



UiT Norges arktiske universitet

Helsevitenskapelige fakultet

Kroppen som ting eller kroppen som MEG

Psykomotorisk fysioterapi til ungdom- Pasientperspektiv

Anette Bjerkås

Masteroppgave i fysioterapi- studieretning psykomotorisk fysioterapi

Hel-3962

Mai 2022

Forord

Å skrive masteroppgaven har vært en lang og spennende prosess. Til tider også utfordrende og krevende, men det har gitt meg et nytt og interessant blikk på klinisk praksis.

Jeg vil først og fremst takke ungdommene for at de stilte opp og delte sine erfaringer. Takk til veileder, Anne Gretland for ærlige tilbakemeldinger og råd underveis i prosessen.

Takk til Fysiofondet som har bidratt med økonomisk støtte under utdanningen.

Til sist tusen takk til min samboer og mine barn for tålmodighet, kjærlighet og støtte i denne perioden, og til venner, kollegaer og øvrig familie for støtte og oppmuntring.

Anette Bjerås 05.05.2022

Sammendrag

Bakgrunn: Ungdomshelse er stadig i søkelyset både i media, politisk og i samfunnet generelt. Studier og rapporter viser til at ungdommen opplever en hverdag preget av stress, krav og forventinger. De relaterer sine kroppslige symptomer til stress. Flere henvises til psykomotorisk fysioterapi, og terapeuter rapporterer om at dette anses som en nyttig behandlingstilnærming for ungdom, for å lære seg å håndtere sine helseplager. Få studier sier noe om hva ungdommene selv erfarer. Hensikten med denne studien er å utforske hvordan ungdom erfarer psykomotorisk fysioterapi, sett fra pasientperspektiv.

Metode og materiale: tre ungdommer med erfaring med psykomotorisk fysioterapi som behandling ble intervjuet, ved bruk av kvalitativt forskningsintervju. Studien er forankret i en fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapstradisjon. I analysen av materialet fra intervjuene ble tematisk analyse benyttet.

Resultater: Ungdommene rapporterer om at de kommer til PMF grunnet smerter i kroppen, som de selv relaterer til blant annet stress, press og krav. De beskriver sin opplevelse med PMF som gjennomgående positiv, hvor de trekker frem betydningen av at hele kroppen er i fokus og det oppleves som en mer langvarig behandling og effekt. Det de beskriver som viktig er samarbeid og relasjon med terapeut, økt forståelse for egen kropp, følelser og reaksjoner. De fikk nye kroppserfaringer og strategier som de kunne nyttiggjøre seg av både i behandlingsrommet, men også i hverdagen.

Konklusjon: Studien viser muligheten for å fremme ungdommens nysgjerrighet og kontakt med egen kropp i PMF. Psykomotorisk fysioterapi kan legge til rette for at ungdommene får tid og rom til å utforske egen kropp, reaksjonsmønster og følelser, og dermed kunne gjøre endring og ta gode valg for seg selv og egen helse. PMF kan være nyttig i en tid hvor det skjer store endringer for ungdommen. PMF med sin forståelse om kropp og utvikling, og innsikt i deres livsverden, kan legge til rette for gode utviklingsspor og opplevelsen av kroppen som *meg*.

Nøkkelord: psykomotorisk fysioterapi, ungdom, kropp og utvikling

Abstract

Background: Youth health is in regular focus both in media, politically and in society in general. Studies and reports indicate that youth experience an everyday life characterised by stress, demands and expectations. They relate their bodily symptoms to stress. Several are referred to psychomotor physiotherapy, and therapists report that this is considered a useful treatment approach for adolescents, in order to learn how to deal with their health problems. Few studies indicate what the youth themselves experience. The purpose of this study is to explore how adolescents experience psychomotor physiotherapy, as seen from a patient perspective.

Method and material: Three adolescents with experience in psychomotor physiotherapy as treatment were interviewed, using a qualitative research interview. The study is based on a phenomenological and hermeneutic scientific tradition. In the analysis of the material from the interviews, thematic analysis was used.

Result: The adolescents report that they come to PMF due to pain in the body, which they themselves relate to, among other things, stress, pressure and demands. They describe their experience with PMF as throughout positive, emphasising the importance of the whole body being in focus, which is experienced as a more long-term treatment and effect. What they describe as important is the relationship and collaboration with the therapist, increased understanding of their own body, emotions and reactions. They gained new body experiences and strategies that they could make use of both in the treatment room, but also in everyday life.

Conclusion: The study shows the possibility of promoting young people's curiosity and contact with their own body in PMF. Psychomotor physiotherapy can facilitate that young people have time and space to explore their own body, reaction patterns and emotions, and thus be able to make changes and make good choices for themselves and their own health. PMF can be useful at a time when young people experience major change. PMF with its understanding of body and development, and insight into their world of life, can facilitate good development tracks and the experience of the body as *me*.

Keywords: psychomotor physiotherapy, adolescents, body, development

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for oppgaven	1
1.2	Tidligere forskning	5
1.3	Studiens hensikt og problemstilling	7
1.4	Avgrensning og utdypning	7
2	Teori	8
2.1	Utvikling.....	8
2.1.1	Utviklingen av selvet.....	8
2.1.2	Ungdomsfasen.....	12
2.1.3	Nåtidens utfordringer ved å være ungdom.....	14
2.1.4	Medikalisering og den instrumentelle fornuft i møte med ungdommen.....	15
2.2	Psykomotorisk fysioterapi	16
2.2.1	Kroppsfenomenologi.....	19
3	Metode.....	22
3.1	Vitenskapsteoretisk forståelsesramme.....	22
3.2	Forskningsdesign	23
3.2.1	Intervju som metode.....	23
3.3	Forforståelse	24
3.4	Utvalg og rekruttering	24
3.4.1	Inklusjonskriterier	24
3.4.2	Rekruttering av informanter	25
3.4.3	Introduksjon av informantene i prosjektet	25
3.5	Forberedelse og gjennomføringen av intervju.....	27
3.6	Bearbeiding og analyse av intervjuene.....	28
3.6.1	Transkribering	28
3.6.2	Analysemetode	30

3.7	Metodediskusjon.....	31
3.7.1	Transparens og refleksivitet	32
3.8	Forskningsetiske overveielser.....	34
4	Resultat.....	35
4.1	Ungdommens vei til psykomotorisk fysioterapi.....	35
4.1.1	«Vondt i kroppen»	35
4.1.2	«Mer smerte når jeg er stresset».....	37
4.1.3	«Jeg setter veldig mye press på meg selv»	38
4.2	Psykomotorisk fysioterapi sett med ungdommens øyne	39
4.2.1	«Psykomotorisk fysioterapi har fokus på hele kroppen»	39
4.2.2	«Samarbeid».....	41
4.2.3	«Først snakker vi, deretter jobber vi med det i kroppen»	42
4.2.4	«Det er gøy»	44
4.3	Ungdommens erfaring av endring i behandling	45
4.3.1	«Føler jeg har mer kontakt med kroppen»	45
4.3.2	«Jeg begynte å kjenne meg selv bedre»	48
5	Drøfting	54
5.1	Ungdommers helseproblemer: fra stress til livsytringer.....	54
5.2	Kroppen som MEG -et mål i behandlingen.....	57
5.2.1	Kroppslig dialog og dialog om kroppen.....	59
5.2.2	Potensialene i PMF.....	62
5.2.3	Selve relasjon er endringsskapende.....	64
6	Oppsummering	66
	Referanseliste	68
	Vedlegg 1 Rekruttering via e-post	74
	Vedlegg 2 Infoskriv-og samtykkeskjema.....	75
	Vedlegg 3 Intervjuguide.....	78

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Ungdomshelse er et tema som stadig vies oppmerksomhet både politisk, i media og i samfunnet generelt. I tråd med det, har også min faglige interesse vokst. Som masterstudent i psykomotorisk fysioterapi (PMF) og ansatt i kommunehelsetjenesten har jeg erfaring med ungdommer som pasienter, både individuelt og i gruppe. Som et arbeidskrav på studiet gjennomførte jeg en bevegelsesgruppe, basert på psykomotoriske prinsipper, for ansatte ved en ungdomsskole. Mulighet for nye kroppserfaringer, til å utforske og kjenne etter i egen kropp, var nytt for flere av deltakerne. De erfarte det som viktig og verdifullt, og ga tilbakemelding at det ville være relevant for ungdommen å få et slikt tilbud. Dette ble starten på et samarbeid med miljøteamet og helsesykepleierne i arbeid med ungdom, både i gruppe og individuelt.

Gjennom jobb møter jeg ungdommer som plages med alt fra hodepine, mageplager, smerter i kroppen, slitenhet og uro. De forteller at de kjenner på et forventningspress om å gjøre det bra på skolen, i idrett, samtidig som de skal være sosiale med venner og familie. Jeg er også mor til barn som er midt i brytningen fra barneårene til ungdomsårene, og opplever ungdomstiden og dens utfordringer på nært hold. Det er min motivasjon for å gjennomføre denne studien, temaet engasjerer meg, samtidig som det er et dagsaktuelt tema¹.

Det fokuseres på ungdom og deres helse nasjonalt og regionalt. Ungdomstiden er en fase i livet hvor det skjer flest psykiske, fysiske og sosiale endringer, og dermed kanskje den viktigste perioden i livet. Veivalg som tas i ungdomsfasen får stor betydning for livet senere (Tetzchner, 2012). I 2016 kom regjeringen med sin første strategiplan for ungdomshelse, med overordnede mål om å hjelpe ungdom til å mestre utfordringer de møter på sin vei og få et godt liv (Regjeringen, 2016). I 2020 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide en tverrsektoriell veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge. Veilederen skal blant annet beskrive et samordnet og helhetlig psykisk helsearbeid for barn og unge, fra helsefremmende og forebyggende arbeid, til behandling og samhandling om unge som er i fare for å utvikle psykiske plager i varierende alvorlighetsgrad (Helsedirektoratet, 2021).

¹ Denne oppgaven baserer seg på prosjektbeskrivelse, godkjent eksamen i HEL-3161. Kandidatnr: 112.

Innsiktsarbeidet i regi av Helsedirektoratet viser hittil at det er ulikheter i hvordan kommunene organiserer det psykiske helsearbeidet.

Kommunene ønsker seg en felles strategi for arbeid med psykisk helse hos barn og unge, slik at det er likt tilbud i alle kommunene i Norge. En nasjonal satsning på forebyggende og helsefremmende tiltak i de universelle arenaene i kommunen, som barnehage, skoler og skolehelsetjenesten. Kommunene ønsker et tverrfaglig samarbeid omkring unges psykiske helse (Helsedirektoratet, 2021).

I skolen settes livsmestring og folkehelse på lærerplan, som skal innlemmes i alle fag. Målet er å gi elevene kompetanse som fremmer god psykisk og fysisk helse, og dermed legger til rette for å ta ansvarlige livsvalg (Utdanningsdirektoratet, 2019). Ikke alle mener det er entydig positivt, Ole Jacob Madsen, psykolog stiller spørsmål om vi er i ferd med å opprette enda en arena der barn og unge må prestere (Madsen, 2020). Livsmestring kan forstås som enda et verktøy til barn og ungdom for å håndtere dagliglivet bedre, men utfordringen er at det medfølger stort individuelt ansvar til de unge selv. De påføres større ansvar for egen psykisk helse, og kan bringe en følelse av mestring, men også føre til nederlag over at dette fikk jeg ikke til (Madsen, 2020).

Hvert år gjennomføres ung-dataundersøkelsen, og i år som tidligere rapporteres det at ungdommen opplever økt stress, særlig i forbindelse med skolehverdagen (Bakken, 2021). Da er det jamfør Madsen (2020) to veier til endring når ungdommen rapporterer om økt stress; se på hva som skaper stresset og endre kravene til situasjonen, eller gi ungdommen verktøy for å håndtere det. Livsmestring er et eksempel på slikt verktøy, som man kan utstyre ungdommen med og gir grunn for bekymring fordi det ikke gjør noe med selve grunnproblemet, prestasjonsorienteringen som preger samfunnet (Madsen, 2020).

Årets ungdata-rapport skiller seg ut fra tidligere år. Dette fordi det var særskilt søkelys på hvordan Covid-19 pandemien har påvirket ungdom. En tid der samfunnet var pålagt omfattende smittevernregler, strenge restriksjoner og regler om sosial distansering. Skolene ble stengt og fritidsaktivitetene var begrenset (Bakken, 2021). Dette kan ha ført til en betydelig innsnevring av verdifulle sosiale relasjoner. For ungdom er vennerelasjoner veldig viktig, og dermed blir de ekstra sårbare når staten legger føringer på det å være fysisk sosiale.

Manglende fysisk kontakt med jevngamle medførte opplevelse av ensomhet og sosial isolasjon blant ungdommen. Det anslås en økning i psykiske helseplager (Bekkehus, Soest, & Fredriksen, 2020).

Psykiske helseplager knyttes til stress, og ungdommen beskriver at stresset kjennes i tankene, følelsene og i kroppen. Kroppslige plager beskrives som klump i halsen, slitenhet, stramhet, og som smerter i sentrale deler av kroppen, hyppigst i hodet, skulder, mage og rygg (Bakken, 2021).

Rapporten fra ungdata-undersøkelsen viser at pandemien generelt har påvirket ungdommens liv i negativ retning. Samtidig viser resultatet et nyansert bilde, med både positive og negative konsekvenser av pandemien. Noen har håndtert det bra og kjent på mindre stress i forbindelse med skole, mens andre har hatt det tøft, og opplevde perioden krevende (Bakken, 2021).

Ungdommer i dagens samfunn møter krav om å være effektive, sjonglere mange ulike krav og arenaer og være målrettede. Samtidens tenkemåter og konsumkultur er med på å skape urealistiske idealer til prestasjon, kropp og selvbilde, jamfør Per Are Løkke, psykologspesialist i barne- og ungdomspsykologi (Løkke, 2021a). Dagligtalen vår gjennomføres av begreper som «angst», «depresjon», og stress. Det er velkjente begreper som brukes av ungdommer selv, men også av voksne i beskrivelse om hvordan dagens ungdom har det. Det er stadig overskrifter med «stress og press blant ungdom», «generasjon prestasjon», «tenåringer forteller om stress, press og psykiske plager» (Bakken m. fl, 2018; Eriksen & Bakken, 2020; Ungdata,2020; Bakken, 2021).

I tråd med dette, og tidligere nevnt fokuseres det på å gi ungdommer strategier for å håndtere livet og hverdagen. Ungdom står i en fase hvor nye roller inntreer, og de skal ta mer ansvar selv. «Å være ungdom er å befinne seg i et psykologisk landskap som ligger mellom barndommen og voksenlivet» (Løkke, 2021a, s. 11). De møter på utfordringer som de i større grad skal lære seg å mestre og lage strategier for å håndtere. Flere av utfordringene ungdommer møter er tidløse: ensomhet, kjærlighetssorg, følelsen av å ikke være god nok eller annerledes, problemer i familien og identitetskriser. I tillegg er det vår tids utfordringer som forventningspress om å være flinkere, bedre, enda tynnere, lykkeligere og sanke mer «likes» på sosial medier (Regjeringen, 2016).

Mediene og det psykologiske fagfeltet belyser stadig ungdommens prestasjoner, skolefravall og psykisk sykdom, mens det er ifølge Løkke (2021a) oppsiktsvekkende lite søkelys på ungdommens *indre verden*. Utfordringer som ikke handler om stress og ytre faktorer blir viet mindre oppmerksomhet til og på den måten skapes et overfladisk bilde av hvordan det er å være ungdom i dagens samfunn (Løkke, 2021a).

Å være tenåring er ikke regnbuer og sukkerspinn, livet kan være vanskelig og spesielt utfordrende når det skjer mange endringer på en gang. Da er det uheldig ifølge Løkke (2011) om vi møter ungdommen med det han beskriver som *den instrumentelle fornuftens* metoder, som møter ungdommen med rask hjelp, men går utenom deres livshistorie og dermed hindrer dem i å oppdage sin egen individualitet (Løkke, 2011, s. 242). Løkke mener vi står i fare for å sykeliggjøre en naturlig livsfase, *ungdomstiden*. Helsevesenet, den vitenskapelige psykologien og den markedsstyrte tvangen til å selge mest mulig effektfulle behandlingsmetoder kan bidra til en sykeliggjøring og en forenkling av *ungdomskrisen* (Løkke, 2011).

Psykomotorisk fysioterapi er en tilnæringsmåte som fokuserer på pasientenes livshistorie i behandling. Som ser kroppen og person som helhet, hvor kroppen forstås som meningsbærende. Kropp og følelser står i et gjensidighetsforhold, følelser erfares og reguleres med kroppen, og i kroppen (Thornquist & Bunkan, 1995). Psykomotorisk fysioterapi med en kroppslig tilnærming kan være nyttig når det er vanskelig å sette ord på opplevelser, erfaringer og følelser (Gretland, 2007). Fysioterapeut Montarou (2012) mener at ungdom kan ha nytte av denne kompetansen, fordi de behøver et kroppslig perspektiv på hva de føler, og det er ikke alltid en samtale holder. De trenger kunnskap om hvordan psyke og kropp henger sammen (Montarou, 2012). Da kan de lære seg hvordan de selv kan håndtere stresset og de vanskelige følelsene sine, slik at de kan skille det fra sykdom (Ottesen & Øyehaug, 2016). Flere psykomotoriske fysioterapeuter² trengs, spesielt innen psykisk helsevern for barn og unge. Ungdom trenger å lære seg hvordan man tar vare på hele seg jfr. Montarou (Engelsen, 2021).

² Heretter også referert som *Psykomotorikere*.

1.2 Tidligere forskning

Det finnes studier om PMF og ungdom som pasientgruppe, men de fleste baserer seg på forskningsintervju av psykomotorikere, få studier fra pasientperspektiv. Tidligere studier om ungdommers erfaringer med psykomotorisk fysioterapi er begrenset, noe som bekreftes gjennom søk i ulike databaser etter tidligere forskning³.

Erfaring fra psykomotorikere er at de kan bidra til at ungdom får bedret kroppskontakt, økt forståelse av egne følelser, og dermed blir tryggere i seg selv (Henriksen, 2016; Bjørklyhaug, 2016; Karlsen, 2020).

Øvrig litteratur innen ungdom og fysioterapi er i hovedvekt rettet mot trening og idrett. Flertallet av studiene innen PMF og ungdom konkluderer med at det trengs mer forskning på feltet.

En av studiene jeg fant basert på pasienterfaring var masteroppgaven til Løvaas (2021), som intervjuet ungdom om deres erfaring med PMF som behandlingstilnærming for angst. Studien trekker frem betydningen av å forstå egne kroppslige reaksjoner og årsakssammenheng. Informantene oppgir opplevelse av bedring med deres kroppslige plager relatert til psykosomatiske helseplager knyttet til stress og angst (Løvaas, 2021).

Studien til Vestli (2019) belyser noe av det samme med tanke på økt kroppsbevissthet, men behandlingstilnærmingen var gruppebasert. Ungdommene som deltok i fokusgruppeintervjuet oppgav at de følte på stress relatert til skole, sosiale medier og kroppspress. Gjennom deltakelse i psykomotorisk bevegelsesgruppe erfarte bedret kroppsforståelse og redusert stressplager (Vestli, 2019). En fagrapport (2014) understøtter studien, som omhandler PMF i skolehelsetjenesten, med gruppebasert tilnærming til elevene for å redusere stress. Resultatet viste at bevegelsesgrupper basert på psykomotoriske prinsipper gav avspennende effekt, og elevene ønsket at dette skulle implementeres i undervisningen ved skolen. PMF kan være en viktig del inn i det tverrfaglige arbeidet i skolen (Eklöf-Flugstad & Øyehaug, 2014).

³ Jeg søkte i følgende databaser: Cinahl, Oria, Cochrane, SweMed+, PsycINFO, Google Scholar og Pubmed. Søkeordene jeg brukte var både norsk, men også tilsvarende på engelsk: Norsk psykomotorisk fysioterapi/ Norwegian psychomotor physiotherapy, fysioterapi/physiotherapy i kombinasjon med Ungdom/unge/tenåringer-Teenagers/youth/adolescence, young adult.

Det oppfattes av flere psykomotorikere at det viktigste i møte med ungdom er å støtte dem i å utforske og sette ord på kroppslige erfaringer i behandlingen, og knytte det til livserfaringer. At terapeuten regulerer og tuner seg inn etter pasienten er essensielt for å skape et trygt miljø for ungdommene, slik at de kan utforske konkret kroppslige erfaringer (Karlsen, 2020).

Kroppslig tilnærming kan gjøre det enklere for tenåringene å åpne opp for refleksjoner, følelser og tanker. Det kan være verdifullt, da psykomotorikere opplever tenåringene selvkritiske overvåker egen kropp, utseende og prestasjoner (Bjørklyhaug, 2016).

Psykomotorikere antyder en korrelasjon mellom plager og høye krav til kropp og prestasjon, og ungdommer har utfordring med å sette ord på hvordan de har det, men at de kan gjennom PMF få hjelp til å «finne språket» (Karlsen, 2020; Bjørklyhaug, 2016).

Ungdom har *behov for trygghet, behov for å erfare seg selv, behov for å bli sett og gjenerobre sin kropp* (Henriksen, 2016, s. 54). Fire punkter som psykomotoriske fysioterapeuter i studien til Henriksen (2016) trekker frem som sentralt i møte med ungdom. Terapeutene erfarer at PMF med sin helhetlige tilnærming kan omfavne de fire behovene hos ungdom (Henriksen, 2016).

Jeg vil også belyse masteroppgaven til Opaas (2012), en tverrsnittstudie av 184 psykomotorikere, hvor det bekreftes at PMF også treffer ungdom som pasientgruppe, 60% av psykomotorikere i studien jobber med ungdomspasienter. Psykomotorikere viser til at PMF kan hjelpe ungdom med å mestre livet, ved å etablere en økt kroppslig trygghet.

Relasjonsbygging er viktig, hvor ungdommene møtes med anerkjennelse og bekreftelse (Opaas, 2012). Studien belyser også utfordringer som informantene opplever i møte med ungdomspasienter, som lite modenhet og evne til refleksjon, samt høyt fravær.

Henvisningsårsakene står i samsvar med andre studier, tenåringene kommer blant annet på grunn av muskel-skjelettplager, angst, hodepine, stress, pustevansker og uro (Opaas, 2012).

Øvrig er det flere kvalitative studier som har utforsket voksne pasienters erfaringer med PMF, som flere etter min tolkning har trukket frem viktigheten av å føle sammenheng i kroppen, opplevelse av helhet og regulert, og erfare seg selv (Sviland m.fl, 2014; Ekerholt & Bergland, 2006; Dragesund & Øien, 2020; Dragesund & Øien, 2021).

1.3 Studiens hensikt og problemstilling

Etter min forståelse av tidligere forskning fremkommer det at psykomotorisk fysioterapi kan være nyttig behandlingstilnærming for ungdomspasienter. Flere studier belyser psykomotoriske fysioterapeuters forståelse av hva de kan bidra og være til hjelp for ungdom. Men færre studier undersøker hva ungdommer selv mener.

Formålet med denne oppgaven er å bidra med kunnskap om PMF som behandlingstilnærming til ungdom, sett fra pasientperspektiv. Kunnskapen vil kunne være relevant for de som jobber med denne pasientgruppen, de som henviser og på systemnivå. På bakgrunn av dette har jeg utarbeidet følgende problemstilling:

«Hvordan beskriver ungdom psykomotorisk fysioterapi, og hvilke endringer erfarer de i behandling?»

1.4 Avgrensning og utdypning

I min studie har jeg valgt å avgrense på alderstrinn-*ungdom* 16-19 år⁴. Ungdomsfasen er en periode i livet, som stadig trekkes frem som kanskje en av de mest betydningsfulle fasene i livet, fordi det skjer store endringer både fysisk, psykisk og sosialt. Endringene og omstillingen gjør at ungdomstiden kan erfares som vanskelig for flere, med flere mindre eller større «livskriser». I utviklingsteori og utviklingspsykologi har det vært vanlig å dele inn i alderstrinn eller faser, mens i nyere teori har man heller fremstilt endringer som blant annet utviklingshopp. Jeg forstår ungdomstiden både som en fase hvor det skjer store endringer som har følge for livet senere, men også som en del av en livsløpsprosess, hvor en må forstå individuelle forskjeller.

