

Hvordan kan psykomotorisk terapi understøtte veteraner med PTSD i deres recoveryproces

- En kvalitativ pilotundersøgelse

**Forfatter
Shlomy Shlomo Ofer
SFP1026**

**Afleveringsdato
10. januar 2014**

**Uddannelse
Psykomotorisk terapeut
Professionsbachelor
UCC Nordsjælland**

**Vejleder
Mads Folmer Jensen**

**Antal tegn
71.855**

Resume

Undersøgelser viser, at PTSD påvirker veteraner biologisk, psykisk og socialt.

Formålet med projektet er at undersøge, hvordan psykomotorik terapi kan understøtte veteraner med PTSD i deres recoveryprocess.

Denne opgave omhandler en kvalitativ pilotundersøgelse baseret på 3 måneders psykomotorisk gruppeundervisningsforløb af veteraner med PTSD.

Resultaterne tyder på, at psykomotorik er en kropslig baseret interventionspraksis, der kan fremme og støtte recovery relaterede elementer. Resultaterne peger på positiv og mærkbar effekt i deltagernes daglige liv i form af empowerment, forstærkning af håb og oplevelser af nye muligheder for selvregulering og accept.

Dette projekt giver foreløbig evidens for psykomotorisk effektivitet i understøttelse af veteraner med PTSD i deres recoveryprocess og kan være et udgangspunkt for videre undersøgelser af psykomotorik terapier fremtidige rolle i den tværfaglige indsats på dette område.

Nøgleord: psykomotorisk terapi, PTSD, veteraner, recovery, empowerment, kropsbevidsthed

Abstract

Research show that PTSD effect veterans biologically, psychologically and socially.

The purpose of this projekt is to explore how psychomotor therapy can support veterans with PTSD in their recovery proces.

This paper focus on a qualitative pilot study based on 3 months psychomotor group based intervention with veterans who suffer from PTSD.

The results suggest that psychomotor therapy is a body based therapy intervention that can promote recovery related elements. The findings point at positive and notable effect on the participant's daily life in the form of empowerment, strengthening of hope and experiences of new possibilities of self-regulation and acceptance.

This project provides preliminary evidence of the effectiveness of psychomotor therapy in supporting veterans with PTSD in their recovery proces. This study can give a direction for future research exploring the role of psychomotor therapy within the multi-disciplinary framework of this field.

Keywords: psychomotor therapy, PTSD, veterans, recovery, empowerment, body awareness

Jeg vil gerne sige mange tak til:

- Overlæge Henrik Steen Andersen og Krise- og katastrofepsykiatrisk Center (militærpsykiatri) for muligheden og støtte i projektet.
- Veteranerne der har deltaget i projektet.
- Min vejleder Mads Folmer Jensen.

Januar 2014
Shlomy Ofer

Indholdsfortegnelse

1.	Indledning	s.1
2.	Problemformulering	s.2
3.	Forforståelse	s.2
4.	Begrebsafklaring	s.3
5.	PTSD og den biopsykosociale model	s.3
6.	Psykomotorik	s.5
6.1	Læringsrum	s.6
6.2	Anerkendende relationer	s.6
6.3	Pædagogik	s.7
6.4	Nærvær, KB og opmærksomhed	s.8
7.	Recovery	s.10
8.	Metode afsnit	s.11
8.1	Undersøgellesmodel og intervention	s.11
8.2	Forskningsstype og videnskabsteoretisk grundlag	s.12
8.3	Litteratursøgning	s.12
8.4	Interviewguide	s.12
8.5	Etiske overvejelser	s.13
8.6	Interviewsituationerne	s.13
8.7	Udvælgelse af informanter	s.13
8.8	Præsentation af informanter	s.13
8.9	Inklusionskriterier	s.14
8.10	Eksklusionskriterier	s.14
8.11	Transskription	s.14
9.	Analyseprocessen	s.14
9.1	Helhedsindtryk	s.14
9.2	Meningsbærende enheder	s.15
9.3	Kondensering	s.15
9.4	Sammenfatning	s.15
10.	Resultater	s.16
10.1	Oplevelse af det psykomotoriske forløb	s.16
10.2	Oplevelse af effekten af forløbet	s.18
10.3	Recovery	s.21
11.	Diskussion af resultater	s.24
11.1	Oplevelse af det psykomotoriske forløb	s.24
11.2	Oplevelse af effekten af forløbet	s.25
11.3	Recovery	s.26
12.	Diskussion af metode	s.26
12.1	Matrice og analyse	s.27
12.2	Udvælgelse af informanter	s.27
12.3	Interview	s.27
12.4	Interviewsituationerne	s.28
12.5	Transskription	s.28
12.6	Teori	s.28
13.	Konklusion	s.29
14.	Perspektivering	s.29
15.	Referenceliste	s.31
16.	Bilagsoversigt	s.35

1. Indledning

Krig har altid haft sin bekostning.

Mellem 2010 og 2012 har SFI (Det Nationale Forskningscenter for Velfærd) gennemført et omfattende forskningsprojekt om de danske hjemvendte veteraner mellem årene 1992 og 2009. Her er nogle fakta fra projektet, der kan give os et bedre indblik i, hvilke menneskelige omkostninger det har haft for Danmark i denne periode:

Siden 1992 har Danmark sendt godt 26.000 soldater i international tjeneste. De fleste blev sendt til Eksjugoslavien, Irak og Afghanistan.

Mellem 1992 og 2009 har 51 danske soldater mistet livet i felten og 123 er blevet såret.

4 % af veteranerne har en psykiatrisk diagnose, heraf lider 2,4 % (624) af posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD). Ifølge SFI's forskningsprojekt vil det sige, at 1108 personer er blevet psykisk syge efter hjemkomsten (SFI 2012).

Men disse tal tegner ikke et helt præcist billede af de veteraner, der lider af psykiske belastninger, for i virkeligheden kender vi slet ikke hele omfanget.

SFI's forskningsprojekt fortæller også at: *"De offentlige registre viser desuden, at knap 17 % af veteranerne enten har fået en psykiatrisk diagnose, har købt medicin mod psykiske sygdomme, eller har været i behandling for stofmisbrug efter hjemkomsten. Fælles for dem er, at de ikke har været registreret for nogen af delene, før de tog på deres første mission."* (Ibid. s.33).

Og *"Godt hver sjette af veteranerne vurderer selv, at de har større eller mindre psykiske mén af udsendelsen."* (Ibid. s.32).

En anden dansk undersøgelse, bestående af 749 soldater udsendt med Hold 7 til Afghanistan i perioden februar til august 2009, viser at hver tiende (9,7 %) hjemvendte krigsveteran lider af PTSD eller depressions-symptomer to et halvt år efter udsendelse til Afghanistan.

Undersøgelsen viser også, at antallet af soldater med PTSD symptomer stiger langsomt efter hjemkomsten og at 3 år efter udsendelsen, er der 17,1 % af soldaterne med svære PTSD symptomer men som ikke opfylder kriterierne for PTSD diagnose (Veterancentret 2013).

Jens Kåre Byrnak, oberst og konstitueret chef for Veterancentret i forsvaret fortæller:

"(...) dem, der kommer hjem fra Afghanistan i morgen, vil i hvert fald være interessante for os de næste 15 år. Den her indsats er ikke nogen døgnflue, og vi skal hele tiden opdatere vores viden på området." (SFI 2012 s.37).

Projekt USPER PSYK konkluderer: *"Arbejdet med at tage hånd om de veteraner, der får alvorlige psykiske problemer efter hjemkomst bliver ikke mindre med tiden..."* Denne rapport dokumenterer et øget behov for at tilrettelægge og skræddersy behandlingen af og støtte til hver enkelt veteran således at undgå behov imødekommes." (Veterancenteret 2013 s.9).

Der findes ikke nogen nem løsning for PTSD eller en speciel terapiform der virker, men blanding af forskellige behandlinger eller tværfaglighed er anbefalet. Forskningen påviser fire nødvendige komponenter af traumebehandlingen: Sikkerhed (tryghed), strategier hvor man regulerer selv, strategier hvor andre regulerer (social støtte) og bearbejdning (Landsforeningen for PTSD).

Det stigende antal af veteraner med psykisk diagnose (SIF 2012) samt den politiske debat og øget opmærksomhed på dette fænomen, vidner om emnets aktualitet. I takt med dette og på baggrund af den nuværende psykiatriske forståelse af begrebet recovery samt den voksende mængde af international empiri af den biopsykosociale karakter af PTSD og tilsvarende

behandlingsformer (f.eks. kropsterapi og mindfulness) tilegnet denne målgruppe, har jeg særlig interesse for at undersøge det psykomotoriske fags potentielle indsats i arbejdet med denne målgruppe.

Denne opgave omhandler psykomotorisk interventions rolle i understøttelsen af veteraner med PTSD diagnose i deres recoveryproces.

I dette projekt vil jeg redegøre for den kvalitative pilotundersøgelse af et psykomotorisk gruppeundervisningsforløb og de relevante teorier og tidligere undersøgelser på området, og hvordan de kan belyse vores nuværende forståelse af PTSD samt det psykomotoriske bidrag til nuværende behandlingstilbud/tværfaglighed.

2. Problemformulering

Hvordan kan psykomotorisk terapi understøtte veteraner med PTSD i deres recoveryproces?

3. Forforståelse

Da PTSD diagnose omhandler psykologiske, fysiologiske og sociale konsekvenser og symptomer, er der her tale om en kompleks problematik, som kræver et komplekst behandlingsforløb, der betragter mennesket som en helhed og tager udgangspunkt i krop og psyke-sammenhæng.

Jeg mener, at psykomotorisk terapi kan tilbyde et sådan komplekst behandlingsforløb.

Gennem et psykomotorisk forløb, kan veteranerne lære at identificere og træne ressourcer som ikke-vurderende accept, at give slip, selvregulering og tålmodighed. Samtidig kan de lære deres krop/psyke-struktur at kende i sammenhæng med indre og ydre stimuli i daglige situationer.

Disse kompetencer og ressourcer samt veteranernes egen tro på deres evne til at tage en aktiv rolle i forbedringen af deres livskvalitet, kan give dem håb og en retning for en læringsproces. Denne læringsproces er essentiel for deres recoveryproces og vil støtte deres muligheder for at indgå i familie- og sociale relationer, arbejde/uddannelse og at være en bidragende del af det danske samfund på trods af vanskeligheder og symptomer.

Jeg mener også, at psykomotoriske interventioner bør være en del af den tværfaglige indsats i behandlingen af veteraner med PTSD.

Jeg har en forforståelse om, at den psykomotoriske intervention kan hjælpe veteranerne med at få mere ud af de andre behandlingstilbud f.eks. psykolog eller ergoterapeut.

4. Begrebsafklaring

Krigsveteran - En krigsveteran (fremover bruger jeg betegnelsen veteran) defineres som en soldat/ansat i forsvaret, der gennem tjenesten har været udsendt i et krigs- eller konfliktområde af kortere eller længere varighed (Jensen som angivet i Surrow et al. 2013).

PTSD - ”*Posttraumatisk belastningsreaktion benævnet PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) klassificeres i WHO’s ICD-10 klassifikationssystem under hovedkategorien ”F40-49. Angst- og tvangslidelser samt psykisk betingede legemlige symptomer og belastnings- og tilpasningsreaktioner.*” (Sundhedsstyrelsen 2010 s.12). I USA bruger man DSM IV klassifikationssystem med lignende kriterier.

Biopsykosocial - Den biopsykosociale sygdomsmodel ser sygdom og sundhed som produkter af dynamiske vekselvirkninger mellem menneskets biologiske, psykologiske og sociale omstændigheder (Den Store Danske Gyldendals åbne encyklopædi). Sundhed blev en treenighed af krop, psyke og socialt liv.

Recoveryproces - Det danske Projekt Recovery-Orientering definerer - ”*Ved recovery, eller ved at komme sig – fra alvorlig sindslidelse forstår vi som udgangspunkt den proces at lære at forholde sig til hverdagslivets udfordringer, overvinde psykosociale funktionshæmninger, og leve et tilfredsstillende liv i gensidigt socialt samspil*” (Jensen 2006 s.8).

KB - ”*Kropbevidsthed er en objektiv viden om egen krop. Dennes tilstand og muligheder. F.eks. viden om kroppens dimensioner, spændingsforhold, vægt, bevægelighedsmuligheder og styrke, dens temperatur og hud. Kort sagt en biologisk og fysiologisk indsigt, hvor den fysiske krop er genstand for oplevelsen.*” (Ryborgs i Brantbjerg 2007 s.29).

5. PTSD og den biopsykosociale model

“*An abnormal response to an abnormal situation is normal behavior.*”

(Frankel i Vietnam Veterans of America)

I dette afsnit vil jeg beskrive, hvordan PTSD kan forstås bedre, når lidelsen ses gennem den biopsykosociale model.

Forståelse af de biologiske, kognitive/emotionelle og sociale processer samt reaktioner, mønstre og samspil når en veteran bliver påvirket af traumatiske begivenheder, har en vigtig funktion når man prøver at identificere problematikken og at danne forståelse af symptomerne.

