



Uit

NORGES  
ARKTISKE  
UNIVERSITET

Institutt for helse og omsorgsfag

## Fra kvalme til grensesetting

*En videoanalyse om selvhjelpsprinsippet i psykomotorisk fysioterapi*

—

**Sigrid Karine Paulsen**

*Masteroppgave i Psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi*

*Mai 2016*





## Forord

For dem som liker det enkle og gjennomsnittlige kan denne oppgaven kalles en fortelling om det jeg har lært gjennom utdanningen i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. For dem som ser de små ting som en del av noe større og som fornemmer potensial i det som er annerledes, om enn mangelfullt, er denne oppgaven del av et frigjøringsprosjekt. Frigjøring fra kapitalismens kontroll over helsebegrepet, frigjøring fra ekspertdyrking og frigjøring fra nedvurdering av alle enkeltmenneskene.

Jeg tror på verdsetting av de grunnleggende eksistensielle forhold i tilværelsen. Gleden over å ha mat nok, og lykkes med å dyrke den fram og tilberede den. Tryggheten i de langvarig gjensidig forpliktende nærforholdene. Spenningen i å møte nye mennesker, oppdage nye perspektiv og lære nye måter å forholde seg til seg selv og omverdenen på.

Stor takk til hovedveileder Eline Thornquist og veileder på prosjektskissa, Anne Gretland.

## Fri eller bundet

Du kan tro  
at du er fri  
helt til du oppdager  
at du ikke  
er så fri  
som du trodde

Du er fri  
idet du bryter ut  
av mønsteret  
Men hvis det  
å bryte ut  
blir en regel  
er du bundet  
igjen

(S. K. Andersen 2010)

## Sammendrag

### *Bakgrunn*

Eldrebolgen og økning i langtidssykefraværet gir grunn til bekymring. Mange sliter med muskelskjelettplager og psykiske lidelser, og tendensen til medikalisering debatteres. Gjennom psykomotorisk fysioterapi (PMF) får mange med de nevnte plagene hjelp. Studiens mål er å belyse *selvhjelpprinsippet* i PMF ut fra en behandlingfilm og relevant teori.

### *Metode og materiale*

Valgt metode er observasjon og materialet er en PMF-undervisningfilm. Filmen er grovtranskribert og fire sekvenser utdypes. Oppmerksomheten er rettet mot hvordan kroppslig erfaring beskrives relatert til følelsesmessige og eksistensielle forhold, og hvordan dette konkretiseres i aktivitet.

### *Resultater*

- Det terapeuten ser og kjenner er viktig, men gjennom vektlegging av pasientens erfaringer innspill, framtrer viktig informasjon.
- Hva pasienten legger merke til kroppslig settes i sammenheng med hva som er viktig i livet hennes.
- I ulike situasjoner legger terapeuten tilrette for at pasienten kan erfare hva hun selv kan gjøre med ubehag.

### *Konklusjon*

Måten fysioterapeuten og pasienten forholder seg til hverandre på er avgjørende for hvordan pasientens kropp fungerer som kilde til innsikt. Fysioterapeutens rolleutforming avgjør hvorvidt pasienten kan delta aktivt. Gjennom observasjon av pasienten i samspill og i ulike deler av behandlingen, kan fysioterapeuten få informasjon om hva som berører og er viktig for pasienten.

## Abstract

### *Background*

Demographic development and increasing long time sick leave is arousing concern. Many people experience musculoskeletal problems or mental disorders, and the tendency of medicalizing is debated. Many patients with these problems get help through Norwegian Psychomotor Physiotherapy (NPMP). This study aims to enlighten the principle of *self-help* in NPMP by a movie and relevant theory.

### *Method and material*

Observation is the chosen method and the material is a NPMP treatment movie. The movie is roughly transcribed and four sequences deeply analyzed. The attention has been on how bodily experiences is described in relation to emotional and existential aspects, and concretized.

### *Results*

- What the therapist notices is important, but by emphasizing the patient's experiences and inputs, important information arrives.
- What the patient notices bodily is contextualized by what is important in life.
- In different situations the therapist promotes her actions to do something about the experienced discomfort.

### *Conclusion*

How the physiotherapist and the patient interrelate is crucial for the patient's body to function as source of insight. How the physiotherapist fills the leader role influences how far the patient can participate actively. Through observation of the patient the physiotherapist can get information about what touches and is important to the patient.

## Innholdsfortegnelse

1 Innledning .....	1
1.1 Helseutfordringer, normalitet og kroppens relasjon fortiden .....	1
1.2 Problemformulering og begrepsdiskusjon.....	3
1.3 Betydningen av å erfare kroppen som meningsfull .....	6
1.4 Tidligere publikasjoner innenfor feltet .....	7
2 Teoretisk forankring og perspektiver .....	11
2.1 Erkjennelsesteori .....	11
2.2 Kommunikasjon.....	12
2.3 Prinsipper og perspektiver for analyse .....	15
3 Metode og materiale .....	20
3.1 Etikk.....	21
3.2 Utvalg .....	22
3.3 Transkripsjon og analyse .....	23
4 Resultat og analyse .....	26
4.1 Filmens kontekst og oversikt.....	26
4.1.1 Om fagtradisjonen .....	27
4.1.2 Oversikt over handlingsforløp og utvalgte sekvenser .....	28
4.2 «Fått nok».....	30
4.3 «Trekkspill» .....	35
4.3.1 Instruksjon, trygging og tilrettelegging .....	36
4.3.2 Samarbeid og avklaringer .....	37
4.3.3 Å følge opp det pasienten kommer med .....	38
4.3.4 Spørrende fortolkninger.....	40
4.4 Kroppen som kilde til innsikt .....	41
4.5 <i>Strekk deg selv</i> .....	43
4.6 <i>Ta kontroll</i> .....	46
4.7 Å utvikle pasientens handlingsrepertoar.....	48
5 Diskusjon .....	49
5.1 Informasjon gjennom observasjon av pasienten.....	49
5.1.1 Urolige ansiktsuttrykk .....	49
5.1.2 Pinlig berørt .....	50
5.1.3 Kroppens forbindelse med tidligere erfaringer.....	51

5.1.4 Bidrag til situasjonsdefinisjon .....	52
5.2 Refleksjon over terapeuten som leder .....	53
5.2.1 Nødvendig asymmetri og ansvar for deltakelse .....	53
5.2.2 Instruksjon som ordre eller samhandling.....	55
5.2.3 Å dvele ved kroppslige funn.....	57
5.2.4 Utfordre eller videreføre gamle mønstre .....	58
5.3 Selvhjelp som evne til egenomsorg.....	61
6 Avslutning .....	65
Kilder .....	67
VEDLEGG 1: Godkjenning av filmen fra produsent .....	70
VEDLEGG 2: Godkjenning av film fra NSD .....	72
VEDLEGG 3: Svar fra NSD om melding av oppgave .....	74
VEDLEGG 4: Hele behandlingen grovtranskribert .....	75
1. Innledende samtale sittende .....	75
2. Stående holdningsinspeksjon og -erfaring .....	76
2.a Forfra .....	76
2.b Bakfra.....	76
2.c Fra siden.....	76
3. Sittende på krakk .....	77
3.a Holdningsinspeksjon og erfaring .....	77
3.b Slippe seg fram med overkroppen .....	79
3.c Komme opp igjen med endrede spenningsforhold .....	79
3.d Gjentakelse .....	79
3.e Slapp stupstående med gynging.....	80
4. Stående holdningsinspeksjon og -erfaring .....	81
5. Liggende på mage .....	82
5.a Avklaringer angående stillingen .....	82
5.b Utforskning av opplevelsen av og assosiasjoner til spente områder .....	83
5.c Andre siden .....	85
6. Langsittende på benken .....	87
6.a Avklaring angående situasjon .....	87
7. På rygg .....	88
7.a Nedrulling og stillingsjustering .....	88
7.b Avklaring om veien videre og ny stillingsjustering .....	91

7.c Nakkestrekk og respirasjonssvar .....	92
7.d Massasje nakke og hals .....	93
7.e Jobber med strupen.....	95
7.f Endre stilling .....	96
7.g Bevege og massere beina .....	97
7.h Andre beinet.....	99
7.i Nedrulling etter dopause.....	101
7.j Aktiv strekk i beina.....	102
7.k Håndmassasje .....	102
7.l Strekke, slippe og gi etter .....	103
7.m Massasje thorax.....	104
8. Avspennende avslutning.....	106
8.a Strekking og massasje nakke og kjeve .....	106
8.b Etter hvilen .....	107
9. Oppreisning og avslutning .....	109
9.a Opp til sittende .....	109
9.b Opp til stående .....	110
9.c Avsluttende holdningsinspeksjon og -erfaring .....	110



# 1 Innledning

## 1.1 Helseutfordringer og kroppens relasjon til fortiden

I vår tid er såkalte livsstilssykdommer, velstandssykdommer, en økende helsetrussel. Dette er de ikke-smittsomme sykdommene, og betegnelsen inkluderer muskelskjelettplager.

Fortsatt er muskelskjelettplager den største sykemeldingsgrunnen som rapporteres i Norge (jf. Folkehelseinstituttet, 2014a; Hagelund, 2014; Nasjonalt Ryggnettverk, 2004), men slike diagnoser sier bare hvor pasienten har vondt. Poenget med å kalle noe for *et symptom* er at det kan være et tegn på sykdom (jf. Eriksen & Risor, 2014). Når diagnosen bare sier hva slags symptom pasienten har, noe som er vanlig i psykiatrien, kan diagnosen være til hjelp hvis en vet hva som pleier å hjelpe for pasienter med slike symptomer (jf. Kringlen, 2011). Når det gjelder muskelskjelettplager er det i mange tilfeller uklare årsakssammenhenger og ingen bestemt behandling som har vist seg spesielt effektiv, og det etterlyses mer kunnskap (jf. Nasjonalt Ryggnettverk, 2004).

Å få en diagnose kan være avgjørende for å oppnå rettigheter (jf. Hagelund, 2014), noe som kan motivere til å lage diagnoser for plager som det ennå ikke er utviklet behandlingsmåter for. Sykelønnsordningen er viktig når vi bli syke og ikke klarer å jobbe, men for at ordningen skal kunne bestå er det avgjørende at det er mange nok arbeidstagere i forhold til støttemottagere. I tillegg til eldrebølgen har en generell økning i antall langvarige sykefravær har vært bakgrunn for å diskusjon (jf. Espnes & Smedslund, 2012; NOU, 1990). En tiltagende medikalisering har vært sett på som en mulig forklaring på det økte langtidssykefraværet. Normale reaksjoner på belastende livssituasjoner diagnostiseres ofte som symptom sykdom, men det er ikke gitt at fravær fra jobb vil bedre situasjonen. (Hagelund, 2014)<sup>1</sup> En annen forklaring på sykefraværet er økte krav til effektivitet i arbeidslivet (jf. Espnes & Smedslund, 2012; NOU, 1990).

Den tradisjonelle helseforskningen undersøker hva som gjør oss syke, men for å løse våre største helseutfordringer trenger vi en annen innfallsvinkel, nemlig hva det er som gjør oss friske (Espnes referert i Aksnes, 2014)<sup>2</sup>. «Det må da være bedre å bestemme seg for hvor

---

<sup>1</sup> Når en referanse er satt *etter* punktum, gjelder referansen alt som er skrevet siden forrige referanse, eller hele avsnittet, så langt.

<sup>2</sup> Geir Arild Espnes er leder av Senter for helsefremmende forskning ved NTNU.

en skal og så prøve å komme dit, enn å bestemme seg for hvor en ikke skal og prøve å la være å komme dit.» (Espnes i Aksnes, 2014, s. 928). Mange av plagene folk erfarer er snarere et symptom på samfunnet vi lever i, enn et individuelt problem. Det er mye som kan gjøres på samfunnsnivå (jf. Aksnes, 2014; Dahl, Bergsli, & van der Wal, 2014; Ollila, 2011), men alle som er i en ansvarsposisjon kan bidra til at enkeltpersoner får det bedre. I en tid der helseprofesjonene regnes som overordnede premissleverandører for hva som er godt og rett (jf. Zola, 1972), har helsepersonell et spesielt ansvar.

Hva som skal kategoriseres som normalt er det ikke enighet om, verken blant fagfolk eller folk flest. Det er ikke nødvendigvis det gjennomsnittlige som er det sunne. Innenfor helse er det idealer om hva som er *frisk* eller *ideell fungering* som har blitt bestemmende for hva som skal regnes som sykt (Kringlen, 2011). Inkludering av mangfoldet i menneskers funksjonsmåter har vært viktig de siste årene, jamfør krav om universell utforming, reformer innenfor skolen, inkluderende arbeidsliv, antidiskrimineringslovverk osv. (Tøssebro, 2010; Wendelborg, 2010). Innenfor fysioterapi er det nettopp hvordan pasienten fungerer som er interessant, og kroppslig funksjon ses i sammenheng med pasientens miljø og dagligliv. I barnepsykiatrien ser fysioterapeutene på barnas bevegelseskvalitet ut fra en forståelse av at deres bevegelsesmønster, somatisering og kroppsspråk kan ha meningsbærende funksjon for tidligere traumer og/eller nåværende konflikt. De formidler konflikter gjennom vondt i magen, hodet, føttene, eller føler seg stiv i kroppen. (Meisingseth, 1997) Dette er kanskje mest tydelig hos barn, som har en lite utviklet evne til abstrakt tegning og symbolsk konfliktløsning, men alle mennesker erfarer og opplever verden kroppslig. Nettopp i og med kroppen har vi forbindelse til fortiden, ikke bare gjennom våre fortellinger (jf. Honkasalo, 2000).

Mange av pasientene som går til psykomotorisk fysioterapi hos meg er veldig anspente. Når de ligger på rygg er skuldrene trukket opp og nedre del av ryggen ligger i en svai. En av dem sa at hun tror anspenheten har sammenheng med oppveksten, som var preget av en voldelig stefar. I psykomotorisk fysioterapi (PMF) sees bremsing av bevegelser og pust som et ledd i reguleringen av følelser (Thornquist & Bunkan, 1995). Både det å være avspent og anspent er like mye følelsesmessige som fysiske tilstander (jf. sst). Et eksempel på hvordan anspenhet vises kroppslig, er evnen til å gi etter for tyngden i liggende stilling (jf. Thornquist & Bunkan, 1995; Øvreberg, 1997). Flertallet av dem som kommer til

psykomotorisk fysioterapi sliter med muskelskjelettsykdom, og mange får hjelp av behandlingen (jf. Breitve, Hynninen, & Kvåle, 2010).

## 1.2 Problemformulering og begrepsdiskusjon

En del av behandlingen i psykomotorisk fysioterapi er å hjelpe pasienten å bli mer kjent med seg selv, med målsetting om å bedre evnen til å ta vare på seg selv<sup>3</sup>. I pasient- og brukerrettighetsloven er det bestemte former for informasjon som er rettighetsfestet: «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.» (Lovdata.no, 2015/1999, § 3-2.). Hva slags innsikt er det som en skal få om egen helsetilstand? Å forstå at en trenger hjelpen som blir tilbudt? Dette er satt på spissen for å poengtere faren for at generell helseinformasjon blir vanskelig for pasienten å nyttiggjøre seg til noe annet enn å velge behandling. Gjennom det vi erfarer kroppslig i en situasjon som er overførbar til hverdagen, er det derimot et større potensial for læring. Et eksempel er å øve på å belaste en skadet fot mindre ved hjelp av krykker. Å lære gjennom å erfare kan være en virkningsfull *hjelp til selvhjelp*. I denne oppgaven vil jeg diskutere prinsippet om *hjelp til selvhjelp* i PMF (jf. Bunkan, 1982; Thornquist & Bunkan, 1995; Øvreberg & Andersen, 2002) ut fra teori og en film fra psykomotorisk praksis.

En psykomotorisk fysioterapeut kan hjelpe pasienten å oppdage **på hvilken måte kroppslige plager kan henge sammen med følelsesmessige og eksistensielle forhold**. Helt konkret kan dette arbeides med ved at terapeuten fremmer væremåter der pasienten tar **styring over situasjonen, ut fra hvordan hun har det** der og da. Gjennom oppgaven søker jeg å finne ut: *På hvilken måte skjer dette i filmen, og hvilken betydning kan det ha for pasientens evne til egenomsorg?*

Først vil jeg rydde i begrepene for behandlingstradisjonen og utøverne. «PMF» refererer i utgangspunktet til den behandlingsformen som tidligere ble kalt «Aadel Bülow-Hansens fysioterapi» (jf. Øvreberg & Andersen, 2002). Ut fra denne behandlingsformen er det utviklet flere retninger, og det har oppstått lignende arbeidsmåter andre steder. «Psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi» brukes som samlebetegnelse. Dette navnet bæres av masterutdanningen i Tromsø, der en stor del av undervisningen er PMF. I tillegg læres det

---

<sup>3</sup> Nærmere beskrivelse av terapiformen følger i starten av resultat- og analysekapittelet.

om gruppebehandling<sup>4</sup>, og standardiserte kliniske undersøkelser innenfor tradisjonen<sup>5</sup> introduseres. Yrkestittelen «psykomotorisk fysioterapeut» bruker jeg om de som enten gikk i lære hos grunnleggeren, har videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi<sup>6</sup> eller master i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Når jeg skriver om «psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi» inkluderes derimot også fysioterapeuter som ikke har slik utdanning, men jobber i psykiatrien eller med pasienter med såkalte psykosomatiske lidelser. «PMF» bruker jeg om behandlingsformen slik den praktiseres (på ikke-standardisert måte), og da inkluderes ikke nærliggende retninger som har egne navn<sup>7</sup>.

Det neste jeg vil klargjøre er begrepet «eksistensiell», et begrep som kan være vanskelig å definere. Det eksistensielle handler kort sagt om våre *livsvilkår* (jf. bokmålsordboken, Kirkeby, 2014). Alt som lever er dødelig. Som mennesker har vi evne til refleksjon – vi er oss bevisst vår egen eksistens og stiller spørsmål omkring den (jf. Skjervheim, 1996). Vi er alle bærere av vår tid og vår kultur, ofte noe vi selv ikke tenker over. En ting som er felles for oss alle til alle tider, er at vi vet at vi en gang skal dø. Gjennom refleksjon over livet og valgene våre, kan vi i større grad bli klar over hva som er viktig for oss, og hvilke muligheter og ansvar vi har for å ta valg<sup>8</sup>. I begrepet eksistensiell inkluderer jeg derfor forhold som har med *identitet, moral og verdier*, og det som skal til for å *utvikles* som menneske. Siden følelser kan erfares uten refleksjoner omkring identitet, moral, verdier og utviklingsrelaterte behov, har jeg valgt å beholde det følelsesmessige som eget begrep, og dette utdypes nærmere i teorikapittelet.

Eksempler på det som er forbundet med identitet er *hvem en er* og hvordan en *ønsker å framstå*. Moralske og verdimeslige forhold handler om hva en anser som *rett og galt*, hva som er *godt og vondt* og hvordan en mener at *det gode og riktige kan fremmes* og *det vonde og gale hindres*. Når det gjelder hva som skal til for å utvikles, finnes det selvfølgelig ulike oppfatninger. Poenget med det utviklingsrelaterte i denne sammenhengen er, at hvis vi ikke

---

<sup>4</sup> Blant annet inkluderer de ulike bevegelsespraksisene i utdanningen BK (Basal kroppskjennskap), Veronica Sherbornes tilnærming, og Labans bevegelsesanalyse

<sup>5</sup> GFM-52 (Global fysioterapeutisk metode-52) og DOK (den omfattende kroppsundersøkelsen) (Kvåle, Bunkan, Ljunggren, Opjordsmoen, & Friis, 2010)

<sup>6</sup> Videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi finnes i skrivende stund i Oslo, og utdanningen i Tromsø var også en videreutdanning før det ble en master. Historien til utdanningene på feltet er komplisert med stadige omorganiseringer (jf. Thornquist, 2014, i: Slagstad, R.; Messel, J. Profesjonshistorier).

<sup>7</sup> For eksempel BK, Sherborne, Integreert respirasjonsterapi (Johnsen, 1975).

<sup>8</sup> Viktige eksistensialfilosofer er Sartre og Heidegger, som jeg ikke har hatt tid til å sette meg inn i.

får næring, tilknytning til andre, beskyttelse mot farer osv., vil vi dø. Ettersom våre eksistensielle grunnvilkår er kroppslig betinget er det eksistensielle vesentlig i helsearbeid<sup>9</sup>. Et symptom er alltid, før det blir definert som symptom, en opplevelse eller hendelse som tilhører det menneskelige – som kjennetegnes ved kulturelle, eksistensielle og sosiale forhold (Eriksen & Risor, 2014).

Det neste begrepet fra problemformuleringen som skal klargjøres er «egenomsorg».

*Omsorg* forstås gjerne som noe relasjonelt, og det kan argumenteres for at dette ikke er noe en kan gi seg selv (Martinsen, 2003). Omsorg handler om ansvar for det som er svakt, og omsorgsmottakerens tilstand og livssituasjon er viktig for vurderingen av hva det vil si å sørge for den andre i gitt situasjon. (Martinsen, 2003) En vesentlig grunn til at begrepet «egenomsorg» er problematisk kan ligge i et individualistisk menneskesyn som fremhever uavhengighet. Hvis menneskene heller forstås som grunnleggende avhengige av hverandre, er ikke avhengighet en motsetning til selvhjulpenhet og ansvar (jf. sst). Det å sørge for at jeg har det bra selv, påvirker i hvilken grad andre har det bra som er rundt meg, og motsatt. Det er lettere å sette seg inn i hva andre trenger hvis en vet hva en selv trenger i lignende situasjoner. Men hvordan vet vi hva vi trenger? Har forståelsen for egne behov grunnlag i erfaring av omsorg fra andre? Da jeg var sulten og mor gav meg mat, fikk jeg det bra. Da jeg var redd, kom far til meg og holdt rundt meg, og jeg følte meg bedre.

I de ovenfor refererte situasjonene fantes det en som brydde seg om og forstod barnet. Det er på den andre siden viktig å være klar over at barnet selv var ikke et passivt objekt, men et samhandlende subjekt. Hva ville skjedd om barnet hadde sovnet da det var sultent? Hvis barnet smilte og lo når det var redd? I mange tilfeller er andre avhengige av vår kommunikasjon for å forstå oss. De som opplever å ikke bli møtt på egne behov som barn, kan utvikle et mønster med å holde tilbake og skjule hvordan de har det, og da er det vanskelig for andre å forstå. Kanskje forstår de heller ikke selv at de trenger noe, for det er så innøvd å holde egne reaksjoner skjult. Dermed er evnen til *egenomsorg* forstyrret, og det trengs noen som kan hjelpe vedkommende med å få kontakt med egne reaksjoner og finne ut hva de henger sammen med.

---

<sup>9</sup> Getz, Kirkengen og Ulvestad (2011) fremhever pasienten som kulturelt og historisk situert subjekt med arvede egenskaper som påvirkes av erfaring. Vetlesen understreker smertens eksistensielle karakter og fremhever vår tids valgtvang, utilstrekkelighet og forestillingen om selvforskyldt lidelse (2004).



### 1.3 Betydningen av å erfare kroppen som meningsfull

På 70-tallet oppstod det bekymring omkring legevitenenskapens stadige utvidelse av virkeområder. Hvilke oppgaver som er opp til medisinen å løse, og hvilke virkninger medisinen autoritet får på menneskers evne til å ta vare på seg selv og andre, var sentrale spørsmål.

Inntil nylig søkte medisinen å intensivere det som skjer naturlig. Den fremmet sårenes tendens til å gro, blodets koagulering, og den iboende immunitetens overvinnelse av bakterier. Nå prøver medisinen å prosjektere fornuftens drømmer. (Illich, 1974/2013, s. 39 [min oversettelse])

Teknologi muliggjør humørrelatert behandling, men hvem har bestemt hva som er et normalt, sunt humør? I vår tid blir vi dessuten lovet en mulighet til å fjerne «problemer» med rødming og svetting (jf. Drott et al., 2001; Rantanen & Teleranta, 2013; Teleranta, 1998), helt normale reaksjoner i ulike sosiale sammenhenger, som vi ikke vil at andre skal merke. Når smertestillende medikamenter foreskrives ved det minste ubehag, ligger det bak en forståelse av at smerter både kan og skal fjernes, uten tanke på at de kan være grunnlag for refleksjon og ettertanke (Thornquist, 2009). Flere og flere typer problemer gjøres om til et spørsmål om behandling, og helseord smykker alle områder av livet. Ettersom legevitenenskapen, ut fra hva den tilbyr, bedømmer hva som er til det gode å endre på, er det unektelig et spørsmål om moral og verdier. Medisinen er blitt den øverste forvalteren og formidleren av rett og galt, med større betydning enn rettsvesen og religion. (jf. Zola, 1972) Noe lignende var også satt ord på i begynnelsen av 1900-tallet: «Her har vi en livsanskuelse som lærer at sunnhet er det kosteligste gode som alt dreier seg om» (S. Kierkegaard sitert av Skjervheim, 1996, s. 95 [min oversettelse]).

Hvis medisinsk faktakunnskap *om kroppen* regnes som den mest gyldige, er det fare for at vi som fagpersoner ikke bare underkjenner pasientenes erfaringskunnskap, men generelt nedvurderer allmennmenneskelig innsikt og sosial kompetanse (jf. Thornquist, 2009). Vi kan ikke forvente å løse pasienters problemer med å gi helsefaglig informasjon, jamfør pasient- og brukerrettighetsloven, med mindre ikke det er mangel på slik informasjon som er grunnen til problemet. Det er forskjell på å informere *om* kroppen og å erfare *med* kroppen. Hvis hverdagslivet til pasienten har betydning for helsehjelpens virkning på sikt, er pasientens evne til selvregulering avgjørende. Gjennom at pasienten får prøve ut og

erfare ulike måter å belaste, bevege og posisjonere seg selv på, kan hun<sup>10</sup> ta dette med seg inn i hverdagen. (jf. Thornquist, 2009)

En mulig tolkning av symptomer i psykiatrien er at de oppstår når personen ikke er tydelig nok for seg selv og andre (Hartmann & Axelsen, 2008). Når en person ikke har kunnet kjenne etter og ta på alvor egne behov, skjer en fremmedgjøring. Smerte kan da gjøre at vedkommende blir tydeligere for seg selv, og får en drivkraft til forandring. Terapi handler innenfor denne tankegangen om å bli kjent med egne reaksjoner for å finne ut hva en har behov for (sst.), i likhet med tenkningen i PMF. Mange av barna som kommer i kontakt med psykiatrien strever med selvbilde og identitet, og har problem med å uttrykke egne behov (Meisingseth, 1997).

Det viser seg derfor nyttig å la disse barna bli kjent med kreftene sine på en konstruktiv måte. Det å bli kjent med opplevelser i kroppen og stole på kroppslig kompetanse synes å tydeliggjøre deres behov og ønsker (sst., s. 24)

#### 1.4 Tidligere publikasjoner innenfor feltet

Flere av doktorgradene som er gjort innenfor den psykomotoriske tradisjonen er kvantitativt orientert. Det har vært utviklet standardiserte versjoner av prøvebehandlingen (Bunkan, 2003; Kvåle, 2003, ad modum Sundsvold M. Ø.), og et spørreskjema om «body awareness» har vært validitets- og reliabilitetstestet for pasienter med langvarige muskelskjelettsmerter (Dragesund, 2012). Andre har vært kvalitativt rettet og har bl.a. jobbet med det teoretiske grunnlaget for fagutøvelsen (Sviland, 2014; Thornquist, 1999) og pasienters opplevelser av psykomotorisk fysioterapi (Sviland, 2014). Da min oppgave er rettet mot utforskning av sammenhenger mellom kroppslige plager og eksistensielle og følelsesmessige forhold, har jeg valgt å sette meg mer inn i den delen av litteraturen som er mest nærliggende til mitt tema.

I artikkelen *Kroppssyn og faglige utfordringer i dag* (Thornquist, 2001) problematiseres den utbredte tankemodellen om kroppen som redskap for bevisstheten, og betydningen modellen har for hva som regnes om gyldig kunnskap. Hvis kroppen er noe utenfor og uavhengig av meningsskapende liv, blir det lite rom for å reflektere over sammenhenger

---

<sup>10</sup> Jeg skriver ofte *hun* om både terapeut og pasient. Dette er bare fordi jeg opplever det som tungvint både å skrive og lese *han/hun* eller *vedkommende* hele tiden, og regner med at flere deler denne erfaringen med meg.

mellom kropp og livshistorie. Ideen om at det spesifikt menneskelige er løsrevet fra kroppen, står i veien for refleksjon over hvordan opplevelser og erfaringer ytrer seg kroppslig. Uten forståelse for kroppen som uttrykksfelt og sentrum for erfaring, går en glipp av denne kilden til innsikt. (Thornquist, 2001)

I en videoanalyse fra 2003 diskuteres hvordan fysioterapeuters ulike handlemåter kan gi pasienten ulike muligheter til deltagelse (Thornquist & Gretland, 2003a). De sammenligner film av to ulike terapeuter, fra samme fysioterapitradisjon, som behandler samme pasient. Søkelyset i studien er rettet mot samspillet mellom terapeut og pasient, fremming av pasientens deltagelse og hva slags erfarings- og meningsverden som ble utviklet i forhold til pasientens kroppslige plager. De viser at terapeuter med samme spesialitetsbetegnelse kan praktisere ulike tilnæringsmåter og samhandlingsformer. Hvorvidt pasientene bekreftes som selvstendige personer med betydningsfulle meninger, er avgjørende for hvilke erfarings- og erkjennelsesmuligheter som utvikles. Dette har igjen betydning for pasientens tillit til egne erfaringer, vurderingsevne og problemløsning, og dermed også hvorvidt vedkommende blir bedre. (sst.)

Artikkel to fra samme studie går nærmere inn på samspillet mellom terapeut og pasient (Thornquist & Gretland, 2003b). Det beskrives hvordan terapeuten konkret inviterer pasienten inn i deltagelse gjennom bl.a. utforskning av ulike kroppslige væremåter, det å merke forskjeller, samt reflektere over eget liv og kroppslige væremåter. Materialet i studiet har begrenset mulighet for å konkludere omkring hvordan samhandlingen virker inn på funksjon, og i avslutningen etterspørres ytterligere tematisering av forholdet mellom kroppslig funksjon og handling, emosjoner, språk og sosialt liv. Forfatterne mener dette er viktig både for pasienters helse og fysioterapifagets utvikling. (sst.)

Kroppen beskrives som «kilde til innsikt» i en artikkel basert på en pasientkasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi (Thornquist, 2005). Det vises eksempler på sammenhenger mellom livshistorie og sykehistorie, og hvordan samtale og kroppslige tilnæringer kan utfylle hverandre i praksis. I den psykomotoriske undersøkelsen kom det fram at pasienten hadde et uttalt mønster av bremsing og kontroll av kroppen. Den kroppslige beredskapen kan forstås som en emosjonell beskyttelse som var en funksjonell tilpasning da den ble utviklet. Som barn måtte den aktuelle pasienten vokte sin mor som led av angst og flere ganger forsøkte å ta sitt eget liv. Frykt, usikkerhet, ansenhet og pusteproblemer er noe

som både oppleves og kommer kroppslig til uttrykk. Gjennom langsiktig tilnærming i terapi var målet å lette på spenningsnivået og stimulere til utvikling av et mer variert og fritt bevegelsesmønster. Pasienten ble ledigere, mindre anspent og mer opplagt, samt mindre hemmet av smerte i dagliglivet. Hun fikk mulighet til å bli kjent med egne belastings- og bevegelsesmåter, og komme ut av vaner som bidro til å opprettholde plagene hennes. Avslutningsvis fremheves kroppen som kilde til innsikt både for pasient og terapeut. (Thornquist, 2005)

En studie fra 2011 handler om kommunikasjonsmønstre og endring i fysioterapi som går over lang tid. Intervju, video og deltagernes egne notater ble kombinert (Øien, Steihaug, Iversen, & Råheim, 2011). De kom fram til at søk etter felles forståelse kjennetegnet kommunikasjonen. Dette krevde en pågående forhandlingsprosess, og den ble utfordret av ambivalens og usikkerhet eller utålmodighet og uenighet. De beskriver viktige terapeutoverveielser under interaksjonen med pasienten. Spørsmål som kom opp var hvorvidt en skal følge pasientens initiativ, være tilbakeholdne eller «pushe» på. Når det virket som pasienten ikke kjente noe, opplevde ubehag eller trang til å gråte, var det mange terapeuter som ble usikre på hvordan de skulle møte pasienten. Blant terapeutene i studien var det noen som fortalte sin opplevelse av situasjonen til pasienten, og bad om råd, mens en av terapeutene kun hadde indre dialog med seg selv. I denne studien aktualiseres typiske situasjoner i samhandlingen mellom terapeut og pasient, som kan oppleves som krevende, men som kan være viktige for å komme videre i behandlingen. (Øien et al., 2011) I observasjonen jeg skal gjøre, vil jeg være ekstra oppmerksom på slike situasjoner der pasienten ser ut til å reagere på noe.

En av essayene fra doktorgraden om kroppsliggjort narrativ identitet i psykomotorisk fysioterapi (Sviland, 2014) handler om språk (Sviland, Råheim, & Martinsen, 2010). Språket kalles for «uttrykk for inntrykk», og det daglige språkets nyanserikdom framheves. Det refereres til språkforståelsene til henholdsvis teologen K. E. Løstrup og psykiateren T. Braatøy<sup>11</sup>. Det spontane daglige språket oppfattes som nært forbundet med personens opplevelser:

---

<sup>11</sup> Trygve Braatøy var sammen med fysioterapeuten Aadel Bülow-Hansen grunnlegger av det vi i dag kaller psykomotorisk fysioterapi (jf. Øvreberg & Andersen, 2002).

