Forprojekt til beskrivelse af brugeres/klienters erfaringer med kinesiologisk test og afbalancering (behandling)

- dataindsamling
- databearbejdelse
- evaluering og kritik
- projektbeskrivelse

Dansk Pædagogisk Kinesiologiskole®, Sundhedshuset, København
i samarbejde med
Center for Brobygning i Sundhedsarbejde
2003

Forprojekt til beskrivelse af brugeres/klienters erfaringer med kinesiologisk test og afbalancering (behandling)

- **dataindsamling**
- **databearbejdelse**
- **evaluering og kritik**
- **projektbeskrivelse**

Dansk Pædagogisk Kinesiologiskole®, Sundhedshuset, København
i samarbejde med
Center for Brobygning i Sundhedsarbejde
2003

Forord

Det er med stor taknemmelighed jeg nu sidder med det færdige arbejde, der i projektbeskrivelsen fra august 2002 fik titlen "FORPROJEKT til beskrivelse af brugeres/klienters erfaringer med kinesiologisk test og afbalancering (behandling)".

Dette for-projekt skulle rumme en "Beskrivelse af en målrelateret og løsningsorienteret kinesiologisk test og afbalancering samt en oversigt over den aldersmæssige, kønsmæssige og problemmæssige fordeling i en population på 138 klienter/brugere". Antallet steg til 162 inden projektets påbegyndelse.

Således blev titel og indhold formuleret, og en ansøgning blev indsendt til IMK Almene Fond. Ansøgningen omfattede:

1. Projektbeskrivelsen i sin helhed. Herunder min stillingtagen til de tre punkter: målsætning, forventede resultater samt mine tanker om, hvorledes projektet kan forandre verden
2. Budget
3. Kort lægmandsbeskrivelse af projektet
4. Ansøgers CV

Det fremgår af ansøgningen, at målsætningen var

A. at beskrive en målrelateret og løsningsrelateret kinesiologisk test og afbalancering. Dette punkt i målsætningen er opfyldt og resultatet kan læses på side 45 ff i rapportens anden del,
B. at udarbejde en oversigt over populationens sammensætning i køn og alder, arten af stressbehæftede problemstillinger samt tidsforbrug til arbejdet med opnåelse af frihed for negative emotionelle stress-reaktioner, og
C. at forprojektet skulle danne basis for et mere dybtgående arbejde med beskrivelse af klienters/brugeres erfaringer med kinesiologisk test og afbalancering (behandling).

Takket være et engageret, grundigt og omfattende arbejde af cand.scient.soc. VIBEKE JØRGENSEN (Center for Brobygning i Sundhedsarbejde) er der lavet endnu et mindre for-projekt samt en fyldig projektbeskrivelse for et videregående projekt med titlen "Patienterfarede virkninger af Professionel Praktiseret Kinesiologi i Danmark". Denne videre projektbeskrivelse udgør nærværende rapports anden del.

Takket være et ligeså engageret, grundigt og omfattende arbejde af stud.scient.soc. LARS HAASE er samtlige data fra de specialer, som de studerende ved Dansk Pædagogisk Kinesiologiskole® i tidsrummet 1997-2002 har skrevet som del af deres uddannelse til Professionel Praktiserende Kinesiolog®, blevet statistisk bearbejdet, analyseret og kritisk vurderet. Denne del udgør nærværende rapports første del.

Jeg er begge megen tak skyldig for det store engagement, de har lagt i at få forprojektet i havn, ligesom jeg er IMK Almene Fond stor tak skyldig, fordi der blev mig bevilget et beløb, der var stort nok til, at opgaven kunne gennemføres og rapporten blive trykt.

Også tak til cand.scient.soc. LOUISE RØNNOV og cand.mag.et art. EVA BRENDSTRUP, som har bidraget til projektets gennemførelse med deres kritiske vurdering. EVA BRENDSTRUP har, som det fremgår ved læsningen af rapportens anden del, påtaget sig opgaven med arbejdets videreførelse.

JETTE ZIMLING, min dejlige kollega, har været mig til uvurderlig støtte med layoutet og sammenfatningen af rapportens forskellige dele.

Jeg er glad for, at I har taget jeres opgave så alvorligt, både den gang og nu.

En rapport som den foreliggende viser tydeligt, hvor stor en betydning fjernelse af negativt emotionelt stress og dertil hørende stress-reaktioner har for klienternes opnåelse af selvformulerede specifikke mål. I denne verden, hvor stress og stress-reaktioner fra mange sider betragtes som en samfunds-svøbe, må det vel siges at være en "gave", at 77% af de mennesker, som opsøger en Professionel Praktiserende Kinesiolog, i et samarbejde med denne opnår hel og fuldstændig stress-frihed, og for 96% vedkommende samtidig helt eller delvist når deres fastsatte mål.

Min beskedne vurdering er, at et sådant resultat kan være med til at forandre verden. Ikke alene for det enkelte menneske, som gennem kontakten med en Professionel Praktiserende Kinesiolog® får hjælp til selvhjælp til sin udvikling og øgede erkendelse, men også for samfundet, som efter alt at dømme vil kunne blive sparet for en del af de millioner af kroner, som stress og stress-fremkaldte lidelser og problemer koster hvert eneste år.

Det er mit store håb og ønske, at nærværende rapport vil skabe forståelse for, at der i Kinesiologi, som den her er beskrevet, findes nogle redskaber, som fortjener videre og uddybende forskning, således at de patient/klienterfarede virkninger kan blive grundigt vurderet og evalueret. I rapportens anden del har VIBEKE JØRGENSEN beskrevet, hvorledes et sådant arbejde kunne videreføres og uddybes. Hvis der kan skabes økonomisk og praktisk mulighed herfor, vil en sidegevinst være, at Pædagogisk Kinesiologi, som den praktiseres af Professionelle Praktiserende Kinesiologer, kunne blive yderligere udviklet til gavn for hele samfundet.

Jeg er både glad for og stolt over at have igangsat og medvirket til gennemførelsen og beskrivelsen af hele dette kinesiologiske arbejde, hvis fortsættelse ligeledes vil være såvel personrelevant, uddannelsesrelevant som samfundsrelevant.

Gentofte i september 2003

Annemarie Goldschmidt
Skole- og uddannelsesleder på Dansk Pædagogisk Kinesiologiskole i Sundhedshuset

Indholdsfortegnelse

Forord **1**

Indholdsfortegnelse **3**

FØRSTE DEL **6**

1. Introduktion og mål **7**
1.1 Metode og metodekritik 8
1.2 Rapportens opbygning 9
1.3 Om databehandlingen 9

2. Resultater **11**
2.1 Præsentation af spørgsmål 11
2.1.1 Præsentation af baggrundsforhold 11
2.1.2 Præsentation af spørgsmål 11
2.1.3 Analyse af klientgruppe 17
2.2 Beskrivelse af "problemet" (åbent udsagn) 20
2.3 PEP og NES ved første behandlings start 24
2.4 PEP 100% og NES 0% ved sidste behandlings start 25
2.5 Årsager til ikke fuldført behandling 26
2.6 Anvendelse af "Helingstrekant" og "Line of Cure" 27
2.7 Placering på Adfærdsbarometeret 29
2.8 Behandlingsformer 30
2.9 Konklusion på problemets karakter 31
2.10 Nåede klienten sit mål? 32

3. Opsamling **35**
3.1 Karakteristik af klientgruppe 35
3.2 Behandling og effekt 36
3.3 Oversigt over sammenhænge 37

4. Konklusion **39**
4.1 Projektansøgerens konklusion 40

5. Perspektivering **42**

ANDEN DEL **44**

1. Introduktion **45**
Indledning 45

2. Baggrund og relevans **45**
Eksisterende viden 45
Udbredelse 45
Brugerprofiler og virkninger 46

3. Resultater fra egne forundersøgelser **47**
Indledning 47
Resultater fra første forundersøgelse 47
Resultater fra anden forundersøgelse 48

4. Kritik og konsekvenser af forundersøgelserne **49**
Kritik af første forundersøgelse 49
Kritik af anden forundersøgelse 49
Konsekvenser 49

5. Konklusion **50**

6. Relevans af metodisk tilgang i det foreslåede forskningsprojekt **51**
RKF versus andre undersøgelsesmetoder 51

7. Beskrivelse af Kinesiologi i Danmark og udland samt fremgangsmåden ved en test og afbalancering hos en Professionel Praktiserende Kinesiolog **52**
Definition 52
Oprindelse 53
Udbredelse 53
Kinesiologi-uddannelse i Danmark 53
Dansk Pædagogisk Kinesiologiskoles uddannelse til Professionel Praktiserende Kinesiolog .. 53
Fremgangsmåde for testning og afbalancering hos en Professionel Praktiserende Kinesiolog 54

8. Formål, problemformulering og problemstillinger **57**
Formål og fokus 57
Problemformulering og problemstillinger 58
Indledende eksplorative kvalitative interview 58
Forløbsundersøgelsens 1. spørgeskema 58
Forløbsundersøgelsens 2. spørgeskema 58
Kvalitative retrospektive interview med klienter efter endt behandling eller minimum ½ års behandling 59
Kvalitative retrospektive interview med behandlere efter ½ års behandling 59
Opfølgende interview med de 15 interviewede klienter 1 år efter påbegyndt behandling 59
Generelt 59
Begrebsafklaring 60

9. Teoretisk tilgangsvinkel og teoretiske antagelser **61**

10. Forskningsdesign, metoder og analyse **61**
Videnskabsteoretisk tilgang 61
Generelle metodeovervejelser 62
Inklusion af behandlere 62
10.1. Indledende dybdegående interview med klienter 62
Formål 62
Inklusion 63
Analyse 63
10.2. Kvantitativ forløbsundersøgelse med klienter 63
Formål 63
Inklusionskriterier 63
Analyse 64
10.3. Kvalitative retrospektive interview med klienter 64
Formål 64
Inklusionskriterier 64
Analyse 65
10.4. Kvalitative retrospektive interview med behandlere 65
Formål 65
Inklusionskriterier 65
Analyse 65

11. Publiceringsmuligheder **65**

12. Etiske problemstillinger **65**

13. Medarbejdere, ressourcepersoner, referencegruppe og netværk **66**

14. Projektets praktiske gennemførelse **66**

15. Målgrupper **66**

16. Opgave- og tidsplan for det ansøgte projekt **66**
Planlægningsfase 66
Gennemførelsesfase 66

17. Budget for det ansøgte projekt **67**

18. Foreløbig og ansøgt finansiering **67**

19. Litteraturliste **68**

Bilag A: Projektansøgning **70**
Bilag B: Lægmandsbeskrivelse **76**
Bilag C: Ansøgers CV **77**

FØRSTE DEL

Baggrunden for projektet

Dataindsamling og -behandling

Resultater

Hvad undersøgelsen viste og ikke viste

Konklusion og perspektivering

Af stud.scient.soc. LARS HAASE

1. Introduktion og mål

På baggrund af resultater af en tidligere undersøgelse af den Pædagogiske Kinesiologis effekt i forbindelse med overvindelse af (læse)vanskeligheder (Hesselholdt og Goldschmidt, 1989), en undersøgelse hvor fjorten 4. klasse elever fik en del af deres specialundervisningstimer erstattet med testning og afbalancering med Pædagogisk Kinesiologi, var det ønskeligt at lave en videregående undersøgelse af, hvorledes reduktion af, respektivt bortskaffelse af, negative emotionelle stressreaktioner kan assistere klienter i at nå deres nærmere fastsatte mål, det være sig af fysisk, emotionel, mental eller spirituel karakter.
I den nævnte undersøgelse viste det sig, at de specialundervisningselever, som blev stressfri ved hjælp af testning og afbalancering med Pædagogisk Kinesiologi som metode, gjorde større fremskridt end noget barn i kontrolgruppen, der også omfattede 14 elever. Dette gav til resultat, at den vidtgående specialpædagogiske bistand blev helt eller delvist overflødiggjort for disse børn, som derefter kunne klare sig uden eller med kraftigt reduceret anvendelse af denne hjælp. Det viste sig også, at de elever, der fortsat havde brug for den udvidede form for specialpædagogisk bistand, var de elever, som ikke fik reduceret deres negative emotionelle stress i en sådan grad, at de var stressfrie ved begyndelsen af den sidste "konsultation" hos den ved Pædagogisk Psykologisk Rådgivning ansatte kinesiolog.
Negativt emotionelt stress (NES) skal forstås som begrebet "distress" (engelsk), som betyder fortvivlelse, og som er resultatet af følelserne *frygt, tvivl, smerte*.
På Dansk Pædagogisk Kinesiologiskole har de studerende siden 1997 skrevet og afleveret et speciale, som omfatter beskrivelse af seks klientforløb. Retningslinierne for dette arbejde var fastlagt på en sådan måde, at den studerende skulle arbejde med sin klient indtil hun/han var totalt fri for negativt emotionelt stress ved *starten* af en konsultation. Min antagelse som skoleleder og Professionel Praktiserende Kinesiolog var, at de klienter, som nåede til denne frihed for stress (= "distress"), også ville have nået deres fra starten fastsatte mål, ELLER forstået således, at de, når de var stressfrie, ville være i stand til at træffe bedre valg vedrørende den næste del af vejen frem mod dette mål. (MÅL er defineret af klienten og evalueret ved hjælp af et muskulært feed back fra samme klient. Mål er et udtryk for den *forandring*, klienten ønsker. Kinesiologens arbejde består i at bistå klienten i at få det Positive Energipotentiale op på 100% og det Negative Emotionelle Stress ned på 0% relativt til det fastsatte mål).

De studerende har således haft en specifik målbeskrivelse at holde sig til samtidig med, at de er blevet bedt om at nedskrive data om klienternes køn, alder, problem, antal "konsultationer" og varigheden af forløbet. Desuden har de bedt klienterne oplyse om, hvorvidt de er blevet behandlet i det etablerede system for deres "problem" og med hvilket resultat.

Projektet, som er finansieret ved midler givet af IMK-fondene, skulle derfor give en oversigt over den aldersmæssige, kønsmæssige og problemmæssige fordeling i en population på 138 klienter/brugere. Dette antal er på nuværende tidspunkt steget til 168, eftersom endnu fem personer er blevet færdiguddannet som Professionelle Praktiserende Kinesiologer med den pædagogiske, løsningsorienterede kinesiologiform som speciale. Projektet skulle også kunne give svar på hvilken grad af sammenhæng, der kunne ses mellem klientens oplevelse af at have nået sit mål og reduktion af det Negative Emotionelle Stress til 0% og forøgelse af det Positive Energipotentiale til 100%. Ligeledes lå der et ønske om at se, om klienternes køn og alder spillede ind på behandlingens forløb og omfang, samt at kunne få klarlagt, hvilken betydning de forskellige problemstillinger havde for behandlingens forløb. Sideløbende hermed var tanken at arbejde åbent undersøgende, for eksempel

at se i hvilket omfang kinesiologerne benyttede sig af nye elementer, som blev tilføjet til uddannelsen i løbet af projektperioden, og hvor mange behandlinger, klienterne gennemsnitligt havde brug for.

Derudover skulle dette forprojekt rumme en beskrivelse af den omtalte målrelaterede og løsningsrelaterede kinesiologiske test og afbalancering, således som den praktiseres af en Professionel Praktiserende Kinesiolog uddannet på Dansk Pædagogisk Kinesiologiskole. Denne beskrivelse indgår som en del af Vibeke Jørgensens projektbeskrivelse (side 52 ff), og det kan være tilrådeligt at læse disse sider som noget af det første for at kunne få en udvidet baggrund for forståelsen af de mange opstillinger i nærværende rapport.

1.1 Metode og metodekritik

Indsamlingen af data er foregået retrospektivt ved at udtrække oplysninger fra specialer skrevet på Dansk Pædagogisk Kinesiologiskole. Samtlige kinesiologer er blevet bedt om at udfylde spørgeskemaer på baggrund af deres specialer, hvor hver kinesiolog har haft seks "klienter". I de tilfælde, hvor kinesiologer ikke har returneret deres spørgeskemaer, har Annemarie Goldschmidt udtrukket data. Således er 28 kinesiologer og 168 klienter repræsenteret i denne undersøgelse.

Denne fremgangsmåde kan betegnes som "i mangel af bedre". En mere ideel fremgangsmåde kunne være en løbende dataindsamling samtidig med selve behandlingsforløbet, kombineret med opfølgende spørgsmål til klienterne efter endt behandling. Således ville det være muligt at skelne mellem "klient-data" og "kinesiolog-data" forstået på den måde, at klientens oprindelige behandlingsårsag er klientdata, som det ikke kan udelukkes, bliver påvirket af kinesiologen gennem behandlingen. Ligeledes er vurderingen af, om klienten mener at have nået målet med behandlingen, en form for data, som burde indhentes direkte fra klienten. Data som eksempelvis PEP og NES er kinesiolog-data, ligesom placering på Adfærdsbarometeret. Ved at adskille disse to former for data ville det desuden være muligt at undersøge selve interaktionen mellem klient og kinesiolog, herunder ændringer i forhold til målet for behandlingen og ændringer i målet. Det er væsentligt at adskille data vedrørende klienten, som så at sige stammer fra FØR mødet med kinesiologen. Når klienten eksempelvis får foretaget en muskeltest, er resultatet et kinesiologisk resultat og dermed kinesiologisk data, selvom oplysningerne i følge kinesiologien stammer fra klienten. I en vis forstand er det kinesiologens begreber som "skaber" og tolker klienten gennem muskeltest. Lidt firkantet set, er det derfor kinesiologen, som siger, at klienten har en vis procent PEP eller NES.

Ovenstående kombineret med, at kinesiologerne i en vis forstand er blevet bedt om at "vurdere" deres egen indsats, er principielt problematisk. Selvom kinesiologerne ikke formodes at "pynte" på egne data, bør disse blive betragtet kritisk, da det metodisk set ikke kan udelukkes, at denne "selvvurdering" har betydning for data.

Grundet den relativt lille mængde data, er det ikke statistisk forsvarligt at lave krydstabeller med tre eller flere variable for at undersøge mulige skjulte og indirekte sammenhænge. Derfor må det være op til den "sunde fornuft" at vurdere, om hver enkelt sammenhæng, som præsenteres, giver mening, eller om andre forhold spiller ind.
Et eksempel på, at der er skjulte eller indirekte sammenhænge, er, at der ved krydstabulering blev fundet flere (syv) sammenhænge med variablen vedrørende om de enkelte data var udtrukket af

Annemarie Goldschmidt eller den enkelte kinesiolog. Disse sammenhænge fandtes i forhold til følgende:

- Klientens vurdering af problemets karakter
- Antal behandlinger
- Placering på Adfærdsbarometeret
- Helingstrekant/Line of Cure anvendt
- Modtaget behandling i etableret system
- Årstal for behandlingens begyndelse hos kinesiologen

Det har ikke været muligt at indkredse årsagen til disse sammenhænge, men det faktum, at der er sammenhænge ved så "hårde" data som Helingstrekant anvendt, i modsætning til tolkede data som "problemets karakter", antyder, at det ikke blot er et spørgsmål om, at Annemarie Goldschmidt har tolket data på anden måde end kinesiologerne. Derimod er det sandsynligt, at disse sammenhænge har noget at gøre med de forskellige "årgange" af kinesiologer, og altså snarere et spørgsmål om, hvilke årgange af kinesiologer, som udfyldte spørgeskemaerne selv, end hvem der har udfyldt de enkelte skemaer.

I forhold til klientgruppen skal et væsentligt forbehold tages: De kinesiologistuderende har hovedsageligt selv fundet deres klienter, og derfor er klientgruppen præget af de studerendes interesseområder, eksempelvis behandling af børn eller specifikke problemer som indlæring eller lignende. Der er dog også flere, som "bare" har arbejdet med de første seks, som tilfældigt henvendte sig. Således kan klientgruppen ikke betegnes som repræsentativ i forhold til de klienter, kinesiologer arbejder med efter endt uddannelse.

1.2 Rapportens opbygning

Resultaterne gennemgås punktvis i den rækkefølge, spørgsmålene forekommer på spørgeskemaet, herunder præsentation af de enkelte spørgsmål og eventuelle omkodninger. Først præsenteres hvorledes svarene fordeler sig indenfor de angivne svarkategorier. Dernæst præsenteres krydstabuleringer mellem baggrundsvariable og det pågældende spørgsmål i det omfang, der er fundet statistisk signifikans (se nedenfor). Sammenhænge, hvor der ikke kan dokumenteres signifikant sammenhæng, præsenteres ikke, da det ikke er hensigtsmæssigt at præsentere data, som statistisk ikke er signifikant, og dermed ikke har nogen reel værdi.
I spørgeskemaet forekommer to "åbne" spørgsmål. Disse kan ikke behandles statistisk, men svarene præsenteres og systematiseres.
Efter gennemgangen af resultaterne opsamles resultater og tendenser i kapitel 3, herunder præsentation af en såkaldt "kausalitetsmodel", hvilket er en grafisk fremstilling af, hvorledes svarene i de forskellige spørgsmål hænger sammen med hinanden.
Afslutningsvis foretages konklusion over, hvad denne undersøgelse viser, og ikke mindst hvad den ikke viser. Herunder foretages perspektivering af resultaterne.

1.3 Om databehandlingen

Alle data præsenteres i form af "frekvenser". Det vil sige, hvor mange som har svaret hvad i hvert enkelt spørgsmål. Alle spørgsmål er blevet "krydstabuleret" med samtlige baggrundsvariable, det

vil sige krydstabeller med 2 variable, eksempelvis klientens køn og årsagen til behandling hos kinesiolog. På den måde fremgår det hvor mange kvinder, som har modtaget behandling for et psykisk "problem" i forhold til mænd. Sagt mere "korrekt" ser man på klientens "problem" *afhængigt af* klientens køn. I dette tilfælde er "problemet" den såkaldt afhængige variabel, og kønnet er den uafhængige. I en krydstabel er der altid en afhængig og en uafhængig variabel, og det giver kun mening at krydstabulere variable i det omfang, det kan antages, at disse står i et eller andet afhængighedsforhold. Det giver eksempelvis ikke mening at krydstabulere klientens køn og klientens alder.

I denne undersøgelse er der en række baggrundsvariable, som er klare uafhængige variable, men en variabel som eksempelvis "100% PEP ved sidste behandling" kan ses som afhængigt af PEP ved første behandling. Ved at krydstabulere disse 2 variable, kan det undersøges, om der reelt er sammenhæng mellem de to forhold, og hvori denne sammenhæng eventuelt består.

1. Spørgsmålene vedrørende klientens PEP og NES ved første behandling er omkodet til fire intervaller.
2. Spørgsmålet vedrørende "Adfærdsbarometeret". I spørgeskemaet er spurgt til adfærd på en 1-9 skala (barometeret oppefra og ned med de ni underpunkter). Denne variabel er omkodet til de tre "hovedpunkter" på barometeret. Begge variable præsenteres, men kun den med hovedpunkterne Bevidsthed, Underbevidsthed og Kropbevidsthed anvendes til krydstabuleringer.

Disse omkodninger skyldes dels, at en krydstabel med alle mulige procenttal ville være meningsløs og dels, at data nemt kan blive udvandet, hvis der er for mange mulige udfald eller "grupperinger" inden for et bestemt spørgsmål.

Vurdering af eventuelle sammenhænge i en krydstabel kan være risikabelt, da en tilsyneladende sammenhæng kan være en statistisk tilfældighed, især i en undersøgelse som denne med relativt få deltagere/respondenter. Derfor er to såkaldte "signifikanstests" anvendt ved samtlige krydstabuleringer. Det drejer sig om den såkaldte "gammakoefficient" og "chi2" (chi-square). Disse to tests kan på forskellig vis sige noget om sammenhængen mellem to variable. "Gamma" kan sige noget om sammenhængens "retning", eksempelvis om andelen af klienter med fysiske årsager til behandling vokser eller falder gennem de forskellige aldersintervaller. Chi2 kan sige om enkelte "grupperinger" i data skiller sig ud, eksempelvis om en bestemt aldersgruppe af klienterne udskiller sig i forhold til hvilke årsager, der er til deres behandling. Chi2 udmærker sig ved at være velegnet til "små" undersøgelser som denne. De to tests kan ikke specificere, hvori sammenhængen består, men give et praj om, hvad man skal lede efter i selve tabellen.
De to tests består af en række beregninger, hvor sidste beregning er en såkaldt "signifikanssandsynlighed". Dette tal repræsenterer sandsynligheden for, at to variable har sammenhæng med hinanden. Denne signifikanssandsynlighed angives som decimaltal mellem 0-1, hvor 0 svarer til 0% og 1 svarer til 100%. Det skal bemærkes, at dette tal skal læses som "sandsynligheden for at der IKKE er signifikant sammenhæng mellem de pågældende variable" (den såkaldte nul-hypotese). Det vil sige, at en signifikanssandsynlighed på 0,020 (2%) betyder, at der er 2% sandsynlighed for, at der IKKE er sammenhæng, hvilket således kan læses som 98% sandsynlighed for, at der ER sammenhæng.
I forhold til hvor grænsen mellem om der kan tales om sammenhæng eller ej, anvendes det konventionelle "konfidensinterval" på 5%. Det vil sige, at hvis signifikanssandsynligheden er på mere end 5% (0,05), er der "pr. definition" ikke nogen sammenhæng. Da der i denne rapport kun præsenteres signifikante sammenhænge, vil læseren således kun støde på signifikanssandsynligheder i intervallet mellem 0,000-0,050. Indenfor repræsenterer dette interval tallet 0,000 stærk sammenhæng og et

tal tæt på de 5% (eks: 0,042) repræsenterer en svag sammenhæng. Under hver krydstabel i denne rapport vil kunne aflæses de fundne tal for signifikant sammenhæng.

2. Resultater

I det følgende præsenteres først anvendte baggrundsvariable, herunder eventuelle sammenhænge mellem de forskellige baggrundsforhold, med det formål at give en karakteristik af klientgruppen, herunder alder, køn, behandlingsårsag osv. Den egentlige tolkning/konklusion på disse baggrundsforhold præsenteres i opsamlingen i kapitel 3.

