

Christine Gården Thistel

"Kroppen husker"

En kvalitativ studie i psykisk helsearbeid

Masteroppgave i Psykisk helsearbeid

Veileder: Sissel Alsaker

April 2019

Christine Gården Thistel

"Kroppen husker"

En kvalitativ studie i psykisk helsearbeid

Masteroppgave i Psykisk helsearbeid

Veileder: Sissel Alsaker

April 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for psykisk helse



Kunnskap for en bedre verden

FORORD

Da jeg startet på denne oppgaven, var jeg i en helt annen modus og med andre tanker enn der jeg er i dag. Jeg har sett nødvendigheten av at dette faktisk er en prosess, en prosess som har vært tidkrevende og lærerik.

Når jeg sitter her og skriver disse avsluttende ord til veileder, informanter, familie og venner, er det både vemodig og godt på samme tid å være ferdig med prosjektet. Det har vært lange kvelder og jeg har brukt tid på å sette meg inn i hva det krever av en spirende forsker å skrive en slik oppgave.

Jeg har parallelt med oppgaven jobbet med mennesker som har hatt sine livsbelastninger, og jeg ser at dette har vært en styrkende og bekreftende prosess som fagperson.

Jeg vil få benytte den anledning å takke min veileder Sissel Alsaker for faglig støtte, oppmuntrende ord og latter underveis. Takk!

Og jeg vil også takke mine informanter som har stilt opp med sin kunnskap, dere har bidratt mye til min oppgave, som jeg setter pris på! Jeg vil også få takke min familie og venner for oppmuntrende ord underveis, for at jeg skulle komme i mål med innlevering.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

Bergen, 29. april, 2019.

Christine Gården Thistel

SAMMENDRAG

HENSIKT: Studiens hensikt er å bidra til å utforske et godt kjent, men mindre systematisk belyst fenomen i psykiske helsearbeid. Fenomenet er «kroppen husker». Og formålet med studien er å få kunnskap om hvordan erfarne fysioterapeuter forstår fenomenet «kroppen husker» i behandling av psykiske lidelser.

METODE: Dette er en kvalitativ studie og oppgavens empiri er forankret i fire intervju.

RESULTATER: Analysen førte til fire tema, med henholdsvis tre, fire, fire og to subtema.

Disse er følgende: ‘

Tema 1: Refleksjoner over forholdet mellom psykiske lidelser og kroppslige plager. Subtema: Livets belastninger- «mellommenneskelige relasjoner». Kropp er identitet- «jeg er, jeg finnes»! Bare en diagnose- «en måte å reagere på».

Tema 2: Hvordan fysioterapeutene oppfatter fenomenet kroppen husker i behandling, gjennom en terapeutisk tilnærming. Subtema: Berøring- «vi husker gjennom sanseinntrykk». Bevegelse- «hvordan livet kommer til uttrykk gjennom bevegelse og skaper liv». Kommunikasjon – «løfte fram pasienten og forståelse av det kroppslige perspektiv». Relasjon- «røntgenøyne og grensesetting».

Tema 3: Hvilke utfordringer opplever fysioterapeutene når kroppen husker i behandling. Subtema: Medikamentbruk- «og persepsjonsevne». Vonde kroppsopplevelser- «sorg, skam og sinne». Tverrfaglighet- «kunnskap». Biomedisinsk og biopsykososialt perspektiv.

Tema 4: Hva er fysioterapeutens målsetting når en «nærmer» seg pasienten i behandling. Subtema: Psykoedukativ tilnærming. Å være i kroppen som utgangspunkt for «her og nå».

OPPSUMMERING AV STUDIEN: Når fenomenet «kroppen husker» oppstår i fysisk behandling, beskrives dette som et hverdagslig fenomen. Dette hverdagslige fenomenet ble blant annet vinklet gjennom uttrykket «livsbelastninger» som for eksempel hvordan traumatiske hendelser kunne resultere i kroppslige plager, og var en måte å beskrive fenomenet «kroppen husker» på i behandling. Det var et fenomen som kom til uttrykk gjennom håndlag som berøring og bevegelse, kommunikasjon og relasjon. Kommunikasjonen ble også brukt gjennom en psykoedukativ tilnærming for å få pasienten til å se en sammenheng mellom kroppslige plager og psykiske lidelser, og på den måten ble lidelsen mer forståelig for pasienten. Disse livsbelastningene kunne også gjøre noe med identiteten til pasienten, hvorav det viser seg at mange pasienter med psykiske lidelser har en

identitetsproblematikk. Men gjennom å jobbe med kroppen via berøring og bevegelse, kommunikasjon og en trygg relasjon syntes en uintegreert del av identiteten å integreres. Et annet subtema som kom fram var diagnosebegrepet og hvor biologisk forankret det fortsatt er med diagnoselistens mange symptomer. Og på den andre siden beskriver diagnosen utfordringene med at den ikke tar høyde for det komplekse livet bakenfor de fysiske symptomer, som kan være med på å forstå fenomenet «kroppen husker» i et større perspektiv. Videre ble medikamentbruk belyst, et tiltak som blir brukt mye i behandling av psykiske lidelser og som ble sett på som en utfordring i forhold til redusert persepsjonsevne og dets innvirkning det har på forståelsen av fenomenet «kroppen husker». Andre subtema som dukket opp var vonde kroppsopplevelser og å være i kroppen som utgangspunkt for «her og nå». Vonde kroppsopplevelser kan være er en stor del av mange pasienter med psykiske lidelser og er ofte utfordrende å forholde seg til i fysikalsk behandling når fokuset er på kropp. Det er også ofte vanskelig for pasienten å forholde seg til det som skjer «her og nå» i behandling, når mange med psykiske lidelser har andre utfordringer i forhold til tanker og følelser. Men å få en klarhet i hva som tilhører fortid av minner, og hva pasienten kjenner i kroppen sin her og nå, og at det som skjer her og nå ikke er farlig, er ofte oppklarende for pasienten. Hvorav begreper som tilstedeværelse, innlevelse og deltakelse er betydningsfulle for å kunne være til stede her og nå, og for at fenomenet «kroppen husker» skal komme til uttrykk. Videre viser studien utfordringer på samfunn-/individnivå, i forhold til det biomedisinske og biopsykososiale perspektivet som store deler av vårt helsevesen er organisert i. Da vi har enheter som skiller mellom soma og psyke, og som kan ha en innvirkning på forståelsen av fenomenet «kroppen husker» i tverrfaglighet.

Studien har terapeutiske konsekvenser som er verdt å se betydningen av for å forstå fenomenet på individ-/ og samfunnsnivå. Og som vil være av viktighet for ikke bare fysioterapeuten å ha kunnskap om, men for alle som jobber med mennesker med psykiske lidelser i psykisk helsearbeid, inkludert pårørende. Skal jeg trekke fram et ønske om videre forskning i forhold til aktuelle tema, må det være: Medikamentbruk, diagnose, identitet og kropp, det biomedisinske og biopsykososiale perspektivet tilknyttet tverrfaglighet.

Nøkkelord: Fysioterapi, psykisk helsearbeid, kroppen husker, hukommelse, kroppsopplevelse, traume.

SUMMARY

PURPOSE: The purpose of this study is to contribute to explore a well known, but not systematically analyzed phenomenon called «The body remembers». This in order to get knowledge how four experienced physiotherapists understands this phenomenon «The body remembers» in treatment of mental disorders.

METHOD: This is a qualitative study and the empirical material is based on four research interviews.

RESULTS: The analysis led to four main themes, with respectively three, four, four and two subthemes. These are:

Theme 1. Reflections between the relationship of mental disorders and bodily ailments.

Subthemes: The life stresses- «interpersonal relationships». The body is identity- «I am and I exist». Just a diagnose- «a way of reacting».

Theme 2. How do the physiotherapists perceive the phenomenon «The Body remembers» in treatment, through a therapeutic approach. Subthemes: Touch- «we remember through sensations. Movement- «how life appears through movement and creates life».

Communication- «promoting the patient and understanding the bodily perspective.

Relationship- «x-rayeyes and setting limits».

Theme 3. What kind of challenges do the physiotherapists experience when the «The body remembers» in treatment. Subthemes: Drug use- «and the possibility to perceive». Painful body experiences- «Sorrow, shame and anger». Interdisciplinarity- «knowledge». Biomedical and biopsychosocial perspective.

Theme 4. What are the physiotherapists intentions when they are approaching the patient.

Subthemes: Psycho-educational approach. To be in the body- «here and now».

SUMMARY OF THE STUDY: When the phenomenon «The body remembers» appears in physical treatment, it is described as a everyday phenomenon. This everyday phenomenon was for example angled through what they called «life stressers», like for instance how traumatic life events may result in physical reactions and ailments/pains and disorders. And in short, was a way of understanding the phenomenon «The body remembers». This phenomenon appears through touch and movement, communication and relations.

Communication was also used in a psycho-educational approach to teach the patient to see the connection between the bodily pain/disorders and the mental disorder. In that way the

disorder became more responsive for the patient. These life stressors could also affect the person's identity, and it shows that many people with mental disorders have identity issues. But through touch, movement, communication in a safe relationship, it seemed like the «lost identity» could be recovered. Another subtheme that also appeared in the study was the diagnosis and how this still today is more or less biomedical rooted with a long list of physical symptoms. On the other hand the diagnosis described the challenges not considering the complex life circumstances behind the patient's symptoms. This could also be a way of understanding the phenomenon «The body remembers» in a bigger perspective. Furthermore the study revealed another subtheme called drug use, a very often used treatment in mental disorders and it shows the challenges such as reduced perceptions and how it affects the understanding of the phenomenon «The body remembers». Another subtheme that came along was painful body experiences and to be in the body - «here and now». Painful body experiences can be a large part of the mental disorder and it's often difficult for the patient to be in a physical treatment where the focus is on the body. It is also often difficult to be in the moment that is called «here and now» as many patients with mental disorder struggle with confusing thoughts and emotions. But having explained what belongs to the past according to memories and what the patients feel in their bodies here and now and that it's not dangerous - but it's a way of reacting to something that happened in the past - is very clarifying. However concepts like presence, empathy, and participation are all important in order to be in the moment like «here and now», so the phenomenon «The body remembers» can appear.

Further the study shows challenges on a community- and individual level relative to the biomedical perspective in which a large part of our health care system is, meaning units that are divided in mental disorders and physical disorders and can affect the understanding of the phenomenon «The body remembers» in interdisciplinarity.