⁴ Jeg definerer ungdom til tenårene, som er 13-19 år.

2 Teori

I dette kapittelet presenteres teori som anses relevant til å belyse resultatene i denne studien. Psykomotorisk fysioterapi er prosjektets teoretiske ramme. Kroppsfenomenologi anser jeg som relevant, fordi teorien knytter erfaringer og subjektet til kroppen. For å forstå ungdom som pasienter i PMF tenker jeg at kunnskap om utvikling er sentralt. Da anser jeg Sterns teori om selvutvikling som relevant, siden et av kjernespørsmålene i ungdomstiden er «hvem er jeg?». Erikssons teori om psykososial utvikling og Løkkes forståelse av ungdomstiden er valgt for å forstå selve ungdomsfasen og hvilke utfordringer ungdommer står i.

2.1 Utvikling

Fra vi er født og frem til 18 årsalderen går barn gjennom en endringsprosess, som også betegnes som *utvikling*- endring over tid. Historisk sett har utviklingsteorier basert seg på rene beskrivelser av barn på ulike alderstrinn, i senere tid forstås barns utvikling i et biologiske, kulturelt og sosialt perspektiv. Individets utvikling ses i sammenheng med omgivelsene det befinner seg i, fordi miljø og individ er i kontinuerlig og gjensidig påvirkning av hverandre, *transaksjonsmodellen* (Tetzchner, 2012).

Flere teoretikere innen utvikling vektlegger utviklingsmessige stadier, slik Erikson fremsatte teorien om stadier i den psykososiale utvikling. Styrken til stadiet inndelingen er at det gir en fremstilling over hva en kan forventes på det enkelte stadiet, men dens svakhet er at det ikke gis forklaring på individuelle forskjeller i utviklingen. Derfor er det flere som anser det mer hensiktsmessig å se på utvikling som en dynamisk, livslang prosess. Slik Stern teori om utviklingen av selvet gjør (Smith, 2018).

2.1.1 Utviklingen av selvet

Stern er mest opptatt av utviklingsprosesser, men sier mindre om intrasubjektive erfaringer og konfliktområder. Teorien er empiridrevet, hvor Stern gjennom videoanalyse, viste betydningen av den spontane, kroppslige og affektive siden av samspillet mellom spedbarn og omsorgsgiver. Kroppen trekkes inn som viktig og gyldig i samspillet. Dette gir umiddelbart assosiasjoner til samspillet mellom pasient og terapeut (Hustad, 2018, s. 2).

Sterns teori om utviklingen av *selvet* brukes ofte i litteratur om psykomotorisk fysioterapi for å forstå empiriske funn som belyser selvpålevelse⁵ (Gretland, 2016; Stern, 2003).

Fra vi er født er mennesket vendt mot andre, og inngår i samspill med andre. Slik kan man forstå utviklingen av relasjon og selvet som to sider av samme sak. Intersubjektiv deling skjer fra livets start, hvor spedbarnet har en medfødt kapasitet til å inngå i samspill, fornemme og dele andres tanker, følelser og intensjoner, og regulerer seg etter det (Stern, 2003). Stern bruker begrepet *intersubjektivitet*, som omhandler det som skjer mellom subjekter i samspillet. Et opplevelsesfellesskap mellom dem, som er samskapt og noe mer enn individene alene. Det er en forståelse av at en subjektiv opplevelse kan deles med andre. Stern beskriver også at vi kan erfare «*nå-øyeblikk*», en intersubjektiv kontakt, og beskrives som: «*jeg vet at du vet at jeg vet*» eller «*jeg føler at du føler at jeg føler*» (Stern, 2007, s. 93). Et øyeblikk hvor to personer har evnen til å «*lese*» den andres intensjoner og følelser. Han beskriver at det ikke skjer på mystisk vis, men på bakgrunn av å betrakte den andres bevegelse, holdning, stemmeleie, ansiktsuttrykk, man merker den umiddelbare konteksten for atferden til den andre. Dette trekkes frem som noe av det viktigste i psykoterapi (Stern, 2007).

Stern er opptatt av at barn har en personlighet fra de er født. Omsorgsgiveres oppgaver blir dermed å oppdage, møte og bekrefte spedbarnet for det det er, ikke forme det. Det er i det bekreftende samspillet at barnet oppdager og blir seg selv. Det betyr at spedbarnet har medfødte egenskaper som utvikles og muliggjør intersubjektiv atferd. Før språket er utviklet skjer kommunikasjon og samhandlingen gjennom kroppsspråket. Senere utvides dette med å inkludere det verbale språket også. Til at barnet til slutt kan formidle sin egen livshistorie og en utvidet forståelse av seg selv (Stern, 2003).

Utviklingen av selvet defineres som: «*barnets totale organisering av de erfaringene det gjør*» (Stern, 2003, s. 15). Selvet er noe indre, som danner en skisse av mennesket og som svarer på spørsmålet «*hvem er jeg?*» (Stern, 2003), som er kjernespørsmålet i ungdomstiden. For at barnets skal utvikle seg mener Stern at det er nødvendig med kommunikasjon mellom omsorgsgiver og barnet fra de er født.

⁵ Stern bruker begrepet «Sense of self», men er oversatt til norsk av Øystein Randers-Pehrson i boken *Spedbarnets interpersonlige verden*, til: *selvpålevelse* eller *selvfornemmelse*.

Det beror på at omsorgsgivere har en forståelse av at barnet har en selvfølelse helt fra de er født, at de kan se, høre, lukte og gjennom sansene forbinder seg til andre subjekter helt fra starten (Stern, 2003).

Barnet lærer tidlig å kommunisere gjennom gester og følelsesuttrykk, og da vektlegges ansikt-til-ansikt kontakt. Det kommuniserer gjennom gjensidig regulert samspill. Fra tidlig av erfarer barnet at «den andre person» er viktig medspiller for at samspillet skal fungere og opprettholdes. Kjennetegnene ved samspillet er tur-taking, stigende og synkende følelsesintensitet. Gjennom samspillet får barnet erfaringer og opplevelser, som danner grunnlaget for *selvet* (Stern, 2003).

I følge Stern (2003) er det tre ting som samspillet bør inneholde for at det skal bidra til selvutvikling: *følelsesmessig regulering*, at barnet utvikler evnen til å nyansere og kontrollere sine tilstander som et produkt av omsorg. Det neste er at omsorgsgiver har evne til å modulere egne inntrykk ut fra barnets sanseintrykk, kalt *gjensidig referering*. Til sist *sosial regulering*, at barnet regulerer sin atferd basert på informasjon fra omsorgsgivers kroppslige uttrykk. Barnet får en følelse om hvordan det bør oppføre seg og agere i den gitte situasjonen (Stern, 2003). Basert på dette kan en oppsummere at barnets utvikling av selvet bygges på det sansende, følende, handlende og til sist symboliserende barnet i relasjon med andre viktige personer, omsorgsgivere (Stern, 2003).

Stern hevder at utviklingen av selvet innebærer utviklingen av fem selv-områder: det gryende selvet, kjerneselvet, det subjektive selvet, det verbale selvet og det narrative selvet. Selvområdene utvikles i den skisserte rekkefølgen, hvor selvområdene føyer seg til de eksisterende og forblir aktive hele livet- *livsløpsprosess*. Fra følelse av et gryende selv til kjernen i en selvfølelse (Stern, 2003). Stern beskriver ikke faser som Erikson, men utviklingslinjer. De tre første er ikke-språklig, og utviklingen og kommunikasjon skjer non-verbalt, mens de to siste selv-områdene er språklige, og reguleringen skjer verbalt (Stern, 2003).

Det gryende selvet starter fra fødselen av, hvor barnet langsomt begynner å få en følelse av selvet. Starten av organisering av erfaringer. Barnet bruker sansene for å danne et helhetlig bilde av verden, og kan oppfatte den som samlet enhet, Stern kaller det for *tverrmodal persepsjon* (Stern, 2003).

Kjerneselvet starter i 2-3 måneders alder, hvor barnet i større grad knytter mening og sammenheng til kroppslig erfaring og atferd. Barnet oppdager at det er fysisk atskilt fra moren, og forstår seg selv som en enhet. Det erfarer at det har sin egen historie, affekter og vilje. Barnet opplever at det er i stand til å påvirke, i betydning av å få ting til å skje. Det erfarer sin aktørstatus, «*self agens*» ifølge Stern (Stern, 2003).

Gjennom samspillet på kjerneselvområdet utvikles den grunnleggende følelsesreguleringen til barnet. Det skjer via det Stern betegner som «en selvregulerende annen», som er omsorgsgiver, da trekkes spesielt mor frem som viktig. Dersom spedbarnet ikke blir tilstrekkelig regulert og opplever stadige brudd og begrensninger for synkronisert samspill ansikt til ansikt, inntoning og kroppslig dialog, kan det påvirke hvordan en håndterer emosjoner senere i livet (Stern, 2003).

Ved syv til ni måneders alderen starter barnet å utvikle tilstander som intensjoner, oppmerksomhetsfokus, og følelser. Ett nytt organiserende subjektivt perspektiv, hvor det handler om å dele indre subjektive erfaringer med andre. Erfaringen av et *subjektivt selv*, og en annen er avhengig av muligheten for delt oppmerksomhet, og delt opplevelse. Da kan en tillegge andre hensikt og motiver, og slik forstå den andre riktig. Ønske om å bli forstått, sett og anerkjent er et viktig behov hos barnet. Opplevelse av å bli misforstått neglisjert vil være sterk. Empati utvikles, og ved at noen følelser inntones og andre ikke, vil spedbarnet erfare hvilke emosjoner som kan deles med andre, og hvilke som forblir undertrykket (Stern, 2003).

Ved femten måneders alderen begynner barnet å lære seg å snakke og erfarer at det kan begynne å beskrive seg selv med ord, *det verbale selvet*. Erfaringer blir til både opplevelsen i seg selv, men også en språklig beskrivelse av erfaringen. Det kan begynne å beskrive opplevelsene sine og i større grad dele det med andre, eksempel: barnet husker at det har lekt med en bil, og kan beskrive det med ord. Jo bedre språkevne blir jo mer kan barnet fortelle sin historie om livet sitt. Det betegner Stern som det *narrative selvet* (Stern, 2003).

Oppsummert slik Hustad tolker Stern kan en si at det er gjennom relasjon utviklingen av selvet skjer. «*Ingen blir til uten samspill med andre*» (Hustad, 2018, s. 1). Å være i kontakt, føle tilhørighet og anerkjennelse er grunnleggende (Hustad, 2018). Kunnskap om spedbarnets relasjonelle verden er viktig for forståelsen av hva som er betydningsfullt i den terapeutiske relasjonen.

Intersubjektiv kontakt er avgjørende for endring i terapi, da er det en forutsetning at man har felles oppmerksomhet, det vil si at erfaring og opplevelse deles med en annen -mellom to subjekter, *intersubjektivitet*. Opplevelse av et *selv* og erfaring i relasjon kan forstås som grunnsteiner for identitetsutviklingen (Stern, 2003).

2.1.2 Ungdomsfasen

Identiteten utvikles gjennom læringsprosessen, og anses som den viktigste utviklingsoppgaven i ungdomstiden, -å utvikle «en ny identitet» (Tetzchner, 2012). Jeg forstår utviklingsoppgaver som noe som kan skape endring eller retning i ungdommens liv. Erikson er blant den mest anvendte på alderstrinnet *ungdom* ifølge blant andre Tetzner. Teorien til Erikson om personlighetsutvikling, også omtalt som *Eriksons psykososiale stadier*, bygger på Sigmund Freud, men vektlegger i større grad sosiale og kulturelle faktorer i utviklingen, samt menneskets tilpasning til og samspill med omgivelsene (Tetzchner, 2012).

Erikson (1992) mener at utviklingen skjer gjennom hele livet, men at menneskets personlige og sosiale utvikling skjer i faser, og gjennom ulike «kriser», som skal løses. Hvordan man løser de ulike «krisene» gjennom livet er avgjørende for læringsprosessen og dermed utviklingen av identitet (Erikson, 1992).

Ungdomsfasen er en krise som skal føre frem til en voksen identitet, individets *jeg*. Erikson (1992) beskriver ungdomsalderen som en overgangsfase fra barn til voksen. Barnealderens utviklingsstier er fullført, og ungdommen er på vei mot en selvstendig og uavhengig tilværelse som voksen. Alderstrinnet er preget av puberteten som innebærer kroppslige endringer, mange emosjoner, nye relasjonsformer og sosial deltakelse. Ungdomsfasen beskrives som en av åtte stadier i den psykososiale utviklingen. De åtte fasene er følgende: *tillit vs. mistillit*(spedbarn), *autonomi vs. tvil og skam* (1-2 år), *initiativ vs. skyldfølelse* (2-4 år) og *arbeidsevne vs. mindreverd* (5 år til puberteten), *identitet vs. rolleforvirring* (ungdom), *intimitet versus isolasjon* (tidlig voksen), *genereringsevne vs. stagnasjon* (middel voksenalder) og *egointegritet vs. fortvilelse* (alderdom) (Erikson, 1992).

Hver av fasene presenterer muligheter og kriser. Vi står ovenfor valgsituasjoner i de ulike fasene i livet, og hva vi velger og hvordan vi håndterer situasjonen vil være avgjørende om vi kommer svekket eller styrket ut fra situasjonen. Som igjen påvirker videre faser i livet.

Erfaringer og opplevelser fra barndommen vil ha betydning for hvordan ungdomsfasen håndteres av den enkelte, hvis barndommen har vært vanskelig er man ekstra sårbar i ungdomstiden (Tetzchner, 2012).

Erikson beskriver at ungdomsfasen handler om at tenåringene skal finne seg selv og bli trygge på den man er, og utvikle egen identitet. Rollekonflikter kan oppstå hvor man kanskje både ønsker å være skoleflink, samtidig kul i vennegjengen, hvor skole ikke er så nøye. Det krever refleksjon på hvem er jeg og ta eierskap til egne følelser og tanker, men også følelsen av tilhørighet i relasjon til andre (Erikson, 1992).

Ungdommen trer inn i en større sosial sammenheng, hvor de møter nye krav, forventninger og press. Det forventes at ungdommen skal løsrive seg fra omsorgsgivere (foreldre) og i større grad ta ansvar for eget liv og helse. Da er det en forutsetning av kravene som stilles står i samsvar med ungdommens utvikling og modenhet. Individet og miljøet påvirker hverandre gjensidig, hvis ungdommen får positive tilbakemeldinger og ros fra omgivelsene vil det kunne gi grunnlag for positiv identitetsutvikling. Derimot hvis det stilles for store krav til hva tenåringen kan håndtere, vil det kunne medføre rolleforvirring og identitetskrise (Erikson, 1992).

Løkke (2021a) beskriver i likhet med Erikson at ungdomstiden dreier seg om *selvoppdagelse* og det eksistensielle spørsmålet «Hvem er jeg?» dukker opp. De skal øve seg og lære å ta ansvar for eget liv. I denne utforskningsfasen oppstår det «kriser» i ulike størrelser. Det er for første gang mulighet for å møte sine følelsesstormer selv, og utvikle egne strategier og planer for å leve med livets kriser uten å gi opp håpet og drømmer. En naturlig del av det å begynne å bli voksen, men som kan være utfordrende og vanskelig for flere (Løkke, 2021a).

I ungdomstiden flyttes fokuset fra å være veldig familiesentret til å bli mer opptatt av jevngamle, fritidsarenaer, skole og kjærester. Arenaer utenfor hjemme blir viktig for utvikling av identitet, for psykisk og fysisk helse og sosial tilhørighet. Dette medfører ofte lukking av det intime rommet til familien, og ungdommen utforsker sine grenser, rettighet og selvstendighet (Løkke, 2011). Men når går dette skillet, og hvordan vet man at barndommen er forbi og at man er blitt voksen? Erfaringsmessig vet vi at dette er veldig individbasert, og valg som gjøres som barn og ungdom vil påvirke hvor fort man må bli voksen.

Ungdom kan erfare store kroppslige endringer, hvor speilbilde er noe som ikke ligner deg selv, eller man kjenner på nye og ukjente følelser og fantasier, et ønske om å være selvstendig, men samtidig et ønske om det trygge i barndommen. En ungdom er sammensatt og opplever mange motstridene skisser av seg selv, som kanskje ikke enda henger sammen, men drar i motsatte retninger. Kropp, seksualitet og identitet er i forandring. Det skjer en utvikling hvor en kanskje må si farvel og «rive ned» noe av det gamle, for å bygge noe nytt (Løkke, 2018). Løkke referere til psykoanalytikerens Donald W. Winnicott, som beskriver det som *kreativ destruksjon*- en beskrivelse av ungdommens transformasjon. Ungdom har behov for å rive ned og løsrive seg fra foreldreautoriteten. Samtidig kan det være en periode hvor det er helt stillstand (Løkke, 2021a).

Det er viktig å anerkjenne at ungdommen kan gjennomgå tilsynelatende uproductive perioder også (Løkke, 2021a). Eriksson (1992) bruker begrepet *moratorium*, som viser til lignende fenomen av påfallende stillstand, hvor det ses en ytre stillstand, men i motsetning til Winnicotts beskrivelse, skjer det mye indre aktivitet. Erikson tydeliggjør viktigheten av å gi rom og tid til ungdommen-når det tilsynelatende er stillstand. Fordi det er da det skjer mye på innsiden og identitet vokser frem (Erikson, 1992).

2.1.3 Nåtidens utfordringer ved å være ungdom

Ovenfor er mange av ungdomsfasens utfordringer beskrevet, men nyere tid medfølger det også andre utfordringer som generasjon før ikke kjente på. Ifølge Løkke er det i nyere tid mer fokus på stress, press, og diagnoser som angst og depresjon (Løkke,2021). Overvåking, krav og forventninger er noe dagens unge kan kjenne på, slik var det ikke for 20 år siden ifølge Løkke (2021a). Dagens ungdom får ikke lengre privatliv som tidligere. Foreldre er i større grad involverte og kommer tettere på enn før. I tillegg er skolen en autoritet for tenåringene, med fraværgrenser, vurderinger og frister for oppgaver. Økte krav om å gjøre det godt på skolen og få gode karakterer, for å kunne velge den utdanningen du ønsker når du er ferdig med grunnskolen (Løkke, 2021a).

Teknologien har også satt et ytterligere press hvor man bør være oppdatert på flere fronter, sosiale medier for ikke falle bakpå og utenfor den sosiale arenaen på internett. Tilgjengeligheten blir mye større i form av å finne svar på alt, men hvor ungdommen føler seg mer forvirret enn noen gang (Løkke, 2021a).

Er det tilstrekkelig med rom og tid for at ungdommen skal kunne møte sine følelsesstormer, eller overskygges det av den evige runden «hamsterhjulet», med alle krav og forventninger som skal innfris. Eller møtes ungdommers livskriser med enkle, raske løsninger, hvor det ses en økning av barn og unge som medisineres og diagnostiseres (Løkke, 2011). Glemmer man litt fornuften og tankene om at utvikling tar tid og ulike følelse stormer og kriser er en naturlig del av det å være tenåring.

2.1.4 Medikalisering og den instrumentelle fornuft i møte med ungdommen

Løkke uttrykker en bekymring rundt at ungdomsfasens naturlig og komplekse utviklingsprosesser, og den enkelte ungdommens unike og sammensatte livsverden stadig blir redusert til altfor enkle kategorier. Største konsekvens av dette er at vi mulig sykeliggjør en naturlig livsfase, og den opplevde krisen som nødvendigvis må følge med den. Både psykisk helsevern, den vitenskapelige psykologien og den markedsstyrte trang til å selge mest mulig effektive behandlingsmetoder bidrar til denne forenklingen og sykeliggjøringen av ungdomstiden (Løkke, 2011, s. 9). «Sykeliggjøring av naturlige og normale livsprosesser» (Thornquist, 2016b, s. 79), også kalt *medikalisering*, er ifølge Thornquist å omdefinere livsproblemer til diagnoser og sykdom.

Det er en foruroligende økning av unge som medisineres og diagnostiseres, spesielt i USA og europeiske land. Medikalisering er et begrep som viser til at behandlingen og måten man blir møtt i helsevesenet er symptomorientert, pasienter blir definert, og får hjelp ut fra og innenfor medisins logikk (Thornquist, 2016b). Når hjelpen blir slik, symptomorientert, ses kun det ytre og «rommet bakenfor» forsvinner, og kan dermed miste hele innholdet i ungdommers livskrise. Løkke betegner dette som *den instrumentelle fornuften*, som ungdommen møter, hvor det kan både være snakk om medisinering, kognitiv atferdsterapi eller plastisk kirurgi for rask og effektiv hjelp. Symptomer forstås i en biomedisinsk forstand, som et teknisk problem, avskåret fra personen og dens livshistorier (Løkke, 2011).

Den instrumentelle fornuftens metoder er ute etter effektivitet, og kan lett (mis) brukes av helsevesenet. Dette er særlig tydelig i møte med tenåringer, hvor de behandles objektivt, uten å gå veien om deres livshistorier. Slik forhindres ungdommen å utforske sin individualitet og muligheten til å erfare sitt unike indre liv i krisens kjerne. Den instrumentelle rasjonaliteten lærer ungdommer å tenke bort fra seg selv, og forhindrer de i å få kontakt med sine individuelle emosjonelle utfordringer i eget liv- koble seg fra egne følelser (Løkke, 2011).

Det instrumentelle perspektivet er kortvarig og målrettet, og det motsatte av hva Eriksson mener ungdom trenger for å utforske sitt indre liv-egen personlighet og identitet, nettopp tålmodighet og tid. Den instrumentelle rasjonalitet kutter ungdommens unike livshistorie, ressurser og erfaringer (Løkke, 2011). «*De trenger å få hjelp til å finne seg selv, ikke administrere effektiv symptombehandling. Å finne seg selv betyr å stå opp for et originalitetsprinsipp: hver og en av oss har en særegen personlighet og erfaringsverden. Forutsetning for å forstå og hjelpe andre må ta sitt utgangspunkt i dette prinsippet*» (Løkke, 2018, s. 2).

2.2 Psykomotorisk fysioterapi

Psykomotorisk fysioterapi (PMF) møter helseplager med en forståelse av at biologiske, psykososiale og fysiske forhold er uatskillelige og samspillende. PMF ble utviklet i perioden 1947-1953, da psykiateren Trygve Braatøy og fysioterapeuten Aadel Bülow-Hansen startet sitt samarbeid om behandling av pasienter i psykiatrien (Gretland, 2016; Thornquist & Bunkan, 1995). Sammen utviklet de en fysioterapeutisk metode for å komplementere psykoanalytisk behandling av nevrotiske pasienter, som ble utspringet til behandlingstilnærmingen i dag kalt Norsk psykomotorisk fysioterapi⁶. Det som var annerledes med PMF var synet på kroppen som en samspillende og integrert enhet, og at man skulle behandle hele kroppen, ikke kun symptomer. Symptomer ble ansett som kun et varsel om at noe i kroppen var i ubalanse og ble ikke særlig vektlagt i behandlingen (Ekerholt & Gretland, 2018).

PMF var nytt og brøt med det tradisjonelle biomedisinske perspektivet på kropp og sykdom, preget av *kropp-sjel-dualismen*. I biomedisinen forstås kroppen adskilt fra sjelen og symptomer forstås uten å gå veien om personen og dens subjektive menings- og erfaringsverden, kropp-sjel og syk-frisk tenkning.

⁶ Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) er betegnelsen som brukes i dag for å skille den behandlingstilnærmingen som anvendes i Norge fra andre metodiske tilnærminger internasjonalt, som faller under paraplybegrepet «psykomotorisk» fysioterapi. I oppgaven vil jeg bruke benevnelsen PMF, men understreker at jeg da referer til NPMF.

At følelser og kropp hadde sammenheng og gjensidig påvirket hverandre, var for de fleste en ny erkjennelse (Thornquist & Bunkan, 1995).