2.1 Præsentation af spørgsmål

2.1.1 Præsentation af baggrundsforhold

En række oplysninger anvendes som baggrundsvariable. Det drejer sig om:

1. Hvilken kinesiolog som har behandlet den enkelte klient.
2. Hvilket "klient-nummer" den enkelte har (1-6).
3. Klientens køn.
4. Klientens alder. Omkodet til 10-års intervaller.
5. Årstallet for begyndelse af behandlingen.
6. Antal behandlinger.
7. Behandlingsperiodens længde i hele måneder.
8. "Problemets" karakter ifølge klienten, det vil sige årsagen til at behandling modtages, hhv. overvejende psykisk, overvejende fysisk, både fysisk og psykisk eller "andet". Desuden er et åbent udsagn anvendt for at give mulighed for at beskrive problemet yderligere.

Disse forhold kan hver for sig, og i sammenhæng, fortælle noget overordnet om den samlede gruppe af klienter, om gennemsnitlig behandlingsperiode, om årsagerne til, at der modtages behandling, hænger sammen med klientens køn osv. osv.

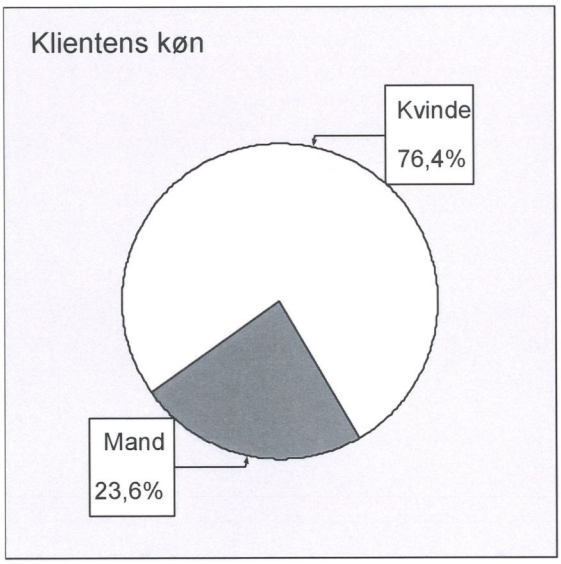
2.1.2 Præsentation af spørgsmål

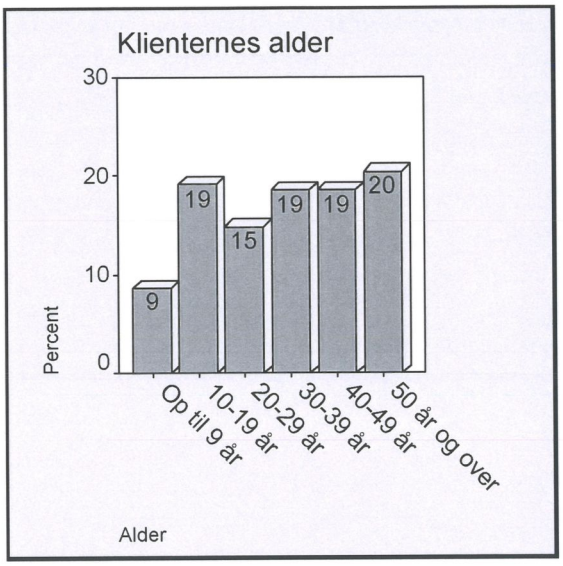
9. Har klienten været under behandling i det "etablerede" system for sit problem? (JA/NEJ).
10. Gav denne behandling et positivt resultat? (JA, NEJ, DELVIST). Dette spørgsmål er kun blevet besvaret, hvis svaret var JA i det foregående.
11. Hvad var klientens NES ved første behandlings start? (angivelse i procent).
12. Hvad var klientens PEP ved første behandlings start? (angivelse i procent). Begge disse er omkodet til fire lige store intervaller for at gøre databehandling mulig.
13. Var klienten på 0% NES ved sidste behandlings start? (JA/NEJ).
14. Var klienten på 100% PEP ved sidste behandlings start? (JA/NEJ). I disse spørgsmål har enkelte anført et procenttal som eksempelvis 89% eller 98%. Selvom et tal har været meget tæt på 100, er dette tolket som NEJ.
15. HVIS behandlingen ikke blev fuldført (åbent udsagn til angivelse af eventuel årsag til ikke fuldført behandling).
16. Blev "Helingstrekanten" brugt i behandlingen? (JA/NEJ).

17. Blev "Line of Cure"/Helbredelseslinien anvendt? (JA/NEJ).
18. Hvor befandt klienten sig på "Adfærdsbarometeret" ved starten af første behandling? Et enkelt kryds mellem 1-9, som står for de ni "trin" i adfærds-skemaet oppefra og ned:
    - Bevidsthed: 1:___ 2:___ 3:____
    - Underbevidsthed: 4:___ 5:___ 6:____
    - Kropbevidsthed: 7:___ 8:___ 9:____

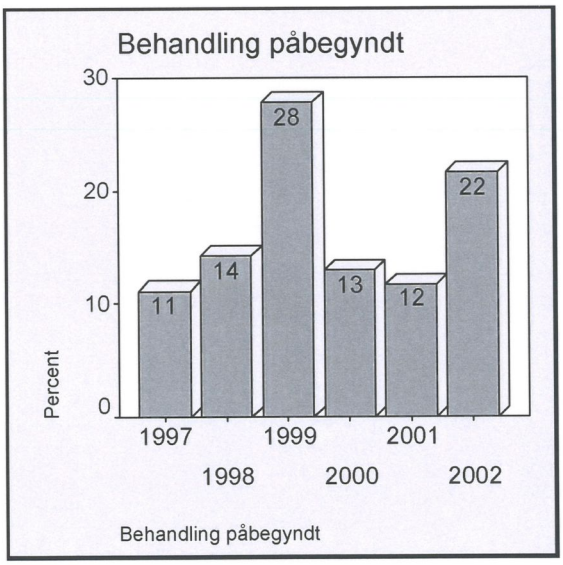
    Denne variabel er desuden omkodet således, at svarene 1-3, 4-6 og 7-9 er slået sammen. Dette giver en ekstra variabel med kategorierne Bevidsthed, Underbevidsthed og Kropbevidsthed.
19. Hvilke behandlingsformer blev anvendt til hvilke klienter under hvilke behandlinger? Her er svarmulighederne angivet som:
    1. Pædagogisk Kinesiologi/One Brain.
    2. Blueprint.
    3. Kropsafbalancering.
    4. Hjernen, vor største ressource.
    5. Andet.
    6. Mere end én "form" i samme behandling.

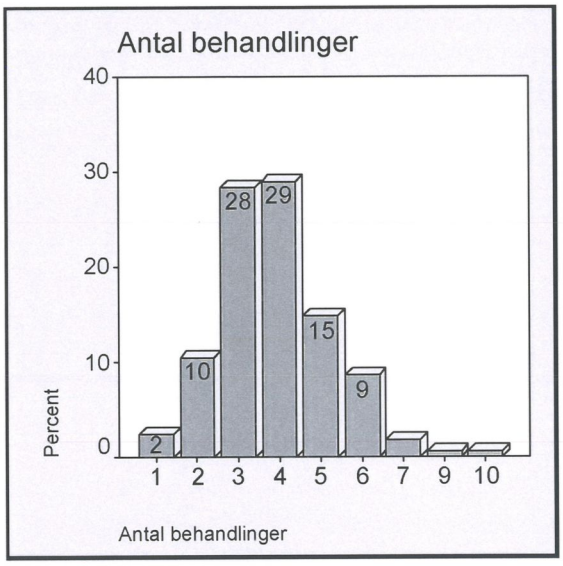
    For hver enkelt behandling har kinesiologen angivet et tal fra 1-6. Tallet 6 angiver, at der har været anvendt mere end én behandlingsform i samme behandling.
20. Kinesiologens konklusion ved behandlingens afslutning (overvejende **fysisk**, **mentalt/emotionelt** eller **essentielt/spirituelt)**.
21. Gav klienten udtryk for at have nået sit mål ved sidste behandling? (JA, NEJ, DELVIST).



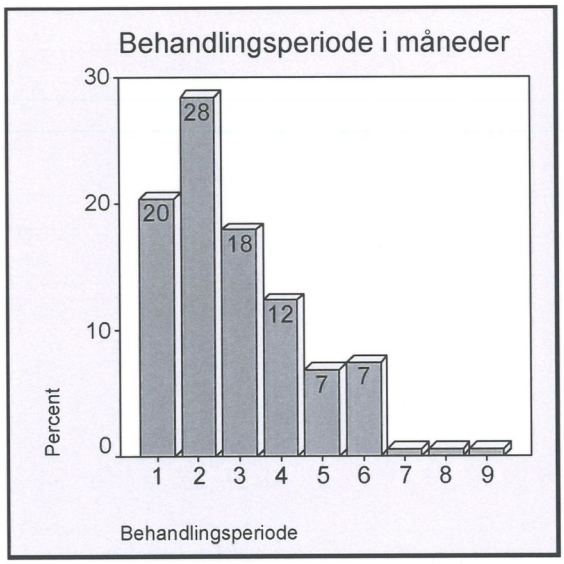


➢ Den gennemsnitlige alder for klienterne er 33 år.



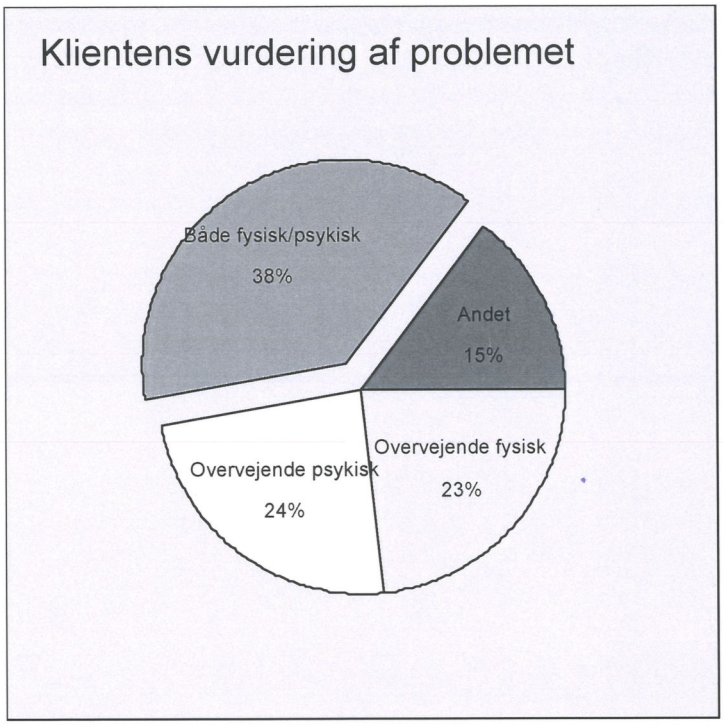


- Klienterne har gennemsnitligt modtaget 3,87 behandlinger.

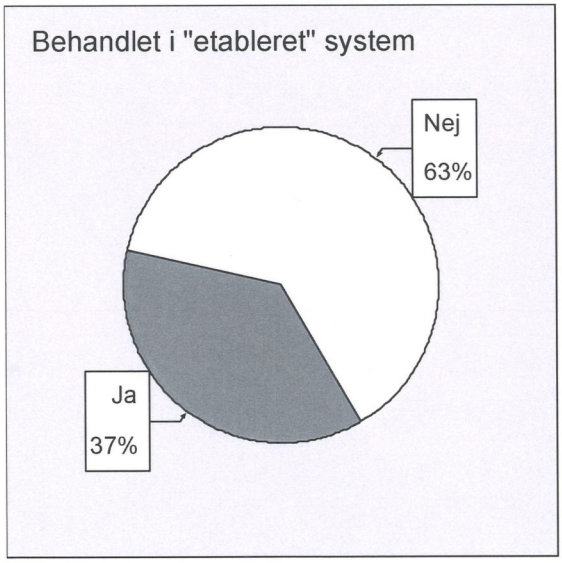


- Den gennemsnitlige behandlingsperiode er 2,9 måneder.

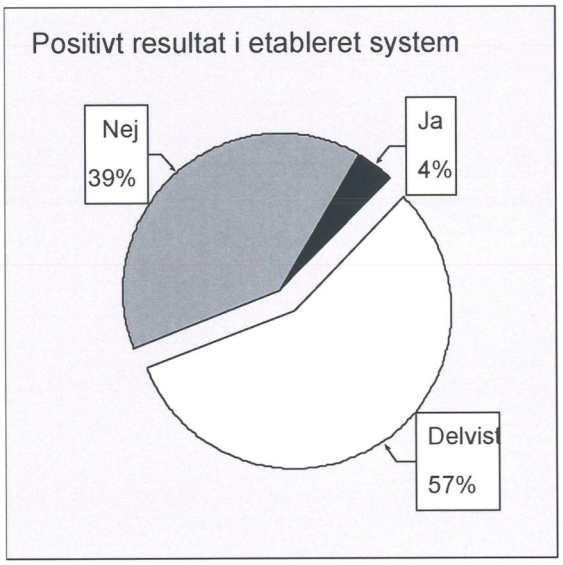
Det skal her bemærkes, at hvor der er angivet antal uger eller halve måneder, er der rundet af til nærmeste hele antal måneder.



Det skal bemærkes, at der her er tale om, at kinesiologerne har foretaget et retrospektivt skøn over, hvorledes klienten har opfattet sit "problem" ud fra et traditionelt skel mellem det fysiske og det psykiske. Denne opdeling er kunstig set fra en kinesiologs øjne (mere herom senere), og skal derfor ses som en vejledende opdeling mellem krop og psyke. Det kan ikke udelukkes, at besvarelsen af dette spørgsmål er påvirket af dels kinesiologens hukommelse og dels kinesiologens vurdering i kraft af at være retrospektiv.



Omtrent ⅓ af klienterne har modtaget behandling i det etablerede system for det problem, som de har modtaget kinesiologisk behandling for. I forhold til om denne behandling har haft et positivt resultat, fremkommer denne fordeling:



2.1.3 Analyse af klientgruppe

Ved krydstabulering af baggrundsforholdene fremkom en række signifikante forhold, som her gennemgås og tolkes.

Klientens alder i forhold til klientens vurdering af problemets karakter

% within Alder

		Klientens vurdering af problem				
		Overvejende fysisk	Overvejende psykisk	Både fysisk og psykisk	Andet	Total
Alder	Op til 9 år	15,4%	15,4 %	30,8 %	38,5 %	100,0 %
	10-19 år	21,4 %	14,3 %	17,9 %	46,4 %	100,0 %
	20-29 år	20,8 %	33,3 %	37,5 %	8,3 %	100,0 %
	30-39 år	16,7 %	36,7 %	40,0 %	6,7 %	100,0 %
	40-49 år	25,9 %	25,9 %	48,1 %		100,0 %
	50 år og over	33,3 %	15,2 %	48,5 %	3,0 %	100,0 %
Total		23,2 %	23,9 %	38,1 %	14,8 %	100,0 %

Chi2: 0,000 / Gamma: 0,007

Her ses, at begge tests indikerer signifikant sammenhæng mellem klientens alder og problemets karakter. Det vil sige, at Chi2 fortæller, at problemets karakter er betinget af klientens alder. Gamma fortæller, at sammenhængen har en "retning", selvom dette er svært at læse direkte af tabellen. Hvori sammenhængen består, er svært at se entydigt, men kan tolkes som følger:

- To tredjedele af de 0-19 årige er behandlet for ting, der vurderes som både fysiske/psykiske og "andet".
- De 20-39 årige er hovedsageligt behandlet for ting, der vurderes som overvejende fysiske og både fysiske/psykiske.
- Omtrent halvdelen af klienterne på 40 år og derover er behandlet for ting, der er af både fysisk og psykisk karakter.

Antal behandlinger ift. problemets karakter

% within Klientens vurdering af problem

		Antal behandlinger									
		1	2	3	4	5	6	7	9	10	Total
Klientens vurdering af problem	Overvejende fysisk	2,9 %	11 %	37,1 %	28,6 %	8,6 %	11,4 %				100,0 %
	Overvejende psykisk	5,4 %	16 %	29,7 %	29,7 %	10,8 %	2,7 %	2,7 %		3 %	100,0 %
	Både fysisk og psykis		7,0 %	31,6 %	26,3 %	21,1 %	12,3 %		1,8 %		100,0 %
	Andet	4,5 %	4,5 %	9,1 %	40,9 %	22,7 %	9,1 %	9,1 %			100,0 %
Total		2,6 %	9,9 %	29,1 %	29,8 %	15,9 %	9,3 %	2,0 %	,7%	,7%	100,0 %

Gamma: 0,005

Som det ses ovenfor, er der mange tomme felter i tabellen. Ved at isolere de tilfælde, hvor der maksimalt er givet fem behandlinger (87,3% af klienterne), fjernes hovedparten af de tomme felter, og tabellen bliver mere overskuelig, men afspejler dog en mindre del af klienterne.

% within Klientens vurdering af problem

		Antal Behandlinger						
		1	2	3	4	5	6 og derover	Total
Klientens vurdering af problem	Overvejende fysisk	2,9%	11,4%	37,1%	28,6%	8,6%	11,4%	100,0%
	Overvejende psykisk	5,4%	16,2%	29,7%	29,7%	10,8%	8,1%	100,0%
	Både fysisk og psykisk		7,0%	31,6%	26,3%	21,1%	14,0%	100,0%
	Andet	4,5%	4,5%	9,1%	40,9%	22,7%	18,2%	100,0%
Total		2,6%	9,9%	29,1%	29,8%	15,9%	12,6%	100,0%

Gamma: 0,005

Her ses, at Gamma fortsat er 0,005. Dette betyder, at reduktionen ikke har haft betydning for graden af sammenhæng mellem de to variable. Men tolkningen er ikke blevet lettere.

- Et forsigtigt bud på, hvordan antallet af behandlinger er betinget af problemets karakter er, at hele 82% af de klienter, hvor problemet er karakteriseret som "andet", har modtaget fire eller flere behandlinger. For andelen af klienter med et problem, som både er psykisk og fysisk, er dette tal 61%. For begge de to andre grupper er dette tal 48,6%. Det vil sige, at de klienter, med problemer beskrevet især som "andet", men også som "både fysisk og psykisk", har modtaget flere behandlinger end gennemsnittet, der som tidligere nævnt er knap fire behandlinger.

Antal behandlinger ift. klientens alder

% within Alder

		Antal Behandlinger						
		1	2	3	4	5	6 og derover	Total
Alder	Op til 9 år	14,3%		28,6%	7,1%	14,3%	35,7%	100,0%
	10-19 år		13,8%	24,1%	27,6%	24,1%	10,3%	100,0%
	20-29 år	4,2%	12,5%	29,2%	37,5%	12,5%	4,2%	100,0%
	30-39 år	3,4%	3,4%	24,1%	37,9%	10,3%	20,7%	100,0%
	40-49 år		24,1%	41,4%	13,8%	13,8%	6,9%	100,0%
	50 år og over		6,3%	28,1%	43,8%	15,6%	6,3%	100,0%
Total		2,5%	10,8%	29,3%	29,9%	15,3%	12,1%	100,0%

Chi2: 0,017

Denne tabel kan givetvis tolkes på flere måder, men en mulig tolkning er som følger:

- Det ses, at størstedelen af klienterne har fået 3-4 behandlinger, men hvis man ser på, hvor den største andel af klienter findes i forhold til antal behandlinger, fremtræder de tal, som er understreget i tabellen. Herved ses det, at de største grupper i fire af de seks aldersintervaller

har modtaget fire behandlinger. To aldersgrupper skiller sig ud: i gruppen af klienter op til 9 år ses, at den største andel har fået seks behandlinger eller mere. I gruppen af 40-49 årige har den største andel fået tre behandlinger. En overvejende årsag hertil er ifølge Annemarie Goldschmidt, at en kinesiologisk test og afbalancering af et barn ofte må deles op i mindre dele, for at barnet kan få en oplevelse af "succes".

Behandlingsperiode ift. klientnummer

% within Klientnummer

		Behandlingsperiode									Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Klientnummer	1	4,0 %	32 %	20 %	16 %	16	4,0 %	4,0 %		4,0 %	100,0 %
	2	19 %	35 %	15 %	7,7 %	8 %	15 %				100,0 %
	3	26 %	30 %	13 %	13 %	9 %	8,7 %				100,0 %
	4	29 %	29 %	21 %	4,2 %	4 %	13 %				100,0 %
	5	27 %	27 %	19 %	23 %				3,8 %		100,0 %
	6	29 %	21 %	25 %	13 %	8 %	4,2 %				100,0 %
Total		22 %	29 %	19 %	13 %	7 %	7,4 %	,7%	,7%	,7%	100,0 %

Gamma: 0,035

- Her er det lidt svært umiddelbart at se, hvori sammenhængen består. En sandsynlighed på 3,5% indikerer en relativt svag sammenhæng. Sammenhængen kan muligvis bestå i, at ved den første klient er det kun i 4% af tilfældene nok med én behandling, hvor tallet for de andre ligger mellem 19 og 29%. Dette kan ses som et naturligt udtryk for, at kinesiologen er begynder ved den første klients første behandling, og måske usikker, nervøs eller andet.

Antal behandlinger ift. behandlingens start

% within Behandling påbegyndt

		Antal Behandlinger						Total
		1	2	3	4	5	6 og over	
Behandling påbegyndt	1997			11,8%	23,5%	35,3%	29,4%	100,0%
	1998			21,7%	34,8%	26,1%	17,4%	100,0%
	1999		4,8%	38,1%	31,0%	21,4%	4,8%	100,0%
	2000	14,3%	19,0%	28,6%	23,8%	9,5%	4,8%	100,0%
	2001	5,3%	21,1%	10,5%	42,1%		21,1%	100,0%
	2002		20,6%	44,1%	26,5%	2,9%	5,9%	100,0%
Total		2,6%	10,9%	29,5%	30,1%	15,4%	11,5%	100,0%

Chi2: 0,000 / Gamma: 0,000

- Her ser det ud til, at antallet af behandlinger falder fra 1997 til 2002 bortset fra 2001, hvor antallet ser ud til at stige. Dette kan illustreres ved at sammentælle eksempelvis hvor store andele, som fik maksimum tre behandlinger:

- 1997: 12%
- 1998: 22%
- 1999: 43%

- 2000: 62%
- 2001: 37%
- 2002: 65%

Dette relative fald i antal behandlinger er kun afbrudt i 2001, hvor flest klienter har modtaget fire behandlinger, og samtidigt er det det år, hvor "næstflest" har fået seks eller flere behandlinger.

Behandlet i etabl. system ift. behandlingens begyndelse

% within Behandling påbegyndt

		Behandlet i etableret system		
		Ja	Nej	Total
Behandling påbegyndt	1997	55,6 %	44,4 %	100,0 %
	1998	61,9 %	38,1 %	100,0 %
	1999	21,4 %	78,6 %	100,0 %
	2000	23,8 %	76,2 %	100,0 %
	2001	31,6 %	68,4 %	100,0 %
	2002	43,8 %	56,3 %	100,0 %
Total		37,3 %	62,7 %	100,0 %

Chi2: 0,01

- Her er det interessant, at i 1997 og 1998 havde over halvdelen af klienterne modtaget behandling for deres "problem" i det etablerede system. I 1999-2000 er dette tal omtrent en fjerdedel. Herefter stiger tallet til 44% i 2002. De er svært at sige, hvad dette er udtryk for. På den ene side kan årsagen findes "internt" i den enkelte årgang af kinesiologer i form af eksempelvis fokus/øget vægtning af klienter, som har været i det etablerede system, eller bestemte problemstillinger, som har været generelt mere udbredte i det etablerede system i al almindelighed. På den anden side kan der "eksternt" have været øget mediemæssig fokus på kinesiologi i nogle år frem for andre, hvilket kan have øget mængden af klienter, som ikke har oplevet fuld succes i det etablerede system.

2.2 Beskrivelse af "problemet" (åbent udsagn)

Kinesiologerne blev bedt om at beskrive årsagen til behandling i et åbent udsagn. Nogle af disse er forkortet. I det følgende er disse udsagn sorteret efter, hvorledes årsagen til kinesiologisk behandling er kategoriseret som fysisk, psykisk, fysisk OG psykisk eller "andet". Det skal bemærkes, at de kinesiologer, som deltog i aftenmødet vedrørende denne undersøgelse, havde en række indvindinger mod disse kategoriseringer, da denne skelnen mellem det fysiske og det psykiske ikke passer til kinesiologiens begrebsverden. Dette betød, at begrebet "psykosomatisk" ikke kunne inkluderes som svar-kategori, og dermed muligheden for at skelne mellem årsag og symptom i "klassisk" medicinsk eller psykologisk forstand.

