del av helseutfordringene våre; både samfunnsøkonomisk og individuelt. Ivaretagelse av disse pasientene forutsetter at kropp og sinn ses i sammenheng, i større grad enn det helsetjenesten og medisinsk forskning har gjort så langt. Økt forståelse for disse sammenhengene vil kunne gi denne pasientgruppen bedre behandling og en bedre opplevelse i møtet med helsetjenesten. Derfor skal dette prosjektet - gjennom individuelle dybdeintervju - kartlegge erfaringer og opplevelser hos pasienter og profesjonelle (leger og psykomotoriske fysioterapeuter).

### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget (pasienter og helsepersonell) informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

### TAUSHETSPLIKT

Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, tid, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene. Personvernombudet legger med dette til grunn at dere ikke innhenter personopplysninger om pasienter, og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted.

Studenten og informantene har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om studenten avklarer dette med informantene i forkant av intervjuet.

### SENSITIVE PERSONOPPLYSNINGER

Det behandles sensitive personopplysninger om pasientenes helseforhold.

### INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

### PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 01.07.2019. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres

ved å:

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

## Vedlegg II : Brev fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)



---

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Marit Hovdal Moan	73597504	14.09.2017	2017/1227/REK midt
			Deres dato:	Deres referanse:
			13.06.2017	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Marit By Rise  
Institutt for psykisk helse, NTNU

### 2017/1227 Pasienter med sammensatte symptomlidelser

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 25.08.2017. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

**Forskningsansvarlig:** Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Prosjektleder:** Marit By Rise

#### Prosjektomtale (original)

*Dette er en kvalitativ intervjustudie som skal utforske 1) hvordan pasienter med sammensatte smerteplager opplever at de blir ivaretatt i helsetjenesten og 2) hvordan leger og psykomotoriske fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten beskriver at de forstår og arbeider med denne pasientgruppen.*

#### Vurdering

##### Komiteens prosjektomtale

Dette er en kvalitativ intervjustudie som skal utforske 1) hvordan pasienter med sammensatte smerteplager opplever at de blir ivaretatt i helsetjenesten og 2) hvordan leger og psykomotoriske fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten beskriver at de forstår og arbeider med denne pasientgruppen. Data innhentes ved hjelp av kvalitative intervju. Det mangler kunnskap om hvordan pasienter med sammensatte smerteplager møtes, ivaretas og behandles i helsetjenestene. Helsedata skal ikke samles inn, men kan fremkomme i intervju. Studien er samtykkebasert.

#### Vurdering

Komiteen viser til prosjektprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring. Komiteen oppfatter at studien bærer preg av en kvalitetsvurdering, der hensikten er å undersøke pasienters opplevelse av måten de blir møtt på i helsevesenet, og hvilken forståelse av den aktuelle pasientgruppen som ligger til grunn for hvordan behandlere arbeider med denne gruppen pasienter. Det er således ikke behandlingseffekten av et behandlingstilbud som skal sådan som skal undersøkes. Komiteen vurderer derfor at prosjektet faller utenfor helseforskningslovens (hfl.) saklige virkeområde, jf. hfl. §2; det vil si at prosjektet ikke er å forstå som forskning med mål om å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom. Prosjektet kan derfor gjennomføres uten forhåndsgodkjenning av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Komiteen minner imidlertid om at kvalitetsstyringsstudier skal, før igangsettelse, være godkjent av den lokale ledelsen, samt meldes til personvernombudet ved institusjonen/NSD.

Vurderingen er gjort på grunnlag av de innsendte dokumenter. Dersom det gjøres endringer i prosjektet, kan dette ha betydning for REKs vurdering. Det må da sendes inn ny søknad/framleggingsvurdering.

**Vedtak**

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge har funnet at prosjektet faller utenfor komiteens mandat, jf. helseforskningsloven § 2.

Komiteens beslutning var enstemmig.

*Klageadgang*

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. helseforskningsloven § 10 og forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Vibeke Videm  
Professor dr.med. / Overlege  
Leder, REK Midt

Marit Hovdal Moan  
seniorrådgiver

**Kopi til:rek-iph@mh.ntnu.no**

## Vedlegg III: Informasjonsskriv

Forsiden på brosjyren:

### Forespørsel om deltakelse i masterprosjekt

◆  
Pasienter med sammensatte helseutfordringer - hvordan kan psykomotorisk fysioterapi bidra?



Baksiden på brosjyren:



Send meg gjerne en melding om du kunne tenke deg å delta 😊

Mitt mobilnummer :  
988 96 454



Tusen takk!

Midtsidene i brosjyren:

Hei! Jeg er masterstudent ved NTNU, fakultet for medisin og helsevitenskap ved institutt for psykisk helse. Jeg trenger nå informanter til mitt prosjekt og blir derfor veldig glad om du tar deg litt tid til å lese følgende:

#### Bakgrunn og formål

Formålet med denne studien er å få mer kunnskap om hvordan psykomotoriske fysioterapeuter tilnærmer seg pasienter med sammensatt helseproblematikk/ diffus eller kronisk smerteproblematikk og som samtidig har opplevd traumer/ krenkelsener i oppveksten.