Forståelse af disse processer samt anomaliteten i disse kan spille en væsentlig rolle i udviklingen af tilsvarende behandlingsformer.

Sundhedsstyrelsen har udgivet en rapport om behandling af PTSD hos veteraner:

”PTSD er en psykisk sygdom som kan opstå typisk mellem én til seks måneder efter svære traumatiske begivenheder, i sjældnere tilfælde senere. Personer som har været involveret i voldsomme hændelser kan få efterreaktioner, som i nogle tilfælde kan udvikle sig til behandlingskrævende senfølger i form af posttraumatisk belastningsreaktion, depression, angstlidelser m.v.” (Sundhedsstyrelsen 2010 s.12).

”Symptomerne på PTSD ses som en forsinket eller forlænget reaktion med genoplevelse af traumet i form af påtrængende, svært kontrollerbare følelser, tanker og minder, tilbagevendende genoplevelse af traumet i ”flashbacks”, mareridt og andre søvnforstyrrelser, hukommelsesforstyrrelser og koncentrationsbesvær, øget træthed og irritabilitet, angst, undvigeadfærd, smerter, hovedpine, manglende appetit, og anspændthed.” (Ibid. s.12).

I en israelsk undersøgelse af 50 soldater før og efter de har været i stressfulde kampsituationer, fandt forskere relationen mellem PTSD og anormalitet i 3 regioner i hjernen: amygdala, hippocampus, og ventromedial prefrontal cortex. Anormalitet i disse områder i hjernen har betydning for øgning i stressmodtagelighed, sårbarhed og for emotionel bearbejdning af indtryk og stimuli, der kommer fra veteranen selv og ude fra (Admon et al. 2009). Et andet studie ansvarliggør amygdala for de gentagne reaktioner over for perception af trussel og ubehag (Ginot 2009). Dvs. stressfuld kontekst og stimuli udløser minder og en stressfuld emotionel reaktion relateret til den oplevede traumatiske begivenhed. Øgning i stressmodtagelighed og sårbarhed i perceptionsprocesser har betydning for det autonome nervesystems funktion (ANS); det medfører hyperarousal i den sympatiske del af nervesystemet.

“Later in life the amygdala’s automatic anxious reactions, even when deemed out of place and irrational by us, will result in increased levels of stress hormones and other physiological reactions. More significantly, we may not be aware altogether of our conditioned anxiety and of its reactivation in specific situations” (Ginot 2009 s.295).

ANS's overordnede funktion er at sikre et stabilt indre miljø i kroppen – *homeostase*.

Dette foregår ved en regulering i aktiviteten mellem ANS's sympatiske del og den parasympatiske del. Det sympatiske nervesystems virkning kan beskrives ved de reaktioner, som fremmer organismens effektivitet i en kampsituation. Kroppen er parat til at reagere ud fra en opfattelse af trussel. Reaktionen kan være kamp, flugt eller frys.

Det parasympatiske nervesystems ro/hvile systems virkning kan beskrives ved de aktiviteter, der favoriserer fordøjelse, udskillelse af affaldsstoffer og forplantning. Kroppen har mulighed for at kunne restituere, hele sår, fylde depoterne op og optage næringsstoffer. Dette system er bl.a. fremmende for en imødekommende adfærd og at skabe ro. I denne ro/hvile tilstand er individet i stand til at bearbejde følelser og indtryk.

Normalt arbejder de 2 systemer parallelt og regulerer hinanden, Men er en person i kronisk hyperarousal tilstand i den sympatiske del, vil dette evt. kunne føre til sygdomme i de autonomt regulerede funktioner og hormonel ubalance - forhøjet blodtryk, fordøjelsesproblemer, diabetes, fedme, øget tonus i den tværstribede muskulatur osv. (Schibye og Klausen 2005).

Andre undersøgelser peger på, at kropslige fornemmelser og den emotionelle tilstand knyttet til traumatiske begivenheder bliver i hukommelsen (Ogden et al. i Langmuir et al. 2011).

Med andre ord, dette ubevidste samspil og interaktion mellem kognitive, emotionelle og kropslige processer skaber en gentaget cyklus, der holder fortids traumatiske oplevelse i live

(Ogden at el. i Langmuir at el. 2011). Veteranen har svært ved at adskille, hvad der hører til nutiden og fortiden.

“When memories of the traumatic experience are activated by an internal cue (e.g., a feeling state) or an external cue (e.g., a look on someone’s face or a certain sound), the survivor feels as though the traumatic experience is occurring in the present moment and utilizes the same defensive reactions that were used at the time of the original event, such as freezing or fighting. These responses may not be appropriate to the present-day situation, rendering the survivor incapable of effective coping with day-today life, and having a detrimental impact on their sense of self, their relationships, and their overall functioning in the world” (Langmuir at el. 2011 s.214).

Merete Holm Brandtbjerg, psykomotorisk terapeut, psykoterapeut og medskaber af Bodydynamik, forklarer ovenstående med, at det limbiske system har stærke neurale forbindelser til både hjernestamme og til præfrontal cortex. Hvis aktiveringen af følelser kun forarbejdes gennem samarbejdet mellem hjernestamme og det limbiske system, medfører dette automatiske, hurtige og intense reaktioner. Disse er hensigtsmæssige overlevelsesmekanismer i trusselssituationer, men bliver ofte problemskabende i forhold til hverdagens udfordringer (Brandtbjerg 2007).

Disse indre processer og interaktioner kan belyse PTSD symptomer og vanskeligheder af psykisk og social karakter.

PTSD symptomer har også stor betydning for veteranens familie. En amerikansk undersøgelse fandt frem til, at veteranernes mentale tilstand påvirkede deres partner, der også er tilbøjelig til at udvikle PTSD symptomer. Der er således tale om risiko for sekundær trauma for familiemedlemmer (Figley 2005).

Dette indre kropslige, psykiske og emotionelle miljø gør familieliv, socialt liv, arbejdsliv og anden daglig aktivitet uoverskuelig. Disse ringe vilkår påvirker veteranens indre kropslige og psykisk miljø, så man ender i en ond cirkel.

Et andet aspekt af de vanskeligheder, som veteranen står med, er mangel på forståelse og anerkendelse fra den nære omverden. Men alligevel kan omverdenen have forventninger om at opleve den samme person, der var før udsendelsen med det samme funktionsniveau.

Det er også veteranen selv, der står med frustration og mangel på forståelse for hans nuværende tilstand, da han oplever stor ændring hos sig selv fra før og efter udsendelsen.

6. Psykomotorik

“You can’t stop the waves, but you can learn to surf.”

(Jon Kabat-Zinn i Ujanovic at el. 2013 s.16)

Psykomotorisk terapi kan betragtes som hjælp til selvhjælp og er influeret af forskellige retninger som den naturvidenskabelige, den humanistiske, den eksistentielle, den fænomenologiske, den psykodynamiske og den kropsterapeutiske retning.

”Afsp.pæd (psykomotorik) arbejder med kroppen i centrum for læring og beskæftiger sig med sammenhængen mellem krop og psyke i et udviklingsperspektiv. Fagets område er integrationen af krop, følelse, erkendelse og handling. Afsp.pæd udfører et sundhedspædagogisk arbejde, som

sigter mod bevidstgørelse og optimering af kropslig, emotionel og kognitiv funktion. Afsp. pæd støtter den enkelte i en udviklings- og erkendelsesproces set i forhold til sammenhængen mellem krop og psyke. Denne proces tager udgangspunkt i den enkeltes egen oplevelse af de kropslige fænomener, som relateres til personens selvforståelse og aktuelle livssituation” (citat fra Dap/3 2007 i Elnet af el. 2009).

PTSD's kropslige/psykiske lidelseskarakterer tyder på, at hjælp i dette tilfælde også skal omhandle krop-psyke baserede interventioner og at selvhjælp betyder, at veteranen selv har en stor rolle i denne læringsproces.

Mere konkret, formålet med interventionen er at støtte veteranen i indlæring og anvendelse af værktøjer og færdigheder, der kan bruges til selvregulering af bl.a. følelserne og ANS.

Samtidig kan veteranen lære at kontakte og kende sin kropslige-psykiske dynamiske struktur, sådan at de ubevidste processer og forsvarsmekanismer kan blive bevidste og evt. vil hjælpe til at lære at adskille det, der hører til nuet og det der hører til fortiden. Denne evne til at blive mere opmærksom og nærværende i forskellige daglige aktiviteter kan medføre flere handlingsmuligheder og nye coping strategier.

Under denne læringsproces kan veteranen komme i kontakt med færdigheder som koncentration, ikke-vurderende kontakt og accept, tålmodighed, økonomisering af energi, nysgerrighed, evnen til at give slip osv., hvilket styrkes og videreudvikles gennem kontinuerlig træning.

Når disse ressourcer evt. bliver implementeret i daglige aktiviteter, kan de have stor betydning for veteranens egen positive opfattelse af sig selv og verden omkring sig og kan derfor påvirke veteranens symptommønstre positivt.

Familierelationer, sociale kompetencer, job/uddannelsesmuligheder og recoveryprocessen kan i det hele taget blive påvirket positivt.

Brantbjerg (2007) beskriver denne læringsproces som ressourceorienteret færdighedstræning, der træner det observerende jeg, som fokuserer på nærvær her og nu. Dette er med til at opbygge mestringfærdigheder for at kunne rumme det der opstår her og nu samt dannelsen af nye neurale netværk, som evt. kan bryde de automatiske overlevelsestrategier.

Oplevelsen af at kunne rumme disse automatiske reaktioner ved hjælp af mestringfærdigheder er afgørende i forhold til heling af trauma og at kunne genfinde tryghed (Ibid.)

6.1 Læringsrummet

Forudsætningen for at kunne indgå i kontakt med sig selv er altafgørende i en sådan læringsproces. Det er netop derfor, at stemning og vilkår i læringsrummet skal være præget af tryghed, ro, accept, anerkendelse, nysgerrighed og ikke-vurderende attitude fra både terapeuten og de andre deltagere i gruppen.

For at opnå de bedste vilkår for læringsprocessen, benytter terapeuten forskellige metoder og redskaber, der består af psykologisk, pædagogisk og fysiologisk viden sammensat til et program i et gruppeundervisningsforløb.

6.2 Anerkendende relationer

Sommerbeck skriver (2004), at ifølge den humanistiske retning og den amerikanske psykolog Carl Rogers klientcentrerede terapi, ses klienten som et kompetent individ, der har potentiale for udvikling og for at finde løsninger til sine problematikker, når de tilstrækkelige betingelser er til

stede i det terapeutiske forløb. Den professionelle rolle, i dette tilfælde den psykomotoriske terapeuts rolle, er at skabe de bedst mulige betingelser for at denne udviklingsproces kan finde sted (Sommerbeck 2004).

Terapeutens interaktion med veteranerne er ikke fra en ekspertposition med de "gode råd" men fra en ligeværdig position, der støtter og indgår i en fælles undersøgelse af det der opstår her og nu.

Det er relationen mellem terapeuten og deltagerne, der er toneangivende og inspirationen for stemningen i læringsrummet og de interaktioner, der opstår undervejs.

En central forståelse i psykomotorik er vigtigheden af at kunne møde personen, hvor han er. Hvis veteranen oplever at blive set og hørt med accept og anerkendelse uden at blive dømt og uden forventninger, er der større mulighed for, at veteranen kan kontakte og "se" sig selv på den samme måde. Der kan opstå et trygt rum, hvor veteranen kan udforske og opdage nye sider af sig selv sammen med andre omkring sig.

For at kunne møde veteranen hvor han er og for at skabe de bedste mulige betingelser for at denne udviklingsproces kan finde sted, skal der, ifølge Carl Rogers, være tre grundkvaliteter tilstede hos den professionelle: "kongruens" (autenticitet), "ubetinget positiv agtelse" og "empati" (Ibid.).

Et studie tyder på, at interpersonel kommunikation består af en stor del nonverbal interaktion; og empati har mere at gøre med vores medfødte system af spejlneuroner, der kan hjælpe os til at kunne relatere til andres nonverbale kommunikation, samt deres neurale aktivitet og kunne indleve i deres emotionelle tilstand (Ginot 2009).

Disse neuropsykologiske processer og terapeutens evne til at føle klientens tilstand, hjælper klienten til at opleve at blive "set" og forstået. Det kan være derfor, der opstår et rum for en dialog, som kan bevidstgøre klientens emotionelle mønstre samt kognitive og kropslige sammenhæng (Ibid.).

Det er terapeutens autentiske opmærksomhed og bevidsthed af egne indre kropslige, emotionelle og kognitive processer og deres sammenhæng, der forstærker og udvikler hans evne for empati og relationskapacitet (Siegel i Ginot 2009).

Spejlneuron-teori kan også hjælpe os til bedre at forstå, hvordan terapeutens måde at være på kan "smitte" af på stemningen i lokalet og deltagerne i gruppen.