Fysiske årsager

acne
anspændt, ikke trække vejret frit, problem
når spille fagot
astma, vil gerne have flere kræfter til sport
balance/højdeskræk
bider negle
eksem
eksem/overvægt
forværret syn med ledsagende **hovedpine**
hovedpine migræne
hovedpine og bihulebetændelse
hovedpine/migræne
hukom/konc problem efter blodprop i hjerne
kold skulder, nedsat bevægelighed
kronisk forkølet
kvalme under graviditet
myoser i skulder og nakke
nemt til stress, prob med tarmluft, tyktarm
ondt i maven/meget dårlig fordøjelse
prob med ben, **smerter** over lænd
prob med vejrtrækning, når bevæger fremad
rygproblemer, smerter over lænd
rygproblemer, smerter, muskelstivhed
rygproblemer/smerter
rygsmerter, ønske om at overskue/prioritere
egne muligheder klart og enkelt
sengevædning
skade på knæ
smerter i højre ankel
smerter i højre underarm og nedsat bevægelighed
smerter i knæ og ryg
smerter knæ, ryg, skulder, nakke
smerter/myoser i nakke og skuldre
stivhed i krop, rense giftstoffer ud, forbedre krop
svimmelhed (ryg, knæ, mave)
sætte grænser

Psykiske årsager

"**ordblindhed**", stave bedre og være mere som andre
alkoholiker på antabus, incestoffer
mgl selvtillid, **ukoncentreret**
allergi overfor vand
allergi/at blive gravid
angst
behov for bekræftelse, mgl selvværd
depression/mgl selvtillid
disciplin ifm opstart af klinik
flyskræk/vandskræk/tandlægeskræk
forhøjet blodtryk
intolerance, usikkerhed
jalousi
koncentrations-/hukommelsesprob ved læsning
lavt selvværd, tvangstanker, angst
mand flyttet sammen med en anden
manglende energi til arbejdet
manglende selvtillid og tro på, at parforhold lykkedes
Mgl balance ml. forbrug af tid på/kræfter på
arb/fam/hjem
mgl selvtillid, afh af andre, svært ved beslut/være alene
migræne
mobning på arbejdsplads
ondt i maven, specielt i stressede situationer
overdreven spisning af søde sager/overvægt
overvægt
periodisk depression
prob med at udtrykke sig
selvtillid
selvværdsprob, angst for miste kontrol
stress på arb, mgl overblik og overskud
svært ved at træffe valg mht fremtidigt arb
taleprob, selvtillid
tiltro til sig selv og andre
trykken i højre side af hoved
træt/sover for meget
ufrivillig barnløshed
urolig opfarende og hidsig, mgl **koncentration**
være afslappet ift arbejde

Både fysiske og psykiske årsager

allergi, overvægt, usikkerhed
allergi, **rygproblemer**
angst bulimi
angst som giver fysiske symp: hjertebanken, svimmelhed, synsforst, øresus, voldsom hovedpine
blodtryk, sukkersyge
blokering mod at modtage gaver frigivet fra en anden dimension, klient ved hvad det betyder
blærebetændelse
Bronkitis og smerter i venstre side
bryde mønstre fys, psyk og mentalt, sige ja og nej de rigtige steder
damp-barn, styr på at tisse på wc
down syndrom, spastisk, stresset, speedet, kan ikke sove
energimangel
fysiske og psykiske begrænsninger
få det bedre med sklerose
generthed, prob med at tale i større forsamlinger
gigt, pensionsansøgning, mand død, selvværd
hovedpine, depression
hovedpine/søvnløshed
hukommelse, **indlæring**, kvalme
håndeksem og følelsesløse fingre
indlæring, **hukommelse** samt hæshed ved sang
indlæring/koncentration/hukommelse/angst
klient blokeret i **indlæringsproces**
knæproblemer og forhold til ægtefælle
knæskade, ordblind
koncentrations-/hukommelsesbesvær (lavt selvværd)
ledegigt, mgl harmoni og balance
læse og **stavevanskeligheder**, have det godt i klassen, få normaliseret hypermobile led
manglende energi/tålmodighed
mgl energi og balance
ondt i alle led, dårlig hukommelse, svært ved at håndtere kone, overvægt
optage 100% af hverdagskost som der er brug for
overvægt, **rygproblem**
overvægt, selvaccept
overvægt, studieprob, dårlig økonomi
overvægt/vand i kroppen
problemer med at lugte og smage
psykosomatisk: eksem, gastrit, colon irritabel, syreangreb på tænder, allergisk madreaktion
ryg/hud/tålmodighed

(fortsat psyk/fys)

skoleproblemer, sociale problemer ift kammerater og familie og emotionelle af svær grad
smerter i 10 år og indskrænket bevægelighed i højre skulder
smerter/fibromyalgi
stammen
stress pga arb pres, mgl overblik
stress, **koncentration**
stress, overhører alarmklokker
sukkersyge, humørsving, mgl energi
svært ved at skrive, motorisk urolig
svært ved at sove
søvnprob, vandladningsprob
søvnproblemer
tics og **læseprob**
træt samt accept af børn flytter hjemmefra
træthed/overvægt
træthed/rygning
ubalance i krop/sjæl, kronisk bihulebetændelse tyngde i underliv
ustruktureret, stresset, træt, bihulebetændelse, mål: jeg er struktureret
ønsker at være afslappet, når han spiller golf
ønsker bedre fys og psyk balance

Andre årsager

dårlig til matematik
fejldiagnog hjerneskadet. hjælp til at **lære** nyt, blokeret dominans
finmotorik, **indlæring**, begå sig socialt, svært ved **koncentration** og være tålmodig
ikke at kunne **huske**
indlæringsvanskeligheder
indlæringsvanskeligheder, sociale problemer
kærestesorg og forladthedsfølelse
læse-, **indlæringsprob**
læse og **staveproblemer**
læseproblemer
læsevanskeligheder
manglende **koncentration** under læsning
sociale, emotionelle prob
stavevanskeligheder
store **indlæringsvanskeligheder**, raserianfald, mgl selvtillid
svært at læse/skrive dansk
talevanskeligheder, forståelsesproblemer

Som det fremgår af denne opsamling af beskrivelser af behandlingsårsagen, er der stor mangfoldighed i forhold til, hvad klienterne har modtaget behandling for. Det er vanskeligt at foretage egentlig analyse af disse udsagn, men følgende kan fremhæves:

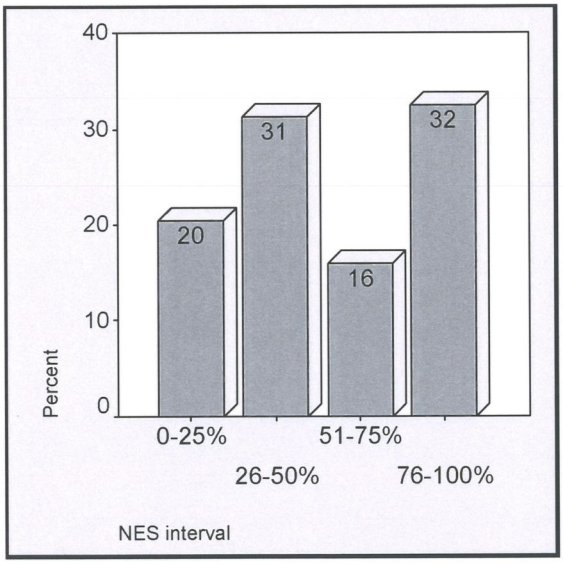
- Der er tilsyneladende to store "typer" af behandlingsårsager. Den ene er fysiske smerter i knæ, skulder, ryg, hoved m.v. Den anden er problemer vedrørende indlæring, koncentration og læsning. Sidstnævnte blev ved infomødet vedrørende denne undersøgelse fremhævet som noget, som fylder meget i kinesiologisk arbejde. Enkelte mente, at det er så dominerende, at denne type problem skulle være en kategori for sig i forhold til kategorisering af "problemets" karakter. I opremsningen ovenfor er nøgleord vedrørende disse to grupper fremhævet. Som det ses, repræsenterer de to store grupper i omegnen af halvdelen af årsagerne til kinesiologisk behandling (skønsmæssigt 40-50%). Således er forhold vedrørende indlæring, koncentration og hukommelse altså ikke specielt fremtrædende som årsag til behandling.

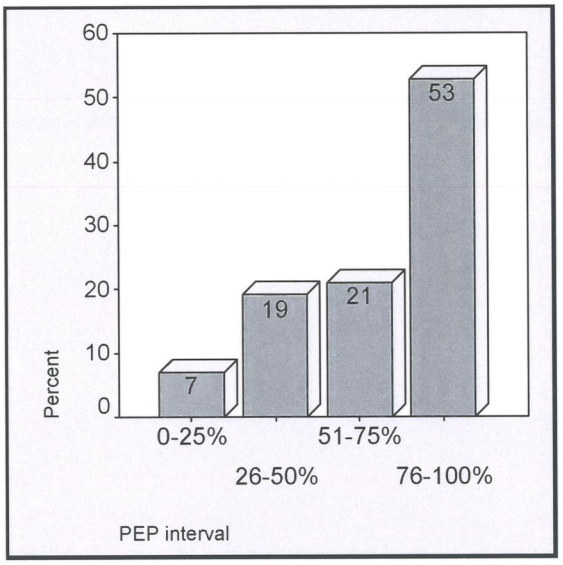
- Det er måske værd at bemærke, at i gruppen af indlærings-, koncentrationsproblemer m.v. er problemet kun kategoriseret som et overvejende fysisk problem en enkelt gang, i forbindelse med en blodprop.

- Der er tilsyneladende ikke særlig stor enighed blandt kinesiologerne om, hvordan et "problem" klassificeres i forhold til de anvendte svarkategorier. Dette *kan* skyldes ovennævnte uoverensstemmelse med kinesiologiens begrebsverden, men kan også dække over, at kinesiologerne foretager en grad af tolkning. Eksempelvis hvis en klient søger behandling for migræne, som kan være et fysisk symptom på stress, kan dette både kategoriseres som noget fysisk og psykisk eller begge dele. Dette kan også forklares med graden af klientens bevidsthed i forhold til, om eksempelvis migræne ses som selve problemet eller som symptom. Men måske mest sandsynligt er det, at mange klienter er kommet med et problem, som så viste sig at være mindre væsentligt end det, som blev formuleret som mål for behandlingerne. Undersøgelsen kan ikke give et endegyldigt svar på dette. Der er i udformningen af spørgsmålene ikke taget højde for, at nye mål kunne tilføres i løbet af behandlingen, som resultat af muskeltestningen. Dette ville kræve dels et spørgsmål vedrørende ændring/tilføjelse af mål i forhold til, hvad klienten selv har haft med "hjemmefra", og dels et spørgsmål vedrørende ændret opfattelse af baggrunden eller årsagen til behandling.

2.3 PEP og NES ved første behandlings start

Kinesiologerne er blevet bedt om at notere den enkelte klients PEP og NES ved første behandlings start. Herved fremkommer følgende fordelinger i fire intervaller:





- Den gennemsnitlige NES er 56%, og den gennemsnitlige PEP er 73%.
- Det er her interessant at se, at graden af motivation er så stor (PEP ved starten). Det er også interessant at se, hvor meget NEGATIVT emotionelt stress mennesker går rundt med i relation til deres forskellige problemer, da det er dette stress (=DISTRESS), der giver disse stressreaktioner i kroppen, som bl.a. er smerter eller dårlig funktion.

Antal behandlinger ift. PEP ved første behandling

% within PEPint

		Antal Behandlinger						Total
		1	2	3	4	5	6 og over	
PEPint	0-25%	9,1%	18,2%	27,3%	27,3%	18,2%		100,0%
	26-50%	3,6%	10,7%	42,9%	21,4%	10,7%	10,7%	100,0%
	51-75%	3,0%	9,1%	36,4%	33,3%	9,1%	9,1%	100,0%
	76-100%	1,2%	9,8%	22,0%	32,9%	18,3%	15,9%	100,0%
Total		2,6%	10,4%	29,2%	30,5%	14,9%	12,3%	100,0%

Gamma: 0,009

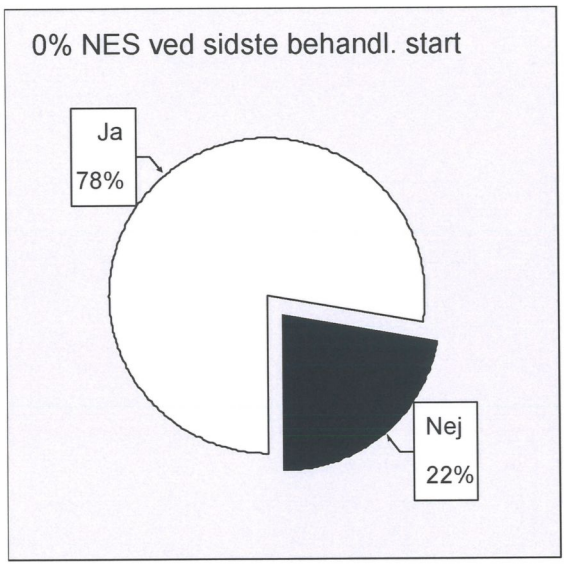
Det skal her nævnes, at der ikke blev fundet sammenhæng mellem NES og antal behandlinger, og dermed vises kun ovenstående tabel med PEP og antal behandlinger. Det væsentlige i ovenstående tabel kan tolkes som følger:

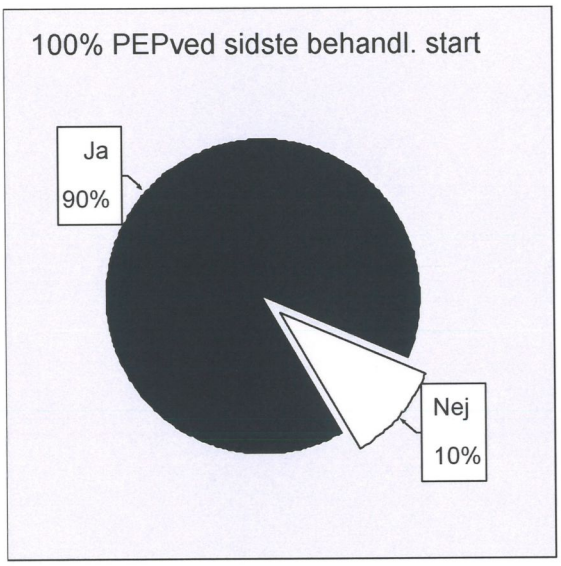
Der er tilsyneladende en tendens til, at jo højere den enkelte klients PEP har været, desto flere behandlinger har klienten modtaget. Dette kan illustreres ved at sammenlægge procenterne for 1-3 behandlinger for hver af de fire PEP-intervaller. Herved fås følgende:

- 55% af klienterne med 0-25% PEP har modtaget op til tre behandlinger.
- 57% af klienterne med 26-50% PEP har modtaget op til tre behandlinger.
- 49% af klienterne med 51-75% PEP har modtaget op til tre behandlinger.
- 33% af klienterne med 76-100% PEP har modtaget op til tre behandlinger.

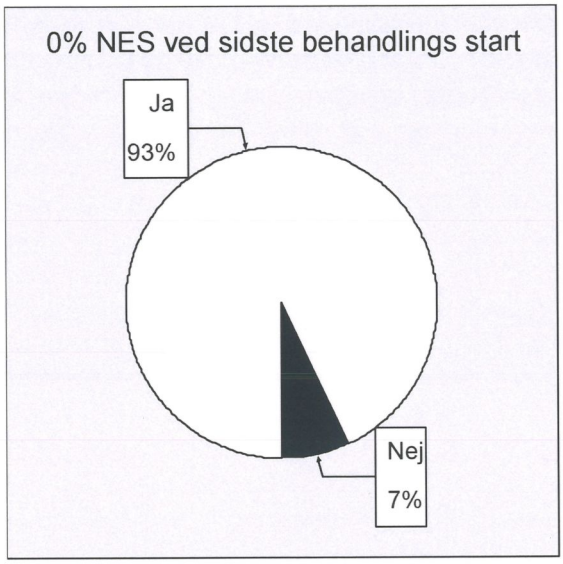
2.4 PEP 100% og NES 0% ved sidste behandlings start

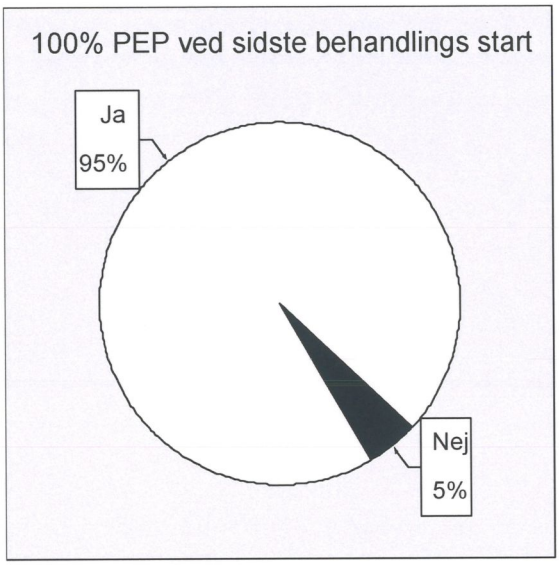
Adspurgt om klienterne opnåede henholdsvis 100% PEP og 0% NES, fremkom følgende fordelinger. Det skal nævnes, at enkelte kinesiologer eksempelvis har noteret 98%. Disse er kategoriseret som "Nej".





Her er det relevant at inddrage antallet af klienter, som ikke fuldførte behandlingen. De enkelte årsager til dette kan ses nedenfor. Disse udsagn kan groft opdeles i, om det var klienten, som afbrød behandlingen, eller om afbrydelsen skyldtes at kinesiologen skulle aflevere sit speciale (eller stoppede sit arbejde i et par tilfælde). Ved at bortsortere de klienter, hvor behandlingen blev afbrudt af en af disse grunde, fremkommer følgende fordelinger:





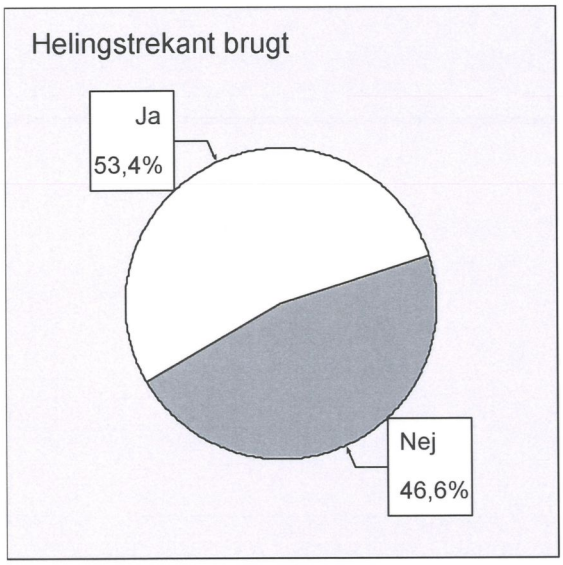
2.5 Årsager til ikke fuldført behandling

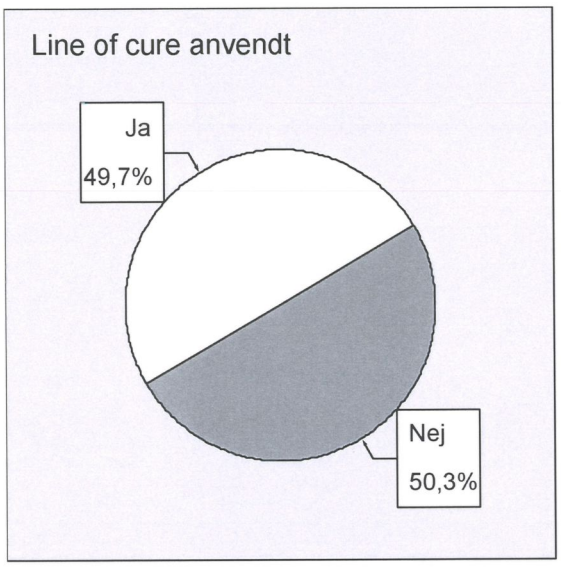
Kinesiologerne har haft mulighed for at nævne årsager til eventuelt ikke fuldført behandling af den enkelte klient. I otte tilfælde ikke fuldført behandlingen indenfor specialets tidsramme. Endvidere har en enkelt kinesiolog ikke fuldført behandling af tre klienter, da vedkommende stoppede sit arbejde pågældende sted.
I de tilfælde, hvor det hovedsageligt var klientens beslutning at stoppe behandlingen, blev følgende angivet som årsager:

- Ikke behov, fuld tilfredshed.
- Bortrejse.
- Familie skulle på længere udenlandsrejse (x2).
- Flytte fokus væk fra at blive gravid/arbejde med sig selv.
- Klient følt mål nået, ville komme igen hvis behov.
- Klient gav udtryk for at have nået mål.
- Klient meldte afbud, havde fået det meget bedre.
- Klient nået mål, var tilfreds.
- Klient nået sine mål.
- Klient nået sit mål.
- Klient opnået det ønskede og havde for travlt.
- Klient rejst til udland.
- Klient var tilfreds.
- Klienten angav, at det var ok, skulle på ferie.
- Minus indikatorskift på ny tid, dvs. ikke behov for ny tid.
- Mødte ikke op, ikke ringet afbud.
- Operation, eksamen osv.
- Pigen ønsker ikke at fortsætte, vil ikke samarbejde.
- Tidsnød.
- Ændringer i klients liv. Mål ændret efter én afbalancering.

2.6 Anvendelse af "Helingstrekant" og "Line of Cure"

Kinesiologerne er blevet spurgt, om de ved hver enkelt klient har anvendt "Helingstrekanten" og "Line of Cure".





Antal behandlinger ift. Helingstrekant brugt

% within Helingstrekant brugt

		Antal Behandlinger						Total
		1	2	3	4	5	6 og over	
Helingstrekant brugt	Ja	2,4 %	14,3 %	27,4 %	31,0 %	7,1 %	17,9 %	100,0 %
	Nej	2,8 %	6,9 %	30,6 %	29,2 %	25,0 %	5,6 %	100,0 %
Total		2,6 %	10,9 %	28,8 %	30,1 %	15,4 %	12,2 %	100,0 %

Chi2: 0,010

- Her ses nogle forskelle i forhold mellem de klienter, som har modtaget to, fem eller seks og flere behandlinger. Men det er ikke umiddelbart muligt at se, hvori denne forskel består.

Anvendelse af Helingstrekant ift. behandlingens begyndelse

% within Behandling påbegyndt

		Helingstrekant brugt		
		Ja	Nej	Total
Behandling påbegyndt	1997	33,3 %	66,7 %	100,0 %
	1998	30,4 %	69,6 %	100,0 %
	1999	28,9 %	71,1 %	100,0 %
	2000	47,6 %	52,4 %	100,0 %
	2001	100,0 %		100,0 %
	2002	88,2 %	11,8 %	100,0 %
Total		53,1 %	46,9 %	100,0 %

Gamma: 0,000 / Chi2: 0,000

Line of Cure ift. behandlingens begyndelse

% within Behandling påbegyndt

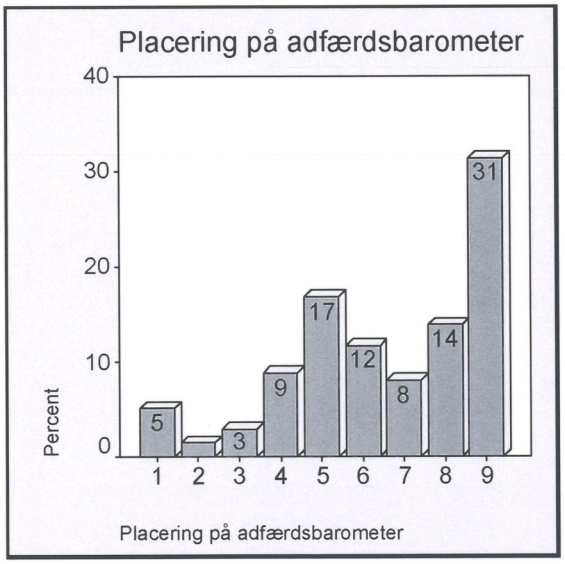
		Line of cure anvendt		
		Ja	Nej	Total
Behandling påbegyndt	1997	16,7 %	83,3 %	100,0 %
	1998	31,8 %	68,2 %	100,0 %
	1999	17,8 %	82,2 %	100,0 %
	2000	50,0 %	50,0 %	100,0 %
	2001	94,7 %	5,3 %	100,0 %
	2002	97,1 %	2,9 %	100,0 %
Total		50,0 %	50,0 %	100,0 %

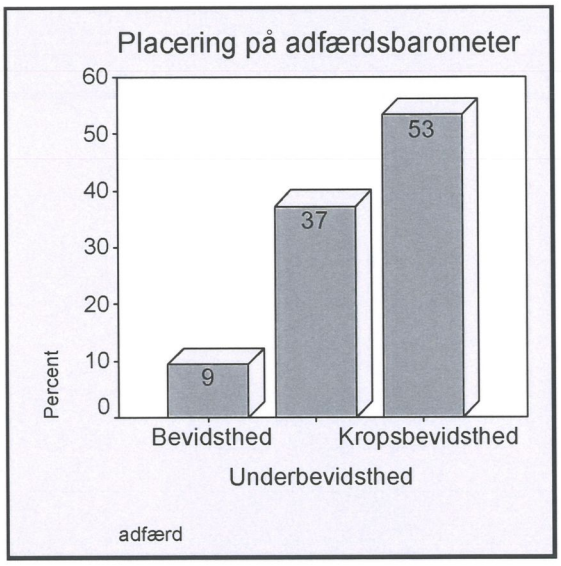
Gamma: 0,000 / Chi2: 0,000

- Dette er meget interessant, da Line of Cure først blev introduceret på uddannelsen i 1998, og således først burde være anvendt i specialerne fra tidligst år 2000. Alligevel har en ikke ubetydelig andel anvendt Line of Cure før dette. Selvom Line of Cure og Helingstrekanten først blev introduceret i uddannelsen i 1998, så blev det første kursus, som rummede begrebet "Line of Cure", afholdt i 1996. Så "man" har kunnet anvende teknikken og testen, selv hvis behandlingen allerede er påbegyndt i 1997.

2.7 Placering på Adfærdsbarometeret

Her er kinesiologerne blevet bedt om at svare på, hvor på Adfærdsbarometeret den enkelte klient befandt sig, i det omfang det blev anvendt. I 25 tilfælde (15%) er dette ikke besvaret. Dette kan skyldes, at en klient af og til via muskelsvaret frabeder sig brugen af Adfærdsbarometeret.





Adfærd ift. vurdering af problem

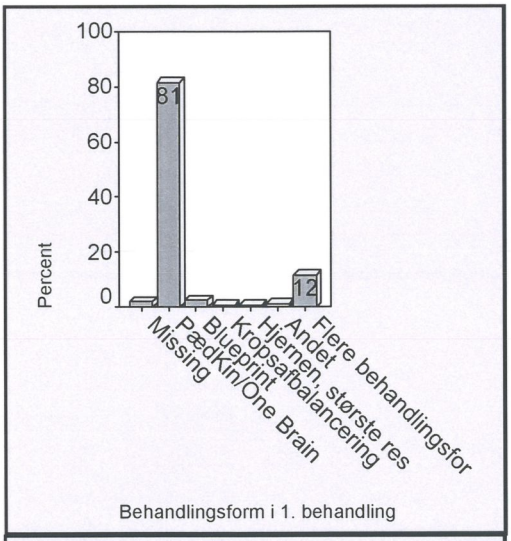
% within Klientens vurdering af problem

		adfærd			
		Bevidsthed	Underbevidsthed	Kropsbevidsthed	Total
Klientens vurdering af problem	Overvejende fysisk	3,6 %	35,7	60,7 %	100,0 %
	Overvejende psykisk	23,3 %	36,7	40,0 %	100,0 %
	Både fysisk og psykisk	5,8 %	42,3	51,9 %	100,0 %
	Andet	4,8 %	23,8	71,4 %	100,0 %
Total		9,2 %	36,6	54,2 %	100,0 %

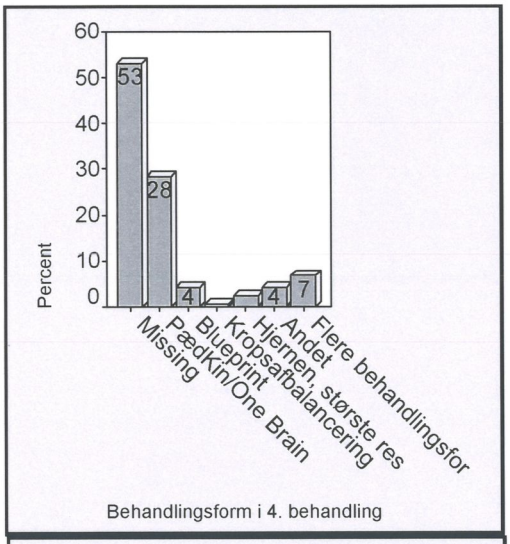
Chi2: 0,05

En kinesiologisk tolkning af denne tabel er, at SVARENE og derfor også LØSNINGEN i overvejende grad findes på det UNDERBEVIDSTE og det KROPBEVIDSTE niveau. Disse svar kommer via muskeltesten op til BEVIDSTHEDEN, og det er først derefter, at klienten kan begynde at forstå sammenhængene. Desuden er der en overvægt af de klienter, hvis problem angives som "overvejende psykisk", som befinder sig på det Bevidste niveau. Dette hænger fint sammen, da psykisk svarer til MENTALT, og derved til Bevidsthed.