#### Inklusjonskriterier:

Vi søker etter terapeuter som har mer enn to års klinisk erfaring som psykomotorisk fysioterapeut i primærhelsetjenesten i Trondheim kommune. Terapeuten må ha erfaring med behandling av pasienter med sammensatte helseutfordringer/ diffus eller kronisk smerteproblematikk og samtidig ha traume/ krenkelseseerfaring fra barndommen. *Teorigrunnlag og -bakgrunn for dette symptombilde er "allostatic overload" (jf. McEwen) og "levd liv-perspektivet" (jf. AL Kirkengen).*

#### Hva innebærer deltakelse i studien?

Å delta i studien innebærer å delta i et dybdeintervju som vil vare i omtrent en time. Intervjuet vil være en samtale mellom deg og masterstudent Hanne Sofie Løken. Intervjuet vil foregå der det passer deg best. Tema for intervjuet er hvordan du tilnærmer deg denne pasientgruppen i den kliniske behandlingen ved instituttet du jobber. Intervjuet vil bli tatt opp på lydfil som senere blir skrevet ut som tekst.

#### Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Forskerne i studien har full taushetsplikt og dine opplysninger vil bli lagret kryptert på datamaskin og låst inn i et skap. Ingen av dine personopplysninger vil være synlig for andre og ingen vil kunne spore dine opplysninger, verken under prosessen eller når resultatene fra studien blir publisert.

Dine kolleger eller pasienter vil ikke få tilgang til de opplysningene du deler. All identifiserbar informasjon om deg vil bli slettet når prosjektet avsluttes.

#### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte masterstudent Hanne Sofie Løken på mobil: 98896454/ e-post: [hanneloken@hotmail.com](mailto:hanneloken@hotmail.com) eller veileder Marit By Rise på mobil: 99315365/ e-post: [marit.b.rise@ntnu.no](mailto:marit.b.rise@ntnu.no).

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



## Vedlegg IV: Intervjuguide

---

### Intervjuguide for prosjektet:

Pasienter med sammensatte helseutfordringer.

- Hvordan kan psykomotorisk fysioterapi bidra?

---

Dato og sted for intervjuet:

Informant:

---

1. Husk: informasjon om at intervjuet blir tatt opp på bånd. Fortelle om min rolle. Jeg har satt av en time så vi har god tid til å snakke. Du velger hva du vil svare på og hvor mye du vil si. Minne om taushetsplikten! Presentere hva intervjuet innebærer og summere kort prosjektets formål.

2. Spørsmålsstruktur:

BAKGRUNN/ KARTLEGGING:

- Kan du fortelle meg litt om din fagbakgrunn som psykomotorisk fysioterapeut?
- Kan du si noe om din for forståelse eller tanker om sammenhengen mellom levd liv-perspektivet/allostatisk overlast og sykdom i voksen alder?

ERFARING:

Viktig at terapeuten får mulighet til å utdype kasus og gi konkrete eksempler fra behandlingssituasjoner!!!

- Kan du si noe om hvordan du bruker metoden Norsk psykomotorisk fysioterapi for denne pasientgruppen?
- På hvilken måte synes du at du som psykomotoriker kan hjelpe mennesker som har traumeerfaring og som i dag lider av sammensatte helseutfordringer?
- Hvordan opplever du at pasientene mottar den psykomotoriske tilnærmingen?
- Går det an å trekke ut spesifikke komponenter i metoden som du bruker for akkurat denne pasientgruppen?
- Hvilke tilbakemeldinger har du fått fra pasienter som har gått i behandling hos deg?
- På hvilken måte samhandler eller samarbeider du med andre helseaktører?

AVSLUTNING:

- Er det noe du sitter inne med som du gjerne vil si noe om, som jeg ikke har spurt om?

## Vedlegg V: Forfatterveiledning fra tidsskriftet Fysioterapeuten



### Forfatterveiledning

Fysioterapeuten har som mål å stimulere fysioterapeuter til å skrive, og gjennom dette bidra til kunnskapsformidling, faglig engasjement og debatt. Faglige manuskripter kan omhandle tema fra alle helsefagene, fortrinnsvis med relevans for fysioterapifaget eller av allmenn interesse for fysioterapeuter. Artikkene kan ha opphav både fra praksis- og forskningsfeltet.

Fysioterapeuten publiserer manuskripter på norsk, engelsk, svensk og dansk. Vi er indeksert internasjonalt i databasene **NORART**, **AMED** og **PEDro**, og nordisk i **SveMed+**. Alle våre fag- og vitenskapelige artikler er gratis tilgjengelig for alle og søkbare via generelle søkebasen som Google og Kvasir.

Fysioterapeuten er et nivå 1-tidsskrift med ekstern fagfelleevaluering, og gir dermed publikasjonspoeng for følgende sjangre: Vitenskapelige originalartikler (kvantitativt og kvalitativt design), oversiktsartikler samt fagartikler. Vi tar også inn fagkronikker, fagessays og kasusrapporter. Disse vurderes redaksjonelt (fortrinnsvis av fagredaktør), og gir dermed ikke publikasjonspoeng.