Brandtbjerg (2005 s.1) skriver om dette:

"Klienten lærer af den du er, uanset hvilken teknik eller metode du anvender. Klienten lærer af dig på godt og ondt. For mig var det denne indsigt, der endeligt fik bugt med mit misforståede hensyn til klienterne. Det gik op for mig, at klientens mulighed for at lære at blive sig selv, mærke sine grænser, lære sine følelser at kende, finde sin centrering og finde sin grounding blandt andet afhænger af mine evner i samme færdigheder, samt min villighed til at være åbent tilstede sammen med klienten med disse færdigheder".

Et studie om mindfulness' effekt på veteraner med PTSD understreger vigtigheden af terapeutens/instruktørens autenticitet og regulering af egen mindfulness praksis for at kunne instruere andre (Santorelli & Kabat-Zinn i Ujanovic et al. 2013).

6.3 Pædagogik

Et yderligere element terapeuten bruger, for at skabe tryghed og mulighed for fordybelse i læringsrummet, er den pædagogiske tilgang og opbygning af øvelsernes program.

Undervisning af den psykomotoriske ressourcerorienteret færdighedstræning indeholder en blanding af vidensformidling og arbejde med kropslige sansebaserede øvelser, der kan åbne for egne erfaringer (Brantbjerg 2007).

Den psykomotoriske terapeut støtter og inviterer veteranerne til at opdage det, der opstår i kroppen her og nu uden forventninger for noget ”rigtigt” resultat. Det er terapeutens rolle at støtte veteranernes opmærksomhed på kropslige processer her og nu, med accept af ikke kun selve sansningerne men også accept af den måde veteranerne forholder sig til dem (Ibid.)

Et vigtigt element i denne træning er dosering. Dosering er respekt for forsvarsmekanismer og forståelse for, at forandring af selvbillede og normsystem tager tid og er afhængig af individets evne til at være nærværende i nuet og kunne rumme det, man er i kontakt med (Ibid.).

Den pædagogiske tilgang anvendt af terapeuten i undervisningen er rammeprincippet, der kombinerer det deduktive og induktive princip. Her sætter terapeuten de overordnede rammer og individet arbejder og bevæger sig indenfor disse rammer (Kissow & Pallesen 2004).

Rammeprincippet, gentagelse, genkendelighed af rammerne og øvelserne fra gang til gang skaber tryghed og tydelig rollefordeling, hvor det er terapeuten der styrer og guider undervisningen men veteranerne har rummet, plads og mulighed for fordybelse.

Denne struktur er konkret og er fælles for alle deltagerne, men hver deltager skal have mulighed for at finde sit eget tempo og inviteres til at lytte og respektere sine begrænsninger og kropssignaler. Den giver veteranerne mulighed for erfaringspædagogik.

Programmets struktur giver også veteranen mulighed for at sætte ord på og formidle den tavse (indvendige) og implicit kropslige erfaring, der opstår gennem øvelserne, sådan at bevidstgørelse af den tavse viden er muligt. Implicit viden bliver eksplicit viden og derfor er der mulighed for læring og udvikling (Ibid.).

”Sprog knytter til bevidsthed. Når vi beskriver sansninger i ord bliver de en del af vores bevidste viden om os selv i verden.” (Brantbjerg 2007).

Gennem udveksling og formidling af veteranernes tavse viden og erfaringer mellem hinanden opstår bl.a. gruppedynamik, der kan være med til at støtte den enkelte veterans mulighed for at blive inspireret, motiveret og at opnå større selvrefleksion og udviklingsmuligheder.

6.4 Nærvær, KB og opmærksomhed

Træning af veteranernes opmærksomhed og KB står i centrum af den psykomotoriske undervisning. Kort sagt er træning af KB og sansning nøglen for at kunne opleve det der opstår her og nu, som det er; uden ”brillerne” fra fortid og fremtid, fantasier, forestillinger eller fortolkninger.

Træning i at kunne mærke kroppen konkret har stor betydning for at styrke evnen til at forholde sig til følelserne, at rumme dem og at give dem udtryk. Denne træning støtter og forstærker opbygningen af de neurale forbindelser mellem det præfrontale cortex og hjernestamme samt det limbiske system. Følelserne bliver bevidste og man har nye muligheder for at forholde sig til og udtrykke følelserne i stedet for forsvarsmekanismernes instinktive impulser (Brantbjerg 2007).

Ifølge Perls gestaltterapi og awarenesszone-teorien, kan vores opmærksomhed blive rettet mod: Inderzone – dvs. direkte sanseindtryk og information der kommer fra kroppen ”indenfor huden” eksempelvis smerte, muskelpænding, tyngde osv.

Mellemzone – dvs. mentalt arbejde som tænkning, forestillinger, fantasier, vurderinger og fortolkninger af sansninger, der kommer fra ydre og indre zoner osv.

Ydrezone – sanseindtryk der kommer fra den ydre verden; eksempelvis det man kan høre og se omkring sig (Kjærulff 2011).

Træning af KB øger kapaciteten til at forblive opmærksom på inderzone med accept og ikke-vurderende attitude, således at man kan kontakte og rumme indtryk, der opstår i kroppen her og nu, uanset om de er af behagelige, ubehagelige eller af neutral karakter.

Denne træning kan give veteranerne gradvis mulighed for at opleve og se hvordan kropsfornemmelser, tanker og følelser hænger sammen i en dynamisk struktur, mens de opdager deres evner og ressourcer til at kunne acceptere, at rumme, at give slip på det de oplever og derfor respondere på deres behov her og nu på en hensigtsmæssig måde.

Både de rolige og trygge omgivelser (Schibye og Klausen 2005) og berøringen mellem kroppen og gulvet i de forskellige øvelser, der kan udløse oxytocin (Moberg 2006), har betydning for regulering af ANS. Dette kan give veteranerne en oplevelse af ro og overskud samt fornemmelse af livet i kroppen og dæmpning af tankemylder. Disse oplevelser af nyprægning og mestering af færdigheder skaber et nyt spor i bevidstheden. Gentagelse og kontinuitet over tid kan uddybe sporet og et nyt neuralt netværk bliver dannet, så det efterhånden kan konkurrere med de gamle overlevelsesstrategier (Brantbjerg 2007).

Denne lange læringsproces, hvor man arbejder med balancen mellem nye muligheder for forandring og virkeligheden, som er stadig præget af de nuværende automatiserede forsvarsstrategier, kræver håb og motivation.

KB træning i dette læringsmiljø kan give muligheder for bevidstgørelse og anerkendelse af mærkbare resultater og at forbedring kan lade sig gøre og dermed kan støtte veteranernes selvmotivation til at fortsætte i denne læringsproces.

Hvis læringsmiljøet tilfredsstillende opfylder veteranernes behov for kompetence, autonomi og samhørighed kan motivationen, ifølge selvbestemmelsesteori, undervejs udvikle sig fra ydre motivation til indre på baggrund af øget interesse ved dybere indblik. Ifølge Deci og Ryan, giver indre motivation bedre præstationer, større udholdenhed og kreativitet i udførelsen (Renolen 2011).

I de seneste år har den videnskabelige verden fået øje på KB's betydning for selvregulering og øgning af sammenhængen mellem krop/psyke, individets velvære og forbedring i livskvalitet. Der er en voksende mængde af empiri for KB og opmærksomhedstrænings betydning i forbindelse med behandling af PTSD.

En undersøgelse af mindfulness' effekt på veteraner med PTSD (især MBSR-mindfulness based stress reduction) viser, at når veteranerne træner deres regulering af opmærksomhed på deres kropsfornemmelse (og gradvist på tanker og følelser) med accept og uden vurdering, medfører det til bedre tolerance, bedre evne til at lytte og reagere på deres behov, bedre psykologisk fleksibilitet, altså at blive bedre til at styre opmærksomheden væk fra smertefulde tanker og dissociation. Den samme undersøgelse peger på, at interventionen kan hjælpe veteranerne til at blive bedre og mere villige til at kontakte og acceptere trauma-relaterende interne og eksterne stimuli og derfor kan hjælpe veteranerne med reduktion af dissociation/undgåelsesadfærd og med udvikling af coping strategier.

Undersøgelsen peger også på en mulighed for reduktion af PTSD relaterende hyperarousal symptomer over tid (f.eks. bedre søvnfunktion) samt reduktion af angst og depression symptomer (Ujanovic et al. 2013).

Et andet studie af kroporienteret gruppeterapi (sensorimotor Psychotherapy-SP) for patienter med traumer, beretter om en markant forbedring i deltageres KB (body awareness) og reduktion af trauma relaterede symptomer som somatiske dissociation (Langmuir et al. 2011).

Et andet studie, der har undersøgt KB (body awareness) effekt på emotioner, fandt at KB spiller en væsentlig rolle i emotioner. Undersøgelsen viser, at individer der er trænet i vipassana meditation, som er en konkret form for træning af objektiv opmærksomhed på kropfølelser, havde en stor sammenhæng mellem kropssignaler og følelserne. Denne sammenhæng giver disse individer mere præcise billeder af deres krop/psyke tilstand og derfor støtter det deres mulighed for at respondere på ændring af omgivelser. Undersøgelsen peger på KB træning som årsag til udvikling af større co-relation og sammenhæng mellem kroppen og emotioner. Dvs. kropfølelser og vores fortolkning af disse har betydning for konstruktion af emotionelle oplevelse (Sze et al. 2010). Kontinuitet over lang tid i opmærksomhedsregulering og KB træning har en vedvarende betydning på hjernens struktur og plasticitet samt emotionelle processer og adfærden (Lutz et al. 2008 og Davidson & Lutz 2008).

7. Recovery

”Håb er ikke optimisme. Det er ikke en overbevisning om, at noget vil gå godt, men en vished om, at noget giver mening uden hensyn til, hvordan det går.” (Václav Havel i Jensen 2006 s.6).

Recovery er en vision for psykiatrien, der sætter patienten i centrum som aktiv medspiller i sin rehabiliteringsproces gennem ligeværdige og anerkendende relationer. Psykiatri, der er baseret på recovery tilgang, er en mere helhedsorienteret tilgang, der tager udgangspunkt i den biopsykosociale model.

Anthony skriver, som citeret af Topor (2005 s.26) at recovery er:

”En dybt personlig, unik forandringsproces med hensyn til ens holdninger, værdier og mål, færdigheder og/eller roller. Det er en måde at leve et tilfredsstillende liv på præget af håb og aktiv medvirken selv med de begrænsninger, der er forårsaget af sygdom. Recovery indebærer udvikling af ny mening og nyt formål i ens liv.”

Man kan tale om fuldstændig eller klinisk recovery (at komme sig helt), altså når borgeren har totalt fravær af psykotiske symptomer og kan vende tilbage til funktionsniveauet inden sygdommen (Socialstyrelsen 2013).

Man kan også tale om delvis recovery eller social recovery (at komme sig socialt), dvs. at borgeren stadigvæk har kliniske tegn og symptomer på psykisk lidelse men vedkommende deltager i det sociale liv (arbejde, socialt netværk og deltagelse i sociale aktiviteter) (Ibid.). Nøgleforståelsen i recovery tilgangen er fokus på selve recoveryprocessen, uanset om man kommer sig helt eller socialt.

Deegan beskriver (som angivet i Repper & Perkins 2003), at recovery er en proces hvor man konstant lære at acceptere sine begrænsninger og gennem denne accept opdager man det, man kan være og det man kan gøre.

Eplov et al. fortæller (som angivet i Surrow et al. 2013), at recoveryprocessen skal indeholde faktorer som håb, at tage ansvar, egen indsats, afstigmatisering, at acceptere sig selv, indsigt og viden samt samspil med det professionelle netværk. Disse faktorer spiller en væsentlig rolle for processen.

Ifølge Repper & Perkins (2003), er der 3 nøglekomponenter som en intervention skal indeholde for at støtte recoveryprocessen: at fremme følelse af håb, at skabe muligheder for at patienten

opnår viden og mestringsstrategier samt færdigheder til at håndtere udfordringer som følge af sygdommen, og empowerment eller sætte i stand til at tage styring af eget liv.

Deegan fortæller: *”Det vigtigste element i recovery er at bevare håbet og møde mennesket med en psykisk sygdom som et unikt menneske og ikke at reducere dem til passive bærere af en klinisk diagnose.”* (Deegan 2009 s.73).

Empowerment på et individuelt niveau, kan forstås som en strategi med et sundhedsfremmende perspektiv, hvor den enkelte kan styrke ressourcer og kompetencer til at skabe forandring og gradvist kan tage kontrol over eget liv, altså at opretholde selvbestemmelse for at træffe egne nødvendige valg (Epløv et al. i Surov et al. 2013).

Empowerment fremmes i interventionspraksiser, der fokuserer på styrker og ressourcer og som ikke gør professionelle til eksperter.

8. Metode afsnit

I det følgende vil jeg begrunde og beskrive undersøgelsesmodellen og mit valg af metode samt processen for indsamling af data.