Gretland (2016) belyser at i psykomotorisk fysioterapi er «*den levende kroppen innfallsvinkelen til personen*», som tar sikte på at «*Pasienten skal oppleve kroppen og oppleve via kroppen*» (Gretland, 2016, s. 141). I PMF er man ute etter å se sammenhenger mellom personens kroppsholdning, bevegelsesmønster, respirasjon og følelser, men i tillegg deres livshistorie. Det fokuseres på den levende kroppen, som erfarer og er i bevegelse, åpen for opplevelser, men som samtidig er i relasjon til mennesker rundt seg og er i stadig utvikling (Gretland, 2016).

PMF kan anses som en form for kroppsbevissthetsterapi, hvor en søker å øke kontakt og varhet med kroppens reaksjonsmåter og signaler. Hvor man utforsker biologiske strukturer og funksjoner som autonom aktivering, kroppsholdning og bevegelsesmønster (Gretland, 2016). En ser på om reaksjonsmåter og bevegelsesmønstret til pasienten kan føre til belastninger på kroppens biologiske vev. Samtidig forstås kroppslige væremåter og spenningsmønstre i lys av livet som er levd, hvordan pasienten bruker seg selv i hverdagslige bevegelser (Ekerholt & Gretland, 2018).

Våre spennings -og bevegelsesmønstre kan ses i sammenheng med måten vi følelsesmessig regulerer oss selv. Eksempelvis når vi biter tennene sammen for å «tåle» og få mindre kontakt med emosjoner som sinne eller bitterhet. Eller hvor en pasient bremser pusten for å unngå redsel. «Å bremse pusten er å bremse seg selv», følelsesuttrykk slipper ikke til, og et slikt mønster kan over tid medføre negative konsekvenser sett i et biologisk perspektiv. For noen kan det være nødvendig og hensiktsmessig i et sosialt og personlig perspektiv. Derfor er det så viktig å se hele mennesket i behandling, både kroppslig uttrykk, men også sett i sammenheng med deres livserfaring (Gretland, 2016).

Kontroll er ikke entydig negativt, noen ganger nødvendig. Det ideelle er å ha evnen til å tilpasse seg ulike situasjoner og krav, det som i PMF betraktes som fleksibilitet- evnen til nyansering, tilpasse kontroll og tilpasse væremåter (Thornquist & Bunkan, 1995).I behandlingen veksler derfor psykomotorikeren mellom å forstå sammenheng i kroppen, men også kroppen i sammenheng med livet vi har levd (Gretland, 2016).

Målet ved PMF er en kroppslig omstilling av holdning og bevegelsesvaner (Thornquist & Bunkan, 1995).

Bülow-Hansen og Braatøy erfarte at pasientene gjennom massasje og arbeid med kroppsholdning og bevegelse, oppnådde friere pust og bevegelsesmønstre. De kom også kom i bedre kontakt med følelsene sine og kunne uttrykke seg friere (Thornquist & Bunkan, 1995). I behandling er dermed terapeutens oppgave å utforske disse kroppslige sammenhengene med pasient. Hensikten er at pasienten skal utvikle selvinnsett i egne plager gjennom å begynne å legge merke til kroppslige uttrykk og reaksjonsmønstre i behandlingssituasjonen (Thornquist & Bunkan, 1995). Samtidig som det er et mål å legge til rette for at pasienten får kontakt med følelsene sine og sette ord på dem. Det forutsetter at psykomotorikeren har en anerkjennende holdning og skaper trygghet i behandlingen (Gretland, 2016).

Psykomotorisk fysioterapi vektlegger hele kroppen, man starter ofte med bena og jobber seg oppover. Dette fordi det er en forutsetning å ha et godt fundament, «ha gode ben å stå på» for å oppnå fri funksjon (Ekerholt & Gretland, 2018). I psykomotorisk fysioterapi er det å «*ha gode ben å stå på*» både en metafor for å «*stå på egne ben og stå trygt i seg selv*», men har samtidig en konkret og kroppslig betydning, samt en forutsetning for å endre på spenningsforhold i kroppen. Endring av spennings- og belastningsforhold i eksempelvis nakken kan ikke etableres uavhengig resten av kroppen (Henriksen, 2016)-jf. thornquist&Bunkan,1995). Det å «*stå på egne ben*» er en metafor som også brukes i ungdomsfasen, hvor tenåringer går i møte med det å bli voksen, stå for egne valg, bli selvstendige og frie individer. Et aktuelt tema å jobbe med i behandling av ungdom, fordi det får en dobbeltbetydning, en konkret kroppslig betydning, samtidig som det har betydning øvrig i livet, med å stå tryggere i seg selv (Henriksen, 2016).

Virkemidlene som brukes i PMF er som tidligere nevnt øvelser, bevegelser og massasje (Thornquist & Bunkan, 1995). Massasje og berøring er så mye mer enn akkurat det som utføres med hånden. Berøring og håndlaget er noe av det viktigste redskapet vi som fysioterapeuter har. Karlsen (2020) trekker frem massasje som et viktig hjelpemiddel som psykomotorikere bruker for å fremme ungdommers kroppskontakt og følelser, slik at de kan erfare og uttrykke seg selv bedre kroppslig og verbalt (Karlsen, 2020).

Vi påvirker vevet gjennom massasje og berøring, men også følelseslivet til pasienten. Respirasjon er styrende for behandlingen, og håndgrepene i PMF skal være rettet mot ulike måter å påvirke pusten (Thornquist & Bunkan, 1995). Det er en utvidende måte å kommunisere på, det er ikke bare det verbale språket som vektlegges, men kroppen i interaksjon med den andre (Thornquist, 2016b).

Ifølge Gretland (2007) er fysioterapi en relasjonell virksomhet, et opplevelsesfelleskap mellom pasient og terapeut. Ingen blir til uten samspill, og relasjon i behandling er endringsskapende (Hustad, 2018). Da snakker vi om det Stern referer til som intersubjektivitet, som er svært aktuelt begrep i den relasjonelle virksomheten i PMF.

Øvelser og bevegelser brukes for å underbygge omstillingsprosesser som er igangsatt hos pasienten (Thornquist & Bunkan, 1995). I følge Bråtøy kan kroppslig omstilling bidra til bedre kontakt med følelseslivet og kroppslig erfaring, samtidig som muskulære spenninger kan vanskeliggjøre kontakten med sitt indre jeg (Thornquist & Bunkan, 1995).

Ungdom som holder på et kroppslig og følelsesmessig forsvar, vil dermed ha utfordring med å komme i kontakt med seg selv. Det kompliserer utforskningen av «kroppen i endring» og utviklingen av identitet og trygghet i veien på å bli voksen (Karlsen, 2020). Et hovedmål i PMF er ifølge Thornquist & Bunkan (1995) «å utvikle varhet og kontakt med kroppens signaler og reaksjonsmåter, opplevelse og forståelse av sammenheng mellom kropp og følelser, og å utvikle en opplevelse av kroppen som MEG» (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 72). I PMF etterstreber man en kroppslig endring eller omstilling, men det vil samtidig skje en følelsesmessig endring, hvor forhold til egen kropp, til plager, situasjoner og medmennesker endrer seg. Dermed jobber fysioterapeuter aldri bare med kroppslige forhold, men gjør noe med hele mennesket og med deres forhold til egen kropp, og dermed sin egen identitet (Thornquist & Bunkan, 1995).

2.2.1 Kroppsfenomenologi

PMF er en behandlingsform som teoretisk og filosofisk er forankret både i biomedisin, men også i psykologi og fenomenologi. Kroppsfenomenologien bestrider ikke naturvitenskapene, men vektlegger også menneskers subjektive erfaringer og relasjon til andre mennesker og verden som viktig (Thornquist, 2018). Braatøys bøker og artikler var viktige bidrag til en fenomenær kroppsforståelse, men det var først Merleau-Ponty (1994) som kom med et konsistent alternativ til den dualistiske kroppsforståelsen (Merleau-Ponty, 1994). Fra 1990 tallet har Merleau-Pontys kroppsfenomenologien vært en viktig reflekterende kilde innen PMF (Ekerholt & Bergland, 2006). Mennesket subjektsubstans knyttes til kroppen: mennesket er i verden og opplever- og forholder seg til verden, som kropp, og utvikler vaner basert på kroppslig læring (Merleau-Ponty, 1994). I PMF er man som tidligere skissert opptatt av både biologiske strukturer og enkelt funn, men alltid sett i sammenheng med hele kroppen, og levd liv (Ekerholt & Gretland, 2018).

Kroppsfenomenologien handler om at kroppen er sentrum for følelser, erfaring og uttrykksfelt. Våre handlinger og erfaringer blir ikke bare minner og forestillinger, men en del av det Merleau-Ponty (1994) beskriver som vår *kroppslighet*. Vår historie blir med oss gjennom livsløpet, og påvirker hvordan vi forstår verden. Kroppen husker og innehar kunnskap som ikke alltid kan verbaliseres. Dermed kan man si at en persons identitet og selvfølelse er innlemmet både av kroppslige væremåter og mønster (Merleau-Ponty, 1994).

Kroppen eksisterer i en dobbeltforstand, vi har kroppen og vi er kroppen, og det er gjennom kroppen vi har tilgang til verden, samtidig som kroppen er en del av verden. Merleau-Ponty bruker også begrepet *dobbeltsansinger*, som forklarer hvordan vi både kan bli berørt og berøre som kropper. Emosjoner og kropp gjensidig påvirker hverandre og henger sammen, slik at følelsene kommer til uttrykk kroppslig. Og slik kan det åpne opp for andres forståelse og tolkning av følelsesuttrykket, men det avhenger av hvordan andre forstår det (Merleau-Ponty, 1994).

Samfunnsviteren Bourdieu er en videreføring av Merleau-Pontys teori om kroppens sosiale natur. Han trekker frem at kroppen er en praktisk måte å vise sin selvfølelse. Vi lærer gjennom kroppen fra vi er født og vi utvikler vanemessige måter å omgås våre omgivelser, slik blir vi trygge i verden (Gretland, 2007). Slik Gretland (2007) tolker Bourdieu er identitet sterkt relatert til våre vaner, *habitus* som Bourdieu kaller det. Vaner er ikke overfladiske ferdigheter eller teknikker som lett kan endres. «*Habituelle væremåter er uttrykk for dyptgripende sosialisering, og derfor innvendig forbundet med selvfølelse og identitet*» (Gretland, 2007, s. 59)⁷.

Kroppslige væremåter er alltid bundet med verdier og kulturelle væremåter (Gretland, 2007). Det er normer for hvordan man kan opptre ut fra kulturelle kapital. Habituelle væremåter er knyttet til sosialt maktforhold i samfunnet, eller i det miljøet man befinner seg. Dermed vil en kunne si at habituelle væremåter kjennetegner både seg som person, men samtidig er et uttrykk for sosialiseringen du inngår i (Bourdieu, 1996).

⁷ Gretland henviser til: Bourdieu, P. (1990) Kroppens sosiale persepsjon. Sosiologi i dag, 3:3-11.

Kroppen lærer og tilpasser seg verden med væremåter som passer de sosiale settingen vi inngår i (Gretland, 2007). Bourdieu trekker i den sammenhengen også frem betydningen av ressurser individet har, som for eksempel prestisje, eiendom, sosial status og nettverk eller penger, og beskriver det som *kapital*. *Habitus* påvirkes av hvilken sammensetning av kapital individet har. Fordi de ulike ressursene medfører makt og fordeler, som kan benyttes til å oppnå goder i samfunnet (Bourdieu, 1996). Aktuelt tema for å forstå ungdom, hvilke «krav»-samfunnet og kulturen kan by på for å passe inn og ikke falle utenfor. Bourdieu belyser samfunnets betydning for menneskets utvikling og identitet (Gretland, 2007).

3 Metode

3.1 Vitenskapsteoretisk forståelsesramme

Studien har vitenskapsteoretisk forankring i både hermeneutikk og fenomenologi. I et fenomenologisk hermeneutisk perspektiv studerer man menneskers erfaringer og fortolkningene i lys av hverandre for å forstå det som forskes på og deres livsverden til en universell essens (Thornquist, 2018).

Fenomenologien betegnes ofte som læren om det som viser seg, og kommer til syne. I fenomenologien rettes synet mot verden slik den erfarer for subjektet, ikke mot verden i seg selv uavhengig av personene som erfarer den. Verden og subjektet er i interaksjon.

Fenomenologien er kunnskapsteoretisk anliggende, men er ofte oppfattet som introspeksjon og en mer intuitiv retning hvor det gjelder å «sette seg inn i andres verden» (Thornquist, 2018). Kunnskapen som fremtrer i studien er et resultat av gjensidig interaksjon og kommunikasjon, mellom ungdommen og meg som forsker. Funnene i studiet er et resultat av at vi sammen har reflektert rundt fenomenet som det forskes på, psykomotorisk fysioterapi til ungdom.

I hermeneutikken er fokuset fortolkninger og meninger, der menneskers erfaringer er sentrale for å bedre forståelse av den konteksten. Det søkes etter en dypere liggende mening enn det som umiddelbart kommer frem. Forståelsesprosessen karakteriseres med at forskeren veksler mellom helhet og del som en dynamisk prosess, i ønske om å forstå begge deler, *hermeneutiske sirkel*. I en hermeneutisk tolkning er der ikke en start eller slutt, det er en pågående prosess som stadig utvikles i samspill mellom del og helhet, tekst og forsker, og forforståelsen til forskeren (Krogh, 2009). Som forsker må jeg forsøke å se datamaterialet gjennom nøytrale briller, men være bevisst at min forforståelse vil påvirke mine fortolkninger. Mine egne fordommer settes på prøve, jeg må gå i dialog med ungdommene, med bevissthet rundt at de kan tenke annerledes. Slik kan nye forståelser av fenomenet som det forskes på tre frem, og utvide egne horisonter (Thornquist, 2018).

3.2 Forskningsdesign

Jeg ønsker i min studie å utforske hvordan ungdom erfarer psykomotorisk fysioterapi. En kvalitativ tilnærming ses som hensiktsmessig for å utforske pasientenes opplevelses -og meningsverden, dette fordi kvalitativ tilnærming bygger på teorier om fortolkning og menneskelig erfaring (Kvale & Brinkmann, 2019). Problemstillingen i denne studien handler om opplevelser, erfaringer og forståelsen til pasient. Dermed vil en kvalitativ tilnærming med et deskriptivt og eksplorerende design være egnet og passende. Jeg ønsker kunnskap om særtrekk, mønster og sammenhenger som er gjeldende for forskningsområdet som studeres (Kvale & Brinkmann, 2019).

Hensikten med studien er å gi stemme til ungdommens livshistorier, hvor handlinger, væremåter og utsagn er sosialt liv, og må derfor fremskrives i et språk som viser mennesket som meningsbærende og fortolkende, jf. (Thornquist, 2018).

3.2.1 Intervju som metode

Semistrukturert forskningsintervju er studiens informasjonskilde. Ifølge Kvale & Brinkmann (2019) er forskningsintervju nyttig dersom man vil forstå subjektets livsverden, deres holdninger, opplevelser og følelser. Forskeren har som sikte å utforske livsnære og utdypende beskrivelser fra informantens perspektiv. Hensikten med intervju er å utvikle det empiriske materiale som kan belyse problemstillingen, mens intervjuformen kan ofte være ganske lik en fortrolig samtale, bare med hensikt og struktur (Kvale & Brinkmann, 2019).

Intervjuers rolle trekkes stadig frem som avgjørende for resultatet av forskningsintervjuet. Det er viktig at intervjuer er bevisst det naturlige asymmetriske forholdet mellom seg selv og informant. Da det er ønskelig å gjøre denne asymmetrien så lite som mulig. Forkunnskap og kvalifikasjoner til intervjuer er avgjørende for resultatet. Hvordan non-verbal kommunikasjon vektlegges i intervjuet er også av betydning. Det er gitt at verbal kommunikasjon foregår, men kroppslig kommunikasjon må vektlegges ettersom vi mennesker er kroppslige vesener, som ikke har kropper, men er kropper (Kvale & Brinkmann, 2019).

Det kvalitative forskningsintervjuet er ikke et nøytralt medium, fordi man er påvirket av en kontekst. Som både vanskeliggjør visse måter å forholde seg til hverandre på, men også muliggjør andre.

Intervju gir mulighet for å utforske informantens refleksjoner og erfaringer på et dypere grunnlag, hvor intervjuer kan stille oppfølgingsspørsmål, samt få bekreftet ens forståelse av informantens utsagn (Kvale & Brinkmann, 2019). Men kan på den andre siden «hemme» frie uttalelser og upolitisk korrekte meninger.

3.3 Forforståelse

Forforståelse kan betraktes som brillene vi ser verden gjennom, de erfaringene og bakgrunn vi har med oss inn i masteroppgaven (Kvale & Brinkmann, 2019). I et fenomenologisk perspektiv anses forskeren som uløselig knyttet til arbeidet, og påvirker alle delene i forskningsprosessen (Thornquist, 2018). Det er dermed viktig å være refleksiv i arbeidet med studiet. Være åpen om min forforståelse og mine personlige perspektiver som tas med inn i studiet. Som nevnt i innledningen antok jeg at ungdommene ville komme med positive erfaringer med PMF. Dette på bakgrunn av mine tidligere erfaringer med ungdom i klinisk arbeid. Dermed går jeg inn i denne studien med en positiv holdning og tro på eget fagfelt, som nyttig behandlingstilnærming til ungdom. Det kan bidra til at jeg unngår en negativ fremstilling av faget.

3.4 Utvalg og rekruttering

I en kvalitativ studie bør utvalget være strategisk, for å få et rikt materiale om fenomenet som det forskes på (Kvale & Brinkmann, 2019). I denne sammenhengen ungdom.

Utvalgsstrategien vil påvirker hvordan jeg som forsker kan si noe om resultatet og mine tolkninger. I kvalitativ forskning er det vanlig med lite utvalg, men eksakt hvor mange er ikke angitt. Kvale & Brinkmann (2019) trekker frem at en bør rekruttere tilstrekkelig deltakere for å kunne oppnå datametning for det temaet det forskes på. Jeg hadde som mål å rekruttere inntil 5 deltakere, for å få variasjon, som kunne bidra til ulikheter i meninger, erfaringer og opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2019). Rekrutteringen ble utfordrende og grunnet tidsramme for ferdigstilling av masterprosjektet har jeg basert min studie på intervju med tre ungdommer.

3.4.1 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene i studiet var ungdommer i alderen 16-19 år, som var i aktiv behandling hos psykomotorisk fysioterapeut.

Og som hadde gjennomført minst 8 psykomotoriske fysioterapibehandlinger. Grunnen for at jeg valgte 16 år var fordi, jamfør Helseforskningsloven § 17, 1 ledd (2021) er det den helserettslige myndighetsalderen. Som innebærer at mindreårige mellom 16 og 18 år kan samtykke til å delta i forskning. Aldersgrensen ble satt av pragmatiske grunner, da det ikke var nødvendig med samtykke fra foresatte for deltakelse i prosjektet. Foresatte ble allikevel inkludert i samrådet om informant kunne delta. Minimumskrav for gjennomførte behandlinger ble satt for at de skulle ha et visst grunnlag for å vurdere PMF.

3.4.2 Rekruttering av informanter

Rekruttering av informanter ble gjort gjennom psykomotoriske fysioterapeuter som arbeider med ungdommer. Jeg benyttet meg av medlemslistene til Norges fysioterapiforbund, hvor det er mulig å selektere ut terapeuter med spesifikke videreutdanninger og spesialiteter. Først valgte jeg terapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi og gjorde et strategisk utvalg av disse. Jeg startet med å sende ut e-post til 14 terapeuter (Vedlegg 1). Det var en som svarte umiddelbart at den ikke hadde pasienter i aktuell aldersgruppe, flere ga ikke respons, mens noen svarte at de kunne forsøke å rekruttere av sine pasienter. Det ble en lang prosess, hvor det tok tid å komme i kontakt med aktuelle behandlere. Sendte ut e-poster i flere runder. Til slutt fikk jeg rekruttert en informant via e-post og medlemslistene.

Jeg ble tipset av kollegaer, og terapeuter jeg kom i kontakt med gjennom e-postlisten, til andre aktuelle psykomotorikere som kunne kontaktes. Jeg kontaktet terapeutene jeg var tipset om, og fikk dermed to terapeuter som sa seg villig til å rekruttere av sine pasienter. De rekruttere en pasient hver. Til slutt hadde jeg tre informanter som var rekruttert gjennom deres behandler, som alle takket ja til deltakelse i prosjektet. Det var tre ulike terapeuter, som jobbet forskjellige steder i landet. Fysioterapeutene formidlet informasjonsskriv og samtykkeskjema som jeg hadde utarbeidet (vedlegg 2).

3.4.3 Introduksjon av informantene i prosjektet

Utvalget består av en gutt og to jenter, og av hensyn til anonymitet har jeg valgt å gi informantene fiktive navn: «Hanna», «Kim» og «Marte». Har også endret på personopplysninger, for å hindre persongjenkjenning. Men ivaretatt det som er nødvendig.

Alle informantene var i aktiv behandling, hvor to akkurat hadde startet og gått i behandling i to måneder, mens den tredje hadde gått i behandling over to år.

To av deltakerne hadde oppfølging innen psykisk helse i løpet av de siste årene, mens den siste hadde kun hatt oppfølging i somatikken. Det var stor variasjon i hvor utfyllende og inngående de svarte på ulike temaer i intervjuet, eller hvor mye de delte av sin livsverden. Non-verbal kommunikasjon gav verdifull informasjon, utover det som ble sagt verbalt, hvor alle informantene pekte eller gestikulerte i mangel på ord eller beskrivelser over hva de hadde kjent, erfart eller gjort i behandlingen. Humor ble også brukt, eksempelvis ironi.

Hanna fremstår i starten av intervjuet noe nervøs og «på vakt» i sin kroppslige fremtoning, og svarer kort på spørsmål. Hun sjekker kontinuerlig om hun svarer «rett» eller det som forventes av henne. Dette endrer seg underveis i intervjuet hvor hun for meg fremstår mer avslappet, og selv kommer med mer utfyllende beskrivelser av hva hun har erfart i behandlingen. Samtidig er det utfordrende for *Hanna* å finne ord for egne opplevelser, og viser i mindre grad nyanserte beskrivelser relatert til erfaringer. Hun bruker ofte samme begrep for det som er bra og dårlig, bare med betegnelsen «mer eller mindre». Eksempelvis mer vondt, mindre vondt, eller mer stressa, mindre stressa. I mangel på begreper eller verbalisering av det hun har opplevd og erfart, bruker hun kroppsspråket for å eksempelvis forklare hva de har gjort i behandlingen.

Marte er gjennomgående kortfattet i intervjuet, svarer på spørsmål hun blir stilt. Hun sier flere ganger at hun ikke forstår spørsmålet, eller hva intervjuer ønsker å vite noe om. Flere ganger må spørsmålene omformuleres slik at hun forstår. *Marte* bruker i likhet med *Hanna* kroppsspråk for å utfylle beskrivelser av erfaringer. Men det er her mer utfordrende siden intervjuet gjennomføres digitalt. Dermed kan hun ikke i like stor grad kommunisere med ikke-verbal kommunikasjon, som de andre informantene. Mest med det som eksemplifiseres med ansikt, hals og nakke (det som er mest synlig i kamera). Etter hvert oppfatter jeg *Marte* som mer åpen og engasjert i intervjuet, og hun fremstår «trygg» i situasjonen. Hun er da mer reflektert, og uttrykker endringer av både forståelsen av egne plager og forståelser av seg selv, etter at hun startet i psykomotorisk fysioterapi.

Kim er åpen i kommunikasjonen og deler mye av sin livshistorie i intervjuet. Han virker å ha mye på hjertet, og ønsker å dele erfaringer og opplevelser. Han uttrykker opplevelse av stor endring de siste tre årene, hvor mye har skjedd i behandling, men også i livet ellers. Han forteller om en takknemlighet for hjelpen han har fått, og at han nå er på et godt sted.

Han trekker frem flere som viktige hjelpere i hans endringsarbeid, men PMF har vært en av de viktigste. I likhet med både *Hanna* og *Marte* bruker også *Kim* kroppsspråket for å vise hva de har gjort i behandlingen, og hvilke endringer han har erfart.