Artikler som godkjennes for publisering i Fysioterapeuten vil bli publisert i vår papirutgave og/ eller som nettpublikasjon. Fagredaktør forbeholder seg retten til å avgjøre tidspunkt for publisering samt publikasjonskanal (nett/papir).

Artikler som publiseres i Fysioterapeuten skal ikke ha vært publisert i andre tidsskrift tidligere, hverken nasjonale eller internasjonale. Dersom artikler publisert i Fysioterapeuten ønskes dobbeltpublisert i andre tidsskrift/ medium, må søknad sendes [fagredaktor@fysio.no](mailto:fagredaktor@fysio.no). Husk at all medisinsk og helsefaglig forskning og prosjektvirksomhet skal forhåndsgodkjennes av [Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk](#).

Vår forfatterveiledning er under kontinuerlig utarbeidelse, og oppdateres jevnlig.

[Fagartikler](#)[Abstracts](#)[Blikk på forskning](#)[Bokomtaler](#)[Cochrane](#)[Doktorgrader](#)

## Kvalitative originalartikler

**Tittel.** Tittelen skal være kort, favne innholdet, vekke interessen og angi forskningstilnærmingen. Omfang anbefales mellom 40 og 90 tegn (med mellomrom).

**Omfang:** 4200 ord, inkludert referanseliste, sammendrag og abstract

**Innledning/bakgrunn.** Skriv konsist, ikke mer enn 3-5 avsnitt. Først angi tema eller problemområde. Redegjør for bakgrunn og kontekst for og betydningen av forskningsspørsmål for fysioterapeuter. Angi eksplisitt hensikt eller formål som fokuseres og konkretiseres i forskningsspørsmål. Avslutt med grov angivelse av forskningstilnærmingen.

**Teoretisk perspektiv og metodiske betraktninger.** Gjør rede for og begrunn forskningstilnærmingen i forhold til forskningsspørsmålet. Redegjør for betydningen av forskerens egen rolle og forforståelse. Også redegjør for studiens planlagte perspektiv, eventuelt teoretisk perspektiv, dets betydning og relevans. Videre, redegjør for utvalgsstrategi og måten materialet ble produsert, håndtert og analysert på. Beskriv analysearbeidet fra teori eller empiri: tematisering, temaområder og kategorier. Ved feltarbeid er alltid form, innhold og varighet aktuelt. Ved person- og fokusgruppeintervju: tema-gulde. Dokumenter selv-refleksjon og indiker hvordan robusthet, troverdighet, tillitsfullhet og metodisk repeterbarhet ble sikret.

**Resultat/funn.** Gi fylldige og rike belysninger og begrunnede utsnitt av det empiriske materialet, på en måte som synliggjør det analytiske arbeidet. Gi sammenfatning av mønstre fra systematiske analyser av materialet, med sitater eller empiriske beskrivelser som underbygger sammenfatningene eller abstraksjonene. Skill tydelig mellom informantenes og forskerens stemmer og de ulike abstraksjonsnivåene.

**Diskusjon.** Innled med en kort oppsummering av det som er fremkommet i Resultat. Gi dernest en overgang til kritisk balansert diskusjon av:

(a) validiteten i forskningstilnærmingen

(b) betydningen av funnene for interessentene. Viktigste er betydningen for fysioterapi praksis. Diskuter tydelig: Innled avsnittene med et synspunkt, følg opp med begrunnelser (mot, begrunnelser for (eller motsatt), før avsnittet rundes av med et filtrert eller oppsummert synspunkt eller en delkonklusjon. Det empiriske materialet og arbeidets teoretiske perspektiv avgjør hvordan materialet tematiseres og hvilke perspektiver som er fruktbare for diskusjon. Dette innebærer at resultater og diskusjon ofte må gå parallelt. Uansett: vær tydelig i skillet mellom "funn" og diskusjon. Diskuter materiale, metode og betydning eller "nytteverdi" for interessenter av det studien frembringer.

**Avslutning.** Sammenfatt studiens validitet og funnens betydning på høyeste abstraksjonsnivå. Konklusjonen skal belyse spørsmålene studien reiser ved hjelp av delkonklusjonene (fra Diskusjon). Avslutningen gis i termer som gjør at en forstår hva forskningsspørsmålet var. Foreslå gjerne forskningsveien videre.

**Sammendrag og nøkkelord.** Hovedinnholdet i artikkelen skrives i et sammendrag på cirka 200 ord. Strukturér det med stikkordene Spørsmål (eller hensikt), design, materiale, metode, resultat og konklusjon i fet skrift etterfulgt av kolon. Diskusjon utelates. Skriv informativt, ikke indikerende. Under sammendraget skal det gis 3 til 5 sentrale MeSH-termer som nøkkelord. Sammendraget skal oversettes så direkte som mulig fra norsk til engelsk. Det engelske skal også ha tittel.