8.1 Undersøgelsesmodel og intervention

For at undersøge hvordan psykomotorisk intervention kan understøtte veteraner med PTSD i deres recoveryproces, har jeg designet og gennemført et psykomotorisk gruppeundervisningsforløb, der efterfølges af en kvalitativ undersøgelse i form af semistrukturerede enkeltinterview.

Det psykomotoriske gruppeundervisningsforløb tog sted på Krise- og katastrofepsykiatrisk Center (KKC), der er tilknyttet Rigshospitalet og Psykiatrisk Center København.

Forløbet varede 3 måneder og bestod af 2 måneders undervisning en gang om ugen af halvanden times varighed og sidste måned med 2 ugentlige undervisninger af halvanden time samt opfordring til 10 minutters daglig hjemmearbejde i form af øvelser og afspænding optaget på en CD. Formålet med intensiveringen i den sidste måned var at tydeliggøre forskellen i effekten af interventionen, når deltagerne oplever så vidt mulig kontinuitet i deres praksis.

I den sidste måned valgte jeg at bruge spørgeskemaer før og efter hver undervisning, som et pædagogisk redskab for at hjælpe deltagerne med at se en mulig konkret effekt på deres stress og ro niveau på baggrund af undervisningen.

7 deltagere startede forløbet og 6 deltagere har gennemført hele forløbet. En deltager stoppede med at komme efter 3 gange.

Alle deltagere i gruppen var mandlige veteraner med PTSD diagnose. Gruppen var uhomogen da deltagerne havde forskellige aldre, kamperfaring, antal af udsendelser, tiden siden sidste mission, tid i forsvaret, PTSD grad og styrke, indtagelse/dosering af medicin, familierelationer og arbejde/uddannelsessituation.

8.2 Forskningstype og videnskabsteoretisk grundlag

For at indsamle den relevante viden til at belyse min problemformulering har jeg valgt den kvalitative forskningsmetode.

For at danne et mere præcist billede af forløbets effekt på veteranerne og hvordan det kan støtte deres recoveryproces, havde jeg brug for at få indsigt og viden om deres personlige erfaring og oplevelser og hvilken betydning disse har for den enkelte.

Ifølge Malterud (2011) benytter man kvalitativ forskningsmetode, når man ønsker at få mere viden om personlige erfaringer, oplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger.

Den kvalitative metode indeholder den fænomenologiske videnskabsteori (erfaringer) samt hermeneutiske videnskabsteori (fortolkning) (Birkler 2005).

Den fænomenologiske tilgang har til formål at indfange den menneskelige erfaring i deres livsverden, det er derfor vigtigt at give informanterne mulighed at tale frit uden påvirkning af forskerens for forståelse. Den hermeneutiske tilgang søger at opnå forståelse for et andet individ (Ibid.).

Jeg har baseret denne kvalitative pilotundersøgelse på 3 semistrukturerede enkeltinterviews med veteraner med PTSD, der har deltaget i det 3 måneders psykomotoriske gruppeundervisningsforløb.

8.3 Litteratursøgning

Jeg har valgt at søge videnskabelige artikler i de faglige databaser, der er relevante for problemformuleringen. De anvendte artikler i projektet fandt jeg i databaser som PsycArticles, ERIC og UCviden, som jeg har fundet gennem PH UCC og Metropolit biblioteker og på Google. Derudover har jeg søgt litteratur, der var relateret til problemformuleringen i den psykomotoriske faglitteratur, hjemmesider samt tidligere undersøgelser og projekter, der havde relation til problemformuleringen og virkede relevant for besvarelsen af den.

For at søge i de forskellige kilder har jeg brugt søgeord som PTSD, behandling af PTSD, PTSD og mindfulness, meditation og hjernen, kropslig behandling af trauma og PTSD, body awareness og følelser, empati og spejlneuron, recovery og empowerment.

8.4 Interviewguide

Jeg har valgt at benytte semistrukturerede enkeltinterview for at skabe en fortrolig situation, der så vidt muligt vil hjælpe mig med at høre informantens personlige erfaringer og oplevelser. Ifølge Malterud (2011), giver enkeltinterview informanterne større mulighed at tale om sensitive aspekter end et fokusgruppeinterview.

I konstruktionen af interviewguiden havde jeg overordnede temaer, som jeg ønskede at opnå viden omkring og som var relevante for problemformuleringen.

Baseret på min for forståelse og den teoretiske ramme, skrev jeg derefter interviewspørgsmålene. Jeg har revideret interviewguiden løbende indtil jeg oplevede at fokus var på plads (bilag 2) (Malterud 2011).

Jeg har bestræbt mig på at lave interviewspørgsmålene så åbne som muligt og uden ledende spørgsmål, så informanterne kunne tale så frit som muligt og på den måde hjælpe mig med at opnå viden, jeg ikke vidste før (Ibid.).

Da kunsten i semistrukturerede interview er at være åben men fokuseret på hvilken viden, jeg er ude efter at belyse, uden nødvendigvis at følge interviewguiden slavisk (Ibid.), havde jeg interviewguiden med temaer og spørgsmål som støtte under interviewet.

Jeg har prøvet at skabe en dynamisk tilgang til informanten for at fremme et positivt samspil og for at holde samtalen i gang og opfordre informanten til at fortælle om dennes oplevelser og følelser (Kvale & Brinkmann 2009).

8.5 Etiske overvejelser

Alle informanterne blev informeret om forløbets formål som en del af bachelorprojektet og har vist interesse for at deltage i et interview i slutningen af forløbet.

Da forskning der omhandler mennesker skal leve op til Helsinki-deklarationens etiske retningslinier (Malterud 2011), har alle informanter underskrevet en samtykkeerklæring (bilag 1), der blev uddelt af mig ca. 3 uger inden interviewet fandt sted.

Samtidig gjorde jeg det klart over for informanterne, at jeg har tavshedspligt og gjorde dem opmærksomme på, at de til enhver tid kunne ombestemme sig med hensyn til deres deltagelse eller stoppe interviewet, hvis de ikke ville fortsætte eller undlade at svare, hvis emnet var for følsomt, og at de kunne trække deres interview tilbage efterfølgende.

For at sikre anonymitet, har jeg brugt bogstaverne A, B, C i stedet for informanternes navne.

8.6 Interviewsituationerne

Alle interviewene fandt sted i KKC (Krise- og katastrofepsykiatrisk Center) i et rum ved siden af lokalet, der blev anvendt til undervisning under det psykomotoriske forløb. For at skabe en mere rolig og åben stemning, havde jeg sørget for kaffe og kager. Hvert interview varer ca. 45 min.

8.7 Udvælgelse af informanter

Informanterne blev udvalgt ud af de 6 veteraner, der deltog i det psykomotoriske forløb.

De informanter der blev udvalgt har mødt op til undervisningsdagene regelmæssigt og har vist interesse for at deltage i det kvalitative interview.

8.8 Præsentation af informanter

Alle informanter har fået PTSD diagnose, dvs. alle informanter har opfyldt kriterierne for PTSD diagnose og lider af adskillige symptomer.

Informanter A og C modtager psykiatrisk medicin i forskellig dosering.

Informanter	Missionssted	Tid under missionerne i alt	Tid siden sidste mission
Informant A, 33 år	Irak, Afghanistan	1 år	Ca. 3 år
Informant B, 39 år	Balkan	½ år	Ca. 20 år
Informant C, 37 år	Balkan, Irak	Ca. 30 måneder	Ca. 10 år

8.9 Inklusionskriterier

Veteraner der, i forbindelse med deres udsendelse i international tjeneste, har fået PTSD diagnose og som har deltaget og gennemført 3 måneders psykomotorisk gruppeundervisningsforløb.

8.10 Eksklusionskriterier

Veteraner der, i forbindelse med deres udsendelse i international tjeneste, har fået PTSD diagnose og som ikke har deltaget og gennemført 3 måneders psykomotorisk gruppeundervisningsforløb.

8.11 Transskription

Alle interview er optaget både på en smartphone og en diktafon. Det har jeg gjort for at sikre optagelserne i tilfælde af tekniske problemer og med hensyn til lyd kvalitet.

Derefter er interviewene transskriberet for at gøre dem tilgængelig for analyse (bilag 5).

I processen fra lydoptagelse til tekst har jeg valgt ikke at fjerne og redigere personlige udtryk som ”øhm”, ”jamen” og ”altså”. Jeg fandt ligeledes pauserne meget sigende for stemningen og har bevaret dem samt forsøgt at skelne mellem korte og længere pauser med retningslinierne: .. (kort pause) og ... (længere pause) og (Pause) (meget lange pauser).

Retningslinierne har til formål at lave en systematisk og loyal transskription af det sagte samt inddrage nonverbale udtryk (Malterud 2011).

9. Analyseprocessen

I det følgende vil jeg begrunde og beskrive bearbejdningen af indsamlede data.

Jeg har valgt at bruge Giorgi's fænomenologiske analyse model (modificeret af Malterud), da denne model er egnet til at udvikle videnskab om informanternes erfaringer og livsverden inden for et bestemt felt (Malterud 1996).

Giorgi anbefaler at analysemodellen indeholder 4 trin i bearbejdningsprocessen af indsamlede data (ibid.): Helhedsindtryk, meningsbærende enheder, kondensering, sammenfatning.

Under analyseprocessen har jeg bestræbt på mig at være loyal overfor det indsamlede materiale og har forsøgt at mindske min egen forforståelse og fortolkning i præsentationen af informanternes livsverden (ibid).

9.1 Helhedsindtryk

I det første trin har jeg gennemlæst alt det transskriberede materiale for at danne mig et helhedsindtryk og for at finde temaer, der virker relevante for problemstillingen.

Jeg har forsøgt så vidt muligt at ligge min forforståelse og teoretisk viden til siden, sådan at jeg kan læse materialet åben for indtryk og finde de temaer, der umiddelbart springer i relation til problemstilling gennem "helikopterblik". (Malterud 1996).

Jeg fandt frem til disse temaer: missioner, længde af missioner, PTSD, symptomer, behandlingssystem, tryghed, læringsrum, nærvær, oplevelse af det psykomotoriske forløb, oplevelse af effekten af forløbet, accept, økonomisering af energi, relationer, kropsligt arbejde, læringsproces, recovery, håb, motivation, egen indsats, retning, selvbestemmelse.

9.2 Meningsbærende enheder

I andet trin har jeg kigget materialet igennem igen og skilt relevant fra irrelevant (Malterud 1996). Jeg endte med fire hovedtemaer, som jeg fandt relevante for at afdække problemstillingen. Jeg valgte PTSD, oplevelse af det psykomotoriske forløb, oplevelse af effekten af forløbet og recovery.

Hver hovedtema fik en farve og derefter gennemgik jeg materialet linje for linje og identificerede de meningsbærende enheder, som sagde noget om de fire hovedtemaer og markerede dem med deres tilsvarende farve (Ibid.). Udover det organiserede jeg de fire hovedtemaer i mindmaps (bilag 3) og tilføjede mulige subgrupper under hver hovedtema.

9.3 Kondensering

I tredje trin startede jeg med at reducere og organisere subgrupperne inden for hvert tema (Malterud 1996). I denne proces valgte jeg nogen subgrupper til og andre fra i forhold til deres relevans og samlede visse mindre subgrupper under få større subgrupper f.eks. under temaet "oplevelse af effekten af forløbet" har jeg samlet subgrupperne accept, økonomisering af energi og relationer under en større subgruppe kaldet "færdigheder og oplevelser".

Derefter organiserede og sorterede jeg temaer, subgrupper, informanter og meningsbærende enheder i en matrice (bilag 4) med inspiration fra Malterud (1996).

9.4 Sammenfatning

I fjerde trin gennemgik jeg matricen i forhold til problemstillingen og valgte PTSD fra som tema på grund af opgavens størrelse samt temaets begrænset relevans for problemformuleringen. Den relevante information omkring informanternes PTSD relaterede forhold, har jeg i stedet valgt at samle i et afsnit med præsentation af informanterne. Endeligt valgte jeg at fokusere på temaerne: Oplevelse af det psykomotoriske forløb, oplevelse af effekten af forløbet og recovery. Ifølge Malterud (1996), bør man i dette trin beskrive indholdet med egne ord og illustrere med relevante citater. Jeg har valgt at udelade mine egne ord og kun benytte udvalgte citater i sammenfatningen af analyseprocessen, som har til formål at formidle, hvad materialet siger om problemstillingen og repræsenterer resultaterne i projektet. Jeg har valgt dette for så vidt muligt at være loyal overfor materialet og bevare dets autenticitet samt at reducere min egen fortolkning og forforståelse, bl.a. fordi jeg også har fungeret som den psykomotoriske terapeut under forløbet.

10. Resultater

I følgende afsnit vil jeg præsentere resultaterne fra min bearbejdning af de 3 semistrukturerede enkeltinterview. Resultaterne er inddelt i tre temaer med dertilhørende subgrupper.