The study has shown some implications which are important when trying to understand the phenomenon on an individual- and community level. It will be of importance for not only the physiotherapist to have knowledge about, but for everyone working in mental healthwork, including the dependents. For future research I would like to explore the subthemes drug use, diagnosis, body and identity, biomedical and biopsychosocial perspectives in relation to interdisciplinarity.

Key words: Physiotherapy, mental health work, «the body remembers», memory, trauma, bodily experiences.

Innhold

1.0 INNLEDNING	10
1.1 Tema og bakgrunn for studien.....	11
1.2 Studiens hensikt.....	11
1.3 Hvordan jeg søkte litteratur	12
1.4 Studiens relevans.....	12
1.5 Problemstilling	13
1.5.1 Begrepsavklaring.....	13
1.6 Studiens oppbygning	14
2.0 TEORETISK FORANKRING	14
2.1 Innledning.....	14
2.2 Psykisk helsearbeid	14
2.2.1 Psykiske lidelser	15
2.2.2 Utviklingspsykologi og spedbarns-forskning og andre studier	15
2.2.3 Medikamentbruk i psykisk helsearbeid	16
2.2.4 Fysikalsk behandling i psykisk helsearbeid.....	16
2.2.5 Psykoedukativ tilnærming	16
2.3 Kroppsfenomenologi	16
2.3.1 Hvordan styrke kroppens kunnskap	17
2.3.2 Kropp og identitet.....	17
2.3.3 Og være tilstede «Her og nå»	18
2.4 Fenomenet «kroppen husker».....	18
2.4.1 Traumer	19
2.4.2 Nevrobiologisk kunnskap om traumetilstander	19
2.4.3 Den traumatiserte hukommelse og vanlig hukommelse	20
2.4.4 Autonome nervesystem	21
2.4.5 Vonde kroppsopplevelser	21
2.5 Tverrfaglighet.....	21
2.5.1 Forholdet mellom verbal og kroppslig kommunikasjon.....	22
2.5.2 Relasjon	22
2.5.3 Diagnose.....	22
3.0 METODE	23
3.1 Vitenskapsteoretisk inngang.....	23
3.2 Kvalitativ forskning.....	24
3.2.1 Det kvalitative forskningsintervju	25
3.3 Egen intervjuundersøkelse	26
3.3.1 Utvalg	26

3.3.2	Datainnsamling.....	27
3.3.3	Transkribering	28
3.4	Analyseredskaper	29
3.4.1	Analysen	29
3.5	Meningsfortolkning	29
3.6	Metodekritikk	33
3.6.1	Forskerens forforståelse.....	33
3.6.2	Vurdering av egen forskerrolle.....	34
3.6.3	Utvalget	34
3.6.4	Intervjusituasjonen	35
3.6.5	Analysen	35
3.6.6	Resultatene	36
3.6.7	Forskningens kvalitet og framstilling	36
3.6.8	Etiske betraktninger.....	37
4.0	PRESENTASJON AV RESULTATER.....	38
4.1	Tema 1: Refleksjoner over forholdet mellom psykisk lidelse og kroppslige plager	39
4.1.1	«Livets belastninger» - mellommenneskelige relasjoner.	39
4.1.2	«Kropp er identitet» - jeg er, jeg finnes!	42
4.1.3	«Bare en diagnose- en måte å reagere på».....	44
4.2	Tema 2: Hvordan fysioterapeutene oppfatter fenomenet «kroppen husker» i behandling, gjennom en terapeutisk tilnærming.	45
4.2.1	Berøring – «vi husker gjennom sanseintrykk».....	46
4.2.2	Bevegelse- «hvordan livet kommer til uttrykk ved bevegelse og skaper liv»	48
4.2.3	Kommunikasjon – «løfte fram pasienten og en forståelse av det kroppslige perspektiv» ...	51
4.2.4	Relasjon- «røntgenøyne og grensetting»	55
4.3	Tema 3: Hvilke utfordringer opplever fysioterapeutene når «kroppen husker» i behandling.....	58
4.3.1	Medikamentbruk- og persepsjonsevne	58
4.3.2	Vonde kroppsopplevelser- sorg, skam og sinne	59
4.3.3	Tverrfaglighet - kunnskap	62
4.3.4	Biomedisinsk og Biopsykososialt perspektiv	64
4.4	Tema 4: Hva er fysioterapeutens målsetting når en «nærmer» seg pasienten i behandling.	66
4.4.1	Psykoedukativ tilnærming	66
4.4.2	Å være i kroppen som utgangspunkt for «her og nå».....	67
4.5	Oppsummering av resultatene	69
4.5.1	Tema 1: Refleksjoner om forholdet mellom psykisk lidelse og kroppslige plager	69
4.5.2	Tema 2: Hvordan fysioterapeutene oppfatter fenomenet «kroppen husker» i behandling, gjennom en terapeutisk tilnærming.	69

4.5.3 Tema 3: Hvilke utfordringer opplever fysioterapeutene når «kroppen husker» i behandling.	69
4.5.4 Tema 4: Hva er fysioterapeutenes målsetting når en «nærmer» seg pasienten i behandling.	70
5.0 DISKUSJON	70
5.1 Tema.1: Refleksjoner over forholdet mellom psykiske lidelser og kroppslige plager	70
5.2 Tema 2: Hvordan fysioterapeutene oppfatter fenomenet «kroppen husker i behandling, gjennom en terapeutisk tilnærming	75
5.3 Tema 3: Hvilke utfordringer opplever fysioterapeutene når «kroppen husker» i behandling	77
5.4 Tema 4: Hva er fysioterapeutenes målsetting når en «nærmer» seg pasienten i behandling	80
6.0 AVSLUTNING- betydning av studien	83
7.0 LITTERATURLISTE	85
8.0 VEDLEGG	89
Vedlegg 1: Informasjonsskriv/Samtykkeskjema-fysioterapeut	89
Vedlegg 2: Intervjuguide- fysioterapeut.....	91
Vedlegg 3: Tilbakemelding fra NSD.....	94

1.0 INNLEDNING

Mitt ønske med denne kvalitative studien er å belyse hvordan fire erfarne fysioterapeuter forstår fenomenet «kroppen husker» i behandling av psykiske lidelser. Oppgavens empiri er forankret i fire intervju, hvor temaet er kroppen i psykisk helsearbeid.

Når jeg leser litteratur om hvordan kropp og sinn blir beskrevet og diskutert, er det ofte refleksjoner rundt sammenhengen mellom kropp og psyke. Og jeg tenker at kropp og psyke er fenomener som begge er avhengige av å bli forstått med en gjensidig påvirkning.

Men jeg tenker også at dette kan være utfordrende når; «Hovedtendensen i psykiatrisk litteratur er at kroppen framstilles som en biologisk organisme, uavhengig av menneskers erfarings- og meningsverden», (Gretland, 2007, s.16). Og dette blir spesielt utfordrende når en ser at pasienter med psykiske lidelser ofte har kroppslige plager, symptomer og måter og uttrykke dette på, (Ibid.,s.16).

I Gretland, (2007) sin lesning av litteraturen så kommer det fram at i starten av psykiatrien hadde psykiske lidelser blitt definert ut ifra en biomedisinsk sykdomsmodell. Og menneskekroppen ble sett på som et biologisk objekt, hvor en søkte etter en biologisk forklaring på menneskets psykiske lidelse (s.17). Videre uttrykker hun at mange som arbeider i psykiatrien i dag opplever at pasienten har kroppslige reaksjoner relatert til måten de beveger seg på, reaksjoner og måter å være i aktivitet på- og at dette symboliserer at kroppen er mer en biologi, men en enhet som bærer mening og kan uttrykke seg. Men fordi kroppen er en blanding av biologi, sosialt, kulturell og historisk, kan det være utfordrende å forstå kroppens tegn, (Ibid., s.23).

Som fysioterapeut hvor mitt utgangspunkt i undersøkelse og behandling er å synliggjøre ulike kroppslige sanser, erfaringer og muligheter for mestring gjennom ulike tiltak som berøring, bevegelse og aktivitet, (Gretland,2007, s.86) - vet jeg at kroppen er noe mer. Bunkan, (1997) viser til begrepet kroppsspråk og mener kroppen er avslørende gjennom blant annet kroppslige signaler som ubehag eller behag, gjennom kroppsholdning, måter å bevege seg på, puste på og stemmebruk, (s. 302). Dette er med på å bidra til at jeg tenker at tanker og følelser har en sammenheng med kroppslige signaler. Fysioterapi blir derfor en terapiform som skiller seg fra den typiske behandlingen i psykisk helsearbeid, som oftest er samtale om tanker og følelser.

Samtale skjer også i fysioterapi, men da som regel knyttet til kroppslige aspekter og erfaringer i en terapeutisk relasjon, (Gretland, 2007.s.86).

1.1 Tema og bakgrunn for studien

Tema for denne oppgaven er kroppen i psykisk helsearbeid og fenomenet som utforskes er «kroppen husker», som dukker opp i både norsk og utenlandsk litteratur som for eksempel skrevet av forfatterne Marianne Jakobsen, Anne Gretland, Babette Rotchilde for å nevne noen. Jakobsen og Rotchilde belyser fenomenet «kroppen husker» gjennom et nevrobiologisk/somatisk perspektiv om traumetilstander. Jeg viser både i resultat-/teorikapittel hvor jeg har hentet litteratur om fenomenet. Når det oppfattes som et fenomen, leses det for eksempel heller indirekte når det snakkes om kropp og psyke og sammenhenger gjort i forhold til for eksempel begrepet traume.

Bakgrunnen for valgte tema springer ut i en undring fra en plakat jeg har sett, som heter «kroppen husker», fra forbundet mitt, Norsk Fysioterapeutforbund (NFF). Bildet viser en kvinne på toppen av et fjell som strekker armene ut i luften, og jeg tenker at livet kan sette spor i en kropp, når jeg ser henne strekke på kroppen ut i det frie landskapet. Med det mener jeg at bildet viser et menneske, en kropp og følelser som uttrykkes i et landskap. En gjensidig påvirkning av omgivelser og menneske, en symbiose, hvor en kropp kan uttrykke følelser og tanker gjennom påvirkning av sine omgivelser. Dette fikk meg til å undre enda mer over sammenhengen mellom kropp og sjel og hvor viktig kroppen kan være i behandling av psykiske lidelser. Jeg vil også nevne på bakgrunn av at jeg til daglig jobber som psykomotorisk fysioterapeut ser betydningen av kroppen i behandling, når pasienter med psykiske lidelser som regel har kroppslige plager som muskel-/ og leddsmerter og dette er plager som ofte ikke har en patologisk forklaring, men heller en sammensatt biopsykososial årsak. Jeg har siden undret meg over hvordan mine kollegaer tenker om dette begrepet «kroppen husker» i klinisk praksis. På bakgrunn av egen erfaring og noe begrenset forskning, finner jeg det aktuelt å studere dette fenomenet nærmere.