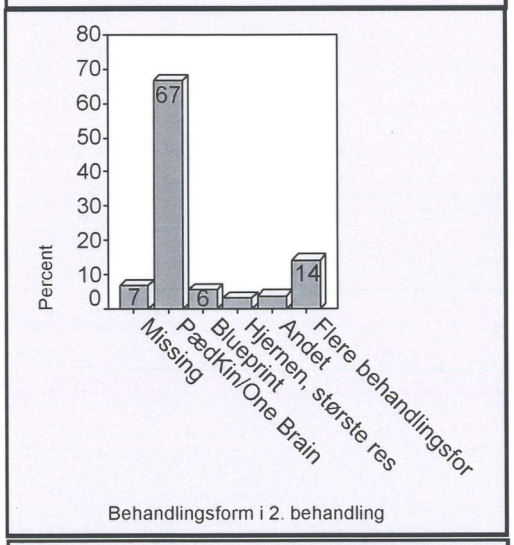
2.8 Behandlingsformer



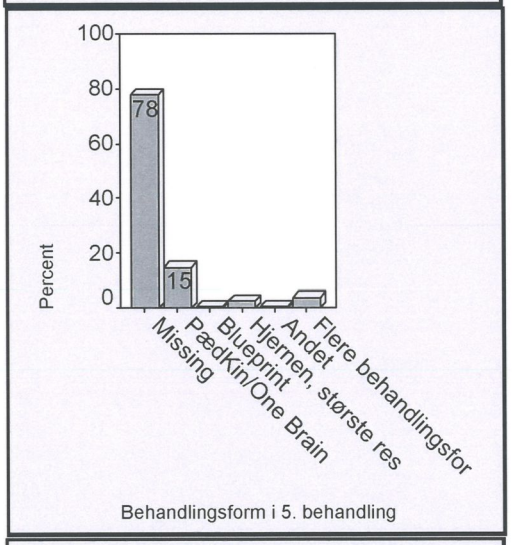
Behandlingsform i 1. behandling



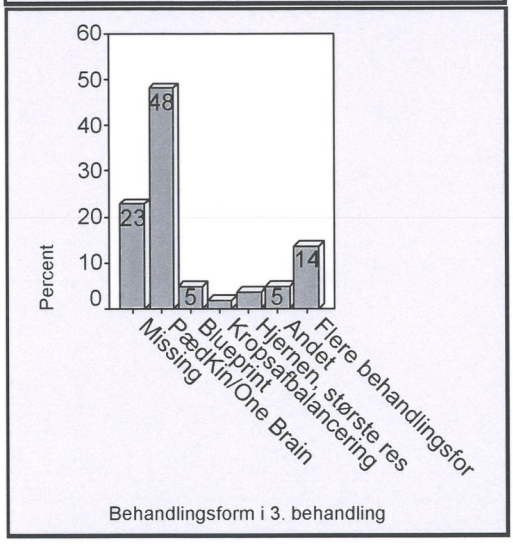
Behandlingsform i 4. behandling



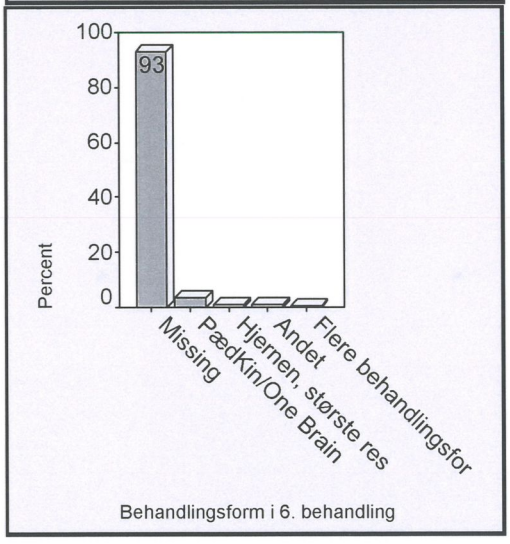
Behandlingsform i 2. behandling



Behandlingsform i 5. behandling



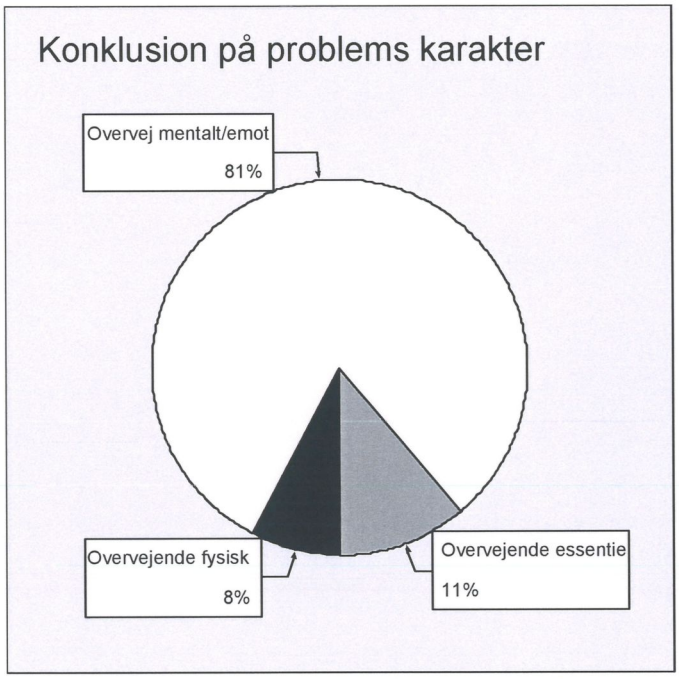
Behandlingsform i 3. behandling



Behandlingsform i 6. behandling

Ovenfor ses diagrammer over hvilke behandlingsformer, der er anvendt i 1. til 6. behandling. Kinesiologerne blev adspurgt om samtlige behandlinger (en enkelt fik ni behandlinger, og en enkelt fik ti). Her vises op til den 6. behandling, da meget få har fået mere end fem behandlinger. Som det ses, er den søjle, som er benævnt "missing", jævnt voksende fra 1. til 6. behandling. Således har kun 7% modtaget en 6. behandling og endnu færre en 7. behandling osv. Og det er som oftest sket, at klienten er kommet til den sidste behandling med 0% NES og 100% PEP, og så er der ikke blevet givet nogen behandling den dag.

2.9 Konklusion på problemets karakter



Konklusion på prob. ift. klients vurdering

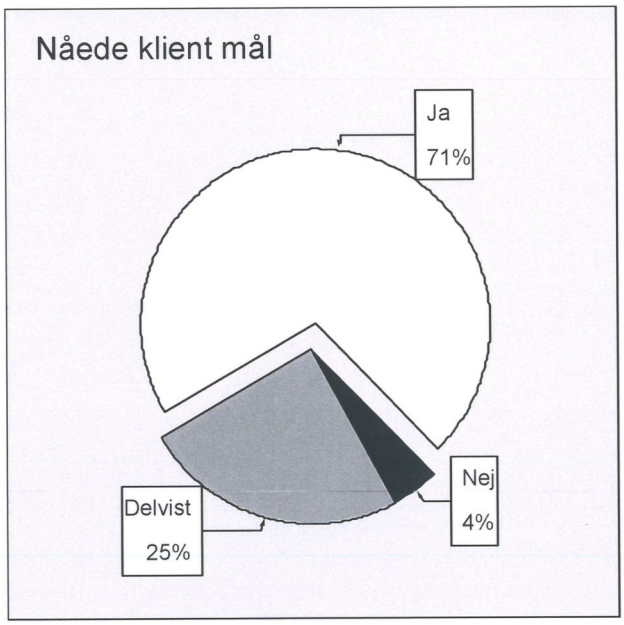
% within Klientens vurdering af problem

		Konklusion på problemets karakter			
		Overvejende fysisk	Overvejende mentalt/emotionelt	Overvejende essentielt/spirituelt	Total
Klientens vurdering af problem	Overvejende fysisk	28,1 %	59,4 %	12,5 %	100,0 %
	Overvejende psykisk		88,9 %	11,1 %	100,0 %
	Både fysisk og psykisk	4,1 %	87,8 %	8,2 %	100,0 %
	Andet		81,0 %	19,0 %	100,0 %
Total		8,0 %	80,4 %	11,6 %	100,0 %

Chi2: 0,000 / Gamma: 0,047

Det væsentligste i denne tabel er, hvorledes der er konkluderet på behandlingsårsagerne, som af klienten var vurderet som overvejende fysiske. Knap 60% af disse har i følge kinesiologen vist sig at være af mental/emotionel karakter. Tendensen kan tolkes som, at behandlingsårsagerne i højere grad opfattes som fysiske/kropslige som udgangspunkt og senere konkluderes som noget emotionelt/mentalt, end at noget mentalt/emotionelt konkluderes som værende noget fysisk/kropsligt.

2.10 Nåede klienten sit mål?



Mål nået ift. klientens køn

% within Klient Køn

		Nåede klient sit mål			
		Ja	Nej	Delvist	Total
Klient Køn	Mand	83,8%	2,7%	13,5%	100,0%
	Kvinde	67,8%	5,0%	27,3%	100,0%
Total		71,5%	4,4%	24,1%	100,0%

Gamma: 0,034

- Her ses, at mandlige klienter tilsyneladende i højere grad opnår deres mål gennem behandlingen.

Mål nået ift. 0% NES ved sidste behandlings start

% within 0% NES ved sidste behandlings start

		Nåede klient sit mål			
		Ja	Nej	Delvist	Total
0% NES ved sidste behandlings start	Ja	76,7%	,8%	22,5%	100,0%
	Nej	54,3%	11,4%	34,3%	100,0%
Total		71,6%	3,2%	25,2%	100,0%

Chi2: 0,002 / Gamma: 0,032

- Der er tilsyneladende sammenhæng mellem, om klienten opnåede 0% NES, og om klienten gav udtryk for at have nået målet med behandlingen. 77% af de klienter, som opnåede 0% NES, nåede deres mål, mod 54% af de klienter, som ikke nåede 0% NES.

Mål nået ift. alder

% within Alder

		Nåede klient sit mål			
		Ja	Nej	Delvist	Total
Alder	Op til 9 år	71,4%		28,6%	100,0%
	10-19 år	83,9%	9,7%	6,5%	100,0%
	20-29 år	86,4%	4,5%	9,1%	100,0%
	30-39 år	66,7%	3,3%	30,0%	100,0%
	40-49 år	62,1%	6,9%	31,0%	100,0%
	50 år og over	60,6%		39,4%	100,0%
Total		71,1%	4,4%	24,5%	100,0%

Gamma: 0,014

- Her ses en tendens til, at yngre klienter (10-29 år) i højere grad har givet udtryk for at have opnået målet med behandlingen, end de ældre (40 år og over). Dog skiller de yngste sig ud (op til 9 år), men dette kan tolkes som udtryk for, at målet/problemet eksempelvis er formuleret i samarbejde med skolen, og derfor er det relativt at vurdere, om klienten har nået et mål, som ikke er hans eget. De ældre klienter har ofte gået med deres problemer i adskillige år, og derfor kan det være vanskeligt at få et godt resultat, dvs. at nå målet helt og fuldt.

Mål nået ift. antal behandlinger

% within 6og derover

		Nåede klient sit mål			
		Ja	Nej	Delvist	Total
Antal Behandlinger	1	33,3%		66,7%	100,0%
	2	52,9%	17,6%	29,4%	100,0%
	3	75,6%		24,4%	100,0%
	4	63,8%	6,4%	29,8%	100,0%
	5	91,7%		8,3%	100,0%
	6 og over	77,8%		22,2%	100,0%
Total		71,4%	3,9%	24,7%	100,0%

Chi2: 0,019 / Gamma: 0,050

- Her ser det ud til, at to grupperinger under antal behandlinger skiller sig ud. Ud af de klienter, som har modtaget én behandling, har hele 67% delvist opnået målet, men kun 33% har nået målet med behandlingen. I gruppen af klienter, som har modtaget fem behandlinger, har hele 92% nået målet, mens 8% har nået målet delvist. Således har gruppen med én behandling den mindste "succesrate" og gruppen med fem behandlinger den bedste. Dette forhold kan dog hænge sammen med andre forhold, da der ikke umiddelbart kan ses nogen relevant årsag til, hvorfor det forholder sig som beskrevet.

3. Opsamling

3.1 Karakteristik af klientgruppe

- Den gennemsnitlige klient er en kvinde på 33 år, som har fået fire behandlinger over en tre måneders periode.

- I forhold til hvordan klienten har vurderet behandlingsårsagen, er den største andel at finde hos den del af klienterne, som vurderer deres "problem" som værende både fysisk og psykisk (38%). Kategorierne "overvejende psykisk" og "overvejende fysisk" repræsenterer hver omtrent en fjerdedel af klienterne. Kun 15% karakteriserer deres problem som "andet".

- Der er to hyppige behandlingsårsager. Den ene er fysiske smerter i knæ, skulder, ryg, hoved m.v. Den anden vedrører indlæring, koncentration og læsning. Disse to grupper repræsenterer omtrent halvdelen af de nævnte årsager til kinesiologisk behandling.

- En tredjedel af klienterne har modtaget behandling for problemet i det etablerede sundhedssystem, og heraf har over halvdelen (57%) opnået delvist positivt resultat.

- I forhold til hvordan behandlingsårsagen er karakteriseret, er det interessant, at de største andele af klienter i aldersintervallet 0-19 år er at finde i kategorien "Andet". Hvis dette sammenholdes med, hvordan behandlingsårsagen er beskrevet i det åbne udsagn, ses det, at stort set alle årsagerne har at gøre med indlæring, læsning og koncentration. Set i forhold til, at 82% af klienterne med en behandlingsårsag i kategorien "andet", har modtaget flere behandlinger end gennemsnittet, samt at en tredjedel af klienterne op til 9 år har modtaget seks eller flere behandlinger, er følgende tolkning nærliggende: Ved aftenmødet med kinesiologerne, blev der givet udtryk for, at indlærings- og koncentrationsproblemer var dominerende i forhold til andre typer problemer. Denne undersøgelse har vist, at dette ikke er tilfældet i forhold til hvor mange klienter, der har hvilke problemer. Men det ser ud til, at klienterne under 20 år, som er blevet behandlet for noget indlærings- eller koncentrationsmæssigt, ikke fylder meget i kinesiologernes bevidsthed, fordi der er mange af dem, men fordi de tager længere tid eller kræver mere arbejde end "gennemsnittet".

- I årene 2000 og 2002 modtog over halvdelen af klienterne tre eller færre behandlinger. De andre år er dette tal under halvdelen.

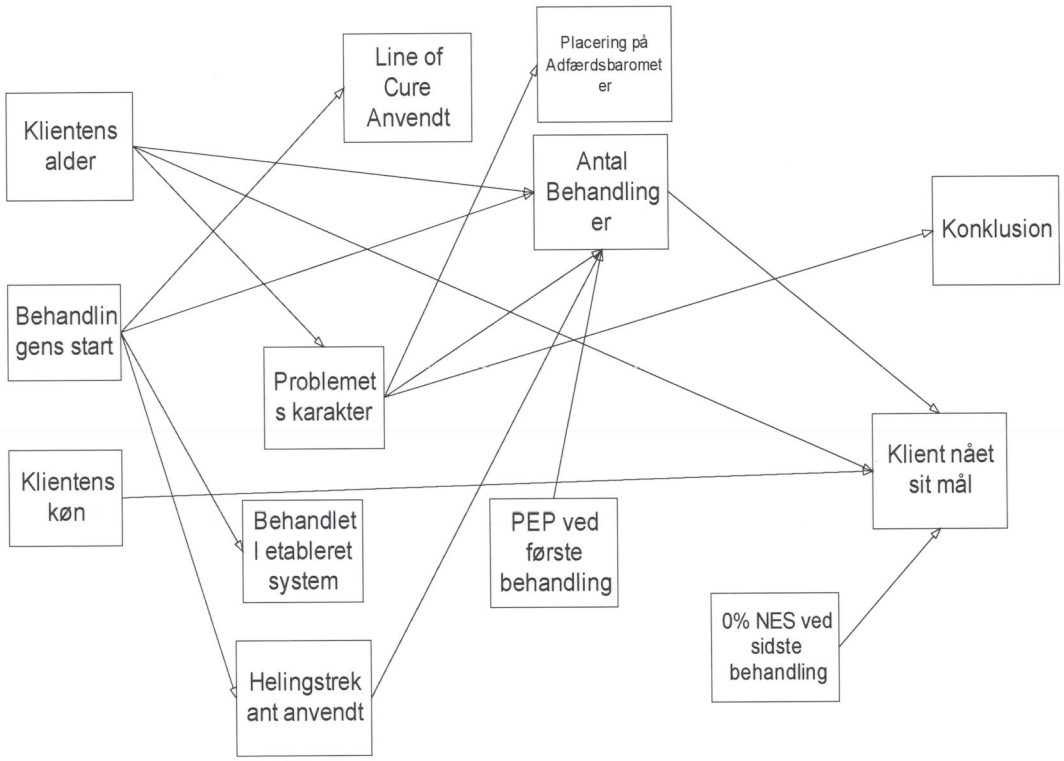
- Andelene af klienter, som har modtaget behandling for deres "problem" i det etablerede sundhedssystem, varierer en del hos de forskellige "årgange". I 1999 havde 21% modtaget behandling hos det offentlige, mod 62% i 1998. Da der ikke blev fundet sammenhænge, som kan forklare dette, kan en sandsynlig tolkning være, at disse forskelle skyldes mere eller mindre tilfældige forskelle i, hvem der er blevet "rekrutteret" som klient de forskellige år.

3.2 Behandling og effekt

- Den gennemsnitlige NES er 56%, og den gennemsnitlige PEP er 73% ved den første behandlings start.
- Der er tilsyneladende en tendens til, at klienter med over 50% PEP ved første behandling har modtaget flere behandlinger end klienter med under 50% PEP.
- Der er lidt flere klienter, som har opnået 100% PEP, end klienter, som har opnået 0% NES (henholdsvis 90% og 78%). Men tallet for klienter, som har fuldført behandlingen, er 95% for PEP og 93% for NES. Dette kan tolkes som, at flere af de klienter, som ikke har fuldført behandlingen (ifølge data), i højere grad har nået 100% PEP end 0% NES.
- Der er tilsyneladende en sammenhæng mellem, om Helingstrekanten blev anvendt og antallet af behandlinger, men det er ikke muligt at bestemme årsagen til dette nærmere.
- I forhold til årstallet for behandlingens påbegyndelse og anvendelsen af Helingstrekanten og Line of Cure er der en vis del af kinesiologerne, som har anvendt disse før de blev introduceret på uddannelsen. Dette skyldes, at der har været enkeltstående kurser i disse og derfor blevet anvendt, før de blev en integreret del af uddannelsen.
- I forhold til placering på Adfærdsbarometeret, blev "Intet valg" valgt flest gange med 31%. I forhold til opdelingen Bevidsthed, Underbevidsthed og Kropsbevidsthed, var 53% af klienterne placeret i "kropsbevidsthed", 37% i "underbevidsthed" og 9% i "bevidsthed".
- Hvilken behandlingsform, som har været anvendt i de forskellige behandlinger af hver enkelt klient, er stærkt domineret af "Pædagogisk kinesiologi/One Brain". Nærmeste "konkurrent" er kategorien "flere behandlingsformer" i sammenbehandling, som ved 2. og 3. behandling repræsenterer 14% af det samlede antal behandlinger.
- Kinesiologernes konklusion på årsagen til behandlingen er i 81% af tilfældene "overvejende mentalt/emotionelt". I forhold til klientens oprindelige vurdering er langt størstedelen senere konkluderet som noget mentalt/emotionelt. 59% af de i følge klienten fysiske problemer er senere konkluderet som mentale/emotionelle problemer. Kun 28% er "forblevet" fysiske problemer.
- Størstedelen af klienterne (71%) gav udtryk for at have nået deres mål, og 25% delvist. Der er dog ikke taget højde for eventuelle nye mål, som blev opstillet i løbet af behandlingen.
- De mandlige klienter (84%) opnåede i højere grad deres mål end de kvindelige (68%).
- Hvorvidt klienten har nået 0% NES har tilsyneladende sammenhæng med, om målet nås. Omtrent tre fjerdedele af de klienter, som nåede 0% NES, nåede deres mål med behandlingen, mod blot lidt over halvdelen af de klienter, som ikke nåede 0% NES.
- Klienter i alderen 10-29 år har i 84-86% af tilfældene nået deres mål. Den aldersgruppe med mindst andel opnåede mål er klienter på 50 år og over, med 61%.
- Antal behandlinger har tilsyneladende en betydning for, om målet blev nået. Dog er det ikke muligt at udlede noget entydigt om, hvorledes dette har betydning.

3.3 Oversigt over sammenhænge

Nedenstående model viser grafisk hvilke sammenhænge, der blev fundet i undersøgelsen. Hver pil illustrerer en sammenhæng. Hvert "sæt" af kasser repræsenterer en af de sammenhænge, som er beskrevet i rapporten. For eksempel har klientens alder betydning for, hvordan der er svaret på spørgsmålet om "problemets karakter", som så igen både har betydning for placering på Adfærdsbarometeret og antal behandlinger. Antal behandlinger har så igen betydning for, om klienten har nået sit mål. På den måde kan det ses eksempelvis hvilke forhold, som har betydning for, om målet blev nået (klientens køn, 0% NES, klientens alder og antal behandlinger).



Modellen kan også give et praj om indirekte sammenhænge eller skjulte sammenhænge, som undersøgelsen ikke kan svare på i sig selv, da der kun er foretaget såkaldte 2-vejs krydstabuleringer grundet den relativt lille datamængde. Hvis man eksempelvis ser på de tre forhold: klientens alder, problemets karakter og antal behandlinger, ses det at disse tre er "bundet sammen" statistisk. Selvom alder har betydning for antal behandlinger, kan den sammenhæng være indirekte, dvs. at der er et ekstra bindeled mellem alder og antal behandlinger. Dette led kan være problemets karakter, således at sammenhængen mellem alder og antal behandlinger består i, at klientens alder har betydning for, hvilken karakter problemet har, hvilket igen har betydning for, hvor mange behandlinger der "skal til". På den måde er pilen mellem alder og antal behandlinger muligvis ikke reelt udtryk for en di-

rekte sammenhæng mellem disse to forhold. Det vil blandt andet kræve en del kinesiologisk indsigt at tolke, i hvilket omfang de enkelte sammenhænge rent faktisk afspejler virkeligheden, eller om der er forhold, som spiller ind, som der ikke er taget højde for i denne undersøgelse. Et eksempel på en sammenhæng, hvor der sandsynligvis spiller andre forhold ind end dem, som er inkluderet i denne undersøgelse, er sammenhængen mellem klientens køn, og om målet blev nået. Her kunne det sagtens tænkes, at andre forhold spiller ind. Det kunne være oplagt at formode, at årsagen til, at klienten har fået behandling, i et eller andet omfang er kønsbetinget, selvom der ikke blev fundet sammenhænge i den retning. Dette kan skyldes den relativt lille mængde data kombineret med det lille antal mandlige klienter.

I forhold til sammenhængen mellem 0% NES ved sidste behandling kan sammenhængen tolkes som værende "begge veje". Bevidstheden om at have nået målet kan tænkes at have indflydelse på NES i sig selv.

4. Konklusion

Efter endt gennemgang af undersøgelsens resultater kan der nu konkluderes på, hvad undersøgelsen viser, herunder hvorledes svarene i de enkelte spørgsmål hænger sammen, hvorledes disse sammenhænge kan tolkes, samt hvad resultaterne i deres helhed kan fortælle om de forhold, som spørgsmålene dækker over. Det er relevant at skelne mellem, hvad undersøgelsen viser, og hvad den IKKE viser. Herunder konkluderes først på, hvad undersøgelsen viser, og derefter hvad den ikke viser. Herefter kan der endeligt konkluderes på de beskrevne mål, som er præsenteret i indledningen. De konkrete resultater kan læses i opsamlingen.

Undersøgelsen viser:

- Hvorledes klientgruppen på Dansk Pædagogisk Kinesiologiskole har været sammensat i forhold til køn, alder, behandlingsårsag osv. siden 1997 (se opsamlingen).
- At der er to store "typer" af årsager til den kinesiologiske behandling, som sammenlagt repræsenterer omtrent halvdelen af klienterne, hhv. fysiske smerter og indlæring/koncentration.
- At der er tendens til, at behandlingsårsagerne generelt konkluderes som værende emotionelle.
- At den kinesiologiske behandling har effekt i forhold til afdækning og erkendelse af dybere liggende årsager til de umiddelbare problemer, som klienterne har med til den første behandling, samt nedbringelse af NES og opbringelse af PEP.
- At betydningen af PEP og NES i forhold til antallet af behandlinger og opnåelse af målet ikke er entydig: 1) Jo højere PEP ved første behandling, desto flere behandlinger, men PEP har ikke betydning for opnåelse af målet. 2) Til gengæld har NES ikke betydning for antallet af behandlinger, men derimod betydning for opnåelse af målet. 75% af klienter med 0% NES nåede målet, mod 50% af dem som *ikke* havde 0% NES ved behandlingens afslutning.
- Klienter, som enten er mænd eller mellem 10-29 år, har hyppigst opnået målet for behandlingen. Dog formodes det, at der er andre forhold, som spiller ind, som ikke er afdækket her.
- Klienter under 20 år, som er blevet behandlet for noget indlærings- eller koncentrationsmæssigt, kræver typisk længere behandling end andre grupper, men er ikke nogen dominerende gruppe i forhold til mængden af klienter med disse karakteristika.
- At der er grund til at formode, at der er sammenhæng mellem Annemarie Goldschmidts krav til de studerende om at anvende behandlingsformen Pædagogisk Kinesiologi/One Brain (PK/OB) ved første behandling, og at 81% af klienternes problemer blev konkluderet af kinesiologerne som værende emotionelle/mentale, da PK/OB netop vægter det emotionelle, kombineret med det svære i at adskille det emotionelle/mentale fra det essentielle/spirituelle. Når disse kategorier er svære at adskille, er det jo netop interessant, og næppe tilfældigt, at så mange har konkluderet emotionelt (se nærmere under perspektivering).