Jeg har valgt kun at bruge citater fra alle 3 informanter (som jeg kalder A,B,C), dog var det nødvendigt nogen gange at inddrage interviewerens spørgsmål (som jeg kalder S) for at bevare konteksten.

10.1 Oplevelse af det psykomotoriske forløb

Læringsrum

A:

"Afslappet og tryk og det mener jeg er en forudsætning for overhovedet at kunne få den her afslappet atmosfære altså det er sådan en selvforstærkende effekt."

" Ja jeg går ind i et andet rum som er tryghed for mig som er ro i sig selv".

B:

"Ja.. øhm ja det ved jeg sgu ikke... altså det er en sikker base for mig på et eller andet punkt der er ro.. og jeg er fuldstændig tryg... og så det at være i behandling det synes jeg er rigtig rart så det hele altså det er.. ja.. der er en god stemning til at kigge dybt i sig selv ik'."

" Fuldstændig plads til at være som jeg er øhm... ja..."

C:

"Jeg tror det er trygheden omkring det øhm.. være sammen med andre man er ikke alene øh.. man bliver ikke bange for nogen ting man oplever øhm på samme måde fordi man ved at her er der noget tryghed så.. ja..".

Relationer i gruppen

A:

" Jeg oplever faktisk en enorm accept og en enorm sådan øh øh ydmyghed overfor hinanden og også en accept af at man kommer fra forskellige baggrund og fra forskellig tilstand og øh man kan også mærke at lige så snart der er en ny så ændre dynamikken sig."

"Ja og at man.. det er jo værdiskabende i sig selv det her med at man er et sted hvor det er acceptabelt at være... at træde ved siden af eller at træde ind i sig selv og det er det vi er der for dybest set ik'."

B:

"Nogen gange er det bare det at høre at andre har samme problemstillinger det gør mig normal... deres perspektiv er anderledes end mit perspektiv og det giver noget inspiration og nogle andre muligheder.."

C:

"Ja fordi så man føler ikke at man selv er alene om det hele altså der er andre der har det på samme måde øhm slås med de samme problemer øhm så det synes jeg er meget godt når man har.. en samlet kreds på nogen der har det værre og nogen har det bedre end andre det smitter jo også af jo dem der har det bedre ik' og sige når vi kan da få et smil på læben og..

S: Hjælper det for dig at få mere indsigt på dine egne processer?

C: Ja altså det gør det jo øhm.. det er jo meget.. hvad hedder så noget.. befriende.. ja.."

Relationer med terapeuten

A:

"God.. altså god på den måde at den er.. jeg tror at det er vigtigt at underviseren skal acceptere de mennesker der er i rummet uden at stille sig over dem men derfor er det stadig godt at der er en rollefordeling og den skal være ret tydelig tror jeg."

"A: Ja det.. ja at man har plads og man får plads så det synes jeg faktisk er.. det er måske den relation der er god at underviseren faktisk træder lidt tilbage..

S: Så du vil mene at der er stadig en klar rollefordeling.. du ved hvem styrer det...?

A: Ja det er vigtigt

S: Og samtidig.. hvad giver det dig?

A: En vejviser så kan man jo selv bestemme om man vil gå på en vej eller om man vil gå lidt uden for en gang imellem..

S: Skaber det en tryk vej?

A: Ja absolut og det er jo også enormt vigtigt at det er.. at man ved hvad det er for en vej man viser."

B:

"Ja jeg oplever den meget autentisk... også at du har nogen.. samme historie på en eller anden måde.. samme baggrund det er alligevel meget forskelligt... jeg ved du ved hvad det er det drejer sig om altså... ja det ved jeg ikke.. jeg ved ikke om det giver noget men jeg tror jeg kan altså ja.. jeg tror at det er det som du siger også at det er autentisk det er vigtigt for mig."

C:

"Det gør tingene nemmere.. det gør det i hvert fald der er ikke nogen forventninger til en man gør det så godt man kan og det er det jeg synes er meget fedt ved det.."

"C:(...) jeg bliver set som jeg nu er øh.. accepteret..

S: Hvad betyder det for dig?

C: Det betyder meget fordi der er mange som ikke kan acceptere folk som os ik'.. øh de mener jo ikke at vi er syge og alt sådan noget så.. så det er.. en stor del er også at du selv har relationer til det ik' så du ved hvad det drejer sig om.."

Kropsligt arbejde

A:

"Jamen det som jeg tror jeg har sagt, at det er en guidet tur gennem ens eget hvad skal man sige sind uden at man.. men med fokus på kroppen og når man ligesom får mulighed for at fordybe sig i kroppen så åbner det også op for en anden måde at tænke på."

”Ja haha.. nu bliver det sådan meget ja nej.. men ja det er det fordi den hvad skal man sige den indre rejse man laver i sådan en session her den er jo for det første det her med at kunne scanne sig selv på en eller anden måde.. først så identificerer man ligesom er der er noget som ikke er til gavn for en fordi at det er nogen tanker der bevæger sig så hurtigt at man kan alligevel ikke favne dem.. når man så bruger kroppen gennem de her øvelser så er det lige som om at så fjerner man jo fokus fra de der tanker men så fokuserer man på det man laver lige her og nu og det gør jo så i sin tur at man kan fokusere på det her og nu også når du ikke laver øvelserne og det kan jeg tage med ud.”

B:

”(...) alle tingene fik jeg ligesom først teoretisk igennem og kunne slappe lidt af når der var noget guidning.. men hvor øvelserne det har bare gjort det meget tydeligt for mig.. hvad det giver altså..”

”At det er nødvendigt.. ja.. altså øhm... jeg har haft lændesmerter i den venstre side meget voldsomt altså... og da jeg begyndte at lave yoga øvelserne.. forsvandt de.. altså det var der hvor jeg blev bevidst om hvor voldsomme spændingerne kunne være øhm.. jeg oplevede en lang periode efterfølgende når jeg talte med psykologen.. min psykolog at så kunne jeg mærke spændingerne øhm... og det er jo der hvor.. ja altså bekræftet.. altså det blev meget konkret at... der er sammenhæng i det hele ik'..”

C:

”Jamen ligesom at blive mere afslappet i kroppen der er ikke lige så mange spændinger og man kan slappe lidt mere af øhm det.. og så også det øh som du siger indsigt i sig selv ik'.. at mærke sin krop igennem det ene føles anderledes end det andet og forskelligt ik'..”

10.2 Oplevelse af effekten af forløbet

Færdigheder og oplevelser

A:

”Ja men altså kompetencer kan man vel sige i forhold til det er jo helt klart det her med at lære sig selv at kende.. sine egne reaktionsmønstre eller ikke reaktionsmønstre men hvordan man fungerer altså at der jo også er... der er nogle flere niveauer i ens sindstilstand.”

”Ja accept.. ja klart altså lige som når man og der kan man føre det tilbage til det vi laver i rummet jo.. det her med at accepten af at man ikke kan stoppe det man kan jo ikke nødvendigvis stoppe de der tanker osv. men ved at acceptere dem så flytter man dem også lidt væk faktisk og så bruger du ikke så meget energi på at skulle dreje dem over i noget som du selv skal bruge altså så drejer du dem ligesom.. altså du bruger ikke så meget energi på at få dem til at være som du gerne vil have dem.”

B:

”Jeg prøver så vidt muligt at tage mig i at tænke på nummer tre ting jeg skal måske.. altså en ting af gangen... acceptere at jeg.. at jeg træder forkert nogen gange.. at jeg.. ikke for lavet noget øhm ja.. og skyld har jeg slippet meget..”

"Ja.. jaja fordi jeg.. nogen gange så tænker jeg også meget på at... altså at... at jeg har lært enormt meget om mig selv.. jeg ser ikke PTSD som noget... øhm altså ikke som så negativt det synes jeg også at jeg har fået meget ud af.. bare det her altså det er lykkeligt for mig.."

"Jamen øhm.. min tid sammen med dig og vores øvelser og...jeg ser det som en stor gave altså.. det at kende sig selv og sine begrænsninger, styrker det har jeg ligesom lært meget hårdt og kontant... det er en befrielse altså... ja jeg synes det er altså... ja jeg ved det ikke det er svært at forklare.. at jeg kan være lykkelig og glad selv om mit liv faktisk er frygteligt og... jeg har mistet min søn.. ved ikke om jeg ser ham igen... der er en masse ting.. og bare at kunne holde sig lidt oprejse i det stormvejr det er.. det er fantastisk.."

C:

"Ja øhm det er nemmere at acceptere tingene ja.. øhm at sige at sådan er det der er ikke så meget at gøre ved det før der gik jeg jo meget og tænkte på smerterne og hovedpinen og det hele ik'.. det koksede jo bare over ik'.. når så ryger du noget hash så er der lige ro i to minutter ik'.. to timer så.. ja.."

S: *Og nu efter tre måneder her du kan mærke at.. altså du er blevet bedre til at acceptere?*

C: *Jeg er blevet bedre til at acceptere ja..*

S: *Er det vigtig for dig at træne det?*

C: *Ja det synes jeg.. fordi ellers så ligger det bare og bliver ved med at køre.. jeg kan ligesom acceptere det og så måske gøre det færdigt og så få den næste ting ind.."*

"Ja jeg tror også at det er fordi jeg er mere bevidst nu end før ik'... før der havde jeg.. der sloges jeg med tingene på en anden måde tror jeg så der skulle ikke så meget til at tænde mig af så..."

Effekten i det daglige liv

A:

"Ja det er i høj grad relevant fordi lige så snart man kan tage noget fra den her undervisning og føre det ud i hverdagen så begynder man jo ligesom at se en sammenhæng i det hele.

S: *Og kan du se at det kan lade sig gøre at bruge det i hverdagen?*

A: *Ja det kan jeg - jeg kan se det når jeg.. hvis jeg skal lægge mig til at sove så prøver jeg, i stedet for at fokusere på alt hvad jeg skal nå i løbet af næste dag eller hvad jeg ikke har nået i løbet af den givende dag så prøver jeg at fokusere på noget som er mærkbart for eksempel om jeg sveder altså meget det her med ansigtet, jeg synes at ansigtet er meget godt fordi der kan man mærke musklerne.. altså det her med at prøve at lægge sig ned og så mærke hvordan man kan slappe af i ansigtet."*

"Jamen overblik giver jo også ro.. det giver i hvert fald muligheden for at sige hvad man kan overskue og ikke overskue - sådan at overblikket er klart... overblikket i sig selv er jo også noget der viser at man er nået længere ik'... så giver jo også en.. hvad skal man sige en effekt i forhold til at man er kommet videre."

B:

"Ja ja altså.. den fortæller mig jo når jeg er spændt og der måske er noget... så jeg oplever det hurtigt når jeg er ude af balance.. altså.. ja jeg mærker.. at selv om jeg ikke har angstanfald og panikanfald som i gamle dage så kan jeg mærke det stadigvæk når det kommer.. men jeg mærker det lang tid før tror jeg, jeg er meget mere bevidst om det... så inden kroppen bare kører af sted"

med det hele så slapper jeg af... det er så ikke i alle situationer jeg formår at.. altså der er nogen gange hvor jeg er i situationer hvor der er så meget følelse med i det at jeg ikke er i stand til det men jeg oplever at det bliver bedre og bedre..”

”Ja det synes jeg igen som jeg sagde tidligere jeg har nogen bestemte situationer nogen bestemte steder hvor det bliver så følelsesladet at det.. at jeg ikke er i stand til det i øjeblikket.. men når jeg bevæger mig væk så kan jeg godt falde ned hvor at tidligere der tog jeg det med mig om aftenen jeg tog det med mig i seng jeg tog det med mig i drømmene og når jeg stod op.. og nu kan jeg ryste det af mig..”

”Ja ja øhm.. meget med altså også det med ikke at bruge... jeg magter ikke at bruge kræfter mere på negativt altså... og det følger mig meget med... ja... jeg gider ikke at tænke på hvad andre gør og ikke gør for eksempel og... jeg bor og opholder mig sammen med mange mennesker.. og der er meget det der med en brok over at folk ikke gør nogen ting for eksempel hvor jeg bare.. altså i stedet for at bruge energi ikke særlig konstruktive og negativt ved at brokke sig over at folk ikke tager kopperne for eksempel så har jeg fundet ud af at det er faktisk meget rarere at tage de kopper ik' altså.. økonomiserer også på den der måde... men også med at.. lave aftaler ikke at lave for mange.. eller hvis jeg har mange så accepterer jeg at så jeg så måske er brugt op..”

C:

”Jamen det kan enten være.. nogen gange hvis jeg vågner.. jeg vågner to gange om natten nu øhm og den ene af gangene der er den slem altså så er jeg vågen et kvarter en halv time ik'.. der kan jeg godt finde på at så sætte den på.. når det er ik'.. den afspilling du har lavet ik øhm.. men for det meste der prøver jeg bare at falde til ro igen skifte seng fordi den er helt våd og så... jeg har sådan en dobbeltseng..”

”Og tålmodighed ja.. jeg kan også se det for eksempel i forhold til min datter..