3.5 Forberedelse og gjennomføringen av intervju

Ifølge Kvale & Brinkmann (2019) avhenger kvaliteten på resultatet av intervjuers kunnskap og ferdighet om temaet. I forkant har jeg satt meg inn i relevant teori og tidligere forskning på området, samt at jeg har klinisk erfaring fra fagfeltet det forskes i. I forberedelse til intervjuene, arbeidet jeg med intervjuguiden. Denne fikk jeg både veiledning på i gruppe på masterseminaret, og individuelt av min veileder. Jeg endte opp med en temabasert intervjuguide, som jeg forholdt meg til under alle intervjuene (vedlegg 3). En intervjuguide er nødvendig i alt av forskningsintervju, men særlig ved gjennomføring av semistrukturert intervju. Dette for å holde seg til tema, ha en god struktur på intervjuet, samt sørge for at problemstillingen blir besvart (Kvale & Brinkmann, 2019).

Prøveintervju av kollega ble utført en uke før jeg skulle ha første intervju, for å øve meg i rollen som intervjuer. Ifølge Kvale & Brinkmann er intervjuers rolle sentral for at intervjuet skal bli kvalitetsmessig gode (Kvale & Brinkmann, 2019). Jeg har ingen erfaring med å gjennomføre forskningsintervju fra tidligere, og anså det dermed nødvendig å gjennomføre prøveintervju. Det var også viktig å teste det tekniske utstyret, for å sikre gode lydopptak, og for at jeg skulle være sikker i bruken av programmene som ble brukt: Mediacapture og Nettskjema med direkte kobling til Tjenester for Sensitiv data (TSD). TSD er en sikker og kryptert lagring, for innsamling av sensitiv data. Prøveintervjuet ble gjort på *Teams*, grunnet koronarestriksjoner og daværende smittesituasjon i kommunene.

Alle intervjuene ble gjennomført i starten av 2021, etter godkjenning fra Nasjonalt senter for datahåndtering (NSD), (vedlegg 4). De praktiske avtalene ble gjort per e-post eller telefon, enten direkte med ungdommen, til foresatte eller gjennom behandler. To av intervjuene ble avtalt fysisk, mens ett ved bruk av den digitale løsningen *Teams*. Alle intervjuene ble gjennomført etter skoletid, de fysiske på behandlingsrom til deres behandler, slik at det skulle være et kjent og trygt lokale for informantene. Det digitale intervjuet var både intervjuer og informant hjemme hos seg selv.

Før de fysiske intervjuene møtte jeg behandler og organiserte rommet, slik at stoler, utstyr var plassert på en måte som var minst mulig forstyrrende og «skremmende». Stolene vi satt på var stilt med mulighet og rom for å ikke måtte se hverandre i øynene under hele intervjuet. Før hver av intervjuene gjennomførte jeg på nytt et kort lydopptak, slik at jeg fant den beste plassering av utstyret i rommet, uten unødvendig bakgrunnsstøy, og for at informant ikke måtte snakke unaturlig høyt eller at det ble brudd i lydopptakene. Men også med tanke om at pc og mobil ikke skulle trekke unødvendig oppmerksomhet.

Jeg tok ikke notater under intervjuene. Dette var et bevist valg for å kunne være mest mulig tilstedte under samtalen. Kroppsspråk og gester fremkommer ikke på lydopptak, men var viktig å få med i videre analysearbeid-transkripsjon, derfor skrev jeg oppsummerende notater etter hvert intervju. Gjennom oppsummering etter hvert intervju ble det tydelig for meg at det var en forskjell fra intervjuene som ble utført fysisk, og digitalt. I hovedsak fordi det non-verbale språket ble vanskeligere å fange opp, og jeg opplevde flere «brudd» i samhandlingen og en distanse.

3.6 Bearbeiding og analyse av intervjuene

3.6.1 Transkribering

Transformasjon fra muntlig form til skriftlig tekst er en prosedyre som må til for å gjøre intervjuet tilgjengelig for analyse (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 204) Det er ikke en ukomplisert prosess, men en del av analysearbeidet, og en fortolkningsprosess der ulikheten mellom talespråk og skreven tekst kan skape noen prinsipielle og praktiske utfordringer. Intervjuet er en samtale som utvikler seg ansikt til ansikt mellom to mennesker, mens en transkripsjon blir tatt ut av den konteksten og samtalen blir abstrahert og fiksert i skriftlig form. Når intervjuetranskripsjonene er foretatt, kan man betrakte dem som de egentlige grunnleggende empiriske data i et intervjuprosjekt (Kvale & Brinkmann, 2019).

Jeg valgte å transkribere intervjuene selv, for det gav en mulighet for å prosessere intervjuene. Dette for å sikre detaljene som var relevant for min analyse, som gester, kroppsspråk, tonefall og det kontekstuelle. Det var viktig å få med, noe en ekstern ikke ville fått med i transkripsjonene. En vil til en viss grad huske de sosiale og emosjonelle aspektene ved intervjusituasjonen, og dermed allerede begynne på meningsanalysen av det som ble sagt.

Jeg kunne også i større grad få med det kontekstuelle og den non-verbale kommunikasjonene i intervjuene, basert på oppsummerende notater og hukommelse. I tillegg ble jeg mer bevisst min egen intervjustil (Kvale & Brinkmann, 2019).

Når jeg skulle starte å transkribere intervjuene måtte jeg ta noen valg. Ordrett transkripsjoner eller oversatt til skriftspråkstil? Jeg begynte med å transkribere alle intervjuene ordrett, med alle «eh-er og mhm-er» inkludert, og på dialekt. Det tok lang tid, og når jeg da leste transkripsjonen i etterkant, gav det ikke helt mening. Ifølge Kvale & Brinkmann kan et forsøk på ordrette transkripsjoner skape kunstige konstruksjoner som verken er dekkende for den «levende muntlige samtalen» eller den skriftlige teksten (Kvale & Brinkmann, 2019).

Etterpå valgte jeg dermed å oversette til «skriftlig form», og bokmål for leservennlighet og aidentifisering av informant, men hvor meningsinnholdet er forsøkt bevart. I tillegg endret jeg på personopplysninger som årstall, alder og navn, for å hindre persongjenkjenning.

Enkelte ord var vanskelig å finne substitutt til fra dialekt til bokmål, hvor det var utfordrende å finne dekkende ord. Allerede i denne prosessen er det mine tolkninger som påvirker datamaterialet, og noe av meningsinnholdet kan ha blitt borte eller «misforstått».

Pauser, følelsesuttrykk som latter og sukk ble tatt med i transkriberingen (Kvale & Brinkmann, 2019). Det var utfordrende å vurdere om pausene og ord som «sånn, så, eh, mhm» skulle tas med og hvor skal punktum og komma settes. Til slutt valgte jeg å ta med «pauser, latter og gester», mens «ehh-er og mhm-er» ble tatt bort. Det er ikke lett å overføre talespråk til skriftspråk da vi i alminnelighet snakker i flytende «lange setningskjeder». I tillegg skal man ta hensyn til hvordan informanter fremstilles i transkripsjonen, da en ordrett transkripsjon kan fremstille informant som forvirret, usammenhengende og tegn på svakt intellektuelt nivå (Kvale & Brinkmann, 2019). Noe som var utfordrende i overveielser med tanke på pauser og «fyllord», da de både indikerte at det tidvis var vanskelig for informant å verbalisere erfaringer og dermed viktig å få frem, mens på den andre siden hensyn og viktig å ivareta informant, og ikke fremstille de som usammenhengende og «dum».

Transkripsjon er svekkende og dekontekstualiserende gjengivelser av intervjusamtalen, fordi intervjuet er et direkte sosialt samspill, hvor stemmeleie, kroppsspråk og humor fremtrer umiddelbart for deltakerne i samtalen, men ikke for leser av transkripsjon tatt ut av kontekst (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 205).

Det tok lang tid å transkribere intervjuene, jeg sjekket sitater og gjennomleste flere ganger for å sikre at jeg hadde fått det riktig, og forsøkte å ivareta meningsinnholdet så godt som mulig. I det videre arbeidet gjennomgikk jeg transkripsjonene markerte og tok utgangspunkt i den reviderte utgaven av transkripsjonene, som var oversatt til bokmål-skriftlig form, og uten alle mellom/fyll ord.

3.6.2 Analysemetode

Etter forelesning og lesing i metodelitteratur endte jeg med å bruke «tematisk analyse» som utgangspunkt i analyseprosessen. Det er en av flere tilnærminger innen kvalitativ analyse og hevdes å være den mest grunnleggende og studentvennlige (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2020).

Tematisk analyse er ifølge Johannessen mfl. (2020) en oppskrift på hvordan du kan lete etter svar i datamaterialet ditt. Ved å følge oppskriften sikrer du at analyseprosessen er systematisk og grundig, og ikke minst overkommelig. Oppskriften er basert på Braun & Clarke sin prestasjon av tematisk analyse, men versjonene er noe forenklet og justert, for at den skal være mer forståelig og lettere å følge (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2020). Den tematiske analysen er delt inn i fire faser. I den første fasen skal forskeren bli kjent med dataen gjennom å lese og se etter mønster med mening, omtales som «forberedelse». Dette steget begynner allerede kanskje under intervjuet og i transkripsjonen. Neste steg er «koding», starte å lete etter overordnede koder som er meningsfulle/fremhever og setter ord på viktige poenger i dataen. I neste omgang skal man kategorisere de kodede dataene i mer generelle temaer, «kategorisering». Til sist rapportere temaene og deres innhold, «rapportering». Viktig å påpeke at det er en dynamisk prosess, følger ikke analysen fra A-Å, men går hele tiden frem og tilbake i prosessen, for å virkelig gjennomgå datamaterialet, samt å finne det som er viktig i denne studien (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2020).

Etter første gjennomgang av datamaterialet gikk jeg over til kodefasen. Koding innebærer å trekke frem og sette ord på det som er viktig i datamaterialet (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2020). Koding er viktig for å få oversikt over dataene man har samlet inn, få en dypere og ny innsikt i datamaterialet, hva fremtrer som viktig? I denne fasen la jeg dermed bort forskningsspørsmålet jeg hadde som utgangspunkt, og stilte mer generelle spørsmål: «*hva fremkommer som viktig? Hva handler dette om? Hva er det de forteller?*» (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2020).

Data ble grovdelt inn i tre, det som umiddelbart virket relevant, og det som mulig kunne være relevant og det som ikke virket relevant. Jeg startet med å markere det som fremstod som viktig i transkripsjonene til hvert intervju. Dette gjorde jeg flere ganger. Deretter skrev jeg notater i marginen på transkripsjonene. For å forsøke å få en bedre oversikt selv, hva som var meningsbærende og viktig i datamaterialet mitt. Jeg forsøkte å fremstille «råmaterialet»- direkte sitater, deretter gjengi med egne ord «meningsfortetning» og til sist koder, som etter hvert ble kategorisert til «temaer». Stikkordoppsummeringen ble gjort datanær, og gjenspeilet konkrete ord eller utsagn fra transkripsjonen. Fordelen med å kode datanært er flere: enklere å oppdage nyanser og distinksjoner i datamaterialet, lettere å oppdage mønstre og sammenhenger som ikke var åpenbare, og bevisstgjøring på hvordan man begrepsfester data (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2020).

Et viktig poeng i analysen var å bruke ord og uttrykk som ungdommene selv sa, fordi vi kan legge forskjellig mening i ulike ord og uttrykk. Jeg var interessert i ungdommenes forståelse og erfaringer med behandlingen.

Underveis i prosessen viste det seg at data som i første utkast ikke virket å være særlig relevant, faktisk var det. Noen temaer gikk igjen i flere av intervjuene, mens noe var særskilt til et intervju. Både det som var likt og ulikt i datamaterialet ble tydeligere ved å utføre en grundig analyseprosess (Johannessen, Rafoss, & Rasmussen, 2020). Til slutt satt jeg igjen med følgende temaer: *ungdommens vei til psykomotorisk fysioterapi, psykomotorisk fysioterapi sett med ungdommens øyne og ungdommens erfaring av endring i behandling*. I Resultatdelen gjengir jeg empirien på tre måter: med sitater, gjenfortelling og mine tolkninger. Sitater som gjengis er redigert noe for meningsfortetning, samt for leservennlighet og hindre persongjenkjenning. Informantenes uttalelser presenteres i «kursiv», med mindre skriftstørrelse og med innrykk.

3.7 Metodediskusjon

Å bruke intervju som metode for å få frem erfaringer, i dette tilfellet om psykomotorisk fysioterapi som behandling, gir i seg selv noen metodiske utfordringer som er viktig å være bevisst. Erfaringer utvikles i samhandlingssituasjoner mellom to subjekter. Dermed blir mye av kunnskapen «taus kunnskap», som innebærer at den ligger kroppslig i våre handlingsmønstre, og ifølge Thornquist (2018) kan den være utfordrende å beskrive med ord.

Det kan foregå mer i klinisk praksis enn det informantene greier å uttrykke språklig. Språket kan dermed begrense hva både ungdommene og jeg kan si noe om. Praksiskunnskap omfatter mer enn man kan uttrykke verbalt (Thornquist, 2018).

Forskningsprosessen skal være troverdig, det vil si at den skal være redelig, etterrettelig og kunne etterprøves av både forskeren selv og andre. Da er det viktig at forskeren er transparent om hvordan studiet er gjennomført. Min forståelse som forsker i prosjektet, argumenter og beskrivelser skal komme tydelig frem. Det skal også være tydelighet i fremstillingen av metode og empirien. Til sist tydelighet om min rolle som forsker, hvordan jeg påvirker datamaterialet med mine tolkninger og forståelse, det Kvale & Brinkmann (2019) omtaler som *refleksivitet*. Noe jeg har forøkt å gjøre i metodekapittelet. Videre vil jeg belyse metodiske overveielser og hvordan valgene kan ha betydning for resultatet.

3.7.1 Transparens og refleksivitet

Å forske i eget fagfelt byr på både fordeler og ulemper. Fordelen er at jeg har kunnskap om feltet jeg forsker i, samtidig som det kan være min største utfordring og ulempe, fordi min forforståelse og forutinntatthet kan føre meg i en bestemt retning. Det er viktig å reflektere rundt og synliggjøre egen forståelseshorison, som en aktiv del av forskningsprosessen (Thornquist, 2018). Derfor startet jeg tidlig å skrive ned min forforståelse, som jeg stadig har tatt frem underveis i prosessen. Det kan være utfordrende å møte eget forskningsfelt med fordomsfrie øyne, og som nevnt tidligere kan det bidra til at jeg unngår en negativ fremstilling av eget fagfelt. Nærheten til forskningsfeltet kan være både styrkende og hemmende (Kvale & Brinkmann, 2019).

Min rolle som intervjuer er også sentral å reflektere over. Jeg har ikke tidligere erfaring med forskningsintervju, og det tenker jeg påvirker resultatet i studiet mitt. Prøveintervju ble gjennomført, men i etterkant tenker jeg at det ville vært mer hensiktsmessig å gjennomføre prøveintervju på noen i samme aldersgruppe som informantene. Da ville kanskje intervjuguiden ha vært justert ytterligere. Og jeg burde gjennomført flere enn ett prøveintervju, for å få mer erfaring i intervjurollen.

Under intervjuene ble intervjuguiden brukt aktivt, slik at jeg i større grad kunne sikre meg at vi hadde vært innom de samme temaene for hvert intervju. Jeg erfarte at det var til nytte for å fremme en positiv interaksjon, motivere ungdommene til å dele sine erfaringer og opplevelser og holde samtalen i gang (Kvale & Brinkmann, 2019).

Samtidig bar intervjuguiden preg av mine erfaringer og forutinntatthet over hva jeg ville undersøke og få svar på. Noe som igjen antas å ha satt noen begrensninger og preget empirien jeg fikk.

Under transkriberingen ser jeg at jeg flere steder kunne fulgt opp med utdypende spørsmål. Og noen ganger holdt mer tilbake og la det gå en «tid», hvor informant i større grad hadde fått rom til å fortelle fritt. Jeg var tidvis for rask til å stille nye spørsmål eller komme med nye formuleringer av et spørsmål hvis det ble stillhet. Noe som kan ha medført at utdypende refleksjoner fra informantene gikk tapt. I etterkant har jeg tenkt at det handler om meg som uerfaren intervjuer, og at jeg var særdeles opptatt av å ivareta ungdommene, og dermed fokuserte på at de skulle ha en god opplevelse av å delta i prosjektet, mer enn å stille de til «verks» i intervjusituasjonen.

Som forsker i eget fagfelt fremtrer spesielt utfordringen med å ikke ønske en negativ fremstilling. Jeg har forsøkt å være det bevisst og hatt et mål om å fremstille nyanser i erfaringer til ungdommen. Både vise til det de trakk frem som positive opplevelser med psykomotorisk fysioterapi, og det de ikke har likt eller har syns vært utfordrende. Men deres lojalitet til behandlere og visshet om at jeg forsker i eget felt, har nok sannsynlig påvirket deres fremstilling av erfaringer, hvor hovedtyngden har vært utelukkende positivt. I tillegg er det pasienter som fortsatt er i aktiv behandling, som trolig sier noe om at de erfarer psykomotorisk fysioterapi som nyttig. Studiens svakhet er antall informanter, den baserer seg på få deltakere, der alle har hatt nytte av behandlingen. Andre ungdommer kan ha andre opplevelser med PMF.

Analysearbeidet opplevde jeg som utfordrende, og måtte stadig påminne meg selv om å ikke hoppe til «neste steg», fortolke og konkludere for raskt. Tåle å være i det søkende og utforskende. En mulig konsekvens av tematisk analyse er at resultatet er tatt ut fra sin sammenheng og det er mine fortolkninger av hva som er nyttig å fremstille av empirien. Presentasjon av analyse og resultat er dermed trolig i varierende grad påvirket av mine fortolkninger. Derfor har jeg valgt å fremstille resultatet ved bruk av direkte sitater, for å få frem ungdommens stemme i empirien, sammen med mine tolkninger av dem. Dette for å synliggjøre min forståelse av det informantene fortalte. Gjennom hele prosessen har jeg stadig gått tilbake til råmaterialet, transkripsjonene for å forsøke å sikre meg om at jeg ikke har oversett noe, feiltolket eller mistet noe på veien.

I denne studien har jeg valgt kvalitativt forskningsintervju for å svare på problemstillingen som omhandler ungdommers erfaring med psykomotorisk fysioterapi. Resultatet begrenser seg til å si noe om hva utvalget erfarer, men sier lite om hva som egentlig foregår i praksis. Studien har ikke generaliserbarhet for en større populasjon, men resultatene samsvarer med andre kvalitative studier i fagfeltet og kan underbygges av anvendte teorier og perspektiver. Det trengs mer forskning på området, og gjerne studier som utforsker hva som egentlig skjer i praksis i møte med ungdomspasienter.

3.8 Forskningsetiske overveielser

Gjennom hele forskningsprosjektet må etiske overveielser ivaretas. Da er det tre sentrale punkter som skal belyses: *ivaretagelse av personverd, personvern, og etterrettelighet og sannhet.*

Personverd og autonomi ivaretas gjennom informert samtykke i tråd med NSDs retningslinjer for forskningsprosjektet. Informantene fikk informasjon om prosjektet både muntlig og skriftlig, slik at de kunne vurdere om de ville delta i studiet. Det ble også presisert i skriftlig samtykkeskjema og ved muntlig innhenting av samtykke ved oppstart av lydopptak, at de når tid som helst kunne trekke seg fra prosjektet, uten å oppgi grunn. Studiet behandler personopplysninger og det ble dermed søkt om godkjenning til å gjennomføre det til NSD (vedlegg 4).

Personvern ivaretas i denne studien ved at lydopptak og lagring av intervjuene følger UiTs retningslinjer for sikker databehandling. Lydopptakene inneholder sensitiv informasjon om deltakerne og behandles iht. lov om personvern. I tillegg er pasientopplysninger som fremkommer i intervjuene behandlet med taushetsplikt iht. Lov om pasientrettigheter og Lov om helsepersonell. Informantene ble aidentifisert ved at jeg endret på informasjon som kunne bidra til gjenkjenning, eksempelvis stedsnavn, alder, navn på terapeut og pasient eller annen fagpersonell. I tillegg endret jeg transkripsjonene fra dialekt til bokmål for anonymisering. Transkripsjonene ble lagret på sikkert område i TSD. I samtykkeskjema ble det informert om at datamaterialet slettes ved prosjektslutt, senest 31.12.2022.

Studiens *sannhet og etterrettelighet* er forsøkt ivaretatt ved detaljerte beskrivelser av gjennomføringen av studiet i metodekapittelet. Studiens empiriske materiale oppbevares til avsluttet sensur, grunnet etterprøvbarehet.

4 Resultat

I dette kapitlet presenteres resultatene som utviklet under analyseprosessen. Jeg har valgt å presentere de i tre hovedkategorier: *ungdommens vei til psykomotorisk fysioterapi*, *psykomotorisk fysioterapi sett med ungdommens øyne*, og *ungdommens erfaring av endring i behandling*. Hvert hovedtema har henholdsvis 2, 3 og 4 underkategorier. I resultatframstillinga har informantene fått fiktive navn, men begrepet «ungdom» benyttes også.

I resultatene kommer det frem flere fellestrekk, men også noen ulikheter. Gjennomgående gir informantene en positiv fremstilling av psykomotorisk fysioterapi. Det som trekkes frem som negativt kan være øvelser de opplever som «rare», at det var «flaut» å gjøre de fremfor jevnaldrende, eller at enkelte øvelser har trigget frem smerte og ubehag. Ungdommene kom med et ønske om hjelp til sine smerter i kroppen, men opplevde at psykomotorisk fysioterapi ble så mye mer enn det. De forteller om flere endringer de har erfart gjennom PMF.

4.1 Ungdommens vei til psykomotorisk fysioterapi

Ungdommen kom til psykomotorisk fysioterapi av en konkret grunn, somatiske plager, i form av smerter i ulike deler av kroppen. Veien til psykomotorisk fysioterapi var noe ulik for de tre informantene i denne studien. *Marte* og *Hanna* ble henvist av annen behandler, mens *Kim* selv oppsøkt PMF. De beskriver alle opplevelsen av stress, som relateres til de kroppslige plagene de kjenner.

4.1.1 «Vondt i kroppen»

Smerte i kroppen var årsaken til at alle tre kom til psykomotorisk fysioterapi. *Marte* forteller at hun går til behandling hos psykolog, som er en del av et lavterskeltilbud i kommunen. Hun startet med det fordi hun slet psykisk med angstanfall, følte seg deprimert og manglet motivasjon. *Marte* ble anbefalt av psykologen å gå til psykomotorisk fysioterapeut som også er en del av det tverrfaglige tilbudet i lavterskelteamet:

«Det var psykologen min som fant ut at jeg burde gå til psykomotorisk fysioterapi. Jeg hadde ikke noe med det å gjøre på en måte. Jeg bare sa at jeg ofte hadde vondt i ryggen... vondt i kroppen. Så hun kontaktet psykomotorikeren... De jobber jo sammen» (Marte)

Marte formidler at psykologen mente det ville være nyttig for henne å få hjelp til sine konkrete kroppslige plager, parallelt med at hun gikk til behandling hos psykologen. Et tverrfaglig samarbeid i lavtreskelteamet omkring Martes problematikk, som ifølge henne selv, var både psykisk og fysisk.

Hanna forteller også at hun ble henvist til psykomotorisk fysioterapi av annet fagpersonell. Hun hadde over en periode hatt oppfølging i spesialisthelsetjenesten grunnet smerteproblematikk relatert til kronisk sykdom/diagnose:

«Vi fant ut på sykehuset at jeg får mer og oftere vondt når jeg er stressa. Så en fysioterapeut på sykehuset henviste meg til psykomotorisk fysioterapi. De sa det handlet om å diskutere hvordan jeg hadde det i hodet og kroppen, hvordan det hang sammen» (Hanna).

Hanna ønsket selv hjelp med smertene som hun forstod var relatert til diagnosen hun har. Hun hadde smerter i armene fra fingrene og opp til skuldrene, og i bena fra lysken og ned til tærne. På dette tidspunktet var hun lei seg og frustrert, fordi hun tenkte at det ikke var noe å gjøre med smertene.