Undersøgelsen viser IKKE:

- En repræsentativ klientgruppe ift. anvendelse af kinesiologisk behandling generelt, da klienterne i et uvist omfang er blevet opsøgt af den enkelte kinesiolog.
- En pålidelig inddeling af behandlingsårsagerne ud fra opdelingen fysisk - psykisk - andet. Svarene i denne opdeling må antages at være mere eller mindre påvirket af klientens møde med kinesiologen, og svarene dækker ikke udelukkende, hvad klienten selv "har med". Derfor tilrådes en vis skepsis i forhold til svarene på dette spørgsmål. Den væsentligste årsag til dette forhold er, at det må betegnes som tvivlsomt er, at en væsentlig andel af umiddelbart

fysiske symptomer (hovedpine m.v.) er placeret andre steder end kategorien "overvejende fysisk". Det må være rimeligt at antage, at kinesiologen har medvirket til erkendelse af underliggende stress-forhold og dermed også klassificeringen af eksempelvis hovedpine som noget psykisk eller både fysisk og psykisk.

- Om valg af andre behandlingsmetoder end PK/OB havde medført kortere eller længere behandlingsforløb.
- At kinesiologerne har større succes med behandlingen af de klienter, som har modtaget behandling i det etablerede system, end det etablerede system selv. For at sammenligne dette skal man have et repræsentativt udsnit af klienter fra det etablerede system. Der kan altså ikke generaliseres ud fra spørgsmålet om behandling i det etablerede system.
- At klienter med emotionelle problemstillinger befinder sig på det underbevidste niveau ifølge de specialestuderende.

4.1 Projektansøgerens konklusion

Udover ovenstående konklusion på de statistiske fund og sammenhænge samt oversigterne over, hvad undersøgelsen viste og ikke viste, vil det være rimeligt at afrunde med at konkludere mere "kinesiologisk" i forhold til dette forprojekts titel og målsætning.

Projektets titel var:

> "Beskrivelse af en målorienteret og løsningscentreret kinesiologisk test og afbalancering samt en oversigt over den aldersmæssige, kønsmæssige og problemmæssige fordeling i en population på 138 klienter/brugere."
>
> Projektet blev planlagt som **basis** for en uddybende forskning, der **beskriver klienters/brugeres erfaringer med kinesiologisk test og afbalancering (behandling).**
>
> Projektgruppens størrelse blev, efter at projektbeskrivelsen var udarbejdet, ændret fra 138 til 168 personer. Årsagen hertil er, at endnu nogle specialer blev skrevet af de studerende på Dansk Pædagogisk Kinesiologiskole. Projektgruppen omfattede klienter med forskellige former for reaktioner (fysiske, emotionelle og mentale) på negativt følelsesmæssigt stress.
> Målsætningen var at se denne gruppes sammensætning i køn og alder, arten af stressbehæftede problemstillinger samt tidsforbrug til arbejdet med opnåelse af frihed for negative emotionelle stress-reaktioner.

Det har været tilfredsstillende at få et overblik over populationens sammensætning og fordeling på køn og alder, og det har været spændende at se, hvilke problemstillinger, klienterne har henvendt sig med, samt hvor stort tidsforbruget og behandlingsperiodens længde har været.
Undersøgelsen viste, at klienterne gennemsnitlig fik 3,87 afbalanceringer hos kinesiologen i forbindelse med det problem, de henvendte sig med. Ser man på dette tal i et økonomisk perspektiv, og tager man udgangspunkt i at en kinesiologisk test og afbalancering gennemsnitlig koster 500 kr., så ville det betyde en gennemsnitlig udgift for en klient på 1.900-2.000 kr.

Undersøgelsen viste også, at det i store træk holder stik, når man som kinesiolog siger til klienterne, at de – for at opnå et mærkbart og måleligt resultat – skal regne med et sted mellem tre og fem afbalanceringer. I to af de seks årgange har flertallet endda kunne nøjes med højst tre behandlinger.

Ligeledes viste undersøgelsen, at der var en sammenhæng mellem opnåelsen af stressfrihed i forbindelse med det fastsatte mål og klientens egen oplevelse af at have nået målet, dvs. at have opnået den ønskede forandring, det være sig af fysisk, emotionel, mental eller spirituel/essentiel art.
Menneskers evne til at tilpasse sig de arbejdsmæssige, familiemæssige og miljømæssige situationer bliver ofte sat på en hård prøve i dagens Danmark. Ofte forandres oplevelsen af *udfordringer* til en oplevelse af *belastninger*. Disse belastninger giver stress-reaktioner af forskellig art, og det er ikke belastningen i sig selv, som er problemet, men det er menneskets reaktioner. Det har set med kinesiolog-øjne været interessant at se, at årsagerne til henvendelserne til kinesiologen for halvdelens vedkommende var fysiske eller havde med indlæring eller koncentration at gøre, og at kinesiologen har været medvirkende til at afdække underliggende stressforhold af emotionel art. Løsningen på problemet har ofte været at erkende det emotionelle aspekt og at give udtryk for disse emotioner og følelser.
I en skrivelse til medlemmerne af Folketingets uddannelsesudvalg fra Direktoratet for Folkeskolen (dateret 7. marts 1990) blev Pædagogisk Kinesiologi (PK/OB) accepteret som "en metode, der kan anvendes sideløbende med andre pædagogiske metoder". Det er på denne baggrund, at den enkelte studerende og specialeskriver på Dansk Pædagogisk Kinesiologiskole er blevet bedt om at anvende et specifikt PK/OB-testskema i starten af arbejdet med klienterne. Testene i dette skema har at gøre med så simple hverdagsfunktioner som at læse og skrive, at se, at høre, at bevæge sig, og at tale, foruden med kropsholdning, med basal ernæring (bl.a. vandbalance) og med følelser relateret til målsætningen.

Det kan diskuteres, om den kendsgerning, at testskemaet fra PK/OB er blevet anvendt fra starten af arbejdet med klienterne, har fået kinesiologerne til at anskue så mange af klienternes fysiske og mentale problemstillinger som værende emotionelle, eller om det forholder sig således, at hovedparten af vore stress-reaktioner har sin rod i, at så mange følelser bliver undertrykt og derfor først dukker op til overfladen via den kinesiologiske muskeltest (monitorering), som jo bringer reaktionsmønstre gemt i Underbevidstheden og Kropbevidstheden op til overfladen.

Undersøgelsen gav også til resultat, at der kunne vises sammenhænge, som det ikke havde været tanken at undersøge fra projektets start. Måske vil det være værdifuldt i et sundhedsmæssigt og samfundsmæssigt perspektiv at få disse sammenhænge nærmere belyst i et videre projekt. Ligeledes kunne det se ud som om, dette forprojekt virkelig HAR opfyldt det sidste punkt i målsætningen: "at danne **basis** for et mere dybtgående arbejde med at beskrive klienters/brugeres erfaringer med kinesiologisk test og afbalancering".

5. Perspektivering

Herunder beskrives perspektiver og problemstillinger, som er dukket op i løbet af denne undersøgelse. Disse kan ses som væsentlige punkter til en videre undersøgelse, som med fordel både kunne undersøges kvalitativt og kvantitativt.

- En lignende undersøgelse baseret på studerende fra Dansk Pædagogisk Kinesiologiskole skal, for at kunne generaliseres, tage højde for det repræsentative i rekrutteringen. Det vil sige, at man bør forholde sig kritisk til selve rekrutteringen. Ud over, at visse kinesiologer vil rekruttere i forhold til en eventuel specialisering eller interesse, er det yderst problematisk, hvis klienten kender den kinesiolog, som skal behandle vedkommende. Klienten kan tænkes at være ambivalent i forhold til sin egen behandling på den ene side og kinesiologens succes på den anden side.

- I forlængelse af ovenstående bør det undgås, at kinesiologen svarer på klientens vegne, ved eksempelvis at vurdere om klienten gav udtryk for at have nået sit mål.

- Der bør skelnes skarpt mellem data indhentet direkte fra klienten og data, som kinesiologen har indhentet fra klienten, som dermed bliver til kinesiologens egne data. Ud over, at dette ville gøre det muligt at se, hvad klienten har med "hjemmefra", det vil sige før mødet med kinesiologen, ville det også gøre det muligt at undersøge, hvilken indvirkning kinesiologen har på klienten i form af erkendelse, sygdomsopfattelse, vejen til bedring osv. osv.

- I forbindelse med at klassificere behandlingsårsagen, uanset hvilke kategorier der anvendes, bør det på forhånd gøres klart, hvilke kategorier der repræsenterer hvad. Eventuelt kunne behandlingsårsagen undersøges kvalitativt og herefter kategoriseres af så få personer som muligt for at sikre en homogen kategorisering.

- I forbindelse med behandlingsårsagen kunne det være relevant at have en opdeling mellem eksempelvis akutte og langvarige lidelser.

- Der bør skelnes mellem, om klienten nåede de mål, som blev opstillet i løbet af behandlingen, og om klienten blev fri for de symptomer, som var den oprindelige behandlingsårsag. Således bør der i en videre undersøgelse indgå flere spørgsmål vedrørende oprindelige og nye mål, herunder delmål. Dette gør det muligt at sammenligne med det etablerede system i forhold til succes med "helbredelse". Eventuelle mål, som opstår i løbet af selve behandlingen, kan ikke sammenlignes med det etablerede system, da disse ikke er sammenlignelige.

- Valget af behandlingsform bør være frit for på den måde at undersøge, hvilken betydning valget af behandlingsform har for kinesiologens vurdering af klientens problem og dermed vejen til helbredelse. Selvom en kinesiolog vil påberåbe sig åbenhed i forhold til klienten i forhold til, at det er klienten, som "fortæller" gennem eksempelvis muskeltest, kan det ikke udelukkes, at denne proces er farvet af kinesiologen. Det forhold, at kinesiologerne i denne undersøgelse som udgangspunkt har "anskuet" klienten i en emotionel kontekst (PK/OB) og samtidig i meget høj grad har konkluderet problemerne som emotionelle, er sandsynligvis ikke tilfældigt. Derfor bør det undersøges, hvorledes kinesiologen vælger behandlingsform og dermed også, hvordan kinesiologen vurderer klientens problem. Ligeledes ville frit valg

af behandlingsform gøre det nemmere at sammenligne de enkelte behandlingsformers "udbredelse" og anvendelsesområder.

- Selve relationen mellem klient og kinesiolog bør studeres. Kinesiologien er et selvrefererende system af mening, eller en bestemt måde at forstå verden på, og dette kan ikke undgå at "smitte af" på klienten. Hvis eksempelvis kinesiologen arbejder indenfor en emotionel kontekst og formidler sine "fund" til klienten, kan dette ikke udelukkes at have indvirkning på klientens opfattelse af sig selv og sit "problem" på den måde, at klienten udvikler en emotionel forståelse af problemet. Dette forstærkes ved, at kinesiologen i selve behandlingssituationen er en naturlig autoritet. Desuden stiller kinesiologen på sin vis spørgsmål til klienten ved hjælp af muskeltests. Dette er en tovejs kommunikation, selvom kinesiologen vil sige, at det handler om at "lytte" til klienten. Vigtigheden af at undersøge relationens betydning skal også ses i lyset af den mangfoldighed af problemer og meget seriøse problemstillinger, som kinesiologerne i denne undersøgelse beskæftiger sig med.

- Selve kinesiologernes opfattelse af kinesiologien som "system" samt kinesiologernes menneskesyn bør i høj grad undersøges, hvis kinesiologien skal vinde anerkendelse videnskabeligt set. Der bør stilles spørgsmål til kinesiologernes "objektivitet" i behandlingssammenhæng. Når kinesiologen stiller klienten et "spørgsmål" vha. en muskeltest, er svaret udtryk for en kinesiologisk sandhed ud fra et kinesiologisk verdensbillede. I en videnskabsteoretisk sammenhæng er det værdifrihed, som bør sættes i fokus. Videnskabsteoretisk er værdifrihed et ideal, som aldrig kan nås fuldt ud, og ikke skal nås. Derfor er vejen til anerkendelse af kinesiologi som behandlingsform nødsaget til at forholde sig til problemet med værdifrihed. Første skridt må være at erkende, at 100% værdifrihed ikke kan/skal opnås i praksis. Kinesiologer er jo kun mennesker, og at tro, at dette ikke spiller ind på behandlingen og relationen med klienten, kan ses som en væsentlig hindring i forhold til at "tage kampen op" med det etablerede sundhedssystem. Derfor bør det undersøges, i hvilket ***omfang*** kinesiologisk behandling er en objektiv proces, og ikke ***om*** kinesiologi er en objektiv proces.

- Det bør undersøges, i hvilket omfang klienterne forbliver symptomfrie efter afsluttet behandling.

ANDEN DEL

Projektbeskrivelse
Af cand. scient. soc. VIBEKE JØRGENSEN

Projektets titel:

Patienterfarede virkninger af
Professionel Praktiseret Kinesiologi i Danmark

Patienterfarede virkninger af

Professionel Praktiseret Kinesiologi i Danmark

1. Introduktion

Indledning

Det foreslåede projekts sigte er at øge kendskabet til professionelt praktiseret kinesiologis udbredelse i Danmark, de virkninger der erfares af klienterne og klienternes generelle tilfredshed med behandlingen samt at søge at forstå, hvorfor nogle klienter erfarer symptomlettelser og andre ikke. Et sekundært mål er at undersøge, om behandleres og klienters vurderinger af behandlingsforløb er forskellige[1].

På verdensplan findes der i dag omkring 50 forskellige kinesiologiske metoder, der anvender "muscle testing kinesiology" (www.kinesiology.net). De former for kinesiologi, der er i fokus i denne undersøgelse, er de, der undervises i på Dansk Pædagogisk Kinesiologiskole v/ Annemarie Goldschmidt. På skolen undervises i fem kinesiologiformer: One Brain, Pædagogisk Kinesiologi, Blue Print, Touch for Health og Hjernen – vores største ressource. De færdiguddannede kinesiologer fra denne skole får titlen Professionel Praktiserende Kinesiolog (hvilket i denne projektbeskrivelse forkortes til PPK'er). De kinesiologiformer, der undervises i på skolen, benævnes i det følgende Professionel Praktiseret Kinesiologi (PPK for nemheds skyld), idet de PPK'er ikke selv opererer med nogen fællesbetegnelse[2]. Når der tales om kinesiologi eller 'kinesiologi bredt set' henføres til samtlige de eksisterende kinesiologiformer på verdensplan.

Projektet vil bygge på en kvalitativ forundersøgelse, en kvantitativ forløbsundersøgelse, retrospektive interview med behandlere og klienter samt telefoniske opfølgningsinterview med klienter.

2. Baggrund og relevans

Eksisterende viden

Udbredelse

En undersøgelse af Launsø viser, at i 1991 havde 0,7% af voksenbefolkningen i Danmark anvendt kinesiologi som den sidst anvendte alternative behandlingsform, svarende til 3% af den del af befolkningen, der havde anvendt alternativ behandling. Det ligger på niveau med den andel, der har anvendt henholdsvis homøopatisk medicin eller healing (Launsø 1996:37).

---

[1] Cand.scient.soc. Louise Rønnov, cand.mag. i kultursociologi Eva Brendstrup og skoleleder for Dansk Pædagogisk Kinesiologiskole har fungeret som at supervisere på projektbeskrivelsen.

[2] Foreningen Danske Kinesiologer optager medlemmer fra fire kinesiologiuddannelser i Danmark: Biokinesiologuddannelsen, Dyrekinesiologuddannelsen, Transformationskinesiologuddannelsen samt uddannelsen til Professionel Praktiserende Kinesiolog (www.kinesiologi.dk).

En litteratursøgning i MedLine og bibliotek.dk samt samtaler med skoleleder Annemarie Goldschmidt viser, at der kun er foretaget en lille håndfuld undersøgelser af kinesiologi i Danmark og alle er relativt små og ikke særligt dybdegående. Af de par undersøgelser, der findes, omhandler kun en enkelt PPK[3].

Brugerprofiler og virkninger

Ser vi på kinesiologi i bred forstand, har antropolog Helle Johannessen (1994:88, 186ff) bl.a. beskrevet, hvordan et behandlingsforløb indenfor biokinesiologisk behandling finder sted ud fra observationer af ca. 70 behandlinger. Og hun har beskrevet, hvordan den biokinesiologiske behandlingsmodel ser ud. På baggrund af strukturerede interview med 76 klienter, konkluderer hun, at 76% af disse er kvinder, den aldersgruppe, der er hyppigst repræsenteret, er de 40-49 årige, funktionærer er den største erhvervsgruppe hos kinesiologerne, og hovedparten modtager mellem én og fire behandlinger. De tre mest udbredte helbredsproblemer, som klienterne kom for at få løst, var: Psykisk stress, smerter i muskulatur og problemer med åndedræt eller allergi[4]. 17% erfarede en helbredelse af deres primære helbredsproblem, 5% blev symptomfri, 39% erfarede en lindring, 30% erfarede ingen virkning, 3% svarede ved ikke, og 5% kom ikke for at få behandlet en lidelse[5]. 76 klienter er ikke meget til evaluering af virkningen af én behandlingsform i og med, at klienterne kommer med alle hånde problemer.

Der er desuden foretaget en lille kvalitativ undersøgelse omhandlende klienterfarede virkninger af kinesiologi på allergi byggende på otte klienter fra én kinesiolog. Denne viste et blandet billede. Klienter diagnosticerede i det etablerede system, der anvender kinesiologi sideløbende med etableret behandling, erfarer ingen virkning af behandlingen. Klienter, der kun anvender kinesiologisk behandling, og som enten er diagnosticerede eller ikke diagnosticerede trods lægelige undersøgelser, erfarer derimod alle en virkning af behandlingen (dvs. en symptomlindring) – og kobler denne til den kinesiologiske behandling (Hoffmeister 1995)[6].

Launsø (1996:55) har endvidere i 1991 foretaget en mindre kvantitativ undersøgelse af brugererfarede virkninger af forskellige alternative behandlingsformer, herunder kinesiologi bredt set. Da kun ni personer i undersøgelsen ud af de 209, der havde anvendt alternativ behandling, havde anvendt kinesiologi, er det ikke muligt derudfra at sige noget om, hvor stor en procentdel af de, der opsøger kinesiologi i Danmark, der bliver helbredt eller føler sig hjulpet. Hvad undersøgelsen dog kan vise er, at af de ni personer føler nogle sig helbredt, andre hjulpet og andre igen erfarer ingen virkning.

---

[3] Der er foretaget en del undersøgelser af Applied Kinesiology især i udlandet jvf. MedLine, men dette er en kinesiologiform, der kun må anvendes af læger, kiropraktorer og lignende og adskiller sig fra de kinesiologiformer, der er i centrum i denne undersøgelse (se afsnittet om PPK).

[4] Indenfor zoneterapi (som indgik i samme undersøgelse) var det derimod smerter i muskulatur, mave/fordøjelse og åndedræt/allergi, og indenfor biopati hudeksem og åndedræt/allergi, der var de mest udbredte helbredsproblemer, der ønskedes løst (Johannessen 1994:190).

[5] Virkningsbilledet indenfor biopatien var nogenlunde det samme, mens succesraten indenfor zoneterapi var lidt større idet 9% erfarede, at de blev helbredt, 22% symptomfri, 45% erfarede en lindring, 8% ingen virkning, og 16% svarede ved ikke. Det vides ikke om forskellene kan betragtes som signifikante og der konkluderes ikke på årsagen til disse forskelle (Johannessen 1994:192).

[6] I undersøgelsen konkluderes det, at de, der ikke har erfaret en virkning af behandlingen, ikke har samme sygdomsforståelse som kinesiologen, mens de, der *har* samme sygdomsforståelse, erfarer en virkning. De, der ikke har erfaret en virkning, er desuden alle ophørt med behandlingen efter meget få konsultationer. Der blev forsøgt gennemført en spørgeskemaundersøgelse, men da der kun blev opnået besvarelse fra 20 kinesiologiklienter, måtte det opgives at lave signifikanstests på denne (ibid).

Der er også foretaget en lille kvalitativ undersøgelse af et område som læsevanskeligheder hos børn. 28 børn med svære læsevanskeligheder deltog. De 28 modtog alle specialundervisning nogle timer om ugen på en folkeskole. Heraf blev 14 testet og afbalanceret med PPK som del af deres specialundervisning, og 14 modtog kun den sædvanlige specialundervisning[7]. Undersøgelsen indikerer, at den type kinesiologi, der foreslås undersøgt, kan have en effekt, idet "*lidt over en tredjedel af eleverne i forsøgsgruppen har gjort større fremskridt i læsefærdighed som helhed end noget barn i kontrolgruppen.*" Undersøgelsen viste også, at "*den pædagogiske kinesiologiske testning og afbalancering samt de dertil hørende øvelser har øget elevernes selvtillid, gå-på-mod og motivation. Eleverne er blevet gladere, mere oplagte og har fået mere lyst til at læse*" (Goldschmidt og Hesselholdt 1989:5)[8].

3. Resultater fra egne forundersøgelser

Indledning

Idet der er lavet så få undersøgelser af kinesiologi i Danmark og ingen totalundersøgelse om PPK, har vi foretaget to mindre forundersøgelser af PPK for at finde frem til hvilke metoder og problemfelter, der er relevante at henholdsvis anvende og undersøge.

Resultater fra første forundersøgelse

Den første forundersøgelse bygger på specialer skrevet af 28 specialestuderende fra Dansk Pædagogisk Kinesiologiskole, som hver har behandlet seks klienter som led i deres specialeskrivning. Datakørsler er foretaget af stud.scient.soc. Lars Haase, og projektet er designet og initieret af skoleleder Annemarie Goldschmidt. Behandlingen har været gratis for klienterne, og de studerende har både selv opsøgt deres klienter og annonceret efter klienter. Det er de studerendes vurderinger og deres vurderinger af klienternes udsagn, nedenstående konklusioner er udtryk for.

Undersøgelsen viser følgende:

- Gennemsnitsalderen for klienterne er 33 år.
- Klienterne får i snit 3,87 behandlinger hos den PPK.
- De er i snit i behandling i 2,9 måneder.
- 37% er blevet behandlet i det etablerede sundhedssystem for det problem, de opsøger den PKK med, 63% er ikke blevet behandlet.
- Klienterne havde i snit 56% NES og 73% PEP ved behandlingsstart[9].
- 78% af klienterne (inkl. de som ikke fuldførte behandlingen) havde 0% NES ved sidste behandling, og 22% havde stadig noget NES. 90% havde 100% PEP, og 10% havde under 100% PEP.
- 93 af klienterne (ekskl. de som ikke fuldførte behandlingen) havde 0% NES ved sidste behandling, og 7% havde stadig noget NES. 95% havde 100% PEP, og 5% havde under 100% PEP.
- 71% af klienterne havde ved sidste behandlingssession nået deres mål, 25% havde delvis nået målet, og 4% havde ikke nået målet ifølge den PPK.

---

[7] Se afsnittet om PPK for en redegørelse for, hvad afbalancering er.

[8] Anne-Marie Skjoldager (1999) har endvidere skrevet speciale på Danmarks Lærerhøjskole om brugen af pædagogisk kinesiologi. Undersøgelsen baserer sig på én case.

[9] Se afsnittet om PPK for en forklaring af begreberne PEP og NES.

Resultater fra anden forundersøgelse

Den anden forundersøgelse er gennemført af cand.scient.soc. Vibeke Jørgensen som led i dennes arbejde med projektbeskrivelsen. Formålet med undersøgelsen var at få et hurtigt overblik over en række forhold, som er vigtige at have indsigt i, når man skal finde frem til, hvad der kan være interessant og ikke mindst er muligt at undersøge. Denne forundersøgelse bygger på en lille spørgeskemaundersøgelse blandt PPK'er uddannet i perioden 1997 til og med 2002 på Dansk Pædagogisk Kinesiologskoles afdeling i København[10]. Skemaerne blev udsendt til de 29 PPK'er, som var færdiguddannede senest februar 2003. Disse blev bedt om at fortælle retrospektivt om deres indtag af klienter etc. i perioden 1. februar 2002 til og med 31. januar 2003. 20 PPK'er besvarede skemaet. Undersøgelsen viste følgende:

- Én af dem, der har svaret, er uddannet i 1997, tre i 1998, fire i 1999, fire i år 2000, to i år 2001 og seks i år 2002.
- 16 af de 20 har haft klienter i hele eller en del af perioden.
- Af de 16 arbejdede fire på fuld tid som PPK'er og 12 på deltid.
- Tre arbejdede med PPK i skolevæsenet, 14 havde egen praksis, én arbejdede privat, to hjemme hos folk, én på kurser og én på et behandlingscenter[11]. Det vil sige at flere arbejdede med PPK mere end ét sted.
- I gennemsnit var 34% af de PPK'ers klienter børn og unge til og med 17 år og 66% voksne.
- Klienterne kom i gennemsnit 3,8 gange hos den PPK, før de stoppede (evt. som færdigbehandlede ifølge den PPK). Tallet svarer fuldstændigt til resultatet fra første forundersøgelse.
- De 16 aktive PPK'er har i alt haft 847 klienter i perioden[12], hvilket giver et snit på 56 klienter pr. aktiv PPK. Der er meget stor forskel på hvor mange klienter, de enkelte PPK'er har. Nogle meget få hiver gennemsnittet gevaldigt op. Således havde ti af de 16 PPK'er mellem 1 og 29 klienter i året. Heraf fire 1-9, tre 10-19 og tre 20-29. To havde mellem 30 og 49 klienter, én mellem 50 og 99, én mellem 100 og 199 og to minimum 200.
- Fire PPK'er svarede, at deres typiske klient gik hos dem maksimalt en uge, før de stoppede, otte svarede, at den typiske klient gik hos dem mellem 1 og 3 måneder, fem svarede mellem 4 og 6 måneder, én mellem 7-12 måneder og én over 2 år. Der er således meget stor variation på klientforløbets varighed de enkelte PPK'er imellem, men den typiske klient går mellem 1-3 måneder. Det svarer nogenlunde til resultatet fra første forundersøgelse.
- De PPK'er angiver, at 566 klienter efter deres vurdering 'gennemførte et helt behandlingsforløb' forstået som arbejdet med ét mål, mens 133 klienter afbrød før tid. 148 må således antages stadig, at have været i behandling 31. januar 2003.
- Ifølge de PPK'er kommer klienterne for at få løst en lang række problemer. I spørgeskemaet blev de PPK'er bedt om at angive hvilke problemer og hvor mange klienter, de havde haft med hvert problem. De PPK'er anvender meget forskellige betegnelser for de problemer, de synes klienterne kommer for at få løst, og det er ikke altid muligt entydigt at fortolke, hvad der ligger i de ord der anvendes, så som 'nervøst hjerte', 'jobstart', 'mange kropslige symptomer', 'graviditetsønske' m.v. Det er også umuligt at sige, om problemet er psykisk og/eller fysisk betinget eller af psykisk og/eller fysisk art, eller som de PPK'er ville sige: af fysisk, kognitiv/emotionel eller essentiel art. Undersøgelsen tyder dog på, at klienterne oftere kommer med problemer, som alternativt mere kunne tænkes løst af en psykolog end af en

[10] Dansk Pædagogisk Kinesiologiskole har også afdelinger i Jylland og på Fyn, men der er endnu ikke færdiguddannede elever herfra.