S: Hvad kan du se.. kan du fortælle det?

C: Jeg brænder jo ikke sammen mere som jeg gjorde før jeg ved ikke om det er fordi medicinen er kørt højere op eller hvad det er men.. jeg skælder ikke ud mere jeg er mere afslappet og lære at snakke om tingene det virker som om det er en nemmere løsning.. øh.. i stedet for bare at splitte hele værelset ad ik'..”

”Jamen det.. det vil jeg mene altså du kan altid.. nu kan jeg ikke gå på Strøget for eksempel.. øh så kan jeg altid lige gå ned af en sidegade og (trækker vejret dybt) lige at se hvor jeg er.. når jeg er her fint videre igen ik'..”

”Det kan være hvis jeg hører stemmer derhjemme eller et eller andet så ud fra det så høretelefonerne i ik' og så sidde lidt og så lige komme væk fra det et øjeblik..”

Læringsproces

A:

”Ja det er meget tydeligt at se at det er en lang proces, men jeg synes allerede fra første gang man var her til nu der er sket meget.. altså og det er nemmere og nemmere at identificere hvor der er spændinger osv. og det betyder jo så at så bruger man mindre og mindre tid på at finde ind til de her ting hver gang og mere og mere tid på at blive bedre til at fastholde det her "her og

nu" det her med hvad man mærker her og nu."

"Jamen at mulighederne er meget mere end hvad vi har nået nu.. altså vi er kun lige startet føles det som og jeg tror at det er en lang proces og jeg tror også at det er en proces man kan være i gang med hele livet."

"Ja meget.. meget anderledes og meget mærkbart og det er jo ikke som sådan en medicin du tager og så går det væk.. du er nødt til selv at arbejde mere ind i det men det giver... det giver lidt sig selv synes jeg fordi man bliver nysgerrig af den proces."

B:

"Ja men altså den seneste det var jo også som jeg også sagde i gruppen at jeg oplevede at jeg spændte og at jeg stadig oplever at jeg spænder nogen steder i kroppen... hvor jeg er bevidst om det nogen steder meget i mit ansigt... ja.. så ja jeg ved det ikke øhm.... jeg lærer noget nyt hele tiden fra gang til gang... ja".

C:

"Man vil jo gerne have resultaterne og det skulle gerne gå stærkt jo..

S: Ja men du..

C: Men jeg har lært at acceptere at det kræver en masse arbejde at komme dertil ik' også.."

"Nej nej men jeg tror bare at jeg er på vej.. kan man sige det sådan en start..

S: Føler du at du er på vej?

C: Øh mere en start end.. end ja.."

10.3 Recovery

Håb

A:

"Jamen det synes jeg egentlig er rart det giver en... det giver jo også en... ja det giver en håb og det er vigtigt altså at man kan mærke at der sker nogle forandringer som er positive."

"Det.. det giver er jo at muligheden for at se at der faktisk er rum inde i en selv til at man ikke skal være inde i den tilstand og det er håb og det er livskvalitet og det er absolut livskvalitet set på sigt også men det giver jo også et lille.. altså de her små glimt er jo også livskvalitet.. så selvfølgelig kan det her.. det åbner op for muligheder for at man kan få det meget bedre."

B:

"Jamen det giver mig da håb altså det giver mig håb i... jeg var.. altså på et tidspunkt har jeg været så bange for at jeg blev skør altså virkelig mistede forbindelsen til alt og omverdenen og virkeligheden så... det er jeg ikke bange for længere altså jeg ser mig som et.. jeg ved sgu ikke.. altså jeg.. jeg frygter ikke så meget for fremtiden... øhm altså det.. jeg er sikker på at jeg kommer videre jeg er sikker på at jeg også en dag finder et arbejde osv ik'... jo.."

"Ja altså det er nok en af de ting som har rykket sig lidt meget i det her forløb.. det er måske også bare håbet der virkelig er blevet forstærket på en eller anden måde.. så det oplever jeg.. jeg bliver også helt rørt fordi... at det er en meget rar tanke..."

"Ja altså det er den.. det kan jeg også altså det er.. jeg er begyndt at tænke på... at... altså jeg har haft en lang periode hvor at.. jeg tænkte at der er ikke andre der kan holde mig ud end mig.. haha... øhm og jo der føler jeg at der begynder at dukke tanker op.. håbefulde tanker om ja... et liv hvor jeg ikke er alene bare.."

"Ja altså.. det er jo også det der har givet mig lidt... ja optimisme... efter en lang periode hvor jeg følte store begrænsninger... har jeg hele tiden haft lyst om at komme videre men.. folk snakker førtidspension osv øhm... og det er let at falde i altså når der er flere og flere der siger at du skal måske overveje det her.. så.. så kan man godt give op ik'... og der føler jeg at jeg har fået et... ja.. en åbning et håb og at... det kan godt være at jeg ikke kommer ud i morgen men på et tidspunkt ja.. øhm..."

C:

"Ja det er en retning ja..ja.. i hvert fald den rigtige vej.."

"På en måde gør det jo øh.. men jeg slås med så meget i forvejen ik' så det er jo.. altså det er jo svært at sige hvordan fremtiden bliver.. men jeg vil da håbe at det bliver bedre.. altså det vil jeg da.."

S: *Og det der håb.. har du fået noget erfaring gennem forløbet som en slags åbning luftrum som..?*

C: *Jo at det kan lade sig gøre..*

S: *At det kan lade sig gøre..*

C: *Ja.. en åbenbaring hedder det ja..*

S: *Og det.. er du mere påvirket.. hvordan påvirker det din overbevisning at det kan lade sig gøre?*

C: *Jamen det er jo noget nyt det er jo.. man troede ikke at det fandtes så øh.. det er helt klart til det bedre ja.. ja.."*

Motivation

A:

"Ja lige præcis.. at der er nogen andre muligheder det synes jeg er rart.. altså det er nok.. altså det er nok for mig til at motivere at jeg møder op."

"Ja og det er de der her og nu resultater som jeg synes er vigtige fordi det er også det der motiverer en til at komme."

B:

"Ja altså.. ja det synes jeg øhm.. jeg er blevet meget mere motiveret men jeg har også mere overskud altså det ja... selv om man ved at det hjælper og har oplevelsen af at det det hjælper kan det også bare være hårdt.."

C:

"Ja ja i hvert fald så.. og jeg vil gerne have at hvis vi fortsætter et hold til ik' at komme med på det jeg føler ikke at det har været nok det her.. så.."

"Jeg vil gerne have mere.."

”Ja men det er jo når man lige begynder at sige hov der er noget her.. der er altså lidt.. der er nogen resultater det er ikke de store men der er nogle små resultater en gang imellem øh.. hvor man se at man får lidt oprejsning og siger nå ja det er sgu nok rigtig nok det her ik' øhm... så tror jeg at man bliver mere motiveret til at gøre tingene ja..”

Selvbestemmelse og egen indsats

A:

”Ja, det er meget anderledes fordi her der bliver du... når du er hos psykiateren så svarer du på spørgsmål ligesom ved det her interview men det er spørgsmål der bliver stillet af andre med det formål at besvarelsen skal bruges af andre.. her der får du.. her får du faktisk lov til at mærke efter selv, det er dig selv der stiller spørgsmålene det er dig selv... du stiller din krop nogen spørgsmål kan man sige ik' altså kropsligt.. altså man stiller det ikke i ord men man udsætter kroppen for nogen ting som gør at man bliver nødt til at stille nogen spørgsmål..”

”Ja og ja det er også noget af det som jeg synes er rart og også det der skaber tryghed det med at man gør det i sit eget tempo og så kan man være med på den guidede tur eller man kan lade være og jeg synes at det er rart - jeg tror at det er vigtigt at man selv får lov at være en del altså at, man selv får lov til at styre fordi det er jo faktisk noget af det man kan styre..”

B:

”Jamen det betyder jo at... jeg kan slappe af at... jeg ved at jeg kan være med til at skabe den ro.. at... jeg kan gøre det.. at jeg er i stand til at tage styringen over det frem for at lade mig rive med ik'... så det.. det giver mig ro i sig selv..”

”Jamen det er stort..

S: Det har stor betydning?

B: Ja det synes jeg lige nu er jeg overlagt til alle andre.. og jeg synes det er bare.. det var rigtig svært for mig at acceptere bare at det at få en diagnose ikke betød at man fik en rigtig behandling... at der er masser af andre ting ind over... så jeg fandt ud af at... at jeg selv måtte gøre øhm.. og det giver mig noget selvvære også.. at tage styringen også.. ja..”

”Ja.. ja meget.. det har jeg.. det har jeg.. nu har jeg prøvet at skabe nogen rammer også jeg har fundet et fitnesscenter der har yoga og... for også at have et eller andet jeg kan komme til.. ja.. og så er det bare at det bliver mere altså... jeg slipper det ikke.. det tror jeg ikke.. det tror jeg ikke..”

C:

”Jamen det betyder at jeg er mere engageret i mit eget liv end jeg var før der var det bare.. nåh så er to en halv time væk ik'..”

”Det er vel mest for en selv at man har lidt mere kontrol over sig selv.. øhm.. ja igen indsigt øhm.. bedre forståelse og så også det at man kan opnå noget.. øh forskellige resultater hvis det er.. det kører hårdt på ik'..”

”Det er ligesom øhm... det er ligesom at få en forståelse af at det er dig selv der skal gøre det her det er dig selv der skal involvere dig motivere dig til at lave tingene øhm.. hvor du mere guider os de forskellige steder..”

"Jamen der har vi snakket om at ude på veteranhjemmet at vi laver en lille lukket kreds og så laver vi meditation sammen ik'.."

11. Diskussion af resultater

I det følgende vil jeg diskutere resultaterne for at belyse problemformuleringen.

Da det er vigtigt at forhold sig kritisk overfor teorierne og resultaterne, vil jeg understrege, at der er faktorer som f.eks. forskellig grad af PTSD og tid siden de traumatiske begivenheder, som kan spille en rolle i effektiviteten af den psykomotoriske intervention generelt.

Da en af deltagerne i gruppen stoppede med at komme efter 3 undervisningsgange, kan man argumentere at ikke alle veteraner er modtagelige overfor eller parate til den slags behandlingsform. Denne argumentation stemmer over ens med informationen, at der ikke findes nogen nem løsning for PTSD eller en speciel terapiform der virker, men en blanding af forskellige behandlinger eller tværfaglighed er anbefalet (Landsforeningen for PTSD).

Samtidige ved vi at familieforhold og varighed af ikke behandlet psykose også har betydning for recoveryprocessen (Eplov & Eplov i Surrow et al. 2013) samt kontinuitet af praksis.

Udover det har informanterne A og C modtaget medicin samtidig med forløbet, hvilket muligvis kan påvirke en præcis vurdering af interventionens effekt.

11.1 Oplevelse af det psykomotoriske forløb

Læringsrum, relationer i gruppen, relationer med terapeuten, kropsligt arbejde

Positiv oplevelse af læringsrummet samt relationerne og konkret kropsligt arbejde er afgørende for et effektivt terapeutisk forløb og indlæring af nye færdigheder.

Resultaterne tyder på, at forløbet har skabt forudsætningerne for, at informanterne kunne opleve nye muligheder her og nu, dvs. fysiologisk og psykologisk mærkbar effekt her og nu.

Da alle informanterne gav udtryk for at tryghed, ro, anerkendelse og accept har spillet en vigtig rolle i deres oplevelse af læringsrummet, kan man argumentere for, at disse forudsætninger var til stede og at disse rolige omgivelser kunne være med til at skabe regulering af ANS (Schibye & Klausen 2005).

Informanternes oplevelse af relationerne og samspil med de andre i gruppen havde en positiv effekt på deres læringsproces. Disse resultater tyder på, at den pædagogiske tilgang der blev anvendt og programmets struktur fremmer veteranernes muligheder for at støtte hinanden, skabe tryghed og spejle hinanden i deres individuelle proces og samtidig kunne fungere som træning af sociale færdigheder.

Alle informanterne fortalte, at de har oplevet at blive set og accepteret som de nu er af terapeuten. De oplevede forståelse og anerkendelse fra terapeuten side og har ikke oplevet forventninger til at opnå eller til at opleve et specifikt resultat. De fortæller, at det var muligt for dem at finde deres eget tempo i undervisningen og kunne selv bestemme, hvis de gerne ville være med eller tage en pause. Endvidere fortæller de, at det var vigtigt og trygt for dem at have en vejviser, men at der samtidig var plads til deres egen indsats og fordybelse.

Disse resultater understøtter, at den psykomotoriske forståelse og anvendelse af den anerkendende, empatiske og ligeværdige relation er vigtige elementer i et terapeutisk forløb, og

kan være med til at skabe et rum, der er præget af ro, tryghed, tålmodighed, accept og anerkendelse. Disse resultater stemmer overens med Carl Rogers klientcentret terapi samt spejlneuron teori og undersøgelser (Ginot 2009).