## Vedlegg VI: Tabeller som tilhører forskningsstudien

Tabell 1 Informasjon om utvalget. Alle informanter er spesialister i NPMF og jobber i primærhelsetjenesten på privat klinikk i Trøndelag

Antall år erfaring med NPMF	Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4	Informant 5	Informant 6
3 – 5					✓	
6 – 15	✓					
15 – 32		✓	✓	✓		✓

Tabell 2 Eksempel på stegvis analyse med bruk av systematisk tekstkondensering (STK); fra meningsbærende enhet til hovedtema

1. Meningsbærende enhet	2. Kodegruppe og subgruppe	3. Kondensat	4. Hovedtema
<i>”det er jo ikke sikkert at angsten blir noe mindre, eller at det blir mindre skummelt å gå ut blant folk. Men opplevelsen av å være i det blir annerledes når du har en kropp koblet på det. Det er mer håndterbart da.”</i>	Kodegruppe: Kontakt med kroppen  Subgruppe: Kroppsbevissthet	Å jobbe med kroppsbevissthet er essensielt i den konkrete tilnærmingen i Norsk psykomotorisk fysioterapi. Øvelser for kroppsbevissthet handler mye om å forstå seg selv og å sette kroppslige sensasjoner i sammenheng med et levd liv-perspektiv. Fordi du har med deg minner, blir reaksjoner fra nervesystemet aktivert og forsterket, og det blir såkalte ”triggere.”	I. Behandlingsmodaliteter
<i>”Hvis du i det hele tatt skal komme inn så må du ha en trygg relasjon. Det er helt sentralt. Du kommer ingen vei hvis du ikke har skapt trygghet i relasjonen.”</i>	Kodegruppe: Tillit til terapeuten  Subgruppe: Trygghet i relasjonen	For pasienter med traumbakgrunn er det ofte det utrygge som ligger til grunn for symptombildet. Derfor er det essensielt å skape en trygg atmosfære og å være en rolig og trygg terapeut. Først når pasienten føler seg tryggere, kan han få mulighet til å lytte innover og bli bevisst egne stressresponser eller symptomer.	II. Relasjonelle faktorer
<i>”(...) hjelper pasienten å forstå egne symptomer i en større sammenheng og å forstå seg selv i et livsløp (...) vi ser de større linjene og hvordan de</i>	Kodegruppe: psykomotorisk fysioterapi i et samfunns-perspektiv	Psykomotorisk fysioterapi gir mulighet for en helhetlig tilnærming til menneskers sykdomsbilde. Den hjelper mennesker å forstå egne symptomer i en større sammenheng (følelser og kropp henger sammen) og i et levd liv-perspektiv. Fordi	III. Helhetlig perspektiv

<i>påvirker hverandre. ”</i>	Subgruppe: helhetlig tilnærming	metoden er kroppsorientert, kan den også gi mennesker med sammensatte plager anledning til selv å tilegne seg noen verktøy for å ta kontroll på egen helse.	
------------------------------	---------------------------------------	--	--

\* tabellen angir eksempler på hvordan analysen er gjennomført







Tabell 3 Hovedtemaer og undertemaer.

<b>I. Behandlings- modaliteter</b>	<b>II. Relasjonelle faktorer</b>	<b>III. Helhetlig perspektiv</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Øvelser for kroppsbevissthet</li> <li>• Øvelser for stabilisering</li> <li>• Kontakt med kroppen</li> <li>• Regulering av nervesystemet</li> <li>• Kunnskapsformidling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tillit til terapeuten</li> <li>• Trygghet på seg selv</li> <li>• Utforskende tilnærming</li> <li>• Lære å avlese kroppslige reaksjoner</li> <li>• Anerkjennelse</li> <li>• Respektere og ta på alvor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helsefremmende tilnærming</li> <li>• Levd-liv perspektivet</li> <li>• Helhetlig forståelse</li> <li>• Tverrfaglig samarbeid</li> <li>• Stammespråk</li> </ul>




## Vedlegg VII: Søkeprosessen i medisinske databaser

Jeg gjennomførte søk i PubMed, SveMed+, PEDro, PsychInfo, Cochrane og GoogleScholar i forbindelse med denne studien. Her følger oversikt over søketermer/ mesh-terms jeg brukte og påfølgende resultat for de ulike søkene.




### 1. Søk etter ”Norsk psykomotorisk fysioterapi” (teoribakgrunn)

Database	Søkeord/ MeSH-term	Resultat ant. artikler
	Norwegian psychomotor physiotherapy	<b>21</b> (1 RCT), flest kvalitative studier
 SveMed+	Norsk psykomotorisk fysioterapi	<b>9</b> (essays, fagkronikker, bøker) (Ingen RCT)
	Psychomotor physiotherapy	<b>3</b> (irrelevante)
	Norwegian psychomotor physiotherapy	<b>3</b> (ingen RCT)
	Norwegian psychomotor physiotherapy/ Norsk psykomotorisk fysioterapi	<b>29</b> (1 RCT), flest kvalitative studier
	Norwegian psychomotor physiotherapy/ Norsk psykomotorisk fysioterapi	<b>3</b> (irrelevante)






### 2. Søk etter ”traume i lys av teorien om allostatisk overlast” (teoribakgrunn)

Database	Søkeord/ MeSH-term	Resultat ant. artikler
	Adverse childhood experience AND allostatic overload	<b>7</b> (Danese, Tomasdottir, McEwen)
	Childhood maltreatment AND neurobiological AND stress	<b>52</b> (Teicher)
	Adverse childhood experience AND childhood abuse AND adult	<b>193</b> (Felitti, Dube)