1.2 Studiens hensikt

Studiens hensikt er å bidra til å utforske et godt kjent, men mindre systematisk belyst fenomen i psykiske helsearbeid, «kroppen husker». Begrepet fenomen kan forstås gjennom tradisjonen Fenomenologi: «Oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfares for

subjektet; ikke mot verden i seg selv uavhengig av personen som erfarer den», (Thornquist, 2015, s.14). På bakgrunn av dette vil jeg belyse terapeutens subjektive erfaringer og kunnskap rundt dette fenomenet.

1.3 Hvordan jeg søkte litteratur

For å besvare oppgavens problemstilling, måtte jeg starte mine søk i ulike databaser. Jeg har brukt både norske og utenlandske databaser som ORIA, Idunn, CINAHL, PubMed, og Google Scholar for å se om det er gjort forskning rundt dette fenomenet. Og når det kommer til bruken av søkeord, har det vært litt utfordrende, jeg har prøvd meg fram med flere ulike søkeord, men startet først med: Kroppen husker/body remembers/body awareness og fikk en håndfull treff på ORIA, og lite på utenlandske databaser. Videre søkte jeg på fysioterapi i psykisk helsearbeid/physiotherapy in mental health and (psychiatry), chronic pain, psychological trauma and pain, stress disorders, post-traumatic disorder, trauma og kombinerte disse ordene. Jeg har for eksempel kombinert ord som mental health og chronic pain og fått henholdsvis 154 av 21.000 treff, men har også fått helt ned i 9 treff ved kombinert søk av ordene psychological trauma og chronic pain. Jeg har endt opp med flest norske tidsskrifter enn utenlandske. Jeg synes jeg har funnet anvendelig litteratur som besvarer min problemstilling, og det meste finnes i fagbøker, men har også funnet relevant litteratur i vitenskapelige tidsskrifter.

1.4 Studiens relevans

Etter å ha søkt i ulike databaser fant jeg ut at forskning rundt selve fenomenet «kroppen husker» dukket lite opp som et tema alene, i både utenlandske og norske databaser, sett i forhold til for eksempel begrepet traume. Traume fordi det er et begrep som jeg forstår har en nær relasjon til fenomenet kroppen husker. Men begrepet traume dukket ofte opp i relasjon til det psykologiske aspektet, da hvor kroppen kom inn som en tredjepart i sammenhenger disse hadde i forhold til hverandre. Så jeg vil sammenfatte det slik at den litteraturen jeg registrerte mest av da jeg søkte i begge databaser, hadde hovedtyngden på kombinasjonen av sosiale, psykologiske og biologiske faktorer innvirkning på kroppen. Her kan jeg vise til litteratur fra for eksempel forfatterne Kirkeengen og Næss (2015), hvor de gjennom sin lesning av litteraturen viser til at det å ha blitt avvist, misbrukt/mishandlet, forsømt, har en sterk knytning til tilstander som hjerte-/ og karsykdommer, migrene, stemningslidelser, leddsykdommer,

(s. 56). Videre henviser jeg også til Gretland, (2007) som her referere til den empiriske forskningen som utgjør ACE- studien (Adverse Childhood Experience Study), en studie som kan dokumentere til at traumatiske livserfaringer har en sammenheng med typiske risikofaktorer som depresjon, sykdom, overvekt, (s. 75-76), for å nevne noen forfattere jeg har brukt i denne oppgaven. Jeg har også funnet litteratur som kan ta for seg kroppen alene som meningsbærende og uttrykksfull, som for eksempel av forfatteren Gunn Engelsrud. Sammenfattet ut fra mine treff i databasene, forteller dette meg at det fortsatt virker som et lite systematisk utforsket fenomen, og av den grunn viktig å drive forskning som kan synliggjøre dette fenomenet enda mer. Jeg vil komme mer innpå betydningen av studiet, og hvorfor forske videre på fenomenet når jeg oppsummerer i slutten av diskusjonskapittelet.

1.5 Problemstilling

Hvordan forstår erfarne fysioterapeuter fenomenet «kroppen husker» i behandling av psykiske lidelser?

1.5.1 Begrepsavklaring

Jeg vil i oppgaven bruke begrepet «kroppen husker» ut ifra informantenes tilbakemeldinger og slik litteraturen omtaler dette begrepet.

Begrepet: «**Kroppen husker**» blir i litteraturen beskrevet som et kroppslig fenomen, hvor interessen for de fysiske symptomene og de fysiologiske endringene etter traumatiske erfaringer har fått forskerne til å interessere seg for dette mer enn det de allerede vet at traumerelaterte lidelser kan skyldes som for eksempel medfødte egenskaper, sosiale forhold og psykiske utfordringer, (Jakobsen, 2006, s.44).

Begrepet *Fenomen* i filosofien er: «En betegnelse for tingene, den ytre verden, som de viser seg eller fremtrer for oss, eller som vi erkjenner dem, i motsetning til tingene som de «egentlig eller «i virkeligheten» er, det Kant kalte for «Ding an sich», (Fenomen-Store leksikon, 2018, 20. februar).

Begrepet *Psykisk lidelse* kommer fram i litteraturen som et flerfoldig begrep, og at psykisk helse og psykiske lidelser er intrikate fenomener, (Skårderud et.al, 2010, s. 29). At det å lide psykisk, behøver ikke å bety at en har en psykisk lidelse. «Å lide psykisk kan være et sunnhetstegn, men at en psykisk lidelse oppleves som fravær av sunnhet», (Ibid. s.28). Videre uttrykkes det at; «Det er et fellestrekk ved psykiatrisk symptomer og lidelser at dårlig

tenkning og dysfunksjonelle, følelsesmessige reaksjoner blir dominerende, og over tid skader evnen til å fungere i hverdagen», (Ibid. s.33).

1.6 Studiens oppbygning

I kapittel to har jeg redegjort for den teoretiske tilnærmingen til problemstillingen. Videre vil jeg vise til metoden hvor jeg har redegjort for framgangsmåten og vurderinger jeg har tatt underveis i undersøkelsen. Deretter kommer studiens resultater, og tilslutt en diskusjon rundt disse, før oppgaven avsluttes med en oppsummering og videre forskning.

2.0 TEORETISK FORANKRING

I denne delen av oppgaven skal jeg presentere den teoretiske forankringen. Det som vil være av ny litteratur i dette kapitlet er tidsskrifter fra vitenskapelig forskning, men også noe fra fagbøker. Grunnen til de temaene som kommer etter innledningen er valgt ut på bakgrunn av resultatene fra analysearbeidet. Jeg vil først starte med å si kort om forforståelse for kropp og psykisk helse, som en innledning til dette kapitlet.

2.1 Innledning

Jeg vil starte med å si at min forforståelse har betydning for den litteratur jeg anser som viktig for å forstå det materialet som legges fram i denne studien. Noe av min forforståelse handler om å anerkjenne kroppens rolle som intrikat. «Kroppen er ikke bare uttrykksfull- preget av erfaringer, sosialt og kulturelt liv; den er også biologi, biomekanikk, biokjemi og fysiologi», (Thornquist,2015, s.191). Kroppen er en meningsbærende og meningsskapende enhet, (Ibid.s. 192).

2.2 Psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid er et relativt nytt begrep og har vært under endringer i lang tid, i forbindelse med opptrappingsplanen for psykisk helse som gikk fra 1998 til 2008, satset den på å skape ressurser til psykiske helsetjenester, og det var en reform som har vært med på å skape nye ideer om hva som er bra å iverksette for mennesker med psykiske utfordringer, (Bøe og Thomassen, 2017, s. 18). Psykisk helsearbeid kan for eksempel, kort, deles inn med den hensikt at den for det første ønsker å fremme tiltak som gjør individet selvstendig og en del av samfunnet. For det andre: Legge til rette for at mellommenneskelige relasjoner, som for

eksempel få til gode møter, samtaler og samarbeid mellom for eksempel pasient og terapeut eller samarbeidspartnere. For det tredje: Foruten å ivareta grunnleggende behov, så er det viktig å kunne snakke om emner som ensomhet, lengsel, døden og samtidig prøve å se sammenhenger i sine utfordringer og den psykiske lidelsen i møte med slike emner, (Bøe og Thomassen, 2007 s. 19-20).

2.2.1 Psykiske lidelser

Forfatteren Skårderud et.al (2010) viser til at gjennom vår biologi har vi følelser som glede, skam, frykt og at disse er der fra først dag i livet vårt. Men våre gener avgjør hvorvidt vi er sterke nok eller for sårbare når vi er i møte med disse. Og det er i møte med andre at disse følelsene utvikles, og jo mer trygghet vi erfarer i livet, jo mer robuste er vi mot lidelse, (s.27-28). Skårderud uttrykker at en:..«psykisk lidelse oppleves som fravær at sunnhet». Og at utrygge relasjoner og traumer er eksempler på elementer som disponerer til lidelse og sykdom, (Ibid.s.28)

2.2.2 Utviklingspsykologi og spedbarns-forskning og andre studier

Forfatterne Hart og Schwartz, (2011) dekker det psykologiske perspektivet, og viser til John Bowlby som er tilknytningsteoriens egentlige grunnlegger og som viste hvordan tilknytningsrelasjoner mellom barn og omsorgspersoner er avgjørende for barnets personlighet. Han mente at hendelser i spedbarnsalderen og barndommen spilte en viktig rolle for om barnet vokste opp med en sannsynlighet for å utvikle en psykisk lidelse, (s. 94). Han anså for eksempel at et tap av moderlig omsorg som et «patogen agent», at dette kunne opptre som en patologisk sorg for barnet, som ble en ubevisst lengsel etter denne omsorgspersonen. Og dette ubevisste ble et bilde på at psyken stenger ut minner om den tapte omsorgspersonen og følelser knyttet til disse erindringene, og som jeget ikke klarer å bearbeide. Han viste også til at faktorer som avvisning, tap av kjærlighet og forvirrede tilknytningsmønstre, kunne bidra til dette, (Ibid.s. 94-95).

Andre studier med empirisk belegg som kan belyse sammenhenger på traumatiserende hendelser og utvikling av lidelser og sykdom, er den mest omfattende ACE-studien (Adverse Childhood Experience Study). En studie av traumatiske barndomserfaringer som fysisk, psykisk og seksuelt misbruk, og det å vokse opp med en omsorgsperson som har utfordringer

for eksempel en mental lidelse, viser og ha en sammenheng ikke bare med utviklingen av psykiske lidelser, men også utvikle fysisk sykdom og tidlig død (Gretland,2007, s.75-76).