Informanternes oplevelse af det kropslige arbejde tyder på, at KB træning er et centralt og konkret værktøj for udvikling af færdigheder, der støtter veteranernes evner til at kunne mærke deres struktur her og nu på en tryk måde.

Informanterne fortæller, at ved at kunne mærke og acceptere deres kropslige spændinger, kunne de opdage deres evner til at give slip af spændinger og kunne se, hvordan det påvirker deres mentale og emotionelle spændinger.

Disse resultater understøtter, at KB træning har en vigtig funktion i selvregulering og i træning af færdigheder som ikke-vurderende accept, økonomisering af energi og afspænding, og er i overensstemmelse med de tidligere undersøgelser og teorier, der er beskrevet under afsnittet "Nærvær, KB og opmærksomhed".

11.2 Oplevelse af effekten af forløbet

Færdigheder og oplevelser, effekten i det daglige liv, læringsproces

Når man vurderer effekten af forløbet, er det vigtigt at høre, hvad veteranerne har taget med sig og hvordan de oplever effekten. Det kan være nye færdigheder de opdager, nye tankegange og indsigt og helt konkrete påvirkninger i deres daglige liv.

Resultaterne tyder på, at effekten af forløbet kunne mærkes af informanterne i deres daglige liv. Dvs. at forløbet kunne styrke ressourcer og færdigheder, der sætter dem i stand til at påvirke deres liv, altså empowerment.

Alle informanterne gav udtryk for, at de oplever at være i en læringsproces der kræver tid, arbejde og kontinuitet. De fortæller også at det er en proces, hvor de lærer sig selv bedre at kende. Informanterne taler endvidere om forbedring i forhold til at acceptere dem selv og at denne accept indeholder nye muligheder her og nu og i fremtiden.

De giver eksempler fra deres daglige liv, hvordan de oplever at færdigheder som accept, tålmodighed og økonomisering af energi forbedre deres familierelationer og sociale relationer. De fortæller, at de konkrete værktøjer fra forløbet, kunne hjælpe dem med nogle af de hyperarousal relateret symptomer f.eks. at gå på steder, som de oplever som uoverskuelige og stressende eller i søvnforbedring eller når de selv oplever, at de har brug for pause for at mærke sig selv.

Disse resultater peger på, at forløbet kan være med til at støtte veteranernes proces, hvor de bliver bevidste på nogle ubevidste processer og forsvarsmekanismer, der begrænser de biopsykosociale aspekter af deres hverdag. Denne bevidsthed åbner for nye handlingsmuligheder og nye coping strategier, der evt. kan bidrage bl.a. til deres livskvalitet og deres egen opfattelse af sig selv. Veteranernes oplevelser af nye muligheder i stedet for deres automatiske reaktionsmønstre, kan tyde på udvikling og forstærkning af det limbiske systems stærke neurale forbindelser til både hjernestamme og til præfrontal cortex. Det kunne betyde, på længere sigt og i overensstemmelse med undersøgelser om hjernens plasticitet, at den psykomotoriske intervention og regulering af KB træning kan påvirke hjernen og dens emotionelle bearbejdningsfunktion.

Man kan også argumentere, at informanternes positive oplevelser af effekten samt deres villighed og nye færdigheder til at kontakte dem selv, muligvis kan støtte og forbedre deres deltagelse i andre behandlingsformer. Ujanovic et al. (2013) peger på, at en veteran der er mere nærværende og som er i kontakt med sine følelser og tanker med ikke-vurderende accept, er

mere villig til at indgå i et terapiforløb, hvor man taler og bearbejder kognitive og emotionelle processer. Det betyder, at psykomotorik terapi evt. kan hjælpe veteranerne med at få mere ud af andre behandlingstilbud (f.eks. kognitiv terapi) for at støtte deres recoveryproces.

11.3 Recovery

Håb, motivation, selvbestemmelse og egen indsats

For at få en bedre forståelse om hvordan og hvor vidt det psykomotoriske forløb kan støtte veteranernes recoveryproces, var det vigtigt for mig at høre informanternes erfaringer og oplevelser omkring de emner, der har relation til aspekter af recovery begrebet.

Resultaterne tyder på, at den psykomotoriske intervention kan forstærke informanternes engagement i deres recoveryproces og indeholder de 3 nøglekomponenter; håb, empowerment og nye muligheder, der er essentielle for at kunne støtte en recoveryproces, ifølge Repper & Perkins (2003).

Alle informanter fortæller om oplevelser af håb på grund af forløbet. De oplever, at fremtiden indebærer nye muligheder og at de befinder sig i en personlig rejse og en læringsproces der tager tid. De fortæller endvidere, at de føler at de er på den rigtige retning, hvor, på trods af begrænsninger og symptomer, de allerede nu kan opleve mærkbare resultater.

Deres udtalelser tyder også på selv-afstigmatisering, de ser ikke kun sig selv som en diagnose men som et individ med muligheder og ressourcer. Den anerkendende og ligeværdige relation med terapeuten har muligvis været med til at støtte denne proces.

Informanterne giver udtryk for deres motivation til at fortsætte med at deltage i et sådan forløb. De fortæller, at de mærkbare resultater og det voksende håb motiverer dem til at fortsætte i denne læringsproces og at anvende værktøjerne, de har lært. Man kan argumentere, at læringsmiljøet i forløbet har tilfredsstillet veteranernes behov for kompetence, autonomi og samhørighed og at motivationen derfor undervejs har udviklet sig fra ydre motivation til indre motivation (selvbestemmelsesteori). Denne indre motivation er en vigtig ressource for at kunne indgå i en lang og langsom recoveryproces, der kræver vedholdenhed.

Ifølge informanterne, betyder det meget for dem at kunne gøre noget selv for at få det bedre.

De oplevede, at forløbet har hjulpet dem til at se, at de kan gøre meget. De fortæller, at under forløbet kunne de selv styre deres tempo og følte at have mere kontrol over deres liv samt større engagement. De fortæller dog, at selvom de oplever større ansvar overfor deres egen indsats, kunne de nogen gange opleve uoverskuelighed og har stadig brug for støtte og en vejviser, der accepterer deres egen rytme.

Informanterne udtrykte forståelse overfor deres egen indsats i form af kontinuitet af praksis og anvendelse af værktøjerne. De fortæller om deres intention om at skabe rammer for det i fremtiden.

12. Diskussion af metode

I det følgende afsnit vil jeg diskutere hvorvidt den kvalitative metode var brugbar for afdækningen af problemformuleringen.

Derudover vil jeg løbende diskutere projektets interne validitet og troværdighed bl.a. i forhold til mine roller både som terapeuten under undervisningsforløbet og som interviewer og analytiker.

Jeg har oplevet, at den kvalitative metode var tilstrækkelig effektiv for at belyse problemformuleringen. Jeg var ude efter informanternes subjektive oplevelser af forløbet og den kvalitative metode samt de semistrukturerede enkeltinterview har hjulpet mig til at opnå dette. Man kan dog diskutere, hvordan det påvirker validitet, at jeg havde forskellige roller og allerede havde etableret relationer med informanterne samt min egen forforståelse og overbevisning om effektiviteten af den psykomotoriske intervention og dens positive effekt på recoveryproces. På den ene side kan man sige, at relationen mellem mig som terapeuten kan have påvirket informanterne under interviewet, sådan at de gerne ville "please" mig og vise, at de har gjort det godt. På den anden side kan man sige, at netop denne allerede etablerede fortrolige relation har gjort interviewssituationen mere tryk og åben, sådan at informanterne havde tillid til at fortælle om deres oplevelser.

Jeg har forsøgt så vidt muligt at ligge min forforståelse til siden, men jeg er dog bevidst om dette kan være svært. Dette kunne evt. have været minimaliseret, hvis jeg havde haft en eller flere sparringspartnere i projektet.

12.1 Matrice og analyse

Da det er første gang jeg benytter den kvalitative metode og Giorgi's fænomenologiske analysemodel (modificeret af Malterud) kan manglende erfaring have haft betydning for validitet. For at bevare autenticiteten og for at forstærke validitet af resultaterne har jeg, i sammenfatningstrinnet, besluttet at være loyal overfor informanternes direkte citater og præsenterer dem i resultatafsnittet uden beskrivelse med mine ord og fortolkning. Man kan selvfølgelig argumentere, at der forekommer en form for fortolkning under udvælgelsen af citaterne.

Under analyseprocessen fandt jeg, at mindmaps kunne hjælpe mig med at have et bedre overblik, inden jeg lavede matricen.

Matricen har hjulpet mig med at bevare overblikket bl.a. omkring hvilke temaer, der er relevante for problemstillingen.

12.2 Udvalgelse af informanter

Jeg har ikke oplevet et problem med at finde informanter ud fra de veteraner der har deltaget i forløbet. For at danne det mest omfattende billede af forløbets effekt har jeg spurgt de veteraner, der har mødt op til undervisningen mest regelmæssigt, om de gerne ville være med i projektet som informanter og de har vist interesse og ville dele deres oplevelser og erfaringer.

12.3 Interview

Jeg har ikke erfaring med interviewteknik og selvom jeg havde interviewguiden med, fandt jeg det til tider udfordrende at stille åbne spørgsmål, idet jeg samtidig gerne ville bevare nærværet og kontakten med informanterne samt opmærksomheden på nonverbale aspekter i interviewet. Dette kunne evt. have været afhjulpet ved at have flere interviewere men igen kan det også diskuteres, hvorledes det ville have påvirket den tryk og fortrolige interviewssituation.

Dansk er ikke mit modersmål og det kan have haft betydning for formuleringen og dermed også for forståelsen af spørgsmålene under interviewet. Jeg har prøvet at mindske den sproglige barriere ved at have spørgsmålene skrevet ned i interviewguiden, men som sagt, oplevede jeg udfordring med at bruge interviewguiden under den dynamiske samtale. Dette kan have betydning for den interne validitet.

12.4 Interviewsituationerne

Da alle interviewene fandt sted i KKC, hvor informanterne har deltaget i det psykomotoriske forløb og hvor informanterne får psykiatrisk behandling, kan man diskutere, hvorvidt det har betydning for validiteten.

Da informanterne har mødt mig før i KKC som terapeuten i forløbet, kunne det påvirke deres opfattelse af min rolle som interviewer og det kan have betydning for den interne validitet. Jeg har valgt at holde interviewene i KKC, da jeg ønskede et roligt og trygt sted, som informanterne kender uden mange mennesker og forstyrrende elementer, der kunne påvirke informanternes arousal niveau og ville forhindre dem i at tale frit om deres erfaringer og oplevelser.

12.5 Transskription

En kritik af transskriptionsprocessen kunne være at elementer som stemningen, følelser og kropssprog, der indeholder en stor mængde nonverbal information, ikke er muligt at bevare. Jeg har dog forsøgt i transskriptionsprocessen at være troværdig overfor andre nonverbale elementer, jeg har f.eks. markeret pauserne og forsøgt at skelne mellem deres længde og har ikke redigeret informanternes personlige udtryk som ”ik” og ”altså”. Udover det har jeg bevaret mine sproglige og grammatiske fejl i transskriptionen for at kunne vise forskellen fra spørgsmålene i interviewguiden og for at demonstrere den dynamiske samtale i interviewene og hermed betydningen for validiteten.

12.6 Teori

De videnskabelige artikler og undersøgelser, som blev præsenteret i opgaven, fandt jeg i pålidelige kilder som f.eks. American Psychological Association og de er relativt nye. Dette har betydning for projektets validitet og aktualitet.

Jeg fandt, at de teoretiske referencerammer og de udvalgte videnskabelige artikler og undersøgelser, som blev præsenteret i opgaven, var effektive til at belyse problemformuleringen og kan give en solid forståelse for PTSD's biopsykosocial problematik og for den psykomotoriske intervention som tilsvarende behandlingsform.

Man kan dog diskutere, hvorvidt den teoretiske referenceramme har begrænset mine muligheder for at være åben for ny viden.

13. Konklusion

Den samlende empiri baseret på det 3 måneders psykomotoriske forløb forstærker og bekræfter de teoretiske referencerammer, der blev præsenteret i opgaven.

Jeg fandt, at de udvalgte undersøgelser og teorier i opgaven samt undersøgelsesmodellen og den kvalitative forskningsmetode, var velegnet til at give mig et tilfredsstillende svar på problemformuleringen.

Undersøgelsens resultater tyder på, at psykomotorisk intervention er en interventionspraksis, der fremmer empowerment og derfor kan være en vigtig støtte for veteranernes recoveryproces.

Udover det viser resultaterne en tydelige forstærkning og udvikling af vigtige elementer som håb, motivation, oplevelse af egen indsats, selvbestemmelse og selvstyring samt selv-afstigmatisering - disse elementer er essentielle for en recoveryproces.

Resultaterne understøtter, at empatiske ligeværdige relationer og træning af KB samt opmærksomhed i et trygt og roligt læringsmiljø kan medføre udvikling af færdigheder som selvregulering, ikke-vurderende accept, økonomisering af energi og tålmodighed.