[11] Med center menes et sted, hvor der også arbejder behandlere fra andre områder, så som akupunktører eller zoneterapeuter.

[12] Disse kan enten have påbegyndt behandling i perioden eller være i gang med behandling påbegyndt før januar 2002.

alment praktiserende læge, eller som læger måske har givet op overfor at løse. De PPK'er synes endvidere kun at have ganske få klienter, som kommer for at få behandlet dødelige sygdomme. De problemer børn oftest opsøger de PPK'er med er: indlæringsproblemer (152) lav selvtillid (100) og allergi (36). For voksne er det: stress (112), personlig udvikling/øget livsglæde (41) og psykiske problemer (36)[13].

4. Kritik og konsekvenser af forundersøgelserne

Kritik af første forundersøgelse

Behandlingen har været gratis, og klienterne har enten selv henvendt sig til den studerende eller er blevet opfordret til at medvirke, hvorfor resultaterne ikke kan siges at kunne bruges til at sige noget om 1) hvem der generelt opsøger PPK'er i Danmark og betaler for behandlingen 2) hvilke virkninger der erfares af klienter, der søger PPK'er, som er færdiguddannede, og hvoraf nogle har nogle års erfaring 3) klienternes vurderinger af behandlingen, herunder om de har nået målet med behandlingen.

Vurderingen af, om klienten mener at have nået målet med behandlingen, er en form for data, som burde indhentes direkte fra klienten. Data som eksempelvis PEP og NES er kinesiolog-data, ligesom placering på Adfærdsbarometeret. Ved at have adskilt disse to former for data, ville det have været muligt at undersøge selve interaktionen mellem klient og kinesiolog, herunder ændringer i forhold til målet for behandlingen og ændringer i målet. Ovenstående, kombineret med at kinesiologerne i en vis forstand er blevet bedt om at "vurdere" deres egen indsats, er principielt problematisk. Selvom kinesiologerne ikke formodes at "pynte" på egne data, bør disse blive betragtet kritisk, da det metodisk set ikke kan udelukkes, at denne "selvvurdering" har betydning for data.

Kritik af anden forundersøgelse

Resultaterne fra anden forundersøgelse må tages med et vist forbehold, idet de er præget af deres retrospektive karakter. De PPK'er kan derfor huske forkert. Undersøgelserne kan heller ikke bruges til direkte at sige noget om, hvilket syn klienterne har på de stillede spørgsmål.

Konsekvenser

Anden undersøgelse giver en pejling af, hvad der kunne være realistisk at undersøge. Den peger på:

1) At man ikke vil kunne forvente mere end 100 voksne og 50 børneklienter som aktive deltagere i en spørgeskemaundersøgelse ved en inklusionsperiode på ét år. Det skyldes for det første, at det er mere sandsynligt, at de PPK'er har overvurderet snarere end undervurderet deres klientantal. Det viser erfaringer fra andre undersøgelser. For eksempel havde Brendstrup og Launsø bedt zoneterapeuter om at skønne hvor mange klienter, der kunne forventes inkluderet indenfor et givent tidsrum. Inklusionsperioden måtte forlænges kraftigt, og flere zoneterapeuter inddrages, da det viste sig, at tallet var sat alt for højt (Brendstrup og Launsø 1995). Selvom vi har bedt de PPK om retrospektivt at opgøre antal klienter og derved mindsket faren for overvurderinger, kan vi derfor ikke være sikre

[13] Andre hyppige problemer som børn fik hjælp til at løse var urolig/hyperaktiv adfærd (22), selvværdsproblemer/dårlig trivsel (16) og læsevanskeligheder (15). Og andre hyppige problemer hos de voksne er ledsmerter i f.eks. ryg, nakke, knæ (34), dårlig fordøjelse/ondt i mave/tarm (29) og eksem (21).

på, om de har talt sig frem eller skønnet. I en spørgeskemaundersøgelse om virkninger, vil det for det andet være formålstjenstligt kun at inkludere de nystartede klienter, men anden undersøgelse kan ikke sige noget om, hvor mange klienter, der er nystartede. Derfor bør man sætte sine forventninger til deltagerantal lavt. For det tredje skal man regne med en bortfaldsprocent på 30% blandt de klienter, som vil modtage et skema. Dette forudsætter endda, at alle 16 PPK'er ønsker at deltage i undersøgelsen. For det fjerde vil de PPK'ers klientantal kunne svinge meget fra år til år afhængig af, hvor mange af de fire meget aktive kinesiologer (dem med mindst 50 klienter), som praktiserer i undersøgelsesårene, og om de stadig praktiserer lige så intensivt.

2) At det er urealistisk at anvende lægelige diagnoser som udvælgelseskriterium for kvalitative interview eller som omdrejningspunkt i en spørgeskemaundersøgelse. Det skyldes dels, at ordlyden på de problemer, patienter tilsyneladende ofte opsøger kinesiologer med, tyder på, at patienterne ofte ikke opsøger kinesiologen for at få hjælp til et af en læge diagnosticeret problem. Dels at det er projektansøgerens erfaring, at patienter ikke altid har samme forståelse af, hvilke diagnoser de har, som en læge ville have.

3) At det vil være meget problematisk at undersøge om PPK særligt egner sig til løsning af visse problemtyper, idet to klienter eller kinesiologer f.eks. kan benytte sig af én betegnelse for et problem, men lægge noget helt forskelligt i ordet.

4) At evaluering af en behandlingsperiode efter seks måneder vil være tilstrækkelig, idet de fleste klienter max. går hos den PPK i et halvt år.

5. Konklusion

Den udbredelse kinesiologien har i Danmark, de foreløbige undersøgelsers konklusioner om, at nogle klienter erfarer en virkning af behandlingen hos PPK'er, og manglen på videnskabelig baseret viden viser behovet for en undersøgelse som den foreslåede. En undersøgelse der dels vil kunne vejlede klienterne i deres valg af behandlingsformer, dels kunne kvalificere den PPK'ske behandling og gøre de PPK'er opmærksomme på eventuelle svagheder ved deres behandlingsform og relation til klienterne. Forundersøgelserne viser endvidere, at det foreslåede projekt er muligt at gennemføre og også udtryk for, hvordan det pt. er hensigtsmæssigt at evaluere den PPK'ske behandling.

Når det er relevant at evaluere PPK, er det ikke mindst, fordi de PPK'ers speciale er at arbejde med elimineringen af negativ emotionel stress. Stress/distress giver stressreaktioner, som bliver mere og mere udbredte, og som kan betragtes som baggrund for flere af de invaliderende folkesygdomme, der koster samfundet såvel som den enkelte dyrt. Det vil derfor være et gode for samfundet såvel som for den enkelte, hvis det viser sig, at PPK reelt set kan eliminere de negative stress-reaktioner (negativ stress). PPK er desuden en mål- og løsningsorienteret behandlingsform, hvor klienten selv skal løse sit problem, guidet af den PPK. Dvs. at klienten aktiveres til selv at løse sit problem.

Når det er relevant at evaluere netop PPK frem for andre kinesiologiformer, og selvom biokinesiologien er den mest udbredt kinesiologiform i Danmark, er det, fordi de PPK'er ifølge Annemarie Goldschmidt er de eneste kinesiologer, der undersøger omfanget af Negativt Emotionelt Stress hos klienten fra starten af behandlingen og eksplicit arbejder på at eliminere dette Negative Emotionelle Stress i løbet af behandlingerne med det klare mål, at klienten kan møde til den sidste behandling uden noget Negativt Emotionelt Stress og derfor også uden fysiske, mentale og følelsesmæssige

stress*reaktioner*. Desuden er de PPK'er de kinesiologer i Danmark, der har den mest løsningsorienterede uddannelse. Endvidere har de PPK'er eksplicit udtrykt ønske om at få evalueret deres behandling, hvorfor det skønnes meget let at få behandlerne til at deltage aktivt i undersøgelsen.

6. Relevans af metodisk tilgang i det foreslåede forskningsprojekt

RKF versus andre undersøgelsesmetoder

Den forskning i konventionel og alternativ behandling, der pågår, er som oftest randomiserede og kliniske forsøg (RKF), hvor man forsøger at eliminere betydningen af eventuelle placebofaktorer. RKF er karakteriserede ved, at en gruppe 'tilfældigt' udvalgte klienter deles op i en interventions- og en kontrolgruppe og systematisk udsættes for en intervention/ikke-intervention (behandling). De to grupper gøres sammenlignelige ud fra et princip om tilfældighed i udvælgelsen (Gannik og Launsø 1996). Vi finder RKF problematiske og mangelfulde og ønsker derfor at anvende andre metoder til evaluering af PPK. Vi mener, at man må problematisere selve reliabiliteten (pålideligheden) og validiteten (gyldigheden) af RKF. Problematikkerne i RKF viser sig direkte ved, at disse ofte er svære at reproducere.

Selvom f.eks. to tredjedele af alle RKF-forsøg med en alternativ behandlingsform som homøopati viser en virkning, er de svære at genfrembringe (Walach 2002; Andersen 1999). Undersøgelser af konventionelle behandlinger viser, at også en del af effekten ved disse må henføres til placebo (Walach 2002:241). Man siger, at ca. 33% af effekten af en gennemsnitlig behandling af enhver art ofte skyldes placebofaktorer. Et tal der dog i praksis svinger fra 10-90% afhængig af klient, behandlingsform m.v. (Jensen 1998). Der er således kraftige tegn på, at der er faktorer, som har betydning for virkningen af såvel konventionel som alternativ behandling, som RKF ikke formår at indfange. En konklusion som nok til dels kan finde sin forklaring i nedenstående kritik:

I RKF tager man ikke højde for betydningen af individuelle subjektive faktorer, så som forskel i klienternes livskvalitet før igangsat behandling. En meget væsentlig problematik ved RKF er derfor også, at disse forsøg ikke kan bruges af den enkelte klient til at forudsige, om en tilbudt behandling vil være gavnlig for netop ham. Typisk viser RKF jo, at en behandling ikke virker på f.eks. 30% af klienterne, men den kan ikke forklare hvorfor, idet den netop forsøger at fremtrække det fælles for klienterne frem for det, der adskiller disse. RKF kan derfor heller intet udsige om, hvilken virkning klienter i den naturlige praksis erfarer. En praksis der bl.a. er karakteriseret ved, at klienten selv vælger sin behandler, at der foregår en individuel diagnosticering og tildeling af middel, og at klienten betaler for behandlingen. Man anser i RKF heller ikke klienternes hverdagsbaserede viden om virkninger som værdifuld, men udelukkende den 'laboratoriefrembragte' ekspertviden.

Vi finder ovenstående problematisk ud fra følgende antagelse: Bedring og evt. helbredelse har *også* med menneskets (såvel behandlerens som klientens) subjektivitet, livssituationer og livshistorie at gøre, og kroppen må ses som en kompleksitet af dimensioner – fra biologiske til kulturelle og sociale. Hvis vi vil udforske fænomener, der har med subjektivitet at gøre, må vi derfor medinddrage personen og dermed vælge forskningsdesign, -metoder og -settings, der muliggør dette. Sygdom og bedring/helbredelse er ikke objektive størrelser og kan ikke fremstilles objektivt, hvis objektivitet defineres som det, der er uafhængigt af det erkendende menneske (klient). Objektivitet i denne be-

tydning bygger på en krop/sind dualisme, som kan være problematisk at overføre til forskning i sygdomsbehandlinger. Problematikken kan illustreres i figur 1, der viser principper bag to forskellige tilgange til sygdom (Launsø & Gannik 2000).

Grundet ovenstående antagelser finder vi det vigtigt at foretage undersøgelser af nonspecifikke effekter af behandlingen, at undersøge sammenhængen mellem sociologiske og psykologiske karakteristika ved klienterne og den opnåede virkning (Walach 2002, The Foundation for Integrated Medicine 1997). Der er brug for undersøgelser, der bygger på hverdagsbilleder fra almen praksis og ser på forskelle og ligheder mellem hverdagsbilleder i forskellige behandlingsformer.

Indenfor PPK er klientens aktive medvirken ofte et krav (se afsnit om PPK'ske metoder), og behandlingen er tilpasset den enkelte klient og det mål, denne ønsker at opnå. Alene af disse grunde ville det ikke vær muligt at udføre RKF på PPK.

Figur 1. To behandlingsmodeller

MODEL 1	MODEL 2
1. standardiseringsprincippet 2. objektiveringsprincippet 3. behandling kan reduceres til en teknisk målbar intervention 4. effektiv intervention har en direkte målbar og hurtig effekt	1. individualisering 2. motivationsprincippet 3. behandling er en kompleks, relationel proces, der er kontekstafhængig 4. effektiv behandling har en mobiliserende virkning på generative processer i personen
Interventionen betragtes som årsagsbærende	**Personen og miljøet (i bred betydning) betragtes som årsagsbærende**

7. Beskrivelse af Kinesiologi i Danmark og udland samt fremgangsmåden ved en test og afbalancering hos en Professionel Praktiserende Kinesiolog

v/ skoleleder og Professionel Praktiserende Kinesiolog Annemarie Goldschmidt

Definition

Kinesiologi er læren om en vurdering af graden af balance i et menneskes energetiske systemer. I Kinesiologien får man et fysiologisk/muskulært respons som et feedback fra det hele menneske dvs. fra såvel det mentale, som det emotionelle, fysiske og essentielle/spirituelle aspekt. Dette feedback danner baggrund for valget mellem forskellige blide (non-invasive) teknikker, som påvirker og afbalancerer et menneskes energetiske systemer med det formål at etablere, genoprette eller vedligeholde en god sundhedstilstand og et godt helbred.

Oprindelse

Kinesiologi i form af "Applied Kinesiology" blev udviklet i Californien, USA, i 1960'erne af amerikanske kiropraktorer. "Applied Kinesiology" kan ses som en sammensmeltning af vestlig og østlig viden, tankegang og filosofi. Fra Vesten kommer først og fremmest den grundlæggende viden om anatomi, fysiologi, neurologi m.v., og fra Østen/Kina kommer akupunktur- og meridianlæren.
"Applied Kinesiology" er forbeholdt kiropraktorer og læger, og på denne baggrund er der senere opstået flere forskellige kinesiologigrene, som er udviklet til brug for lægfolk.
Den internationale kinesiologiforening (International Association of Specialized Kinesiologists/IASK) blev dannet i 1987 for at samle alle kinesiologer uanset baggrund. De fleste kiropraktorer, læger og andre, der arbejder med Applied Kinesiolgy (Applied Kinesiologists) har dog valgt at lade sig organisere i deres egen forening (ICAK).

Udbredelse

Kinesiologi praktiseres i de fleste lande i Europa, i Nord- og Sydamerika, i Sydafrika, i Mellemøsten (herunder bl.a. i Israel) samt i Indien og nogle asiatiske lande (især Japan).

Kinesiologi-uddannelse i Danmark

I Danmark er fire forskellige kinesiologi-uddannelser godkendt af Kinesiologiforeningen "Danske Kinesiologer". Disse uddannelser er:

Uddannelsen til Biokinesiolog
Uddannelsen til Professionel Praktiserende Kinesiolog®
Uddannelsen til Transformationskinesiolog
Uddannelsen til Dyrekinesiolog

Disse uddannelser er alle baseret på kinesiologi som metode til at få feedback fra klienten om graden af balance, resp. ubalance i klientens energisystem. Desuden omfatter alle uddannelser en almen del, som består af anatomi, fysiologi, sygdomslære og psykologi m.m. foruden selve kinesiologidelen, som i uddannelsen til Professionel Praktiserende Kinesiolog omfatter 520 lektioner. Der lægges i denne uddannelse stor vægt på sundhedsfremme samt på både primær og sekundær forebyggelse.

Dansk Pædagogisk Kinesiologiskoles uddannelse til Professionel Praktiserende Kinesiolog

Navnet Professionel Praktiserende Kinesiolog er anvendt som en "fordanskning" af "Specialized Kinesiologist" (se ovenfor).

Uddannelsen er sammensat af fire forskellige kinesiologigrene. Valget af disse er truffet på baggrund af skoleleder og Professionel Praktiserende Kinesiolog Annemarie Goldschmidts erfaring med kinesiologisk arbejde og for bedst at kunne tilgodese behovet for, at kinesiologerne vil kunne arbejde løsningsorienteret og i den for klienten rette kontekst (se senere). Der er en kinesiologigren, der retter sig mod den MENTALE side af "Den Universelle Helingsmodel" (Trekanten) og andre, der retter sig mod den EMOTIONELLE og den FYSISKE side samt mod centrum, der udgøres af

MERIDIANENERGIEN. I uddannelsen til Professionel Praktiserende Kinesiolog inddrages samtlige af disse aspekter på lige fod.

Navnet "Pædagogisk Kinesiologi" er anvendt for at understrege, at der arbejdes **pædagogisk** med kinesiologien, dvs. at metoden bruges **løsningsorienteret** som en **rådgivning og vejledning** for klienterne på deres vej hen imod opnåelsen af nærmere fastsatte specifikke mål. Målene er defineret af klienten selv, og evalueret ved hjælp af det fysiologiske, muskulære respons fra klienten.

En Professionel Praktiserende Kinesiologi vil således arbejde **løsningsorienteret** og lede efter den **kontekst** (mental, emotionel, fysisk eller meridianenergimæssig), hvor **løsningen** kan findes.

Fremgangsmåden for testning og afbalancering hos en Professionel Praktiserende Kinesiolog

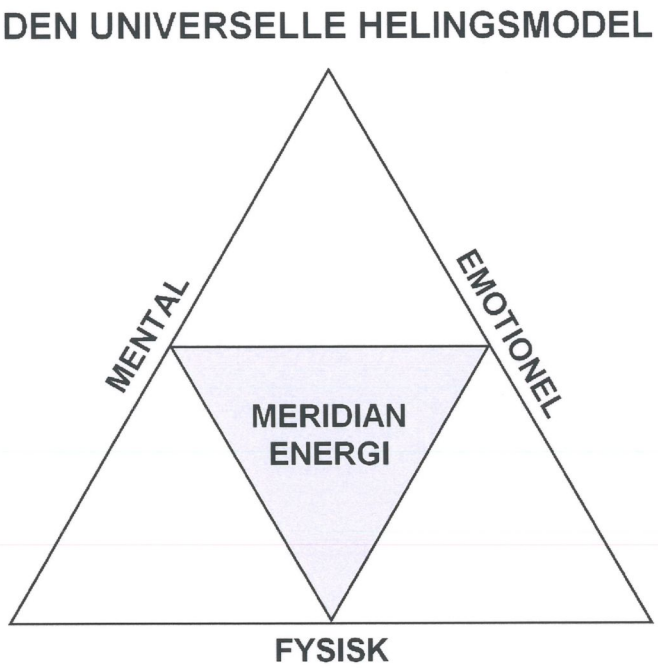
1. *Samtale*
   I denne kortlægges årsagen til henvendelsen, omfanget af hjælp fra det etablerede system, eventuelle sygdomme eller lidelser, behov for medicin, familieforhold m.v., og der foretages en præcisering af den ønskede forandring. Det præciseres overfor klienten, at kinesiologi ikke er en behandlingsform, at den ikke kan erstatte lægelig behandling, at der ikke bliver testet for medicin og dosering af denne, og at der ikke vil blive stillet diagnoser eller bekræftet allerede stillede lægelige diagnoser. Hvis klienten er et barn eller en ung med indlæringsvanskeligheder, understreges det ligeledes, at det kinesiologiske arbejde ikke er ment som en erstatning for specialundervisning. Der er altså tale om, at en PPK kan give en hjælp, som kan ses som et samarbejde med allerede iværksat behandling.

2. *Indledende muskeltestning*
   Denne indledende del er meget grundig. Det sikres, at klienten får tid til at opleve det fysiologiske respons fra de testede muskler. De indledende tests skal ligeledes sikre klare forskelle på de respons, der kommer fra musklerne, ligesom deres funktion er at sørge for, at hjernen får den nødvendige mængde ilt, at der er vand nok til, at hele det neurologiske system kan fungere, at personen er helt og fuldt til stede og koncentreret, at de centrale energistrømninger er i orden, og at den pågældende klient virkelig ER villig til at tage ansvar for at få et positivt udbytte af testning og afbalancering. Den indledende del afrundes med, at kinesiologen tester for, om der gennem et fysiologisk, dvs. muskulært, respons bliver givet *tilladelse* til at fortsætte. Kun med denne tilladelse vil der blive arbejdet videre.

3. *Fastsættelse af det højest prioriterede mål*
   Klienten definerer selv sit mål, som evalueres ved hjælp af det muskulære respons. Da man i den Pædagogiske Kinesiologi og som Professionel Praktiserende Kinesiolog ser på ubalancer som reaktioner på Negativt Emotionelt Stress (NES) og mangel på det nødvendige Positive Energipotentiale (PEP), fastlægges disse to som procenter. Alle "svar" findes ved hjælp af den såkaldte "muskeltest". Det Positive Energipotentiale fortæller om klientens *Motivation.* Det Negative Emotionelle Stress (= Distress) fortæller om den *Tvivl* og den *Frygt* og *Smerte*, der skaber blokeringer for den frie strøm af energi i kroppen. Fri energi er nødvendig for, at man kan komme videre hen imod sine mål.
   Mål bliver formuleret således, at de er specifikke, målbare, ambitiøse, realistiske, tidsbestemte og enkle (S-M-A-R-T-E).

Et eksempel på et Mål kunne være: "Jeg koncentrerer mig helt og fuldt om den artikel, jeg skriver, og afslutter den i løbet af to timer" eller "Jeg læser alderssvarende senest 1. september i år" eller "Jeg har fuld bevægelighed og føler velvære i hele min krop" eller "Jeg accepterer mine følelser og giver hensigtsmæssige udtryk for dem".

4. *"Den universelle Helingsmodel" og "Helbredelseslinien"*
Det er anvendelsen af disse to "funktioner" samt de meget grundige indledende tests og det primært *løsningsorienterede* arbejde i forbindelse med *eliminering af negativt emotionelt stress* og de dermed følgende *stress-reaktioner,* der kendetegner en Professionel Praktiserende Kinesiologs arbejde.



Den Universelle Helingsmodel ("Trekanten") illustrerer *balancen* hos et menneske. Når en klient er i balance på den *mentale* side, har hun/han sat sig ud over gamle "misopfattelser" og kan bruge sin hele og fulde *Intelligens.* Når en klient er i balance på den *emotionelle* side, er hun/han fri for sit "distress" og kan derfor både *føle* OG *tro på* at det er muligt at nå sine *ønskers mål.* Når en klient er i balance på den *fysiske* side, er hun/han i stand til at *handle* på nye måder og derved skabe *nye vaner,* som igen kan blive "evalueret" *mentalt, emotionelt* og *fysisk.* Når *Meridiansystemet* samtidig fungerer 100%, så er klienten i stand til at videreudvikle sig *personligt, essentielt, spirituelt.*

En grundlæggende tankegang hos en PPK er, at symptomerne, problemerne, viser sig på områder, hvor der er energi nok til at bringe dem op til overfladen.
Klienten kommer til en kinesiolog med sit problem, sit symptom. Den kinesiolog, der er uddannet som PPK, vil finde den rette KONTEKST at arbejde ud fra. For eksempel kan følelsen af *frygt,* som er et *emotionelt* problem, ikke behandles emotionelt, men vil oftest finde sin *løsning,* når der bliver arbejdet i den *mentale kontekst.* De forskellige kinesiologigrene,

der indgår i uddannelsen til PPK, er valgt således, at de danner en *helhed,* og at der er *kinesiologiske arbejdsredskaber, værktøjer*, nok til at kinesiologen kan støtte sin klient, uanset hvilken *kontekst*, der skal arbejdes ud fra. Kinesiologen bistår klienten med at finde og med at se konteksten, sammenhængen, rammen, og derved flyttes hele fokus fra problemet til løsningen.

Også gennem arbejdet med den såkaldte "Helbredelsesline" (Line of Cure") adskiller en PPK sig fra andre danske kinesiologer. Når klienten ved hjælp af de forskellige kinesiologiske teknikker er på sin "Helbredelseslinie", så vil hun/han følge de naturlige love for "Heling", som er kendt fra Homøopatien: heling foregår *oppefra – ned (*læs: *mentalt), indefra og udefter* (læs: *emotionelt,* hvilket vil sige, at følelser skal *udtrykkes*), og Symptomer *dukker op i modsat rækkefølge af deres opståen* (læs: *fysisk*).