2.2.3 Medikamentbruk i psykisk helsearbeid

Som vist i resultatkapitlet uttrykker forfatteren Gretland, (2007) at psykofarmaka er høyst tilstede i behandlingen av psykiske lidelser og påvirker både motorisk funksjon og evnen til å persipere, (s. 82). Kolstad, (2004) forteller at den nevrobiologiske vinklingen i psykiatrien øker bruken av medikamenter, og i stedet for å se på den store sammenhengen hvor sosiale relasjoner med sine tanker og følelser oppstår, selv om disse er forstyrret for pasienten, blir tankene og følelsene sett på som unormale, og vi retter opp disse abnormaliteter med medisiner, (s. 18).

2.2.4 Fysikalsk behandling i psykisk helsearbeid

Fysioterapi i psykiatrisk kontekst klassifiseres vanligvis ut fra tiltak av støttende karakter (jeggstyrkende), eller inngripende (omstillende) karakter. Disse begrepene forteller hvordan behandlingen påvirker pasientens forsvar, (Gretland, 2007, s. 88). Fysikalsk behandling i psykiatrien er som oftest av støttende karakter, da mange sliter med en spaltet personlighetsstruktur. Hvilket betyr at pasienten er veldig sårbar og kan lett bli overveldet av følelser, (Ibid.s. 88). Denne støttende behandlingen ønsker å fremme blant annet en stabil identitetsopplevelse, selvstendighet og evne til å samhandle med andre, (Ibid.s. 89).

2.2.5 Psykoedukativ tilnærming

En viktig pedagogisk tiltak i psykisk helsearbeid er å ha en psykoedukativ tilnærming, det vil si gjennom å fremme pasienters og pårørendes kunnskap om mentale elementer som igjen kan stimulere til bedre kompetanse til å håndtere symptomer og mentalt ubehag, (Skårderud et.al 2010, s. 176).

2.3 Kroppsfenomenologi

Kroppsfenomenologien har en viktig innvirkning i kvalitativ forskning om menneske og kropp. En viktig bidragsyter til denne retningen er presentert av filosofen Maurice Merleau-Ponty, og viser en annen retning enn den klassiske dualistiske kropp- og menneskeforståelse. Holdepunktet i denne retningen er at mennesket er i denne verden som sin kropp, og han mente at individets subjektstatus var i kroppen, (Gretland,2007, s. 24).

2.3.1 Hvordan styrke kroppens kunnskap

Forfatteren Gunn Engelsrud viser i sin artikkel: «Kroppen som kunnskap og mulighet», (1998), kroppens posisjon i behandling. Jeg har valgt å trekke ut der hvor hun viser til Charles Sanders Peirce: «Tredelt erfaring i den levende kroppen». Hvor forfatteren viser til tre måter en erfarer kroppen på og deler det inn og kaller den første delen for «Førsthet», hvor det vises til at oppmerksomheten rettes mot at en erfaring kan oppleves direkte som en følelse, som er bundet til det autonome nervesystem, og som trer i kraft før verbale språket. Et eksempel: «At lenge før en person har sagt noe, så kan vi i kroppen gjenkjenne og så å si ha «hatt den andre inn i kroppen», (s.250-251). Et annet eksempel er: «Før et ord er sagt i en behandling, vil mange pasienter respondere i kroppen i negativ retning». Det kan være utspørring om noe som pasienten ikke liker og kroppen reagerer med å bli fastlåst eller at vedkommende fjerner seg fra kroppen. Begrepet tillit er nært knyttet til dette aspektet og de autonome reaksjoner. Andre begreper som: ...«varhet, stillhet og avspent oppmerksomhet», bidrar til å skape kommunikasjon, (Ibid. s.251). «Andrehet»: Denne delen omfatter den reaksjon som oppstår i kroppen vår når vi møter omgivelsene våre. Kroppens subjektivitet hos barnet i dette eksempelet er å få en forståelse av hva som er bak, foran, opp og ned på sin egen kropp og sette dette i sammenheng med de omgivelsene barnet er i og når en beveger og orientere seg. Ved berøring av barnet, gir variasjoner av svar, det være seg å yte motstand, eller gi seg henn, og det er en personlig erfaring, (Ibid.s. 252). «Tredjehet»: Denne erfaringsdelen knyttes til språk og måter å artikulere seg på. I behandlingssammenheng kan det være å lære pasienten å skjelve, istedenfor å bruke tid på å forklare pasienten hva skjelving er, så er det mer gunstig å la pasienten erfare dette gjennom å bruke sin egen kropp. Dette er den mest anvendelige måten å erfare kroppen sin kroppslig, så han ikke trenger å være redd for eventuelle konsekvenser med å skjelve, (Ibid.s.253). Disse tre aspektene blir sett på som uatskillelige, men kan ha variasjon i forhold til hvor dominante eller framtrædende de kan være i behandlingen. Ved å møte et menneske som opplever kroppsbehag, med aksept gjennom stillhet eller holde en hånd på et område på kroppen som er vond kan bidra til at kroppen heles uten at en må forklare erfaringen, (Ibid.s. 254).

2.3.2 Kropp og identitet

Forfatteren Solvang, (2003) i dialog med sosialantropolog Thorbjørnsrud som uttrykker at omgivelsene påvirker kropp og identitet, men vinkler dette ved å si at på bakgrunn av en

intrikat verden som på mange måter kan virke utrygg og vanskelig å kontrollere, kan vi i hvertfall kontrollere kroppen. Videre uttrykker forfatteren gjennom sin lesning av litteratur at vi mennesker viser gjennom kroppen vår hvem vi hører til, hvilke verdier vi har m.m. og dette blir en måte å konstruere en identitet gjennom kroppen på, (s. 21).

2.3.3 Og være tilstede «Her og nå»

Som skrevet i resultatkapitlet, uttrykker Gretland, (2007) at det kan være utfordrende for mange med psykiske lidelser å konsentrere seg, (s. 93), og at en felles oppmerksomhet er viktig for at et møte i terapien skal oppstå. Kroppen er og blir utgangspunktet i behandling og undersøkelse, (s. 90). Videre uttrykker Gretland at det er en vesentlig viktig del av terapien å prøve å skape noe til felles, samtidig som det er viktig å kontinuerlig holde kontakt med pasienten. Og at ordene ...«Tilstedeværelse, innlevelse og deltakelse», er viktige elementer i behandlingen, (s. 91).

2.4 Fenomenet «kroppen husker»

Forfatteren Gretland, (2007) viser gjennom sin lesning av litteraturen når fenomenet kroppen husker opptrer i fysisk behandling, og at dette er en erfaring som pasienten ikke alltid er seg bevisst. Kroppen har med seg opplevelser på flere vis, og hovedbudskapet i erfaringer vi ikke ønsker å snakke om, er at kroppen vil huske det mennesket ikke klarer å uttrykke verbalt. Disse kroppslige minnene kan stimuleres av berøring, bevegelse eller andre sensoriske inntrykk som stimulerer hukommelsen. Kroppens hukommelse er tilknyttet sensorisk inntrykk, (s. 52). Kroppslig kan dette resultere i at pasienten unngår bestemte bevegelser, og utvikler monotone og ensidige måter å bevege seg på som tilslutt gir pasienten symptomer og plager fra for eksempel muskel- og/ skjelettapparatet (Ibid. s. 101). Videre viser Gretland gjennom sin lesning av litteraturen at kombinasjonen av en forstyrret persepsjonsopplevelse og hukommelse, kan frambringe angstreaksjoner, hvilket viser seg i et større perspektiv å frata et menneske god livskvalitet. Da det blir utfordrende for individet å stole på hva som er virkelig og ikke. En vil da se at individet kan komme i en vond syklus av ensomhet, forvirring, skam, skyld og så videre, som kan resultere i både psykiske lidelser og sykdom, (Ibid. s.54). Videre belyser også forfatteren Rothschild, (2004) at menneskets livserfaringer, og hukommelsen starter med sanseintrykk, som vi persiperer gjennom sansene våre. Og via våre sanser går denne informasjonen til hjernen som får beskjed om hvordan tilstanden er både inni og utenpå kroppen vår, bevisst og ubevisst (s. 63).

2.4.1 Traumer

«Ordet traume kommer fra gresk betyr skade eller sår- en skade på kroppen av fysisk eller psykisk karakter», (Anstorp og Benum, 2014, s. 23). Hvordan traumene rammer et menneske synes å være ulikt, og noen er mer disponibelt til å utvikle sykdom som følge av et traume. Det viser seg at det eksisterer såkalte pretraumatiske risikofaktorer, men likevel ikke spesifikke nok til å si at det gjelder alle, disse er sosial og genetisk arv, tidligere psykisk sykdom og tidligere traumatiske hendelser er kraftfulle prediktorer. De kommer i kategorien uspesifikke fordi de samme faktorene også kan føre til en rekke fysiske og psykiske lidelser. Videre viser det seg at undersøkelser av disse pasientene også er utsatt for å rammes av ulike kroppslige lidelser (Anstorp et. al. 2006, s. 46).

Videre kan følgende studier vise til sammenhenger mellom alvorlig kroppslige sykdommer/dysfunksjoner og traumatiske hendelser. Deriblant uttrykker Allen et.al (2017) til at konflikter og fiendtlighet i relasjoner i ungdomsårene er predisponert for kroppslige endringer i voksen alder, da økning i betennelsesfremmende hormoner, (s.1). Dette uttrykker også Kirkengen, (2015) da gjennom en studie av sammenhengen mellom alvorlige sykdommer og fysisk mishandling, vanskjøtsel, seksuelt misbruk, riktignok andre faktorer, men likevel vanskelige og alvorlige hendelser, at dette øker blant annet betennelsesfremmede hormoner i kroppen, (s. 56). Det er og vist sammenheng mellom multiple traumatiske erfaringer i barndom og risiko for artritt, (Kopec og Sayre, 2004, s. 361). Og en studie gjort av Sigurdsdottir og Halldorsdottir, (2013) viser at kvinner utsatt for seksuelle overgrep i barndom utvikler multiple fysiske og psykologiske symptomer, kroppslig som for eksempel Fibromyalgi, (s. 422).