Språket er stemt av inntrykk og uttrykker det som har beveget oss. Språklige uttrykk har dermed rot i sansningens grunnleggende åpenhet for verden, men gir også avstand til sansningen ved at tingene får navn. (Sviland et al., 2010, s. 134)

Det slås fast at følelsesmessige problemer kan være vanskelig å uttrykke hvis usikkerheten er stor når det gjelder å tyde følelseslivet. Dagligspråket anerkjennes for sine rikelige muligheter til å uttrykke erfaringer nyansert, slik at inntrykk kan klargjøres. (sst.) En forståelse av at spontane uttrykk gjerne formidler noe viktig står også sentralt i arbeidet i oppgaven min.

Forholdet mellom bevegelse, følelser og eksistensielle forhold kommer fram gjennom det informantene forteller om i artikkelen *Bevegelse som utforskning og utfoldelse* (Engelsrud, 2005)<sup>12</sup>. Bevegelsene de gjorde på seminarene var preget av utforskning av egne bevegelser og samarbeid med andre – med oppmerksomhet mot egen kropp. Informantene sendte i etterkant skriftlig sine tanker og refleksjoner om bevegelsespraksisen de hadde deltatt i. Mange av dem opplevde at det var godt å bevege seg uten at det var en fasit for hvordan de skulle gjøre det. Et eksempel er en som kalte erfaringen for «bevegelse som et eget uttrykk, som verken er rett eller gal, som ikke skal vurderes av noen, men (kan/skal) oppleves av den enkelte som en mulighet». En av dem hadde en opplevelse som hun brukte tid på å reflektere over etterpå. Vanligvis opplevde hun gode følelser og kroppslig letthet etter dagene på bevegelsesseminarene, men en gang var hun derimot tung i kroppen. Ved nærmere ettertanke kom hun fram til at det handlet om sorg og tristhet i forbindelse med en nær relasjon. «Hele kroppen og dens bevegelser gav uttrykk for dette og ga meg tydelig anledning til å erfare og kjenne på denne tristheten» (sst., s. 17). På ulike måter beskrev informantene hvordan bevegelsene deres kunne oppleves som bundet av normer, frie og deres egne, og noen gjennom å bevege seg oppmerksomme på egne følelser (jf. sst).

---

<sup>12</sup> Gunn Engelsrud er spesialist på kvalitativ forskning og fenomenologi, og har bakgrunn som både fysioterapeut og kroppsøvingslærer.



## 2 Teoretisk forankring og perspektiver

### 2.1 Erkjennelsesteori

Denne oppgaven bygger på en fenomenologisk forståelse av kroppen, etter Merleau-Ponty (1994). Jeg foretrekker å referere til hvordan andre fysioterapeuter har forstått denne filosofien, da de har gjort den tilgjengelig ut fra et fysioterapeutisk perspektiv. Kroppssynet har konsekvenser for to grunnleggende forhold i oppgaven: forståelsen av kommunikasjon og anerkjennelsen av etikk som en del av grunnlaget for kunnskapsutvikling.

Fenomenologer er opptatt av erfaringens natur, og spør hvordan vi blir kjent med verden. Det må et subjekt til for å erfare og erkjenne verden, og subjektet erfarer hvordan verden er for seg. Allerede før subjektet beskriver og reflekterer bevisst over verden, er det i verden og forholder seg til den. Kroppssubjektet erfarer seg selv, andre og omverden i et gjensidig forhold. (Engelsrud, 2005, 2006; Thornquist, 2003, 2012) Persepsjon og kroppslig handling forstås som samtidige og uadskillelige prosesser. Hvordan verden framtrer for oss i en situasjon er på denne måten avhengig av vår kroppslige kapasitet. Vår relasjon til verden endres derfor når vi lærer noe nytt. (Thornquist, 2012) På samme måte endres vår livsverden når vi rammes av funksjonssvikt (Råheim, 2003)<sup>13</sup>. Hvis persepsjon og handling er uadskillelige prosesser, blir også det fysiske og det intellektuelle ved en person uatskillelig. Gjennom å anerkjenne mennesket som kroppslig subjekt, følger det at kroppen er menneskets senter for erfaring, og at mennesket ikke kan annet enn å bære og uttrykke sin historie kroppslig (jf. Thornquist, 2012).

Hvis kroppen er utgangspunkt for erkjennelse (jf. Thornquist, 2003, s. 116-118)<sup>14</sup>, er subjektiviteten også grunnlaget for vitenskapen. At det er et «jeg» som ønsker å finne ut noe, som persiperer, undrer seg og lager forklaringer, er starten på forskningen. Ut fra dette grunnlaget vil alle begreper springe ut fra begreper for kroppslig erfaring. Det vil si at alle abstrakte begreper er metaforiske (jf. Lakoff og Johnsen referert av Aase & Fossåskaret, 2014). I uttrykket «å komme nærmere inn på et tema», brukes begrepene «komme» og

---

<sup>13</sup> Råheim henviser til Toombs, S. K. 1993, Leder D. 1992 og Bengtsson 1988, og direkte til Merleau-Pontys *Phenomenology of perception*.

<sup>14</sup> Thornquist refererer til Merleau-Ponty i den danske oversettelsen der Dag Østerberg har skrevet forordet.

«nærmere», som i utgangspunktet referer til bevegelse, for å beskrive noe som minner om bevegelse. Med dette som utgangspunkt er det umulig å forklare årsaker og intensjoner nøyaktig, og vi må ta høyde for at virkeligheten kan beskrives og forstås på ulike måter.

I en artikkel av allmennlege og forsker A. L. Kirkengen og Thornquist blir forskningsmessige konsekvenser trukket ut fra forståelsen av kroppen som levd liv (2012). De fremhever viktigheten av å anerkjenne menneskers meningsverden som utgangspunkt for klinisk praksis og forskning, slik at etikk blir en del av det erkjennelsesteoretiske grunnlaget (sst.).

## 2.2 Kommunikasjon

Hvis kommunikasjon er overføring av informasjon, er det lett å bli frustrert når mottakeren ikke oppfatter det som er sendt, enten det gjelder en selv eller en annen. En forståelse av kommunikasjon som en gjensidig utveksling av mening, kan i større grad inspirere til å vurdere det spesifikke ved situasjonen (jf. Thornquist, 2009)<sup>15</sup>. Ordet kommunisere kommer fra det latinske *communicare* som betyr å *gjøre felles*. Som mennesker er vi opptatt både om emnet og hverandre. Det vi gjør felles skjer altså på to plan samtidig, vi kommuniserer både et saksforhold og hvem vi skal være for hverandre. Tilpasning og justering av det vi uttrykker skjer ikke bare i forkant, men også mens vi uttrykker oss, blant annet ut fra hvordan vi oppfatter at den andre reagerer. Fordi vi kan ha svært ulik bakgrunn og opplæring er det viktig å prøve å sette seg inn i den andres situasjon. «For å gjøre noe felles må vi ha noe felles, noe som det nye kan knyttes til og ses i forhold til. (...) Skal kommunikasjonen få rimelige vilkår, må det alltid være eller etableres et minimum av fellesforståelse.» (Thornquist 2009, s. 20)

I møter mellom mennesker er det viktig å være klar over at alle budskap skapes og tolkes i en kontekst (jf. Thornquist, 2009). Vi snakker og oppfører oss ulikt i ulike sammenhenger, og det vi sier og gjør oppfattes også ulikt. Både den konkrete situasjonen en er i og den overordnede sosiale og kulturelle sammenhengen virker inn. Situasjonens kontekst inkluderer tid, rom, aktivitet, deltagerne og forholdet mellom dem, både i form av status og den konkrete plasseringen de har i forhold til hverandre. Deltagernes bakgrunnskunnskaper

---

<sup>15</sup> Jeg velger å referere til boken *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* fordi den er allsidig, har eksempler fra helsefaglig kontekst, og berører spesifikt forhold som er viktig i fysioterapi.

er også en viktig del av konteksten. Ting og omgivelser er meningsbærende for mennesker fordi de vekker assosiasjoner og forestillinger, formidler verdier og innbyr til eller vanskeliggjør forskjellige samhandlingsformer. (Thornquist, 2009) For eksempel fremmer stoler sittende aktiviteter, lukter kan vekke gamle minner og diplomer på veggen sier noe om autoritet.

Noe som er viktig når en analyserer samhandling, er at også handlinger må forstås ut fra konteksten (jf. Thornquist, 2009). Gjennom handling skaper en forventninger om hvordan samhandlingen skal være. Kroppslig avstand og orientering, blick og berøring, og hvordan en forholder seg til omgivelsene, kan være måter å markere, tilskrive og utfordre roller på. (jf. sst.) I fysioterapi forventes det at terapeuten kommer nær pasienten i undersøkelse og behandling, en nærhet som ville vært helt uhørt mellom fremmede på et venterom, eller bekjente på en kafé. Ettersom kroppslige budskap er flertydige, vil det bli misvisende å tillegge en gitt kroppsholdning eller bevegelse en betydning uavhengig av sammenhengen (jf. sst). Noen bevegelser kan fungere som symboler, idet betydningen er avtalt, for eksempel å rekke opp hånda når en vil ha ordet. Da fungerer det kroppslige uttrykket som en del av språket. Slike uttrykk er ikke avhengig av følelsesmessig engasjement. Umiddelbare og spontane uttrykk er på den andre siden nært knyttet til følelsesmessig tilstand. (jf. sst)

En utvilsomt viktig del av kommunikasjonen mellom mennesker er den såkalte non-verbale kommunikasjon, eller kroppslig kommunikasjon, som kan brukes synonymt (jf. Thornquist, 2009). Vi tenker kanskje at det er opplagt hva kroppslig betyr, men det er avgjørende å klargjøre hva slags kropp det er snakk om. Kroppsforståelsen er med på å styre vår oppmerksomhet i praksis, teori og forskning (jf. sst). La oss forutsette at den eneste forbindelsen kroppen har til meningsskapende liv er å være redskap for bevisstheten. Da ville vi kunne velge hvilke kroppslige uttrykk vi skulle vise. All kroppslig kommunikasjon ville ha vært bevisst. Det blir mer komplisert hvis man forstår kroppen både som uttrykksfelt og senter for erfaring, på den måten at en persons opplevelser og erfaringer ytrer seg kroppslig (jf. Thornquist, 2005). Da kan ikke personen velge å ikke kommunisere, ettersom kroppen hele tiden er der, og er en konkret bærer av erfaring.

Kommunikasjon som ikke er viljestyrt kaller sosiologen E. Goffman 'information given off' (jf. Drew & Wootton, 1988), og kan for eksempel være hvor høye

vi er, hudens farge og til en viss grad lyden av stemmen. Også forhold som gjelder kroppslig orientering og ansiktsuttrykk kan være ubevisste budskap (jf. Thornquist, 2009) Det som en bevisst sier og gjør for å formidle noe, kaller Goffman for 'information given' (referert av Drew & Wootton, 1988). Han beskriver også hvordan det alltid foregår kommunikasjon når mennesker er i nærheten av hverandre.<sup>16</sup> Det å ikke si noe, har også kommunikativ verdi. Av en eller annen grunn snakker personene ikke med hverandre, selv om de er nære nok til å kunne det. Det kan hende de ikke har lagt merke til hverandre. Det kan også være at den ene ikke vil forstyrre den andre, som er synlig opptatt med noe annet. Eller kanskje den ene har blitt avvist av den andre før, og ikke ønsker å bli avvist igjen. (jf. sst.)

Gjennom ansiktsuttrykk, blikk, bevegelser og kroppslig orientering viser vi interesse, reaksjoner og hvorvidt vi forstår hverandre (jf. Thornquist, 2009). Når det gjelder blikkretning forbindes det ofte med hvor oppmerksomheten er. Blikket følger gjerne orienteringen til resten av kroppen, men hvis blikk og kroppsorientering er ulike, tillegges blikket som oftest mest vekt. (jf. sst.) Berøring er et uttrykk som er relatert til stillinger og bevegelser, men som oppfattes og omtales som et eget uttrykk. Når vi ønsker å bli hørt eller å påvirke andre, for eksempel trøste, er det vanlig å berøre den vi retter oss mot (jf. Henley<sup>17</sup> i Thornquist 2009). Armer og skuldre, rygg og hender oppfattes gjerne som kroppsområder som kan berøres vennskapelig og forholdsvis kjønnsnøytralt. Kroppslig nærhet og berøring, kroppsstillinger og bevegelser kan brukes i terapeutisk sammenheng, som ellers, til å etablere og regulere kontakten og relasjonen.

Berøring er ikke bare relevant i kommunikasjon, men er nødvendig for utviklingen av selvfølelse og identitet, innlevelsessevne og empati, og evnen til å etablere relasjoner (jf. sst). Mennesker som har opplevd vold eller andre former for overgrep bærer på vonde minner, og møter berøring med en spesiell form for beredskap (Thornquist, 2009). I helsefaglig virksomhet der nærhet er nødvendig, kan slike traumatiske erfaringer aktiviseres. Derfor er det viktig å være sensitiv for pasientens reaksjoner. En som har vært fratatt selvråderetten, trenger å få erfare at vedkommende selv kan ha kontroll. Vi kan

---

<sup>16</sup> At «levde kropper kommuniserer uopphørlig» er også et poeng hos Merleau-Ponty (referert av Råheim, 2003, s. 16).

<sup>17</sup> Henley N. skriver om «kroppspolitikk» *Body politics* (1977, 1995).

oppfordre dem til å sette egne grenser og si fra når noe er ubehagelig, og generelt stimulere til en mer selvpresenterende væremåte. (jf. Thornquist, 2009)

I og med kroppslige uttrykks flertydighet, ligger det mange muligheter for misforståelser. Et konkret eksempel er at et blikk som vendes ned ikke nødvendigvis betyr at personen er uinteressert. Et blikk som vendes ned og ikke mot personen som snakker kan også ha med skamfullhet å gjøre eller normer for høflighet og respekt, som kan være forskjellig i ulike kulturer. (jf. Thornquist, 2009) Da er det godt å ha ord til å kunne bekrefte og avkrefte, presisere og klargjøre, men det er viktig å være klar over at ordene også kan avlede og dekke over noe en ikke vil at andre skal vite. (jf. sst)

I fortsettelsen kommer jeg nærmere inn på noen veiledende prinsipper for arbeidet mitt, hentet fra symbolsk interaksjonisme. Deretter vil jeg skissere noen poeng fra kommunikasjons- og interaksjonsteori og utdype forståelsen av følelser som ligger til grunn for oppgaven. Til sist berøres begrepet makt.

### 2.3 Prinsipper og perspektiver for analyse

I denne oppgaven er målet å studere mennesker og fenomener i de situasjonene de er i, og ikke som isolerte størrelser (jf. Dingstad i: Fangen, 2010, s. 23). Dette innebærer å vektlegge samhandlingen mellom menneskene, og de kommunikative sidene. Hva pasienten i filmen gjør søkes derfor forstått i sammenheng med hva terapeuten gjør, og hva som har skjedd tidligere. Jamfør idealet i symbolsk interaksjonisme, vil jeg la begreper være sensitiverende konsepter, framfor noe som empirien skal måles opp mot (jf. Blumer i: Fangen, 2010, s. 23). Begrepene beskriver ikke fenomenet entydig og endelig, men representerer mulige forståelser. Begreper som har vært viktige i analysen av filmen er utdypet i innledningen og beskrevet i teorikapittelet.

Viktige begreper fra kommunikasjonsteorien er *turtaking* og *felles oppmerksomhet*. Disse begrepene er beskrevet av spedbarnsforskeren Stein Bråten (2004), som bruker begrepene i tilknytning til utviklingspsykologi og kommunikasjon med spedbarn. Han henviser til Colwyn Trevarthen, hjerne- og spedbarnsforsker (1974, 1992) og Daniel Stern (1998). De som introduserte begrepet *turtaking* først var Sacks, Schlegoff og Jefferson (1974) som laget en systematisering av turtakingsorganiseringen i samtaler. *Turtakingen* viser hvem som tar initiativ, hvorvidt det følges opp og om de avbryter hverandre. Dette er viktig for å



kunne analysere hvem det nye som tilføyes kommer fra, hvorvidt det regnes som relevant for den andre, og hvordan dette eventuelt blir ført videre. Her blir begrepet *felles oppmerksomhet* viktig. Kan man observere om deltagerne i interaksjonen er rettet mot det samme? Hva gjør de om de oppdager at de er opptatt av forskjellige ting? Enten at de ikke snakker om det samme, eller en gjør noe mens den andre begynner med noe annet, eller stopper den andre.

For å ha flere begreper som hjelpemiddel i analysen av filmen, vil jeg støtte meg til deler av arbeidet til Goffman. Han har flere ulike innfallsvinkler for å analysere ordinær, hverdagslig samhandling mellom mennesker, bl.a. samhandling som dramaforestilling eller spill, deltagerens roller og rammene for samhandlingen (jf. J. Best i innledningen til Goffman, 1967/2005). Tidligere var interaksjonsforskningen sentrert mot samhandling som middel til å oppnå noe. Goffman var på den andre siden opptatt av selve samhandlingen, for eksempel hvordan en samtale i det hele tatt kommer i gang. Han beskrev hvordan de potensielle samtalepartene vender seg mot hverandre, utveksler blikk og sier noen ord som åpner for samtale, uten å binde den andre (sst.).

Selvet er på samme tid disponert for å bli såret og oppløftet, og han sammenligner samhandlingens risiko og mulighet for gevinst med gambling. Gjennom å vektlegge menneskets søken etter å bli vel ansett, både av andre og seg selv, fremheves hva som står på spill i de hverdagslige møtene mellom mennesker. (Goffman, 1967/2005). Et eksempel er at det er lettere å gå til en som har blitt imponert over deg tidligere, enn å gå til en som gjentatte ganger har avvist deg. Gjennom Goffmans klargjøring av fellestrekk mellom all menneskelig samhandling, har jeg blitt oppmerksom på risiko/mulighet-perspektivet for å analysere fysioterapeutiske samhandlingssituasjoner i filmen.

Når det gjelder følelsesuttrykk bygger jeg først og fremst på forståelsen i PMF, som beskrevet av Thornquist og Bunkan (1995)<sup>18</sup>. Enhver følelse innebærer bevegelsesimpulser, men gjennom muskulær spenning og bremsset pust, kan en hindre følelsen i å komme til uttrykk. I psykomotorisk fysioterapi er denne forståelsen av gjensidigheten mellom kropp og følelser viktig i vurderingen av pasienter. (sst.) Dette

---

<sup>18</sup> De skriver om kroppslige uttrykk for følelser i forbindelse med *kroppsførståelse i psykomotorisk fysioterapi*.

gjelder altså følelsenes *uttrykk*. Men hva er en følelse? Dette finnes det ulike svar på, men jeg foretrekker dette enkle: «Følelser kommer av at ting betyr» (Berglund, 2000). Etter dette synet er det personens holdninger og verdier, ønsker og preferanser som ligger til grunn for at følelser oppstår.

På et mer detaljert nivå kan det være nyttig å skille mellom følelse og affekt, da følelsen inkluderer refleksjon og evaluering av den umiddelbare opplevelsen (jf. Vetlesen & Nortvedt, 1996). Videre i oppgaven vektlegges ikke forskjellen mellom følelse og affekt, fordi det er deres kroppslige uttrykk som er hovedsaken. Ut fra utviklingspsykologi regnes den følelsesmessige tilknytningen til andre mennesker som mer grunnleggende enn «biologiske næringsrelaterte» behov (sst.). Begrepet *behov* er komplisert, da det brukes på mange måter. Når et ønske kalles for et behov, blir det vanskeligere for andre å forholde seg kritisk til det. I denne oppgaven er det ikke prioritert å komme nærmere inn på begrepet, utover en påpeking av at et behov knyttes til noe som kommer etterpå: For å «...» trenger jeg «...». Følelser forstås i denne oppgaven som kroppslige reaksjoner relatert til to forhold. Enten er det et behov som må innfris for å muliggjøre god utvikling, eller så er det egne preferanser og verdier som ligger bak reaksjonen.

Et viktig poeng når det gjelder følelser er deres forhold til empatievenen. Om en skal kunne sette seg inn i hvordan en annen person har det, er det grunnleggende å kunne kjenne hvordan en selv har det i ulike situasjoner. Filosofen A. J. Vetlesen og sykepleieren P. Nortvedt skriver om persepsjonens betydning for moralsk dømmekraft (1996). De argumenterer med at vi, for å erkjenne noe som helst, må bli oppmerksomme på dette *noe*, og det forutsetter at vi lar det bety noe for oss. Den moralske dømmekraften utøver vi om det som allerede er oppdaget gjennom persepsjon. (sst.) Sammen med Foros skriver Vetlesen at dømmekraften innebærer evnen til å få øye på hva som er viktig i en situasjon, hvilke interesser eller behov som står på spill for alle berørte parter (2012). Det å ha kontakt med sitt eget følelsesliv er altså avgjørende ikke bare for å forstå egen situasjon, men også for å kunne forstå andre. I konfliktsituasjoner blir det avgjørende å forstå egne reaksjoner for å kunne oppdage det som er moralsk relevant. Egne verdier blir så bestemmende for hvordan en velger å handle etter at en har oppfattet hva som står på spill. I denne oppgaven er hovedsaken hvordan en terapeut kan oppfatte kroppslige tegn på

affekt, og hvordan hun kan hjelpe pasienten å merke opplevelsen og reflektere over hva slags betydning den kan ha.

I forbindelse med samfunnskritikk og egenomsorg er det et underliggende fenomen som jeg nå vil sette søkelyset mot, nemlig *makt*. Dette er et begrep som for mange er knyttet til misbruk, men hvilke konsekvenser maktbruk får, kommer an på hvordan den brukes. Maktutøvelsen kan være ond eller god, og den vises i at en kan styre verden i retning av sine egne mål (jf. Monsen, 2002). «Å kjenne sin makt eller sin posisjon i et hierarki, oppleve at en har betydning, at ens *vilje* bestemmer, gir et menneske styrke og resurser [sic]» (Monsen, 2002, s. 103). På denne måten er makt viktig for ethvert menneske, og noe som i større eller mindre grad er svekket hos syke mennesker. I det følgende vil jeg på den andre siden fremheve den makten som helsepersonell har og skal ha.

Thornquist (2009) skriver om makt i forbindelse med helsefaglig virksomhet. Både fortrolighet, situasjon og kompetanse er forskjellig i møter mellom helsepersonell og pasient – den ene trenger hjelp og den andre har den etterspurte kompetansen. Ettersom den som har mest makt kan overse den andre, er det denne som har størst ansvar for hva som skapes. Også i asymmetriske relasjoner kan det pågå forhandlinger, og deltagerne må forholde seg til hverandres forventninger til relasjonen. I tillegg er det lover og regler som er med på å regulere samhandlingen. Deltagerne er aktive i å utforme rollene sine, noe som kan forklare hvorfor møter med ulike personer i samme yrkesposisjon kan arte seg veldig ulikt, for eksempel hvorvidt møtet preges av likeverd og gjensidig anerkjennelse. (jf. sst.)

Innenfor medisinsk sosiologi er det en artikkel der makt understrekes som ressurs i helsefaglig sammenheng, og ulike måter å forstå makt i medisinsk praksis på blir diskutert. I fortsettelsen refererer jeg til artikkelen *Possibly abusive, often benign, and always necessary. On power and domination in medical practice* (Måseide, 1991). Hvis sykdom forstås som noe naturgitt, som kan identifiseres av den som har rett kunnskap, er makten som legen har udiskutabel. Pasientens oppgave blir da å følge anvisningene til eksperten. Ut fra en forståelse av at kropp, sinn og sosial situasjon er en integrert helhet, blir pasientens syn derimot viktig, og ekspertmodellen har blitt supplert med en samarbeidsmodell. Ettersom begge har relevant kunnskap blir makten fordelt mellom dem. Ekspertmodellen er kritisert for å være ukritisk objektiv, og samarbeidsmodellen for å være urealistisk, og flere modeller har vært utviklet for å nyansere forståelsen. Likevel viser det

seg gjennom analyse av medisinsk forskning at forståelsen av legen som ekspert fortsatt er utbredt. (Måseide, 1991)

Det finnes en modell som verken har som mål å si hva som er god klinisk praksis eller å avsløre maktmisbruk. I kontrollmodellen, som den kalles, er oppmerksomheten i stedet rettet mot *sentrale underliggende forutsetninger* for klinisk praksis. Det legges til grunn at kunnskap forandres over tid, og at utviklingen er avhengig av standarder for moral og rasjonalitet. Medisinsk praksis utformes ikke bare av fagkompetansen, men også av de konkrete møtene mellom helsepersonell og pasienter, og av krav i situasjonen og aktuelle institusjoner. Makt og kontroll forstås ut fra dette som nødvendige ressurser for effektiv, konsistent og rasjonell praksis. (jf. sst) Relevansen og gyldigheten av egen kunnskap og hvor vidt systemene fungerer hensiktsmessig må altså stadig vurderes, fordi de er grunnleggende for hvilke muligheter for samarbeid med pasienten som virkeliggjøres. Makt er i alle fall en nødvendig forutsetning for å kunne utøve helsearbeid, og det er forvaltningen av den som eventuelt skal kritiseres, ikke makten i seg selv (jf. Thornquist, 2009).

### 3 Metode og materiale

Problemstillingen min er rettet mot hvordan en terapeut kan bidra til at pasienten utvikler forståelse for at hvem hun er og hva hun er opptatt av, og hvordan kroppen er og oppleves, er gjensidig avhengig av hverandre. En utforskning av disse sammenhengene er noe som kan skje i psykomotorisk fysioterapi. Det spesielle med fysioterapien, til forskjell fra psykologien, er at utgangspunktet er de kroppslige plagene og pasientens kroppslige funksjon. Det er ut ifra kroppsholdning, bevegelser, spenninger og kroppslige reaksjoner i konkrete situasjoner i behandlingen, at tidligere erfaringer og følelsesmessige og eksistensielle forhold belyses. Observasjon med film er en metode som gir mange muligheter for å studere praksis (jf. Heath, Luff, & Hindmarsh, 2010). Jeg har valgt å bruke film som materiale, for da kan jeg se og høre hva som skjer i behandlingen gjentatte ganger, og forsøke å få klarhet i hva pasienten uttrykker og hva terapeuten uttrykker i samhandlingen mellom dem.

Formålet med oppgaven er todelt. For det første er det et mål i seg selv å dokumentere faktisk praksis. Hva folk sier eller skriver at de gjør er ikke nødvendigvis det de faktisk gjør. For å dokumentere praksis er observasjon en godt egnet metode. Problemene oppstår når resultatene skal presenteres, uten å avsløre deltagerens identitet. I denne oppgaven anses det som utelukket å vise film fra praksis i resultatdelen, og det vært nødvendig å utarbeide en skriftlig fremstilling. Når en skal skrive ned noe som skjer i tre dimensjoner, er det nødvendig å velge hva som skal beskrives, hvordan og i hvilken rekkefølge. I denne forbindelse kommer det andre formålet inn, da de valgene som er tatt under skriftliggjøringen er teoretisk informert. Fenomenologisk kroppsfilosofi og forståelsen for kroppen som funksjonell og samspillende enhet, som beskrevet innenfor psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, er en viktig som del av grunnlaget for analyse (inkludert transkripsjon) og diskusjon. Filmbeskrivelsene refererer til konkrete praksissituasjoner, og situasjonene brukes for å diskutere sentrale teoretiske poeng, som kan være nyttig for andre innenfor helsefag å lese.

Ingen metode er uten teoretiske antagelser. Til grunn for arbeidet ligger et verdenssyn og ideer om hvordan en har tilgang til verden, til det eller de fenomener en vil undersøke. (Jordan og Henderson, 1995) Teorikapittelet er derfor ment som en klargjøring av noen

sentrale forutsetninger for arbeidet som er gjort i denne oppgaven. Av sosiologiske emner er makt i relasjoner, kommunikasjonsstruktur og risiko/mulighet-analyse i samhandling mellom mennesker de sentrale perspektivene. Disse perspektivene og grunnleggende forståelsene er beskrevet, slik at leseren kan se resultatene og diskusjonene i sammenheng med dette. Med andre teoretiske perspektiver ville vektleggingen blitt annerledes, men den grunnleggende erkjennelsesteorien ligger i bunnen for hele prosjektet. Hele problemstillingen ville bli meningsløs uten en forståelse for sammenhenger mellom kropp, sosialt liv og følelser.

### 3.1 Etikk

En sentral forpliktelse er jf. forskningsetiske retningslinjer for samfunnsfag, humanoria, juss og teologi, punkt 1. (jf. NESH, 2006), å etterstrebe sannhet. Konsistens i argumentasjon og redelighet i dokumentasjon er ufravikelige krav, uavhengig av posisjon (sst.). Det er selvsagt lettest å vektlegge det jeg kjenner til og er opptatt av i tradisjonen, og fra denne posisjonen har jeg søkt å utvide forståelsen ved å sette meg inn i hva som er gjort før innenfor faget. Det har vist seg å være mer tidkrevende enn jeg hadde tenkt. I forhold til alt som er publisert, og alle de retningene som har hatt basis i psykomotorisk fysioterapi, er min innsikt i tradisjonen fortsatt begrenset, om enn videre enn før arbeidet med oppgaven startet. Valg jeg har tatt underveis er søkt begrunnet, og ulike muligheter for tolkning av ulike situasjoner i filmen diskuteres. Når jeg refererer til sekundærkilder, har jeg etterstrebet å få med navnet til den som blir referert til enten i referansen eller i en fotnote.

I punkt 6 i de nevnte retningslinjene fremheves å «respektere de utforskede personers integritet, frihet og selvbestemmelse» (sst.). Når det allerede eksisterer materiale som er av en slik karakter at det kan brukes i gjeldende forskning, er det etisk sett best å bruke dette, slik at en unngår å belaste informanter/deltagere unødige. Både pasient og terapeut har latt seg observere og stilt seg selv til disposisjon, da de lot seg filme og godkjente at filmen kunne brukes i undervisning. Ingen av dem har vært forespurt om bruk av filmen i forbindelsen med denne oppgaven, da produsenten av filmen har godkjent bruk i undervisningen på Universitetet i Tromsø (se Vedlegg 1 og 2). Ut fra denne godkjenningen og det pasienten sier i filmen, at den kan vises til «de som vil ha nytte av å se den», har det ikke vært vurdert som nødvendig å be om nytt samtykke. Dette vil kanskje noen se på som

en svakhet i oppgaven. I fremstillingen av behandlingen i filmen har jeg lagt vekt på å unngå evaluerende bemerkninger eller negativt ladde beskrivelser. Med mål om å lære noe av praksis, og diskutere sentrale teoretiske poeng med utgangspunkt i praksissituasjoner, har oppmerksomheten vært på situasjonene, samhandlingen, hvordan de kom inn på spørsmål om følelsesmessige og eksistensielle forhold, og hvordan dette ble konkretisert i aktivitet. I transkripsjonen er pasientens fornavn erstattet med «[navn]», når terapeuten sier navnet hennes.

### 3.2 Utvalg

De filmene jeg hadde tilgjengelig var de vi har sett i forbindelse med utdanningen. I disse filmene var det enten en psykomotorisk fysioterapeut eller en fysioterapeut i psykiatrien som behandlet en pasient. Utvalget er gjort med hensikt om å finne et godt eksempel på det som skjer i den praksisen jeg vil belyse, et strategisk utvalg (jf. Fangen, 2004, s. 55). Dette kan også kalles for teoretisk utvalg (jf. Silverman, 2010, s. 143), da jeg har et teoretisk utgangspunkt og vil finne situasjoner fra praksis som kan belyses av de teoretiske poengene. For å kunne vite noe om pasientens forståelse av sammenhenger, er en avhengig av at pasienten setter ord på dette. Vi kan ikke vite i hvilken grad det pasienten sier gjenspeiler og er representativt for vedkommendes forståelse, men det kan diskuteres i sammenheng med det som blir gjort. Ved valg av film lette jeg derfor etter en der pasienten verbaliserer noe kroppslig i behandlingstimen og sier noe om dette på et følelsesmessig eller eksistensielt plan. Det var flere filmer som innfridde, og da ble lyd kvaliteten avgjørende i valget.

En film er rik på detaljer, og en blir nødt til å velge ut sekvenser som en studerer nærmere (jf. Heath et al., 2010). Planen var å velge sekvenser der jeg oppfattet at pasienten tematiserte kroppslig erfaring på en reflekterende måte, med utgangspunkt i den konkrete behandlingssituasjonen. Etersom jeg ble oppmerksom på betydningen av handlingers kontekst, som beskrevet i teoridelen, ble det viktig å beskrive hele filmen, i tillegg til de utvalgte sekvensene. Jeg har jeg valgt å gå i dybden på fire av sju aktuelle sekvenser. I disse fire kommer pasienten med spontane uttrykk som utdypes, og terapeuten legger opp til at pasienten i større grad skal ta styring selv. I prosessen oppdaget jeg at det som skjedde i en av sekvensene jeg valgte bort var viktig i analysen av den påfølgende

sekvensen. Jeg har derfor valgt å beskrive denne utelatte sekvensen kort som introduksjon når den påfølgende sekvensen skal analyseres.

Fremstillingen av PMF i denne oppgaven er basert på hva jeg mener er viktig å fremheve i faget, med utgangspunkt i problemformuleringen. Beskrivelsen av faget er basert på hva flere psykomotoriske fysioterapeuter har skrevet, i tillegg til egen erfaring. På bakgrunn av dette er det mulig at noen av dem som har kjennskap til terapiformen ikke identifiserer seg fullstendig med måten den er beskrevet på i oppgaven. Jeg har ikke prioritert å greie ut om hva ulike vektlegginger i faget går ut på, fordi jeg anser det som mindre relevant for problemstillingen.

### 3.3 Transkripsjon og analyse

Når det gjelder skriftliggjøring av praksis er det som nevnt mange valg som må tas. I en skriftlig fremstilling av en samtale er lydstrømmen delt opp, den presenteres linje for linje, og leseren vil ikke kunne få fullt innblikk i hvordan det var på filmen (jf. Psathas & Anderson, 1990). En samtale er preget av flyktighet, ufullstendige setninger og en fortløpende tilbakemelding med blick, mimikk, kroppslig orientering og bevegelser (jf. Thornquist, 2009). Når en samtale skal skrives ned må en finne beskrivende ord for det kroppslige, hele situasjonen, hvis det skal bli en del av fremstillingen. Med andre ord må det gjøres en oversettelse fra handling til skriftspråk. (sst.) Med bakgrunn i dette har det vært viktig å vurdere og begrunne hva som er beskrevet og hvordan. Med min bakgrunn som student og begynnende fagutøver i PMF har jeg førstehåndskjennskap til behandlingsformen, noe som har gjort det mulig å se filmen ut fra en forståelse av hva PMF går ut på. For å utvide forståelsen, har jeg stilt kritiske spørsmål til min egen analyse, og diskutert alternative forståelser.