Der arbejdes, indtil klienten er nået til at have 100% Positivt Energipotentiale og 0% Negativt Emotionelt Stress ("Distress"), og indtil HELE "Trekanten" er i balance, og det verificeres, at klienten er stressfri på de følelser, der er relateret til det fra starten fastsatte mål. Den kinesiologiske afbalancering bistår kort sagt klienten i at kunne nå sine mål. En PPK arbejder *pædagogisk*, dvs. primært som rådgiver/vejleder, uanset at hun/han i den herskende terminologi kaldes "alternativ *behandler*" (definition: *"pædagog" i det antikke Grækenland var betegnelsen for den person, der fulgte drengen til skole. Skolen var målet for vandringen. Drengen kendte Målet. Pædagogen gjorde vejen lettere, mindre farlig at gå*).

5. *Tidsforbrug*
   En afbalancering tager som oftest 1½ time den første gang, måske lidt mindre de næste gange. Klienterne har gennemsnitlig brug for at blive testet og afbalanceret 3-5 gange. Målet for kinesiologen er at bistå klienten med at nå til en balance, der gør, at hun/han ved starten af en "konsultation" kan møde op med 100% Positivt Energipotentiale og 0% Negativt Emotionelt Stress og med hele den øvrige del af "Trekanten" i balance. Når det er sket, vil klienten være i stand til at træffe hensigtsmæssige valg på sin videre vej mod det af hende/ham selv først formulerede mål.
   En række afsluttende tests sikrer, at klienten fortsat er villig til at tage ansvar for fremgang, og at det ikke har stresset hende/ham at have gennemført testning og afbalancering. Ved testning fastsættes ligeledes de energigivende øvelser, som klienten har brug for at gøre derhjemme. Klienten får under hele besøget hos en PPK mulighed for og tid til at give udtryk for sin oplevelse af arbejdet og for den indsigt, der er opnået. Det er – kort sagt – klienten, der VED, og kinesiologen, der hjælper klienten til at blive bevidst om denne viden.

8. Formål, problemformulering og problemstillinger

Formål og fokus

Formålet med undersøgelsen er således overordnet set at etablere en viden om, hvad PPK anvendes til i Danmark, hvor udbredt den er, og hvilke virkninger klienterne erfarer.

Mere specifikt er formålet med undersøgelsen for det første at afdække, hvad der karakteriserer de klienter, der opsøger professionelle praktiserende kinesiologer, herunder særligt hvilke problemer og mål klienterne kommer for at få hjælp til at få løst/nå og hvor mange klienter, der begynder i et behandlingsforløb hos en PPK i løbet af et givent år. Formålet er for det andet at undersøge, hvilke virkninger (forstået som målopnåelser, symptomlettelser, sidegevinster og ubehagelige reaktioner) klienter erfarer efter endt behandling af ét specifikt mål eller mindst ½ års behandling. For det tredje om de PPK'ers og klienternes oplevelser af virkningsforløb stemmer overens. Og for det fjerde at undersøge klienternes generelle tilfredshed med behandlingen.

Fokus i undersøgelsen vil ligge på erfarede frem for målbare virkninger. Tilgangen er først og fremmest valgt ud fra den betragtning, at det må være væsentligt, om klienten føler sig hjulpet eller ej. Ligeledes viser undersøgelser, at klienters egen vurdering af deres helbredstilstand er det bedste 'måleinstrument' til at forudsige, om de vil blive syge i fremtiden (Holstein et al. 2002, Bjorner et al. 1996). For det tredje findes der kun ganske få undersøgelser, hvor klientperspektivet er i fokus[14].

Klientperspektivet suppleres i undersøgelsen med et behandlerperspektiv på de opnåede virkninger. Denne tilgang er valgt, fordi det kan være interessant at afdække, om behandlere og klienter har meget forskellige opfattelser af de erfarede virkninger af et og samme behandlingsforløb. En sådan forskellighed kan være problematisk, hvis man ud fra en humanistisk grundindstilling mener, at også klienten subjektivt skal erfare behandlingen som en succes. En afdækning af eventuelle modstridende opfattelser behandlere og klienter imellem er endvidere vigtig for de PPK'ers fortsatte kvalificering af deres behandlingstilbud.

I projektet ønsker vi eksplorativt at undersøge, hvilke problemer klienterne kommer til behandlerne med, og hvordan klienterne og behandlerne benævner disse problemer. Vi ønsker således ikke, at særlige lægelige diagnoser bliver det særlige omdrejningspunkt. Det skyldes for det første, at vi har en formodning om, at mange af de klienter, som frekventerer kinesiologer, ikke har en lægelig diagnose. Da vi ønsker at tegne et totalt billede af klientgruppen, ville det derfor være uheldigt på forhånd at udelukke en stor gruppe klienter. Indenfor PPK behandler man desuden af princip ikke sygdomme. Man behandler de bagvedliggende årsager til sygdommen. Også derfor ville det være problematisk at fokusere på specifikke diagnoser.

---

[14]Vi er vidende om, at en systematisk indsamling af klienters erfaringer blot er én form for viden eller kundskaber til at indfange virkninger af behandlinger. Men det er samtidig en form for viden, som er væsentlig for klienters faktiske valg af behandlinger. Disse valg baserer sig primært på private erfaringer og andre personers fortalte erfaringer (Launsø 1996). Fravalget af at se på virkninger udefra betyder ikke, at vi mener, at en sådan tilgang, herunder målinger af virkninger, ikke også er nødvendige. For det første fordi der kan måles en forværring af en tilstand, uden at klienten selv har bemærket dette. For det andet fordi klienten kan føle sig kureret, mens behandleren kan måle, at klienten endnu ikke er det eller omvendt. Det er af samme grund, vi taler om symptomlettelser frem for, at en heling eller kurativ proces er igangsat.

Problemformulering og problemstillinger

Indledende eksplorative kvalitative interview

0a * Hvordan kan man kvantitativt såvel som kvalitativt undersøge virkninger af PPK?

Forløbsundersøgelsens 1. spørgeskema

1a * Hvilke problemer og mål opsøger klienter Professionelle Praktiserende Kinesiologer for at få hjælp til at få løst/nå ifølge klienterne selv?[15]

1b * Søger klienten hjælp i forbindelse med en af en konventionelt arbejdende læge stillet diagnose?

2 * Hvordan fordeler klientgrundlaget sig på alder, køn, uddannelsesniveau og en række andre baggrundsfaktorer?

3a * Hvilke forventninger har klienterne til behandlingen ved behandlingsstart?

3b * Hvorfor opsøger klienterne netop kinesiologi og den pågældende professionelt praktiserende kinesiolog?

3c * Hvor længe har klienterne gået med deres problem, før de opsøger den PPK?

3d * Har klienten tidligere benyttet alternativ behandling eller været i konventionel behandling for sit problem?

Forløbsundersøgelsens 2. spørgeskema

4 * Hvilke virkninger (dvs. målopnåelser, symptomlettelser, sidegevinster og ubehagelige reaktioner) har klienterne erfaret ½ år efter behandlingsstart i forhold til det problem, klienten opsøgte den PPK for at få løst i første instans?

5 * Skyldes de erfarede virkninger ifølge klienterne den kinesiologiske behandling?

---

[15] En undersøgelse fra DIKE fra 1987 viser følgende fordeling, hvad angår, hvilke helbredsproblemer personer søger alternativ behandling for generelt set i Danmark: Lidelser i bevægeapparatet (41%), nervesystemet (7%), hudlidelser (5%), mave-tarmsystemet (4%), åndedrætsproblemer (4%), skader (2%) og nervøse lidelser (3%). Det er klienterne selv, der har rapporteret, hvorfor de søger alternativ behandling. Resten af respondenterne har ikke angivet helbredsproblemer som en årsag til, at de søger behandling, bl.a. har 15% angivet nysgerrighed som årsag (Launsø 1996:48). En undersøgelse af Launsø fra 1991 (1995:54-55) baseret på klienternes egne vurderinger viste en stor forskel på, om klienterne mente, at de var blevet helbredt eller ej. Her var der følgende fordeling på andelen af helbredte: mennesker med psykiske lidelser (50%), problemer i bevægeapparatet (45%), arbejds- og idrætsskader (43%), astma/allergi/eksem (33%), rygeafvænning (33%), mave/tarmbesvær (31%), betændelser i bihule, blære (30%), muskelspændinger (29%), hovedpine/migræne (26%), kredsløbslidelser (17%) og gigtlidelser (17%). Andelen, som vurderede, at de var blevet helbredt, svingede mellem 31% og 43% fordelt på følgende behandlingsformer: zoneterapi (31%), akupunktur (33%), massage (43%), naturmedicin (40%), homøopatisk medicin (22%), healing (33%)og kinesiologi (33%). Man skal her være opmærksom på, at klienterne evt. kommer med forskellige helbredsproblemer til de forskellige behandlingsformer.

6 * Hvor mange konsultationer går klienterne til, før de ophører med behandlingen og hvor hyppigt?

7a * Hvorfor ophører klienterne med behandlingen?

7b * Hvor tilfredse er klienterne med behandlingen og behandleren?

7c * Har klienten været i alternativ eller konventionel behandling sideløbende med den PPK'ske behandling?

Kvalitative retrospektive interview med klienter efter endt behandling eller minimum ½ års behandling

8 * Hvilke virkninger erfarer i alt 15 klienter, som opsøger de Professionelle Praktiserende Kinesiologer, gennem behandlingsforløbet og minimum seks måneder efter behandlingsstart eller efter endt behandling?

9 * Hvordan kan man forstå de erfarede virkninger ifølge klienterne selv?

Kvalitative retrospektive interview med behandlere efter ½ års behandling

10 * Hvilke virkninger erfarer 15 klienter, som opsøger de professionel praktiserende kinesiologer, ifølge deres respektive behandlere gennem behandlingsforløbet og seks måneder efter behandlingsstart/efter endt behandling?

11 * Hvordan kan man forstå de erfarede virkninger ifølge behandlerne?

Opfølgende telefoninterview med de 15 interviewede klienter 1 år efter påbegyndt behandling

12 * Bibeholdes en symptomlettelse og målopnåelse?

Generelt

13 * Hvordan kan vi som forskere forstå de erfarede virkninger, forskellen i erfarede virkninger klienter og klientgrupper imellem og eventuelle forskelle i opfattelser af erfarede virkninger klienter og behandlere imellem?

14 * Er der andre forhold end hvilket problem, klienten henvender sig med og selve den kinesiologiske intervention, der synes at have betydning for den erfarede virkning? Herunder vil det mere specifikt blive undersøgt om: klientens oplevede mulighedsrum, sygdomsforståelse, erfaring med og holdning til forskellige behandlingsverdener, en række stop-, stay-, push-, pull- og pressfaktorer, intrapersonelle læringsprocesser, klientens relation til behandleren, klientens oplevelse af behandlerens faglige og personlige kompetencer og behandlingsmodel har betydning?

Begrebsafklaring

Klienterne får andet spørgeskema ½ år efter behandlingsstart. På dette tidspunkt vil nogle klienter have afsluttet behandlingen. Af disse vil nogle efter egen opfattelse have nået det mål, de opstillede ved første behandling, hvilket her benævnes, at disse har *endt behandlingen*. Der vil om muligt kun blive interviewet klienter, der enten har endt behandlingen eller stadig er i behandling seks måneder efter start. Dette begrundes i, at hvis klienten f.eks. er ophørt med behandlingen en måned efter start, vil det være for nemt at afskrive denne klients manglende målopnåelse med, at klienten er ophørt med behandlingen 'før tid'.

Begrebet *virkninger* anvendes i undersøgelsen som en samlebetegnelse for erfarede målopnåelser symptomlettelser, sidegevinster og ubehagelige reaktioner. Med målopnåelse undersøges det, om klienten efter egen vurdering har nået det mål, denne satte sig under første konsultation hos de PPK. Det kan f.eks. være et mål om at ville kunne gå 500 meter, læse en bog om ugen eller sige fra overfor chefen. Med færre symptomer undersøges det, om klienten og/eller behandleren rapporterer, at den pågældende behandling *efter klientens/behandlerens egen vurdering* har bedret dennes/klientens symptomer på det problem, som klienten opsøger kinesiologen med, eller ingen symptomlettelse erfares. Med sidegevinst forstås, at klienten/behandleren rapporterer, at den pågældende behandling efter klientens/behandlerens vurdering har haft en positiv indvirkning på andre forhold end det problem som klienten opsøger kinesiologen for at få lindret eller helbredt (f.eks. andre sygdomme eller problemer). Med ubehagelig reaktion forstås, at klienten eller behandleren rapporterer, at den pågældende behandling efter klientens/behandlerens egen vurdering har haft en negativ indflydelse på det problem, som klienten opsøger en behandler for at overkomme, eller på andre forhold. Begrebet ubehagelige reaktioner anvendes for at påpege, at en ubehagelig reaktion nogle gange kan betragtes som en uønsket bivirkning, men nogle gange også kan være en nødvendig del af og et tegn på, at en symptomlettelse er på vej.

Diagnose skal forstås som en lidelse, der er blevet navngivet af en læge fra det konventionelle behandlingssystem, og som er accepteret som værende en sygdom indenfor det konventionelle system.

Med begreberne *problem* forstås af klienten uønskede fysiske, emotionelt/kognitive eller åndelige/essentielle tilstande, denne ønsker eliminerede eller mindskede. Begrebet henfører altså til en tilstand, som af klienten anses som uønsket og behandlingskrævende. Hvis en klient f.eks. kommer til kinesiologen med en allergi, kan den kun betragtes som en diagnose, hvis en sådan er blevet påhæftet den af en læge. Denne skelnen mellem problem og diagnose er inspireret af en opfattelse af problem som noget subjektivt såvel som relationelt. En opfattelse der bruges indenfor samfundsorienteret sygdomsforskning. Om et individ betragter sig selv som havende et problem eller ej (indenfor sygdomsforskning værende syg eller ej) afhænger af, om en "væsentlig del af individets daglige situationer kompromitteres af symptomer/sygdomstegn, som ikke kan beherskes i situationen. At være syg bliver dermed også noget forskelligt fra individ til individ, fordi den enkeltes situationssæt og person-situation interaktioner er forskellige" (Gannik 1999:61). Efter vores vurdering kan individets opfattelse af at være syg (eller havende et problem i bredere forstand) være bredere end den medicinsk diagnostiske (f.eks. kan en klient mene, at han ikke tåler særlige fødevarer, men lægen kan ikke give klienten en diagnose, som lyder fødevareallergi), men den kan også være smallere end den diagnostiske (lægen kan mene, at klienten lider af astma, men klienten føler ikke selv, at han er lidende/syg).

En klient, der opsøger en PPK med et problem, vil ikke nødvendigvis betragte sig selv eller blive betragtet som syg.

Et *mål* skal forstås som en fysisk, kognitiv/emotionel eller essentiel tilstand, der ønskes opnået af den klient der opsøger den PPK. Målet skal være specifikt, ambitiøst og tidsbestemt, og klienten skal gøre sig klart, hvad der vil være anderledes for denne, når målet er nået. Målet defineres ved første konsultation hos den PPK. En klient kan have flere mål, men vha. en muskeltest finder kinesiologen ud af hvilket mål, der er det primære, og som der derfor skal arbejdes med først. To klienter med samme problem (f.eks. gangbesvær) kan have forskellige mål. Den enes mål kan være at kunne gå 300 meter mere i et stræk, den andens mål kan være at bibeholde sin nuværende gangfunktion. I undersøgelsen evaluerer vi på klientens primære mål (og kun dette) som opstillet ved første konsultation.

9. Teoretisk tilgangsvinkel og teoretiske antagelser

Andet trin i projektfasen, efter de indledende kvalitative interview, vil være et litteraturstudium. Den teori, der vil blive anvendt i projektet, vil primært være af sociologisk og psykologisk art. Teorierne vil blive anvendt til at opstille nogle præliminære antagelser, der kan fungere som igangsættere for undersøgelsen ud fra den betragtning, at selvom ens mål er åben undersøgelse (eksploration), så vil man altid have brug for en vis styring til at igangsætte en undersøgelse. Man kan ikke stille spørgsmål, uden at der bevidst eller ubevidst ligger nogle antagelser eller fordomme bag. Derfor bør man bevidstgøre sig om sine teoretisk eller praktisk grundede forforståelser og bruge dem aktivt i sit arbejde for at få dem veri- eller falsificeret (Maaløe 1996:88,129-133, Yin 1994:22).

10. Forskningsdesign, metoder og analyse

Videnskabsteoretisk tilgang

Vi vil i undersøgelsens forskellige faser benytte os af henholdsvis en hermeneutisk (dvs. fortolkende) og en fænomenologisk (dvs. beskrivende) tilgang. En hermeneutisk tilgang ønskes anvendt, idet forskeren har et dybere indblik i og større overblik over f.eks. hvorfor en klient erfarer de virkninger klienten erfarer. Forskeren har et andet eller større overblik, idet han har fået indsigt i adskillige klienters og behandleres beskrivelser, og derved kan sammenholde alle disse og herudover sammenholde disse med anden teoretisk og empirisk baseret viden. En i udgangspunktet tilstræbt fænomenologisk tilgang er dog også væsentlig, idet man bør lære af 'studieobjektets' forståelse af feltet ved at forsøge at sætte sig i dette objekts sted og ikke virke dømmende (Kvale 1998). Herved øger man muligheden for at generere ny viden, der ikke er mere udtryk for forskerens forestillinger end for den empiriske 'virkeligheds' karakter. Når vi sætter begrebet 'virkelighed' i citationstegn, er det, fordi vi er af den opfattelse, at ingen kan erkende denne virkelighed rent eller hævde at have denne sande forståelse af verden. Forskeres såvel som studieobjekternes erkendelser er socialt konstruerede, dvs. bestemt af sociale artefacts. Dvs. at ens tilgang er et produkt af de historiske og kulturelle betingelser, man er en del af, og de siger mere om dominerende sociale, moralske og økonomiske institutioner (forstået som alment accepterede opfattelser) indenfor en specifik kultur end om, hvordan verden 'i bund og grund' er (Jørgensen, Christensen, Otzen og Petersen 1995).

Generelle metodeovervejelser

Undersøgelsen vil benytte sig af en kombination af forskellige evalueringsformer. Den vil have karakter af en aktørevaluering (nærmere bestemt en interessentevaluering, hvor behandlere og klienter høres om deres syn på behandlingen) og resultatevaluering (nærmere bestemt en effektevaluering, hvor man bredt evaluerer effekten af behandlingen – ikke blot på de for behandlingen opstillede mål). Undersøgelsen vil dog også kunne karakteriseres som systemevaluering, idet der ikke blot vil blive set på "outputtet" af behandlingen, men også på "inputtet" (f.eks. divergerende karakteristika ved klienterne før behandlingsstart), behandlingens reelle forløb osv. (Launsø 2002).

Helt konkret vil vi benytte os af en kombination af flere metoder til indsamling af data: 1) indledende interview med klienter, som skal afdække, hvad der kan være interessant at dykke ned i set fra en klientvinkel, 2) en kvantitativ forløbsundersøgelse strækkende sig over ½ år med deltagelse af samtlige PPK'ers klienter, 3) kvalitative interview med udvalgte klienter minimum ½ år efter behandlingsstart, og 4) kvalitative interview med PPK'er om behandlingsforløbet for klienter udvalgt til interview.

Da der endnu ikke er foretaget en kortlægning af brugen af kinesiologi, og der som nævnt ikke eksisterer egentlige større undersøgelser af virkninger af den særlige kombination af kinesiologiformer, der praktiseres i Danmark, og som er sammensat af Annemarie Goldschmidt, har vi valgt, at denne undersøgelse ikke skal være komparativ, dvs. sammenligne den PPK's virkninger med f.eks. virkningen af fysioterapi. Da vores undersøgelse er en totalundersøgelse, dvs. at vi undersøger virkninger af PPK på alle former for problemer og klienters målopnåelser, ville det endvidere være vanskeligt eller umuligt at finde en behandlingsform at sammenligne med. Dvs. en behandlingsform som har samme spændvidde i målgruppe som den PPK, og som også stiller som krav til klienterne, at de opstiller et mål ved behandlingsstart.

Inklusion af behandlere

Alle PPK'er i Danmark, som har taget den fulde uddannelse til PPK på Dansk Pædagogisk Kinesiologiskole og er hel eller deltidspraktiserende, vil blive tilbudt deltagelse i den kvantitative del af undersøgelsen, idet et mål er at danne et totalbillede af udbredelse og anvendelse af PPK i Danmark.

10.1. Indledende dybdegående interview med klienter

Formål

Første fase vil være dybdegående delvist eksplorative (dvs. åbent undersøgende) interview med klienter. Disse vil have som formål at afdække, hvad det kan være interessant at spørge ind til i forløbsundersøgelsens første og andet spørgeskema og de følgende kvalitative interview. Klienterne vil blive adspurgt således, at alle relevante spørgsmål fra problemformuleringen dækkes. Klienterne vil endvidere direkte blive spurgt om på hvilke punkter, de godt kunne tænke sig PPK evalueret. Intervieweren vil forsøge at bevidstgøre sig om sine forforståelser af feltet og anvende disse aktivt og bevidst i interviewene.

Inklusion

Ca. fire voksne klienter vil blive udvalgt repræsenterende klienter fra fire tilfældigt udvalgte PPK'er således, at både klienter, som ifølge den PPK's såvel som klientens egen opfattelse har nået deres mål med behandlingen, og klienter, som ikke har nået deres mål, er repræsenterede. Klienterne skal have afsluttet behandlingen. Det vil endvidere være en fordel, hvis to af klienterne stadig har noget negativ emotionel stress (NES) ved behandlingsafslutning og to som har 0% NES, idet dette er en indikator for, om behandlingen set med den PPK's øjne er vellykket.

Analyse

Der vil blive foretaget en tilstræbt fænomenologisk meningskategorisering med det formål at afdække, hvilke temaer klienterne omtaler, og som derfor kan danne baggrund for udformning af svarkategorier i spørgeskemaer og spørgsmål i interviewguide.

10.2. Kvantitativ forløbsundersøgelse med klienter

Formål

Formålet med den kvantitative undersøgelse er at besvare de opstillede problemstillinger og derved danne sig et overblik over, hvem der opsøger PPK'er og klienternes tilfredshed med og virkninger af PPK.

Indenfor den psykosomatiske og sundhedspsykologiske forskning anses forløbsundersøgelser for at være den mest anbefalelsesværdige metode, idet man ved brug af denne metode eliminerer en række af de metodiske problemer forbundet med tværsnitsundersøgelser. I en tværsnitsundersøgelse udreder man aktuelle og evt. retrospektive (dvs. tilbageskuende) forhold ved f.eks. en klientgruppe, mens man i en forløbsundersøgelse følger klienterne over noget tid og beder dem om f.eks. at udfylde et spørgeskema ved behandlingsstart og beskrive deres tilstand på dette tidspunkt og herudover udfylde et spørgeskema f.eks. seks måneder efter behandlingsstart og beskrive deres tilstand på dette tidspunkt (Kruuse 2000). En fordel ved forløbsundersøgelser er, at resultaterne er mere pålidelige. Det er uhyre svært at huske, hvordan man havde det for ½ år siden, og fortiden vil altid blive set i lys af nutiden. En anden fordel ved forløbsundersøgelser er, at de kan afdække, hvordan en behandlings virkning nogle gange varierer kraftigt over tid (Jørgensen og Launsø 2003). Vi har derfor udformet den kvantitative del af undersøgelsen som en forløbsundersøgelse. Klienterne vil blive bedt om at udfylde et skema ved behandlingsstart og et skema ½ år efter behandlingsstart[16].

Inklusionskriterier

Alle klienter, som er startet på et nyt behandlingsforløb hos en færdiguddannet PPK i Danmark indenfor inklusionsperioden. Inklusionsperioden vil strække sig over 1 år. Det forventes, at alt i alt 150 børne- og voksenklienter vil besvare spørgeskemaerne. Der vil ikke blive opstillet en øvre grænse for hvor mange klienter, der kan deltage. For klienter under 15 år vil forældrene blive bedt om at udfylde spørgeskemaerne, evt. i samarbejde med barnet.

[16] Det optimale ville være at bede klienterne udfylde flere skemaer i denne periode for at se, hvordan virkningen svinger, men dette skønnes for ressourcekrævende økonomisk set.

Fremmedsprogede, der forventes at have vanskeligt ved at besvare spørgeskema, personer med udtalte mentale handicaps samt personer med udtalt hukommelsesbesvær vil vi bede de PPK'er ekskludere.

Klienterne vil af praktiske årsager få udleveret det andet spørgeskema ½ år efter behandlingsstart, uanset om de har afsluttet behandlingen tidligere eller fortsat er i behandling.

Analyse

Da det er vores erfaring, at det er vanskeligt at konkludere på komplekse sammenhænge mellem virkninger og årsager til virkninger ud fra en analyse af kvantitative data, vil spørgeskemaet være relativt kortfattet og analysen blive holdt på et primært deskriptivt niveau. Det skyldes dels, at man i et spørgeskema primært må operere med få og lukkede kategorier for at kunne analysere dataene, og at klienter forstår det samme spørgsmål forskelligt, og det kræver kvalitative interview at afkode, hvordan den enkelte klient har forstået de enkelte spørgsmål. Derfor vil vi primært lave analyser på spørgsmål, som det er mindre sandsynligt, at den enkelte klient kan have afkodet anderledes, end vi havde ment dem som forskere. For eksempel på sammenhængen mellem, om mål er nået, og hvilken alder og uddannelsesniveau klienten har, problemets varighed og antal konsultationer hos den PPK. Analyse af mere subtile sammenhænge så som sammenhæng mellem sygdomsforståelse og virkning vil blive forbeholdt den kvalitative analyse.

10.3. Kvalitative retrospektive interview med klienter

Formål

Formålet med interviewene er at opnå en dybdegående forståelse af primært, hvorfor nogle klienter i større grad erfarer en virkning af behandlingen (forstået som en målopnåelse) end andre. Desuden vil de øvrige spørgsmål fra problemformuleringen blive søgt besvaret.

Inklusionskriterier

15 klienter vil blive interviewet minimum ½ år efter behandlingsstart. Udvælgelsen vil ske på baggrund af klientens udfyldelse af 1. og 2. spørgeskema. Klienterne vil blive udvalgt således, at der både vil være repræsenteret klienter, der i høj grad, i nogen grad eller slet ikke, ud fra disses egne betragtninger, synes at de har nået det mål, de satte sig ved 1. konsultation. Vi vil også forsøge at opnå en spredning på følgende faktorer: køn, alder, behandler og det problem, som var den primære årsag til, at klienten henvendte sig til kinesiologen.