2.4.2 Nevrobiologisk kunnskap om traumetilstander

Psykiater og traumeforsker Bessel van der Kolk forsket på hvordan traumatiske minner lagres og belyste at hovedproblemet med minnene er at hjernen ikke klarer å sette de ulike sanseintrykkene fra hendelsen sammen til integrerte autobiografiske minner. Og oppleve disse minnene på nytt kan aktivere alle sanser og overvelde pasienten med smerter, kroppslige spenninger eller bilder, som kommer fra den gang pasienten opplevde den traumatiske hendelsen, og de kroppslige reaksjonene som den gang var knyttet til hendelsen, (Jakobsen,2006, s.43). Videre uttrykker Rothscild, (2004) at det første inntrykket vi har av en

opplevelse kommer fra sansene, og at disse fornemmelsene kodes som somatiske fornemmelser og ikke som ord, men som lyd, lukt, synsinntrykk, smak, berøring. Og et av flere mål i en behandling vil derfor være å få pasienten til å erverve en tydelighet av sine kroppslige sanseintrykk, (s. 69).

2.4.3 Den traumatiserte hukommelse og vanlig hukommelse

Minnene våre er nøye koblet til begrepet identitet, og identiteten utgjør blant annet hva vi erindrer, og hvordan vi tyder våre opplevelser. Så når vi skal planlegge framtiden, er dette avhengig av hvordan disse opplevelsene lagres i hjernen. Videre viser det seg at hvordan vi taler om oss selv, og til oss selv, eller andre mennesker, er også et resultat av våre opplevelser som blir til minner, (Axelsen og Wessel, 2006, s. 60). Videre uttrykker Axelsen og Wessel, at den vanlige hukommelsen utgjør først og fremst av tre stadier: Disse er innkodning, lagring og uthenting av informasjon. Det som kjennetegner innkodningen er at den er avhengig av oppmerksomheten og avgjøres av hvor konsentrert og selektiv vi er, (Ibid. s. 61). Hva som lagres, er igjen avhengig av oppmerksomheten til individet, og det er som regel helheten av minnene enn detaljer som individet husker, (Ibid. s. 62).

Ved hukommelsen etter traumer uttrykker Axelsen og Wessel (2006) at oppmerksomheten splittes hos den traumatiserte, hvor individet veksler mellom å gå inn og ut av den traumatiske hendelsen det være seg perseptuelt og i forhold til opplevelse, (s. 63). Videre uttrykker de at det traumatiske minnet eller erindringen vil lagres som fragmenter av emosjoner eller sansefornemmelser, som igjen kan resultere i at den traumatiserte skyver seg vekk fra for eksempel smerter eller farlige hendelser, fordi minnene er for vanskelig å kjenne på. Det blir en form for egenbedøvelse av minnet, også kalt dissosiering. Og ettersom denne innkodningen av minnene ikke skjer på vanlig vis, vil dette påvirke forståelsen av språk og det å fornemme sanseintrykk reduseres. Individet vil ikke lengere få en normal mening knyttet til opplevelsen. Hvilket resulterer i at opplevelsen blir lagret som en assosiasjon, (Ibid.s. 63). Det uttrykkes videre av Axelsen og Wessel at hvis den traumatiske hendelsen involverte kroppen, kan gjenopplevelser i forhold til dette stimuleres ved berøring, bevegelse eller smerte uten at den traumatiserte klar over hva som framprovosere de forvirrede minnene, (Ibid.s.64). Videre uttrykkes det at det å «oppleve traumet på nytt» gjennom minnene, kan være med på å forsterke følelser som å oppleve seg svak og uverdigg, hvilket kan påvirke selvtillit og identitetsfølelse. Og ved repetitiv traumatisering, hvor pasienten med en splittet bevissthetstilstand ikke husker det som har skjedd, kan for eksempel føre til at en får

vekslende opplevelser av seg selv som individ. Kritiske konsekvenser av dette kan føre til en splittet identitet, (Ibid. s.67).

2.4.4 Autonome nervesystem

Gretland, (2007) viser til at etter traumatiske hendelser kan det autonome nervesystemet være vedvarende aktivert, og over tid gi forandringer i kroppen som fører til at kroppslige strukturer blir skadet. Hun uttrykker videre at det å leve under psykiske utfordringer over tid, kan føre til sykkelig stress. En slik stressreaksjon resulterer i for eksempel ujevnheter i hjerterytme, endret pust, økt muskeltonus m.m., (s. 74).

2.4.5 Vonde kroppsopplevelser

Når forfatterne Kirkengen og Næss (2015) forklarer fenomenet krenkelse, viser hun til at det blir mer og mer bevis på at det foreligger epidemiologisk bevis på sammenhenger mellom: ...«opplevd smerte, redsel og avmakt og uttrykt smerte, angst og hjelpeløshet», (s. 15).

Bunkan, (1997) forklarer at smerte er en psykisk opplevelse, men vanligvis fysisk betinget. Hun uttrykker videre gjennom sin lesning av litteratur til at tanker og emosjoner vi før hadde knyttet til andre, kan bli knyttet til kroppen ved tap av eller frykt for å miste noen. Og frykt for kroppen kan bidra til at pasienten ikke vil ha noe med kroppen å gjøre, pasienten kan oppleve at kroppen blir følelsesløs eller nummen, (s. 107). Videre uttrykker Bunkan at personer som har erfart vold i barndommen virker å miste evnen til følsomhet i kroppen, (Ibid. s.108). Forfatteren Gretland, (2007) uttrykker gjennom sin lesning av litteraturen at det å ha en tilfredsstillende kontakt med andre mennesker stimulerer til gode kroppslige fornemmelser, og tilstedeværelse i egen kropp, som igjen fremmer et variert bevegelsesmønster, (s.171-172).

2.5 Tverrfaglighet

Skårderud et al. (2010) uttrykker gjennom sin lesning at hensikten med tverrfaglighet ikke nødvendigvis er det samme som å kunne jobbe sammen, men mer i forhold til å kunne utvikle ny kunnskap som den enkelte sakkyndige ikke alene kan utvikle. Da det er hovedsakelig i en relasjon med andre vi skaper kunnskap, (s. 57).

2.5.1 Forholdet mellom verbal og kroppslig kommunikasjon

Thornquist, (1998) viser til at forholdet mellom verbal og kroppslig kommunikasjon kan være intrikat. Imidlertid sier hun at via kroppen uttrykker vi et budskap, enten vi vil eller ikke. I motsetning til det verbale, hvor vi for det meste kan velge selv hva vi vil og ikke vil si. Hun sier videre at språket har en dobbelfunksjon, hvor den for eksempel kan avdekke eller tilsløre, men det er vanskeligere å gjøre det samme med kroppen. Det vil si at vi er ikke bestandig bevisst kroppens grenser, kroppen er som oftest fysisk befestet til her og nå, (s.146). Videre sier Gretland, (2007), at det ser ut til at mange pasienter innenfor psykiatrien har vanskeligheter med å skape kontakt og snakke med andre, derfor blir relasjonsaspektet i forhold til det å kommunisere betydningsfullt for ansatte i psykiatrien, når de skal snakke med pasienter. Det som synes å være viktigst i relasjonen mellom pasient og helsearbeider er ikke nødvendigvis det terapeutiske, men det at vi viser at vi bryr oss om hverandre og anerkjenner den andre, da kan det kroppslige aspektet lettere kan finne sted, (s.183).

Et annet viktig poeng i et større perspektiv er hvordan kommunikasjon kommer til synlighet i helsevesenet organisatorisk. Ser en på dagens ordning av helsetjenesten, ser en den gjerne i en somatisk og i en psykiatrisk innstilling. Hvilket kan fortelle hvordan vi mennesker tenker om individet som splittet - i soma og psyke, (Thornquist, 1998, s. 37).

2.5.2 Relasjon

Forfatteren Thornquist, (1998) snakker om relasjon som forklart ulikt utfra hvem vi forholder oss til. Men sier at selv om vi ikke sier så mye, så er det viktigste at vi snakker med hverandre og på den måten viser at vi bryr oss om hverandre, og at vi er sammen, (s. 25). Sett i forhold til de pasienter vi møter i det psykiske helsevesen, så sier forfatteren Benum,(2006) gjennom sin lesning av litteraturen, at «psykisk helse er nær forbundet med trygg tilknytning», (s. 22). Er tilknytningen til for eksempel tidligere omsorgspersoner blitt traumatisert på grunn av omsorgssvikt eller ulik form for mishandling, ser en at disse menneskene kommer med omfattende psykiske og fysiske belastningslidelser, (Ibid.s.23).

2.5.3 Diagnose

Konklusjoner på undersøkelser av pasienter med psykiske lidelser hos fysioterapeuten er annerledes enn diagnosene som oppsummerer psykiatriske undersøkelser. Hvilket kan belyse at de funn fysioterapeuten finner på to pasienter med samme diagnose, kan framstå som

veldig ulike, men pasienter med forskjellige diagnoser har samme fellestrekk. Hvilket igjen kan belyse spørsmål hvor godt beskriver det diagnostiske systemet pasienten og deres problemstilling, (Gretland, 2007, s. 101-102). Videre viser Årseth og Johannessen, (2013) til hvordan en som pasient opplever å ha en psykiatrisk diagnose og hvordan en blir møtt av andre objektivt som helsepersonell, og hvor viktig det er å ta med pasientens egne erfaringer og ressurser i behandlingen, ikke bare se på diagnosen, (s.25). Et syn som belyses er; når det settes en diagnose så er dette gjort av den enkelte terapeuts syn og forståelse av pasientens lidelse- hvilket igjen kan objektivisere pasientens følelser og tanker. Diagnosen blir med andre ord assosiert til pasientens identitet og selvilde, hvilket igjen kan fremme en passivitet og mindre aktiv deltaker i eget liv, (Ibid. s. 26). Madsen (2017) uttrykker gjennom sin lesning av litteratur at til tross for framgang i genetikk og nevrovitenskap er det fortsatt ikke oppdaget noen biologiske markører som er forenelig med hvordan lidelsene kategoriseres. Videre viser han til at diagnosesystemet blir oppfattet i mer eller mindre grad som grupperinger av symptom og adferd hvor en ikke tar høyde for det intrikate livet utenfor pasienten, (s. 32).

3.0 METODE

Jeg liker å tenke at ordet metode er som beskrevet her: «*Veien til målet*» som er den opprinnelige greske betydningen av ordet Metode, (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 83), da den skal redegjøre for hva er og hvordan forskeren har tenkt sitt prosjekt. Hensikten med mitt masterprosjekt var å hente opplysninger om fysioterapeutenes forståelse av fenomenet «Kroppen husker» i behandling av psykiske lidelser. Ut ifra dette ønsket, ble det klart for meg at dette kom inn under en kvalitativ forskningsstudie og at det ble riktig for meg å velge intervju som metode. Dette på bakgrunn av at det var et fenomen jeg ville utforske, og som ikke nødvendigvis kom til å gi meg et konkret svar.