Ved skriftliggjøring og analyse av filmen har jeg jobbet på tre ulike nivåer (jf. Ricour 1971, referert av Thornquist, 2003, s. 187)<sup>19</sup>: Filmen er rådata der det som skjer er fiksert. Første analysenivå er observasjonsbeskrivelsene, transkripsjonen, der jeg direkte gjengir det jeg ser og hører, mest mulig erfaringsnært. Allerede her er tolkningen begynt, gjennom utvelgelsen av hva som beskrives og med hvilke ord. Denne teksten blir på mange måter

---

<sup>19</sup> Thornquist henviser til Ricoeurs artikkel «The model of the text, meaningful action considered as a text», som er referert hos Thompson 1981



uavhengig av dem som produserte råmaterialet, og hva de ville med det, ettersom vi ikke deler tid og rom. Eventuelle overføringer av intensjoner skjer gjennom felleskulturelle fortolkninger. (Thornquist, 2003) På nivå to i analysen har jeg laget en oppsummerende gjenfortelling med egne ord, der min forståelse og tolkning av det som skjer trer fram. På det tredje nivået drøfter jeg det observerte og beskrevne, og belyser dette med teoretiske perspektiver. Det har vært min hensikt at leseren skal kunne gjøre seg opp en selvstendig mening om det som skjer i filmen og mine vurderinger, argumentasjon og kildebruk. For å muliggjøre dette har jeg gjennom layouten tydeliggjort hva som er filmbeskrivelser, mine kommentarer og teoretisk drøfting.

Jeg har laget en overordnet beskrivelse av filmens innhold, samt konteksten den er laget i. Hele filmen er grovtranskribert (se Vedlegg 4), og den sekvensen som er mest vektlagt er transkribert mer detaljert (Vedlegg 5). En filmtranskripsjon er en fortolket framstilling av interaksjonen ut fra hva som er av analytisk interesse (Psathas & Anderson, 1990). Det finnes mange ulike måter å transkribere på, og ingen transkripsjon er den ene riktige som kan brukes uansett problemstilling. Måten transkripsjonen er gjort viser hvilke elementer av interaksjonen som er ansett som relevant for analysen. (jf. sst)

Med et ønske om tilgjengelighet har jeg forsøkt å gjøre transkripsjonene enkle i formen. Jeg har unngått spesielle transkripsjonstegn, for at ikke leseren skal måtte lære seg et nytt symbolspråk. Eneste unntak er stillhet der det ikke sies noe, og det ikke er en åpenbar aktivitet som pågår, som betegnes med to punktum for ca to sekunders stillhet, og tre punktum for ca tre sekunders stillhet. Ellers beskrives lengden på stillheten med ord. Når deltagerne snakker er det markert med «P:» for pasienten og «T:» for terapeuten. Ved brudd i talen er dette beskrevet i parentes. Handlinger og bevegelser som skjer samtidig med tale er beskrevet i parentes innimellom ordene de sier. Tiden vises med tall adskilt med kolon.<sup>20</sup>

Oppmerksomheten har vært særlig på samhandlingen mellom terapeut og pasient, hva de sier og hvorvidt det uttrykkes følelser. Det er ulike forhold som beskrives hos pasienten og terapeut fordi det viste seg å være ulike bevegelser og uttrykk som var framtreddende. Om

---

<sup>20</sup> I resultatene referer tidspunktene til hvor langt uti behandlingen de er, mens i grovtranskripsjonene tilsvarer de tidsangivelsen på filmen, der behandlingen starter etter 14 minutter.

terapeuten beskrives orientering i forhold til pasienten, hvor hendene er/gjør, av og til ansiktsuttrykk, og da hovedsakelig øyenbrynsbevegelser, noe som oftere beskrives hos pasienten.<sup>21</sup> Som nevnt i teorikapittelet kan blick ha ulik betydning, og derfor er dette nøye beskrevet. Pasientens blikkretning har vært ansett som særlig relevant å beskrive.

Terapeuten ser ofte på det hun gjør, eller hun ser på pasienten som snakker. For pasienten er det annerledes, da hun omtrent hele tiden blir sett på, og ikke har noe å gjøre på samme måte som terapeuten. Også hos pasienten er hendenes plassering og bevegelser beskrevet. Noe som er fremtredende ved pasienten, som ikke er vektlagt hos terapeuten, er kjeve- og leppebevegelser og ulike pustelyder. Slike kroppslige uttrykk kan være vilkårlige og dagligdagse, men sett i sammenheng med de konkrete situasjonene, og ut fra en forståelse av kroppen som uttrykksfelt, kan de være meningsbærende.

Detaljer jeg har valgt å utelate, fordi de ikke har vesentlig betydning for prosjektet mitt, er blant annet eksakt lengde på stillhetene, vinkler mellom deltagerne og i ulike ledd, samt nøyaktige avstander. Tempo i bevegelser og tale er stort sett utelatt, utenom i de tilfellene der tempoet opplevdes påfallende, eller varierte annerledes enn forventet. Når det gjelder omgivelsene er de sparsomt beskrevet.

I analysen og kommentarene til de ulike sekvensene har vekten vært på å klargjøre det som skjer. Noen ganger er det som skjer en vanlig del av psykomotorisk behandling, men kan virke merkelig for de som ikke kjenner til tekningen. Derfor er det en generell beskrivelse av behandlingstradisjonen innledningsvis i resultatdelen. Flere detaljer forklares underveis i kommentarene til sekvensene, og i diskusjonen. Når jeg vil markere et direkte sitat, har jeg satt apostrofer rundt («eksempel»). Når jeg vil utheve ord eller referer til titler i kilder er disse satt i *kursiv*. Når det gjelder begrepene *interaksjon*, *samhandling* og *samspill* brukes de synonymt. Dette handler om det mennesker gjør, som påvirker den andre, når de er gjensidig oppmerksomme på at de er i nærheten av hverandre (jf. Goffman, 1967/2005).

---

<sup>21</sup> Øyenbrynsbevegelsene viste seg å være mindre viktig i analyse og diskusjon enn da jeg tenkte da jeg transkriberte.

## 4 Resultat og analyse

### 4.1 Filmens kontekst og oversikt

Filmen er en del av en undervisningsserie på tre DVD-er om PMF. Filmen jeg har valgt starter med et intervju med terapeuten om PMF, deretter demonstreres en times behandling. Den psykomotoriske fysioterapeuten på filmen har erfaring fra terapi, forskning og undervisning. Pasienten var student på videreutdanningen i PMF. Dette er relevant for analysen, ettersom det betyr at hun er kjent med tenkningen og praksisen i tradisjonen – som hun er med på å lage film om. Behandlingen starter med en samtale der pasient og terapeut sitter på hver sin stol. Deretter utføres behandling i stående, sittende, mage- og ryggliggende stillinger. Det kommer fram at terapeut og pasient er kjent for hverandre fra tidligere behandling.

Terapeuten (T) leder aktivitetene og definerer hva som er relevant i timen, mens pasienten (P) svarer på spørsmål og følger instruksjoner. I den innledende samtalen forteller P om slitenhet og vanskeligheter med å passe inn sosialt. Hun sier at hun nå har det bedre og i større grad kjenner og respektere egne grenser. T etterspør hva P kjenner eller har kjent i kroppen i ulike stillinger, og ber henne si fra ved ubehag. Når P reagerer på ubehagelige massasjegrer, spør T noen ganger hva hun forbinder det med. De snakker sammen om det terapeuten ser, kjenner og undrer seg over, og det pasienten kjenner, gjenkjenner og assosierer. Når P forteller noe uten at terapeuten har stilt et spørsmål, gir terapeuten dette oppmerksomhet. De kommer inn på flere emner vedrørende Ps sosiale liv og hun reagerer følelsesmessig. Mot slutten av filmen kjenner P beina sine tydeligere, og hun sier hun føler seg møtt på egne behov. Hun står mer symmetrisk, mindre sammentrukket i overkroppen og oppstrammet i beina.

Det som i utgangspunktet vekket min interesse i filmen var det spontane uttrykket P kommer med litt uti behandlingen, der hun bruker et begrep fra et annet område for å beskrive en opplevelse av kroppen sin der og da. Når T stiller utdypende spørsmål, forteller P om vanskelige sosiale erfaringer. Ved nærmere studering av filmen har oppmerksomheten min i større grad festet seg ved hvor nøye P følger opp det T setter i gang, uroen i ansiktsuttrykkene til P, og den nærheten og forutsigbarheten som preger Ts

væremåter. Det som er slående med deres måter å være på i ulike situasjoner, har jeg forsøkt å se i sammenheng med samspillet deres.

#### 4.1.1 Om fagtradisjonen

I det følgende beskrives noen av hovedtrekkene i PMF. Målet med fremstillingen er å gi et innblikk i behandlingsformen, for lettere å kunne forstå filmbeskrivelsene, kommentarene og diskusjonene. PMF er utviklet i og gjennom praksis og er en tradisjon snarere enn en metode. Selv om det er forskjeller mellom hva ulike fagutøvere vektlegger, er de grunnleggende prinsippene felles. Først de siste tiårene har det vært arbeidet med å forankre praksisen teoretisk. En utfordring ved teoriutvikling er å favne det som faktisk skjer, og ikke opphøye teorien som noe mer verdifullt enn praksisen (jf. Thornquist & Bunkan, 1995; Øvreberg & Andersen, 2002).

Forskjellene mellom PMF og annen fysioterapi går på hva som regnes som relevant informasjon<sup>22</sup>, hvordan det forstås og hvordan det følges opp. Som i fysioterapi for øvrig, undersøkes pasientens holdning samt aktive og passive bevegelser i ulike stillinger. De to hovedprinsippene som fremheves i PMF er at behandlingen starter med beina og inkluderer hele kroppen (Thornquist, 2012; Thornquist & Bunkan, 1995). Det å stå godt på egne bein er en forutsetning for fri funksjon, og endringer ett sted påvirker resten av kroppen (sst.). Kroppens ettergivelse og hvorvidt respirasjonen er tilbakeholdt er forhold som vektlegges (jf. Thornquist & Bunkan, 1995; Øvreberg & Andersen, 2002). I enhver stilling brukes det tid på å tilrettelegge for mest mulig frie respirasjonsutslag (sst.). Lokale plager vurderes i sammenheng med kroppens totale balanse, belastnings- og spenningsforhold, som inkluderer tidligere erfaringer og aktuell livssituasjon. Når vi erkjenner at kropp og følelser, psyke og soma, står i et gjensidighetsforhold, kan behandlingen bli mer enn kortvarig symptomlette. (jf. Thornquist & Bunkan, 1995)

Målet med PMF er en omstilling av kroppsholdning, muskulatur og pust, samt pasientens kontakt med – eller fornemmelse av – egen kropp (Thornquist & Bunkan, 1995; Øvreberg & Andersen, 2002). Denne kroppsfølelsen omfatter trangen til å bevege seg og evne til å kjenne når kroppen er spent og avspent. Ideelt sett oppfatter pasienten spenninger i daglige situasjoner, forstår hvilke hendelser og tanker spenningene henger sammen med,

---

<sup>22</sup> Hvilket kroppssyn fagutøvere har er avgjørende for hva som er relevant i deres praksis (jf. Thornquist, 2001).

og kan reagere med hensiktsmessige bevegelser. Tegn på at behandlingen fører til for stor eller rask omstilling, er at pasienten kjenner ubehag i magen eller halsen, uro i kroppen eller ubehag med pusten. (Øvreberg & Andersen, 2002) Tradisjonelt får pasienten hvile noen minutter i liggende stilling på slutten av behandlingen for å «synke videre i avspenningen» (Øvreberg & Andersen, 2002, s. 94), men det understrekes at en slik hvile ikke alltid er formålstjenlig. Hjemmeøvelser kan gis for at pasienten skal kunne videreføre det som er begynt (jf. Thornquist & Bunkan, 1995; Øvreberg & Andersen, 2002). Slik jeg oppfatter behandlingens mål er det vesentlig å få kontakt med og nyansere bevegelser i understimulerte områder og øve på å bevege seg på mindre anstrengende måter.

#### 4.1.2 Oversikt over handlingsforløp og utvalgte sekvenser

- Innledende samtale sittende
- Stående holdningsinspeksjon og -erfaring
  - 2.a Forfra
  - 2.b Bakfra
  - 2.c Fra siden
- Sittende på krakk
  - 3.a Holdningsinspeksjon og -erfaring
  - 3.b Slippe seg fram med overkroppen
  - 3.c Komme opp igjen med endrede spenningsforhold
  - 3.d Gjentakelse
  - 3.e Slapp stupstående med gynging
- Stående holdningsinspeksjon og -erfaring
- Liggende på mage
  - 5.a Avklaringer angående stillingen
  - 5.b Utforskning av opplevelsen av og assosiasjoner til spente områder
  - 5.c Andre siden
- Langsittende på benken
  - 6.a Avklaring angående situasjon
- På rygg
  - 7.a Nedrulling og stillingsjustering
  - 7.b Avklaring om veien videre og ny stillingsjustering
  - 7.c Nakkestrekk og respirasjonssvar

- 7.d Massasje nakke og hals
- 7.e Jobber med strupen
- 7.f Endre stilling
- 7.g Bevege og massere beinet
- 7.h Andre beinet
- 7.i Nedrulling etter dopause
- 7.j Aktiv strekk i beina
- 7.k Håndmassasje
- 7.l Strekke, slippe og gi etter
- 7.m Massasje thorax
- Avspennende avslutning
  - 8.a Strekking og massasje nakke og kjeve
  - 8.b Etter hvilen
- Oppreisning og avslutning
  - 9.a Opp til sittende
  - 9.b Opp til stående
  - 9c Avsluttende holdningsinspeksjon og -erfaring

De to første sekvensene jeg har valgt å gå i dybden på, har fått overskriftene «*Fått nok*» og «*Trekkspill*». Begge overskriftene er pasientsitater. Disse sekvensene omhandler hvordan pasienten knytter konkrete erfaringer i behandlingen til følelsesmessige og eksistensielle forhold i livet. De to siste sekvensene har fått overskrifter ut fra terapeutens perspektiv, *Strek deg selv* og *Ta kontroll*. Der inviterer terapeuten pasienten til å selv ta kontroll i noen situasjoner i behandlingen der pasienten opplever ubehag.

I innledningen til den enkelte sekvens beskriver jeg hvor i behandlingen dette skjer. Tall med punktum etter (i parentes) viser til hvor sekvensen befinner seg i den ovenfor presenterte oversikten. Når filmsekvensene beskrives er det bredere venstremarg og mindre skrift, slik at det som er fra filmen skiller seg ut, til forskjell fra det som er mine kommentarer der jeg utpeker retning for diskusjon. Filmbeskrivelsene inkluderer gjenfortelling av innholdet i sekvensene og transkripsjoner. I tillegg til innrykk er *gjenfortellingene* er satt i kursiv og transkripsjonene har en annen skrifttype. I det følgende presenteres filmsekvensene med utvalgte transkripsjoner, gjenfortelling og kommentarer.

## 4.2 «Fått nok»

Denne sekvensen er fra ganske tidlig i behandlingen, mens T inspiserer Ps sittende holdning og P forteller hvordan hun erfarer kroppen i denne stillingen (3.a). På slutten av sekvensen er de over i 3.b, c og d, der P slipper overkroppen framover og kommer rolig opp igjen. I forkant av dette har de hatt en innledende samtale og stående holdningsinspeksjon og –erfaring (se Vedlegg 4).

*(15:40) Pasienten henger framover med brystryggen når hun sitter. Hun opplever slitenhet i det området som terapeuten omtaler som akseknekken.*

T: Fra forsiden, lett å se at du synker her (fører hånda foran epigastriet)

Har du kjent noe i det området? (Ser på P)

P: (legger hånda på ryggen igjen, stryker og tar den tilbake) Kjenner det tilsvarende bak

T: Det er på baksiden du kjenner?

P: Ja (på innpust, legger hånda på skuldra)

T: Sånn tvers igjennom deg her? (Tapper rytmisk mot ryggen og epigastriet med kanten av hendene)

P: Mmm (kjenner på denne delen av magen) Ikke så mye her nå (stryker over magen). Jeg har gjort det tidligere, at det ble kvalme. (Ser på T)

Dette er et eksempel på hvordan terapeuten gjennom å dvele ved et kroppslig funn kan gi pasienten mulighet til å komme i kontakt med tidligere erfaringer knyttet til området.

Utgangspunktet var Ts funn, «lett å se at du synker her» i brystet, og Ps symptom, «sliten» i midtryggen. T etterspør hva P kjenner på forsiden, og P svarer at det er på baksiden hun «kjenner det». T kunne valgt å la dette være konklusjonen, men gjennom å bruke mer tid og spørre mer, kommer det fram tidligere erfaringer.

T og P veksler mellom å ha ordet når de snakker om dette. T berører ryggen til P med hendene og viser til områdene som er i fokus med håndbevegelser – også uten å berøre henne. P legger også en hånd på ryggen når hun snakker om den, og på magen når det er der hun har oppmerksomheten. I løpet av denne samtalen kommer P med en antydning til et nytt bidrag, nemlig at hun kjenner «ikke så mye her nå», på forsiden. I fortsettelsen forteller hun om kvalmen. Dette ser ut til å skje uoppfordret. Den eneste direkte

invitasjonen fra T, er spørsmålet hun stilte tidligere, om hun «har kjent», som inkluderer tidligere erfaringer. T stiller ingen spørsmål etter at P har gjentatt det hun kjenner i situasjonen. Hvis en ser situasjonen i et lengre perspektiv, kan det trekkes fram at Ps erfaringer tidligere i behandlingen har blitt både etterspurt og lyttet til.

Etter at T hadde fortalt om kvalmen, kunne terapeuten valgt å avslutte temaet, med tidligere kvalme som konklusjon. Nå stiller hun derimot flere spørsmål som inviterer til utdypning:

T: Akkurat. Men kvalmen, er den over nå da?

P: Ja

T: Kastet du opp noen gang?

P: Ja, mye (legger hånda på magen igjen)

T: Så? (Ser mer alvorlig ut)

P: Også under behandling (fortsatt en hånd på magen)

T: Så da måtte du ut og kaste opp? (P stryker over magen)

P: Jeg gjorde det der! (Krymper seg og ler, bøyer seg raskt framover)

T smiler: Ja, ja, ja (P stryker seg over ansiktet, over håret og ser på T), det er ikke forbudt det.

P leende: nei! (og ser rett fram)

T: Kan du tenke... Hva var det som gjorde at du kastet opp? Hadde du noen emosjonell følelse på det, eller bare spydde du?

P: Det var det der... Uff, (beveger hånda i oppkastretning) at det, jeg orker ikke å ta på meg mer. Fått nok. Mettet av... (legger hendene på fanget. Strammer øyenbrynene) mettet av nærhet. Kjente behov for å (beveger hendene foran halsen) beskytte meg.

P gjør en beskrivende håndbevegelse mens hun prøver seg på noen forklarende formuleringer. Noen ganger kan det være vanskelig å finne dekkende ord for kroppslige fornemmelser. I letingen etter beskrivende ord og setninger, kan det vi sier bli både oppstykket og med uvante ordkombinasjoner. Å ikke orke å «ta på seg mer» kan vitne om



at P har hatt uønsket ansvar. Antagelig har noen kommet for tett på henne, jamfør uttrykket «mettet av nærhet». Hun avslutter med å si at hun hadde behov for å «beskytte» seg. Her kommer det fram noe som P fremstiller som bakgrunn for de kroppslige reksjonene hun har opplevd. Hvordan kom hun inn på dette? Utgangspunktet deres var observasjon og erfaring av kroppsholdning, og gjennom å bruke tid på å utforske området, kommer det fram viktig informasjon om erfaringer i tilknytning til den delen av kroppen. I diskusjon utdypes måten de kom fram til dette på. Der vil det også forklares hvorfor kvalme, som kan forstås som et symptom på sykdom, også kan forstås på et følelsesmessig og eksistensielt plan.

T: (Stille) Ja, akkurat. (Med mer volum) Men det har vi snakket om før i dag, (legger hånda over pasientens håndledd) og det er bedre nå.

P: Ja (T flytter Ps arm fra fanget hennes og til sides, så den henger rett ned)

T: Men nå skal vi prøve å se hva som skjer med dette (beveger hånda foran epigastriet til P, mens den andre hånda hviler på låret til P) når vi begynner å bøye deg frem (P nikker) i akselen (T legger en hånd på nedre del av nakken til P). Og da vet du at du skal la hodet gli rolig frem (viser med en håndbevegelse i lufta, P bøyer nakken, og P legger et par fingre på brystet til P), så haken kommer dit.

Etter at det har kommet fram hva P opplevde at kvalmen handlet om, tar T initiativ til å runde av og gå videre. I psykomotorisk fysioterapi er det vanlig å undersøke hva som skjer med holdningen når pasienten bøyer seg slapt framover, og kommer rolig opp igjen. Å utforske et område ved bevegelse er annerledes enn bare ved å kjenne etter i én stilling.

*T instruerer bevegelsen med uttrykk som «gi etter» og «du går litt fort», og hun guider med hendene, mens P slipper overkroppen gradvis framover der hun sitter. T legger vekt på at P ikke skal «presse», «ikke prestere». De ler litt av dette. Det understrekes at P ikke skal endre bekkenstillingen, og på et visst punkt stopper bevegelsen opp, og T kommenterer det.*

P: Ja. St-

T (bryter inn): Hva kjenner (P fører en hånd mot ryggen) du nå?

P: Jeg kjenner strekk her (hånda nede på ryggen), og her (hånda lenger opp)

T: En strekk litt lenger ned.

P: Ja

T: (Stille) Ja, den er grei. (Legger en hånd på øvre del av ryggen. Mer volum i stemmen) Ta med deg bekkenet (P lener seg fram) og gå helt frem. Slippe deg så langt det går (Tar hånda bort fra ryggen til P) nå (P ligger med overkroppen nedpå lårene). Se om du kan hvile der nede.

*Det er stille i noen sekunder før T instruerer P i å komme opp igjen langsam, med bekkenet først, deretter overkroppen – uten å bruke skuldrene. Når P sitter oppreist igjen sier T «Ikke slipp deg ned.». Hun ber henne kjenne «hvordan det går» å sitte slik.*

Stille (T ser på P, P ser rett fram)

P: Kjenner at jeg jobber litt her (en hånd på lysken)

T: Hoftene ja, det vil jeg tro. Jeg så også at du kom opp veldig mye mere (stryker kanten av hånda øvre del av magen hennes) i epigastriet. Men den skal vi ta en gang til (klapper på ene og andre låret til P), for nå sitter du relativt bra med bena.

Når P slipper seg framover kjenner hun «strekk» i ryggen, noe som kan tyde på at noe muskulatur på baksiden er anspent. Hun blir mer oppreist idet hun kommer opp igjen, og hun er rolig. Det virker ikke som hun reagerer følelsesmessig på å bevege på det sammensunkne området, men hun kommenterer at hun må «jobbe» for å opprettholde stillingen.

*T instruerer igjen i å synke sammen. Hun legger denne gangen vekt på å komme ned del for del, samt å «Ikke trekke, bare synke». Denne gangen ber hun ikke P å komme helt ned på lårene. Mens hun henger framover sier T «Gi deg nå litt tid her ned og kjenn hva som skjer». Etter noen sekunder guider hun P i opprulling. Når P har kommet opp igjen ber hun henne kjenne «at kjeven er fri», «røre litt mykt på tungen», og «strekke fingrene litt.». T legger vekt på at gjespen ikke skal stoppes, men la den arbeide seg fram. P gaper og gjesper høyløyt.*

T: Vi sitter litt, så ser vi om den vil komme en gang til. (T tar hånda opp til haka til P) Bare slipp her. (P gaper igjen, T tar hånda til seg igjen) Røre litt på tungen. Strekk litt her.

Noen få sekunder stillhet

P: Nei. (rister på hodet) Den vil ikke (spiller med fingrene).

T: Nei? Det er som en liten gullfisk? (smiler)

P: Gmm

T: Hva er det som stopper det?

P: Lettere å gjespe når jeg hadde sluppet meg mer ned. Bruker nok litt krefter på å komme opp i dag.

T: Ser det. Der er det du er. Men vi skal se hva som skjer når vi har tatt deg frem (hun viser retningen med ene hånda) og du gynger litt og så kommer opp (hånda illustrerer bevegelsens retning), om det blir det samme eller om det er et annet sted.

P bemerker at hun kjenner «strek» i ryggen når hun er foroverlent, og at hun «bruker krefter» på å komme opp og «jobber» for å holde stillingen. Hun opplever at gjespen stopper litt opp og forbinder det med at hun må bruke krefter. Det er altså noe som hindrer henne å være avspent i oppreist stilling og slippe pusten til ved strekkebevegelser. Det var «lettere å gjespe» når hun hadde sluppet seg ned. Sekvensen ender her, da vi har fått innblikk i hvordan det kan arte seg når terapeut og pasient samarbeider om å bevege et stivt område.

### 4.3 «Trekkspill»

Før den sekvensen vi nå skal ta for oss, ligger P på mage (5.) og T masserer ryggen og skulderbuene. Hvordan dette foregår anser jeg som viktig bakgrunn for å forstå det som skjer i fortsettelsen, jamfør kontekstforståelsen. Derfor kommer nå en sammenfattet gjengivelse:

*Når P reagerer på ubehag, blir hun oppmuntret til å si noe om hva hun kjenner, om hun har noen assosiasjoner til ubehaget. P ler litt når hun kaller et ubehag for «litt sånn ha deg bort», og stramt i strupen forbinder hun med at noe blir «for mye». «Er det noe som er for mye for deg akkurat nå?» spør T. P ler litt og sier «egentlig ikke». Leppene presses sammen og hun blunker ofte. Hun mener at det ikke har noe å gjøre med at hun blir filmet, som T antyder. T fortsetter med massasjeregrep på andre siden. T avslutter med å si at hun kan snu seg over på ryggen. Her er filmen klippet, og når filmingen starter igjen sitter P i langsittende på benken. T sier til P at hun undrer seg over at hun som kan bevege seg på så mange måter er så stiv i brystkassen. P ser litt ned mens T snakker, og løfter blikket når hun svarer «mmm». T spør om hun har «noe kontakt med det». Det kommer fram at P egentlig bryr seg om at hun blir filmet, at hun «skal liksom være flink». T forsikrer henne om at hun er bra nok med de spenningene hun har, og at filmingen også blir bra nok.*

Like etter at dette har skjedd starter sekvensen som vi skal se nærmere på. Etter en kortfattet beskrivelse av hele sekvensen kommer begrunnelsen for at den er valgt og deretter en detaljert gjennomgang.

*(36:19) Pasienten ruller seg ned på rygg etter instruksjon fra T. T holder seg nær henne og legger til rette håndklær til støtte under nakke og korsrygg. T hjelper P å komme mer ned på underlaget med korsryggen. Etter dette sier P at det er akkurat som hun er et trekkspill. At hun er dradd sammen, og at det er godt å bli dratt ut. T ber henne si mer om dette, og det kommer fram at hun opplever å miste seg selv i det hun tilpasser seg andre. Det går bedre å være seg selv sammen med noen, og T bekrefter henne på å være sammen med disse mens hun er i omstilling.*

Begrunnelsen for at denne sekvensen er ansett som sentral, er basert på egen og kollegers praksis. Pasienter kommer ofte inn på noe som er viktig for dem på et eksistensielt eller følelsesmessig plan når de får utdype sine spontane uttrykk. Noen ganger stopper det opp, pasienten har ikke noe mer å si enn det aktuelle uttrykket. Andre ganger har pasientene

mye å fortelle, og kommer fram til en klarere forståelse av hvordan det de erfarer kroppslig har sammenheng hvem de er eller prøver å være.

Jeg lar denne sekvensen innledes med måten pasienten ruller ned til ryggliggende stilling på. Her kommer det mange detaljer om noe som kan virke enkelt; å legge seg ned på rygg. Det jeg vil rette oppmerksomheten mot, er at dette skjer på en bestemt måte. Vanligvis er det å legge seg på rygg en overgang til noe som skal skje mens man ligger på rygg. I denne sammenhengen er det å rulle seg rolig ned et poeng i seg selv. Slike overganger fra en stilling til en annen er noe som tradisjonelt vektlegges i psykomotorisk fysioterapi, og målet er å skape best mulig grunnlag for å kunne hvile i stillingen. Tradisjonelt har det vært brukt sammenbrettede eller -rullede håndklær til støtte kroppen der den ikke gir etter og får hvile mot underlaget (jf. Øvreberg & Andersen, 2002).

#### 4.3.1 Instruksjon, trygging og tilrettelegging

*T har ledelsen på hva som skal skje, og hun instruerer P i hva hun skal gjøre. P ruller seg ned på rygg etter en enkel instruks fra T. T er nær henne med en hånd på skuldra og tilrettelegger med håndklær både under korsryggen og nakken. P lar lyder som snufsing og sukk høres, og har øynene lukket under den rolige bevegelsen ned mot benken.*

T: Ja, da skal vi gå videre. Du skal få lov å ligge ned. (P bøyer nakken mens T går lenger bak P mens hun har hånda på skuldra hennes, og vender seg mot benken der P skal legge seg)

P bøyer også øvre del av ryggen. T tar hånda fra skuldra hennes og legger et sammenbrettet håndkle mot nedre del av ryggen hennes.

T: Legg nå først korsryggen ned.

P lener seg langsomt bakover mens T legger en hånd på skuldra hennes og holder øye med ryggen hennes. P har øynene lukket. Når P har kommet med nedre del av korsryggen ned på benken, slipper T håndkleet.

T: Der (legger tilrette et sammenrullet håndkle under nakken hennes, som allerede lå klar på benken. P er kommet så langt at hun legger hodet ned på den. Hun stønnesukker litt i det hun puster ut) så får du støtte. (P snufser litt. Hodet ligger litt bakover tippet. Hun har fortsatt øynene lukket)

T retter på støtten under nakken og under korsryggen. P sukkestønner og lar munnen åpnes lett.

T forklarer med ord og hender hvordan hun vil at P skal legge seg ned, og P følger opp. Det kan virke som P har gjort dette før, da hun slipper hodet fram og starter nedrullingen, straks T har sagt at hun skal få legge seg ned. Antagelig guider T bevegelsen gjennom hånda på skuldra til P. I tillegg til å være retningsgivende for bevegelsen, kan en hånd på skuldra virke tryggende, ettersom pasienten da vet hvor terapeuten er.

Hvilken funksjon instruksjonen kan ha i denne sammenhengen, vil bli behandlet senere i diskusjonsdelen. Et annet tema til diskusjon er måten T bidrar til at P kan føle seg trygg, noe som går igjen flere steder.

#### 4.3.2 Samarbeid og avklaringer

*Etter at P er kommet ned på rygg på benken, og T har trukket litt i håndklærne under korsryggen og nakken, henvender T seg til P. Hun spør om støtten ligger der hun skal ha den, eller om den den er for stor i korsryggen. P svarer at hun ønsker hjelp å strekkes ut.*

Først har T selv justert støttene, men så etterspørres pasientens erfaring og mening. P inviteres til å delta. P kjenner etter, og det hun svarer blir avgjørende for fortsettelsen.

P: Jeg kjenner, (blunker flere ganger, legger en hånd på øvre del av setet) jeg kunne tenke meg å bli dratt litt her.

T: Det kan jeg gjøre, jeg skal trekke deg ned

Som tidligere nevnt er det å hvile mot underlaget et prinsipp i PMF. Noen terapeuter er i denne forbindelsen opptatt av å få mest mulig kontakt mellom pasientens kropp og underlaget. P og T bruker her hverdagslige uttrykk om justeringen for å komme mer i kontakt med underlaget. P bruker uttrykket «bli dratt» og T sier «trekke deg ned», begge deler uttrykk som kan oppfattes som noe helt annet, hvis det tas ut av sammenhengen. Ut fra måten P foreslår dette så rett fram på, og T med det samme ser ut til å skjønne hva hun mener, er det rimelig å anta at de har gjort lignende justering tidligere. Begge kjenner i hvert fall til tenkemåten i behandlingsformen.

P ser litt urolig ut, idet hun blunker så ofte. Hva hun er urolig for, er vanskelig å vite. Blunkingen kan også være en vane, noe hun alltid gjør. I fortsettelsen ser vi også en slags

motorisk uro. T er veldig nær P i denne situasjonen, og det er interessant å studere nærmere hva som skjer i dette samspillet.

T bretter opp armene, og P drar litt i øverkanten av trusa si, mens T beveger seg mot bekkenet til P. P legger hendene på øvre del av lårene sine mens T bøyer seg litt over henne. Mens T legger hendene innunder henne på hver side av korsbeinet, løfter P litt på hendene, og legger dem litt lenger mot midtlinjen. P lukker øynene idet T lener seg ennå litt nærmere henne. T har sitt ansikt vendt mot ansiktet til P.

T: Er det her du?

P: Ja (P nikker og beholder øynene lukket. T gir traksjon i lumbosacralovergangen to ganger, siste gang med litt mer kraft.)

T: Sånn? (drar også håndkleet lenger ned, vender ansiktet mot Ps ansikt)

*P svarer ja og lukker øynene, mens T retter på håndkleet. Hun nikker, og T tar et nytt grep på hver side av korsbeinet og P åpner øynene igjen. Hun svelger rett før T gir traksjon en gang til. Ved siste traksjon kommer P mer nedpå med korsryggen. T går nærmere ansiktet til P, og støtter seg mot benken. P nikker, og T spør om det er bedre nå.*

Når T forbereder grepet og kommer nærmere, retter P på undertøyet og beveger på hendene sine. Dette skjer samtidig med at T kommer nærmere, og akkurat i området mellom P og T. Her er det nærliggende å spørre om P reagerte på at T kom så nær henne. At T gjentar traksjonen på tross av at P hadde bekreftet at det ble bedre, er det også relevant å reflektere over. Situasjon utdypes nærmere i diskusjon under temaet *Pinlig berørt*.