Til forskjell fra Hanna og Marte, oppsøkte Kim psykomotorisk fysioterapi selv. Etter å ha googlet hjelp for nakkeplager, hvor PMF ble oppgitt som nyttig for muskel-skjelettplager som nakkesmerter:

«Jeg ønsket fysioterapi fordi jeg hadde vondt i nakke, ryggen og skuldrene og sånn. Jeg hadde spesielt vondt i nakken og søkte på nettet om det kunne være farlig, og da stod det at psykomotorisk fysioterapi kunne hjelpe.

Kim beskriver plagene sine som smerter ulike steder i kroppen. Han sier han ofte er bekymret og engstelig, og at smertene blir negativt påvirket av det. Han har en omfattende sykdomshistorie, som han forteller mye om. I tillegg formidler Kim mye av sin livserfaring, og hvordan livet har vært frem til nå. Til forskjell fra de andre informantene:

«Jeg har jo en del plager som angst og ADHD og når jeg var barn ble jeg del mobbet... det var flere år med ganske hard fysisk mobbing, men også psykisk. Når jeg kom hjem fra skolen så kunne det være vold. Mamma og pappa forstod meg ikke»

Kim har en livshistorie preget av utrygghet i barndommen, med vold i nære relasjoner og mobbing på skolen. I en lang periode hadde han oppfølging av ulike behandlere på BUP, med blant annet traumeterapi som han synes var nyttig.

Det første året i psykomotorisk behandling hadde han også oppfølging på BUP, men avsluttet gradvis oppfølgingen der. Har også hatt oppfølging i somatikken, av fastlege, fysioterapeut og manuellterapeut. Videre forteller Kim at han har byttet skole flere ganger og flyttet en del. Det har ifølge han selv satt sine spor, men påpeker at «*ting er mye bedre nå!*»

4.1.2 «Mer smerte når jeg er stresset»

Stress er et gjennomgående begrep som brukes av ungdommene i intervjuene. Alle tre beskriver opplevelser av stress, men at det erfares og tolkes på litt forskjellige måter. Hanna og Marte relaterer mye av plagene sine til stress spesielt i forbindelse med skole. Hanna kjenner stresset i hele kroppen ved at hun strammer seg:

«Jeg får vondt i kroppen, vondt i skuldrene, vondt i ryggen, vondt i magen. Så har jeg lagt merke til at jeg blir overveldet. Kjenner at hele kroppen min fryses av på en måte. Det er nesten litt sånn panikk, hvor jeg kaldsvetter og alt blir stramt».

Marte beskriver også at hun kjenner på stress, men ikke i form av økte smerter som Hanna. Hun erfarer at det går ut over søvn, at hun ikke kjenner kroppen sin og mister fotfeste:

«jeg får ALTFOR lite søvn. I perioder 3 timer om natten kanskje har vært veldig mye sånn stress på skolen...det har vært...jeg blir veldig stressa av skolen. Så jeg tror det har mye med det å gjøre».

«Det er ofte slik at jeg blir stressa ...ikke angst, men stressa da. At jeg overtenker og da er det ofte jeg ikke kjenner kroppen min ordentlig. Men at jeg føler at det blir mer sånn ... at jeg ikke greier å feste bena på bakken og sånn».

«Stress» er et begrep som referer til forskjellige betydninger og tolkninger hos ungdommene. Stress brukes som en annen beskrivelse for angstsymptomer, og kan refereres til den fysiologiske opplevelsen av «panikk», det å overtenke som Marte sier. Stress kan både kjennes i form av økte smerter i kroppen slik Hanna erfarer det, men også motsatt at kroppen blir fjern og at en ikke kjenner kroppen sin som Marte sier, som igjen gir følelsen av å miste fotfeste. Stresset fremmes særlig hos jentene i forbindelse med skole, og forventninger knyttet til den. Mens Kim forteller at han blir stressa i sosiale settinger som er «triggende»/vekker minner, eksempelvis på butikken, hvor han kjenner at skuldrene heves og at han strammer seg.

4.1.3 «Jeg setter veldig mye press på meg selv»

Ungdommene har høye forventninger til seg selv, både i forbindelse med skole, men også på fritiden. Hanna formidler at hun helt siden barneskolen har satt store krav til seg selv:

«Jeg setter veldig mye press på meg selv. Spesielt med tanke på vurderinger på skolen. Jeg skal gjøre det bra på alle prøvene og alle vurderingene. Slik har det vært siden barneskolen, hvor jeg ville ha 24/23 poeng, det var veldig ekstremt. Jeg hadde et konkret mål om å bli lege, jeg har ombestemt meg nå. Men må allikevel ha gode karakterer for å kunne ha valgmuligheten til å komme inn på studiet jeg ønsker».

I tillegg forteller hun at det var en selvfølge å gjennomføre aktiviteter selv om hun hadde smerter, fordi hun hadde blitt fortalt at det var bra å trene:

«Før hadde jeg smerter flere ganger i uken, og jeg gjorde veldig mye selv om jeg hadde vondt, fordi jeg måtte bare «Push through it» liksom. Jeg trente selv om jeg hadde vondt, fordi jeg fikk beskjed om at det var bra».

Marte forteller om en travel hverdag med sjonglering mellom skole, fritid, venner, familie og jobb. I en periode hadde hun tre jobber, og tjente nesten like mye som en arbeidstaker som er i 100% stilling. Foreldre, lærere, psykologen og psykomotorikeren sa ifra at de merket at Marte var sliten, og ba henne om å redusere på jobbmengden. Hun sluttet da i en av stillingene. Videre skisserer hun også et press om å gjøre det bra i aktiviteter, og at hun deltok i en konkurranseidrett med forventninger om prestasjon for å lykkes. Det var hardt for kroppen, og hun hadde mye skader. Disse fikk hun oppfølging av hos det hun betegner som en «ordinær fysioterapeut»:

«Jeg hadde kanskje mer skader enn de fleste, jeg ble jo ganske god. Jeg var veldig mye skada, men jeg har sykt konkurranseinstinkt. Så da... jeg ville bare bli god, uansett om jeg hadde vondt».

Ungdommene formidler om et krav og et press til seg selv om å prestere godt på flere områder i livet, hvor de skal sjonglere mellom skole, fritid og ta vare på relasjoner. Jentene spesielt har høye forventninger til seg selv, men kjenner kanskje også på forventningene andre har til dem til dem i miljøet rundt seg. Det er bare å «push through it», «bli god, uansett om jeg hadde vondt» eller viktig å «få 24/23 poeng». Det var bare å gjennomføre, ikke stoppe opp og kjenne etter, men kanskje heller «stenge ute» hva de kjente i kroppen.

4.2 Psykomotorisk fysioterapi sett med ungdommens øyne

Ungdommene kom med en forventning om å få hjelp til å lindre eller bli kvitt smertene sine. Både Kim, Marte og Hanna forventet at PMF var relativt likt som «ordinær fysioterapi» (et begrep de alle bruker), men at det ble annerledes enn hva de hadde forestilt seg.

4.2.1 «*Psykomotorisk fysioterapi har fokus på hele kroppen*»

Alle tre har erfaring med det de omtaler som «ordinær fysioterapi». Ungdommene sammenligner disse to behandlingstilnærmingene når de beskriver deres forståelse og erfaring med PMF. Marte sier:

«Jeg har gått mye til fysioterapeut, i forbindelse med skader jeg fikk når jeg drev med konkurransedrett. Hos en ordinær fysioterapeut (viser hermetegn med fingrene) er det mer sånn at du kommer med en ting liksom, vondt i et kne og dem masererer litt, men hjelper egentlig ikke så mye, bortsett fra akkurat under timen. Mens psykomotorisk fysioterapi er veldig annerledes i forhold til vanlig fysioterapi, jeg liker egentlig det her mye bedre. Fordi det er fokus på hele kroppen, vi jobber oss gjennom hele kroppen ... Psykomotorisk fysioterapi er liksom mer langvarig... Også er det sånn at jeg kan jobbe med det selv også». Marte

Hanna og Kim beskriver noe av det samme:

Hanna: «Jeg ble henvist til psykomotorisk fysioterapi fra sykehuset og de sa hva det handlet om og sånne ting. Men det ble ikke helt som jeg hadde forstilt meg, for jeg hørte ordet «fysioterapeut» og tenkte at det var litt «poking» (tar seg på armen og viser berøring). Før jeg startet her hadde jeg et ønske om å lindre eller bli kvitt smertene mine, med tanke på diagnosen min. Det viste seg at det var veldig mye mer som var viktig, hvordan jeg hadde det i hodet og resten av kroppen».

Kim forteller at når han googlet behandling for smerte i nakke og fikk opp at PMF kunne være til hjelp, hadde han en forventning:

«Jeg tenkte når det stod «psyko....motorisk ..fysioterapi», så tenkte jeg at det kunne være litt sånn...at jeg kunne få hjelp med «det psykiske- det mentale» PLUSS kroppen samtidig. Og det fikk jeg».

En behandlingstilnærming med hele kroppen i fokus beskrives som annerledes enn det de har erfart i tidligere fysioterapi, men at de opplever PMF som nyttigere på grunn av helhetsfokuset i behandlingen. Det trekkes også frem at det er en behandlingstilnærming som gir forståelse om at endring er mulig.

Et håp om at ting kan bli bedre, at det er mulig å gjøre endringer når en løfter blikket og ser mer enn en diagnoser eller enkeltdele som et kne. Ikke bare et håp om å få det bedre, men også en motivasjon til å gjøre noe med det selv:

Marte: «Jeg var veldig lei meg og frustrert fordi jeg trodde ikke det var noe å gjøre med smertene og plagene mine, med tanke på diagnosen min. Jeg tenkte sånn er det bare og jeg får ikke gjort noe med det. Men så kom jeg hit, og nå kan jeg gjøre noe med det, for å få mindre vondt. Nå er det ikke lengre sånn at jeg tenker whatever. Nå har jeg lyst til å gjøre noe med det».

Ingen av ungdommene hadde kjennskap til PMF fra tidligere, men de hadde fått kort informasjon fra henviser eller etter «søking på nett». De gikk dermed inn med en forventning eller med et sammenligningsgrunnlag fra tidligere erfaringer med fysioterapi. Alle informantene sier at det ble noe annet enn de hadde forestilt seg. Kim hadde forventning til at PMF kunne fungere mot smertene, men opplever nå at det har påvirket mer enn bare nakkeplagene, har påvirket livet hans:

«Psykomotorisk fysioterapi, det ble bedre enn jeg hadde forstilt meg. At jeg er her i dag, det er en av de viktigste. En av de som har hjulpet mest. Livet nå er liksom helt annerledes, mye bedre liksom. Det er så god hjelp nå at....»

Videre belyser Kim dette med tid i behandlingstimene og varighet av oppfølgingen:

«Jeg tenkte i starten at det var som vanlig fysioterapi, hvor man kun er inne i 40 minutter og så er det rett ut igjen. Og at det ikke hjelper så mye. Mens psykomotorisk fysioterapi varer en hel time, hvor vi både snakker om følelsene mine, men også jobber med det i kroppen».

Han synes det er positivt at de har god tid i behandlingstimene. Da er det rom for hele han, hvor han både for snakket og reflektert omkring det som opptar han, men også jobbet med det i kroppen og gjennom kroppen. I tillegg sier han noe om varigheten av oppfølgingen:

«I starten gikk jeg annenhver dag eller en gang i uken hos psykomotorikeren. I to år, for da var det ganske ille. Mens nå er det uker mellom timene, og tenker å begynne å avslutte».

Tid nok til å utforske egen kropp og følelser trekkes frem som viktig for Kim. Både det å ha god tid i den enkelte behandlingstime, men også hyppigheten av oppfølgingen tilpasset etter pasientens behov, og varighet av oppfølgingen. Det tar tid å gjøre endringer.

Kim beskriver at han i starten var veldig dårlig og at han da hadde tettere behandling, med timer flere ganger per uke. Det tar tid å bli trygg nok til å utforske egen kropp og emosjoner, og få muligheten til nye kroppserfaringer. Ettersom han ble bedre, justerte de frekvensen/hyppheten av timene. Til at han per dags dato ikke går så ofte, og er i ferd med å avslutte, men med en sikkerhet om at det er kort vei tilbake hvis behovet er der. En trygghet om at noen er der om han skulle være i behov.

Kim: «Jeg går jo ikke så ofte her nå da, men det liksom at jeg har i bakhodet at jeg vet at det er noen der eller at hvis det skjer så kan jeg ta kontakt liksom».

4.2.2 «Samarbeid»

Alle snakker om *samarbeid* i behandling. De snakker om det på to ulike måter, hvor det trekkes frem tverrfaglig samarbeid mellom psykomotorikeren og andre fagpersoner som fastlege, helsesykepleiere og psykolog. Det oppleves betydningsfullt at psykomotorikeren og de snakker sammen og samhandler omkring deres plager. Alle tre har hatt flere hjelpere og ulikt fagpersonell i løpet av årene. Både i somatikken, men også innenfor psykisk helsevern.

Marte har erfaring med flere hjelpere og tilnærminger i primærhelsetjenesten, men erfarer at kombinasjon i lavterskelteamet, med psykolog og psykomotoriker som jobber sammen er det som har fungert best for henne til nå:

«Jeg har prøvde «helsestasjon for ungdom», det synes jeg ikke var bra. Prøvde å dra til helsesøster, det synes jeg ikke var bra. Har vært hos rådgiver en gang, deretter hos en annen rådgiver. Det var ikke bra. Så hadde jeg møte med rådgiver, kontaktlærer og foreldre. Så jeg har vært litt rundt, men jeg går ikke til noe annet nå, enn psykolog og psykomotorisk fysioterapi. Det er en kombinasjon jeg synes fungerer bra».

Kim snakker også mye om tverrfaglig samarbeid mellom psykomotorikeren og annet fagpersonell som har vært viktig i hans vei mot å bli bedre. Opplevelsen av å bli forstått, sett og hørt belyser han som det fine med det. Han kommer med flere eksempler hvor psykomotorikeren har samarbeidet med fastlege eller annen terapeut omkring hans symptomer og plager, hvor de sammen har funnet en løsning.

Ungdommene snakker også om samarbeid, som en opplevelse av at de selv blir inkludert og medbestemmende i valg av tiltak og fokus i behandlingen. Kim forteller:

«Når jeg kommer til time snakker vi først litt om dagen i dag, deretter spør hun meg hva jeg trenger mest i dag. Det fokuserer vi på, på ulike måter»

Han forteller videre at han opplever å bli tatt på alvor og forstått. Slik jeg tolker det, synes han det er fint at de holder på med et felles prosjekt. Hvor han blir inkludert i hva som gjøres viktige i behandlingen. Det føles bra å bli anerkjent, og opplevelsen av at det er et felles «prosjekt» de holder på med. Ikke at terapeut innehar en ekspert rolle overfor pasient, men at de går veien sammen. Psykomotorikeren stimulerer ungdommen til å ta mer eierskap og styring i hva som hjelper og er viktig for dem. Marte forteller at de sammen finner ut hva de skal jobbe med i timene og i behandlingen:

«Kommer og snakker litt, så skifter jeg, så finner vi ut hva vi skal gjøre den timen. Og så jobber vi liksom med det. Hun bruker å spørre meg hva jeg har lyst til å jobbe med. Så pleier hun å ha noen tanker».

Videre sier hun:

«...så er det jo litt at jeg får velge selv... at i dag har jeg vondt i hode og da jobber vi mest med nakke».

Behandlingen tar utgangspunkt i deres behov, selv om det er psykomotorikeren som har det overordnede ansvaret for behandlingen, erfarer ungdommene å bli tatt med i bestemmelsen over hva timene skal inneholde. Deres behov blir anerkjent og gjort viktig, og de føler at de blir tatt på alvor. De skaper noe sammen, både kroppslig og verbalt.

4.2.3 «Først snakker vi, deretter jobber vi med det i kroppen»

Ungdommene beskriver at de gjør mye forskjellig i behandlingstimene. De «*snakker ganske mye*» ifølge Hanna, men jobber også med følelsene gjennom kroppen slik Kim beskriver. Det er en blanding mellom samtale, bevegelse og massasje. Kim forteller også at de gjør mye Yoga inspirerte øvelser.

Hanna beskriver at psykomotorisk fysioterapi er en blanding mellom samtale, berøring, massasje og øvelser:

«Vi snakker ganske mye. Hadde ikke forventet at vi skulle snakke så mye, men det gjør vi. Når jeg kommer til time, snakker vi først litt om hvordan jeg har det den dagen og den siste tiden. Deretter bruker vi rommet og beveger oss rundt på gulvet og gjør noen øvelser for å løse opp kroppen, og for å se hvor jeg trenger å vise oppmerksomhet. Deretter går vi over til den her (peker på benken som står i rommet). Da masserer og strekker terapeuten meg ut og sånne ting. Det synes jeg er veldig behagelig».

Psykomotorikeren er interessert i hvordan Hanna har det utover det som akkurat foregår i behandlingsrommet. Hannas hverdag blir gjort gyldig i behandlingstimene. Det brukes ulike virkemidler som massasje, berøring, ulike øvelser, og dialogen foregår både om kroppen og via kroppen. Kim forteller også at de veksler mellom å gjøre noe sammen og snakke sammen, og sier flere ganger at det beste med behandlingen er massasje (smiler fra øret til øret når han sier det):

«Først snakker vi litt, slik at jeg får ut litt av følelsene mine, deretter jobber vi med det i kroppen. Vi gjør øvelser for å roe ned kroppen. Pusteøvelser (viser stupstående og slippe til pusten). Det roer kroppen, det blir nesten litt «restart» av hjernen. Det er godt. Gjør øvelsene hver dag» Og på slutten av timen går vi på yoga matten og gjør forskjellige yoga øvelser».

Marte forteller:

«først snakker vi litt om «dagen i dag», hva jeg har gjort og sånn.. Så etterpå starter vi med for eksempel. Hun spør «hva jeg trenger mest i dag og hvis jeg svarer kanskje bena, da jobber vi mest med bena». Og masserer de og strekker ut, og øvelser. Så masserer hodebunn, nakken og strekker ut nakken og sånt».

For ungdommen oppleves det godt og behagelig å være i psykomotorisk behandling, spesielt massasje og berøring trekkes frem som noe av det beste. Da erfarer de ro, og for Kim føles det som «en restart av hjernen». Hele kroppen er i fokus, fra føttene og opp til hodet. De både strekker og gjør ulike bevegelser hvor de bruker hele rommet, både behandlingsbenken og gulvet. Kim beskriver at de gjør mye øvelser og «teknikker» innenfor det han betegner som Yoga. Det er teknikker han beskriver som nyttig i form av at han opplever ro i kroppen, og at det påvirker pusten hans.

4.2.4 «Det er gøy»

Hanna og Marte beskriver psykomotorisk fysioterapi som gøy, lekent og at man blir i godt humør. Å leke er noe de ikke har gjort siden de var barn. Hanna forteller at mye av øvelsene de gjør, minner henne om bevegelser hun gjorde som barn. Hun forteller at hun synes det er gøy å gjøre det i behandlingstimene:

«Jeg synes det egentlig bare er litt sånn lekent, det er ikke noe jeg har gjort på lenge, lekt. Det synes jeg er GØY. Jeg synes det er godt».

Hun beskriver videre at hun har fått øvelser for å løse opp spenninger i ryggen og begynner å forklare, men finner ikke ordene, så hun starter å vise med å rotere i ryggen og svinge på armene. Deretter forsøker hun å forklare en annen øvelse, men også her er det vanskelig å beskrive det med ord, og viser det med kroppen. Hun krummer ryggen og gynger frem og tilbake i stolen. Dette er øvelser hun synes har vært veldig nyttig, og som hun bruker å gjøre hjemme for å løse opp i kroppen. På spørsmål om hun gjør øvelsene på skolen også, svarer Hanna:

«Jeg gjør veldig mange, men ikke de som ser «dumme ut» (viser hermetegn). Jeg beveger litt på ryggen og sånne ting (viser bevegelse med ryggen, strekk og rotasjon). Mens rulle på ryggen som en ball gjør jeg bare hjemme, for det er ikke helt sånn populært...noe man bare gjorde som barn. Haha».

Marte forteller at hun blir i godt humør etter timene hos psykomotorikeren, og hun bruker ofte begrepet «gøy» når hun beskriver hva de gjør og hva hun erfarer. «Det var gøy», eller:

«Det var gøy å erfare og jeg blir i godt humør etter å ha vært her».

Lek i behandling beskrives som gøy, og lekpreget øvelser er nyttig for å «løse opp i kroppen», men samtidig er det flaut i sosiale settinger med jevnaldrende. Lek har lenge preget barndommen, mens nå begynner ungdommen å bevege seg mot voksen, og da oppleves det «litt dumt» og fortsatt leke.

4.3 Ungdommens erfaring av endring i behandling

Hanna, Marte og Kim hadde et felles ønske til hva PMF kunne gjøre for dem, de ønsket hjelp til sine kroppslige symptomer-smerter i ulike deler av kroppen. Felles er beskrivelse av plagene sine relatert til «stress», men som Hanna sier «*det var så mye mer enn det*». Det var mye mer enn smertene som var viktig i behandlingen. De har alle erfart endringer i behandlingen, og det som beskrives som betydningsfullt og viktig var: Opplevelse av *mer kontakt med kroppen*, og at de begynner å *kjenne seg selv bedre*.

4.3.1 «Føler jeg har mer kontakt med kroppen»

Alle tre beskriver smerte i ulike deler av kroppen, som de relaterer til stress, høye krav og forventninger til seg selv. Samtidig som Kim knytter smerte og høyt spenningsnivå til frykten for at noe skal være alvorlig, eller tiggning av vonde minner og opplevelser fra barndommen. I PMF er de i større grad begynt å legge merke til hvordan de har det, og hvordan stresset uttrykkes kroppslig. Hanna beskriver at hun kjenner stresset slik:

«Jeg får vondt i kroppen, vondt i skuldrene, vondt i ryggen, vondt i magen. Så har jeg lagt merke til at jeg blir overveldet. Kjenner at hele kroppen min fryses av på en måte. Det er nesten litt sånn panikk, hvor jeg kaldsvetter og alt blir stramt».

Hun forteller at dette er noe de har jobbet med en stund i behandlingen. Både gjennom samtale, men også konkret kroppslig. Hun beskriver at de både har gjort øvelser, men også jobbet med det mye på behandlingsbenken. De har vekslet mellom at terapeuten har massert henne ved bruk av hendene, men også ved å bruke ulike baller. Eksempelvis «piggeball». Da får Hanna en annen opplevelse av og i kroppen:

«Da kjenner jeg at det bare flyter i kroppen (Viser med arm bevegelse, tar hånden nedover hele kroppen og opp igjen). Da er det sammenheng i kroppen min (smiler når hun sier det)».

Det oppleves godt forteller hun. En endring fra å kjenne at kroppen er stram og «fryses» av, til å erfare kroppen som helhet(sammenheng) og at det «flyter». I beskrivelsene av endringer hun erfarer i behandlingen bruker hun gjerne antonymer: *frys-flyt*, eller *godt-vondt*, men også adjektiver som mer eller mindre av, *mer stressa*, *mindre stressa*. Gjennomgående erfarer Hanna mindre smerte, mindre stress gjennom PMF. Hun kjenner på behag, en helhetsfølelse og at det flyter.

Marte beskriver også at hun kjenner stresset i kroppen, men på en litt annerledes måte enn Hanna hvor kroppen oppleves fjern. Det påvirker søvn, konsentrasjon og motivasjon. Hun beskriver sine kroppslige plager på følgende måte:

«Det er ofte slik at jeg blir stressa ...ikke angst, men stressa da. At jeg overtenker og da er det ofte jeg ikke kjenner kroppen min ordentlig. Men at jeg føler at det blir mer sånn... at jeg ikke greier å feste bena på bakken og sånn».

Dette er noe de har jobbet med i psykomotorisk behandling. Hvor fokuset har vært å kjenne etter i egen kropp, og legge til rette for nye kroppserfaringer:

«Det er jo litt sånn å kjenne etter i kroppen og ha fokus på det istedenfor alt som skjer i hodet liksom. For eksempel en time hadde jeg det litt sånn at jeg ikke følte kroppen min. Så da jobbet vi ganske mye, eller da jobba vi bare med at jeg skulle kjenne kroppen. Vi gikk litt rundt i rommet i starten. Deretter rullet vi litt, med en sånn piggeballe. Hvor vi vekslet mellom at jeg selv gjorde det, og terapeuten rulla ballen på meg. Når timen var ferdig, var det bedre. Kjente at bena liksom hadde festa seg til kroppen, på bakken liksom».