### 3. Søk etter ”kroppsbevissthet/ kontakt med kroppen” (funn)

Database	Søkeord/ MeSH-term	Resultat ant. artikler
	Embodied knowledge AND NPMP	2 (Ekerholt, Kolnes) 1 irrelevant (spis)
	Embodied knowledge AND NPMP	102 (Øien, Ekerholt, Dragesund, Bergland)
	Embodied knowledge AND NPMP	1 (irrelevant)

### 4. Søk etter ”relasjonelle faktorer” (funn)

Database	Søkeord/ MeSH-term	Resultat ant. artikler
	Patient-therapist AND interaction	67 (O’Keefee)
	Patient-clinician AND relationship OR alliance	159 (Kelley, O’Keefee)
	Patient clinician alliance chronic pain	34 000 (Ferreira: nr. 1)
	Patient-clinician relationship OR alliance	0
	Mistet tilgang på cochrane, kom ikke igjennom på siden	

### 5. Søk etter ”tverrfaglig samarbeid” (funn)

Database	Søkeord/ MeSH-term	Resultat ant. artikler
	Cooperation OR coloboration AND health care AND physical therapy AND outcome	304 (Hviding)

Google Scholar	Samhandlig i helsetjenesten	7480 (Hviding, nr. 1, "samhandlende team")



## Vedlegg VIII: Eksempel på utdrag av meningsbærende enheter og dekontekstualisering (analysens steg 2, STK)

Kode: **LYSEBLÅ**

<b>Tema: KROPPSBEVISSTHET</b>
Deltager 1
Og så må jeg legge til rette for at pasienten blir kjent med seg sjøl.
men jeg tror at vi hjelper dem på en måte – litt klisjeaktig – med å flytte tilbake i seg sjøl. Og få kontakt med de kroppslige fornemmelsene.
Så har jeg et knallgult teppe inne i skapet, jeg har ting som kan være med på å regulere. Være med å bevisstgjøre
du må ha den grunnleggende forståelse av hva du vil oppnå, av hvorfor du bruker det. Og det ligger jo mye i den traumeforståelsen
<i>Sub: stabilisering. Men vi kaller det mer som det å ha kontakt med seg sjøl. Ikke sant, man kjenner at man ikke klarer å være seg sjøl og i kontakt med kroppen sin.</i>
<i>MASSE øvelser. Så når vi jobber med stabilisering så er det ingen ting som er feil. Men å bruke fantasien på et vis.</i>
<i>Også gjør vi litt stabiliseringsøvelser for eksempel i forhold til det at man kjenner at man sitter, ligger, ser ut i rommet</i>
<i>hva vi egentlig da gjør blir jo veldig avhengig av den enkelte.</i>
<i>i utgangspunktet så er det jo alt det med stabiliserende arbeid som gjør at man er i mer i kontakt med seg sjøl, uten å bli overveldet av minner, traumer eller flashbacks eller bare kobler ut</i>
<i>jeg har jo mye balanseutstyr, piggballer</i>
<i>løsne så varsomt som man kan slik at pasienten kommer i kontakt med følelsene, uten å bli overveldet.</i>
<i>Du har potensiale til å gripe inn i den muligheten pasienten har til å regulere seg selv på.</i>
D2
Men samtidig senker jeg oppmerksomheten til de kroppslige reaksjonene.
jeg synes kognitiv adverdsterapi, den har vært veldig nyttig for meg den utdanningen, men den er nyttig sammen med den kroppslige innfallsvinkelen.
Men så har vi noe enda mer i tillegg. .... det å merke seg sjøl. Kroppslig knyttet til opplevelsen her og nå, og få mulighet til å sette ord på det.
ja vi har det med bevisstgjøring på grounding øvelser, konkrete øvelser i det vi jobber med.
det handler om bevisstgjøring, kontakten med underlaget, enten du ligger, sitter eller står eller går.