#### 4.3.3 Å følge opp det pasienten kommer med

*P svarer T at hun kjenner noe «oppi her», hun viser med ene hånda, og T gir traksjon i nakken hennes. Når T slipper taket sier P ja, og T trekker litt i håndkleet under nakken. T spør om det hjalp, og P svarer bekræftende. T legger så et teppe over henne.*

P: Det er akkurat som (gestikulerer med hendene mens hun snakker) jeg er et trekkspill, at jeg blir dradd sammen. (T har ansiktet vendt mot Ps ansikt) Det er så godt å bli strukket.

T legger teppet litt lenger opp, vender ansiktet mot det hun gjør.

T: Ja, (slipper teppet og vender seg mot Ps ansikt igjen) du ser ut som – du var helt sånn (tegner en S), [utydelig], men når du strakk deg litt – men det sitter jo i dypet òg.

P (stille): Ja

T er stille tre-fire sekunder og er vendt mot Ps ansikt. P ser rett opp, blunker mange ganger, slikker leppene og svelger.

T: Så derfor tenker jeg på, hva er det som har gjort deg til et trekkspill? (Holder hendene samlet, fortsatt vendt mot Ps ansikt)

Stille i to-tre sekunder mens P blunker og ser rett opp.

P: Jeg kan spille med alle, vet du (flytter blikket mot Ts ansikt).

P presser leppene sammen og kjeven skyves litt fram.

T (smiler): Kan du det?

P: Mmm. (Fortsatt leppene tett sammen. Ser oppover)

T: Hva vil det si?

Det er stille i 10 sekunder. P svelger og ser ned, blunker. T ser på henne. P åpner munnen og det går et par sekunder før hun sier noe.

P (åpner munnen): Ja. Eh. ... Jeg har hatt ... veldig lett for å ... mm (P ser opp, T setter ene hånda på hofta) tone meg inn. Og tilpasse meg mange forskjellige mennesker og situasjoner.

P forteller at hun opplever det som om hun er et trekkspill, at det godt å bli strukket, og T svarer med å beskrive det hun har sett og erfart med kroppen til P, relatert til det P sier. Før hun svarer avslutter hun det praktiske hun var i gang med, og har full oppmerksomhet mot P mens hun svarer. I den påfølgende stillheten virker det som P strever med noe, idet hun blunker raskt, slikker leppene og svelger. T spør da hva det er som har gjort henne til et trekkspill. Dette spørsmålet beskriver presist hva T lurte på, og samtidig er det åpent, da hun ikke antyder retning for svaret. Deretter venter hun, og etter noen sekunder utdyper P at hun «kan spille med alle» og har lett for å tone seg inn.

*T stiller nå et lukket avklarings spørsmål; om P tilpasser seg kroppslig og psykisk. P svarer bekreftende, legger til «språklig» og åpner for flere forhold ved uttrykket «og alt». Når P har*



sagt dette, svarer T enkelt «ja». P forteller videre at hun opplever det som en sårhet at hun har tilpasset seg så mye. Hun ser det på en måte som en styrke at hun kan det, men det er noe annet som veier tyngre. Hun ser rett på T mens hun sier at hun har mistet seg selv, og idet hun sier «mistet» løfter på øyenbrynene. Straks dette er sagt, svelger P igjen. T svarer igjen bare «ja», og P nikker som for å bekrefte det hun nettopp har sagt.

P brakte inn noe nytt, og T fulgte det opp. Etter at temaet var satt, er det et tydelig mønster i samhandlingen. T stiller et spørsmål, enten utdypende eller avklarende, deretter følger en stillhet med ulik grad av spenninger i ansiktet til P, og til slutt Ps mer eller mindre nølende svar, mens T hele tiden er henvendt mot ansiktet til P. Det jeg ønsker å utdype i diskusjon er for det første at T gjør det P sier til noe som er relevant. For det andre vil jeg se nærmere på måten T gjør dette på.

#### 4.3.4 Spørrende fortolkninger

*P ser rett fram, og det kan virket som hun frigjør blikket mens hun tenker på hva hun skal si. Hun starter med et «Mmm» som for å markere en fortsettelse. Hun ser igjen rett mot T mens hun sier at hun har begynt å hente seg tilbake igjen. Straks hun har sagt det, går hun igjen ut av blikkontakten og ser rett fram. Hun bekrefter det hun nettopp sa med et ja. Blikket flyttes både ned og opp og fra side til side.*

T: Så det er det du jobber med?

P (i en lysere tone): Ja! (slikker leppene) Egentlig. (Presser leppene sammen, ser ned)

T: Hvem er du?

P: Mmm

T: Hvordan er du? (P vender blikket mot T)

P: Mmm

T: Ja

*P fortsetter igjen med «hmm», blunker raskt noen ganger og sier at det ikke er godt å bli så lett manipulert, ledet av andre. «Det er godt å kjenne at man er seg selv fullt og helt». T følger opp med et spørrende, «Så det er ønsket ditt?» og P svarer ja.*

P (ser opp og slikker leppene): Ja. Og jeg, (presser leppene sammen, blunker) jeg klarer det sammen med noen personer, men (strammer brynene og blunker raskt) ... Jeg har begynt å (ser på T) velge bort de jeg ikke får det til med. (T hever brynene)

T: Akkurat.

P: Mm (ser opp) ...

T: Senere (P ser på T) kan du kanskje klare å (P smiler) ta det inn (P ser rett opp) uten å ta deg så nær av det, at noen (P ser på T) er annerledes.

P (ser opp): Jeg har klart det noen ganger, at det (puster ut, ser på T) preller litt av. Ja. (Ser opp, blunker)

T: Men foreløpig (P veksler mellom å ha blikket ned, mot T og rett fram. Munnen er litt åpen.) er det sikkert godt for deg å (P løfter blikket og beveger litt på kjeven, lukker munnen) være sammen med de som du klarer å være deg selv (senker blikket) sammen med (P (blunker én gang): Mm), nå når du skal omstille deg (P løfter blikket), for det er jo det du beskriver at du gjør. (P ser rett fram, hever øyenbrynene og lager litt lyd som om hun begynner å si noe, men stopper da T fortsetter) Omstiller deg, setter grenser for deg. Finne ut hva du selv vil og.

De kunne stoppet ved erkjennelsen av at hun har «lett for å tilpasse» seg, men P tar initiativ til å fortelle mer. T både venter og stiller nye spørsmål, og P utdyper. T legger fram sine definisjoner av det P forteller om på en spørrende måte. Ut fra hva T sier, «Så det er ønsket ditt?», virker det som hun er opptatt av hva som er Ps mål på lengre sikt, og samtidig understreker hun at det er greit å velge bort det vanskelige mens hun omstiller seg. I hvilken grad P slipper til med sine fortolkninger, og hvilken plass Ts fortolkninger gis, er noe som trekkes fram i senere diskusjon.

#### 4.4 Kroppen som kilde til innsikt

I de foregående sekvensene har vi sett hvordan kroppen kan være *kilde til innsikt* (jf. Thornquist, 2005). Det T ser og kjenner er viktig, men gjennom at hun etterspør erfaringer og vektlegger innspillene til P, kommer det fram informasjon som terapeuten aldri ellers ville hatt tilgang til.

I den første sekvensen, *Fått nok*, tar de utgangspunkt i holdningen til P, og hva P kjenner og har kjent i de områdene T legger merke til. I den andre, *Trekkspill*, setter P ord på hva

hun kjenner etter at T har hjulpet henne å strekke ut ryggen og nakken. I begge tilfellene settes det som P kjenner kroppslig i sammenheng med hvordan hun har det med seg selv og sammen med andre, og både T og P bidrar til å formulere denne sammenhengen.

I diskusjonen vil måten de forholder seg til hverandre på trekkes fram, da dette anses som avgjørende for at det blir mulig å inkludere kroppen som en kilde til informasjon. Før diskusjonen braker løs kommer de to siste sekvensene med kommentarer.

#### 4.5 Strekk deg selv

Denne sekvensen følger etter at P har ligget på rygg i ca et kvarter. I de siste fem minuttene er oppmerksomheten på skulderbuene, nakke, hals, kjeve og hodebunn (7.d-7.e):

*T masserer og traksjonerer og P blir bedt om å si fra ved ubehag. P sier at hun er «iskald», og T legger et til teppe på henne. T sier: «Nå skal jeg ta litt mere her (legger en hånd på siden av kjeven) og så går jeg ned på beina dine (peker). Hvis du er der at du har behov for det. Du får kjenne etter hvor du er når vi kommer så langt.» T masserer nakken og halsen, og beveger på strupehodet. P sier fra om det som er ubehagelig, og sukker når hun slipper fra det. P har øynene lukket. T masserer hodebunnen til P med én hånd og støtter under nakken med andre hånda. Hun bytter hånd under nakken etter hun har massert foran og over det ene øret.*

Sekvensen vi nå skal studere starter med et initiativ fra P, når T har byttet grep etter å ha massert omkring det ene øret. Som tidligere kommer først en sammenfattet gjenfortelling:

*(51:43) P sier med øynene lukket at hun kjenner noe i korsryggen, og terapeuten følger opp med å be henne kjenne etter hva hun har behov for å gjøre. Når pasienten antyder at hun ønsker hjelp av terapeuten, spør terapeuten henne hva hun selv kan tenke seg å gjøre med korsryggen. Kanskje har hun behov for å strekke seg på noen måte? Pasienten sier da at hun vil krumme seg, og terapeuten foreslår at hun kan sette seg opp. Og hun setter seg opp, strekker på seg.*

I likhet med forrige sekvens, «Trekkspill», er det her P som bringer inn noe nytt. Hun begynner ikke å snakke mens T masserer, men tar ordet idet T skifter grep. Det kan altså virke som P venter på en åpning i det som skjer før hun kommer med sitt initiativ. T tar hensyn til det P sier, og integrerer det i behandlingen. P har lært at hun kan få hjelp av T til å bli mer utstruktet i ryggen, men T er mer interessert i hva P kan gjøre selv.

P: Jeg kjenner at jeg blir sliten i korsryggen

T stopper det hun var i ferd med å starte opp med den hånda som ikke støtter nakken. P slikker leppene og svelger.

T: Mmm. Ja. Hva har du behov for (P åpner øyene og blunker gjentatte ganger) å gjøre med det?

P: Få stukket den litt til.

T: (på innpust) Ja. Kjenn etter (P strammer øyenbrynene et øyeblikk) hva du har behov for, og så skal vi stoppe her nå, så det ikke blir for mye. Så tar jeg bena dine og litt oppover etterpå, men kjenn nå først hva du selv kan tenke deg å gjøre med korsryggen. For når jeg tar bena dine, så blir det litt med korsryggen det og, vet du.

T: Kjenn etter hva du – om du har behov for å strekke deg på noen måte.

P: Jeg har behov for å (det er stille i to sekunder mens hun blunker gjentatte ganger) krumme meg litt

T: (før P er helt ferdig med setningen) Gjør det!

P: Ja

T: Kanskje vi skal ta deg opp.

T reiser seg og P bøyer ene kneet opp under teppet.

T: Kjenn etter hva, hvordan du vil gjøre det.

P: Ja. (Ser på T og blunker med roligere frekvens) Jeg tror jeg vil opp litt.

P sier til T at hun opplever et ubehag og T spør hva hun har «behov for å gjøre med det». T oppfordrer på denne måten P til å fortsette sitt initiativ. Da P svarer at hun ønsker å få ryggen «strukket litt til», er det rimelig å anta at hun viser tilbake til da hun fikk hjelp til å bli strukket ut. Det kan også hende hun bruker passiv form uten å mene at T skulle gjøre dette for henne. I Ts svar understreker hun at hva P selv kan tenke seg å gjøre med det, er mest relevant. Det er som om hun denne gangen ikke umiddelbart svarer på Ps ytrede ønske. Det kan diskuteres hvor førende Ts forslag blir for hva P velger å gjøre i sekvensen vi har for oss nå.

T: Ja, et øyeblikk, jeg skal ta av de her.

T tar de to teppene av henne og legger dem bort. P ligger stille inntil T instruerer henne med hender og stemme hvordan hun skal rulle seg opp fra rygg til sittende. P krummer seg gradvis og kommer opp. Blir sittende med ryggen bøyd framover og hodet hengende, knærne litt bøyd. T legger hendene på skuldrene hennes og rigger overkroppen hennes.

P: Det var godt

T stopper bevegelsen og legger en hånd midt på ryggen hennes.

T: Kjenn etter om du vil strekke deg, eller hva du vil.

P strekker armene og fingrene. Sukker og slipper armene ned. Rigger litt på bekkenet, overkroppen følger etter. Dorsalflekterer anklene og slipper mens hun sukker stønnende. Hun rigger beina og beveger litt på hodet.

P: (stille) Nå kan jeg godt komme ned.

Selv om T bad P «kjenne etter hvordan» hun skulle komme opp, blir det T som leder idet hun så tydelig instruerer og guider P i denne bevegelsen. Det kan argumenteres for at det var P som valgte denne måten og komme opp på, og at det T gjør er en støtte i dette, men da skulle vi sett P starte bevegelsen. Hun venter derimot med å bevege seg til T har lagt bort teppene og begynner å instruere. Når hun er kommet opp sitter hun krumbøyd og T rigger på overkroppen hennes, før hun kommer med et åpent forslag, «Kjenn etter om du vil strekke deg, eller hva du vil». Og P er lydig, hun strekker på seg, og føyer til noen egne bevegelser – kanskje noe hun tror forventes, kanskje noe hun kjente trang til. Hun tar selv initiativ til å legge seg ned igjen, så de kan fortsette med de var i gang med, og som denne strekkingen ble et slags brudd på. Vi vet ikke hva som er Ts intensjoner, men vi kan diskutere hvorvidt det hun gjør kan bidra til at P klarer seg mer på egenhånd, eller om hun bekreftes i det å følge andres forventninger.

#### 4.6 Ta kontroll

(53:46) *Pasienten ligger på rygg igjen med teppe over seg. P føler seg varmere. T masserer føttene til P, krummer tærne og dorsalflekterer anklene. P sier at «Det var deilig». T skal nå massere leggen hennes, og hun setter beinet til pasienten slik at kneet er bøyd og fotsålen er nedpå benken, og setter seg selv på benken tett inntil foten. T ber P å strekke ut beinet hvis det blir vondt, og demonstrer med å skyve beinet så det glir ned på benken. Hun setter beinet til P opp igjen og masserer leggen med raske grep. P varierer med å reagere med stemmen, bevege litt på beinet og å strekke det helt ut. T masserer deretter låret hennes.*

Denne sekvensen er et annet eksempel på hvordan T ber P om selv å gjøre noe for å komme ut av ubehaget hun kjenner. Også her er det T sitt forslag som blir førende, men det sees en variasjon i måten P reagerer på.

T fortsetter å massere føttene. Deretter legger hun pleddet slik at det dekker det ene beinet til P. T går på andre siden av P og løfter på beinet hennes, slik at kneet bøyes. Hun setter fotsålen nedpå benken, legger et lite sammenbrettet håndkle over forfoten, og setter seg nært, litt oppå foten hennes.

T: Så da kan du strekke ut her hvis du har behov for det.

T lar beinet hennes gli ned på benken, bak T. Deretter setter hun beinet hennes opp igjen, setter seg selv til rette. T støtter ene hånda oppå kneet og masserer leggen med andre hånda med relativt raske, rytmiske grep. Hun bytter om på hendenes plassering, og masserer med litt raskere tempo på leggens innside.

P: Ah! (flytter litt på beinet)

T stopper massasjen, og bare holder beinet hennes med grepet over kneet. P sukker, og T rigger beinet rolig fra side til side. T masserer indre del av leggen igjen. Plutselig gisper P, og hun strekker beinet. T slipper begge grep og lar beinet falle. Det dunker mot benken og P sukker tungt. T ser mot ansiktet til P.

T: Nå tar du den tiden du trenger, og når du vil gå videre, så tar du benet opp igjen.

Her ser vi at T inviterer P til å strekke beinet ut hvis hun «har behov for det». Første gang flytter P bare litt på beinet uten å strekke det helt. T lar henne få litt ro før hun masserer videre. Ps neste reaksjon, når T masserer raskere, er et gisp og hun strekker beinet som avtalt. T slipper leggen hennes og overlater til P initiativet til å «gå videre».

Det går noen få sekunder, P blunker raskt flere ganger, og hun løfter beinet. T tar tak og leder beinet inn i oppreist posisjon. T masserer leggen med raske tak fra øverst til nederst gjentatte ganger. Deretter litt langsommere, og det sees at tommelen hennes synker lenger inn i vevet når hun griper om tykkleggen og dveler litt ved et punkt.

P (kraftig): Ah!

T klapper lett på leggen hennes.

T: Du hadde ikke lyst å sparke? (Hun masserer med strykende grep oppover leggens inside.)

P: Nei, det var ikke så vondt.

T avslutter massasjen og reiser seg, uten å slippe grepet om beinet.

T: Det er et lite valg du har, det.

Etter P har strukket ut beinet er P snar med å løfte beinet opp igjen, og de fortsetter. T lar henne heller ikke fullføre bevegelsen alene, men hjelper henne å sette beinet på plass igjen. Dette kan sees på som enda et eksempel på at T leder, samtidig som hun inviterer P med på å bestemme. P på sin side, som er vant til å tone seg inn og tilpasse seg, viser oss hvordan dette kan se ut i praksis. Under selve leggmassasjen, er det helt opp til P å vurdere når hun skal frigjøre seg fra grepet til T. I to av tre ganger reagerer hun med et «Ah!» uten å frigjøre seg. Hun sier fra, men det virker som hun ikke synes det er vondt nok til at hun vil sparke seg ut av det.

T legger beinet til P rolig ned på benken, hun støtter det hele veien. Hun bretter teppet litt mer bort fra låret og masserer innsiden og forsiden av låret med raske grep. P har øynene lukket. Hun masserer med raske tak nedover låret og leggen, helt ned til ankelen. Hun vender seg mot ansiktet til P.

T: Hvordan er benet ditt nå?

P: Bra. (T klapper på låret hennes.) Jeg kjenner det godt. (T stopper klappingen)

T: Kjenner du det godt?

P: Ja



T understreker at det er Ps valg hvordan hun reagerer, og avslutter leggmassasjen da P har reagert tre ganger. Etter at T har massert leggen og låret, etterspørres opplevelsen P har av beinet sitt. P svarer at beinet er «bra» og at hun «kjenner det godt». Ps måter å samhandle og reagere på, kroppslig så vel som muntlig, vil bli behandlet under avsnittet *Utfordre eller videreføre gamle mønstre* i diskusjonskapitlet.

#### 4.7 Å utvikle pasientens handlingsrepertoar

I de to siste sekvensene har vi sett eksempler på hvordan en terapeut kan invitere pasienten til å gjøre noe annet enn førstevalget. I ulike situasjoner legger T til rette for at P kan erfare hva hun selv kan gjøre med et ubehag hun opplever. I *Strekk deg selv* er det noe P legger merke til i ryggen etter å ha ligget en stund, og i *Ta kontroll* er det et ubehag som oppstår i samhandlingen med T. I begge tilfellene er det T som leder an, og P følger opp.

I neste del av oppgaven følger diskusjon av sentrale emner som er løftet fram i løpet av resultat- og analysedelen. Under de ulike overskriftene belyses ulike situasjonene og tendensene fra filmen med teori. Gjennom denne diskusjonen søkes problemstillingen besvart med utgangspunkt i filmen og relevante teoretiske perspektiv.

## 5 Diskusjon

### 5.1 Informasjon gjennom observasjon av pasienten

#### 5.1.1 Urolige ansiktsuttrykk

I filmen er det mange ganger at P ser urolig ut i ansiktet. Hun blunker plutselig raskt flere ganger etter hverandre, slikker leppene og presser dem sammen, svelger og beveger på kjeven. Isolert sett er dette helt dagligdage, dels fysiologisk betingede bevegelser, som ikke trenger å ha noen spesiell betydning. Sett i sammenheng med resten av situasjonen kan uroen også forstås som uttrykk for noe, som vi som terapeuter har mulighet til å handle ut fra.

Det er nærliggende å tolke disse kroppslige uttrykkene som tegn på følelsesmessige reaksjoner på noe som skjer i behandlingen. Flere ganger er det i situasjoner når P tenker seg om eller kjenner etter at hun blunker raskere. Dette ser vi flere eksempler på, hovedsakelig i sekvensen «Trekkspill», men også et fra *Ta kontroll*, som vi skal se nedenfor. I avsnittet *Samarbeid og avklaringer* i «Trekkspill», når T har spurt om støttene ligger der hun skal ha dem, begynner P å svare «Jeg kjenner», og så blunker hun gjentatte ganger før hun fortsetter svaret. Det er som om det å kjenne etter i denne situasjonen berører henne på en eller annen måte. Kan det være fordi hun ikke vil at T skal måtte vente? Hun er i alle fall snar med å begynne på svaret sitt og stopper noen sekunder midt i setningen, før hun fullfører svaret. Også senere, i sekvensen *Ta kontroll* tar hun raskt initiativ til å fortsette aktiviteten, og blunker raskt i den korte ventetiden. Dette skjer i situasjonen da hun har strukket ut beinet under leggmassasjen, og T har bedt henne ta beinet opp når hun «vil gå videre».

Hvis disse uttrykkene skal forstås som noe annet enn følelsesmessig betinget, kan det være en form for vanemessige ansiktsbevegelser. Hvordan har i så fall disse vanene oppstått? Vi kan umulig vite hvordan vanene til P har oppstått uten å undersøke og spørre nærmere om det, men det uansett er interessant at hun gjør slike bevegelser i noen situasjoner og i andre ikke. For eksempel i det hun legger seg ned på rygg første gang, har hun øynene lukket, og mens hun forteller om oppkast er øynene rolige i et blick rett fram. P er også roligere etter hun har sagt at hun har opplevd å miste seg selv. Blikket er rettet framover, og etter noen sekunder retter hun blikket mot T. P forteller at hun har begynt å hente seg selv tilbake – en ytring som innebærer mer selvsikkerhet.

I starten av sekvensen *Strek seg selv* virker hun rolig når hun sier hva hun kjenner. Da er det ikke en situasjon der T venter, det er P som tar ordet. P har øynene lukket både før og mens hun sier at hun kjenner at hun «blir sliten i korsryggen». Like etter hun sagt det, slikker hun leppene og svelger. Var det likevel krevende å si fra om hva hun kjente? Sympaticusaktiveringen øker når en blir oppbragt, noe som blant annet fører til at spyttet blir tykkere (jf. Schibye & Klausen, 2007, s. 138). Også fra et sosiologisk utgangspunkt regnes det som vanlig å bli tørr i munnen ved nervøsitet (jf. Goffman, 1967/2005, s. 97). Når T ber henne kjenne etter hva hun har behov for, blunker hun igjen gjentatte ganger. Det å lukke øynene kan ha vært et ledd i å beholde roen. Noen tegn på uro er det altså i denne situasjonen, men noe er likevel annerledes. Når T ber P kjenne etter hvordan hun vil krumme seg, har P et rolig blick. Det virker som hun er trygg på hva hun vil gjøre. Hun svarer straks, og T trengte ikke å vente på svaret. Hvis ikke var det å vente, men det å kjenne/tenke etter som gjorde henne urolig tidligere, er hun i alle fall rolig med hensyn til dette i denne situasjonen. Det er for øvrig mulig at det var en kombinasjon av å være tryggere på å si fra og at det ikke var en ventesituasjon, som gjorde henne roligere enn før.

I avsnittet *Å følge opp det pasienten kommer med* blir det stille etter at P har sagt at det er «godt å bli strukket», og T har svart. P går da ut av blikkontakten med T, blunker gjentatte ganger, slikker leppene og svelger. Kan hende er dette også er et eksempel på uro mens hun tenker seg om. I denne stillheten, etter at P har svelget, spør T hva som har gjort henne til et trekkspill. P svarer at hun «kan spille med alle», og hun presser leppene sammen, skyver kjeven fram. Som tidligere nevnt kan følelsesuttrykk holdes tilbake gjennom muskelspenninger (jf. Thornquist & Bunkan, 1995). Hvis det å snakke om hvordan en har det vekker følelser som av en eller annen grunn er uønsket, kan en spenne seg og unngå at følelsen(e) komme til uttrykk. Hvis P opplever følelser som for henne er ubehagelig, kan det vi ser av ansiktsbevegelser være tegn på at hun strever med å holde dem tilbake.

### 5.1.2 Pinlig berørt

Når T kommer nær P for å hjelpe henne å justere ryggens stilling i sekvensen «Trekkspill», gjør P noen bevegelser som kan virke formålsløse. Hun retter på undertøyet, flytter hendene fra benken til lårene, og flytter dem igjen, nå nærmere midtlinjen sin. Tilsynelatende meningsløse bevegelser er noe som er vanlig i pinlige situasjoner. Karakteristiske tegn på flauhet (embarrassment) er fomlende og vaklende bevegelser (Goffman, 1967/2005; Goffman referert til i Heath, 1988). Det pinlige oppstår ofte i

situasjoner der personer er i hverandres umiddelbare nærhet, uten at de er engasjert i en gjensidig koordinerende aktivitet (Goffman, 1967/2005). Dette er også en mulig forklaring på at P ofte retter blikket i en annen retning enn mot T og det hun gjør.

I overgangen fra at de har blitt enige om at stillingen skal justeres, og at T skal "dra" i henne, er det bare T som har *noe å gjøre*. P blir antagelig oppmerksom på at T kommer nærmere, og hun gjør noen bevegelser mellom seg selv og T. En annen mulig forklaring er at P ikke ville at hendene hennes skulle bli i veien for T, og derfor flytter dem. Hvis dette var tilfelle, ville det vært nok å legge dem på lårene, men hun begynner med å dra i undertøyet, og flytter hendene flere ganger. Det er også mulig at hun gjennom bevegelsene markerer en grense; *her er mitt område der jeg kan bevege hendene fritt, og hvor T ikke skal komme*. Kanskje er dette noe av det som skjer når en blir pinlig berørt. I pinlige situasjoner er det veldig vanlig å begynne med en form for kroppslig fokusert aktivitet, som å klø seg, rette på klærne eller skjule seg (jf. sst.). Hvis egne grenser oppleves som truet, kan en føle behov for å fikse på dem eller opprettholde dem.

Det kan hende at T er oppmerksom på denne motoriske uroen. Straks hun har forberedt traksjonsgrepet, henter hun inn igjen P til å delta aktivt, idet hun spør om hun har stilt seg riktig inn. Uansett hvor bevisst dette var fra Ts side, fikk hun både sjekket om det hun gjorde stemte med det P mente, og situasjonen ble antagelig mindre pinlig, da P fikk noe å bidra med. Dette skjedde før P begynte å snakke om at hun følte seg som et trekkspill. Måten P blir dratt aktivt med på kan ha vært avgjørende for at hun senere kommer med egne refleksjoner og tar mer initiativ. Innledningsvis ble P invitert til å komme med egne erfaringer under holdningsinspeksjonen, og hun har blitt spurt om hun har den støtten hun trenger. Hun blir møtt på ønsket om å få hjelp til å få ryggen mer utstruktet, og T sjekker med henne om det blir som ønsket.

### 5.1.3 Kroppens forbindelse med tidligere erfaringer

Hva pasienten opplever og har opplevd gjøres relevant for det som skjer i timen, relevant for behandlingen. Hva kan være bakgrunn for å inkludere det som pasienten kjenner eller har kjent i et område, utover det at pasienten blir mer aktiv? Hvis en tar utgangspunkt i at persepsjon og handling er to samtidige og uatskillelige prosesser, som nevnt i teorikapittelet (jf. Thornquist, 2012)<sup>23</sup>, skal det være mulig å få kontakt med noe

---

<sup>23</sup> Dette er Thornquists tolkning av Merleau-Ponty i *The phenomenology of perception*

handlingsrelatert gjennom persepsjon, og motsatt. Gjennom bevegelse erfarer vi verden ut fra vår kroppslige kapasitet, og vi erfarer oss selv gjennom omverdenens krav og blikk (jf. Thornquist, 2012).

P kan ha erfart noe i samspillet mellom seg selv om omverdenen som har påvirket henne til å bli sammensunken i brystet når hun sitter. Når P legger merke til det aktuelle området har hun mulighet til å komme i kontakt med egne erfaringer tilknyttet området. Hun kjenner ikke noe spesielt på framsiden akkurat i situasjonen, det er på baksiden hun kjenner det.

T har ikke bare spurt hva hun kjenner, men hva hun «har kjent», og P svarer også på dette. Hun kjente kvalme. T stiller flere spørsmål, om kvalmen er over nå og om hun kastet opp noen gang. På denne måten får hun vite mer om Ps erfaring knyttet til det området der hun er sammensunken. T er i fortsettelsen opptatt av «hva som gjorde» at hun kastet opp, hvorvidt hun hadde en «en emosjonell følelse» på den kvalmen og oppkastingen hun har opplevd. Og dette har P kontakt med. Hun forteller i bruddstykker om at noe ble for mye, «jeg orker ikke ta på meg mer», «mettet av nærhet», «behov for å beskytte meg». Gjennom måten hun formulerer seg på, kan en få inntrykk av at hun har opplevd at egen eksistens var truet, at hun har blitt pålagt mer enn hun klarer og at hun ikke har klart å sette grenser. Hun bruker ikke ord for følelser, men T spør ikke mer etter det heller.

Videre er T opptatt av hva som vil skje når de begynner å bevege på området. Det som kommer fram ved de første bevegelsene er at P blir mer oppreist etter å ha sluppet seg framover, men at det er tungt for henne å komme opp og å sitte i en slik oppreist stilling. Det var også som hindret fri respirasjon mens hun satt oppreist, noe hun opplevde lettere når hun hang framover med overkroppen. En kan spørre seg om oppreistheten, instruert av noen andre, ble enda et krav, et ledd i det hun ikke orker, mens det å slippe seg fram ble en slags frihet.

#### 5.1.4 Bidrag til situasjonsdefinisjon

I en behandlingssituasjon er det noen premisser som på forhånd er lagt. Pasienten har et problem og terapeuten har kunnskap relatert til problemet (jf. Thornquist, 2009). Det som skjer tolkes ut fra at møtet er en *behandling*, og situasjonsdefinisjonen<sup>24</sup> legger føringer for hva som er akseptabelt og forventet av begge parter. Terapeuten har mest makt og dermed

---

<sup>24</sup> Thornquist henviser til Goffman 1974, 1981 og 1983 om *situasjonsdefinisjon og rammer*.

mest ansvar, og er derfor leder for det som skal skje i timen. Utover dette, er det hva begge deltagerne gjør og ikke gjør, hvordan de forholder seg til hverandre, som definerer situasjonen videre. Ut fra måten de er på, dannes forventninger for samhandlingen, og det forhandles om hva som er relevant. (jf. Thornquist, 2009)

Viktige elementer i samhandlingen er mønsteret for *turtaking*<sup>25</sup>. Hvem stiller spørsmål, initierer en aktivitet, hvordan følges det opp, hvor mye snakker hver deltager? Dette handler om struktur. Et annet poeng, som har sammenheng med turtakingsstrukturen, er hvem som kan bringe inn noe nytt, og hvem som bestemmer hva som er relevant. I de fleste tilfellene er det T som leder an og stiller spørsmål. P følger instruksjoner og svarer på spørsmål, men tar etter hvert mer initiativ. I spørsmålene som T stiller, legger hun opp til at P skal kjenne etter hvordan hun ligger, hva hun assosierer med det hun kjenner og å si fra ved ubehag. P kommer med innspill angående hva hun kjenner og hva hun forbinder det med, etter hvert også spontant. Samtidig som hun tar mer initiativ lar hun det bli opp til T å invitere, før hun utdyper mer, jf. sekvensen *Trekkspill*. I det som skjer før sekvensen *Strek deg selv* sier P spontant at hun er kald, og det er T som tar konkret initiativ til å gjøre noe med det.

## 5.2 Refleksjon over terapeuten som leder

### 5.2.1 Nødvendig asymmetri og ansvar for deltakelse

Fagutøvere i helsefaglig sammenheng har som nevnt et spesielt ansvar på grunn av partenes ulikhet i situasjon og kompetanse. Gjennom sin posisjon har fysioterapeuten makt til å definere hva som er relevant og gyldig i behandlingen, men reelt samarbeid forutsetter at begge parters bakgrunnskunnskap og erfaringer aktiveres. (jf. Thornquist, 2009) Når T følger opp Ps bidrag, sier hun indirekte, *dette er relevant*, dette er et tema som *er verdt å bruke tid på*. Selvfølgelig er det en mulighet å bli opptatt av alle innspillene til pasienten, og dermed gi ledelsen over til pasienten. I så fall blir også ansvaret for innholdet i timen overlatt til pasienten. Hvis fagpersoner gjennom å vektlegge pasientens deltagelse blir for tilbaketrukket, går de glipp av de mulighetene som ligger i den asymmetriske rollefordelingen (jf. Viem, 2008). Ansvarsfull bruk av maktposisjon kan på den andre siden bidra til trygghet hos pasienten (sst.)

---

<sup>25</sup> Begrepet ble først brukt av Sacks, Schegloff og Jefferson i 1974: *A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation*

I den analyserte filmen ser det ut til å veksle hvem som bestemmer hva som skal skje. Samtidig er det tydelig at T leder, da de fleste innspillene P kommer med er i tråd med hva T etterspør. Når T ønsker hjelp til å bli strukket ut første gang, følger T ønsket hennes, og på denne måten fikk P styringen i denne situasjonen. Når P sammenligner seg selv med et trekkspill, og sier at det var «godt å bli strukket» blir det som tidligere nevnt stille i flere sekunder. P følger ikke uten videre opp det hun har begynt på, og det kan virke som hun venter på et hint fra T, om dette skal forfølges eller ikke. En annen mulighet er at P ikke hadde mer å si etter det spontane uttrykket. Her kunne T valgt å begynne med noe annet, men hun stiller et utdypende spørsmål, «hva er det som har gjort deg til et trekkspill?». P tar da opp tråden, men sier bare en kort setning. Dette er ut fra reaksjonene å bedømme en krevende situasjon for henne, og de bruker tid på å utdype temaet. Det en pasient reagerer følelsesmessig på, har betydning for vedkommende, jamfør forståelsen av følelser.