3.1 Vitenskapsteoretisk inngang

«Målet med vitenskapelig virksomhet er primært å utvide vår erkjennelse», (Thornquist, 2015, s. 9). Og gjennom ulike tidsepoker i historien har vitenskapen hatt sine teorier på «Hva er menneske?» og «Hva er en kropp?» I den forbindelse tenker jeg at begreper som ontologi som handler om det værende i verden, og epistemologi som er læren om erkjennelse (Ibid. s. 8), er viktig å forstå for å se på de tradisjoner som vi har med oss, og som fortsatt preger vårt helsevesen i dag. Jeg mener det er en historisk forutsetning for å forstå hva vi selv er bærere

av, og bli bevisst på hva vi vil videreføre til kollegaer og våre pasienter. For å utype dette nærmere, hvorfor disse begrepene ontologi og epistemologi har betydning for mitt valg av metode, ser jeg dette i relasjon til tema og problemstillingen. Jeg tenker at ettersom jeg er ute etter å forske på et fenomen som oppstår i en relasjon mellom pasient og fysioterapeut, velger jeg å tolke ontologien i dette tilfellet: Ved å se mennesket som eksisterende i denne verden, og som summen av soma og psyke, og at disse to fenomenene utgjør en meningsbærende del av det å være menneske i denne verden. Epistemologien i dette tilfellet blir for meg kunnskapen mennesket erverver seg gjennom relasjoner med andre. Og det er hvordan mennesket oppfatter sine omgivelser og skaper kunnskap av, gjennom sine sanser - og av den grunn kan bekrefte at jeg eksisterer i denne verdenen. Og at dette er et uttrykk for en gjensidig påvirkningskraft mellom kropp og psyke. I motsetning til det Rene Descartes som er den mest kjente erkjennelsesfilosofen, som uttrykte i sin rasjonalisme at menneskets kilde til kunnskap lå i bevisstheten eller intellektet-, og som bidro til kropp/sjel dualismen, (Thornquist, 2015, s. 12-13). Ut ifra dette, falt valget mitt på en kvalitativ metode.

Litt kort om den vitenskapsteoretiske inngangen: Fra Rasjonalismen, Rene` Descartes (1596-1650) som symboliseres med dualismen mellom kropp og sjel, hvor mennesket blir separert i to fenomener; Hvor kroppen blir sett på som et materielt element, og bevissthet på den andre siden, hvor disse fenomenene ikke er forenelig med hverandre. Til empirismen på 1700-tallet som glider over i positivismen på 1800-1900-tallet, der det tas utgangspunkt i det som kan observeres, måles og veies. Så kom fenomenologien som også er en erfaringsorientert tradisjon, men i motsetning til de empiristiske/positivistiske retningene som fjernet seg fra subjektet, så fenomenologene subjektet som en viktig brikke i å forstå mennesket (Thornquist, 2015, s.13-14). Denne tradisjonen har etter hvert blitt mer dradd inn i forskningssammenheng i dag, og fysioterapeutenes profesjonalitet utforskes via et kroppsfenomenologisk perspektiv, i møte med pasientens opplevelser.

Edmund Husserl er grunnleggeren av fenomenologien, og som igjen ble utviklet videre av Alferd Shutz og Merleau- Ponty, men det er sistnevnte person som satte kroppen i hovedsete, og så betydningen av at subjektet var i kroppen, og ikke som to separerte fenomener (Ibid., s.88).

3.2 Kvalitativ forskning

Kvalitativ forskning er kjent for å fremme dybdekunnskap og å få en helhetlig innsikt av få enheter. Forskningsspørsmålene er som regel knyttet til formuleringer som «Hva betyr»? enn

«hvor mange»? som i kvantitativ forskning, (Thornquist, 2015, s.202). Mens forskning generelt er opptatt av hva som foregår i samfunnet, det være seg språk, kultur og til å forstå fenomener, er dette mer tydelig i kvalitativ forskning, (Ibid., s.203).

Det som er typisk å se i kvalitativ forskning er at forskeren har en nær tilknytning til feltet og de mennesker som er involvert, et eksempel for meg er at den tilknytningen jeg hadde til informantene mine ble nærmere fordi de var fysioterapeuter, og derav lettere å relatere seg til det som ble sagt. Det andre er at forskeren prøver å få et godt inntrykk av hva og hvordan informantene tenker og handler, som er basert både på min forforståelse, men at jeg prøvde å gå inn med et åpent sinn i alle faser. Nummer tre at forskeren bruker seg selv som redskap, at de har en tosidig rolle som forsker og menneske, en kan si at en ikke blir for formell, men også kan ha en «uformell» side i forskningen som gjør den mulig å gjennomføre, (Thornquist, 2015, s. 205).

3.2.1 Det kvalitative forskningsintervju

Forskningsintervjuet som i dette tilfellet er et dybdeintervju, også kalt et semistrukturert intervju, er et intervju mellom to personer (Malterud, 2017, s. 133). En samtale mellom to parter om et felles emne av interesse, kroppen. Dette semistrukturerte intervjuet har som hensikt å hente inn beskrivelser av informantens livsverden med den hensikt å analysere betydningen av det beskrevne fenomen, i denne oppgaven fenomenet «Kroppen husker». Jeg har latt intervjuet blitt preget av åpenhet når det kommer til endringer i rekkefølgen og formuleringen av spørsmål etter hvert som jeg hadde intervjuene. Hvilket gjorde svarene til informantene om ikke mer informative, men også krevende på den måten at jeg har fått mye materiale å gå igjennom i etterkant.

I en intervjuundersøkelse oppstår det alltid moralske spørsmål, og den menneskelige relasjonen som oppstår i intervjuet vil alltid kunne ha en innvirkning på informantene og den kunnskapen som skapes, som tilslutt påvirker vårt syn på menneskets tilværelse, (Kvaale og Brinkmann, 2009, s. 95). Som forberedelse til mine egne intervju, utarbeidet jeg en intervjuguide, der jeg fokuserte på å stille en blanding av åpne og lukkede spørsmål (se vedlegg 2). Jeg var bevisst på at intervjuguiden skulle være et retningsgivende utgangspunkt for samtalen, og ikke en bestemt mal som skulle være kontrollerende for samtalen med informantene. Dette var i seg selv litt utfordrende, da det er første gangen jeg befant meg i en

slik situasjon, men jeg opplevde at jeg ble mer avslappet i framgangsmåten etter hvert som intervjuene gradvis ble ferdige.

3.3 Egen intervjuundersøkelse

3.3.1 Utvalg

Etter tilbakemelding fra NSD (Norsk senter for forskningsdata) som kunne bekrefte at prosjektet var godkjent for igangsettelse, (Vedlegg 3) hadde jeg allerede sett meg ut et par informanter og bestemte meg for å sende ut informasjonsskriv med informert samtykke til de aktuelle parter. (Vedlegg 1). Informert samtykke vil si at alle de som deltar i forskningsprosjektet informeres om hovedmålet med oppgaven, hovedtrekkene, risikoer og fordeler ved å engasjere seg i prosjektet. I tillegg informeres de om at dette er frivillig og at de kan når som helst trekke seg ut av prosjektet, (Kvale og Brinkmann,2015, s.104).

Utvalget består av fire informanter, og jeg oppsøkte de i første omgang gjennom å velge de ut i fra inklusjonskriteriene mine. De skulle ha lang erfaring og erfaring innen psykisk helse, og pasientene de jobbet med, skulle ha utfordringer innen psykisk helse, og gjerne ha noe kontakt med egen kropp. Jeg har presentert de fire informantene jeg fikk, samlet, slik at den som leser dette, får en bedre forståelse for deres forforståelse og refleksjoner som er presentert i resultatene. Felles for alle er at de har jobbet med psykisk helse i mer eller mindre grad gjennom hele sin yrkeskarriere. To av informantene har gått over i et akademisk forløp som henholdsvis forsker og lærer, men jobber fortsatt klinisk med pasienter. Tre av de har utdanning inne psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi og to har en tilleggsutdanning i Basal kroppskjennskap, hvorav en har hovedsakelig utdanning i Basal kroppskjennskap. De jobber daglig med pasienter med psykiske lidelser individuelt og i grupper. Flere av informantene viser til egenerfaring fra psykiatrien som har inspirert de til å gå denne retningen som fysioterapeut. Dette fordi de opplevde at de kom kort til med grunnutdanningen, og at de bedre kunne hjelpe pasienter med psykiske lidelser, når utdanningen inkluderte å se pasienten fra et helhetlig perspektiv. Pasienten var ikke bare en biologisk organisme, men et menneske med en erfarende kropp, med tanker og følelser som gjensidig hadde innvirkning på det fysiske aspektet, soma. De ønsket å se pasienten fra et helhetlig perspektiv, det vil si at de ønsket å formidle at pasientens kroppslige plager ofte hadde en sammenheng med pasientens psykologiske og sosiale historie.

Videre valgte jeg informantene ut fra blant annet forslag fra kollegaer som kunne fortelle at dette kunne være en god informant for mitt prosjekt, og videre fra en informant som kom med forslag underveis i datainnsamlingen. Det høres kanskje ut som dette gikk lett, men det var det ikke, de to første visste jeg at jeg ville ha med og jeg var heldig å få de til å delta. De to siste, var ikke planlagte, da den ene jeg ville ha med ikke kunne. Jeg var ganske innstilt på å få tak i disse fysioterapeutene som hadde lang fartstid og gjerne en blanding av både klinisk og akademisk bakgrunn, det vil si at de gjerne gjorde begge deler i sitt daglige arbeid. Ikke nødvendigvis alle fire skulle ha dette innholdet, men to kunne gjerne oppfylle dette ønsket, ettersom det var fire totalt. Dette ble et ønske som utviklet seg etter hvert i intervjuene mine og som ikke var en spesifikk detalj i inklusjonskriteriene mine i fra starten av prosjektet. Jeg fikk tilslutt to slike intervju. Den tredje informanten valgte å ikke delta på grunn av stor arbeidsmengde, en jeg gjerne ville hatt med som jobbet med et helt annet område enn de fire jeg fikk tilslutt. Men på tross av dette syns jeg at jeg fikk fire informanter som på hver sin måte har bidratt til å dekke godt opp under problemstillingen.