Det har betydning for veteranernes nærvær, reducere af hyperarousal relaterede symptomer samt større indsigt i egen krop/psyke sammenhæng, forsvarsmekanismer og emotionel bearbejdning.

Da resultaterne tyder på, at informanterne på grund af forløbet har oplevet nye handlingsmuligheder og coping strategier i deres daglige liv og i deres relationer, kan man argumentere, at forløbet kan bidrage til potentiel svækkelse af de automatiske forsvarsmekanismer og derfor ændring på reaktionsmønstre, der evt. positivt kan påvirke veteraners livskvalitet biologisk, psykologisk og social set.

Man kan derfor konkludere, at den psykomotoriske intervention kan fremhæve udviklingen af biopsykosociale forudsætninger for evt. social recovery eller klinisk recovery.

Det er dog vigtigt at understrege, at resultaterne af denne pilotundersøgelse kun tager udgangspunkt i et 3 måneders forløb og 3 mandlige informanter, der er taget ud fra en uhomogen gruppe og uden kontrolgruppe. På grund af dette og på trods af forsøget på at reducere faktorer, der kan påvirke den interne validitet af undersøgelsen, kan man ikke generalisere resultaterne for alle veteraner med PTSD som målgruppe.

Udover det kan man konkludere, på baggrund af resultaterne og undersøgelserne der blev præsenteret i opgaven, at de potentielle effekter af den psykomotoriske intervention er afhængige af mange gentagelser og kontinuitet af praksis over tid.

Jeg fandt dog frem til, at et forløb af 3 måneder kan være tilstrækkeligt mærkbart til at give veteranerne mulighed for at opleve potentialet.

14. Perspektivering

Denne pilotundersøgelse og resultaterne tyder på, at psykomotorisk terapi har et stort potentiale for at være en vigtig aktør i den tværfaglige indsats, der støtter veteraner med PTSD i deres recoveryproces.

På trods af begrænset erfaring med den kvalitative forskningsmetode, analysemetode og diskussionen om intern validitet, kan denne undersøgelse være et udgangspunkt for større og mere omfattende projekter, der vil involvere flere sparringspartnere og der vil kombinere mere

præcise forskningsmetoder, som kan give os et bedre og mere nuanceret billede af interventionens biologiske, psykologiske og sociale effekt.

Der er stadig meget vi ikke ved om hjernens funktion og sammenhæng mellem krop og psyke. For en videre undersøgelse af effekten af psykomotorik i forhold til veteraner med PTSD, synes jeg det vil være interessant at indgå i et tværfagligt samarbejde med en neurobiolog eller forsker i neuroplasticitet og psykolog/psykiater, hvor vi igangsætter et forskningsprojekt som også har en kontrolgruppe og som vil indeholde psykiatrisk måling og fysiologisk/hjernescanning i starten, midten og slutning af et psykomotorisk gruppeundervisningsforløb.

En løbende dokumentation og opfølgende undersøgelser af veteraner, der deltager i psykomotorisk intervention over tid, kan også være med til at klargøre effekten.

Det er derfor myndigheder og organisationer som KKC (Krise- og katastrofepsykiatrisk Center), MIP (Institut for Militærpsykologi), HKKF (Hærens Konstabel- og Korporalforening) og Veterancenteret, som vil kunne bruge disse resultater og igangsætte projekter, der videreudvikler forståelsen af PTSD og psykomotorik som tilsvarende behandlingsform.

15. Referenceliste

Admon, R., Lubin, G., Stern, O., Rosenberg, K., Sela, L., Ben-Ami, H., & Hendler, T. (2009). Human vulnerability to stress depends on amygdala's predisposition and hippocampal plasticity. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 106(33), 14120–14125.

doi:10.1073/pnas.0903183106

Lokaliseret d. 10.10.2013 på:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2729030/pdf/zpq14120.pdf>

Brantbjerg M.H. (2005), *Tag vare på dig selv som behandler eller underviser- en ressourceorienteret pædagogik udviklet i Bodydynamic systemet.*

Lokaliseret: 17.12.2013 på:

<http://www.brantbjerg.dk/moaiku/litteratur/artikler/tagvarerevudg.pdf>

Brantbjerg, M.H. (2007), Kropssansning og Kropsoplevelse, *Psykoterapeuten nr. 1februar 2009 s 29-39.* Lokaliseret: d. 14.12.2013 på:

http://psykoterapeutforeningen.dk/pdf/Blad01-09_web.pdf

oprindelig artikel af Brantbjerg, M.H (2007), *Ressourceorienteret færdighedstræning som psykoterapeutisk metode* Lokaliseret: d. 14.12.2013 på:

http://www.brantbjerg.dk/moaiku/litteratur/artikler_pdf/ROF_2.4.pdf

Birkler, J. (2005). *Videnskabsteori: En grundbog.* gyldendals akademisk forlag.

Davidson, R., & Lutz, A. (2008). Buddha's Brain: Neuroplasticity and Meditation [In the Spotlight]. *IEEE Signal Processing Magazine*, 25(1), 176–174. doi:10.1109/MSP.2008.4431873

Lokaliseret d. 5.10.2013 på:

<http://www.investigatinghealthyminds.org/pdfs/davidsonBuddhaIEEE.pdf>

Den store danske gyldendans åbne encyklopædi, (2013)

Lokaliseret: d. 22.11.2013 på:

http://www.denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Sundhedsvidenskab/Socialmedicin/sygdoms-_og_sundhedsmodeller?highlight=Den%20bio-psyko-sociale%20sygdomsmodel

Degan, P. (2009). *Recovery in mental health.* red. Amering A. & Schmolke M. Wiley-Blackwell. s.73

Elnef M. Lund A, K. Nielsen L. (2009) Bacheloropgave omkring afspændingspædagogik - stress og evidens.

Skolen for Psykomotorik

Figley, C. R. (2005). Strangers at Home: Comment on Dirkzwager, Bramsen, Adèr, and van der Ploeg (2005). *Journal of Family Psychology*, 19(2), 227–229. doi:10.1037/0893-3200.19.2.227

Lokaliseret d. 2.11.2013 på:

<http://web.ebscohost.com.ez-jmk.statsbiblioteket.dk:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=8e760d16-975b-4fbd-96d5-e3a9ecda31ee%40sessionmgr4005&hid=4209>

Ginot, E. (2009). The empathic power of enactments: The link between neuropsychological processes and an expanded definition of empathy. *Psychoanalytic Psychology*, 26(3), 290–309. doi:10.1037/a0016449

Lokaliseret d. 20.11.2013 på:

<http://web.ebscohost.com.ez-jmk.statsbiblioteket.dk:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=8e760d16-975b-4fbd-96d5-e3a9ecda31ee%40sessionmgr4005&hid=4209>

Jensen, P. (2006) *En helt anden hjælp – Recovery i bruger- og pårørendeperspektiv*

,Akademisk forlag

Jørgensen, T., SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, & Danske Hjemvendte Soldater (projekt). (2013). *Danske hjemvendte soldater - et forskningsprojekt om udsendte mellem 1992 og 2009*. Kbh.: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Lokaliseret d. 2.11.2013 på:

https://www.google.dk/search?q=-+Det+Nationale+Forskningscenter+for+Velf%C3%A6rd,+%26+Danske+Hjemvendte+Soldater+%28projekt%29.+%282013%29.+Danske+hjemvendte+soldater+-+et+forskningsprojekt+om+udsendte+mellem+1992+og+2009&ie=utf-8&oe=utf-8&rls=org.mozilla:da:official&client=firefox-a&gws_rd=cr&ei=eM7LUsZEiLPgBOi9gZAG

Kissow, A. & Pallesen, H. (2004) *Mennesket i bevægelse* 3. udgave. FADL's Forlag A/S.

Kjærulff, K. (2011) *Mindfulness og Psykomotorik*
Psykomotorikuddannelsen, UCC nord.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *InterView. Introduktion til et håndværk*. (2. udgave, 1. oplag). Hans Reitzels Forlag

Landsforening for PTSD (2013). *Viden om PTSD*

Lokaliseret: d. 7.12.2013 på:

<http://ptsdidanmark.dk/?id=731363>

Langmuir, J. I., Kirsh, S. G., & Classen, C. C. (2012). A pilot study of body-oriented group psychotherapy: Adapting sensorimotor psychotherapy for the group treatment of trauma.

Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4(2), 214–220.

doi:10.1037/a0025588

Lokaliseret d. 2.11.2013 på:

[http://web.ebscohost.com.ez-](http://web.ebscohost.com.ez-jmk.statsbiblioteket.dk:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=8e760d16-975b-4fbd-96d5-e3a9ecda31ee%40sessionmgr4005&hid=4209)

[jmk.statsbiblioteket.dk:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=8e760d16-975b-4fbd-96d5-e3a9ecda31ee%40sessionmgr4005&hid=4209](http://web.ebscohost.com.ez-jmk.statsbiblioteket.dk:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=8e760d16-975b-4fbd-96d5-e3a9ecda31ee%40sessionmgr4005&hid=4209)

Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(4), 163–169.

doi:10.1016/j.tics.2008.01.005

Lokaliseret d. 5.10.2013 på:

http://brainimaging.waisman.wisc.edu/~lutz/Lutz_attention_regulation_monitoring_meditation_tics_2008.pdf

Malterud, K. (1996) *Kvalitative metoder i medicinsk forskning en innføring*. 1. udgave.

Forlag: Tango Aschehoug: Norge.

Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – En innføring*. 3. udgave

Universitetsforlaget

Moberg, U, K. (2006) *Afspænding, ro og berøring* 1. udgave, 2. oplag. Akademisk Forlag

Renolen Å. (2011) *Psykologi – for sundhedsprofessionelle*. 1. udgave. gads forlag

Repper J. & Perkins R. (2003) *Social Inclusion and Recovery: A Model for Mental Health Practice*. Bailliere Tindall.

Schibye, B. & Klausen, K. (2005) *Menneskets fysiologi*. 2. udgave, 1. oplag. FADL's Forlag A/S

Socialstyrelsen (2013) – *Viden og til Gavn. Recovery - at komme sig*.

Lokaliseret d. 10.11.13 på:

http://www.servicestyrelsen.dk/handicap/socialpsykiatri/om_socialpsykiatri/recovery

Sommerbeck, L. (2004) *Klient-centreret terapi i psykiatrien*. København, Akademisk Forlag.

Sundhedsstyrelsen (2010) *Behandling af PTSD hos veteraner Anbefalinger for fremtidig planlægning i sundhedsvæsenet*. Version 1.0 (18. november. 2010) Sundhedsstyrelsen.
Lokaliseret d. 23.10.2013 på:
<http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/43C04736D354403DA042EA78B2D5EB6D.ashx>

Surrow, S. Birkelund, M. H. Kongstad, M. A. (2013) *Muligheden for at skabe en ny Identitet -En kvalitativ undersøgelse af, hvordan ergoterapeuter kan understøtte recoveryprocessen hos krigsveteraner med PTSD*. Professionshøjskolen Metropol
Lokaliseret d. 8.11.2013 på:
https://www.ucviden.dk/student-portal/files/14656631/Bachelorprojekt_2013.pdf

Sze, J. A., Gyurak, A., Yuan, J. W., & Levenson, R. W. (2010). Coherence between emotional experience and physiology: Does body awareness training have an impact? *Emotion*, 10(6), 803–814. doi:10.1037/a0020146
Lokaliseret d. 2.11.2013 på:
<http://web.ebscohost.com.ez-jmk.statsbiblioteket.dk:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=8e760d16-975b-4fbd-96d5-e3a9ecda31ee%40sessionmgr4005&hid=4209>

Topor, A. (2005) *Fra patient til person - hvad hjælper mennesker med alvorlige psykiske problemer?*, Akademisk Forlag

Veterancenteret (2013). *Efter Afghanistan- Rapport over veteraners psykiske velbefindende to et halvt år efter hjemkomsten*. Forsvaret.
Lokaliseret: d. 5.11.2013 på:
<http://soldaternyt.dk/wp-content/uploads/2013/03/Undersøgelse-Hold-7-Veterancentret.pdf>

Vietnam Veterans of America (2005), *A Short History of PTSD*
Lokaliseret: d. 17.10.2013 på:
http://www.vva.org/archive/TheVeteran/2005_03/feature_HistoryPTSD.htm

Vujanovic, A. A., Niles, B., Pietrefesa, A., Schmertz, S. K., & Potter, C. M. (2013). Mindfulness in the treatment of posttraumatic stress disorder among military veterans. *Spirituality in Clinical Practice*, 1(S), 15–25. doi:10.1037/2326-4500.1.S.15
Lokaliseret d. 2.11.2013 på:
<http://web.ebscohost.com.ez-jmk.statsbiblioteket.dk:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=8e760d16-975b-4fbd-96d5-e3a9ecda31ee%40sessionmgr4005&hid=4209>

16. Bilagsoversigt:

Bilag 1 - samtykkeerklæring

Bilag 2 - interviewguide

Bilag 3 - mindsmap

Bilag 4 - matrice

Bilag 5 - transskription