I praksis vil det ikke være muligt at interviewe klienter præcist ½ år efter behandlingsstart. Klienten bør dog interviewes max. to måneder efter behandlingsstop for at sikre at denne husker forløbet og max. ni måneder efter påbegyndt behandling. Klienterne vil blive kontaktet ½ år efter interviewet for at undersøge 'langtidsvirkninger' af PKK.

Analyse

Der vil blive lavet tematiske strukturerede referater af interviewene. Herefter vi der blive foretaget en hermeneutisk meningskategorisering og -kondensering. Der vil endvidere blive foretaget mere dybdegående analyser af ekstreme cases med det formål at opnå en nærmere forståelse af årsager til forskelle i materialet. Analysen vil blive fremstillet tværpersonelt i den færdige rapport for at undgå anonymitetsproblemer.

10.4. Kvalitative retrospektive interview med behandlere

Formål

Formålet er at undersøge, om de PPK'er ser anderledes på behandlingsforløbet og udbyttet af dette end deres klienter og så fald forsøge at fortolke hvorfor. Det videre formål er at kvalificere den PPK'ske behandling ved at gøre opmærksom på eventuelle uoverensstemmelser.

Inklusionskriterier

Behandlerne vil blive inkluderet alt efter, om en interviewet klient indgår i undersøgelsen. Således kan en behandler evt. blive interviewet flere gange, hvis flere af hans klienter medvirker.

Analyse

Materialet vil blive temarefereret. Herefter vil der blive foretaget en hermeneutisk meningskategorisering og -kondensering. Analysen af interviewet med X behandler vil blive sammenholdt med analysen af interviewet med denne behandlers interviewede klient. Eventuelle uoverensstemmelser vil blive søgt fortolket hermeneutisk. Analysen vil blive fremstillet tværpersonelt for at undgå anonymitetsproblemer.

11. Publiceringsmuligheder

Undersøgelsen vil blive publiceret via udlægning på Center for Brobygning i Sundhedsarbejde's (CBiS) hjemmeside, skrivning af artikler til tidsskrift for PPK'er, lægmandstidsskrifter, fagtidsskrifter samt oplæg på konferencer.

12. Etiske problemstillinger

Det kan umiddelbart forekomme problematisk, at behandlere interviewes om konkrete klienters behandlingsforløb vel vidende, at disse klienter også bliver interviewet. Dette problem løses ved, at klienterne giver deres samtykke til, at deres behandler interviewes, og at der i analysen sørges for, at man ikke kan genkende de enkelte klienters og behandleres udsagn. Analysefremstillingen vil altså blive holdt på et tværpersonelt niveau.

13. Medarbejdere, ressourcepersoner, referencegruppe og netværk

Cand.mag. i kultursociologi Eva Brendstrup vil med inspiration i ovenstående forundersøgelser og nærværende projektbeskrivelse primo 2004 udforme den endelige projektansøgning og i denne redegøre for hvilke medarbejdere m.v. der skal tilknyttes.

14. Projektets praktiske gennemførelse

Projektet vil have til huse i Center for Brobygning i Sundhedsarbejde's lokaler, Teglgårdstræde 4F, 2., 1452 København K.

15. Målgrupper

Målgrupper vil være klienter, PPK'er, konventionelt arbejdende behandlere, administratorer, politikere og forskere indenfor området.

16. Opgave- og tidsplan for det ansøgte projekt

Måneder er udregnet som fuldtidsarbejde.

Planlægningsfase

Opgaver

- Indledende kontakt til behandlere (¼ måned)
- Kontakt til pilotklienter (¼ måned)
- Forberedelse og gennemførelse af eksplorative forberedende interview (¼ måned)
- Referering og analyse af eksplorative interview (1 måned)
- Litteraturstudium (3 måneder)
- Udarbejdelse af projektbeskrivelse til det videnskabsetiske komitésystem (½ måned)
- Udarbejdelse af 1. spørgeskema (1 måned)
- Udarbejdelse af 2. spørgeskema (1 måned)
- Validering af spørgeskemaer ved pilotklienter og pilotbehandlere (1 måned)

Tidsforbrug: 8,25 måneder

Gennemførelsesfase

Opgaver

- Telefonisk kontakt til behandlere med instruktion i udlevering af skemaer (½ måned)
- Udsendelse, kodning og indtastning af 1. og 2. spørgeskema (3 måneder)
- Rykning af klienter (1 måned)
- Udarbejdelse af interviewguide til behandlere og klienter (1 måned)
- Kontakt til klienter og behandlere for interview (1 måned)

- Afholdelse af 15 klientinterview (1 måned)
- Afholdelse af 15 behandlerinterview (1 måned)
- Transskription af 30 interview (3 måneder)
- Analyse af spørgeskemadata (3 måneder)
- Analyse af interviewdata (3 måneder)
- Opfølgende interview med klienter ½ år efter 1. interview (1 måned)
- Rapportskrivning (3 måneder)
- Afholdelse af behandlerseminar hvor resultater formidles (½ måned)
- Artikelskrivning (2 måneder)

Tidsforbrug: 24 måneder

I alt: 32,25 måneder.

17. Budget for det ansøgte projekt

Vil følge i projektansøgning udformet af Eva Brendstrup.

18. Foreløbig og ansøgt finansiering

Der er ikke søgt om penge andetsteds fra. Arbejdet med denne projektbeskrivelse samt de to forundersøgelser er finansieret af IMK Almene Fond med kr. 87.678,00.

19. Litteraturliste

Andersen, Helle Egebjerg (1999). En undersøgelse af klassisk homøopati – Teorier, praksis og brugererfaringer. Dansk Selskab for Klassisk Homøopati.

Bjorner, J.B. et al. (1996). Self-rated health. A useful concept in research, prevention and clinical medicine. Stockholm: Forskningsrådsnämnden.

Brendstrup, Eva og Laila Launsø (1995). Hovedpine og zoneterapeutisk behandling. Sundhedsstyrelsens Råd vedrørende Alternativ Behandling.

Gannik, Dorte Effersøe og Laila Launsø (1996). Kontrollerede Kliniske Undersøgelser – forsvar, kritik og refleksion. Netværk for Samfundsvidenskabelig Sygdomsforskning, København.

Gannik, Dorte (1999). Situationel Sygdom – Fragmenter til en social sygdomsteori baseret på en undersøgelse af ryglidelser. Samfundslitteratur, Frederiksberg.

Goldschmidt, Annemarie og Svend Hesselholdt (1989). Pædagogisk Kinesiologi og overvindelse af (læse)vanskeligheder. Eget forlag.

Goldschmidt, Annemarie (1998) [1992]. Fri for stress og fuld af energi. Høst og Søn (1992), eget forlag (1998). Fås hos forfatteren: Kærvangen 14, 2820 Gentofte.

Goodman, C. (1992). It's time to rethink Health Care Technology assessment. In: International Journal of Technological Assessment in Health Care, 8:335-358.

Hoffmeister E. og J. Jul Nielsen (1995). Allergibehandlinger hos biopat, kinesiolog og alment praktiserende læge – et kvalitativt sammenlignende studie. Sundhedsstyrelsens Råd vedrørende Alternativ Behandling. Sundhedsstyrelsen, København.

Holstein B et al. (2002). Medicinsk Sociologi. Copenhagen: FADL.

Jensen, Tine (1998). Hvis bare det virker – men hvorfor virker det? I Psykologisk set nr. 28, 26-41.

Johannessen, Helle (1994). Komplekse kroppe – alternativ behandling i antropologisk perspektiv. Akademisk Forlag, København.

Jørgensen, Vibeke, Ulla Fonager Christensen, Louise Otzen og Tine Toftegård Petersen (1995). Hvor sidder kønnet? – et projekt om kønsidentitet. Psykologi, 1. modul, Roskilde Universitetscenter.

Jørgensen, Vibeke og Laila Launsø. Client-experienced effects of allergy and asthma treatment by general practitioners and classic homeopaths (manuskript indsendt til internationalt tidsskrift).

Kruuse, Emil (2000). Kvantitative forskningsmetoder i psykologi og tilgrænsende fag (3. udg.). Dansk Psykologisk Forlag, København.

Kvale, Steinar (1998). Interview – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. Hans Reitzels Forlag, København.

Launsø, Laila (1995). Brug og bruger-erfarede virkninger af alternativ behandling – en sammenfatning, Sundhedsstyrelsens Råd vedrørende Alternativ Behandling. Sundhedsstyrelsen, Købehavn.

Launsø, Laila 1996 [1995]. Det alternative behandlingsområde – brug og udvikling: rationalitet og paradigmer. Akademisk Forlag, København.

Launsø, L. & Gannik D. (2000). The need for a revision of medical research designs. In: Disease, Knowledge and Society. Gannik, D. & Launsø, L. (eds.). København: Samfundslitteratur.

Launsø, Laila (2002). En præsentation af samfundsvidenskabelig evaluering af alternative behandlingsformer i Alternativ Behandling. Resumé og udskrift af høring i Folketinget den 19. marts 2002. Teknologirådets rapporter 2002/7.

Maaløe, Erik (1996). Casestudier af og om mennesker i organisationer. Akademisk Forlag, København.

Skjoldager, Anne-Marie (1999). Et syvmileskridt 2 – om læseforudsætninger, stress og kinesiologi. Speciale, Danmarks Lærerhøjskole.

Walach, Harald og Wayne B. Jonas (2002). Homeopathy. Clinical Research in Complementary Medicine, Principles, Problems and Solutions, Churchill & Livingstone.

www.kinesiology.dk, juni 2003

www.kinesiology.net, februar 2003

Yin, Robert K. (1994). Case Study Research: design and methods. Applied Social Research Methods Series, Vol. 5, second edition. Sage Publications, Californien.

Bilag A: Projektansøgning

Annemarie Goldschmidt
Dansk Pædagogisk Kinesiologiskole®
Sundhedshuset
Teglgårdstræde 4-8
1452 København K
Tel./fax: 3967 3838
e-post: dkpaed@image.dk

27.8.02

IMK Almene Fond
Att. Advokat Erhardt Gram
Vester Voldgade 90
1504 København V

Idet jeg henviser til jeres skrivelse af 13. juni d.å., fremsender jeg min ansøgning om midler til at gennemføre det i mit brev af 24. februar d.å. skitserede forskningsprojekt.

Da jeg ikke selv er forskningsuddannet, har jeg kontaktet **Center for Brobygning i Sundhedsarbejde** (CBiS) v. Laila Launsø. Her har jeg fået hjælp til udarbejdelsen af et budget, og jeg har samtidig fået en god dialog med såvel Laila Launsø som Vibeke Jørgensen. Denne dialog gav til resultat, at min ansøgning omhandler økonomisk støtte til gennemførelsen af et **for-projekt**, som kan føre frem til et mere omfattende projekt **omhandlende klienters/brugeres erfaringer med kinesiologisk testning og afbalancering.** Det er mit håb, at mit forskningsprojekt kan blive gennemført i et samarbejde med CBiS.

Ansøgningen omfatter som ønsket

1. projektbeskrivelse i sin helhed (bilag #1). Herunder min stillingtagen til de tre punkter: målsætning, forventede resultater samt mine tanker om, hvorledes projektet kan forandre verden.
2. anslået budget (bilag #2)
3. kort lægmandsbeskrivelse af projektet (bilag #3)
4. mit Curriculum Vitae (bilag #4)

I håb om et positivt resultat af min ansøgning sender jeg mine venligste hilsener samt oplysning om, at jeg selvfølgelig står til rådighed, hvis yderligere uddybning af ovenstående punkter måtte ønskes.

Annemarie Goldschmidt
Uddannelses- og skoleleder

Beskrivelse af en målrelateret og løsningsorienteret kinesiologisk test og afbalancering samt en oversigt over den aldersmæssige, kønsmæssige og problemmæssige fordeling i en population på 138 klienter/brugere.

Data i forbindelse med ansøgning

Ansøger:	Annemarie Goldschmidt.
Stilling/uddannelse:	Skoleleder på Dansk Pædagogisk Kinesiologiskole®. Professionel Praktiserende Kinesiolog®, instruktør i flere forskellige kinesiologiformer. Basisuddannelser: statsaut. sygeplejerske og Mensendieck-uddannet bevægelsespædagog. Voksenpædagogisk Grunduddannelse. Uddannelsen til kinesiolog påbegyndt i 1980. Dansk Pædagogisk Kinesiologiskole grundlagt 1987. Deltager p.t. i Sundhedshusets forskningskursus.
Projektets titel:	**For-projekt** til beskrivelse af brugeres/klienters erfaringer med kinesiologisk test og afbalancering (behandling).
Population:	138 klienter med forskellige former for reaktioner (fysiske, emotionelle og mentale) på negativt følelsesmæssigt stress.
Projektets baggrund:	Data er indsamlet af ansøger samt af 23 af Dansk Pædagogisk Kinesiologiskoles studerende i forbindelse med skrivning af speciale inden for kinesiologi. Dataindsamlingen har fundet sted fra 1997-2002, og specialeskrivningen er foregået i femte semester af de studerendes 2½-årige uddannelse til Professionel Praktiserende Kinesiolog®.
Projektets varighed:	Det anslås, at det beskrevne for-projekt kan gennemføres inden udgangen af år 2002.
Økonomi:	Se venligst vedlagte bilag #2. Der er ikke tidligere ansøgt om midler til denne undersøgelse af kinesiologi og dens brugere.
Ansøgning til Videnskabsetisk Komité:	Da alle klienter dels er anonyme, dels har givet deres skriftlige tilsagn om medvirken i undersøgelsen, og da der ikke tilsigtes at lave nogen form for biomedicinsk forskning, er det blevet oplyst, at projektet ikke skal anmeldes til VEK.
Projektbeskrivelse:	Er vedlagt som bilag #1.
Budget:	Er vedlagt som bilag #2.

Kort resumé af Projektet:	Er vedlagt som bilag #3.
Ansøgers CV:	Er vedlagt som bilag #4.
Ansøgers tidligere forskning:	"Effekten af forebyggende holdningsundervisning blandt skoleelever". 1974. Offentliggjort i Ugeskrift for Læger, aug. 1976. Denne undersøgelse/forskningsopgave blev derefter i nogle år anvendt som eksempel på "Forskning i den Primære Sundhedstjeneste" på efteruddannelse for læger. "Pædagogisk Kinesiologi og overvindelse af (læse)vanskeligheder". Undersøgelse lavet af Svend R. Hesselholdt (Danmarks Pædagogiske Universitet) og Annemarie Goldschmidt (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning i Gentofte kommune). 1989. Udgivet på eget forlag.

Ansøger bekræfter hermed, at ovenstående oplysninger er korrekte.

Dato: 27. august 2002

Underskrift: _____

BILAG #1

Egentlig projektbeskrivelse

Projektets titel: Beskrivelse af en målrelateret og løsningsorienteret kinesiologisk test og afbalancering samt en oversigt over den aldersmæssige, kønsmæssige og problemmæssige fordeling i en population på 138 klienter/brugere.

Projektet er planlagt som **basis** for en uddybende forskning, der **beskriver klienters/brugeres erfaringer med kinesiologisk test og afbalancering (behandling)**.

Projektgruppen omfatter138 klienter med forskellige former for reaktioner (fysiske, emotionelle og mentale) på negativt følelsesmæssigt stress.

En introduktion

Om kinesiologi

Kinesiologi anvender muskeltest (monitorering) til at få et feedback fra klienten og dennes krop. Ved hjælp af dette feedback får kinesiologen oplysning om graden af positivt energipotentiale (graden af motivation) samt om graden af negativt emotionelt stress hos en given klient i relation til et symptom, et problem, en sygdom, et ønske eller det mål, klienten har fastsat som kinesiologibehandlingens mål.

Ved hjælp af denne muskeltest (monitorering) kan kinesiologen aflæse, hvad der bringer klienten i energimæssig ubalance, resp. genopretter en tabt balance (homøostase). Muskeltesten vil afgøre, om der skal arbejdes fysisk, mentalt, emotionelt eller på energiplan (meridianpunkter) for at klienten kan genvinde sin balance. Desuden kan kinesiologen udpege eventuelle "blinde pletter" eller blokeringer, der gør det svært eller umuligt for klienten at nå de fastsatte mål. Balance på alle de ovenfor nævnte områder er den optimale forudsætning for, at personens selvhelbredende kræfter kan arbejde, idet energien så flyder frit og uhindret. Den enkelte klient kan, når de negative emotionelle stress-reaktioner er fjernet, træffe nogle mere konstruktive valg for sig selv og således være bedre i stand til at tage vare på sit eget velbefindende.

Negativt emotionelt stress defineres som den grad af belastning, klienten befinder sig under i relation til en bestemt ønsket sindstilstand, der ikke umiddelbart kan opnås. Graden af negativt emotionelt stress måles i procent, hvor 100% neg. emot. stress betyder, at det er yderst belastende for klienten at arbejde med problemet. Det vil i en sådan situation opleves som næsten umuligt at gøre noget ved situationen. Omvendt betyder 0% neg. emot. stress, at klienten oplever sig fri til at vælge, hvordan hun/han NU og fremover vil handle i forhold til sit problem/mål.

Som kinesiologer møder vi klienter med forskellige ønsker mål og symptomer.
De klienter, som projektet omhandler, er ingen undtagelse herfra.

Vi møder også klienter, hvis hele energi-niveau er meget lavt. Heller ikke her er der forskel mellem projektklienter og den generelle klient.

Projektets baggrund

23 kinesiologistuderende ved Dansk Pædagogisk Kinesiologiskole har hver skrevet et speciale om seks klientforløb (cases) på basis af deres uddannelse, som – foruden andre fag – rummer min. 500 lektioner kinesiologi-undervisning. Reglerne for at skrive speciale og for derefter at kunne gå til eksamen er, at den studerende også har gennemført og bestået eksamen i anatomi, fysiologi og sygdomslære. Når den studerende arbejder med en klient, findes først det højst prioriterede tema/mål for test og afbalancering. Dette giver i sig selv den højeste grad af motivation. Derefter findes såvel det emotionelle reaktionsmønster, det positive energipotentiale og den negative emotionelle stress-procent. Alt findes via monitorering af muskler, såkaldt muskeltest.

Den studerende har derefter arbejdet fra 3-6 gange med sin klient, indtil klienten var i stand til at fremvise total stressfrihed samt et optimalt energipotentiale i forhold til sit mål lige fra starten af en session. Først på dette tidspunkt ansås et behandlingsforløb for at være afsluttet. Beskrivelsen af et klientforløb strækker sig derfor over den tid, det tager, at klienten når målet: frihed for stress-reaktioner samt fuld energi til at træffe nye og bedre valg for sig selv.

Målsætning

Projektets formål er:

1. At beskrive en målrelateret og løsningsorienteret kinesiologisk test og afbalancering.
2. At udarbejde en oversigt over populationens (138 klienter) sammensætning i køn og alder, arten af stress-behæftede problemstillinger samt tidsforbrug til arbejdet med opnåelse af frihed for negative emotionelle stress-reaktioner.
3. At danne **basis** for et mere dybtgående arbejde med beskrivelse af klienters/brugeres erfaringer med kinesiologisk test og afbalancering.

Perspektivet i dette projekt skal være at udbrede kendskabet til kinesiologi som metode til at formindske eller helt eliminere stress-reaktioner i krop og psyke. Dette vil kunne give et billede af den effekt, som kinesiologien kan have på klienternes evne til at forholde sig til livets uundgåelige belastninger.

De studerendes specialeskrivning har fra Dansk Pædagogisk Kinesiologiskoles side været tilrettelagt med henblik på, at en sådan undersøgelse skulle kunne finde sted den dag, der fandtes økonomisk mulighed herfor. Der er fra starten søgt professionel bistand vedr. udformningen af spørgeskema til klienten inden det kinesiologiske behandlingsforløb blev påbegyndt.

Alle de deltagende studerende har fra de påbegyndte arbejdet med deres specialeskrivning været indforstået med at deres specialer tilhører Dansk Pædagogisk Kinesiologiskole. Ved en offentliggørelse af resultaterne vil samtlige studerendes navne blive nævnt, med mindre de af den ene eller den anden grund ikke skulle ønske det.

Publicering

Det anses ikke for relevant at publicere resultaterne af dette **for-projekt** i større omfang. En offentliggørelse af resultater vil derimod blive aktuel, når den undersøgelse af og beskrivelse af klienternes/brugernes erfaringer med kinesiologisk test og afbalancering, som for-projektet lægger op til, er færdiggjort.

Undersøgelsens resultater planlægges da offentliggjort i artikelform, som tilsendes:

1. ViFAB (Videns- og Forskningscenter for Alternativ Behandling).
2. SundhedsRådet til offentliggørelse på SundhedsRådets hjemmeside.
3. Kinesiologiforeningen af Danmark til trykning i foreningens tidsskrift
4. CBiS til offentliggørelse på hjemmesiden.
5. International Association of Specialized Kinesiologists (Den internationale Kinesiologiforening, hvis bestyrelse ansøger er medlem af).
6. Lægelige og uddannelsesmæssige fagskrifter.

Resultaterne af **for-projektet** vil blive fremlagt af ansøger på den Internationale kinesiologikongres i Toronto i april 2003, resp. i Minnesota i 2004, og vil blive publiceret i det internationale Newsletter.

Resultater

Et optimalt gennemført projekt forventes at medføre en inspiration til at gå videre med den omtalte beskrivelse af klienters/brugeres erfaringer med kinesiologisk test og afbalancering, således som de kan fremtrækkes fra de 138 cases/rapporter. Desuden, at der skabes respekt om kinesiologi som værende en løsningsorienteret fremgangsmåde til at hjælpe mennesker til at nedsætte eller helt eliminere stress-reaktioner, således at de får det bedre, får mere livsglæde, livsappetit og færre behandlingskrævende lidelser.

Forandring af verden

Negativt emotionelt stress er en af nutidens svøber og resulterer i mange uhensigtsmæssige reaktioner i krop og psyke. Jeg har erfaring for at både min egen og andres verden bliver forandret til det bedre, når vi som mennesker får øget selvtillid og selvværdsfølelse og på denne baggrund bliver bevidste om mulighed for og evner til at håndtere det negative stress og til at indgå i forskellige former for samarbejde om øget sundhedsfremme.

Desuden tror jeg, at gennemførelsen af dette for-projekt vil åbne vejen for yderligere forskning, og publiceringen af de fremkomne resultater vil få verdens øjne op for, at kinesiologien, som den praktiseres på Dansk Pædagogisk Kinesiologiskole, kan betragtes som den måske allermest nænsomme metode til at assistere mennesker med at kunne håndtere fortidens traumer og nutidens stressorer på en sådan måde, at megen lidelse undgås og et større velvære opstår.

Gentofte, den 27. august 2002

Annemarie Goldschmidt

Bilag B: Lægmandsbeskrivelse

Bilag #3 i ansøgningen.

Kort lægmandsbeskrivelse af projektet

Projektets titel

Beskrivelse af en målrelateret og løsningsorienteret kinesiologisk test og afbalancering samt en oversigt over den aldersmæssige, kønsmæssige og problemmæssige fordeling i en population på 138 klienter/brugere.

Projektet skal ses som et **for-projekt** til en senere **beskrivelse af en gruppe klienters/brugeres erfaringer med kinesiologisk test og afbalancering (behandling)**.

Klientgruppen omfatter 138 personer, som har været klienter hos specialestuderende kinesiologer på Dansk Pædagogisk Kinesiologiskole med henblik på at få hjælp til løsning af stress-relaterede problemer.

For-projektet ønskes gennemført og linier for videre forskning udarbejdet i samarbejde med Center for Brobygning i Sundhedsarbejde (CBiS) ved Laila Launsø. Centrets leder og medarbejder har erklæret sig interesseret heri.

Bilag C: Ansøgers CV

Navn: Annemarie Goldschmidt
Adresse: Kærvangen 14, 2820 Gentofte
Tlf./Fax: 3967 3838
e-post: dkpaed@image.dk
Hjemmeside: www.kinesiologi-uddannelse.dk

Uddannelse:
Nysproglig studentereksamen fra Øregård Gymnasium, 1953.
Statsautoriseret sygeplejerske fra Bispebjerg Hospital, 1957.
Mensendieck-uddannet bevægelsespædagog, 1961.
Voksenpædagogisk Grundkursus, 1974.
Studiekredsleder 1978. Aftenskoleleder 1979.
Professionel Praktiserende Kinesiolog®, uddannet i USA, Australien, Tyskland, Norge og Danmark. Første kinesiologikursus i 1980. Seneste kursus april 2003. Samlet kinesiologiuddannelse ca. 3.200 timer.

Nuværende ansættelses- og arbejdsområder:
Privat praksis som kinesiolog siden 1985.
Oprettede Dansk Pædagogisk Kinesiologiskole® i 1988 med det formål at tilbyde kinesiologiuddannelse til personer uddannet indenfor Sundhedssektoren og Undervisningssektoren.
Afholder i skolens regi enkeltkurser i kinesiologi og varetager den 2½-årige uddannelse til Professionel Praktiserende Kinesiolog (PPK). Start 1995.
Daglig leder af Dansk Pædagogisk Kinesiologiskole, Sundhedshuset, Teglgårdstræde 4-8, 1452 København K.
Den Frie Lærerskole i Ollerup (time- og gæstelærer). Siden 1995.
Underviser i Kinesiologi i Norge og i Tyskland (bl.a. på Pädagogische Institut, München).

Publikationer:
"Krop og bevægelses i klasseværelset", 1976.
"Krop og bevægelse og drama i klasseværelset", 1977.
"Sundhedspædagogisk arbejde med skoleelever", 1978.
"Effekten af forebyggende holdningsundervisning blandt skoleelever". Ugeskrift for Læger, august 1976.
"Motorisk Træning i Specialundervisningen, ikke et alternativ, men et supplement". Gentofte kommune, 1982-83.
"Helhed bag undervisningen. Pædagogisk Kinesiologi anvendt i specialundervisningen". Pædagogisk Psykologisk Rådgivning i Gentofte, 1985.
"Pædagogisk Kinesiologi og overvindelse af (læse)vanskeligheder", sammen med Svend R. Hesselholdt. Eget forlag, 1989.
"Fri for stress og fuld af energi. Pædagogisk Kinesiologi anvendt forebyggende". Høst og Søn, 1992. Eget forlag, 1996.
Samme bog i tysk udgave: "Alles klar mit Kinesiologie". Verlag VAK, Kirchzarten, Tyskland.

Tillidsposter:
Medlem af Hovedbestyrelsen i SundhedsRådet. Fra maj 2003 som formand.
Medlem af Hovedbestyrelsen i International Association of Specialized Kinesiologists (IASK).