Det er flere måter T viser P at bidraget hennes er relevant. Noen ganger svarer T med sine observasjoner relatert til det P har sagt. Andre ganger stiller hun spørsmål der hun gjentar eller reformulerer ytringen hennes. Flere ganger oppstår det en stille pause der T har oppmerksomheten mot Ps ansikt, noe som formidler avventenhet og interesse for det som P eventuelt vil komme med. Det er også situasjoner der T ikke lar P slippe til umiddelbart. I slutten av *Fått nok*-sekvensen, begynner P på noe, etter hun har svart på det T sa: «Ja. St-», men der stopper hun, da T stiller et spørsmål: hva hun kjenner nå. Det kan se ut som det var dette P skulle til å si, da svaret hennes er at det «strekker», og hun begynte slik da hun ble avbrutt. Dette kan vi ikke vite sikkert, da det finnes mange ord som begynner med «st-», og på grunn av usikkerheten ved å tolke lyder på film, kan hun også ha sagt noe annet. Poenget er i alle fall at T ikke alltid venter på P.

En annen situasjon der T ikke følger opp det P sier, er tidlig i sekvensen «Trekkspill», når hun gjentar traksjonen selv om P hadde bekreftet at det var blitt bedre. T lot det ikke bli opp til P om traksjonen var vellykket. Det er nærliggende å anta at T hadde observert eller kjent noe som tilsa at det ikke var godt nok. Om hun var enig med P i at det «ble bedre», gjorde hun likevel traksjonen på nytt. Andre gang blir et tydeligere synlig resultat, noe som faglig sett støtter valget om å gjøre traksjonen nok en gang. Dette er et eksempel på når det kan være viktig at fagpersonen stoler på egne erfaringer, for å oppnå et faglig sett ønsket resultat.

Det er en tydelig tendens at P lar T lede, men det sees som nevnt at hun tar mer initiativ selv etter hvert. Etter hodebunnsmassasjen i sekvensen *Strek deg selv* sier hun at hun kjenner at hun «blir sliten i korsryggen». Hun tok ordet, men uten å avbryte T massasjen. Ut fra timingen virker det som hun ventet til et skifte i grepene, altså da T stoppet opp med massasjen. Det er ikke sikkert at dette var bevisst fra Ps side, da en slik tilpassing kan være ledd i en vanemessig måte å forholde seg til andre på. På den andre siden er P klar over at hun tilpasser seg andre, jamfør samtalen i sekvensen «*Trekkspill*». Samtidig er det ikke gitt at hun alltid er oppmerksom på at det er det hun gjør. Hva om det ikke var en vanemessig venting, men at hun kom med sitt bidrag akkurat da fordi det var da hun kjente det? Hvorfor la hun i så fall merke til slitenheten akkurat da? Det lille bruddet der T ikke lenger masserer, men bytter grep, er en pause som kan ha gitt P anledning til å legge merke til andre områder i kroppen enn der hun ble massert. Om ikke dette var en ventesituasjon, er det en mer entydig venting på Ts initiativ når hun skal sette seg opp, og ikke starter bevegelsen før T gir instruksjon. Dette trenger likevel ikke å være begrunnet i at P helst venter. Tidligere i behandlingen har vi sett at T gjerne guider overganger fra en stilling til en annen, og at P følger opp denne tendensen.

«Fysioterapi kan være en relasjon for utforskning og utprøving av bevegelser og stillinger, avstand og nærhet, av å være avventende og ta initiativ og så videre.» (Gretland, 2007, s. 179). I et slikt samspill kan pasienten utforske det bevegelses- og stillingsrelaterte, øve på kommunikasjon, og erfare mulige sammenhenger mellom bevegelser, stillinger, uttrykk og behov. Dette utfordrer fysioterapeuten evne til tydelig ledelse, og det er avgjørende at pasienten inviteres til å delta. Da P uttrykte ubehag i ryggen spurte T hva hun kunne tenke seg å gjøre med dette. P uttrykte at hun ville «få strukket den litt». Selv om hun bruker passivform, er det ikke sikkert at hun vil at T skal strekke henne, eller om hun ser for seg andre måter å strekke ut ryggen på. T er avventende og foreslår at P finner en løsning hun kan ivareta på egenhånd. Samtidig som hun ber P tenke etter selv, kommer hun også med forslag. Vi vet derfor ikke hva P ville kommet fram til om hun bare hadde ventet. Gjennom forslaget fikk P i alle fall en konkret idé å tenke ut ifra, «strekke deg på noen måte», og P sier at hun vil krumme seg.

### 5.2.2 Instruksjon som ordre eller samhandling

En instruksjon henvendes fra en person til en annen med et handlingsbudskap. Dermed kan en si at det er to sider ved en instruksjon, det relasjonelle og det instrumentelle, som ikke



kan sees uavhengig av hverandre (jf. Thornquist, 2009). Ordene "Du skal få lov å ligge ned" definerer hvem som bestemmer og hva den som bestemmer ønsker skal gjøres. En tydelig leder kan være avgjørende for den andres trygghet, at situasjonen er forutsigbar. På den andre siden kan en ledelse bli så tydelig at den andre oppfatter det som ulovlig å protestere eller komme med et annet forslag.

P lukker øynene under nedrullingen, dermed lukker hun ute synsinntrykkene. T er i kontakt med skulderen hennes, og det er derfor mulig for P å vite hvor T er selv om hun ikke ser henne. Da kan hun konsentrere seg om selve bevegelsen, og gjennom ord og kontakten med hånda får P informasjon om hvordan T vil hun skal legge seg ned, handlingsbudskapet i instruksjonen. I denne sammenhengen er det Ts føringer som er avgjørende for hva som gjøres og hvordan. P kan dermed erfare hvordan det er for henne å følge Ts instruksjoner. Nærheten og roen i bevegelsen formidler noe om forutsigbarhet, et grunnlag for trygghet. Senere gir T mer styring til P, når hun – som ovenfor nevnt – eksplisitt ber henne kjenne etter om det er noe hun selv kan gjøre med korsryggen i sekvensen *Strek deg selv*. Senere i filmen kommer P spontant med et forslag, "Kan jeg gå på do nå" (7.g), men hun starter med å si at hun kjenner at hun må på do. Hun formidler det hun kjenner før hun sier hva hun vil gjøre med det. Dette kan forstås som at hun på dette tidspunktet er trygg på at hun kan komme med et annet forslag i en pågående aktivitet, men at hun er forsiktig i måten hun sier det på.

Enhver sosial samhandling innebærer muligheten til oppvurdering eller avvisning. Selvet er følelsesmessig sårbart, og kan lett såres, bedras, nedvurderes og bli pinlig berørt. På den andre siden er selvet lett å live opp, bekrefte og anerkjenne. Hver interaksjon innebærer dermed både risiko for å mislykkes og mulighet for belønning. (Goffman, 1967/2005) Med utgangspunkt i dette, kan det være avgjørende for Ps bidrag, at T bekrefter P på det hun spontant kommer med.

I sekvensen *Trekkspill* kan det virke som det er T som bringer samtalen videre inn på et eksistensielt plan, i det hun kommer med sine tolkninger, at dette handler om hvem P er og hvordan hun er. Hvis en derimot går litt tilbake i sekvensen, har P allerede før dette sagt at hun har opplevd det som å miste seg selv, når hun inntoner seg. På den måten kan det forstås som at det T sier er en oppfølging av det P allerede har fortalt. Ut fra det som skjer i løpet av behandlingen har P mulighet for å oppleve at T hører på det hun sier,

jamfør måten T er henvendt mot P når P snakker, svar som «akkurat», «ja», og spørrende «Ja?», «Så?», og at T i mange tilfeller vil vite mer. Sannsynligheten for avvisning blir mindre, ut fra erfaringen, og blir det mindre risikabelt for P komme med egne bidrag, noe hun i større grad gjør lenger ut i filmen enn i starten.

### 5.2.3 Å dvele ved kroppslige funn

Kjennskap til egen kropp er viktig for delaktighet og innflytelse på egen helse (Thornquist & Bunkan, 1995). Gjennom å dvele ved de områdene som er slappe eller sammentrukne i holdning og bevegelse, er det en mulighet for at pasienten kan få mer kontakt med områdene. Hva kan pasienten kjenne bare ved å legge merke til området i ulike stillinger? Kan pasienten kjenne hva hun gjør? Er det mulig å gjøre noe annerledes, og hva skjer da? Noen ganger kommer pasienten i kontakt med hva dette spenningsmønsteret handler om, jf. forståelsen av kroppen som uttrykksfelt og senter for erfaring.

I sekvensen *Fått nok* spør T hva P har kjent i området som er sammensunket. Hun beveger hånda foran det gjeldende området, og tydeliggjør på denne måten hvilket kroppsområde spørsmålet er rettet mot. P legger en hånd på ryggen og sier at hun ikke merker noe spesielt på forsiden, men at hun kjenner det «tilsvarende bak». Her kunne T gått videre, ettersom hun hadde fått et svar på P, at hun ikke merket noe på forsiden. I stedet følger hun opp det har svart, og gjentar det P svarte i spørrende form, «Det er baksiden du kjenner?». Etter at P har svart bekreftende, dveler T fortsatt ved området og spør «tvers gjennom deg her?» mens hun berører forsiden og baksiden samtidig med hendene sine. På denne måten ledes Ps oppmerksomhet både gjennom ord og berøring til å *være i området*. P får også muligheten til å bekrefte eller avkrefte Ts forståelse. Da legger P en hånd på øvre del av magen sin, og sier «ikke så mye her nå». Først nå forteller hun hva hun «tidligere» kjente der, «at det ble kvalme». Siden det tok tid før P fortalte om sin kroppslige erfaring i gjeldende område, var det antagelig avgjørende at T lot P få tid til å kjenne etter. Hun stilte også spørsmål med ulik vinkling, og berørte de gjeldende områdene, noe som kan ha bidratt til at P ble oppmerksom på disse tidligere erfaringene.

Ved å utfordre et fastlåst spenningsmønster, kan pasienten komme i kontakt med om det er noe emosjonelt som er bakgrunn for spenningsnivået i det aktuelle området. Hva skjer hvis en strekker det sammenkrøkede, slipper det oppstrammede, aktiverer det slappe? Hvis det ikke er noen følelsesmessig bakgrunn for gitte holdnings- eller bevegelsesmønster, er

kommer det sjelden noen større reaksjoner når en utfordrer dem. Er det derimot noe som står på spill, noe vesentlig som vedlikeholdes, holdes tilbake eller holdes på avstand gjennom dette mønsteret, kan gamle minner og tilbakeholdte følelser dukke opp. Det kan også skje at spenningene eller slappheten opprettholdes eller flyttes til et annet sted, eventuelt til indre organer (jf. Thornquist & Bunkan, 1995; Øvreberg & Andersen, 2002). Derfor er det viktig å legge merke til om det oppstår autonome reaksjoner som svetting, rødming og gåsehud. Første gang P beveger på den stive brystkassen oppdager hun at det er tungt å komme opp i oppreist stilling, og at pusten ikke er fri. Ved massasje liggende på mage kommer det noen spontane uttrykk, og P gjenkjenner stramheten i strupen som at noe «blir for mye». Senere kommer det fram at hun er opptatt av å prestere, og at hun opplever at dette gjør henne anspent.

#### 5.2.4 Utfordre eller videreføre gamle mønstre

P forteller at hun har lett for å tone seg inn og tilpasse seg andre. Hun er også opptatt av å "være flink". I praksis ser vi at hun har et tydelig mønster med å følge instruksjoner umiddelbart og uten spørsmål, svare på spørsmål og vente på initiativ fra T. Hun gir som oftest positive tilbakemeldinger; "Det var godt" sier hun, og puster og sukker der det forventes, men kanskje i overkant mye. Det er flere ganger at sukkingen får preg av stønning, da stemmen lyder, og ikke bare pustens lyd. Generelt er sukkingen og pustingene mer høylytt enn forventet, og en kan få inntrykk av det ligger en slags prestasjon i bunnen, at disse reaksjonene er ment å høres.

En terapeut og en pasient kan i samarbeid oppdage typiske samhandlingsmønstre som har betydning for de plagene pasienten erfarer. På den ene siden er P opptatt av å prestere, men på den andre siden virker det som hun ikke har så lett for å ta initiativ selv. Det er som om hun skal reagere eller svare tilfredsstillende på det T gjør og spør om.<sup>26</sup> Da P viste en tendens til å ville bli hjulpet, utfordret T henne på hva hun kunne gjøre selv. Hvis hun bare hadde hjulpet P slik hun selv foreslo, ville dette mønsteret heller blitt forsterket. Det trenger ikke nødvendigvis å være et problem, men hvis det for P er eneste mulighet å vente på andres initiativ, har hun ikke rom for variasjon. Da er hun ikke i stand til å velge noe

---

<sup>26</sup> I den aktuelle filmen kan det være av avgjørende betydning at de ble filmet, og at det skulle bli en undervisningsfilm.

annet enn å be om hjelp. Ved å oppdage slike mønstre som går igjen i lignende situasjoner, kan en finne ut hvor det er potensial for å utvikle et bredere handlingsrepertoar.

I sekvensen *Strek deg ut av det* er det isolert sett P som tar initiativ. Ser vi det derimot i sammenheng med det som har skjedd mellom dem før, er det interessant å se på slags forventninger T har uttrykt. Gjennom måten de har besvart hverandres innspill på, har de gitt hverandre usagte beskjeder om hva som er relevant og hvem som kan bringe inn noe nytt. T har flere ganger og på ulike måter bedt P om å «Si fra om det blir ubehagelig», og hun bad P «kjenn etter hva du har behov for». P har sannsynligvis innrettet seg mot det å skulle si fra. Dette trenger likevel ikke å være enkelt å få til for en som er vant å tilpasse seg. Paradoksalt nok får P gjennom denne tilpasningen til Ts forventning om at hun skal si fra, øvd seg på nettopp det å si fra, noe som er vesentlig for å kunne ivareta egne behov sammen med andre.

I PMF kan pasienten øve seg på å kjenne etter hvordan hun reagerer, være i kroppens bevegelser og funksjoner, og reflektere over hvordan hun best kan ta vare på seg selv (jf. Øvreberg, 1997, s.4-5). Fysioterapeuten kan rette for dette gjennom å instruere øvelser, bevegelser eller oppgaver som pasienten skal gjøre eller løse. Det kan for eksempel innebære å bevege på eller berøre det som er spent eller slapt. I filmen har vi sett et eksempel der P, etter ledelse fra T, aktivt beveger området midt i ryggen/øvre mage, og senere masserer T skulderbuene og ryggen når hun ligger på mage.

Ofte er det avgjørende at fysioterapeuten får med seg pasientens små reaksjoner og spontane uttrykk underveis, for å kunne skape situasjoner der reaksjonene kommer tydelig fram. Når terapeuten merker pasientens små reaksjoner, kan hun beskrive for pasienten hva hun legger merke til, og stille spørsmål omkring dette. Terapeuten kan også følge opp spontane uttrykk og sammen med pasienten utforske hva som ligger i det. T følger opp ytringen om «trekkspill» og mot slutten av sekvensen sier P at hun har valgt bort de personene hun ikke klarer å være seg selv sammen med. Dette kan sees på som en måte å ta vare på seg selv ut fra hvordan hun har det. T bekrefter henne på dette, og utfordrer henne samtidig med å si at hun kanskje senere kan være mer med dem som er annerledes enn henne. På denne måten kan det argumenteres for at T støtter P i det å beskytte seg selv, samtidig som hun klargjør at det kan hende hun tåler mer etter hvert. Beskyttelse er til en

viss grad nødvendig for egen eksistens, og på den andre siden er det viktig med utfordringer for videre utvikling.

Vi skal nå se på en situasjon der P får prøvd seg på ulike muligheter hun har. I situasjonen med leggmassasje viser T henne at hun kan reagere med å strekke ut beinet. Etersom P to ganger uttrykker seg med stemmen og strammer seg til, og bare én gang sparker ut med beinet, kan det se ut som det skal mer til før hun reagerer med et spark. Hun vet om muligheten, men den er mindre tilgjengelig. I en slik situasjon der en annen gjør noe med henne som er ubehagelig, har hun selv innvirkning på videre forløp. Hun må ta en avgjørelse om hva hun skal gjøre. Dette er en situasjon som kan kalles *problematisk*: en uavklart situasjon der en avgjørelse er i ferd med å bli tatt (jf. Goffman, 1967/2005). Måten P reagerer på er avgjørende for hva som skjer videre. Hvis hun frigjør seg, bryter hun ubehaget, og kan kanskje lettere slappe av etterpå. Et annet aspekt ved hendelsen er forholdet til T. Hva kan skje hvis hun frigjør seg fra det ubehagelige grepet hvis de ikke har avtalt noe på forhånd? En kan tenke seg at T ville sluttet med det hun holdt på, det som P viste tegn til ikke å ville være med på. Kanskje hadde hun tatt P med på råd om hva de skulle gjøre. En annen mulighet er at bruddet kunne blitt oppfattet som en fornærmelse. Vi vet ikke hvordan det ville vært, men vi vet at et brudd potensielt vil kunne virke inn på forholdet mellom de involverte, og ikke bare på hva de skal gjøre i fortsettelsen.

I den siste sekvensen fra filmen ble P bedt om å frigjøre beinet hvis hun hadde «behov for det», og sette det tilbake når hun var klar til å fortsette. Frigjøringen av beinet ville på denne måte verken føre til et brudd i det de holdt på med, eller relasjonen, og situasjonen i seg selv innebar ingen risiko, utenom eventuelle ubehagelige følelser ved å reagere på en uvant måte. Konseptet risiko er blant annet kjent i spillverdenen<sup>27</sup>, og det er flere begreper derfra som kan bringe nytt lys over denne praksissituasjonen. I gambling er det mulig å identifisere *avgjørende øyeblikk* der utfallet har mulighet til å endre livet etter spillet (jf. Goffman, 1967/2005). I forberedelsen bestemmes hvor mye en er villig til å satse, og i det avgjørende øyeblikket bestemmes utfallet, for eksempel om det blir kron eller mynt. Etter dette kommer avsløringen av resultatet og til sist oppgjøret (sst.). Selve det avgjørende øyeblikket er *problematisk* i den forstand at det er noe som er i ferd med å avgjøres, og

---

<sup>27</sup> Risiko er et viktig begrep i deler av den medisinske forskningen. I likhet med risiko i spill har begrepet der sitt utgangspunkt i sannsynlighetsberegning.

*konsekvensiell* hvis avgjørelsen kan påvirke noe utover situasjonen der og da. Ps reaksjon blir avgjørende for om hun på eget initiativ får slutt på ubehaget i leggen med én gang, eller om hun overlater til T å slippe eller slakke opp grepet. Hvorvidt reaksjonsmåten hennes vil kunne påvirke hennes måte å reagere på i andre situasjoner med andre personer, er et spørsmål om overførbarhet.

Ettersom et møte mellom to personer i en fysioterapisseting er en relasjonell virksomhet, er det en mulighet for å øve på relasjonelle ferdigheter i en slik setting. En av forutsetningene for å kunne øve på uvante reaksjonsmåter er at det er trygt nok, noe som kan gjelde for en terapirelasjon. I en utrygg situasjon kan det hende at *potten* oppleves for liten til at pasienten orker å gå inn i situasjonen; *innskuddet*, motet det kreves for å gjøre noe uvant, er for stort i forhold til opplevelsen av *gevinstens verdi*. En annen mulighet er at risikoen for å tap blir for stor i en utrygg situasjon. Når det på forhånd er avtalt hvilken måte det forventes at pasienten reagerer på, og at det ikke vil få negativ innvirkning på relasjonen, kan det være lettere for pasienten å følge opp. Sjansen for å lykkes er stor, da ønsket utfall er det å reagere på en annen måte enn den letteste. Slike sammenhenger kan være nyttig for en terapeut å reflektere over. I noen tilfeller kan det være lettere for pasienten å se mening i en slik øvelse, hvis en snakker sammen om hvilken betydning en slik måte å reagere på kan ha i andre situasjoner.

Hvis pasienten først har erfart at det er mulig å frigjøre seg fra et ubehag uten å risikere relasjonen til den andre, er det lettere å gjenta det i andre situasjoner. I starten kan det være krevende nok å reagere annerledes enn vanlig sammen med personer pasienten er trygg på, men etter hvert kan det bli vanlig nok til å reagere slik også sammen med personer som pasienten har et mer anstrengt forhold til. I et slikt perspektiv kan valget om å reagere på en uvant måte i terapissetingen bli avgjørende for hvilke reaksjoner P har tilgjengelig i senere lignende situasjoner i livet.

### 5.3 Selvhjelp som evne til egenomsorg

Av det vi har sett i filmen er tre elementer i PMF som jeg mener er vesentlig for å fremme pasientens evne til egenomsorg. For det første er pasientens *oppmerksomhet* mot egne reaksjoner, bevegelser og funksjoner nødvendig for å fange opp kroppslige signaler om hva hun trenger for å ha det bra. Det andre elementet er erfaring med stillingers og bevegelsers potensial som *uttrykk*, for mest mulig tydelig å kunne meddele andre sine

behov når det er nødvendig. Det tredje er refleksjon over typiske kroppslige reaksjoner og *vante væremåters betydning* for egenomsorgen og andre verdier pasienten søker å fremme, og ut fra dette utforske flere alternative måter å være og reagere på.

I filmen er det flere situasjoner der P er oppmerksom på egne reaksjoner. Under undersøkelsen av sittende holdning, der hva hun kjenner og har kjent etterspørres, forteller hun om kvalme. Hun relaterer kvalmen og oppkastingen til en opplevelse av å ha «fått nok» i sosial sammenheng. Kvalmen var et uttrykk hun selv forstod, men en annen sak er hva andre oppfattet, noe som ikke ble tematisert. Senere i behandlingen bruker P ordet «trekkspill» som et språklig bilde for hennes tilpasning til andre i sosiale sammenhenger. Hun forteller om en innsikt om at hun trenger å være seg selv «fullt og helt» for å ha det bra. P kjenner slitenhet i øvre del av ryggen etter å ha ligget lenge på benken. Hun sier fra om hva hun kjenner, og blir oppmuntret til å finne ut hva hun kan gjøre med det.

Mange ganger underveis i behandlingen oppmuntres P til å si fra om hva hun kjenner. Da vektlegger T den verbale kommunikasjonen. Senere får P prøvd seg på kroppslig å gå ut av situasjonen der det gjør vondt når T masserer leggen hennes. Dette er en konkret øvelse i å reagere på ubehag på en annen måte enn ved bare å si fra om at det gjør vondt. Det blir ikke sagt så mye mer enn at det er Ps behov som skal ligge til grunn, og at det er hennes valg når hun skal reagere på denne måten. I stedet for bare å si fra, og overlate til andre om det skal gjøres noe i situasjonen eller ikke, kan det å flytte seg bort fra ubehaget forstås som et uttrykk for at en selv tar ansvar i situasjonen. Hvilke verdier en oppfatter står på spill i en situasjon påvirker hva en gjør. På den andre siden kan det en gjør være uttrykk for innarbeidede vaner, som ble til en gang da det var noe som måtte beskyttes.

Det kan være mye forskjellig som er bakgrunn for å sette omsorgen for seg selv til sides. Kravet om frihetens forvaltning (jf. Foros & Vetlesen, 2012) i utdanning og arbeidsliv, i familieliv og fritid, kan kreve tilsidesettelse av mangt et kroppslig behov. Lunsjen utsettes, toalettpausene forskyves, arbeidstempoet skrus opp, og dermed anspenhetsnivået. Det kapitalistiske systemet tjener på at folk er misfornøyde. Mennesker som jobber raskere og mer, i frykt for ikke å strekke til, ikke være gode nok, er sunt for produksjonsraten. Menneskers ønske å se annerledes ut er på den andre siden et godt utgangspunkt for salg av kroppsformende eller -fargende varer og tjenester. Reklamenes lovnader om lykke, anseelse, utholdenhet og å bli en av gjengen, betinger et visst forbruk og stadig anskaffelse

av det nyeste. Det gjelder å følge med og følge på. Mange av disse prosjektene innebærer handlinger som synes å ha små negative konsekvenser, det er ikke så dyrt, det er lett tilgjengelig, og gir stor (opplevd) gevinst på lang sikt (jf. Goffman, 1967/2005). Slik unngår en i hverdagen hendelser med store konsekvenser – for eksempel avvisning på jobb på grunn av lav arbeidsmoral, eller utestenging fordi du ikke følger med på trendene – men på lang sikt kan en likevel komme inn i mønstre som kan føre til kroppslige plager og overflatiske relasjoner.

Vi unngår gjerne smerte og strev hvis vi kan, og det finnes mange strategier for å unngå situasjoner med mulighet for negativt utfall. En kan være påpasselig og unngå ytre fare, for eksempel se seg for når en beveger seg. En kan forsikre seg med litt ekstra på lager, i tilfelle noe går i stykker. Ved generell høflighet kan en forhindre at en fornærmer noen ved en feiltagelse. Hvis en blir veldig opptatt av slike unngåelsesstrategier kan en lett ende med dobbelt tap. Når det da en gang glipper, må en for det første ta de uønskede konsekvensene, og for det andre nederlaget med å ikke ha klart å unngå det «ved sin intelligente kontroll og omhu.» (Goffman, 1967/2005, s. 176). Mye strev for å unngå det uønskede kan i seg selv føre til anspenhet, hvis en alltid må passe på, følge med, planlegge og forutse. En kan ikke kontrollere alt, men om en legger mye flid i kontroll, får det kroppslige konsekvenser. For ikke å vise svakhetstegn når en likevel av og til havner i utføre, må en holde tilbake sinnet, selvbekreftelsen, skuffelsen og samvittighetsnaget. Om ikke anspenheten var stor fra før, blir den da enda sterkere.

De plagene P presenterer har å gjøre med anspenhet og det å tilpasse seg andre. Hun snakker om behov for å beskytte seg, og at hun velger bort noen mennesker som hun opplever at det er vanskelig å være seg selv sammen med. Det kan virke som det er en manglende overensstemmelse mellom normene hun opplever at disse menneskene fremmer og hva hun selv vil og står for. Hva skal til for å bli anerkjent, hva skal til for å være god nok? Gjennom behandlingen får P sammen med T utforsket sammenhengen mellom hva hun kjenner kroppslig i ulike situasjoner i behandlingen og hvordan hun har reagert i tidligere situasjoner i livet. Ulike massasjeregimer fremheves i litteraturen for å bidra til å skape endringer i spenningsnivå (jf. Bunkan, Bülow-Hansen, & Hansson, 1995), men berøringen er også viktig for å bidra til at pasienten kommer i kontakt med seg selv. Ved berøring og bevegelse kan minner og følelser relatert til det aktuelle kroppsområdet vekkes. De sterkeste minnene er de som er forbundet med sterke følelser (jf. Brodal, 2007).



Ut fra forståelsen av at følelser handler om utviklingsrelaterte behov eller ønsker og preferanser, blir kontakt med følelsesrelaterte minner vesentlig for å forstå egne behov og hva som er viktig for en selv. Det andre viktige er å kommunisere til andre hva en trenger eller er opptatt av. P får i behandlingen øvd seg på ulike måter for å uttrykke seg på, og ta kontroll i samhandlingen med T. Hun får mer kontakt med beina, slik at lårene kjennes tydeligere og hun står mindre anstrengt på slutten av timen. Det kan se ut som hun hviler mer i seg selv, og hun sier at hun føler seg møtt på egne behov (8.b).

## 6 Avslutning

Med en forståelse av kroppen som erfaringscenter og uttrykksfelt blir det relevant å forstå kroppslige plager i sammenheng med det eksistensielle. Når vi selv eller våre verdier krenkes, reagerer vi, men gjennom selvbevissthet og kontroll kan vi til en viss grad skjule følelsene og utestenge fra bevisstheten det vi kjenner. Hvis det å holde tilbake spontane reaksjoner blir et gjentagende mønster, får det kroppslige konsekvenser i form av en beredskap som innebærer muskelspenninger og endrede nevrologiske, immunologiske og hormonelle forhold. En slik beredskapstilstand kan være nyttig og nødvendig i gitte situasjoner og perioder, men når dette pågår over lang tid, blir stressreaksjonene en normaltilstand. Da kan anspenheten og årvåkenheten fortsette, eller vekkes uforholdsmessig raskt, etter at livet har endret seg og en ikke lenger har bruk for beredskapen.

Med de kravene til effektivitet, spesialisering og selvevaluering som preger norsk arbeidsliv (jf. Forsos & Vetlesen, 2012; NOU, 1990), er det mange situasjoner som kan øke eller vedlikeholde kroppslig beredskap. Det krever mye av en menneskekropp å skulle være effektiv på jobb og i utdanning og oppfylle de opplevde forventningene som stilles i de ulike rollene en har på hjemmebane og fritid. Noen ganger kan det være overordnede verdier en søker å virkeliggjøre, som i prinsippet ville ivareta egen velbefinnende. For eksempel vil verdier som beskytter *felleskapet* også være til nytte for en selv, som er en del av fellesskapet. Hvis en ensidig blir opptatt av det å *yte til* fellesskapet, kan det derimot bli en overvekt av det å gi, mot det å få. Hvis *skjønnhet* og *stadig forbedring* går på bekostning av *selvfølelsen* eller *nære relasjoner*, fordi en aldri blir fornøyd, kan det være verdt å spørre seg om det var dette som var viktigst.

Kanskje er det avgjørende å ikke bare spørre «Hva vil jeg?», men også «Hva trenger jeg?». Gjennom PMF kan mennesker få hjelp til å komme i kontakt med kroppen, og dermed seg selv. Hvis terapirelasjonen blir en trygg relasjon, kan pasienten i samspill med terapeuten øve seg på kjenne etter hva hun har behov for, la følelser komme til uttrykk, bevege seg mer spontant, og tydelig vise hva hun selv vil. For at dette skal være mulig, er det avgjørende at pasientens kropp fungerer som kilde til innsikt. Måten fysioterapeuten og pasienten forholder seg til hverandre på er avgjørende for måten kroppen til pasienten får tre fram. I hvilken grad pasienten kan delta aktivt og komme med innspill kommer ikke

bare an på pasienten, men er i hovedsak fysioterapeutens ansvar å legge til rette for. Ved observasjon av pasienten i de ulike samspillssituasjonene og de ulike delene av behandlingen, kan fysioterapeuten få innsikt i hva som vekker følelsesmessige reaksjoner og er viktig for pasienten.

Det ville vært interessant i videre forskning å undersøke på hva som ville skjedd med sykemeldingsstatistikken hvis arbeidstagerne i større grad fikk kontakt med egne verdier og både mot og evner til å si fra når de ble truet. En kunne studert en større bedrift som ønsket å utvikle arbeidsmiljøet og tilby erfaringsbaserte grupper for alle arbeidstakerne, samt individuell PMF for de som er ofte sykemeldt. Slik kunne en utforsket hvordan kunnskap om kroppen som uttrykksfelt og senter for erfaring kan formidles, og hvorvidt det kan innvirke på sykefraværet.

## Kilder

- Aase, T. H., & Fossåskaret, E. (2014). *Skapte virkeligheter : kvalitativt orientert metode* (2nd ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Aksnes, K. (2014). Om helsefremmende forskning: Hvor kommer helse fra? *Den norske tannlegeforenings tidende*, 124(11), 2.
- Berglund, J. (2000). *Det emosjonelle språket : følelser og konfliktbehandling*
- Breitve, M. H., Hynninen, M. J., & Kvåle, A. (2010). The effect of psychomotor physical therapy on subjective health complaints and psychological symptoms. *Physiother Res Int*, 15(4), 212-221. doi: 10.1002/pri.462
- Brodal, P. (2007). *Sentralnervesystemet* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Bråten, S. (2004). *Kommunikasjon og samspill : fra fødsel til alderdom* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Bunkan, B. H. (1982). *Psykomotorisk behandling: festskrift til Aadel Bülow-Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkan, B. H. (2003). *The Comprehensive Body Examination (CBE) - A psychometric evaluation*. (PhD), University of Oslo, Oslo.
- Bunkan, B. H., Bülow-Hansen, A., & Hansson, H. (1995). *Psykomotorisk behandling : ad modum Braatøy/Bülow-Hansen : kompendium til bruk i forbindelse med kurs*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wal, K. A. (2014). Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt (F. f. samfunnsfag/Sosialforsk, Trans.). Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Dragesund, T. (2012). *Development of a self-report questionnaire in the context of Norwegian psychomotor physiotherapy (NPMP)*. (PhD Avhandling), University of Bergen, Bergen. Retrieved from [http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/6243/43515%20Dragesund%20main\\_thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/6243/43515%20Dragesund%20main_thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Drew, P., & Wootton, A. (1988). *Erving Goffman : exploring the interaction order*. Cambridge: Polity Press.
- Drott, C., Claes, G., Rex, L., Dalman, P., Göthberg, G., & Fahlén, T. (2001). Långtidsresultat efter operation mot handsveit och ansiktsrodnad: Patienterna nöjda trots besvärande biverkningar. *Läkartidningen*, 98(15), 6.
- Engelsrud, G. (2005). Bevegelse som utforskning og utfoldelse. *Fysioterapeuten*(7), 5.
- Engelsrud, G. (2006). *Hva er kropp* (Vol. 15). Oslo: Universitetsforl.
- Eriksen, T. E., & Risor, M. B. (2014). What is called symptom? *Med Health Care Philos*, 17(1), 89-102. doi: 10.1007/s11019-013-9501-5
- Espnes, G. A., & Smedslund, G. (2012). *Helsepsykologi* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Folkehelseinstituttet. (2014a). Muskel- og skjelettsykdommer og -plager I: Folkehelse rapporten 2014.
- Foros, P. B., & Vetlesen, A. J. (2012). *Angsten for oppdragelse : et samfunnssetisk perspektiv på dannelse*. Oslo: Universitetsforl.
- Getz, L., Kirkengen, A. L., & Ulvestad, E. (2011). The human biology--saturated with experience. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 131(7), 683-687. doi: 10.4045/tidsskr.10.0874
- Goffman, E. (1967/2005). *Interaction ritual : essays in face-to-face behavior*. New Brunswick, N.J.: Aldine Transaction.
- Hagelund, A. (2014). *Sykefraværets politikk : trygdeordningen som ikke lot seg rikke?* Oslo: Cappelen Damm akademisk.