3.3.2 Datainnsamling

Intervjuene ble foretatt i to sekvenser, de to første ble gjennomført høsten 2017 og de to siste våren 2018. Målsettingen var å få gjort ferdig alle høsten 2017, men på grunn av informantenes arbeid og engasjement måtte jeg forlenge mine planlagte datoer for intervju. I tillegg opplevde jeg en liten utfordring i forhold til en informant som på bakgrunn av at jeg måtte få gjort unna intervjuet tidlig januar, kunne ikke hun delta. Det opplevde jeg som et stressmoment, da jeg som uerfaren forsker ikke visste hvor mye tid alt dette ville ta, samt at jeg allerede hadde erfart hvor utfordrende det var å med å få tak i gode informanter. Etter samtale med veileder, fikk jeg endret syn på framgangsmåten og fikk endret tidsfristen jeg hadde satt meg til slutten av måneden og informanten fikk dermed tid til å delta.

Innledningsvis i intervjuet ble samtlige av informantene informert om at de måtte forklare svarene sine så enkelt som mulig, slik at andre enn en fysioterapeut kunne forstå hva de snakket om. I møte med informantene ble konfidensialitet begrepet nevnt, det vil si at det ble gjort en enighet med hver deltaker om hva som kom til å gjøres med dataene av deres deltakelse (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 106), dette var selvsagt informert om i informasjonsskrivet på forhånd. Konsekvensene av intervjuet skal ifølge det etiske prinsippet velgjørenhet: ...«*det vil si at risikoen for hva undersøkelsen kan påvirke negativt bør være lavest mulig*» (Min utheving), (Ibid. s. 107). Det vil si at informasjon vedrørende hver informant blir anonymisert, og oppbevart utilgjengelig for alle andre enn meg. På den andre

siden skal også informantene kunne informeres om mulige fordeler med å delta, hvilket flere uoppfordret, så betydningen av, (Ibid.s.107). Videre var jeg var inne på tanken om å foreta et gruppeintervju, for å få en diskusjon, men som en noe uerfaren forsker bestemte jeg meg for individuelle intervju. Da det opplevdes som mer tryggere å forholde seg til en informant om gangen, og kunne gi større mulighet til utdypende spørsmål underveis.

3.3.3 Transkribering

I denne fasen skjer det endringer fra muntlig samtale til skriftlig tekst, det vil si den framgangsmåten som skal gjøre materialet klar for analysen. Det er dette materialet som utgjør de faktiske grunnleggende empiriske data i prosjektet. Dataene anbefales å anvendes som midler eller verktøy for fortolkningen av det som ble fortalt i intervjuene (Kvale og Brinkmann,2009, s.204). Og materialet skal være så likt som mulig slik informantene delte sine erfaringer og meninger, slik har jeg i hvert fall tilstrebet mitt materiale. Dette vekker selvsagt refleksjoner for forståelsen av begrepene gyldighet og pålitelighet. En vil jo skrive det slik det ble sagt, men da får en ikke nødvendigvis med seg det som ble hørt. Da leseren oppfatter det som skrives, men jeg som intervjuer opplevde det annerledes (Malterud, 2017, s. 78). Selve transkriberingen av alle fire intervjuene ble gjort av meg over en periode fra høsten 2017 til våren 2018.

Transkripsjonen kan ha sine utfordringer i forhold til språk, kroppsspråk, ironi, hvorav jeg opplevde at dialekt ble litt utfordrende når jeg skulle transkribere. Men ettersom informantene kunne få de ferdige transkripsjonene og lese igjennom det, kunne jeg utheve noe av det jeg trodde de hadde sagt og de kunne fylle på eller korrigere på det de selv trodde eller mente de hadde sagt i teksten. Noe annet er kroppsspråket, det er ikke alltid lett å få dokumentert, men jeg opplever at jeg fikk markert noe av det i form av å skrive ord som «nå ble det latter», «hun ble stille og undrende», en informant sa selv at hun spøkte. Jeg opplevde også at en av informantene virket nervøs eller ansent, dette ble selvsagt ikke nevnt, men på grunn av dette prøvde jeg å tilpasse meg informantens kroppsspråk for å gjøre det lettere for henne å svare. Det ble for henne et behov for at jeg måtte forklare mer utdypende hva jeg mente med spørsmålene mine, da hun noen ganger virket spørrende. Parallelt med dette virket det som at hun ble mer sikrere og mindre spørrende når jeg hadde denne tilnærmingen.

Intervjuet ble registrert på båndopptak, noe som gjorde det lettere å konsentrere seg om spørsmålene mine og informanten. Den hadde god lyd- og opptaksfunksjon som gjorde det

lettere når jeg skulle transkribere etterpå. Når jeg sier lettere, var ikke prosessen i seg selv lett, den var tidkrevende. Dialekt og måten informantene formulerte seg på og mengden informasjon som kom fram fra enkelte i intervjuene, var avgjørende for hvor tidkrevende det ble. Samtlige av transkripsjonene kom på nærmere nitti sider materiale.

Reliabiliteten av transkripsjonen er vanskelig å vurdere, ettersom det er bare jeg som har lyttet til og skrevet de, men båndopptaker med opptakene og samtlige transkripsjoner er tilgjengelig for de som skal vurdere oppgaven tilslutt. Validiteten av transkripsjonen er umulig å svare på, ...«da det ikke finnes en sann, objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form», (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 212).

3.4 Analyseredskaper

Formålet med analysen for meg, kort fortalt, var å gå fra en problemstilling til å få resultater, men før en får resultatene, bør en ha bestemt seg for en metode på forhånd. Jeg har hovedsakelig latt meg inspirere av Malteruds systematiske tekstkondensering (STC-Systematic Text Condensation). Denne metoden er laget for å gi nybegynnere en lettfattelig tilnærming til hvordan analyseprosessen kan utføres på en overkommelig måte. Det er en analyse som kan anvendes av ulike empiriske data, (Malterud, 2017, s. 97).

3.4.1 Analysen

«Å analysere betyr å dele noe opp i biter eller elementer», (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 219). Og jeg har valgt å utforme denne analysen ved å la meg inspirere av Malterud sin systematiske tekstkondensering (SCT) som gjennomføres i følgende **fire trinn**: **1**: «Å få et helhetsinntrykk, **2**: Å identifisere meningsdannede enheter, **3**: Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene, **4**: Å sammenfatte betydningen av dette». I motsetning til andre analysemetoder, tar den sikte på å ha oppmerksomheten rettet mot få temaer og kodegrupper, (Malterud, 2017, s. 98).

3.5 Meningsfortolkning

I meningsfortolkning skal en tolke meningen bak spørsmålene i intervjuene, som betyr at en her går mer kritisk til verks når en skal fortolke materialet (Kvale og Brinkmann, 2009, s.234). Jeg så da først intuitivt for meg mulig tema jeg ville ta med i denne analysen, basert fra teksten. Fra teksten plukket jeg ut det jeg synes var mest relevant i forhold til

problemstillingen, etter et grundig arbeid med å lese igjennom materialet flere ganger. Så kom de meningsbærende enheter (sitater/funn) på plass som jeg syntes inneholdt kunnskap om de temaene jeg hadde valgt, også kalt koding. De meningsbærende enhetene har jeg plassert under subtemaer som igjen står under et tema i analysen. Jeg fikk fire tema med ulikt antall subtema. Før jeg kom fram til dette, brukte jeg mye tid på å lese igjennom spørsmålene mine i intervjuguiden og svarene jeg hadde fått. For på den måten tolket de så forsvarlig at en kan se en sammenheng med helheten de er hentet ut ifra.

Ettersom intervjuet har vært styrt av mine spørsmål, bærer også spørsmålene preg av at jeg underveis har undret meg sammen med informanten når jeg har stilt spørsmålet. Det vil si at jeg noen ganger har repetert meg selv og snudd litt om på måten spørsmålet ble stilt, samtidig som jeg med mitt kroppsspråk innbyr til en undring gjennom stillhet og blick, ved å be informanten om å tenke seg litt om når hun eller han svarte. Dette opplever jeg har gitt meg mer utfyllende svar på spørsmålene enn jeg tror jeg ville fått om jeg hadde «rast» igjennom spørsmålene uten mer dybde i måten en stiller spørsmålene på.

Jeg har gjort meg godt kjent med alle fire transkripsjonene og dannet meg et helhetsinntrykk, ved gjentatte gjennomlesninger. Deretter har jeg understreket potensielle nøkkelord som jeg synes har vært relevante for å besvare problemstillingen. Jeg har skrevet, markert og uthevet i materialet hva jeg vil belyse i oppgaven, og deretter laget fire tema, med subtemaer som kan forklare temaene. Tilslutt har jeg prøvd å danne et kondensat, som skal gjenspeile og sammenfatte det som befinner seg i det aktuelle subtemaet, med tydelige spor av informantens ord og begreper fra de meningsbærende enhetene. Resultatkapitlet avsluttet med en kort oppsummering av de fire temaene med sine subtemaer.

Når jeg skulle gå inn i analysen, måtte jeg først ta utgangspunkt i temaet for oppgaven: Kroppen i psykisk helsearbeid, hvor jeg bryter ned temaet til en problemstilling; Hvordan forstår erfarne fysioterapeuter fenomenet «kroppen husker» i behandling av psykiske lidelser? Og gjennom mine transkripsjoner har jeg induktivt kodet datamaterialet inn i temaer. Dette for å kartlegge potensielle mønstre og formulere mulige forklaringer på et gitt fenomen ut i fra hvordan hver enkelt fysioterapeut forstår fenomenet «kroppen husker» i behandling av psykiske lidelser. I begynnelsen startet jeg med flere kategorier (8 kategorier) som er utdrag fra intervjuguiden:

1. Tanker rundt begrepet psykisk lidelse og kroppslige plager
2. Hvordan oppfatter de fenomenet kroppen husker i behandlingen?
3. Utfordringer når pasienten opplever at kroppen husker
4. Tanker rundt kroppsopplevelse og kroppen husker
5. Terapeutens tanker om samtalens plass i behandlingen
6. Faguttrykk i behandling
7. Tverrfaglighet rundt pasienten
8. Terapeutens tanker om det biomedisinske kontra det biopsykososiale perspektivet i behandling av pasienter med psykiske lidelser

Jeg har deretter abstrahert kategoriene og kommet fram til fire tema (**1, 2, 3, og 4**). Tema **1** inneholder tre subtemaer: 1.A, 1.B og 1.C. Tema **2** inneholder fire subtemaer : 2.A, 2.B, 3.C og 4.D. Tema **3** inneholder fire subtemaer: 3.A, 3.B, 3.C og 3.D. Tema **4** inneholder to subtemaer : 4.A og 4.B. Disse presenteres punktvis under, og tilslutt i en tabell med figurer (**Tabell 1**).