Sant. Mageliggende, ryggliggende... og evne til å merke tyngden av deg sjøl.
ja, pasientens egen kropp. Og meg, vi to sammen. (BRUKER PASIENTENS OG EGEN KROPP)
Du skal ikke jobbe videre med kognitiv terapi, vet du. Tenker jeg. Det blir for komplisert for det. Du skal senke oppmerksomheten ned til kroppen, og legge merke til deg sjøl og egne reaksjoner i det kroppslige.
Hun viste et veldig ekstensjonsmønster her (strekker seg opp i ryggen med stor aktivering av ekstensormuskulatur) og så var det bare da... vi jobbet litt for å justere. Jeg veileder litt for å bedre forankringen i sittende. Få ned rumpa, og hun da slipper seg ned (viser hvordan pasienten slapp ned ryggen og bøyde seg lett fremover, som et slipp i holdt og anspent muskulatur). Og da begynte hun jo å storskrike. Ikke sant. Og der er jo det spillet da, mellom kroppen og ... når du slipper deg, så slipper du til.
å få koblet på seg sjøl. For det er jo nærmest en dissosiering mange har kommet inn i, stemt av fra seg sjøl. Og da er det fra seg sjøl kroppslig, og følelsesmessig. Og følelsene er jo ikke oppe i hodet. Følelsene er jo knyttet til. Det er i kroppene våre.
det er viktig å få tak i, og jobbe med bevisstgjøring i forhold til en god latter. Det vil frigjøre spenninger i diaphragma. Også i sammenheng med gråten. Og det å merke at det "ooooohh, det her er ikke ok". Sant. Hvordan reagerer du da? Ja... så det er vel, ja.
vi har trent på det å reise og sette seg på do og jobbet med bevisstgjøring. Grounding. Vi har jobbet med det å komme ut av det ekstensjonsmønsteret (viser en ekstendert og spent rygg). Sentrering på benken. Så nå har vi jobbet med det.
Få i gang kroppens egne morfiner, ikke sant. Og litt sånn hold slipp, bevisstgjøring . "Oååhh, det var så godt å få kunne strekke seg" mange sånne primitive reaksjoner, i anførsel, som vi får i gang.
det blir en slik sjølhelbredende prosess i kroppen som kommer når du begynner å forske på kroppen sammen med pasienten. Sjøl. På egne reaksjoner.
<i>knotteballer, og pinner. Balansepute bruker jeg mye. Jeg har den puta til sitting, ehhh og jeg bruker. Ja hva bruker jeg mer, tepper og min lypsyl som jeg bruker til å jobbe med beina. Og jeg kan bruke denne (tar fram en "håndtromme"). Den bruker jeg i forhold til å kjenne igjen midtlinje og bevegelse fra midtlinje, istedenfor fra periferien. ... Og så bruker jeg håndklær.</i>
D3
kjenne på forankring, bevege seg, kvalitet på bevegelse. Hvordan du sitter, altså veldig enkle ting, men satt i system.
Fokus på kroppsbevissthet. Det kan man gjøre på veldig mange måter. Så jeg har jobbet veldig mye med det i praksis i mestringsgruppene.
Og så har vi hatt da en bevegelsessekvens. Der vi har jobbet med bevegelser, litt sånn alla Gudrun Øvreberg.
Også kjenne litt på det med å "hvordan kan du sitte og være ja... avslappet i forhold til de

utfordringene du har.”
Istedenfor når du kommer ned på sitteknutene, så slipper du pusten mer til. Og da er du friere i nakke og skuldre, til å prate og skriv og (viser frie nakke og armbevegelser), i forhold til når du er stiv i nakken og konsentrasjonen blir jo deretter.
det er forskjell på å sitte med beina sånn (krysser beina) og sånn (setter beina ned på gulvet i friere stilling) plante føttene ned på gulvet. Ikke sant. Kjenne at du har forankring og da, og da er vi inne på grunnpilaren i psykomotorisk fysioterapi, det her med forankring. Kjenne at du har kontakt med underlaget. Og jeg kjenner nå når jeg sitter at nå har jeg forankring på føttene mine, og på rumpa mi. Ikke sant.
vi ser på den forankringen. Hvordan kan du sitte på en behagelig måte, hvordan kan du stå. Hvilke stillinger skifter du imellom so er behagelig. Hvilke stillinger gjør vondt verre. Hvilke stillinger gjør at du blir anspent. Ikke sant. Ja... vi jobber veldig praktisk.
det her med holdning, respirasjon, fleksibilitet... ikke sant. Låser jeg meg helt sånn (strammer overkropp), eller setter jeg meg sånn at jeg bevarer en viss fleksibilitet? Og så blir det jo det med muskulaturen, ikke sant, sitter jeg og krøller tærne og klorer meg fast i gulvet, og med hendene også (knytter nevene) fordi jeg er så ivrig og skap forklare, men kanskje det er bedre for meg å slippe det.
det er veldig basic.
For her tenker vi funksjon. Og veldig ofte så ikke fokus på sånn.. hva skal jeg si, dagliglivet. Altså at man sitter, man står, man går, an ligger. Man skal gjerne ha god hvile.
Også er tanken det å ha fokus på funksjon, så ser vi litt mer på kvaliteten på hvordan du beveger deg, hvordan du ligger. Sånn at det er liksom å få det ned til det.
For vi prøver jo å hele tiden jobbe med det her med, hva skal jeg si kroppsbevissthet. Det her med forankring. Altså stødighet, balanse. Hvordan kan du stå, egentlig. Hvordan står du egentlig? Hvordan ligger du egentlig? Litt det med .. mange når de legger seg ned, ikke sant, de har mer kontakt med den ene siden i forhold til den andre.
jeg har bare bevisstgjort dem på at hvis du trekker litt der, eller presser litt der... også skjer det en endring.
Slik at det blir en sånn kontinuerlig, å se på det med justering, vi ser på andre ting enn vi har vært vant til før. Ikke sant. Så vi har jo litt fokus fra gang til gang på det der med å jobbe videre med det, eller jobbe videre med det. Både på det her med bevissthet, bevisstgjøring, og oppøving av avspenningsevne. Ikke sant. Det gjør jo at du blir litt mer klar over hvordan du bruker kroppen din. At kanskje bare det med å justere, som jeg beskrev i sta, kan kanskje innvirke på smerter i skulder.
Og da har du jo åpnet opp for både respirasjonen og leddbevegelsen. Det er noen ganger det blir sånn gode enkle kjedereaksjoner, slik at tilbake igjen til når jeg drev med bevegelsesgrupper.
Hvis du trekker frem basisen i psykomotorisk ... den der med å jobbe med hvordan står du, til å

begynne med: ”har du tyngden frempå, bakpå, på utsiden?”. også registrerer du det. Også jobber vi både i sittende, liggende, stående, med de her øvelsene som går på rotasjoner, strekk. Hvis du ser liksom sånn i et nøtteskal. Og til slutt går tilbake igjen opp i stående