- Hartmann, E., & Axelsen, E. D. (2008). *Veier til forandring : virksomme faktorer i psykoterapi* ([2. utgave] ed.). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Heath, C. (1988). Embarrassment and interactional organization. In P. Drew & A. Wootton (Eds.), *Erving Goffman : exploring the interaction order* (pp. 22). Cambridge: Polity Press.
- Heath, C., Luff, P., & Hindmarsh, J. (2010). *Video in qualitative research : analysing social interaction in everyday life*. Los Angeles, Calif.: Sage.
- Honkasalo, M. L. (2000). Chronic pain as a posture towards the world. *Scand J Psychol*, 41(3), 197-208.
- Illich, I. (1974/2013). *Limits to medicine : medical nemesis : the expropriation of health* (Enl. ed.). London: Marion Boyars.
- Johnsen, L. (1975). *Integrert respirasjonsterapi : En nøkkel til livsgledens skjulte kilde*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kirkeby, P. E. (2014). *Den store norske bokmålsordboka*. Oslo: Kagge.
- 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), 1095–1101.
- Kringlen, E. (2011). *Psykiatrici* (10. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvåle, A. (2003). *Measurement properties of a Global Physiotherapy Examination in patients with long-lasting musculoskeletal pain*. (PhD Doktoravhandling), Universitetet i Bergen, Bergen.
- Kvåle, A., Bunkan, B. H., Ljunggren, A. E., Opjordsmoen, S., & Friis, S. (2010). Sammenligning av to undersøkelses-metoder innen psykomotorisk tradisjon: GFM-52 og DOK. *Fysioterapeuten*(2).
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) (2015/1999).
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays* (2. utg. ed.). [Oslo]: Universitetsforl.
- Meisingseth, G. H. (1997). Når barns kropp forteller om et vanskelig liv. *Fysioterapeuten*(2), 6.
- Monsen, N. K. (2002). *Den gode sirkel : en filosofi om kjærlighet og helse*. Bergen: Fagbokforl.
- Måseide, P. (1991). Possibly abusive, often benign, and always necessary : On power and domination in medical practice. *Sociology of Health and Illness*, 13(4), 18.
- Nasjonalt Ryggnettverk. (2004). Rapport nr. 1/September 2004: Plager flest - koster mest - muskel-skjelettlidelser i Norge In C. Ihlebæk & E. Lærum (Eds.), (Rapport nr. 1/September 2004 ed.).
- NESH. (2006). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humanoria, juss og teologi Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer.
- NOU. (1990). *Sykelønnordningen : utredning fra et utvalg oppnevnt av regjeringen Harlem Brundtland 14. juli 1989 ; avgitt til Sosialdepartementet i augu st 1990*. (8258302183). Oslo: Forvaltningstjenestene, Statens trykningskontor Retrieved from <http://www.nb.no/nbsok/nb/e0b9970400211c22c3357f5dfa576e15.nbdigital?lang=no#51>.
- Ollila, E. (2011). Health in All Policies: from rhetoric to action. *Scand J Public Health*, 39(6 Suppl), 11-18. doi: 10.1177/1403494810379895
- Psathas, G., & Anderson, T. (1990). The 'practices' of transcription in conversation analysis. *Semiotica*, 78(1/2), 24.
- Rantanen, T., & Teleranta, T. (2013). Long-term results of endoscopic sympathetic block using the Lin-Telaranta classification. *Surg Endosc*, 27(10), 3860-3864. doi: 10.1007/s00464-013-2995-3
- Råheim, M. (2003). Kroppsfenomenologi - innsikt relevant for klinisk praksis. *Fysioterapeuten*(1).
- Sacks, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, 50(4), 39.
- Schibye, B., & Klausen, K. (2007). *Menneskets fysiologi* (2. utg ed.). København: FADL's Forlag AS.

- Silverman, D. (2010). *Doing qualitative research : a practical handbook* (3rd ed. ed.). Los Angeles, Calif: Sage.
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays* ([Ny utg.] ed.). Oslo: Aschehoug.
- Stern, D. N. (1998). *The interpersonal world of the infant : a view from psychoanalysis and developmental psychology*. London: Karnac.
- Sviland, R. (2014). *Norwegian Psychomotor Physiotherapy and Embodied Narrative Identity - A theory generating study*. (PhD), University of Bergen, Bergen. Retrieved from <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/8594/dr-thesis-2014-Randi-Sviland.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sviland, R., Råheim, M., & Martinsen, K. (2010). mSpråk - uttrykk for inntrykk. *Matrix*, 27(2), 132-156.
- Teleranta, T. (1998). Treatment of social phobia by endoscopic thoracic sympathectomy. *580*, 5.
- Thornquist, E. (1999). *Conceiving Function. An investigation of the epistemological preconditions, conceptualizations and methodologies in physiotherapy*. (PhD), Universitetet i Oslo, Oslo.
- Thornquist, E. (2001). Kroppssyn og faglige utfordringer i dag. *Fysioterapeuten*, 68(14).
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. [Bergen]: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2005). Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(1), 15.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2012). *Movement and interaction : the Sherbourne approach and documentation*. Oslo: Universitetsforl.
- Thornquist, E. (2014). Fysioterapeutene : fra kosmologi til fagpolitikk. In R. Slagstad & J. Messel (Eds.), *Profesjonshistorier*. Oslo: Pax.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Pensumtjenesten.
- Thornquist, E., & Gretland, A. (2003a). Kropp, samtale og deltakelse - Del I. To praksissituasjoner - en sammenlignelse. *Fysioterapeuten*, 70(7), 18-24.
- Thornquist, E., & Gretland, A. (2003b). Kropp, samtale og deltakelse - Del II: En nærstudie. *Fysioterapeuten*, 70(9), 15-20.
- Trevarthen, C. (1974). Conversations with a two-month-old. *New Scientist*(2nd May), s. 230-235.
- Trevarthen, C. (1992). An infant's motive for speaking and thinking in the culture. In A. H. Wold (Ed.), *The Dialogical Alternative* (pp. s. 99-138). Oslo: Universitetsforlaget(Scandinavian University Press).
- Tøssebro, J. (2010). *Hva er funksjonshemming* (Vol. 36). Oslo: Universitetsforl.
- Vetlesen, A. J. (2004). *Smerte*. Lysaker: Dinamo forl.
- Vetlesen, A. J., & Nortvedt, P. (1996). *Følelser og moral* (2. utg. ed.). [Oslo]: Ad Notam Gyldendal.
- Viem, B. J. (2008). Kroppen som nøkkel til nærhet i livet. *Spenningsnytt*.
- Wendelborg, C. (2010). *Barrierer mot deltakelse : familier med barn og unge med nedsatt funksjonsevne*. Trondheim: Mangfold og inkludering, NTNU samfunnsforskning.
- Zola, I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *Sociol Rev*, 20(4), 487-504.
- Øien, A. M., Steihaug, S., Iversen, S., & Råheim, M. (2011). Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study. *Scand J Caring Sci*, 25(1), 53-61. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00790.x
- Øvreberg, G. (1997). Om psykomotorisk fysioterapi. Medtode - samarbeid - kommunikasjon *ISM skriftserie nr. 35* (pp. 6). Tromsø: UiT Norges arktiske universitet, Det helsevitenskapelige fakultet.
- Øvreberg, G., & Andersen, T. (2002). *Aadel Bülow-Hansen's fysioterapi : en metode til omstilling av ansent muskulatur og hemmet respirasjon*. Skarnes: Compendius.

## VEDLEGG 1: Godkjenning av filmen fra produsent

Nedenfor følger kopi av eposten fra ansvarlig produsent av filmen, Trond Hagen, samt den eposten fra lektor Anne Gretland som han svarer på.

**Fra:** Trond Hagen [mailto:[t-hagen2@online.no](mailto:t-hagen2@online.no)]  
**Sendt:** 25. februar 2003 17:56  
**Til:** Gretland, Anne <[Anne.Gretland@hitos.no](mailto:Anne.Gretland@hitos.no)>  
**Emne:** Re: Videoer med Berit Bunkan

Hei,

Takk for din henvendelse.

Videoene vi har produsert er **ikke godkjent for utlån** fra bibliotek, heller ikke høyskolebibliotek e.l.

Følgende **6 videoer** kan imidlertid kjøpes privat til fysioterapeuter og til Fysioterapiutdanningens interne arkiv **til bruk i undervisningen**:

**1 Psykomotorisk fysioterapi**, video 1: **Massasje** (med Berit Heir Bunkan)

2 Psykomotorisk fysioterapi, video 2: **Øvelser** (med Berit Heir Bunkan)

3 Psykomotorisk fysioterapi, video 3: **Behandling** (med Berit Heir Bunkan)

**4 Basal Kroppskjennskap (BK)**, video 1: **Gruppeveiledning - veilederrollen** (med Ulla-Britt Skatteboe)

5 Basal Kroppskjennskap (BK), video 2: **De 12 bevegelsessekvensene i BARS** (Body Awareness Rating Scale) (med Ulla-Britt Skatteboe)

6 Basal Kroppskjennskap (BK), video 3: **Individuell undersøkelse - skalering** (med Ulla-Britt Skatteboe)

**Prisen** er som følger:

1 video: 599 kr

3 videoer: 1.547 kr (i stedet for 1.797 - dvs en besparelse på 250 kr!)

6 videoer: 2.995 kr (i stedet for 3.594 - dvs en besparelse på 599 kr; dvs du betaler for 5 og får den sjette gratis!).

Med vennlig hilsen

Trond Hagen

[t-hagen2@online.no](mailto:t-hagen2@online.no)

tlf 915 88 893

På tirsdag, 25. februar 2003, kl. 13:00, skrev Gretland, Anne:

Hei!

Jeg er informert om at du har laget noen videoer med Berit Bunkan, som jeg gjerne vil ha til biblioteket her. Kan jeg få nødvendige opplysninger om filmene, slik at de kan bestilles derfra? Tittel, innhold, pris etc.

Med vennlig hilsen

Anne Gretland

høgskolelektor

Fysioterapeututdanningen

Høgskolen i Tromsø

tlf. 77 66 06 94



## VEDLEGG 2: Godkjenning av film fra NSD

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



Anne Gretland  
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet  
  
9037 TROMSØ

Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 09.11.2015

Vår ref: 45131 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.10.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

45131                      *Norsk psykomotorisk fysioterapi ved Berit Heir Bunkan.  
Video 1: Psykomotorisk massasje, Video 2: Øvelser, Video 3: Behandling*  
*Behandlingsansvarlig    UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder*  
*Daglig ansvarlig        Anne Gretland*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 18.11.2025, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal  
Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10  
Vedlegg: Prosjektvurdering

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

*Avdelingskontorer / District Offices:*

*OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no*  
*TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no*  
*TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svuit.no*



### Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 45131

Formålet er å digitalisere tre videoopptak om og av psykomotorisk fysioterapi. Filmene inneholder behandlingsliknende situasjoner, iscenesatt med profesjonelle parter (lærer og studenter ved videreutdanning i PMF ved HiOA) for utvikling av undervisningsmateriell. Opptakene utgjør viktig historisk materiale i fagtradisjonen PMF og bør være tilgjengelig for studenter som grunnlag for videreføring og -utvikling av praksis samt som empirisk råmateriale for oppgaveskriving på bachelor-, master- og phd-nivå.

Personvernombudet kan ikke se at det videoene inneholder sensitive opplysninger da behandlingen er iscenesatt. Deltakerne har samtykket muntlig til at videoene kan brukes i undervisning og forskning.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine interne rutiner for datasikkerhet.

Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger oppbevares med personidentifikasjon for oppfølgingsstudier/videre forskning og for undervisningsformål på ubestemt tid. Personvernombudet vil følge opp prosjektet i 2025.

## VEDLEGG 3: Svar fra NSD om melding av oppgave

fra: **Anne-Mette Somby** <anne-mette.somby@nsd.uib.no>

til: sigrid.karine@gmail.com,  
eth001@post.uit.no,  
eth@hib.no

dato: 16. oktober 2015 kl. 13.11

emne: Prosjektnr: 45124. Fra kroppslig erfaring til personlig mening i psykomotorisk fysioterapi

Viser til prosjektmeldingen.

Jeg har behandlet et prosjekt tidligere som også bruker observasjon av film som streames ved UiT som utgangspunkt for en oppgave. Vår konklusjon er at observasjonen i seg selv ikke er meldepliktig, og at studentprosjektet ikke er meldepliktig så fremt du ikke skal notere ned personopplysninger fra filmen.

Det vi også har gitt tilbakemelding på er at selve filmen må meldes til oss av den som er ansvarlig ved UiT, om det ikke er gjort allerede. Kan jeg få en tilbakemelding på hvem som er ansvarlig for filmen, og om den ev. er meldt allerede?

Mvh

--

-----

Anne-Mette Somby  
Seniorrådgiver

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
Personvernombudet for forskning  
Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: [\(+47\) 55 58 24 10](tel:+4755582410)

Tlf. sentral: [\(+47\) 55 58 81 80](tel:+4755588180)

Faks: [\(+47\) 55 58 96 50](tel:+4755589650)

Email: [Anne-Mette.Somby@nsd.uib.no](mailto:Anne-Mette.Somby@nsd.uib.no)

Internettadresse [www.nsd.uib.no/personvern](http://www.nsd.uib.no/personvern)

## VEDLEGG 4: Hele behandlingen grovtranskribert

### 1. Innledende samtale sittende

14:00

P: Det går bedre. Var sliten, ble for mye

Terapeuten oppsummerer. Etterspør familieforhold

P forteller om bosituasjon

T oppsummerer og etterspør hvordan det er nå

P: Sosialt, velge

T: Fungerer bedre med flere muligheter rundt dere, riktig?

P: Eget ståsted

20:28

P: Ikke bare er bondekone, har behov for sosialt og kulturelt liv, fikk en ro

T Definerer problemene til å være eksistensielle. Etterspør dypere ting bak det

P: Har stått mye på, mer på egne premisser nå

T: Kan sette mere grenser for deg selv?

P: Det ordet jeg har letet etter

T: Oppdagelsesferd for grensene? Eller er det noe annet?

P: Hvordan si det.

Stillhet.

22:00

P: Kjenner grensene og respekterer dem

T Avrunder: Vet hvor du er

P: Blir klam i hendene når vi prater om det

22:40

T: Hvem skal få lov å se på videoen:

P: til undervisning eller til de som vil ha nytte av å se den, til fri benyttelse

T: Arbeide med kroppen mer konkret

## 2. Stående holdningsinspeksjon og -erfaring

### 2.a Forfra

23:16

T Justerer Ps beinstilling

T: Hvordan kjennes kroppen ut for deg nå?

P: Ikke helt i balanse, mer tyngde på høyre, hofta litt vridd. Sliten i korsryggen, sammentrykket

T: Heller over, ulik høyde i skuldrene. Husker ikke at du var så vridd (P smiler stort, lurt). Drevet med (P smiler igjen, ser bort fra T) noe som har (ser rett på T) påvirket holdningen?

Ser rett fram, hendene på ryggen, ordner litt på undertøyet. Tar en hånd opp til haken. (P: Tror at heg har...) Stryker seg over haken og nedover halsen (I går kveld og natt) Ser på T, fortsatt en hånd på halsen/brystet (danset jeg masse) hendene på hoftene, veksler mellom å se rett fram og på T (og aket). *Sliten her (beveger hendene over korsryggen og fram), går inn i det mønstret jeg hadde før, tror jeg.* (Rugger på armene)

### 2.b Bakfra

25:30

T: Parallele føtter.

P ser ned, ordner føttene

T: Tydeligst fra forsiden. Litt å se her også (sier det når hun er i posisjon til å ha blikkontakt)

### 2.c Fra siden

26:10

T: Relativt god totalakse. Mindre bakover med overkroppen. Den synes jeg (P nikker) er på vei til å komme i akse. Tendens til overstrekk i knærne, bekkenhelningen er litt stor, klar forøket svai. (P ser til sides, blunker). Tipper på at her kan du kjenne det.

P: Sliten her.

T: Vært litt mye for deg der. Ellers, så er skuldrene litt frem og hodet litt frem. Det kjenner vi til fra før...eh....

T ser henne fra siden og ser på nedre deler av henne.

*P gjesper.* T ser opp mens hun fortsetter setningen sin: og da....(ser på ansiktet til P i slutten av gjespen, stopper seg selv) Er du trøtt? (Stiller seg mer foran i stedet for rett ved siden av P). P sukker og smiler, ser ned.

T: Hvordan kjenner du deg? (Begge smiler, ser på hverandre)

P: Jeg sov litt dårlig i natt (mer alvorlig uttrykk mot slutten av setningen)

T: Ja (også alvorligere)

P: Trangt og i en stilling (veksler mellom å se på T og se framover)

T: Ja

Litt stille

T: Har det gjort noe med holdningen din, tror du?

P: Ja, kjente meg stiv i morges.

T: Ja

P: Mmm

T: Vi får se hva som skjer underveis. Nå har i hvert fall jeg sett deg, ser at du plages av et eller annet ujevn, stivhet, dreninger. Kanskje er det sengen, kanskje har bare sengen forverret det at det er noe med deg der.

Du skal få sitte om et øyeblikk.

T Henter krakk

### 3. Sittende på krakk

#### 3.a Holdningsinspeksjon og erfaring

28:30

T sitter ved Ps side, vendt rett mot siden hennes.

T: Bekkenet er godt plassert. Klarer å finne en god stilling på bekkenet umiddelbart. Flat her (T tar på korsryggen hennes) og det er en god ting, men så, når svaien er vekk, så er du veldig fremover herfra og opp (viser med berøring av ryggen og håndbevegelse i lufta). Så her er du fremover.

P legger en hånd midt på ryggen, nedre del av området T sa at hun var fremover

T: Men nedenfor er du begynt å komme på plass. Så, men før dette er kommet opp så...

Liten stillhet

P: *Jeg er sliten her* (legger en hånd over thoracalryggen, der BH-en går tvers over

T: Ja, for det er, omdreiningspunktet (P: Mmm) for holdningen din er akkurat der i det punktet hvor du kjenner deg sliten

P: Ja

(P retter seg litt opp, vrikker på overkroppen, og slipper seg ned igjen)

T: Skal se litt mer på deg. Armene ned langs sidene.

Holder litt på deg, kjenner hvordan det er (T beveger på ene låret til P). Nesten helt fri

(Andre låret) Der er det noe. (Ser på P, som møter blikket)

P: Ja

T: Hva kjenner du?

P: Det (peker på lysken) knepper når det går inn

T: Det husker jeg igjen fra forrige gang.

Stopper opp med parallelle føtter her (Leder med hendene)

(P ser ned, justerer)

T: Fra forsiden, lett å se at du synker her (fører hånda foran epigastriet)

Har du kjent noe i det området? (Ser på P)

P: (legger hånda på ryggen igjen, stryker og tar den tilbake) Kjenner det tilsvarende bak

T: Det er på baksiden du kjenner?

P: Ja (på innpust, legger hånda på skuldera)

T: Sånn tvers igjennom deg her? (Tapper rytmisk mot ryggen og epigastriet med kanten av hendene)

P: Mmm (Kjenner på denne delen av magen) Ikke så mye her nå (stryker over magen). Jeg har gjort det tidligere, at det ble kvalme. (Ser på T)

T: Akkurat. Men kvalmen, er den over nå da?

P: Ja

T: Kastet du opp noen gang?

P: Ja, mye (legger hånda på magen igjen)

T: Så? (Ser mer alvorlig ut)

P: også under behandling (fortsatt en hånd på magen)

T: Så da måtte du ut og kaste opp? (P stryker over magen)

P: Jeg gjorde det der! (Krymper seg og ler, bøyer seg raskt framover)

T (smiler): Ja, ja, ja (P stryker seg over ansiktet, over håret og ser på T), det er ikke forbudt det.

P (leende): nei! (og ser rett fram)

T: Kan du tenke... Hva var det som gjorde at du kastet opp? Hadde du noen emosjonell følelse på det, eller bare spydde du?

P: Det var det der... Uff, (beveger hånda i oppkastretning) at det, jeg orker ikke (hånda foran halsen) å ta på meg mer (ser kort på T). Fått nok. Mettet av..... (legger hendene på fanget, ser opp. Strammer øyenbrynene) mettet av nærhet (ser på T igjen). Kjente behov for å (beveger hendene foran halsen) beskytte meg (tar hendene på fanget).

T: (Stille) Ja, akkurat. (Med mer volum) Men det har vi snakket om før i dag, (legger hånda over pasientens håndledd) og det er bedre nå.

P: Ja (T flytter Ps arm fra fanget hennes og til sides, så den henger rett ned)

### 3.b Slippe seg fram med overkroppen

31:30

T: Men nå skal vi prøve å se hva som skjer med dette (beveger hånda foran epigastriet til P, hviler andre hånda på låret til P) når vi begynner å bøye deg frem (P nikker) i aksen (T legger hånda på nedre del av nakken til P). Og da vet du at du skal la hodet gli rolig frem (viser med en håndbevegelse i lufta, P bøyer nakken, og P legger et par fingre på brystet til P), så haken kommer dit.

T: Ikke presse (F tar til seg hånda si fra Ps bryst). Ikke prestere, vet du! (Liten, mild latter begge to). Og så gi du etter tvers igjen her (noen fingre midt i thoracalryggen, og noen fingre på brystbeinet, P slipper seg videre ned og fram). Ja, du går litt fort (leder P med hendene, P kommer litt opp igjen). Prøv å få det inne her først og så tvers igjen her. Det er bra. Og deretter holder du bekkenet der det er. Så får vi deg frem (P kommer litt lenger frem, T har en hånd på øvre throacalrygg) Der stopper det.

P: Ja. St-

T (bryter inn): Hva kjenner (P fører en hånd mot ryggen) du nå?

P: Jeg kjenner strekk her (hånda nede på ryggen), og her (hånda lenger opp)

T: En strekk litt lenger ned.

P: Ja

T: (Stille) Ja, den er grei. (Legger en hånd på øvre del av ryggen. Mer volum i stemmen) Ta med deg bekkenet (P lener seg fram) og gå helt frem. Slippe deg så langt det går (tar hånda bort fra ryggen til P) nå (P ligger med overkroppen nedpå lårene). Se om du kan hvile der nede.

Stille

### 3.c Komme opp igjen med endrede spenningsforhold

T: Ser at pusten din kommer fint ned. Kom nå langsomt tilbake med bekkenet. Men ikke rør resten (hånd på ryggen til P igjen, leder henne oppover). Få bekkenet godt på plass der (Bare overkroppen til P henger fram nå). Ak deg en smule lenger frem (P flytter ene og andre halvdel av setet fram), så ser vi det bedre, bekkenet er godt plassert.

T: Nå, la pusten ta deg opp (P starter opprullingen). Uten å bruke skuldrene. Der ja. Ikke slipp deg ned. Kjenn på hvordan det går. Sitt der litt.

Stille (T ser på P, P ser rett fram)

P: Kjenner at jeg jobber litt her (en hånd på lysken)

T: Hoftene ja, det vil jeg tro. Jeg så også at du kom opp veldig mye mere (stryker kanten av hånda over øvre del av magen hennes) i epigastriet. Men den skal vi ta en gang til (klapper på ene og andre låret til P), for nå sitter du relativt bra med bena.

### 3.d Gjentakelse

T: (En hånd på nærmeste skulder en på nakken) Synk nå sammen (noen fingre på brystbeinet i stedet for skuldra, den andre leder nakken og P lar hodet gli fram) i øvre del av kroppen. Først



bare cervicalregionen. (Fingertuppene på den ene hånden legges på thoracalen, de andre fingertuppene på brystbeinet) Synk sammen tvers igjennom her ikke for fort nå.

T: (Slipper grepet) Synk sammen tvers (leder med en hånd lenger ned på øvre throacal) igjennom der

T: (Skyver med strykende bevegelse lenger opp på ryggen) Ikke trekke, bare synke (slipper grepet). Synk tvers igjennom navlen (fingertupper på øvre thoracalrygg, P kommer litt videre). Synke, ikke trekke. (Skyver et par ganger mot ryggen, P gir litt etter) Der er du. Nå er bekkenet fortsatt der.

T: Nå, gi deg tid her nede et øyeblikk og kjenn hva som skjer. (F har en hånd på låret til P, ser ut som hun rigger ørlite på det, observerer henne bakfra) Der.

T: (Slipper kontakten med låret) La så pusten ta deg opp (P kommer opp, F drar litt i håret på toppen av hodet til P, som blir rank i holdningen)

T: Der (P slipper ut pusten) Kjenn at kjeven er fri, røre litt mykt på tungen. Strekke fingrene litt. (Slipper grepet i håret). Og ikke stopp noen gjesp. Hvis den arbeider seg frem, gi deg tid. (Griper i håret til P igjen) Rør litt på kjeven (P gaper), strekk nå på fingrene (P puster hørbart inn, T slipper grepet i håret). Vi sitter litt, så ser vi om den vil komme en gang til. (T tar hånda opp til haka til P) Bare slipp her. (P gaper igjen, T tar hånda til seg igjen) Røre litt på tungen. Strekk litt her.

Noen få sekunder stillhet

P: Nei. (rister på hodet) Den vil ikke (spiller med fingrene).

T: Nei? Det er som en liten gullfisk? (smiler)

P: Gmm

T: Hva er det som stopper det?

P: Lettere å gjespe når jeg hadde sluppet meg mer ned. Bruker nok litt krefter på å komme opp i dag.

T: Ser det. Der er det du er. Men vi skal se hva som skjer når vi har tatt deg frem (hun viser retningen med ene hånda) og du gynger litt og så kommer opp (hånda illustrerer bevegelsens retning), om det blir det samme eller om det er et annet sted.

### 3.e Slapp stupstående med gynging

35:15

T: Trekk nå bena (legger en hånd på leggen til P, og hun trekker beina lenger under seg) litt tilbake. Gi etter herfra (en hånd berører nakken, som slippes ned og fram). Synke uten å trekke (berører øvre thoracal). Gi deg god tid (klapper på flere steder nedover ryggen). Helt ned (hånd på øvre rygg, som slippes fram og ned) denne gangen. Hvil deg der nede. Kjenn at du har beina så langt tilbake at du kan komme opp å stå. (P overfører vekta fra stolsetet til beina) Tyngden der. (F observerer, P strekker knærne langsomt). Så tar jeg stolen (hun flytter krakken så langt hun når uten å flytte på seg, og P blir stående med knærne i bøy, overkroppen framoverhengende).

T: Gyng (T gir et syv på øvre del av setet, og P gir etter) fra knærne. Og kjenn at gyngingen går tvers gjennom ryggen din (rytmiske skyv på rygg og bekken). Gi litt mere på så du får nakken (T

berører kort nakken til P) til å slippe (P gynger videre, men hodet beveges mer nå). Der er du. (Ps hender treffer gulvet ved hvert bøyy, og hun hever seg litt lenger opp så de ikke når gulvet).

T: Stopp der nede (P stopper bevegelsen og står slik at hendene henger foran tærne, og halvveis mellom knehøyde og gulvet). Så tar du annet hvert kne frem. (T guider med en hånd på låret, og deretter skyv mot ene halvdel av bekkenet). Prøv å få det med gyngingen (Knærne går velselvis fram, og bekken og overkropp vris) Sånn ja. Dette går atskillig bedre enn før. Sånn ja. Stopp der (T legger fingertuppene i sin åpne hånd på korsbeinet til P). Gyng litt igjen (F guider med hånda). (P gjør den forrige bevegelsen igjen). Kjenn at du har tyngden over midten av foten. (T tar hånda til seg, og flytter krakken sin lenger bak). Stopp der (P stopper og T legger hånda på bekkenet igjen mens hun reiser seg).

36:17

T: Så sving bekkenet frem (P starter bevegelsen) og kjenn at du stiger (T lar hånda gli oppover ryggraden til P) rett opp (P strekkes seg opp med knærne som det siste som strekkes). (T trekker i håret hennes i siste del av bevegelsen.) Bare kom. Der. (P sukker). Uten å synke, det var bra.

#### 4. Stående holdningsinspeksjon og -erfaring

36:29

T: Uten å synke. Det var ordentlig bra. (T blir stående ved siden av P, vendt mot henne)

P: Jeg kjenner at jeg står bra.

T: Kjenner du det?

P: Ja

T: Kjenn godt etter, er det noe mer du kjenner?

P: Nå har jeg mer tyngde på det beinet (klapper på låret)

T: Ja (på innpust)

P: Mmm

T: (Går foran P) For jeg ser, at du er mye mer symmetrisk. Blokkeringen (T beveger hånda foran epigastriet) har sluppet ganske mye

P: Mmm

T: Skjevheten er mye mindre. (T gjentar siste setning og går tilbake til Ps side, ser på henne bakfra, og fra siden) Og du ble rankere (Trekker litt opp i håret igjen, og slipper), hodet er mye mere oppe.

P: Ja

T: Ja, (P møter blikket til T) det var ikke dårlig.

P: Det kjennes godt ut. Ikke så sliten (stryker hånda si på nedre rygg) der nede.

T: Så det har sluppet litt over her (fører hånda over ryggen i midjehøyde).

P: Fikk litt rom her (P lar en hånd dra oppover og en nedover fra midja) på en måte

T: Akkurat

P: Ja

T: Det skulle ikke mye til.

P: Nei.

T: Bare ikke slapp av (P ler) og så synk tilbake, men hold strukturen litt

P: Mmm

T: Hold strukturen litt. Så at den blir din før du går inn i vanene dine. Du har atskillig bedre kroppsforhold her. Det som står igjen er knærne, som er presset bakover, litt bestemt og sånn. Men de løser vi ut en annen gang. Vi kan se etter du har vært på benken. Hvordan du er da. Men (T stiller seg litt mer foran P)...

P: Det kjenner jeg faktisk.

T: Du kjenner det.

P: Jeg kjenner knærne (beveger litt på dem), at de

T: At du låser de? (Her snakker de en del samtidig)

P: Ja

T: Men ovenfor er du så fin som kan være på nåværende tidspunkt.

P: Mm

T: Så er du klarere i blikket. Ja. Men vi skal gå videre nå.

P ser rett frem, blunker litt

## 5. Liggende på mage

### 5.a Avklaringer angående stillingen

38:13

P har ansiktet vridd til siden, fra T, mot kameraet. Trusa er brettet ned, og hun har et teppe over beina og halvveis over baken.

T: Hvordan kjennes det å ligge sånn (F: ser på ansiktet til P)?

P: (Svelger og blunker. Sukker) Det kjennes stort sett bra, men jeg kjenner at jeg er stram i strupen, så jeg må svelge litt innimellom.

T: (Har hendene på ryggen til P) Klarer du å ligge sånn en liten stund? Du må gjerne snu hodet til andre siden, men klarer du å ligge der?

P: Ja (nikker)

T: En liten stund?

P: Ja

T: Okei. Jeg kjenner du har tendens til å være litt klam. (Klapper litt på ryggen) Kjenner du det?

P: (Ser oppover) Nei

T: Nei. Men det er greit, for det er så lite. Og så var det her (drar noen fingre over et sted i thoracolumbale overgang) du kjente det vonde, og kjenner det er stramt helt ut i huden. Så får vi se.

#### 5.b Utforskning av opplevelsen av og assosiasjoner til spente områder

T masserer området, legger den ene hånda over den andre

T: Nå må du skrike ut når det – (lener seg litt fram) hvis det blir ubehagelig for deg (ser mot ansiktet til P)

P (stille): Mm

Masserer videre med en og to hender, blikket på det hun holder på med. P puster inn. T slipper grepet. På utpusten legger T en hånd på ryggen igjen.

P: Det er godt at du tar der.

T: Ja. Jeg kjenner også at pusten din kommer lett. Men jeg kjenner også at... kvaliteten her den er hard (mens hun masserer), den er

P: Ah

T: Den er kjempehard. Oh.

P: Sukker

T: Ikke rart du har vondt (vender seg mot Ps ansikt)

P: Nei. (T fortsetter å massere, T stønner litt, T masserer litt lenger opp)

P: Ah (T slipper grepet og legger hendene flatt på ryggen mens P puster ut)

P svelger og puster ut, og T fortsetter da massasjen med et annet grep, nede i ryggen og ned over setet.

T: Men her var det ikke.... (ser mot ansiktet til P) Nei (masserer lenger opp igjen)

P: Ah (T flytter blikket mot ansiktet hennes igjen, P sukker og svelger)

T: (ser på ryggen hennes) Pusten kommer godt ned i hvert fall (masserer ved thoracalkyfosens toppunkt)

P: Åh (mens hun løfter skulderbuen opp fra benken, som om hun vil dytte unna T, som bare lar hånda ligge stille på området)

T: Hva du kjenner her?/Hva skjedde her? (lener seg nærmere P og ser på ansiktet hennes)

P: Det var litt sånn...he he (smiler): Ha deg bort (ler litt etter hun har sagt det)

T: Ja

P: Det var litt ekkelt

T: Er det noen andre assosiasjoner (fortsatt med hånda hvilende på området)

P: (flytter blikket oppover, blunker, sukker)

T: (legger noen fingre samlet på ett område og trykker) Kjenn etter

P: Ah! (skuldera kommer opp igjen og T slipper, P lukker øynene og T legger hånda litt lenger ned)

P sukker og T legger trykk på ribbene på utpusten, og slipper når P trekker pusten igjen. P strammer leppene litt. Stille

T: Vi lar det være, så ser vi

T masserer øvre trapezius. Interscapulært høyre side. P løfter litt på skuldera igjen. T masserer omkring skulderbuen. P sukker. T masserer nede i ryggen igjen.