Gjennom ulike virkemidler som bevegelse, øvelser og massasje ved bruk av piggeball, beskriver Marte at hun fikk en tydeligere fornemmelse av kroppen. Fra at hun ikke kjente kroppen, til at det etter timen var bedre, bena var tydeligere og hun kjente på et godt fundament, stod stødigere.

Marte forteller videre at det de jobber med i behandlingen, faktisk blir bedre. Hun erfarer endringer i timen, men også mer langvarige endringer, som at hun står bedre og mer stabilt, og det igjen medfører mindre smerter:

«for eksempel så står jeg med veldig svai i knærne, eller hva skal jeg si.... svai bakover i knærne, slik at jeg ofte får veldig svai i ryggen...Jeg står litt sånn knekt, så jeg har hatt veldig vondt i ryggen og «tens» i skuldrene. Og vi har liksom greid å rette opp mye av det, i hvert fall i bena. jeg står ikke automatisk med den strekken som jeg tidligere gjorde. For da gjorde jeg det ganske mye. Nå står jeg bedre og mer stabilt, slik at jeg ikke får så vondt av å stå liksom».

Hun kommer med flere eksempler til endringer hun har erfart etter oppstart i psykomotorisk fysioterapi. Hun beskriver blant annet at:

«Jeg er veldig fæl til å stramme i kjeven, bite tennene sammen, og i munnkjøttet, og da strever jeg med pusting. Så vi har jobbet med tunga og sånn. Sånn her (beveger på kjeven, slipper haka ned, gaper, og tunga hviler)..det skal jo hvile, og jeg synes det er så sykt rart, men jeg synes det hjelper å fokusere på det, for det tar tankene litt bort. Så hvis jeg kjenner etter i kroppen og prøver å slappe av liksom (beveger kjeven), og slapper av i tunga..da blir kroppen mer avslappet. Det har hjulpet».

Marte har mindre vondt i hodet, fordi hun ikke har vært like stram i kroppen. Hun har ofte kjent seg stresset når hun kommer til timen, men fokuset pleier å skifte gjennom timen, til at hun kjenner seg mindre stresset og mer rolig.

Kim forteller at han hadde smerter i nesten hele kroppen når han kom til psykomotorisk fysioterapi. Berøring var vanskelig i oppstarten, hvor det opplevdes ubehagelig hvis terapeuten eksempelvis la hånden på ryggen hans. Det endret seg underveis i behandling, og har påvirket holdningen og hvordan han beveger seg:

«Da jeg startet her skvatt jeg når hun skulle ta meg på ryggen. Nå kommer hun langt ned i ryggen uten at jeg kjenner noe. Skuldrene har gått ned og jeg føler meg oppreist når jeg går og står. Nå merker jeg når jeg presser skuldrene oppover på grunn av angsten, og har metoder for å roe ned»

Han forteller om ulike «verktøy» eller strategier han har lært hos psykomotorikeren for å «roe seg selv ned», eksempelvis når han kjenner at skuldrene strammer seg. På utdypende spørsmål om hva de gjorde i starten når berøring var vanskelig, svarer Kim:

«Da snakket vi mye, og begynte rolig...vi begynte kanskje på en plass...vi begynte nederst og så bygget vi oss oppover, slik at musklene ble mykere og mykere, og til slutt så kom vi opp til ryggen. Fordi bena...det går jo en sånn muskel helt opp til her (tar seg til ryggen), en sene helt opp til ryggen. Så vi begynte der nede (tar på bena) og så jobbet vi oss oppover (fører armene oppover langs leggene, lårene og opp til ryggen) Ja...Ja, det var jo hælene jeg var mest plaget med og der det var vondt. Så når vi fikk «slipp» på dem, så løsnet det litt i resten og da ble det mykere og mykere. når jeg skulle bruke armen så fikk jeg bare den ut sånn..(strekker armene så vidt ut fra kroppen), mens nå får jeg den nesten helt bak. Så man ser liksom at jeg er blitt mykere alle plasser. nå får jeg jo bena bak hodet. (Begynner å le høyt).

Kim forteller at han over lang tid hadde vært i «kroppslig beredskap» grunnet livserfaringer med vold og mobbing. Dermed var berøring vanskelig, men det følte trygt med samtale og det å begynne på en plass som opplevdes mindre «farlig», nemlig bena, for deretter å jobbe seg oppover og «nærmere» etter hvert som Kim følte seg trygg. Kim forklarer endringene i en forståelse av at vi henger sammen, og at muskulatur i bena henger sammen med muskulatur videre opp. Nå man får slipp på spenninger i bena, slipper det også videre oppover i kroppen. Han beskriver også en endring fra å være veldig stram til å bare bli mykere og mykere. Det har endret bevegelsesutslaget og muliggjør andre måter å bevege seg på, han sier at han nå er så myk at han nesten kan få bena bak hodet. På spørsmål om det er noe han husker spesielt godt fra behandlingen svarer Kim:

«Den dagen hun fikk... at vi fikk ryggen til å bli helt «normal» holdt jeg på å si...Da fikk jeg...da kunne vi nesten bøye skuldrene helt rundt (viser rotasjon i ryggen og full bevegelse i ryggen). Ja, før da greide jeg så vidt å komme sånn (viser med kroppen, nesten ingen utslag i rotasjon i ryggen). Så en gang til og sånn, da strekker vi muskelen og jo lenger ned og jo mer vi puster så kjente jeg at jeg plutselig bare ble lengre og lengre og lengre. Da fikk jeg mer plass. Mer plass til pusten. Da sover jeg bedre også».

Her også beskriver han opplevelsen av å bli mykere, få større bevegelser, men også en erfaring av å få mer plass. Mer plass til pusten og at det påvirker søvn. Han påpeker at det oppleves avslappende og godt å være i behandling:

«Jeg sovner nesten når jeg er ferdig her. Det synes jeg er deilig». «Jeg liker å få massasje liksom, og få den avslappingen og avspenning i kroppen, og å slippe tankene liksom»

Alle informantene kjenner på mindre smerter, hvor de tidligere pleide å ha smerter hele tiden i ulike deler av kroppen, føtter, legger, rygg, mage, skuldre, mens at smertene nå er betydelig redusert. Smertene kommer sjeldnere, eller er helt fraværende. De forteller også at de er blitt mer bevisst egen kropp, egne grenser og egne behov. De regulerer og tar i større grad hensyn enn tidligere.

4.3.2 «Jeg begynte å kjenne meg selv bedre»

Å forstå seg selv og egne plager, er endringsskapende og ungdommene tar erfaringene fra behandlingsrommet med seg ut i hverdagen og i livet. De har erfart flere endringer i behandlingen, tidligere beskrevet en økt bevissthet over hva de kjenner i egen kropp, deres reaksjons -og spenningsmønster, og dermed også egne grenser og behov.

På grunnlag av dette har de også kunnet reflektere over hvordan det påvirker livet, og hvordan det har vært endringsskapende utover akkurat det som skjer i behandlingsrommet. Det har skjedd endringer i hverdagen deres. Marte sier: «Vi gjør småting som har hjulpet meg i hverdagen».

På spørsmål til Hanna om hva hun husker godt og syntes har vært viktig i psykomotorisk behandling, gir hun et eksempel på en gang hun virkelig fikk en a-ha opplevelse.

Hun beskriver at det har vært flere, hvor hun har forstått seg selv bedre, men husker følgende spesielt godt. Fordi det var en av de første timen hos psykomotorikeren, og hun følte seg virkelig forstått:

«Det var en av de første gangene vi pratet her. Vi snakket sammen om hvordan jeg hadde det. Så begynte vi å gå mer innpå stresset mitt og hvordan jeg føler det. Hvilke situasjoner eller om jeg husker noen spesielle situasjoner da jeg hadde veldig vondt. Det var i konformasjon til søskenbarnet mitt, da hadde jeg veldig vondt, og så spurte terapeuten «hvorfor tror du det?». Jeg svarte at jeg var stresset da, og så spurte hun «hvorfor jeg var stressa». Jeg svarte «fordi det er så masse folk og at det var veldig overveldende, jeg gikk i frys». Da spurte hun om «det føltes som en fastlåsthet, om jeg føler meg fastlåst i vanskelig situasjoner»...og jeg bare OI, «det har jeg ikke tenkt på før! Jeg har ikke tenkt på det før. Men det er jo DET. Jeg husker det veldig som ÅÅÅ, jeg innså veldig mye da. Så det husker jeg godt».

Bli sett, hørt og forstått er viktig for ungdommene. I eksempelet ovenfor følte virkelig Hanna at terapeuten forstod henne, og la til rette for at hun selv kunne undres og få en økt forståelse over egne plager og følelser knyttet til en større meningssammenheng. De kunne sammen undre seg, og terapeutens forslag til beskrivelser av kroppslig fornemmelse traff «Spikeren på hodet», som gjorde at Hanna i større grad kunne uttrykke det hun kjente. Hun forklarte at hun selv ikke hadde satt ord på det tidligere, men at det traff helt og gav en ny mening.

Kim beskriver at han hadde en tøff hverdag, og at psykomotorisk behandling ble som et pusterom, det var godt å bare komme til behandling og slippe alt:

«Ble mye mobbet på skolen, både fysisk og psykisk. Og hadde det vanskelig hjemme. De forstod meg ikke. Kom til PMF etter skolen, var ofte det som hjalp best, fordi da hadde jeg kanskje opplevd ting på skolen, så måtte få jobbet det ut her da. da er det så deilig å bare liksom slippe alt liksom».

Det opplevdes trygt nok til å bare slippe alt. Få jobbet det ut både ved samtale og gjennom å gjøre noe felles. I tillegg forteller Kim at han alltid har vært engstelig når han kjenner noe i kroppen, da har han umiddelbart tenkt at det er noe alvorlig eller farlig. Han hadde mye smerter, i hele kroppen og de ble forsterket når han ble engstelig. Men det endret seg etter hvert i behandlingen:

«Før hadde jeg vondt i hele kroppen. Vondt i hælene, vondt å gå. Nå kjenner jeg aldri noe i hælene. Jeg trodde jeg hadde en sykdom eller noe i hælene, men det viste seg at det bare var muskelspenninger og at det henger sammen med resten av kroppen.

Jeg har alltid vært engstelig for at det kan være noe alvorlig når jeg får vondt. Mye på grunn av sykdommen jeg har. Hvis jeg kjenner en kul eller får vondt noen steder, så er jeg redd det kan være farlig, kreft. Så blir jeg engstelig og da blir jeg stiv i skuldrene, vondt i nakken og får migrene....Tar det alvorlig, selv om det ikke er alvorlig liksom»

Det har endret seg, nå er ikke Kim så redd lengre, fordi han forstår i større grad forstår sammenheng med plagene sine. Ikke kun forståelse av smertene og symptomene, men setter de i sammenheng:

«Nå forstår jeg for eksempel det med smerter i hælen, hva det er for noe og hva jeg må gjøre for å få det bedre liksom. Og hvis jeg får litt vondt i nakken nå, så er jeg ikke redd for at det er noe annet liksom. Nå vet jeg at det enten er stress eller angsten som gjør det».

Han legger i større grad merke til hvordan han har det i kroppen, sett i sammenheng med miljøet han befinner seg i, noe som gjør at han får en økt forståelse av sine kroppslige plager og dermed kan endrer på det:

«For eksempel hvis jeg går ute og det er veldig mange mennesker, ungdommer og sånn.... Så kan jeg kjenne at jeg får vondt oppe i skulderen, fordi jeg kanskje presser skulderen frem, og det merker jeg selv. Det gjorde jeg ikke før. Da var det vondt hele tiden. Nå merker jeg det selv og da greier jeg å slippe skulderen ned. før kunne det være når jeg ble svimmel eller hadde tåkesyn, så trodde jeg at jeg hadde noe alvorlig, at det kunne være hjerteinfarkt eller noe sånn, men nå vet jeg at muskelspenninger i nakken kan gjøre sånn at du får tåkesyn».

Han forteller at han ikke lengre er engstelig. Han kjenner sitte eget reaksjons- og spenningsmønster bedre, og hvilke situasjoner som er triggende for han. Blitt bevisst at ulike situasjoner fremkaller konkrete kroppslige symptomer som smerte og anspenhet, på grunn av tidligere vanskelig opplevelser. For eksempel dette med å møte på ukjente ungdommer.

Forskjellen nå er at han setter det i sammenheng, og dermed kan regulere egne reaksjoner og spenninger. Nå har han nesten aldri smerter i kroppen. Han forteller avslutningsvis også om en annen stor endring, og det er at han har sluttet på medisiner:

«Jeg gikk på medisiner i 3 år tror jeg, men så sluttet jeg nå for to år siden, så nå er jeg medisinfri da. Og det er på grunn av at jeg går her da»

Oppsummert beskriver Kim:

«I starten var kroppen så aktivert og stiv. Gjennom hele oppveksten hadde den vært i beredskap. Etter ett år i PMF begynte jeg å kjenne forskjell. Før var det slik at bare hun tok på meg med fingrene, så skvatt jeg til. Mens nå går det helt fint. Har nesten ikke vondt noen plasser lengre. Alle burde hatt et slikt tilbud om å komme hit til sånn psykomotorisk fysioterapi»

Alle informantene beskrev at de hadde høye forventninger til seg selv, og at det har vært et fokus i PMF. Som tidligere beskrevet satte Hanna press på seg selv til å alltid få de beste karakterene eller poengene på prøver. Helt siden barneskolen var hun opptatt av å gjøre det bedre enn best. Hun hadde et konkret mål om å bli lege, og var derfor opptatt av å få gode karakterer på ungdomsskolen. Hun har ombestemt seg, men ønsker fortsatt gode karakterer for å ha muligheten til å kunne velge når den tid kommer. Hanna forteller at dette er noe de har jobbet med i behandlingen, og har vært et tema. Etter hun startet i PMF har du blitt mer bevisst over hvordan stress rundt vurderingene setter seg kroppslig, og hvor viktig det er å lytte til kroppen-til seg selv. Hun har etter oppstart i behandlingen nå blitt bedre til å si i fra, og sette grenser for seg selv:

«Behandleren min har hjulpet meg med å håndtere forventningene jeg har til meg selv, med tanke på skole spesielt. Hun har hjulpet meg med å si ifra til lærerne om stresset jeg kjente på i forbindelse med vurderingene på skolen. Etter jeg sa ifra fikk jeg bekreftelse på at jeg lå godt an i fagene og kunne roe ned, og nå får jeg færre vurderinger, kun de som er nødvendige».

Videre forteller hun at hun har mindre smerter, og opplever mindre stress. Hun er flinkere til å lytte til kroppen og gjøre endringer. Også i sosiale sammenkomster, som når hun er sammen med venner:

«Før hadde jeg smerter flere ganger i uken, og jeg gjorde veldig mye selv om jeg hadde vondt, fordi jeg måtte bare «Pushe true it» liksom. Jeg brukte bare å sitte i stresset, når jeg egentlig hadde det veldig ukomfortabelt og var veldig dårlig egentlig.

Mens nå prøver jeg å gjøre noe med det. Så hvis det blir for mye, tar jeg meg en pause. Jeg tok aldri pauser før. Nå skjønner jeg hvor viktig det er for meg, å ta pauser. Spesielt når jeg er i sosiale settinger. Nå har jeg kanskje bare vondt en gang hver andre uke eller noe sånt.»

Tidligere kunne Hanna kjenne seg fastlåst i vanskelige eller stressende situasjoner, hvor hun erfarte at kroppen gikk i frys, hvor hun kjente seg ukomfortabel i egen kropp, og at det var kaos i hodet. Etter oppstart i psykomotorisk behandling greier hun i større grad å sette dette i sammenheng. Hun har en forståelse av at hodet og kropp henger sammen, og setter egne reaksjoner og plager i sammenheng med situasjoner.

«Ville bare bli kvitt smertene eller lindre dem egentlig. Det viste seg at det var veldig mye mer sånn i hodet, og...resten av kroppen, som var viktig. Så det var veldig mye som jeg måtte jobbe med. Tidligere tenkte jeg ikke over hvor mye jeg stressa eller hvor stor effekt det hadde på kroppen før jeg kom hit. Det henger veldig sammen kroppen og hodet. Nå kan jeg kjenne sammenheng i kroppen».

Avslutningsvis forteller Hanna at hun også utfordrer seg selv i større grad etter hun startet i PMF:

«Tidligere hadde jeg aldri turt og vært med på et intervju. Men etter jeg begynte her prøver jeg å utfordre meg selv og det føles så godt når jeg greier det»

Marte beskriver flere endringer etter hun startet i psykomotorisk fysioterapi. Hun har sluttet i en jobb, presser ikke kroppen til det ytterste for å bli best. Hun lytter i større grad til kroppen, regulerer og tar hensyn. Hun er blitt mer bevisst sine egne grenser, og kan dermed gjøre endringer for å få det bedre. På spørsmål om endringer etter oppstart i PMF, svarer Marte:

«JA jeg har merket endringer etter jeg startet opp i psykomotorisk behandling. Jeg er blitt flinkere til å høre mer på kroppen, for det er jo viktig som terapeuten sier at «hvis jeg har vondt så må jeg si ifra og lytte, at man ikke skal ha så mye vondt, for da blir det mer stress liksom». Jeg vet ikke, jeg føler jeg er blitt litt bedre til å unngå ting som gjør at jeg får vondt».

Etter hun startet i PMF er hun blitt flinkere til å lytte til kroppen og unngå ting som gjør at hun får mer vondt. Forståelsen for egne plager har endret seg etter hun startet i PMF:

«Det vi jobber med blir faktisk bedre, bare i løpet av en time ofte. Jeg synes det er gøy å erfare. Det er liksom sånn at vi jobber med «små ting», som har hjulpet meg i hverdagen. Jeg føler at jeg har mer kontakt med kroppen min liksom. Nå står jeg bedre og mer stabilt».

Ungdommen fremhever at det har vært nyttig å få en forståelse for sammenhengen mellom stress, press og krav og deres kroppslige reaksjoner. De er mer i kontakt med egen kropp, økt bevissthet omkring egne følelser, reaksjoner og spenningsforhold. Blitt mer kjent med egne grenser og behov, og kan ta bevisste valg omkring egen helse, seg selv og eget liv.

5 Drøfting

Gjennom resultatene i min studie er det følgende temaer som trer frem: *ungdommers helseproblemer: fra stress til livsytringer og kroppen som MEG -et mål i behandlingen*. Hovedtemaene belyser sentrale tendenser og framkomne mønstre fra resultatkapitlet, som jeg drøfter i lys av teoretiske perspektiver opp mot problemstillingen.

5.1 Ungdommers helseproblemer: fra stress til livsytringer

I det empiriske materialet kommer det frem at ungdommene kom til PMF i håp om å få hjelp til sine somatiske plager, i form av smerter i kroppen. Stress ble et fremtredende tema i det empiriske materialet, hvor ungdommene oppgav stress som årsakssammenheng til sine kroppslige symptomer og plager, som smerte, uro, spenninger/anspenhet, eller motsatt hvor kroppen opplevdes nummen og frakoblet. Dette ses i samsvar med hva tidligere forskning sier om ungdommens helseplager og hvorfor de oppsøker hjelp (Bakken, 2021; Opaas, 2012; Eklof-Flugstad & Øyehaug, 2014).

Stress ble et begrep som refererte til forskjellige betydninger og tolkninger for ungdommene. Blant annet som en beskrivelse for angstsymptomer, men også referert til den fysiologiske opplevelsen av «panikk». Jentene relaterte stress spesielt i forbindelse med skole. De setter høye krav og forventinger til seg selv, og det dreier seg om å prestere best mulig på alle prøver og vurderinger. Slik at de har muligheten til å kunne velge den utdanningen de ønsker etter endt grunnskole. Dagens ungdom er i større grad preget av bekymring knyttet til utdanning og tanker om fremtiden (Løkke, 2021b). Psykomotorikere som arbeider med ungdom opplever at spesielt tenåringsjenter selvkritisk overvåker egen kropp og prestasjoner (Bjørklyhaug, 2016).

Å finne balansen i hverdagen er utfordrende for ungdommene. Tenåringene er i en fase hvor identitetsutvikling er i sentrum, finne seg selv. Noe som innebærer at de skal utforske seg selv og verden, og ta valg som har betydning for deres identitetsutvikling (Erikson, 1992). Samtidig er de opptatt av anerkjennelse og aksept, spesielt fra jevnaldrende og det er viktig å få innpass, status og en plass i fellesskapet på flere områder (Tetzchner, 2019). Det handler om å bli trygge på seg selv, finne sin plass og oppleve tilhørighet (Brautaset & Egebjerg, 2012). Imperativene «må, bør, skal» styrer hverdagen deres.

Løkke beskriver det som en evig runde i «hamsterhjulet», hvor ungdommen skal sjonglerer alt de bør, må og skal gjøre, for hvis man stopper hjulet eller pauser det får ungdommen en følelse av å henge etter, som igjen trigger følelsen av å falle utenfor (Løkke, 2021a).

Ungdom beskriver at tempoet i hverdagen kan medføre følelsen av nummenhet, tomhet og fremmedhet, og at det kan vanskeliggjøre deres mulighet for å få kontakt med seg selv og verden (Løkke, 2021a). Dette samsvarer med flere av beskrivelsene ungdommene i studien kom med, følelse av at kroppen fryses av, eller følelsen av å ikke kjenne egen kropp var fremtredende, spesielt i perioder med mye stress. De kjente på utfordringene med å prestere best på alle livsområder. Ungdom preges i stor grad av den prestasjonsorienteringen som preger samfunnet, som stenger for kreative levemåter, og rom og tid nok til å utforske seg selv og verden (Løkke, 2021b).

I følge flere psykomotorikere trenger ungdom å lære å ta vare på hele seg (Montarou,2012; Henriksen,2016; Bjørklyhaug, 2016; Karlsen, 2020). De trenger å lære hvordan psyke og kropp henger sammen (Montarou, 2012). Dagens helsevesen preges fortsatt i stor grad av et biomedisinsk syn på kroppen. Dette kan ses på som et reduksjonistisk perspektiv som fremmer en forståelse og praksis hvor enkeltfunn undersøkes og behandles løsrevet fra sammenhengen. En slik tenkning medfører noen konsekvenser, blant annet at forbindelsen mellom individets livshistorie og kroppen, mellom den enkeltes livshistorie og sykdom og samfunn blir brutt (Thornquist, 2016a). Ifølge Thornquist & Kirkengen vil forsøk på å forstå sykdom mislykkes ved en slik tankegang (Thornquist & Kirkengen, 2020). En slik forståelse vil også ha konsekvenser for ungdommer som befinner seg i en tid preget av flere «livskriser», fordi grensen mellom hva som er en naturlig del av å være ungdom, og hva som betegnes som diagnoser utviskes. Potensielt sykkeliggjør man normale livsprosesser, fordi man går veien utenom ungdommenes livshistorie, og møter dem med anti-individualistiske metoder, *den instrumentelle fornuft* (Løkke, 2011). Det kan ifølge Thornquist medføre at sorg blir til «depresjon», uro forstås som «ADHD», og sjenanse blir til «sosial fobi» (Thornquist, 2016a). Identitetsutviklingen kan påvirkes når ungdom får en diagnose, kanskje særlig en psykiatrisk ifølge Bondevik mfl. (Bondevik, Madsen, & Solbrække, 2017).

Ungdommene behøver et kroppslig perspektiv på følelser og lære seg hvordan de selv kan håndtere krisene og de vanskelige følelsene sine, for å skille det fra sykdom (Ottesen & Øyehaug, 2016). Samt å skape tiltro til evnen å håndtere tenåringsfasen, og utfordringene og «krisene» som medfølger.

Stressrelaterte og psykiske helseplager oppstår ikke plutselig, men utvikler seg over tid. Da er det sentralt å få hjelp til å forstå og håndtere de kroppslige uttrykkene, før de utvikler seg til sykdom og helseplager (Ottesen & Øyehaug, 2016).