Jeg kan jo ikke fjerne revmatisme, for eksempel. Jeg kan ikke fjerne en alvorlig psykisk lidelse, men jeg kan kanskje bidra til at de blir litt mer bevisst sine egne reaksjoner i perioder

Hvis du er helt sånn.... (viser at hun er slapp i beina). Hvis du er en gjærdeig som har stått for lenge, lår og legger er bare helt slapt altså. Det er sånn ”poooooh”, hvis du trykker. Og det er klart, også henger de på skuldrene (eleverer skuldrene sine), eller nakken. Det er klart at hva gjør du da? Da begynner å trampe. Da begynner du å trampe med føttene (tramper med føttene sine). I: tenker du da stabilisering?

588 - D: ja... og... få dem til å... mange begynner jo å le. Få fram litt humor ikke sant, ”det er godt ingen ser oss”. Tramp, tram... at du har på en måte. Det at vi har et øvelsesreportoare, det at vi har den kliniske undersøkelsen som er ganske safe altså.

*Sub: Jeg bruker pinner, jeg bruker liten knotteball, stor knotteball. Jeg bruker de sitteputene. Og du ser det er to, for jeg gjør øvelsene sammen med pasienten*

*Også tar vi hver vår stor gymball også. Og kan sitte på også. Og reiser oss og setter oss, og ligger på magen, strekker. Veldig mye frie bevegelser når vi kommer dit, ikke sant.*

*det å kjenne på føttene og hva det gjør med stødighet. For eksempel rulle med en pinne eller rulle med en knotteball under foten. Og når de da reiser seg opp, og står, også kjenner det veldig ofte at den foten de har jobbet med fotsålen på, hvis jeg for eksempel dytter litt på bekkenpartiet så står du som fjell.*

*det er jo veldig spennende, det med tramping og spark. Ikke sant, det å kjenne på. Det er jo for å forankre. Hvis du kjenner at du er slapp i beina, og kanskje jobbe mye med det (tramper i gulvet). Sånn at de kjenner at ”nå begynner leggene mine å bli annerledes”.*

*Det er mange som sier at jeg blir så stiv, og jeg får kramper i beina og jeg sliter med det. Også får de til å rette ut kneet, presset kneet ned i underlaget, bøye opp i ankelen så de tar du strekken så krøller de tærne nedover. Da jobber du samtidig med strekken og sammentrekningen, og de kjenner jo da at hvis vi skal ha et litt annet fokus. når vi gjør den øvelsene, så ”hva skjer med pusten”. Ikke tenk på det men kjenn hva som skjer.*

D4

*Sub: Også kanskje handler det mye om å ha kontakt med beina og finne forankring og kjenne sin akse. At hun ikke må holde seg oppe så mye, men slippe seg ned og slippe til*

At en forholder seg til kroppen som noe annet enn bare fysisk størrelse, men måten jeg forholder meg til kroppen min på. Og måten sjølbildet og kroppsbildet mitt, det henger sammen med alt tenker jeg. Dagsform, måten jeg har tenkt om meg sjøl. Så det å finne det meningsfulle. Hva prøver kroppen å fortelle. Det er ... og veldig sånn "hva kan det være" liksom. Øke respekten for og å lytte til kroppens fortellinger, og kanskje koble de sammen med nåtid og fortid og litt sånn Pendle litt. Hva gjorde meg godt, hva gjorde meg vondt. Ja

D5

Og det å lære dem å på en måte forstå kroppen på en annen måte. At kroppen ikke er en fiende da, men at kroppen på en måte prøver å formidle noen ting da. Og lære seg til å oversette disse sensasjonene da, og huske at de er uttrykk for noen ting da. At det er noen følelser i det, og at når man skjønner det så er det lettere å uttrykke egne behov også da

Og da er det jo interessant da å følge: hva er det som skjer? Og det er jo en herlig måte å jobbe videre. "hvorfor ble det sånn da, hva er det som skjer"? Og vende oppmerksomheten, og lære dem å lytte innover uten at det er jo ikke farlig. For det er jo veldig lite av det som skjer her som er farlig. For det skjer jo her og nå, og trygge dem på det.

Tørre å være undrende og romme dem, da. For det tror jeg er en viktig oppgave å ha da, at vi rommer dem. De rommer jo ofte ikke seg selv, bestandig.

Du snakket om det å oversette kroppslige sensasjoner. Hva legger du i det?

D: nei, å forstå hva .... Ja hva er denne kriblingen i beina (dine), er det en "urge to move", for eksempel. Hva er det i armen, og hva trenger du å gjøre? Hva er den kriblingen i brystet? Er det en uro eller er det bare... er det angst, eller hva er det? Hva er den smerten i magen, hva er den durende hodepinen? Er det noen tanker eller minner knyttet til den sensasjonen, på en måte... ja....