T: Du slipper fort. Nå er det ikke så hardt her. Jeg går litt lenger opp, så får vi se. Hva kjenner du her?

P: Ja, det er mere i det området.

T: Hva er det der?

P trekker pusten, kremter og sukker

P: Nei, det er mere ømt der enn der nede

T: Ja. Men du slipper fort, faktisk. Allerede nå er det litt endret.

T masserer fra skulderbladet og ned til setet og opp igjen til muskulaturen på lateralsiden av skulderbladet. Tommelgrep på et punkt i thoracalryggen. Masserer litt med hele hånda, og trykker igjen med tommelen, beveger med en ristende bevegelse. P begynner å trekke pusten og T slipper grepet. Legger en hånd på ribbene på motsatt side og en på toppen av skulderbuen. Skyver rytmisk med nedre hånd sammen med Ps utpust.

T: Hva kjenner du når jeg trykker på der?

P: Trangt i strupen

T: Ja. Jeg kjenner det er ganske stor motstand. Hva kjenner du mere når jeg trykker på det, enn at det blir stramt i strupen? (lener seg over P og ser mot ansiktet hennes)

Stille. T trykker igjen, og det sees at hodet beveges idet hun trykker mot ribbene.

P: Nei, det er det jeg kjenner

T: Du kjenner det i strupen. Hva sier det deg da?

P strammer leppene litt, ser til sides, svelger, slipper pusten litt, og trekker pusten.

P: Nei, det er der jeg kjenner det når det blir for mye.

T: (stille) Akkurat

P: Får litt sånn kvelningsfølelse

T: Så det er der du kjenner det på samme måten?

P: Mmm

T: Er det noe som er for mye for deg akkurat nå?

P trekker pusten, ser oppover og slipper pusten. Ser ned, blunker og slikker leppene

P: Nei, he he, egentlig ikke.

T: Ikke?

P: Den oppgaven ligger litt der, men...

T: Enn filmingen da, ligger den der?

P: Nei.

T: Men du var ganske hard i brystkassen

P: Mmm

T: Det var du faktisk altså (strammer leppene litt etter hun sagt dette)

T trekker tilbake trusa til P.

T: Da skal vi ta den andre siden, så jeg (klapper litt på ryggen til P) flytter meg rundt (mens hun går til andre siden av P).

44:08

### 5.c Andre siden

T legger hendene på skulderbuen

T: Bare snu hodet til andre siden hvis du vil det.

P (snur hodet): Ja. Åh, jeg er stiv i nakken (mens hun snur hodet)

T (samtidig med det P sa): Ååå. (tar til seg hånda som lå på øvre del av skulderbuen)

P: Ååh. (fullfører snuingen og legger ned hodet)

T: Å, så stiv! (lar den andre hånda være bare litt borti henne)

P: Sukker med lyd på stemmen

T: Bra du kom til fysioterapeuten da (mens hun legger hendene tilbake på skulderbuen og ser på ansiktet til P)

P: Ja (leende), ha ha ha

T masserer øvre trapezius, P trekker pusten og T slipper øvre grep og lar ned andre hånda bli på midtryggen. På slutten av utpusten trykker hun et par ganger med den mot ribbekassen. Masserer en gang til.

P: Ah!

T tar hendene bort fra henne. P sukker.

P trekker pusten, og T legger en hånd på ribbekassen igjen. Tilbake til skulderbuegrepet og masserer med den øverste hånda igjen. Drar strukturene cranioventralt, og i det P trekker pusten slipper T draget.

P puster ut langsomt.

T: Så pusten din kommer veldig fint, men jeg får ikke trykket deg (masserer teresgruppen på motsatt side) sammen. Så du når ikke nullstilling på brystkassen din. Det sier meg at du er litt stresset.

P sukker

T skyver øvre del av overarmen til P til sides og ned mot benken. Holder noen sekunder. P trekker pusten, og når hun slipper den ut slipper T grepet og masserer nedfor skulderbladet og nedover ryggen. Dveler litt ved nedre del av ryggen før hun masserer lenger opp igjen, nær ryggraden. Hun masserer ennå lenger opp og P løfter skulderbuen med et stønn.

P: Åh! (T slipper grepet og P trekker pusten)

P: Huff. (Puster ut og T legger hendene på henne igjen. Legger trykk midt på ryggen, nedenfor kyfosetoppunktet)

P: Var litt uforberedt

T: Skulle du ha vært forberedt?

P smilende: He he he

T: Hva?

P: Jeg trodde ikke jeg var øm der oppe. Ja.

T: Overraskelse?

P: Mmm

T: Du var jo øm på den siden her (tapper på tilsvarende område), så det er ikke så rart at du var øm på den andre.

P: Jeg har mer kontakt med denne siden.

T: Er den fjernere, den venstre?

P nikker: Ja

T: Hvordan kjennes det, da?

P sukker litt

P: Det har bestandig vært slik

T: Ja, ja, ja, akkurat

T masserer nedre rygg og venstre sete. Masserer litt på venstre flanke.

T: Sånn, da snur du og legger på ryggen

## 6. Langsittende på benken

### 6.a Avklaring angående situasjon

47:27

T holder en hånd på skuldra til P. P har knærne bøyd opp, knærne peker utover, hendene ligger over beina. Hun har et teppe over beina.

T: Jeg undrer meg, du som er så plastisk og kan bevege deg på så mange måter (gjør en dansende bevegelse), at du er så stiv i thorax. (P ser rett frem) Er så stiv i brystkassen (P ser ned) når jeg skal klemme på den. (P ser framover igjen)

P (stille): Mmm

T: Har du noe kontakt med det?

P: Mmm (nikker)

Stille. P beveger litt på leppene. Trekker pusten. Former leppene.

P: Jeg tror det gjør noe med meg å bli filmet. (Ser på T) Egentlig. (Lar fortennene vises.)

T: Ja, det tror jeg og. Så du skal ikke si noe mer enn du vil. Men nå vet jeg at du har kontakt med ... at det er stor motstand inni.

P (bryter inn): Jeg skal på en måte være flink nå også.

T: Jeg tror det. Det er der du er.

P: Mmm. Prøve å slippe det. (Presser leppene mot hverandre)

T: Ja

T: Jeg tror det er det

P: Mmm

T: Og så har du stålsatt deg et sted langt inni deg. Det er ikke bare bare å være flink.

P: Nei

T: Men jeg synes du er bra nok (P smiler stort) uten at du slipper de der spenningene dine. Helt okei, bare ha dem. (P slikker leppene og presser dem sammen igjen). Det er ikke uten grunn at du har dem.

P (stille): Nei. (Nikker, svelger)

T: Bra nok!

P (smiler): Mm

T (med et «ikkesant?» uttrykk): Bra nok.



P (tydelig stemme, smiler, ser rett på T): Ja!

T: Bra nok. ...

P: He he (snufser litt)

T: Ja, jeg tror det.

P: Mm (ser rett fram, myser litt og slipper opp, hever øyenbrynene)

T: Ikke streve så fælt.

P: Nei (ser opp)

T: Dette blir også bra nok. (P smiler bredt. T ser mot benken bak ryggen til P)

P: Ja (ler, ser kort mot kameraet med et smil mens T snakker videre, og ser ned, fortsatt smilende)

## 7. På rygg

### 7.a Nedrulling og stillingsjustering

49:09

T: Ja, da skal vi gå videre. Du skal få lov å ligge ned.

T går litt lenger bak P. Fortsatt med hånda på skuldra hennes. P bøyer seg lenger fram, slipper hodet fram. T tar hånda fra skuldra hennes og legger en sammenbrettet håndkle mot nedre del av ryggen hennes.

T: Legg nå først korsryggen ned.

P lener seg langsomt bakover mens T legger en hånd på skuldra hennes og holder øye med baksiden av henne. Hun legger seg ned mot benken, T legger til rette et sammenrullet håndkle under nakken hennes.

T: Der (P legger hodet ned og stønner litt i det hun puster ut) så får du støtte.

T retter på støtten under nakken og under korsryggen.

T: Har du støtten der du skal ha den, eller er den for stor (legger en hånd ved korsryggen) her nede?

P: Jeg kjenner, (legger en hånd på øvre del av baken) jeg kunne tenke meg å bli dratt litt her.

T: Det kan jeg gjøre, jeg skal trekke deg ned (beveger seg mot bekkenet til P, bøyer seg over henne slik at hun kan legge en hånd på hver side av bekkenets øvre del)

T: Er det her du

P: Ja (T trekker, og trekker igjen)

T: Sånn? (drar også håndkleet lenger ned)

P: Ja

T tar et grep lenger ned under baken og drar en gang til. Nå ser det ut som hun kom mer nedpå med korsryggen. Hun går nærmere hodet til P, støtter seg mot benken så hun kommer nærmere også i høyden, og ser på ansiktet hennes.

T: Bedre nå?

P: Hmm. Jeg kjenner (peker med en hånd mot nakken) det litt oppi her (tar hånda ned igjen)

T drar litt i hodet hennes og trekker håndkleet under nakken lenger ned

P: Ja

T: Hjalp det?

P: Ja

T legger teppet over henne

P (mens T legger teppet over): Det er akkurat som (beveger hendene mens hun snakker) jeg er et trekkspill, at jeg blir dradd sammen. Det er så godt å bli strukket.

T (slipper teppet): Ja, du ser (løfter hendene) ut som – du var helt sånn (tegner en S), [utydelig], men når du strakk deg litt – men det sitter jo i dypet òg.

P (stille): Ja

T er stille tre-fire sekunder og er vendt mot Ps ansikt. P ser rett opp, blunker mange ganger, slikker leppene og svelger.

T: Så derfor tenker jeg på, hva er det som har gjort deg til et trekkspill? (Holder hendene samlet)

Stille i to-tre sekunder mens P blunker og ser rett opp.

P: Jeg spiller med alle, vet du. (Leppene presses sammen)

T (smiler): Kan du det?

P: Mmm. (Fortsatt leppene tett sammen. Ser oppover)

T: Hva vil det si?

P ser ned og svelger, blunker. T ser på henne.

Det er stille i 10 sekunder. P svelger og ser ned, blunker. T ser på henne. P åpner munnen og det går et par sekunder før hun sier noe.

P (åpner munnen): Jeg har hatt ... veldig lett for å ... mm (P ser opp, T setter ene hånda på hofta) tone meg inn. Og tilpasse meg mange forskjellige mennesker og situasjoner.

T (beveger hendene i takt med det hun sier): Kroppslig og psykisk?

P: Ja, språklig og alt.

T setter den ene hånda på hofta igjen.

T: Ja

P: Ja. Det har vært ...(blunker, viser tennene) en sårhet i meg fordi jeg også har, det er både en styrke og en ...(strammer brynene, blunker, puster sakte ut). Det at jeg har kjent at jeg lett har mistet meg selv (lukker munnen og svelger)

T: Ja. (P lukker øynene et øyeblikk)

P: Men jeg begynner å hente meg tilbake. ... Ja ... mm

T: Så det er det du jobber med?

P (i en lysere tone): Ja! Egentlig. (ser til siden)

T: Hvem er du? Hvordan er du?

P: Mmm .... Mm ... Det er ikke å godt å, liksom ... å bli så lett manipulert. Og bli så lett ledet av andre. Det er godt å (puster ut) ... å kjenne at man er seg selv fullt og helt

T: Så det er ønsket ditt?

P: Jeg, (presser leppene sammen) jeg klarer det sammen med noen personer, men (strammer brynene) ... Jeg har begynt å velge bort de jeg ikke får det til med. (T hever brynene)

T: Senere kan du kanskje ta det inn uten å ta deg så nær av det, at noen er annerledes

P: Jeg har klart det noen ganger, at det preller av.

T: Men foreløpig er det sikker godt for deg å være sammen med de som du klarer å være deg selv sammen med, nå når du skal omstille deg, for det er jo det du beskriver at du gjør. (P lager litt lyd som om hun begynner å si noe, men stopper da T fortsetter) Omstiller deg, setter grenser for deg. Finne ut hva du selv vil og.

P: Jeg får angst når jeg skal være meg selv sammen med enkelte personer.

T: Ja (P: mm) Er det stålet inni her (klapper på brystkassen til P) den angsten?

P sukker

T: Ståsetting

P: Ja, og så blir beina borte

T: Ååå, så de blir borte, og så blir det stål inni brystkassa og så blir beina borte.

P: Jeg blir gele i beina.

T: Gjør du det?

P: Mmm

T: Hvordan er beina dine nå da, når jeg spør såpass ...

P: De er bra.

T: Er de det

P: Ja

T: Er de begge der?

P: Ja

T: Er de ordentlig der?

P: Mmm

T: Ja.

Stille

7.b Avklaring om veien videre og ny stillingsjustering

51:33

T: Hva ønsker du jeg skal gjøre med deg nå da?

P smiler og tar på halsen sin.

P: Noe her

T: Ønsker du at jeg skal bare vente med bena og så gå hit først?

P: Ja

T: Men det kan jeg gjøre. Helt okei (rister på hodet). Klart det. (Legger teppet godt innunder Ps arm) Jeg tar det du har behov for. [Navn]s grenser (T smiler til P, og P smiler tilbake).

P: Ja

54:00

T: Ja, nå ligger du her, hvordan kjennes det?

P: Jeg kjenner at jeg har dratt meg litt sammen, spesielt på den siden (beveger høyre arm). Korsryggen og .

T: Hva ønsker du jeg skal gjøre med det da.

P: Dra ut trekkspillet litt i begge ender.

T: Ja det kan jeg gjøre. Samme grepet som forrige gang. Trekker deg ned (mens hun gjør det). Hjalp det?

P: Litt til på den siden

T trekker.

P: Der

T: Der?

P: Mmm

T begynner å pakke henne inn i pleddet igjen.

T: Det var i den retningen

P: Kan du ta håndkleet etter også?

T: Ja! Nedover (mens du trekker)?

P: Ja

T: Er den der nå?

P: Litt mer

T (drar litt til): Der?

P: Ja

T: Akkurat. Så du får

P: Ja

#### 7.c Nakkestrekk og respirasjonssvar

T: Og så vil du ha, (går og setter seg ved Ps hode) vil du ha et drag her

T legger hendene under øvre del av nakken og drar. P har øynene lukket. P puster ut med litt lyd på stemmen.

Stille

P puster dypt inn og slipper den ut. Åpner øynene.

T: Si fra når det er nok

P: Det er nok.

T slipper draget og endrer litt på grepet. P puster sukker.

Stille

T tar hendene fra nakken hennes.

T: Der kom den ene dype pusten etter den andre

T holder en hånd under nakken og skyver litt på venstre skulder. Trekker teppet så det kommer ennå litt mer innunder armen til P.

T: Så du slipper

Skyver skuldra kaudalt

T: Si fra når du, om du synes det er ubehagelig. Nå strekker jeg skulderen og nakken din litt, før jeg går litt over til siden. Bare ligg. (T trekket hodet litt mot høyre) Jeg får ikke hodet ditt så langt. Men jeg strekker i hvert fall litt forsiktig på strukturene der.

Stille.

T slakker opp draget på nakken og slipper grepet over skuldra. Legger begge hendene under nakken igjen drar litt. Skyver på høyre skulder. P stønner litt og sukker på utpust.

T: Jeg tar deg litt over (flytter hodet litt mot venstre), si fra med en gang, hvis det blir ubehagelig  
P blunker noen ganger, lukker øynene.

P: Jeg kjenner at det er vanskelig å slippe i nakken

T: Ja, da tar jeg tilbake, så får vi se. Så skal jeg gå ned i nakken din (legger hendene under nedre cervical/øvre thoracal)

T: Hva var det?

P: Ømt på høyresiden

T: Der?

P: Ja

#### 7.d Massasje nakke og hals

T masserer og skyver mot nedre del av nakken, så den løftes litt opp. Fortsetter oppover nakken, hodet tippes bakover for hvert skyv. Roterer hodet mot ene og andre siden. Legger igjen hendene ved nedre del av nakken.

T: Går tilbake til stedet der ... Bare la hodet ligge der.

T trykker igjen på noe i nedre nakke. P har øynene lukket, strammer øyenbrynene og stønner litt. T holder hendene rolige, som om hun venter. P åpner øynene litt, og lukker dem igjen, sukker litt. T fortsetter å trykke, og P rynker brynene igjen. T masserer oppover nakken mens hun rotere litt til ene og andre siden.

P: Jeg fikk en sånn frysning

F: Ja, vil du ha et teppe til

P: Nei

T legger hendene omkring bakhodet i overgangen nakke/hode, og ser ut til å dra lett.

P: Skyttet bare over meg

T: Ikke uvanlig det, når jeg holder på med de strukturene her oppi nakken. (Masserer med en hånd på store halsmuskelen på den siden) Jeg kan ha vært borti et eller annet også. Og uløst en autonom reaksjon.

T masserer langs nakken, og øverst ved festet til sterncleidomatoideus. Masserer raskt nedover nakken og lar så hånda støtte under nakken. Masserer med andre hånda på andre siden, store halsmuskel. Roligere tempo der. P gir fra seg et svakt stønn, og T legger hånda på skulderbuen og ser ut til å skyve lett. Ribbene hever seg og senkes litt igjen.

P (svært lavt): Det var vondt, eller ... ja, god-vondt.

T: Hva ønsker du deg? At jeg skal gjøre med deg?

P: på høyre siden øverst i nakken

T: Her?

P: Åh

T (samtidig): Oj! Her kjenner jeg tydelig scalenene dine. De er som strenger.

P gisper. Sukker. T masserer videre, litt raskere, og P strammer øyenbrynene. (T: Oj!) T roer ned tempoet. Rigger litt på hodet i rotasjon. P puster ut. T masserer igjen med fingrene.

T: Du kjenner den? (P har allerede strammet øyenbrynene)

P (med klar stemme): Ja

T trykker, og P strammer øyenbrynene tett sammen.

P (igjen med klar stemme): Ah!

T slipper trykkingen med fingrene, og bare støtter hodet hennes. P slipper øyenbrynspressingen og sukker. T masserer igjen, men nå raskt og fra nederst til øverst, med en liten rotasjon i nakken til P. P puster rolig, og T går over til å massere hodebunnen.

Når P puster ut igjen kommer en liten glottal lyd, som om hun har hatt stemmebåndene lukket og holdt pusten. T masserer videre, og litt langsommere når hun kommer til området over øret på høyre side. Masserer, strekker og holder litt. Masserer raskt bak øret og oppover.

01:01:00

T holder en hånd lett på toppen av hver skulder

T: Hvordan har du det?

P: Åh. Jeg er iskald (beveger litt på seg under teppet)

T: Fryser du?

P: Mmm

T: Jeg legger på deg et teppe til. (Reiser seg) Det skal jeg gjøre.

T (mens hun henter et teppe): Da er du godt inni den parasympatiske fasen, for å sitere Bülow-Hansen. (Legger teppet over henne) Da gir du fra deg mye spenning,

P: Åh.

T: så blir du kald.

P: Mmm. (T ordner teppet så det ligger godt rundt henne) Det var bedre.

T: Sånn, nå skal jeg ta litt mere her (legger en hånd på siden av kjeven) og så går jeg ned på beina dine (peker). Hvis du er der at du har behov for det. Du får kjenne etter hvor du er når vi kommer så langt.

P (stille): Mm

01:01:57

### 7.e Jobber med strupen

T setter seg på krakken bak Ps hode igjen. P ser kort på kameraet og rett ut i lufta igjen. Gaper litt, svelger. T bretter ned teppet slik at kragebeinene synes. T legger hendene under nakken til P og P lukker øynene litt. T tar bort håndkleet som støttet under nakken. P veksler mellom å ha øynene åpne eller lukkede. T har en hånd under nakken til P, og begynner å massere under haken med den andre.

P: Åh

T: Ooo! (mens hun tar bort den masserende hånda)

P sukker og sier at det var ekkelt. T trekker litt på ulike deler av strupen og rungeroten,

T: Du er stram her og, du

P: Kjennes ut som ...

F: (samtidig som P fortsetter) Kjempestram i stupen

P: strupehodet står [vanskelig å høre mer]

T legger noen fingre på siden av halsen. P sukker. T drar litt med fingrene, og legger deretter hånda under nakken og masserer langsomt med et par fingre på andre hånda ved siden av strupehodet.

P: Det er litt godt at du tar der og

T: Det er helt tykt her, hele underhuden er tykk og.

Bytter igjen på hvilken hånd som støtter under nakken til P, og rigger på strupehodet med andre hånda. P har øynene lukket. Når T slipper grepet, begynner P å bevege kjeve- og strupeområdet, som om hun forbereder et svelg. T fører hånda mot halsen hennes igjen, men stopper, og venter til P har svelget. T rigger på strupehodet, stopper litt opp, rigger igjen, stopper og rigger igjen. Når hun så stopper trekker P pusten og svelger. T rigger litt på strupehodet igjen med andre hånda, og går deretter over til å massere med raske bevegelser under haka og mot kjevevinkelen.

T masserer kort med noen fingre på begge hender like bak kjevevinkelen, drar hodet hennes litt mot seg, og setter deretter en finger på hver side inn mot et visst punkt ved kjevevinkelen.

T: Sett undertennene frem. (P lager underbitt) Åpne halsen, (T lager et par gispelyder)

P: Ahhh. ... Vondt der på høyresiden.

T rigger litt på hodet hennes, masserer litt på hals/nakkemusklene og legger igjen en finger på samme sted som i sted.

T: Sett undertennene frem, åpne halsen, (gisper igjen)

P lager et stønn. T masserer nakken nedenfra og oppover mot skallen. Masserer hodebunnen med en hånd og støtter under nakken med den andre. P har øynene lukket. T masserer over og foran øret. Bytter hånd under nakken, og P begynner å si noe.



01:04:33

## 7.f Endre stilling

P: Jeg kjenner at jeg blir sliten i korsryggen

T stopper det hun var i ferd med å starte opp med den hånda som ikke støtter nakken. P slikker leppene og svelger.

T: Mmm. Ja. Hva har du behov for (P åpner øyene og blunker gjentatte ganger) å gjøre med det?

P: Få stukket den litt til.

T: (på innpust) Ja. Kjenn etter (P strammer øyenbrynene et øyeblikk) hva du har behov for, og så skal vi stoppe her nå, så det ikke blir for mye. Så tar jeg bena dine og litt oppover etterpå, men kjenn nå først hva du selv kan tenke deg å gjøre med korsryggen. For når jeg tar bena dine, så blir det litt med korsryggen det og, vet du.

T: Kjenn etter hva du – om du har behov for å strekke deg på noen måte.

P: Jeg har behov for å ..(blunker gjentatte ganger) krumme meg litt

T: (før P er helt ferdig med setningen) Gjør det!

P: Ja

T: Kanskje vi skal ta deg opp

T reiser seg og P bøyer ene kneet opp under teppet.

T: Kjenn etter hva, hvordan du vil gjøre det.

P: Ja. (Ser på T og blunker med roligere frekvens) Jeg tror jeg vil opp litt.

T: Ja, et øyeblikk, jeg skal ta av de her.

T tar de to teppene av henne og legger dem bort. P ligger stille inntil T instruerer henne med hender og stemme hvordan hun skal rulle seg opp fra rygg til sittende. P krummer seg gradvis og kommer opp. Blir sittende med ryggen bøyd framover og hodet hengende, knærne litt bøyd. T legger hendene på skuldrene hennes og rigger overkroppen hennes.

P: Det var godt

T stopper bevegelsen og legger en hånd midt på ryggen hennes.

T: Kjenn etter om du vil strekke deg, eller hva du vil.

P strekker armene og fingrene. Sukker og slipper armene ned. Rigger litt på bekkenet, overkroppen følger etter. Dorsalflekterer anklene og slipper mens hun sukker stønnende. Hun rigger beina og beveger litt på hodet

P: (stille) Nå kan jeg godt komme ned.

T: Ja. Da legger du bekkenet først ned.

T begynner å gjøre klart med håndklær, uten å gå så langt fra P at hun må slippe hånda på skuldra hennes. Legger et håndkle mot nakken hennes når hun er ca halvveis ned. Holder en hånd mot

overarmen på motsatt side av der hun står. På slutten av bevegelsen ned holder hun i håndkleet under nakken med en hånd på hver side.

P: Ahh.

T drar litt i hodet hennes, som for å strekke ut nakken mer. P ligger med øynene åpne, ser rett frem (opp), munnen er mykt lukket. Hun har fått teppe over seg.

T: Er du like kald.

P: Nei (hun blunker ser kort på T og slikker leppene) ... Jeg

T: Kjenner du deg litt varmere?

P: Ja (leppene er litt tettere sammen nå)

T: Akkurat ... Passer det at jeg går ned på bena nå, eller?

P: (nikker) Ja.

T brer teppet mer over henne, helt opp til halsen.

T: Sånn.

01:06:36

### 7.g Bevege og massere beina

Teppet er trukket opp til like over knærne, og ligger over brystet, men skuldrene er bare. T har stilt seg ved fotenden og masserer føttene, en hånd på hver fot samtidig. Masserer både undersiden og oversiden, helt opp til anklene. T løfter føttene litt opp og drar i beina, holder litt. P slipper pusten, og T legger beina hennes langsomt ned på benken igjen. Krummer tærne hennes og plantarflekterer anklene i en og samme rolige bevegelse.

P: Det var deilig.

T fortsetter å massere føttene. Deretter legger hun pleddet slik at det dekker det ene beinet til P. T går på andre siden av P og løfter på beinet hennes, slik at kneet bøyes. Hun setter fotsålen ned på benken, legger et lite sammenbrettet håndkle over forfoten, og setter seg nært, litt oppå foten hennes.

T: Så da kan du strekke ut her hvis du har behov for det.

T lar beinet hennes gli ned på benken, bak T. Deretter setter hun beinet hennes opp igjen, setter seg selv til rette. T støtter ene hånda oppå kneet og masserer leggen med andre hånda med relativt raske, rytmiske grep. Hun bytter om på hendenes plassering, og masserer med litt raskere tempo på leggens innside.

P: Ah! (flytter litt på beinet)

T stopper massasjen, og bare holder beinet hennes med grepet over kneet. P sukker, og T rigger beinet rolig fra side til side. T masserer indre del av leggen igjen. Plutselig gisper P, og hun strekker beinet. T slipper begge grep og lar beinet falle. Det dunker mot benken og P sukker tungt. T ser mot ansiktet til P.

T: Nå tar du den tiden du trenger, og når du vil gå videre, så tar du benet opp igjen.

Det går noen få sekunder, blunker raskt flere ganger, og hun løfter beinet. T tar tak og leder beinet inn i oppreist posisjon. T masserer leggen med raske tak fra øverst til nederst gjentatte ganger. Deretter litt langsommere, og det sees at tommelen hennes synker lenger inn i vevet når hun griper om tykkleggen og dveler litt ved et punkt.

P (kraftig): Ah!

T klapper lett på leggen hennes.

T: Du hadde ikke lyst å sparke? (Hun masserer med strykende grep oppover leggens innside.)

P: Nei, det var ikke så vondt.

T avslutter massasjen og reiser seg, uten å slippe grepet om beinet.

T: Det er et lite valg du har, det.

Hun legger beinet til P rolig ned på benken, hun støtter det hele veien. Hun bretter teppet litt mer bort fra låret og masserer innsiden og forsiden av låret med raske grep. P har øynene lukket. Hun masserer med raske tak nedover låret og leggen, helt ned til ankelen. Hun vender seg mot ansiktet til P.

T: Hvordan er benet ditt nå?

P: Bra. (T klapper på låret hennes.) Jeg kjenner det godt. (T stopper klappingen)

T: Kjenner du det godt?

P: Ja

T: Ja (stille, mens hun snuer seg mot beina igjen)

T går nærmere beinet og løfter det. Hun flytter teppet til side og løfter beinet så langt at foten kommer opp. Hun flytter teppet bort fra denne siden av magen og brystet og løfter beinet opp mot magen. Hun har en hånd på beinet, like under kneet og den andre på skuldra til P. Hun holder beinet litt og fører det langsomt tilbake til kneet peker rett opp, og lager en sirkelbevegelse, stopper litt og lager en ny sirkel.

P kremter litt.

T: Hva var det? (Stopper bevegelsen og lener seg litt nærmere Ps ansikt. P blunker)

P: (bøyer nakken litt, slipper seg ned igjen, og svelger) Jeg bare kjente litt slim i halsen. (Blunker et par ganger)

T fører beinet hennes innover, dytter lett mot det, og P slipper pusten, hun ser rett opp. T tar beinet ut til siden og holder det der. P lukker øynene, og åpner dem idet T endrer på grepet så beinet flyttes litt, en vuggende bevegelse, da slipper P pusten. T fører beinet tilbake og setter det på benken igjen.

T: Bare la det gli ned. (Holder på kneet og drar med andre hånda i ankelen så beinet strekkes)

P slipper beinet ned på benken. Nakken strekkes og hodet vippes opp når beinet treffer benken. P blunker raskt. T legger teppet over beinet og bekkenet.

P: Det var behagelig. [?]

#### 7.h Andre beinet

T stiller seg ved overkroppen til P og legger teppet litt lenger opp over brystene hennes.

T: Er det okei at jeg tar det andre beinet litt fort igjennom? Før jeg går videre opp?

P: Ja. (T går ned til beina hennes igjen) Jeg kjenner meg litt skjev.

T: Ja, du er ... jeg ser det faktisk tvers gjennom teppet ditt. (Går rundt fotenden til det andre beinet til P)

T flytter teppet så beinet kommer til syne. Hun strekker seg over henne og henter det lille håndkleet som lå ved det andre kneet.

P: Jeg ble litt klam på det fotbladet

T: Hva sa du (går nærmere ansiktet hennes og lener seg mot det)

P: Jeg ble litt klam på det fotbladet

T: Der vi hadde vært?

P: Nei, det andre.

T: Ja.

P: Nei, jeg er ikke klam på den siden du har jobbet med.

T: Nei.

P: (stille) Nei.

T: Men det kan gå over.

P: Jada, jeg (T begynner å si noe, og P stopper mens hun snakker)

T: Det spiller ingen rolle (mens hun legger teppet litt lenger opp, så det dekker overarmene)

P: Neida, jeg er ofte litt sånn

T: Du er litt vegetativ, du så... Det er greit, det

P: Mm

T flytter beinet mot kanten av benken og legger håndkleet oppå teppet som er brettet over det andre beinet. Hun henter krakken og setter den ved benken på den siden der hun skal jobbe med beinet. Hun legger en hånd på det beinet.

P: Jeg ble varm i høyre siden.

T vrir kroppen mot ansiktet til P uten å slippe kontakten med beinet.

T: Ble du varm i den siden?

P: Som du har jobbet med

T: Ja

Hun vender seg mot beinet igjen, og setter det opp så fotsålen ligger mot benken. Hun holder beinet der og snur seg mot Ps ansikt.

T: Du merket vel at jeg stimulerte litt, i stedet for å – du var så myk i bena, litt sånn dau (P: Mm). Så jeg stimulerte deg litt, og det høres ut som det gikk bra det (vender seg igjen mot beinet). Tar det samme her.

T setter seg nær inntil foten til P.

T: Her kan du også gå (fører beinet så det glir ned på benken) hvis du vil det.

T setter foten nær der hun sitter. Flytter krakken nærmere seg med foten sin, og setter foten oppå krakken. Hun masserer ytre del av leggen med en hånd og holder den andre over kneet. Hun bytter om på hendene og masserer innsiden av leggen. Hun bruker lengre tid på noen steder. Ser da mot ansiktet til P mens hun holder grepet. P ser rett opp og forholder seg rolig. T flytter blikket mot leggen og masserer videre. T stopper igjen, ser mot ansiktet til P.

T: [Navn], (masserer videre) du er ikke så øm i den siden her.

P: Nei

T: Det er ikke noe å reagere på her. Det er greit. (T reiser seg) Veldig stor forskjell på de to bena dine.

T fører beinet ned på benken og bretter teppet til sides så låret kommer til syne. Hun masserer låret med raske tak med hendene ved siden av hverandre, så de tar hver sin del av låret. Hun bruker mindre tid på dette beinet enn det andre.

T: Så det er ikke her spenningene dine sitter (mens hun løfter beinet hennes). Det er nesten litt i slappeste laget. (Rister litt på beinet, går nærmere overkroppen hennes). Spenningene sitter inni her (beveger ene hånda i lufta over brystet hennes)

T lager halvsirkel med beinet og lar det komme ut til siden. Hun flytter teppet etter, så det dekker godt over lysken.

T: Jeg får kikke litt tvers gjennom teppet her. Om det skjer noe. (Sirkler med beinet) Med pusten. (Fører beinet innover)

P: Jeg kjenner at jeg må på do.

T: Ja (holder beinet så kneet peker rett opp, og ser mot ansiktet til P), men det er jo høyst tillatt

T smiler og P ler litt. T fører beinet litt mer mot fleksjon og deretter ut til sides, hun ser på det hun gjør.

T: Det er høyst tillatt. (Ser mot Ps ansikt) Og på et passende tidspunkt. (P humrer litt og T begynner å legge beinet hennes ned.)

T: Sånn (lar beinet falle den siste delen ned mot benken, P trekker pusten). Og da har vi (P slipper pusten ut) fått fart på magen din. (Går nærmere overkroppen til P og ser mot ansiktet hennes)

Kanskje. Men jeg ser du er helt skakk her oppe (bretter ned teppet så overkroppen vises). Helt skakk (T brer ut armene siene).

P: Ja, jeg kjenner det (P smiler)

T: Helt skakk ligger du

P: Den går opp (løfter ene skuldra litt) og den går ned

T: Ja, ja, ja

P: Høyre armen kjenner jeg, og skuldra kjenner jeg (blir avbrutt av T)

T: Ja du ligger ned der (peker mot hennes høyre side), men du ligger ikke ned der.

P: Mm. (ser på skrå oppover) ... Men den skuldra (løfter på høyre) kjennes mer opp enn den

T: Ja, men den her (peker mot den den venstre) er mye mer opp

P (stille): Åja (ser fortsatt oppover)

T: (på innpust) Ja ... Jajaja. (Står med hendene i siden)

P: Kan jeg gå på do nå?