Meningsskaping er en forutsetning for å mestre eget liv, og sentralt i møte med pasienter (Dragesund & Råheim, 2009). Ungdommene opplevde PMF som annerledes enn hva de tidligere har erfart med hjelp for deres helseplager. Det som ble annerledes, var at hele kroppen var i fokus. Alle informantene hadde erfaring med det de betegnet som ordinær fysioterapi, og forventet at PMF skulle være noe av det samme, men det ble så mye mer enn hva de hadde forventet. PMF orienterer seg mot den levende kroppen alle kjenner fra hverdagslivet: En kropp som lærer og erfarer, utforsker og er åpen for inntrykk, som er i bevegelse og i samspill med andre, og som preges og formes gjennom hele livsløpet (Gretland, 2016). En slik forståelse av kropp, ble nytt for ungdommene.

Ifølge Gunn Engelsrud kan fysioterapeuter møte pasienter på ulike måter, og det avhenger av hvordan kroppen vektlegges og forstås (Engelsrud, 1990). Kroppen kan lett assosieres som et objekt-en gjenstand og en sykdom. Men kroppen er også en tilstand, og sentrum for erfaring og opplevelser jf. (Merleau-Ponty, 1994). Dermed vil det å persipere og handle utfra kroppen som noe vi har, «ting», eller noe vi er og har (tilstand og erfaring), kunne utvikle ulike kroppserfaringer og praksiser. Ut fra dette vil en kunne si at fysioterapeuter gjennom utforming av sin forståelse av kroppen og sin praksis, vil kunne bidra til å forsterke kroppens status som objekt og diagnoser, eller forankre og forsterke kroppen som «MEG», et personlig hjem og sentrum for erkjennelse og erfaringer (Engelsrud, 1990). Dette kan relateres til forskjellene ungdommene erfarte med «ordinær fysioterapi».

I psykomotorisk fysioterapi ligger det ofte til grunn et fenomenologisk perspektiv på kroppen. Forskning det siste tiåret har belyst subjektets erfaringer som grunnleggende biologisk relevant, og at de er betydningsfulle for individets helse. Opplevd stress kan medføre sykdom, mens opplevelse av tilhørighet, anerkjennelse og omsorg kan styrke eller gjenopprette helsetilstanden (Kristiansen & Ekerholt, 2022). Dette betyr at behandler må møte pasientens totale situasjon, sette kroppslige erfaringer og levd liv sammen. Det kan gi økt forståelse av egne plager og gi mening for pasienten, og kunne medføre endring. I kroppsfenomenologien jf. Merleau-Ponty fremheves viktigheten av å reetablere tillitt til kroppen sin, for så å rekonstruere livsverden sin og skape mening.

Kroppen er sentrum for alle opplevelser og erfaringer, og dermed naturlig å innlemme i meningsskapingen. Det er i kroppen og gjennom kroppen meningsskaping oppstår (Merleau-Ponty, 1994).

I PMF behandler man hele mennesket, hvor kroppen er innfallsporten til personen (Thornquist & Bunkan, 1995). Flere studier viser til dette, hvor kroppen anerkjennes som inngangsport til individet og meningsskapingen, og dermed økt forståelse av seg selv og sine plager (Dragesund & Råheim, 2009; Dragesund & Øien, 2021; Sviland m.fl., 2014). PMF kan være med å støtte, igangsette eller lede ungdommene inn på gode utviklingsspor (Henriksen, 2016). Ungdommene endret forståelsen av sine egne plager etter de startet i PMF. Fra et mål og en forståelse om at det var symptomene som skulle være i fokus, og at det handlet om å lindre smertene, til å forstå at det dreide seg om så mye mer enn det. Symptomene gav uttrykk for mer enn bare smerter, det var den levende kroppen.

5.2 Kroppen som MEG -et mål i behandlingen

Slik det fremkommer i resultatdelen begynte ungdommene å få en økt forståelse av sine kroppslige plager, og av egen kropp, etter de startet i PMF. En av oppgavene i PMF er nettopp å utforske kroppslige uttrykk sammen med pasienten, slik at de kan legge merke til reaksjoner og kroppslige vanemønstre, for å utvikle innsikt i egne plager (Gretland, 2016).

Ungdommene fortalte at de i behandlingen jobbet med å kjenne etter i kroppen, og at de dermed fikk mer bevissthet og kontakt med kroppen. De begynte å forstå eget reaksjons- og følelsesmønster, og hvordan det kunne komme til uttrykk, i form av smerte, uro eller følelsen av nummenhet. Målet i PMF er å utvikle kunnskap om symptomene sine, gjennom å bli oppmerksom på reaksjoner og kroppslige uttrykk i behandlingstimen, og hvordan dette kan håndteres (Thornquist & Bunkan, 1995). Ifølge Kristiansen & Ekerholt (2022) vil måten man forstår egen situasjon være avgjørende for hvordan man agerer og opprettholde uhensiktsmessige mønstre, eller gjør endringer som er helsefremmende og bedre for en selv (Kristiansen & Ekerholt, 2022). Det vil igjen kunne påvirke på biologiske prosesser og forebygge sammensatte lidelser senere i livet (Thornquist & Kirkengen, 2020; Getz, Kirkengen & Ulvstad, 2011).

I tillegg beskrev ungdommene i studien at de i større grad erfarte sammenheng med hvordan de hadde det følelsesmessig og hvordan det uttrykte seg kroppslig.

I følge Gretland er vår følelsesregulering nært knyttet til bevegelses -og spenningsmønstre. Eksempelvis kan spenning i kjeven være et tegn på at man biter ting i seg, og prøver å unngå å kjenne på følelsen av ergrelse, eller slippe reaksjoner løs (Gretland, 2016). I uttalelsen fra en av ungdommene, kom det frem at hun ofte hadde smerter i kjeven. Hun hadde begynt å legge merke til at hun ofte «bet tennene sammen», strammet i kjeven og dermed fikk hodepine. Det var ofte i situasjoner hvor hun var stresset. Ungdommene kom med flere eksempler på at følelsen av stress kunne føre til spenninger i skuldre og nakke, eller opplevelsen av redsel kunne merkes som anstrengt pust. Ungdommene ble gjennom PMF bedre kjent med følelsene sine og hvordan følelsene kom til uttrykk.

Et spenningsmønster kan forstås som uhensiktsmessig i et biologisk perspektiv, men sett i et personlig eller sosialt perspektiv kan det ha hensiktsmessige funksjoner. Mennesker unngår ubevisst eller bevisst følelser som er vanskelig å håndtere og romme. Kanskje har pasienten måttet lære seg å holde tilbake og bremse egne følelser, eller ikke har fått adekvat respons på emosjonelle tilstander tidligere i livet (Gretland, 2016). En av ungdommene i studien beskrev en barndom preget av vold i nære relasjoner, og mobbing både fysisk og psykisk. Ved oppstart i psykomotorisk fysioterapi oppdaget han at tidligere livserfaringer kom til uttrykk med forhøyet spenningsmønster i kroppen, og beskrev at kroppen hadde vært i høyt kroppslig beredskap over lang tid. Dette begynte han å utforske sammen med psykomotorikeren, og kunne i større grad sette i sammenheng med tidligere erfaringer i livet.

Hvordan ungdom håndterer egne følelser kan i lys av Sterns teori forstås som utfall av hvordan man som spedbarn ble regulert. Noe av det viktigste i barndommen er evnen til å erfare, kommunisere og regulere følelser. Stern (2003) bruker begrepet *selvregulering*, som avhenger av regulering av stressrespons, regulering av oppmerksomhet og mentalisering (Hustad, 2018). Utvikling av selvregulering, skjer i samspill med andre gjennom synkronisering, affektiv inntoning og delt oppmerksomhet, omsorgsgivere blir en selvregulerende annen, som er med på å utvikle barnets egen regulering. Det er helt avgjørende for hvordan man håndterer regulering i ungdomsårene og voksenlivet (Stern, 2003). Det er plausibelt at en barndom preget av vold og fraværende omsorgsgivere, som en av ungdommene beskrev, kan ha medført til reguleringsvansker. Ungdommen beskrev at han ikke ble forstått hjemme, at foreldrene ikke forstod hans følelsesuttrykk, det ble sett på som atferdsvansker.

Derfor er det i behandling viktig å utforske sammen sentrale livshendelser som meningsfulle forståelsesrammer. Samtidig som man også finner frem til det relasjonsdomenet (de fem selvområdene) som viser seg som mest fremtredende i pasientens opplevelser av plagene (Stern, 2003). Å være i kontakt, bli forstått og føle tilhørigheter helt grunnleggende, og mulig de viktigste elementene i individets helse- og uhelse (Hustad, 2018).

5.2.1 Kroppslig dialog og dialog om kroppen

Når ungdommen beskriver psykomotorisk fysioterapi trekker de frem at det oppleves som en annen måte å bli forstått på, og forstå seg selv, hvor kroppen betraktes som en samspillende og funksjonell enhet. En gradvis prosess hvor ungdommene fikk bedre kontakt med kroppen, gjennom ulike virkemidler som samtale, massasje og ulike øvelser. Ifølge Thornquist & Bunkan er nettopp massasje, øvelser og bevegelser virkemidler som brukes i PMF (Thornquist & Bunkan, 1995). Den røde tråden i PMF er kort sagt at pasienten skal «*oppleve kroppen og oppleve via kroppen*» (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 72). At terapeuten har en anerkjennende holdning til det pasienten formidler både kroppslig og verbalt er essensielt, for å skape et trygt rom hvor de kan utforske og gjøre nye kroppserfaringer (Dragesund & Øien, 2021; Henriksen, 2016; Sviland m.fl., 2014).

Massasje kom frem som et viktig behandlingstiltak for ungdommene. De beskriver at det både virket avspennende, og at de fant mer ro, noen ble trøtte og opplevde bedre søvn etter behandling. Samtidig gav det en ny opplevelse av egen kropp, kroppen ble mer tydelig og sammenhengende. Flere studier trekker frem massasje som et viktig hjelpemiddel som psykomotorikere bruker for å fremme pasienters kroppskontakt og følelser, slik at de kan erfare og uttrykke seg selv bedre kroppslig og verbalt (Ekerholt & Bergland, 2006; Karlsen, 2020; Soleng & Sviland, 2022).

I flere studier beskriver psykomotorikere at hensikten med massasje er å fremme ungdommers interesse og undring over egen kropp, seg selv og bedre kunne forstå plager i sammenheng med livshistorien (karlsen, 2020; Bjørklyhaug, 2016; Henriksen, 2016). Dette på bakgrunn av en forståelse av kroppen som meningsskapende jf. (Merleau-Ponty, 1994), hvor kroppslige plager ses som uttrykk for levd liv og tidligere erfaringer som kommer til uttrykk i kroppen. Massasje og berøring er dermed mer enn det som utføres med hånden. Det er en utvidet måte å kommunisere på, ikke ene og alene et passivt tiltak som påvirker vevet, men hvor kroppen er i sentrum for interaksjon med den andre.

Berøring kan gi muligheten for å komme i kontakt med egen kropp, samt fornemme muskelspenninger, holdning og respirasjon. Det muliggjør erfaringer og utforsking av kroppslige nyanser og grenser, ved at man blir klar over egne reaksjonsmåter. Dermed kan man bli bevisst egne behov og kan slik skape endring (Soleng & Sviland, 2022). Det forutsetter at behandler har en gradvis tilnærming og har respekt for pasientens grenser, noe en av ungdommene gir eksempel på, hvor det i starten var vanskelig med berøring og massasje, men etter hvert ble det han likte best med hele behandlingen. Livserfaringer med vold og mobbing hadde satt seg kroppslig, hvor berøring og nærhet var utfordrende i oppstarten av PMF, men med gradvis tilnærming, og definering og respekt for hans grenser, ble massasje noe av det beste i behandlingen. Massasje kan ifølge Soleng & Sviland redusere smerter og skape ro, men også muliggjør utforsking av følelser, egen kropp og eksistens, og trigge kroppslige minner og erfaringer (Soleng & Sviland, 2022). Flere pasienter har erfart krenkelser, som har satt kroppslige spor. Dette stiller krav til at behandlingsrammene må være trygge, og at fysioterapeuten er var og viser respekt for pasientens grenser, slik at behandlingen ikke blir grenseoverskridende (Ekerholt & Gretland, 2018).

Pasienterfaringer viser oss at en god relasjon er forutsetning for at berøring skal virke greit, samtidig som berøring og massasje kan være relasjonsbyggende (Soleng & Sviland, 2022). Massasje kan være omsorg i form av berøring, hvis terapeut og pasient toner seg inn på hverandres følelsetilstand, affektiv inntoning (Karlsen, 2020). Ungdommene beskriver at de psykomotoriske fysioterapeutene nyanserte tilnærmingen, ved å bruke ulike hjelpemidler som knotteball eller lignende for å skape en «trygg» avstand i starten, eller hvor ungdommene selv i starten kunne markere egen kropp, med egne hender.

Massasje påvirker kroppen på ulike nivå, både fysiologisk, mekanisk og psykologisk. Studier belyser at massasje kan redusere stresshormoner (Ekerholt & Bergland, 2006). Dette var en av effektene ungdommene i studien oppgav, de fikk mer ro, opplevelse av redusert stress og smerte. I tillegg beskrev de opplevelse av å få mer plass, og at de dermed fikk mer plass til pusten. Massasje i PMF er inspirert av klassisk massasje, men tilpasser ut fra pasientens respirasjon. Pusten blir styrende for hvordan behandlingen foregår, og det er en forståelse om at «frigjøring av pust er frigjøring av følelser», derfor er det viktig at terapeut kjenner til pasientens historie, og vet hvor mye pasienten tåler å slippe opp i muskelspenninger og frigjøring av pusten (Thornquist & Bunkan, 1995).

Øvelser ble også trukket frem som virkemiddel i behandlingen av ungdommene. Ifølge Gunn Engelsrud skal vi finne våre gode bevegelser. De koseligste og gode, som man liker. Ikke gjøre noe som er vondt, men det man har lyst til og trenger (Engelsrud, 1990). Dette er et annet fokus enn det som ungdommene beskrev, hvor øvelser og bevegelser i stor grad var drevet av prestasjon og forventninger. De gjorde øvelser som opplevdes smertefull, men fullført allikevel, fordi de var fortalt at det var bra av andre, eller at målet ble viktigere enn hvordan det følte i kroppen. En av jentene i studien hadde drevet med konkurranseidrett over lengre tid, og var skadet og preget av smerte. Men det å bli god, var viktigere enn hva det kostet. Dette kan forstås i lys av at fysisk aktivitet og bevegelse i økende grad er blitt til planlagt og målrettet trening (Thornquist & Kirkengen, 2020).

Som barn bevegde man seg intuitivt og fritt gjennom lek, mens i ungdomstiden erstattes leken med målrettede aktiviteter og gjøre mål (Løkke, 2021b). Ungdommen er i en fase hvor de skal bevegese seg fra barn til voksen. Leken er fortsatt noe som er kjent og kanskje trygt for mange, samtidig som det er flaut og barnslig, som en av ungdommene i studien påpekte.

Ungdommene beskrev at de gjorde mange lekpregede bevegelser i behandlingen, og det opplevdes godt. Lek kan bidra til å gjøre behandlingsrommet til et pauserom og et fristed fra den ytre verden. I barneårene er lek tilstedte i samspillet mellom foresatte og barnet, men har en viktig rolle for utviklingen også i ungdomsårene, og resten av livet (Stanicke, Johns, & Landmark, 2021).

Lek som virkemiddel innenfor barnefysioterapi er godt kjent. Studier viser at barnets selvutvikling kan skje gjennom lek, fordi det er en delt handlings -og meningsverden. Lek forstås i et intersubjektivt perspektiv (Ytreberg, Thornquist, & Aars, 2010). Stanicke m.fl (2021) referer til Stern som beskriver at «*når man gir seg hen i lek og intime relasjoner skjer det ut fra en subjektiv opplevelse av mening*». Stern mener at mye av vår selvopplevelse er forankret før verbalt språk er utviklet, og at vi gjennom livet fortsetter å uttrykke og utvikle våre sanselige opplevelser gjennom kroppen, ikke språklig (Stern, 2003). Fysioterapeutiske undersøkelser og behandlinger hvor intersubjektiv dialog og samspill er i fokus, og barnets intensjoner og interesser vektlegges, ikke en terapeut som styrer hva som skal skje, kan gi barnet sentrale «*nå-øyeblikk*» med en opplevelse av anerkjennelse. En slik tilnærming kan ha stor terapeutisk betydning (Ytreberg, Thornquist, & Aars, 2010).

Løkke refererer til Winnicott⁸ som sier at kreativitet og lek er det som fremmer psykisk helse, ikke mestring, selvfølelse og prestasjon. *Ungdom bør ha en følelse av at egne impulser (impulse- doing) har mer plass enn ytre styringens krav og forventinger (reactive doing)* (Løkke, 2021b, s. 281). Kanskje var det akkurat dette som oppleves fint med å leke i behandling, det stilles ingen krav, men handler om å gjøre det en intuitivt trenger og ønsker.

5.2.2 Potensialene i PMF

Psykomotorisk fysioterapi kan være til hjelp for flere pasienter, deriblant ungdom (Opaas, 2012). Ungdommene erfarte flere endringer og utviklingsprosesser gjennom PMF. Jeg vil belyse noen av potensialene i behandlingsformen, som viser seg å ha verdi også utenfor behandlingsrommet, i ungdommenes hverdag.

I resultat delen kom det frem at samtlige av ungdommene hadde jobbet med bena i behandlingen. Det ble beskrevet som noe trygt å jobbe med, spesielt i starten. For en av ungdommene når kroppen var i høyt beredskap kjentes det fint og gav mening å jobbe med bena, men i en sammenheng med resten av kroppen. Ungdommene erfarte en økt sammenheng i kroppen og at de hadde bedre fotfeste.

I psykomotorisk fysioterapi har det vært et prinsipp at man alltid begynner med å bygge opp kroppen nedenfra og opp (Thornquist & Bunkan, 1995). Det er en forutsetning å «ha gode ben å stå på» for å oppnå fri funksjon (Ekerholt & Gretland, 2016; Thornquist & Bunkan, 1995). Thornquist & Bunkan presiserer at en ikke må forstå prinsippet med å starte med bena bokstavelig og mekanisk, for det betyr ikke at man bruker flere behandlinger eller kun fokuserer kun på akkurat det i en behandling, for deretter å bevege seg del for del oppover i kroppen. Føttenes spennings-belastnings og balanseforhold påvirkes indirekte ved behandling av andre deler av kroppen. I behandling er det alltid en gjensidig veksling i kroppen, men hvor en stadig går tilbake til bena som fundament (Thornquist & Bunkan, 1995).

⁸ Løkke tar utgangspunkt i den engelske psykoanalytikeren Donald W. Winnicotts tenkning i sitt kapittel «Ungdom, lek og kreativitet»:

Winnicott, DW. (1990). *Living creatively.1 Home is where we start from*. New York: Norton & Company

Gretland belyser at det for noen kan oppleves vanskelig å jobbe med bena. Livserfaringer som kan trigge vonde minner med å jobbe med bena, da må en heller ha gradvis tilnærming og starte i en annen ende. Det viser betydningen av å forstå de individuelle historiene i behandling, slik at en kan nyansere, gradere og tilpasse etter den enkeltes ressurser og utgangspunkt (Gretland, 2016).

Ifølge (Henriksen, 2016) er det «å stå på egne ben» et tema som er aktuelt å jobbe med i behandlingen av ungdom spesielt, fordi de går inn i en tid hvor de skal løsrive seg fra barndommen og foreldre, mot å bli mer selvstendige voksne. En kan derfor se på det å jobbe med «stå godt på egne ben» både som en metafor for å stå trygt i seg selv, som å være tryggere på egen identitet og ens verdier og meninger, samtidig som det er noe helt konkret kroppslig (Henriksen, 2016). En av ungdommene beskrev at gjennom å jobbe med bena opplevde et bedre fotfeste. Som kan forstås både som en konkret kroppslig erfaring, men kanskje også som å stå tryggere i seg selv. Ungdommene beskrev også en opplevelse av sammenheng i kroppen, at de følte seg mer hel.

Ungdommene beskrev også at de begynte å kjenne og forstå seg selv bedre gjennom PMF. Begrepet kroppskontakt anses som relevant å trekke inn, hvor det forstås av Thornquist som «*evnen til å oppleve nærhet og knytte følelser til egen kropp*» (Thornquist, 2012, s. 143). Det forstås som evnene til å erfare at følelser og kropp gjensidig påvirker og gjenspeiler hverandre, og evnen til å forstå følelser i sammenheng med kroppslige uttrykk og bevegelsesmønster. Ungdommene ble mer kjent med sitt kroppslige uttrykk, både hvordan muskelspenningene var meningsbærende, og hvordan følelser kom til uttrykk i kroppen.

De beskrev en forståelse av sammenheng mellom at skuldrene ble trukket opp mot ørene når de var stresset, eller la merke til at de strammet kjeven og bet sammen tennene. Hvordan dette påvirket kroppen som helhet, med økt smerte og «vondter «andre steder. Videre ble dette forstått i hverdagen, og satt i sammenheng med livene deres, eksempelvis skole, følelsen av press og krav fra seg selv og andre. Når pasienter ser mening i mønstre og væremåter som ligger til grunn for de kroppslige plagene, og dermed forstår og begriper seg selv bedre, kan de håndtere livene sine bedre (Sviland, Martinsen, & Råheim, 2014).

Dette ses i samsvar med hva andre studier viser basert på pasienterfaringer i PMF. De fleste av studiene er gjennomført blant voksne, men resultatene trekker frem mye av de samme erfaringer.

Det trekkes frem viktigheten av økende refleksjoner omkring egen kropp (Ekerholt og Bergland, 2008). I PMF er dermed en av terapeutens oppgave å utforske disse kroppslige sammenhengene med pasient. Hensikten er at pasienten skal utvikle selvinnsett i egne plager gjennom å begynne å legge merke til kroppslige uttrykk og reaksjonsmønstre i behandlingssituasjonen (Thornquist & Bunkan, 1995). Samtidig som det er et mål å legge til rette for at pasienten får kontakt med følelsene sine og sette ord på dem. I møte med ungdom handler det mye om å legge til rette for at de skal få begrep og grep om seg selv (Henriksen, 2016).

5.2.3 Selve relasjon er endringsskapende

I det empiriske materialet og i forståelsen av potensialene som kan være i PMF, er det relevant å trekke inn intersubjektivitet. I følge Stern er intersubjektivitet nøkkelfaktor i barns utvikling. Utvikling av relasjon og *selvet* forstås som «hånd i hanske», en side av samme sak, fordi fra vi er født inngår vi i samhandling med andre. Fra livets start skjer intersubjektiv deling med andre (Stern, 2003). PMF er en relasjonell virksomhet, hvor et opplevelsesfelleskap som er skapt sammen, og noe mer enn individet alene, er i fokus. Det handler om å utforske, og erfare sammen med pasienten.

Møyner (2016) belyser det relasjonelle forholdet i behandling, og beskriver at ulike holdninger kan føre til forskjellige terapeutposisjoner. En fysioterapeut kan undersøke og bestemme tiltak (objektivering), eller undersøke pasientens meningsverden og dermed gi pasienten subjektposisjon. Siste alternativ er preget av intersubjektivitet, der fysioterapeut og pasient sammen utforsker, forstår og deler erfaringer, og slik utvider sin forståelsehorisont (Møyner, 2016). I PMF veksles det mellom disse terapeutposisjonene, fordi psykomotorikeren innehar kunnskap om kroppens fysiologiske og biomekaniske forhold, men pasienten er ekspert på eget liv. Når terapeuten etterspør pasientens opplevelser, erfaringer og refleksjoner, vil relasjonen preges av likeverd og gjensidighet. Begge har kunnskap som blir viktig i forståelsen av pasientens plager og uttrykk (Møyner, 2016).

Ungdommene beskrev at de ble etterspurt hva behandlingstimene skulle inneholde, og det føltes bra. Det kan forstås som en måte å bli anerkjent på, som er noe av det viktigste i ungdomstiden. Ungdomsfasen er en tid med store utfordringer og endringer, og tvilen står sterkt hos flere. De tviler på det de vet og kan, og store spørsmål som: hva står jeg for? Hvem er jeg? Hvilke verdier har jeg? dukker opp.

Ungdommene skal lære seg å akseptere seg selv, for å få det godt med seg selv. Da gir positive tilbakemeldinger og anerkjennelse grunnlag for en positiv identitetsutvikling (Erikson, 1992).