Jeg tror det handler mye om å forstå seg sjøl, da. Sette ting i sammenheng. Skjønne at det er liksom ikke... det er ikke smerter som bare vandrer rundt sånn helt uvilkarlig. Altså at det henger sammen, du drar med deg ting. Du drar med deg minner som forsterker. Og det blir triggere. Det å bli oppmerksom på triggere, tenker jeg er viktig for denne pasientgruppen. Det betyr ikke at man skal unngå det. Men de kan få noen verktøy som gjør at de kan gå inn i det på en annen måte da. Altså det er jo ikke sikkert at angsten blir noe mindre, eller at det blir mindre skummelt å gå ut blant folk. Men opplevelsen av å være i det blir annerledes når du har en kropp koblet på det her da. Det er mer håndterbart da. Og det tenker jeg er viktig at man lærer denne pasientgruppa at "det skjer jo i ditt system", for det er jo ikke sånn at "kadosj" så kommer det valsende over deg, på en måte. Men at du har noen grep du kan gjøre. Og lære seg å tolke signalene tidlig nok da, til at man ikke blir... ja... mmmm.

(Ang psykomotorisk massasje) Jeg synes den er fin fordi man jobber igjennom hele kroppen. Og det at man blir bevisst på hva som skjer. Også kan man noen ganger bli overrasket over at man kanskje

<p>ikke kjenner noen forskjell, og da er jo det et kjempesunn. Jobber med det... Mmmm... også tror jeg det å jobbe med den helhetlige tilnærmingen gjør at pasienten blir litt bevisst på hva som skjer i kroppen.</p>
<p>At de kjenner at ”nå kjente jeg at jeg ble litt mer avspent” eller ”nå kjente jeg at jeg ble litt triggende” eller ”nå kjente jeg på...” ja... såne ting. At det gir litt tid, da. Den tiden er jeg litt glad i da! At det er veldig samlende. Fordi denne pasientgruppa flyter ofte litt ut. De har liksom ikke noen rammer.</p>
<p><i>Så det er helt bakvendt inn i fremtiden at man ikke skal ha med kropp når man jobber med det der.</i></p> <p>Men.... Ja, jeg tenker at det er så selvsagt på en måte, at det blir nesten litt vanskelig å forklare. Men det er ganske åpenbart at man må jo ha med seg kroppen. For det er sånn at <i>alle følelser som for eksempel redsel eller angst eller sinne, det har en kroppslig fremtoning.</i></p>
<p>også bruker jeg mye sånn bevisstgjøring, kjenne lillefinger og bare det å gå igjennom kroppen. Uten å tenke slipp, uten å tenke avspenning. Men i det man på en måte har ... eller prøvd å slippe, så kanskje man slipper litt, så kanskje man gjør det hver dag. Så kroppskontakt da. Ikke sånn fysisk kontakt, men kontakt sånn... bevissthet da. Med mer. Tilstedeværelse handler det også mye om. For det er mange av disse som ikke tør å være tilstede i sin egen kropp. Eller aldri tenkt på at det var et alternativ da. Og på den måten blir pusten bedre også da...</p>
<p>D6</p>
<p>Men poenget er ikke at de skal begynne å snakke, men du jobber med kroppen også ser du hva som skjer. Noen ganger så forandrer kroppen seg og pusten kommer også fordøyes det, uten at det kommer så mange ord på det.</p>
<p>Så det å anerkjenne selve kroppen som et fordøyelsessted, uten at alt må settes ord på</p>
<p>Fordi det å snakke med folk, det kan alle lære seg. Men det vi kan og jobbe på en sånn måte, og alt det som folk kan få tilgang til og jobbe med sjøl, det er virkelig sjelden vare.</p>
<p>Og det tenker jeg det har vært litt i fagfeltet vårt, at vi er veldig opptatt av å få sette ord på det, for at det er bare det som er gyldig. Og det tenker jeg at det stemmer ikke. Vi skal få i gang det som har stoppet opp. Men kroppens uttrykk, det er også et uttrykk. Det er ikke bare ordene som er på pidestallen.</p>
<p>Ord er en del, det er også et kroppslig uttrykk, men en bevegelse er også et kroppslig uttrykk. Men poenget er at ting har satt seg fast, også skal du prøve å få det i gang. Og det kan være mange forskjellige måter å gjøre det på</p>
<p>Det at du SKAL ha dem til å snakke. At VI på en måte skal bestemme hva som er det viktigste, i stedet for at det er dem som styrer prosessen.</p>
<p>Det er jo ikke det som er det farlige, da, eller hva jeg skal si da. Dem som er veldig stiv. Det er jo dem som helst ikke vil at jeg skal ta på dem. Ehhh... og på en måte som er for bevegelige. Det er egentlig</p>

der varsellampene er.

fordi dem som er veldig stramme, de passer bedre på seg selv. Enn de som er for bevegelige. De tilpasser seg meg, og kan bli borte for meg (dissosiering). Så der er jeg mye mer obs da. De er så medgjørlige. Sånn at der er det kjempeviktig at jeg ikke durer på, ja... så der og.