T: Ja, det kan du.

01:13:57

### 7.i Nedrulling etter dopause

P sitter i langsittende med pleddet over beina, knærne litt i bøy. T står rett ved siden av og har en hånd på overarmen hennes. De er vendt mot hverandres ansikter. P beveger leppene som om hun sier noe, men vi hører ingenting, virker som lydopptaket ikke er startet ennå.

T: Det var godt å gå på gangen litt

P: Ja, det var det (smiler)

T: Ja, det var bra.

T går bak Ps rygg, og guider henne med hånda på skuldra til å legge seg ned på rygg. T holder et sammenrullet håndkle bak nakken hennes. (T: Sånn). P legger seg ned på rygg. Hun har hendene på fanget.

T: Der ja, sånn.

P sukker med et lite stønn. T skyver skuldrene hennes ned mot benken. P kremter. T begynner å legge teppet over henne.

T: Jeg pakker deg inn igjen, siden det er så kaldt her. (Hun bretter teppet innunder armen hennes, ser på det hun gjør) Sånn. (T legger teppet over brystene; skuldrene og øvre del av brystet forblir utildekket. Hun stikker teppet under den andre armen.) Nå ser vi tvers igjennom dette her. (Hun legger hendene på hver side av midja hennes og stryker nedover mot hoftene. Hun legger bort teppe nummer to som lå over beina hennes).

### 7.j Aktiv strekk i beina

T: Så sier jeg, trykk knærne ned (hun legger hendene på knærne hennes), og kom opp med fotbladene, samtidig. (T skyver litt mot den ene, og deretter den andre fotsålen, P holder føttene slik, så de peker rett opp).

T: Kom igjen. Trykk knærne godt ned. (T griper omkring knærne, og slipper, tar nytt tak litt lenger opp) Kjenn at du strammer hele her (griper over nedre del av lårene, slipper og tar nytt grep litt lenger ned, og fortsetter til grepet er over selve kneleddet, holder dette grepet. P trekker pusten.)

T: Og så slipp (P slipper pusten og føttene kommer raskt ned igjen. T har fortsatt hendene på knærne hennes, rugger litt fra side til side og slipper).

T går ned til fotenden og bretter teppet bort fra føttene. Hun tar tak i føttene med tomlene på undersiden og de andre fingrene over tærne og fotryggen.

T: Sånn. Vri føttene innover (P løfter og vrir fotbladene, T lar fingrene strekkes, så bare tomlene og håndflata er i kontakt med tærne og tåballene), kom opp (fotbladene heves ennå litt mer). Stram knærne, (T skyver mot knærne igjen) ned. Sånn. (T legger hendene over føttene) Kjenn at du har taket i beina dine. Ååh (T løfter hendene fra føttene og beina til P utroteres og føttene blir liggende pekende utover).

T: En gang til (Legger hendene på føttene, P fører dem så de peker opp, tærne krøllet) Ned med knærne. (Hun strekker seg mot knærne med armene strake, og skyver mot knærne) Hops! (Hun lener seg tilbake og legger hendene over føttene igjen) Hold der.

P slipper pusten.

T: Bare hold! Bare hold, bare hold! Hold, hold, hold, hold, hold. Der [går du] (utydelig).

T slipper grepet og P slipper føttene ut mens hun slipper pusten med et lite stønn. (T: Den er god) T pakker inn føttene igjen. Hun legger teppe nummer to over henne igjen.

01:15:27

### 7.k Håndmassasje

T står ved siden av P som fortsatt ligger på rygg. Hun holder hånda hennes med en hånd og masserer en og en finger med andre hånda. Hun holder så hånda med begge sine hender og masserer håndryggen. (P: Mm) Hun snur hånda til P, strekker fingrene hennes, holder tommelen strukket og masserer inni hånda.

P: Veldig godt. (Sukker) Når du holder på inni hånda.

T: Godt for hånden din? Godt for deg? (Mens hun fortsetter å massere)

P: Ja, det er godt.

T masserer litt oppå hånda igjen og nedover håndleddet. Hun tar tak rundt håndleddet og masserer underarmens muskulatur med andre hånda.

P: Ah!

T stopper å massere og P trekker pusten. P begynner langsomt å bevege armen ut til sides, og T slipper taket.

T: Rør på deg (slipper taket i henne, P strekker armen litt ut fra kroppen og spriker med fingrene). Sånn (anerkjennende tone). (P roterer litt og tar armen ennå lenger ut, sukker) Og hvis det skulle (P bøyer i albuen) komme strekkimpulsen (P legger hånda på magen, og T legger en hånd over armen hennes, over albuen) ikke stopp den.

P: Mmm

T: La den få sin tid. (Griper hånda til P og masserer underarmen igjen)

Når T treffer et visst punkt gisper P, og hun strekker armen, puster inn. T slipper taket i henne.

T: Bare følge på. Gjerne andre armen også. (P gjesper og vrir ansiktet litt bort fra T.) Kjenn hva du har behov for (P beveger på andre armen) Ikke stopp noen ting

P strekker armene over hodet, lager en slags gjespelyd. (T: Bare la det gå tvers gjennom deg) Stønner litt idet hun tar armene ned. Slenger armene ut til sides, roterer ut og supinerer, før hun fører armene inn mot kroppen igjen. T tar tak i ene armen og legger teppet over og rundt. Den armen de jobbet med i sted har P lagt på benken med hånda på magen, og hun tar den ned etter T har pakket inn den andre armen.

## 7.1 Strekke, slippe og gi etter

01:16:36

T tar tak rundt håndleddet. P slipper pusten ut og T masserer overarmen, og litt nedover underarmen igjen. Masserer øverst på overarmen og strekker armen opp. T bretter ned teppet så overkroppen synes. Hun beveger armen litt mot abduksjon (T: Sånn), spiller med fingrene, og abduker tilbake, P trekker pusten (T: Sånn). P slipper puster ut, og T skyver tre ganger rytmisk mot nedre del av brystkassen til P. T lar armen abdukeres, albuen bøyes lett. Armen føres nærmere P og T sirkumduker skuldra og strekker igjen.

T (stille): Sprik med fingrene og røre tungen (berører kjeven eller noe i nærheten mens hun sier det siste).

T holder armen med ene hånda og legger andre hånda over nedre del av ribbekassen til P. P puster ut, og beveger på kjeven, ut fra lyden høres det også ut som tunga beveges.

T: Ikke for hardt. Ikke mase, det er det som er [usikker om hun sier dette, hun snakker lavt]. Slipp til (F beveger litt på hånda si i lufta over brystkassen hennes)

P: Ah, det stopper oppi kjeven. (Puster ut)

F: Hvor stopper det? Kjeven?

P: Ja

F rigger litt på henne med hånda på ribbekassen.

F: Kommer nok når vi...

P: Ja

F: ...får gitt litt mere rom der



Armen til P legges ned og T pakker henne inn i teppet igjen. P gjesper. T går rundt til andre siden av henne og løfter teppet bort. Hun masserer noen grep over armen og bruker mer tid på å masserer inni hånda. Raske grep. Masserer underarmen, litt langsommere, ser ut som hun bruker mer kraft også. P stønner litt, og F masserer hånda igjen. Masserer overarmen.

T: Var ikke noe øm i den armen der.

T strekker Ps arm opp over hodet til P, som med andre armen. (T: Sånn) P slipper til pusten som i en gjesp, og T har en hånd på ribbekassen på denne siden. På Ps utpust føres armen hennes så den peker opp mot taket, men med en avspent bøy på albuen, og T trykker rytmisk og kraftfullt inn mot ribbekassen, som ser ut til å gi mer etter på denne siden. Det er som om hun skyver lufta ut. Rugger litt på armen til P og strekker igjen. P stønner litt mens hun strekker, og så legges armen ned på benken langs kroppen.

## 7.m Massasje thorax

01:18:42

T skyver mot skulderbuene og de nærmer seg benken. P har øynene åpne. T masserer brystet på høyre siden, veldig nært bysten til P. P lukker øynene, kniper sammen øynene og rynker brynene, smatter et sukk og dytter T unna med en skulderbevegelse.

P: Off (Smiler når hun har sagt det. Trekker pusten. Når smilet slipper blir det værende igjen et grin.

T: Off! (P slipper pusten ut og åpner øynene. T støtter seg på benken med ene hånda) Hva var det?

P: (Stønner) Åh, nei det var sånn, grafsing (ser på T) følte jeg (ler og ser litt bort mens hun sier dette, og ser på T igjen). Jeg hadde lyst å ha deg bort derfra (ser rett fram og smiler bredt).

T: Akkurat. (T legger teppet bedre over det andre brystet hennes) Grafsing?

P: (ser rett fram) Mmm. (Trekker pustem og strammer brynene litt). Du var for urolig for meg. (Slikker leppene og ser på T)

T: Skal vi se om jeg tar det rolige, om du får et annet forhold [litt usikkert]?

P: Mmm

T: Ellers så får vi se.

P: Mmm

T drar teppet bort fra bystet. Masserer langsommere.

P: Det er godt at du tar det. Det er stramt (strammer brynene litt).

T: Ja, jeg kjenner det

T masserer videre og plutselig lukker P øynene og uttrykker et lite stønn.

T: Her er det.

P: (Åpner øynene) Ja

T legger hånda på skuldera og skyver utover og ned mot benken. P trekker pusten og lukker øynene, gaper litt. T slipper taket og da slipper P pusten med et knakende stønn. Hun åpner øynene igjen.

P: (lavt) Det var godt.

Å puster ut langsomt og hørbart, og T masserer brystet på andre siden. P lukker øynene og T skyver mot skuldra på denne siden. Når T slipper grepet kommer et utpust med et lite stønn, som om hun har holdt pusten.

P: Jeg kjente det faktisk litt i strupen når du strekte der. (Ser rett opp)

T: Det kan jeg forstå.

T masserer nedre ribbekasse på motsatt side, drar teppet ennå litt lenger ned. T masserer magen med langsomme tak, P lukker øynene. Masserer nedre ribbekasse på andre siden. P strammer panna ørlite.

P: Ah! (Vrir hodet samtidig mot den siden T står på og jobbe rmed).

T har akkurat sluppet grepet og fortsetter på et sted i nærheten med nytt grep, P smiler og vrir hodet til midtstilling igjen.

T: Oooh!

P: (ler litt) Var nesten litt kilen.

T legger en hånd på hver side av ribbekassens nedre del og klemmer litt inn med tomlene og slipper. På neste utpust skyver hun tomlene innunder ribbebuene. På holdes tomlene fortsatt under, og hun følger med ribbebevegelsen oppover.

P: (Strammer brynene) Ah! Guri malla.

T slipper straks taket. Hun legger teppet over magen, men tar det litt lenger ned igjen, samtidig med at P frigjør høyrehånda fra teppet og fører den mot magen.

T: Var det vondt i ribbene eller var det (P avbryter) litt under

P: (begynner før T har avsluttet) Det var akkurat som jeg fikk krampe i en muskel inni her (har et fingre under ribbebuene på høyre side, og trekker sammen øyenbrynene mens hun sier det, ser skrått oppover)

T: Det kan det godt ha vært, altså.

P: (Samtidig med det siste T sa) Åh, så øm jeg var der, altså. (ser oppover til ene siden)

P: Det var godt at du prøvde å strekke det (ser på T), men det var liksom så (ser oppover).

T: Den skjevheten din (Legger hendene over nedre del av ribbene)...

P: Ja (blunker med raskere frekvens)

F: ...har noe med dette (masserer nedover med store tak) og midljevinkelen å gjøre (masserer i midjene)

P: Ja (T masserer over ribbene igjen – P tar kjeven kort mot venstre og slikker leppene litt med tungen).

P: (Puster dypt inn) Åh (stort sukk, blunker en gang, vrir litt på hodet), så heldig jeg er (lukker munnen litt for så å glise, ler litt – denne gangen med mer kraft enn tidligere)

T: (masserer fortsatt området midje og sidene av ribbekassen) Hva er det du er heldig med (ser på ansiktet til P)?

P: Det var (lukker øynene) godt få behandling. (åpner øynene igjen, men ser mer avslappet ut.

T legger hendene på hver side av ribbekassen og trykker tomlene litt inn i underkant av ribbene. Slipper, og tar nytt grep mens hun puster dypt inn.

T: Ja

Slipper taket og legger teppet over henne igjen.

T: De fleste kunne hatt glede av behandling av og til.

01:21:47

## 8. Avspennende avslutning

### 8.a Strekking og massasje nakke og kjeve

T henter krakken og setter seg ved hodeenden til P. P ligger med øyne og munn lukket. T tar bort støtten under nakken til P. En hånd er under nakke/hode strekker nakken og den andre skyver mot toppen av venstre skulderbue.

P: Når du strekker der kommer høyre skulder opp, kjenner jeg.

T legger hendene på hver sin skulderbue og skyver varsomt, støtter håndleddene mot benken. P trekker pusten langsomt. Idet hun slipper den ut, mindre hørbart denne gangen, slipper T grepet og legger hendene under nakken. Hun masserer på siden og opp mot skallebasis. Holder så under nakken med en hånd og masserer på motsatt side med den andre.

T masserer kjevene, rigger litt på hodet til P og masserer videre. Legger en hånd under nakken og masserer kjeven på andre siden med den andre. P stønner litt, og T avslutter massasjen etter et par grep til. Legger begge hendene under nakken. (T: Gape) P gaper som i et gjesp, fortsatt med øynene lukket, beveger armene litt under teppet. Beveger kjeven litt mot høyre og slipper pusten langsomt mens hun frigjør armene fra teppet. P strekker armene ut til sides, fører dem oppover og strekker mens hun gaper litt. (T: Åpne. Der ja.) P slipper strekken og pusten med et svakt stønn. Beveger litt på kjeven.

T: Et forsiktig gap var det.

P har armene litt lenger opp enn rett ut til sides, og strekker dem opp en gang til mens hun gaper. Hun slipper pusten og gjespen, og lar skuldrene bli flekterte. T masserer kjeven litt og P tar armene mot kroppen. P legger armene tilbake under teppet og T løfter teppe for henne og pakker det godt innunder overarmene til P.

T masserer et par tak på kjevene og går over til å massere panna. Hun drar fingrene over panna til P opp mot hårfestet og lar fingrene gli over hodebunnen hennes. Masserer deretter med et drag fra nesen og utover kinnene.

P: Kan jeg få litt støtte i nakken.

T stopper det hun gjør og henter et sammenbrettet håndkle som hun bretter en gang til og legger under nakken til P. P løfter hodet mens T legger støtten til rette. P legger hodet ned og T beveger litt på håndkleet der det ligger.

T: Bedre nå?

P: Ja

T masserer et par drag til fra neseryggen og under kinnbeina. Deretter masserer hun ved nesevingene og under kinnbeina. Hun holder og drar litt utover før hun slipper grepet og P puster ut.

T tar høyre hånd over halsen hennes, bøyer fingrene og legger fingertuppene på mot venstre side av strupehodet enn den hånda. Hun rigger på strupehodet hennes med raske tak. Hun slipper taket og gjør det samme med venstre hånd, og fingertuppene mot høyre side av strupehodet.

T masserer kort i nakken og deretter øyenbrynene med drag fra neseroten og utover. Masserer sirklede ved øyenbrynenes start, drar utover, og masserer på undersiden av brynene, ved øyehulene.

P: Mhh!

T slipper umiddelbart grepet ved øynene. P har pustet ut, og T begynner å massere panna igjen mens P puster inn. T trekker pannehuden oppover og holder. Hun trekker på samme måte ved tinningene.

T rigger igjen på strupehodet, men færre repetisjoner og mindre utslag. Slipper. Når P starter innpusten tar T nytt tak, drar litt og holder. Når P har pustet ut slipper T grepet. T trekker og holder et drag på strupehodet med venstre hånd. Hun slipper straks P har pustet helt inn. Deretter legger hun hendene inn mot hodet til P over panna og tinningene og trekker rolig mot hårfestet. Drar litt over hodebunnen, med litt lettere grep, og slipper. Trekker hodet litt lenger opp, rigger bittelitt på det, og lar det ligge der.

T: Sånn. (Trykker håndklestøtten litt inn på hver side). Så hviler du et lite øyeblikk.

T trekker teppet opp så det også dekker over skulderbuene og øvre del av brystet. Dytter det innunder skulderbuene. T reiser seg fra krakken og filmingen kuttet.

01:25:29

## 8.b Etter hvilen

P ligger på rygg på benken med teppe på, samt et håndkle over brystet og skuldrene. Tærne peker utover. Støtte under nakken, haka er litt lenger opp enn panna.

P tar hendene opp til ansiktet, stryker over det og gnir seg i øynene. Sukker. Hun strekker beina, tærne peker rett opp. Hun strekker armene over hodet, vrir ansiktet litt bort fra kameraet, stønner og sukker et par ganger. Bøyer og strekker anklene. Gnir seg i øynene igjen, først med den

ene og så med den andre hånda. Strekker hele seg, kniper øynene sammen, og stønner og sukker. Slipper strekken, beveger litt på kjeven og legger hendene på magen, over teppet. Ligger stille.

01:26:56

T står ved siden av P som fortsatt ligger på benken.

T: Hvor er du nå, [navn]?

P åpner øynene og blunker noen ganger, først raskt, deretter langsommere.

P: Jeg kjenner noe rart.

T: Hva er det?

P: Jeg kjenner at...at jeg får spenning i lårene. Kjenner lårene veldig godt. (T: Ja) Veldig god følelse. Akkurat som samlet. (T: Ja) Begge beina kjenner jeg. (T: Mm) Veldig tydelige lår. Det kom nå. Ja. (Trekker pusten, sukker og kremter)

P: Mmm (nikker)

T: Så du samler deg (P: Ja), og bena blir der.

P: Mmm

T: Ja. Det var ikke mye mer vi ønsket oss.

P ler. Svelger.

P: Nei, det var godt. Jeg ønsker ikke noe mer nå. (Ler)

T: Det er nok.

P: Ja, det er nok.

T: Nå er det nok. Nok er nok.

P: Mmm

T: Så jeg tenker vi bare avslutter med å reise deg opp, og så stå på bena helt til slutt. Dosen er (P smiler) mer enn stor nok, den.

P: Mmm (ser kort til siden, presser leppene sammen)

T: Hvordan kjenner du deg generelt? Bortsatt fra, du sa det var godt med bena og det der. Er du sliten eller trett, eller? (P flytter raskt på blikket og rister på hodet)

P: Nei, fokusert

T: Fokusert?

P: Jeg kjenner meg veldig (ser på T) møtt på mine behov. Det har vært godt (slikker leppene og ser rett opp).

T: Godt for begge, (P ser på T og smiler) godt for meg å gjøre det óg.

P: Mmm (smilet slakkes litt, lukker øynene kort)

T: Jeg har likt det veldig godt.

P: Mm. Blir nesten litt rørt (smiler med leppene tett sammen).

T: Ja, begge to.

P svelger og hever øyenbrynene kort. Presser leppene sammen, puster inn. Svelger (T: Ja) En tåre renner. P ser på T, lukker øynene og stryker hendene over ansiktet.

01:28:45

T: Nå kan vi gråte eller vi kan (beveger litt på hånda) avslutte. Hva vil du?

P: Nei, vi kan avslutte (nikker)

T: Ja

P: Ja

T: Se her (legger håndkleet som lå over brystet hennes opp til ansiktet og tørker tårene.)

P svelger. T tar det øverste teppet, P løfter hendene av teppene. Hun stryker ene hånda litt over ansiktet for så å strekke seg med armene langs kroppen. T bretter teppet sammen. P strekker seg med armene over hodet. T tar det andre teppet av henne og P avslutter strekken med et lite stønnesukk. Hun trekker litt i undertøyet, løfter ene beinet mens T frigjør teppet fra beina hennes. P stryker seg litt over ansiktet og legger hendene øverst på lårene mens T legger bort teppet. Puster dypt inn mens T stiller seg ved siden av henne. P legger hendene på benken. Sukker.

01:29:20

## 9. Oppreisning og avslutning

### 9.a Opp til sittende

T: Ja. Da får du tak i forsiden (P trekker haka inn og begynner å løfte hodet) din, så kom opp her (P krummer overkroppen og kommer opp, T støtter med en hånd mot øvre thoracal). P kommer opp til sittende og løfter og setter ned ene beinet og samme sides setehalvdel, og deretter andre. Henger framover med hodet og overkroppen. (T: Der er du) P strekker armene framover

T: Kjenn på behovene du har der

P vifter med tærne, strekker armene en gang til, med thorcalryggen godt krummet.

T: Sånn

P slipper strekken og retter overkroppen. Rigger litt på seg.

T: Sitter du der nå?

P: Mmm

T: Bøy knærne. (P trekker opp det ene og det andre beinet, legger hendene på knærne) Så bare få de ut (T feier med armen, som for å vise.) Strekk de (T trykker mot kneet til P og det slippes ned på benken med et dunk). Sånn ja. (P slipper ned det andre beinet) Ja, det holder det.

T peker mot andre siden av benken enn der hun står.

T: Da går du bare over på siden. (P snur seg 90 grader så beina kan henge utfor kanten) Så tar jeg benken litt ned

T setter foten på pedalen til benken og P setter seg utpå kanten av benken. Hun rigger seg litt lenger fram med setet mens benken senkes ned, og litt til når benken har stoppet. T setter seg ved siden av P på benken.

T: Kjenn at du sitter på knutene dine (P rigger på bekkenet), at du er der. (P ser mot bekkenet hennes og legger en hånd nede på ryggen) Ja, ikke så verst det. Så bruk den tiden du trenger. Om du har behov for å gjøre den gyngingen litt (T veiver med armene som for å vise) før du står opp, eller om du har behov bare for å gå opp (T reiser seg), og så stå. Jeg vet ikke hvor du er (setter seg på benken igjen).

### 9.b Opp til stående

01:30:27

P slipper hodet fram. Puster ut og slipper seg fram med overkroppen, armene henger rett ned. Hun lar setet gli fram og av benken, og strekker knærne så setet løftes og all vekta kommer på føttene. (T: Sånn ja) Gynger litt med knærne. T lener seg fremover, fortsatt sittende på benken. P gynger med større bevegelse, armene og hodet slenger med i rytmen. Når hun har stoppet gyngingen begynner hun å strekke knær og rygg, og T reiser seg. (T: Der er du) P lar bekkenet komme frem inntil hun strekker knærne og ryggen til stående rakt. T drar litt i håret til P.

T: Der er du. Så rett som et lys. (Går litt lenger fra P og stiller rett mot siden hennes.) Så rett (strekker ene armen fram, som for å måle) som et lys

P: Jeg kjenner at knærne er bedre. (T stiller seg litt mer foran henne)

T: Ja, de er ikke så bakoverpresset (lener seg litt fram, mens hun ser på beina til P)

### 9.c Avsluttende holdningsinspeksjon og -erfaring

01:31:05

T står ved siden av P, lener seg så hun ser henne skrått forfra, og tar et steg til siden og lener seg så hun ser henne skrått bakfra. Hun stiller seg deretter så hun ser mot P fra 45 grader foran henne. P står med ansiktet vendt rett fram.

T: Ja, [navn], jeg ser masse, (går et lite steg nærmere P) men det er viktigere hva du føler

P: Ja, jeg kjenner at knærne er mere avspent (T lener fram, og tar et steg, så hun kan se P fra en annen vinkel, rett fra siden, eller litt bakfra. Kommer tilbake og ser mot ansiktet til P)

T: De er ikke så langt bakover som de var, riktig, det er de ikke

P: Det har sluppet litt mer her (stryker med håndryggen over nedre rygg.)

T: Aaa, det er ikke så stor svai (ler litt), er det ikke [usikker på siste ledd]

P: Og så har jeg lengre (legger en hånd kort på nakken) nakke

T: Det har du også (smiler)

P: (Ler litt) Fortsatt kjenner jeg meg (legger en hånd på epigastriet) litt ned her (klapper litt med hånda. T kommer nærmere henne)

T: Men her, du er mye (fører en hånd foran epigastriet) rettere. Du har mistet (legger hendene foran epigastriet på seg selv og trekker seg kort sammen der) den der...tuttmaven (legger hånda på øvre mage til P), så du er mye mer i balanse (holder hånda åpen foran øvre mage), men det er klart strukturene her (P: Ja) vil du kjenne at det stammer. (P: Ja) Og så (T klapper på brystryggen til P) er du mye mindre kyfose. Så den sammensynkningen både i ryggen og bak (lener seg og ser på ryggen skrått bakfra), den er vekk, altså. Men det er klart det blir en strekk her, så du vil kjenne deg litt trang, er det det du gjør (strammer brynene litt)? Eller? (P gaper litt, slikker leppene). Hva kjenner du her? (Beveger hendene foran gjeldende område. P svelger)

P: (Nikker) Ja, litt trang

T: Jeg vil tro du er litt trang. Og det der og den (en hånd peker mot epigastriet og den andre mot halsen) sett... [usikkert], det henger litt sammen. Men det der du har... Du har jobbet veldig, veldig bra! (P vrir hodet og ser rett på T)

P: (Gjør et nikk) Takk i like måte!

T: Det har du. (P ler og ser rett fram igjen. Begge smiler. T legger en hånd på skuldera til P). Okei.

P: Mmm

T: (Stiller seg ved siden av P og holder rundt henne, ser i kameraet) Smil til (P nikker og smiler fortsatt) fotografen!



## VEDLEGG 5: Trekkspill – detaljtranskribert

### 7.a Nedrulling og stillingsjustering

49:09

T: Ja, da skal vi gå videre. Du skal få lov å ligge ned. (P bøyer nakken mens T går lenger bak P mens hun har hånda på skuldra hennes, og vender seg mot benken der P skal legge seg)

P bøyer også øvre del av ryggen. T tar hånda fra skuldra hennes og legger et sammenbrettet håndkle mot nedre del av ryggen hennes.

T: Legg nå først korsryggen ned.

P lener seg langsomt bakover mens T legger en hånd på skuldra hennes og holder øye med ryggen hennes. P har øynene lukket. Når P har kommet med nedre del av korsryggen ned på benken, slipper T håndkleet.

T: Der (legger tilrette et sammenrullet håndkle under nakken hennes, som allerede lå klar på benken. P er kommet så langt at hun legger hodet ned på den. Hun stønnesukker litt i det hun puster ut) så får du støtte. (P snufser litt. Hodet ligger litt bakover tippet. Hun har fortsatt øynene lukket)

T retter på støtten under nakken og under korsryggen. P sukkestønner og lar munnen åpnes lett.

T: Har du støtten der du skal ha den (P åpner øynene), eller er den for stor (legger en hånd ved korsryggen) her nede? (P blunker ofte)

P: Jeg kjenner, (blunker flere ganger, legger en hånd på øvre del av setet) jeg kunne tenke meg å bli dratt litt her.

T: Det kan jeg gjøre, jeg skal trekke deg ned

T bretter opp armene, og P drar litt i øverkanten av trusa si, mens T beveger seg mot bekkenet til P. P legger hendene på øvre del av lårene sine mens T bøyer seg litt over henne. Mens T legger hendene innunder henne på hver side av korsbeinet, løfter P litt på hendene, og legger dem litt lenger mot midtlinjen. P lukker øynene idet T lener seg ennå litt nærmere henne. T har sitt ansikt vendt mot ansiktet til P.

T: Er det her du?

P: Ja (P nikker og beholder øynene lukket. T gir traksjon i lumbosacralovergangen to ganger, siste gang med litt mer kraft.)

T: Sånn? (drar også håndkleet lenger ned, vender ansiktet mot Ps ansikt)

P (nikker og åpner øynene): Ja (ser ut som hun ser i taket. T gjør seg ferdig med å rette på håndkleet og P lukker øynene igjen)

P nikker igjen og åpner øynene mens T tar et nytt grep på hver side av korsbeinet. P svelger rett før T gir traksjon en gang til. Ved siste traksjon kommer P mer nedpå med korsryggen. T går nærmere hodet til P, støtter seg mot benken så hun kommer nærmere også i høyden, og ser på ansiktet hennes. Beveger kjeven og nikker.

T: Bedre nå?

P: Hmm. Jeg kjenner (peker med en hånd mot nakken) det litt oppi her (tar hånda ned igjen)

P lukker øynene idet T tar traksjonsgrep på hver side av hodet hennes. T traksjonerer nakken hennes. Når T slipper taket sier P ja. T trekker håndkleet under nakken lenger ned, og når hun slipper taket åpner P øynene igjen.

T: Hjalp det?

P: Ja (P ser ned svelger og ser rett fram igjen)

T legger et teppe over henne, P ser opp i taket.

P (mens T legger teppet over): Det er akkurat som (gestikulerer med hendene mens hun snakker) jeg er et trekkspill, at jeg blir dradd sammen. (T har ansiktet vendt mot Ps ansikt) Det er så godt å bli strukket.

T (legger teppet litt lenger opp, vender ansiktet mot det hun gjør): Ja, du ser (slipper teppet og vender seg mot Ps ansikt igjen, løfter hendene) ut som du var helt sånn (tegner en S), [utydelig], men når du strakk deg litt – men det sitter jo i dypet og.

P (stille): Ja

T er stille tre-fire sekunder og er vendt mot Ps ansikt. P ser rett opp, blunker mange ganger, slikker leppene og svelger.

T: Så derfor tenker jeg på, hva er det som har gjort deg til et trekkspill? (Holder hendene samlet, fortsatt vendt mot Ps ansikt)

Stille i to-tre sekunder mens P blunker og ser rett opp.

P: Jeg kan spille med alle (flytter blikket mot Ts ansikt), vet du. (Leppene presses sammen, kjeven skyves litt fram)

T (smiler): Kan du det?

P: Mmm. (Fortsatt leppene tett sammen. Ser oppover)

T: Hva vil det si?

Det er stille i 10 sekunder. P svelger og ser ned, blunker. T ser på henne. P åpner munnen og det går et par sekunder før hun sier noe.

P: Ja. Eh. ... Jeg har hatt ... veldig lett for å ... mm (P ser opp, T setter ene hånda på hofta) tone meg inn. Og tilpasse meg mange forskjellige mennesker og situasjoner.

T (beveger hendene i takt med det hun sier): Kroppslig og psykisk, eller?

P: Ja, og språklig og alt.

T setter den ene hånda på hofta igjen.

T: Ja

P: Ja. Det har vært ...(blunker, lar munnen være åpen) en sårhet i meg fordi jeg også har gjort det. Det er både en styrke og en ...(svelger og strammer brynene, blunker ser ned, puster sakte ut og ser rett fram). Det at jeg har kjent at jeg lett har (vender blikket mot T) mistet (hever øyenbrynene) meg selv (lukker munnen og svelger)

T: Ja. (P svelger og nikker)

P: (ser rett fram igjen) Mmm. Men jeg (ser mot T) begynner å hente meg tilbake. (Ser opp igjen) Ja ...(flytter blikket ned og opp igjen) mm (ser litt fra side til side)

T: Så det er det du jobber med?

P (i en lysere tone): Ja! (slikker leppene) Egentlig. (Presser leppene sammen, ser ned)

T: Hvem er du? (P: Mmm) Hvordan er du? (P vender blikket mot T)

P: Mmm

T: Ja

P (ser opp og så ned igjen): ... Hm ... (blunker litt raskere) Nei, det er ikke å godt å, liksom ... (ser opp) å bli så lett (ser på T) manipulert. Og bli så lett (ser opp) ledet av andre (trekker pusten dypt). Det er godt å (puster ut) ... å kjenne at man er seg selv (ser på T) fullt og helt (ser litt til siden).

T: Så det er (P ser på T igjen) ønsket ditt?

P (ser opp og slikker leppene): Ja. Og jeg, (presser leppene sammen, blunker) jeg klarer det sammen med noen personer, men (strammer brynene og blunker raskt) ... Jeg har begynt å (ser på T) velge bort de jeg ikke får det til med (lukker munnen). (T hever brynene)

T: Akkurat.

P: Mm (ser opp) ...

T: Senere (P ser på T) kan du kanskje klare å (P smiler) ta det inn (P ser rett opp) uten å ta deg så nær av det, at noen (P ser på T) er annerledes.

P (ser opp): Jeg har klart det noen ganger, at det (puster ut, ser på T) preller litt av. Ja. (Ser opp, blunker)

52:46

T: Men foreløpig (P veksler mellom å ha blikket ned, mot T og rett fram. Munnen er litt åpen.) er det sikkert godt for deg å (P løfter blikket og beveger litt på kjeven, lukker munnen) være sammen med de som du klarer å være deg selv (senker blikket) sammen med (P (blunker én gang): Mm), nå når du skal omstille deg (løfter blikket), for det er jo det du beskriver at du gjør. (P ser rett fram, hever øyenbrynene og lager litt lyd som om hun begynner å si noe, men stopper da T fortsetter) Omstiller deg, setter grenser for deg. Finne ut hva du selv vil og.

P: Jeg får angst (hever øyenbrynene akkurat på dette ordet) når jeg (skyver kjeven litt fram)... (vender blikket mot T) når jeg skal være meg selv sammen med enkelte personer (T nikker).

T: Ja (P: mm (svelger)) Er det stålet inni her (klapper på brystkassen til P) den angsten?

P trekker pusten dypt, har blikket rett fram og blunker gjentatte ganger. Sukker, vrir litt på hodet.

T: Ståsetting (P åpner munnen mer)

P: Ja, og så blir beina (vender blikket mot T) borte (T hever øyenbrynene)

T: Ååå (P hever øyenbrynene og nikker), så de blir borte (P ser rett fram), og så blir det stå inni (P vender blikket mot T igjen, og nikker) brystkassa, og så blir beina borte. (P: Mm)

P: Jeg blir gelé i beina.

T: Gjør du det?

P: Mmm (svelger)

T: Hvordan er beina (P vender blikket rett fram) dine nå da, når jeg spør såpass (P åpner munnen blinker med øynene et par ganger)...

P (blikket mot T): Nei, de er bra.

T: Er de det?

På dette tidspunktet rettes kameravinkelen mot beina, og T og overkroppen til P kommer ut av bildet.

P: Ja

T: Er de begge der?

P: Ja

T: Er de ordentlig der?

P: Mmm

T: Ja.