PMF kan ses som en viktig bidragsyter til nettopp det, til å utforske og tydeliggjøre ungdommens opplevelse av seg selv, styrke Jeg-et». Ungdomsfasen handler om å bli trygge nok til å kunne stå på egne ben, å være sjef eller aktør i eget liv. Følelsen av å være aktør i eget liv, handler om selvfølelse. Det bidrar til eierskap for egne handlinger og valg, at en ikke bare er med på det som skjer, men tar aktørrollen i eget liv, *Self agency* (Stern, 2007).

Flere studier viser til at det handler det om å skape et trygt rom der pasienter har mulighet til å utforske og uttrykke erfaringer. Å bli hørt, forstått, lyttet til og anerkjent er beskrevet som en forutsetning for utforsking og endring (Stern, 2003; Sviland, Martinsen & Råheim, 2014). Ut fra dette kan man tolke at det mest betydningsfulle er ikke hvilke virkemidler man bruker i møte med ungdom, om det er massasje, lek, eller samtale. Det er kanskje blandingen av flere kroppslige innfallsvinkler til ungdommene(personen), som skaper «her og nå-øyeblikk» jfr. Stern, hvor psykomotorikeren og ungdommen når en intersubjektiv kontakt, der man erfarer at: «jeg føler at du føler at jeg føler» (Stern, 2003, s. 93). Mikroprosesser som gir mening, en felles meningsskaping i øyeblikket.

6 Oppsummering

I denne studien ønsket jeg å innhente kunnskap om hvordan ungdom beskriver psykomotorisk fysioterapi og hvilke endringer de erfarer i behandling.

Funnene i denne studien viser at ungdommene beskriver PMF som en behandlingstilnærming med hele kroppen i fokus, og dermed oppleves som mer langvarig og til god hjelp for deres helseplager. Ungdommene fikk muligheten til å utforske og forså egne plager på en annen måte enn de tidligere hadde gjort. Det skjedde en endringsprosess hvor deres forståelse av helseproblemer gikk fra stress til livsytringer. Plager og symptomer ble ført tilbake til livet. Fra en forståelse om at det var smertene ungdommene skulle få hjelp til å håndtere, til en forståelse om at det handlet om så mye mer enn symptomer.

Det er i større grad fokus på ungdomshelse politisk, i media og i samfunnet for øvrig. Da er begrepene mestring og selvfølelse nøkkelord. I strategiplan til regjeringen (2016), for ungdomshelse står det at tiltakene som innføres skal legge til rette for ungdommens mestringsfølelse. Livsmestring i lærerplan er et eksempel på tiltak som iverksettes, for å gjøre ungdommen mer robust for å mestre eget liv og helse (Madsen, 2020). Dette kan ses som enda et verktøy for å håndtere egne plager, en individuell løsning på sammensatte samfunnsproblemer. I forståelsen av ungdommens helseplager, som i stor grad relateres til stress, vil det dermed være relevant å forstå det på individ nivå, men også ut fra hva slags samfunn ungdommene lever i og hvilket krav og forventningspress som stilles til dem (Smedbråten, Råheim, & Heiberg, 2003). Jamfør Råheim må «enhver generasjon forstås på bakgrunn av hva slags samfunn den har vokst og formet sitt liv i» (Smedbråten, Råheim, & Heiberg, 2003, s. 29).

Endringer kan ifølge Løkke bare skje dersom ungdommene får tid og rom nok til å finne nye uttryksmåter, skape egne bilder, tenke nye tanker, forstå noe nytt og kunne uttrykke det de tidligere ikke har kunnet uttrykke (Løkke, 2021b). Dette er det viktigste terapeuter kan legge til rette for. Forstått i lys av det kan PMF være et «pauserom fra hamsterhjulet», og imperativer som «må, bør, skal» blir erstatt med utforskning av nye refleksjoner, forståelse og nye måter å uttrykke seg på. Med kroppen som inngangsport. Psykomotorikere som arbeider med ungdomspasienter fremhever viktigheten av å skape et opplevelsesfelleskap, hvor det er rom og tid til å utforske, erfare og forstå egen kropp, seg selv (Henriksen, 2016; Bjørklyhaug, 2016; Smedbråten m.fl., 2003).

Utvikle bevissthet omkring faktorer som forårsaker og opprettholder plagene, slik at en endringsprosess kan finne sted, og at pasientene kan ta gode valg for seg selv og egen helse (Dragesund & Øien, 2021).

PMF kan støtte ungdom i en tid preget av store endringer på flere plan, til å etablere gode strategier og et sunt utviklingsspor, med økt forståelse av seg selv og deres livsverden. Gjennom ulike virkemidler som massasje, samtale og bevegelse kan man legge til rette for at de erfarer seg selv og får begrep om seg selv. Ungdommene i studien beskrev at de greide uttrykke seg bedre, og i større grad nyansere hva de føler og kjenner i egen kropp, ikke alt bare er stress. De fikk muligheten til nyansering av følelser og uttrykk. I tillegg oppleve kroppen som sammenhengende og meningsbærende, ikke hodet og kropp adskilt, hvor de får hjelp til tankene en plass og kroppslige smerter en annen plass. I PMF kan ungdommene lære seg å snakke ut fra subjektstatus (fra seg selv), ikke som en kroppsdel-løsrevet fra subjektet.

Samarbeid og relasjon er en forutsetning for endring, fordi selve relasjon er endringskapende (Hustad, 2018; Stern, 2003). Utvikling av relasjon og utvikling av *selvet* forstås som hånd i hanske. Slik kan en tolke at PMF kan bidra til utforskning og styrking av selvfølelsen, «Jeg-et». Ungdomsfasen dreier seg om å stå på egne ben, og være aktør i egne valg og handlinger, ta aktørrollen i eget liv.

Denne studien har gitt innblikk i ungdommens erfaring med psykomotorisk fysioterapi, hvor det fremkommer at PMF anses som nyttig i en tid hvor det skjer store endringer. PMF med sin forståelse om kropp og utvikling, og innsikt i deres livsverden, kan legge til rette for gode utviklingsspor og opplevelsen av kroppen som MEG.

Denne studien belyser ungdommers erfaring med PMF, basert på et lite utvalg. For å kunne si noe mer om hvilken effekt PMF har er det behov for ytterligere studier på ungdom som pasientgruppe. Det ville også vært interessant med studier i praksis, for å utforske hva som faktisk gjøres i møte med ungdom.

Referanseliste

- Bakken, A. (2021). *Ungdata 2021.Nasjonale resultater. NOVA Rapport 8/21*. Oslo: NOVA, Oslomet.
- Bakken, A., Sletten, M., & Eriksen, I. (2018, 11 29). *Generasjon prestasjon? Ungdoms opplevelse av press og stress*. Hentet fra Utdanningsforskning.no: <https://utdanningsforskning.no/artikler/2018/generasjon-prestasjon-ungdoms-opplevelse-av-press-og-stress/>
- Bekkehus, M., Soest, T., & Fredriksen, E. (2020, 06 25). *Psykisk helse hos ungdom under Covid-19-Ensomhet, venner og sosiale medier*. Hentet fra Psykologtidsskriftet.no: <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2020/06/psykisk-helse-hos-ungdom-under-covid-19>
- Bjørklyhaug, S. (2016). *Psykomotorisk fysioterapi for "flinke piker"- fysioterapeuters erfaringer og refleksjoner fra klinikken*. Tromsø: UiT Norges Arktiske Universitet.
- Bondevik, H., Madsen, O., & Solbrække, K. (2017). *Snart er vi alle pasienter.Medikalisering i norden*. Oslo: Spartacus Forlag AS.
- Bourdieu, P. (1996). *Symbolisk makt*. Oslo: Pax forlag.
- Brautaset, H., & Egebjerg, I. (2012). Utviklingsrettet, intersubjektiv psykoterapi med ungdom. I I. Svendsen, U. Johns, H. Brautaset, & I. Egebjerg, *Utviklingsrettet psykoterapi med barn og unge* (ss. 155-185). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dragesund, T., & Råheim, M. (2009, 07 10). Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients` perspective on body awerness. *Taylor and Francis LTD*, ss. 24:4, 243-254.
- Dragesund, T., & Øien, A. (2020). Transferring experiences of change from treatment into daily life. Patients experiences from Physiotherapy. *International Journal of Qualitative studies in Health and Well-Being*, 15: 1735767.

- Dragesund, T., & Øien, A. (2021). Developing self-care in an interdependent therapeutic relationship: patients experience for Norwegian Psychomotor physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, ss. 1-11
<https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1875524>.
- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2006). Massage as an interaction and source of information. *Advances in Physiotherapy. Taylor and Francis LTD*, 8 (3) 137-144.
- Ekerholt, K., & Gretland, A. (2018). Norwegian Psychomotor Physiotherapy, a brief introduction. I M. Probst, & Skjærven, LH, *Physiotherapy in mental health and psychiatry: a scientific and clinical based approach*. Amsterdam: Elsevier.
- Eklöf-Flugstad, A., & Øyehaug, G. (2014). *Fysioterapi i skolehelsetjenesten. Ungdom og stressrelaterte plager*. Oslo: Fysioprim.
- Engelsen, T. (2021, 03 11). *Man bør lære på skolen hvordan man tar vare på hele kroppen*. Hentet fra Dagsavisen.no:
<https://www.dagsavisen.no/nyheter/innenriks/2021/03/11/man-bor-laere-pa-skolen-hvordan-man-tar-vare-pa-hele-kroppen/>
- Engelsrud, G. (1990). *Kjærlighet og bevegelse: fragmenter til en forståelse av fysioterapeutiske yrkesutøvelse*. Oslo: SIFF seksjon for helsetjenesteforskning.
- Eriksen, I., & Bakken, A. (2020, 08 03). *Mange tenåringer forteller om stress, press og psykiske plager*. Hentet fra Psykologisk.no: <https://psykologisk.no/2020/08/stress-press-og-psykiske-plager-blant-ungdom/>
- Erikson, E. (1992). *Identitet: ungdom og kriser*. København: Hans Reitzels Forlag A/S.
- Getz, L., Kirkengen, A., & Ulvestad, E. (2011, 04 08). *Menneskets biologi- Mettet med erfaring*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2011/04/originalartikkel/menneskets-biologi-mettet-med-erfaring>
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen - Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gretland, A. (2016). Psykomotorisk fysioterapi. Med kroppen som innfallsvinkel til personen. I A. Bergem, *Kroppen i psykoterapi* (s. Kap.9). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Helsedirektoratet. (2021, 05 19). *Helsedirektoratet.no*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/psykisk-helsearbeid-for-barn-og-unge>
- Helseforskningsloven. (2021, 06 01). *Lovdata.no*. Hentet fra Helseforskningsloven § 17,1.ledd: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4
- Henriksen, N. (2016). *Psykomotorisk fysioterapi til ungdom- Å erfare seg selv, det er det viktigste*. Tromsø: UiT Norges Arktiske Universitet.
- Hustad, G. (2018, 01 04). *Det blir til mellom oss*. Hentet fra *Psykologitidsskriftet.no*: <https://psykologitidsskriftet.no/fra-praksis/2018/01/det-blir-til-mellom-oss>
- Johannessen, L., Rafoss, T., & Rasmussen, E. (2020). *Hvordan bruke teori? Nyttig verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Karlsen, S. (2020). *"Det viktigste vi gjør nå, i gåsøyne, er massasjen"*. *Psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med å støtte ungdom i å utforske og sette ord på kroppslige erfaringer i behandling*. Tromsø: UiT Norges Arktiske Universitet.
- kristiansen, I., & Ekerholt, K. (2022, 03 21). *Fra kaos til sammenheng og mening: pasienterfaringer med norsk psykomotorisk fysioterapi*. Hentet fra *Fysioterapeuten.no*: <https://www.fysioterapeuten.no/fagfelleverdert-fysioterapi-psykomotorisk-fysioterapi/fra-kaos-til-sammenheng-og-mening-pasienterfaringer-med-norsk-psykomotorisk-fysioterapi/141026>
- Krogh, T. (2009). *Hermeneutikk. Om å forstå og fortolke*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Løkke, P. (2011). Ungdommens følelser og møtet med den instrumentelle fornuften. *Tidsskrift for Norske Psykologiforening*, ss. 242-250.
- Løkke, P. (2018, 09 05). Originalitetsprinsippet. *Psykologitidsskriftet*.
- Løkke, P. (2021a). *Ungdommens transformasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Løkke, P. (2021b). Ungdom, lek og kreativitet. I L. Stanicke, U. Johns, & A. Landmark, *Lek og kreativitet- i psykoterapi med barn og ungdom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Løvaas, T. (2021). *Ungdom i norsk psykomotorisk fysioterapi. En kvalitativ studie om ungdoms erfaring med norsk psykomotorisk fysioterapi som behandlingstilnærming for angst*. Bergen: Høgskulen på Vestlandet.
- Madsen, O. (2020). *Livsmestring på timeplan. Rett medisin for elevene*. Oslo: Spartacus Forlag AS.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Montarou, G. (2012). *Hvordan arbeide med psykomotorisk fysioterapi på kommunalt nivå i fruktbar samhandling med et skolevegringsteam i psykisk helsevern i 3.linjetjenesten*. Oslo: NFF avdeling Oslo.
- Møyner, E. (2016). Det terapeutiske samspill- En utfordrende balansegang. I N. Tvedten, & A. Ottesen, *Psykomotorisk fysioterapi- en praksis i bevegelse. Festskrift til Gudrun Øveberg*. Tromsø: UiT Norges Arktiske Universitet.
- Opaas, B. (2012). *Psykomotorisk fysioterapi til tenåringer- en kartleggingsstudie med fokus på mestring og utfordringer*. Elverum: Høgskolen i Hedemark.
- Ottesen, A., & Øyehaug, G. (2016). Å forstå og håndtere kroppen. Psykomotorisk fysioterapi i skolehelsetjenesten for ungdom. I N. Tvedten, & A. Ottesen, *Psykomotorisk fysioterapi – en praksis i bevegelse. Festskrift til Gudrun Øveberg*. UiT Norges Arktiske Universitet.
- Regjeringen. (2016, 06 14). *Regjeringen.no*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/ungdomshelse/id2503980/>
- Smedbråten, B., Råheim, M., & Heiberg, E. (2003). "Alle musklene og tankene roet seg..."- et kroppsfenomenologisk perspektiv som kilde til innsikt i unges livsverden. *Fysioterapeuten*, (6): 25-30.
- Smith, L. (2018). *En kort introduksjon til utviklingspsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Soleng, E., & Sviland, R. (2022, 04 26). *Berøring som terapeutisk "dans"-En kvalitativ studie av pasienters erfaring med psykomotorisk fysioterapi*. Hentet fra <https://www.fysioterapeuten.no/fagfelleverdert-psykomotorisk-fysioterapi/beroring-som-terapeutisk-dans-en-kvalitativ-studie-av-pasienters-erfaring-med-psykomotorisk-fysioterapi/140006>
- Stanicke, L., Johns, U., & Landmark, A. (2021). *Lek og kreativitet- i psykoterapi med barn og ungdom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Stern, D. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Stern, D. (2007). *Her og nå. Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2014). To be held and to hold ones own. Narratives of embodied transformation in the treatment of longlasting musculoskeletal problemes. *Medical Health care and philosophy*, 17(4): 609-624.
- Tetzchner, S. (2012). *Utviklingspsykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tetzchner, S. (2019). *Barne -og ungdomspsykologi. Typisk og atypisk utvikling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thornquist, E. (2012). *Lungefysioterapi. Funksjonsvurderinger og klinisk arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thornquist, E. (2012). *Movement and interaction: the sherbourn approach and documentation*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (2016a, 06). *Fysioterapi og medikalisering, del 1*. Hentet fra Fysioterapeuten-eblad.no: <https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-6-16/files/assets/basic-html/page-1.html>
- Thornquist, E. (2016b). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Kopinor.

Thornquist, E., & Kirkengen, A. (2020). *Sammensatte lidelser. Et samfunnspeil*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ungdata. (2020, 01 23). *ungdata.no*. Hentet fra <https://www.ungdata.no/stress-press-og-psykiske-plager-blant-unge/>

Utdanningsdirektoratet. (2019, 11 07). *Utdanningsdirektoratet*. Hentet fra <https://www.udir.no/lk20/overordnet-del/prinsipper-for-laring-utvikling-og-danning/tverrfaglige-temaer/folkehelse-og-livsmestring/?lang=nob>

Vestli, I. (2019). *Ungdoms erfaringer med psykomotorisk fysioterapi i gruppe*. Oslo: OsloMet-Storbyuniversitet.

Ytreberg, B., Thornquist, E., & Aars, M. (2010, 06 09). Intervjustudie fra psykiatrisk barenfysioterapipraksis: Undersøkelse og samhandling. *Fysioterapeuten*, ss. (9): 24-30.

Vedlegg 1 Rekruttering via e-post

Hei!

Jeg studerer master i psykomotorisk Fysioterapi ved UiT og er i gang med mitt masterprosjekt. Gjennom dette prosjektet ønsker jeg å frembringe kunnskap om psykomotorisk behandling til ungdom. Problemstillingen er knyttet til hvilke erfaringer ungdommer har med oppfølging av psykomotorisk behandling.

Jeg er på jakt etter informanter og håper dere har mulighet til å hjelpe med å rekruttere til min kvalitative studie. Jeg ønsker å komme i kontakt med ungdommer i alderen 16-20 år, som har gått i behandling hos psykomotorisk fysioterapeut.

Håper dette virker interessant og at du ønsker å bidra, eller om du kjenner til noen andre som kan være aktuelle å spørre. Send meg gjerne en epost til abj002@post.uit.no eller SMS til 91305705.

Sender selvsagt mer informasjon hvis det er aktuelt, informasjonsskriv med utfyllende informasjon om studien, som kan leveres ut til aktuelle pasienter.

På forhånd takk!

Vennlig hilsen
Anette Kristine Bjerkås

Vedlegg 2 Infoskriv-og samtykkeskjema

Infoskriv og samtykkeskjema ungdom

Vil du delta i forskningsprosjektet:

«Psykomotorisk fysioterapi til ungdom»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å *innhente data om hvordan ungdom opplever psykomotorisk fysioterapi som behandlingstilnærming og hvordan kan den forstås fra ungdommens perspektiv*. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet er en masteroppgave i psykomotorisk fysioterapi Universitetet i Tromsø, som skal utarbeides i løpet av studieåret 2021/2022. Masteroppgaven skal leveres i mai 2022.

Formålet med prosjektet er å innhente kunnskap om hvordan ungdom erfarer psykomotorisk fysioterapi. Planen er å inkludere 4-5 pasienter som har erfaring med psykomotorisk fysioterapibehandling. Det er gjort få studier om dette tidligere. Mer kunnskap om dette vil kunne være nyttig for flere fysioterapeuter, men også andre yrkesgrupper som jobber med ungdom, for eksempel helsesykepleiere, miljøteam i skolen og annet helsefag.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Tromsø er ansvarlig for prosjektet.

Veileder: Anne Gretland ved UiT

Forsker og mastergradsstudent: Anette Bjerås

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Gjennom din fysioterapeut har du blitt spurt om å delta i dette prosjektet, fordi du er i målgruppen, ungdom i alderen 16-20 år. Som er i aktiv behandling hos den aktuelle terapeuten. Og du har gjennomført minst 8 psykomotoriske fysioterapibehandlinger.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i denne studien, innebærer det at du deltar i et intervju, enten ved fysisk møte eller via Teams som er godkjent for bruk ihht UiTs retningslinjer. Intervjuet vil omhandle hvilke erfaringer og opplevelser du har med psykomotorisk fysioterapibehandling. Intervjuet vil ta ca. en time. Svarene vil bli aidentifisert, og vil ikke kunne knyttes til deg.

Samtalen vil bli tatt opp på lydbånd på mobiltelefon, og det blir i tillegg tatt notater underveis. Mobiltelefon vil være koblet opp mot et sikkert nettskjema med diktafon koblet til Tjenester for Sensitive Data (TSD) levert av Universitetet i Oslo, en sikker database.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæring på siste side. Jeg vil få kontaktinformasjon av fysioterapeuten din og ta kontakt med deg for å avtale tid og sted for intervjuet. Ved oppstart av intervju vil muntlig samtykke bli innhentet på nytt når vi starter lydopptaket.

Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Dersom du ønsker å trekke deg kan du kontakte masterstudent Anette Bjerkås på telefon eller e-post (se kontaktinformasjon nedenfor).

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Lydopptak og tekstmateriale vil lagres på eksterne lagringsverktøy, og oppbevares utilgjengelig fra utenforstående. Lydopptak fra intervju og materialet tilknyttet det er det kun jeg og min veileder som har tilgang til. Navn og opplysninger om, skole, alder eller identifiserbar data vil aidentifiseres, slik at det ikke skal være mulig å bli gjenkjent i ferdig tekst(masteroppgaven)- her gjøres kun generelle presentasjoner av utvalg, og funn/kategorier uavhengig av dette.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes mai 2022. Alt av datamateriale vil slettes etter sensur, senest utgangen av 2022.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT *Norges arktiske universitet* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

UiT Norges arktiske universitet ved *veileder*: Anne Gretland, Tlf: 77660694. E-post: anne.gretland@uit.no

Eller *forsker og mastergradsstudent*: Anette Bjerkås Tlf: 91305705. E-post: abj002@uit.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Anne Gretland

Mastergradsstudent

Anette Bjerkås

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Psykomotorisk fysioterapi til ungdom*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

___ å delta i *Intervju*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 Intervjuguide

Intervjuguide

Før oppstart av lydopptak: Intervjuer presenterer seg selv, informerer på nytt om studien og om informantens rettigheter.

Når lydopptaket starter: Innhente informert samtykke

Bli kjent: Høre litt om hva som interesserer og opptar informant. Interesser, fritid og skole.

Temaer:

Behandlingsrammer

- Hvordan havnet du i PMF?
- Hvor lenge har du gått i behandling?
- Hvor ofte går du i behandling? Når?
- Har du andre behandlingstilbud samtidig? (helsesøster, lege, psykolog).
- Hva visste du om PMF?
- Ble det som du hadde tenkt?

Opplevelse av egne plager

- Kan du fortelle om hvorfor du går i behandling?
- Hva er det du håper å få hjelp til eller finne ut av?
- Hva har vært bra for deg? Dårlig?
- Noe som har forandret seg?
- Hvordan forstår du selv egne plager og egen kropp?
- Plagene påvirket hverdagen?
- Hva har endret seg etter du startet i behandling? hva gjorde du før? hva gjør du nå?
- Liker å gjøre?

Oppsummere underveis.

Erfaringer med PMF

- Hva gjør dere i behandlingen? Eksempler
- Hva liker du/liker ikke?
- Kan du fortelle om en situasjon du husker spesielt godt?
- Endringer

Oppsummering

Hva er det mest betydningsfulle i behandlingen?

- Hva opplever du som mest betydningsfullt i behandlingen?
- Hva har du opplevd i behandlingen? bra? dårlig? rart?
- Kan du gi noen eksempler

Oppsummering

Til sist vi jeg spørre om følgende:

- Før vi avslutter, er det noe vi ikke har snakket eller noe du vil si mer om?
- Hvordan har denne situasjonen vært for deg?
- Er det greit om jeg tar kontakt med deg i etterkant, hvis det er noe jeg oppdager som jeg ikke har spurt om, noe jeg mangler eller vil bekrefte at jeg har forstått riktig?

Vedlegg 4 NSD



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Psykomotorisk fysioterapi til ungdom

Referansenummer

879243

Registrert

04.10.2021 av Anette Kristine Bjerås - abj002@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anne Gretland, anne.gretland@uit.no, tlf: 77660694

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Anette kristine Bjerås, aneste85@gmail.com, tlf: 91305705

Prosjektperiode

25.10.2021 - 31.12.2022

Status

05.11.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

05.11.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 05.11.2022 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger frem til 31.12.2022

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

Prosjektet vil innhente samtykke fra foresatte til behandlingen av personopplysninger om barna. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte/foresatte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være foresattes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a og art. 9 nr 2 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon omog samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte ogberettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante ognødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for åoppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

TSD er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-imeldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos NSD: Sturla Herfindal

Lykke til med prosjektet!