1. Refleksjoner over forholdet mellom psykisk lidelse og kroppslige plager

A: «Livets belastninger- mellommenneskelige relasjoner», **B:** «Kropp er identitet- Jeg er, jeg finnes!», **C:** «Bare en diagnose- en måte å reagere på».

2. Hvordan fysioterapeutene oppfatter fenomenet «kroppen husker» i behandlingen, gjennom en terapeutisk tilnærming:

A: «Berøring- vi husker gjennom sanseintrykk», **B:** Bevegelse- hvordan livet kommer til uttrykk gjennom bevegelse og skaper liv», **C:** «Relasjon- løfte fram pasienten og forståelse av det», **D:** «Kommunikasjon- røntgensyn og grensesetting».

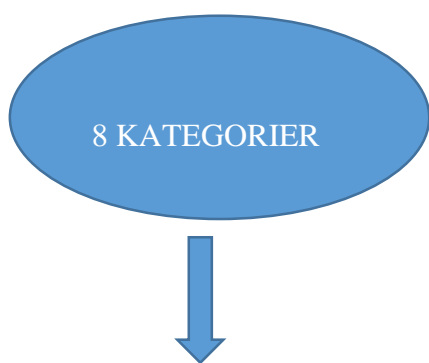
3. Hvilke utfordringer opplever fysioterapeuten når «kroppen husker» i behandling?

A: «Medikamentbruk og persepsjonsevne», **B:** Vonde kroppsopplevelser- sorg, skam og sinne», **C:** «Tverrfaglighet- kunnskap», **D:** Biomedisinsk og Biopsykososialt perspektiv.

4. Hva er terapeutens målsetting når en «nærmer» seg pasienten i behandling?

A: Psykoedukativ tilnærming, **B:** Å være i kroppen som utgangspunkt for «her og nå».

Tabell 1.



Tema 1	Tema 2	Tema 3	Tema 4
Refleksjoner over forholdet mellom psykisk lidelse og kroppslige plager.	Hvordan fysioterapeutene oppfatter fenomenet «kroppen husker» i behandling, gjennom en terapeutisk tilnærming.	Hvilke utfordringer opplever fysioterapeutene «når kroppen husker» i behandling?	Hva er fysioterapeutenes målsetting når en «nærmer» seg pasienten i behandling?

«Livets belastninger- mellommenneskelige relasjoner».	«Berøring- Vi husker gjennom sanseinntrykk»	«Medikamentbruk- og persepsjonsevne».	Psykoedukativ Tilnærming
«Kropp er identitet- Jeg er, jeg finnes!».	Bevegelse- «hvordan livet kommer til uttrykk ved bevegelse og skaper liv».	«Vonde kroppsopplevelser- sorg, skam og sinne»	Å være i kroppen som utgangspunkt for «her og nå».
«Bare en diagnose- en måte å reagere på».	«Kommunikasjon –løfte fram pasienten og en forståelse av det kroppslige perspektiv».	«Tverrfaglighet- kunnskap»	
	«Relasjon- røntgenøyne og grensesetting».	Biomedisinsk & Biopsykososialt perspektiv	

3.6 Metodekritikk

I en kvalitativ studie, så skal de empiriske dataene først og fremst reflektere informantenes meninger og erfaringer, (Malterud, 2017, s. 42). Når det er sagt vet vi også at forskerens tilstedeværelse og kunnskap vil kunne påvirke prosjektet. Begreper som ståsted, interesser, personlige opplevelser og intensjoner vil påvirke valg av problemstilling. Likeledes valg av metode og utvalg og hvilke resultater som gir best svar på de mest vesentlige spørsmålene, og tilslutt hvordan konklusjonene framføres, (Ibid., 41). Jeg har underveis gjort mine vurderinger i forhold til begrepet validitet, som har med kunnskapens gyldighet å gjøre, (Ibid.s.192), det vil si har metoden jeg har brukt gitt meg tilstrekkelig svar på problemsstillingen. Dette har jeg prøvd etter beste evne å følge gjennom å vise hva det vil si å forske i eget fagfelt, mine valg av informanter, intervjuprosessen, og hvordan jeg har styrt dette forløpet. Min totalopplevelse av intervjuprosessen, selv om det bare har vært fire intervju, er at det har vært en krevende men en lærerik prosess. Og tilslutt mine refleksjoner rundt analysen og resultatene. I underpunktene som følger, viser jeg til en utvidelse av metodekritikk med teori.

3.6.1 Forskerens forforståelse

Hans- Georg Gadamer (1900-2002) var en betydningsfull person innenfor hermeneutisk filosofi, som handler om læren om analysen av tekster som grunnlag for forståelse. Han mente at historiske og individuelle forutsetninger og erfaringer som mennesket har med seg påvirker forforståelsen, enten ubevisst eller bevisst når vi skal tolke det vi har framfor oss, (Malterud,2017, s.44).

I denne forskningsprosessen har jeg vært opptatt av denne forforståelsen og hva som ligger i den med sine fordeler og ulemper. Jeg har kommet inn i denne oppgaven med min bakgrunn som psykomotorisk fysioterapeut, som er en av flere behandlingstiltak innen psykisk helsearbeid. Det er helt klart at min forforståelse vil påvirke deler av utfallet på oppgaven, som problemstilling, utvalget av informanter og hvordan jeg har prøvd å løse oppgaven i sin helhet. Men det er også viktig å forstå at en forforståelse er en naturlig brikke i for eksempel motivasjon for å sette i gang forskningen omkring et bestemt tema. Og for meg ble det naturlig å velge kroppen som tema ettersom det var et interessefelt og noe jeg jobber mye med til daglig. Jeg har etter beste evne prøvd å ha et aktivt og bevisst forhold til min forforståelse, da dette ikke skulle være en oppgave basert på min bakgrunn som psykomotorisk

fysioterapeut. Men hvor psykomotorisk fysioterapi kunne være en brikke til å forstå dette fenomenet på gjennom behandling av pasienter med psykiske lidelser. Og det jeg opplevde etter å ha foretatt alle intervjuene, var at fenomenet i seg selv ikke var noe de brukte i dagligdags samtale med pasienten. Det vil si at de ikke normalt sett brukte begrepet ordrett, «kroppen husker», men ble i stedet omformulert til noe hverdagslig som for eksempel livets belastninger. Belastninger som kommer til uttrykk i kroppen gjennom for eksempel smerter, begrenset bevegelse og anspent pust. Det som var bekreftende å høre, var at samtlige fysioterapeuter var først og fremst opptatt av å fokusere på hva som var av ressurser pasienten hadde. Ikke nødvendigvis den psykiske lidelsen som diagnose. Jeg fikk i stedet bekreftet at dette var et fenomen som var av hverdagslig karakter og ble brukt i terapien daglig.

3.6.2 Vurdering av egen forskerrolle

Jeg tenker at min rolle kan være en styrke og ulempe. Styrke fordi jeg til daglig jobber med en stor variasjon av psykiske lidelser hvor kroppen er mitt utgangspunkt i undersøkelse og behandling. Det kan bidra til en bredere forståelse for kroppen i psykisk helsearbeid. Men at min bakgrunn kan ha medvirket til at informantene svarte slik jeg forventet og ønsket de skulle svare. Ettersom vår bakgrunn kan ha blitt for lik, og dermed kom for lite nytt fram i intervjuet og mindre kritisk tenkning. Jeg har selvsagt også tenkt tanken, at mitt engasjement kan ha gitt meg skylapper eller et tunnelsyn, at jeg underveis i intervjuet med mine spørsmål, ikke har undret meg nok, over det som har vært en selvfølge eller tatt det for gitt at *det* var slik fordi jeg selv har lignende erfaringer. Noe som kan ha gjort at valget av hva jeg har villet forske på i analysen har blitt preget av min forforståelse. Dette sier jeg fordi det er mitt første forskerprosjekt og jeg stiller meg ydmykt til det å innta en rolle som førstegangs forsker på eget fagområde. Og at dette dermed vil ha sine positive og mindre positive konsekvenser når en skal oppsummere sin egen forskerrolle.

3.6.3 Utvalget

Når en skal velge et utvalg trenger en strategier som fører til at forskningsmaterialet har data om det fenomenet en vil utforske, (Malterud,2017, s. 57). Jeg har valgt et strategisk utvalg som best mulig kan belyse problemstillingen. Når jeg valgte ut informantene, var det med den hensikt at de skulle ha lang erfaring som fysioterapeut og samtidig jobbe med pasienter med psykiske lidelser, enten de var psykomotoriske fysioterapeuter eller hadde annen erfaring innen psykisk helsearbeid. Valget har delvis blitt styrt av min forforståelse på bakgrunn av

egen kunnskap om fagfeltet, men jeg har også vært bevisst på at informantene skulle ha en variasjon i hva de jobbet med. Jeg fikk to fysioterapeuter som jobbet med Basal Kroppskjennskap og to som jobbet som psykomotoriske fysioterapeuter. To jobbet også akademisk ved siden av, og dette ga meg i tillegg mye god informasjon til oppgaven, da jeg også fikk sett fenomenet fra et forskerperspektiv og fra en vanlig klinisk hverdag hvor fenomenet oppstod i behandling. Jeg fikk som sagt tips av en annen informant til å ta kontakt med en kollega av henne- sett i lys av dette, kan en tenke at informantene ikke representerte en god nok bredde i oppfatning om fenomenet. Men jeg synes likevel at jeg har fått gode svar fra informantene som belyser problemstillingen min, med tanke på at det er utfordrende å få tak i gode informanter som ønsker å stille opp.

3.6.4 Intervjusituasjonen

Som jeg tidligere har nevnt i oppgaven var det litt utfordrende i begynnelsen å gjøre intervju, men etter hvert ble det ganske så greit å foreta intervjuene. Dette hadde en sammenheng med at jeg ble mer erfaren og trygg i situasjonen. Jeg synes jeg fikk god kontakt med samtlige informanter på deres arbeidsplass, noe som også kan ha gitt de en form for trygghet. Jeg hadde i tillegg lagt opp til at samtlige skulle få starte med å si noe om seg selv og deres bakgrunn som fysioterapeut, slik at de «lettere» kom inn i de litt mer krevende spørsmålene etterpå. For enkelte virket det som at spørsmålene ble litt for åpne og for utfordrende, noe jeg har tatt i betraktning i ettertid, men jeg synes jeg var flink til å bruke tid på å forklare hvis de lurte på noe. Jeg sa også at de fikk mulighet til å komme tilbake på spørsmålene i ettertid, da de har rett til å se igjennom transkripsjonen og tillegge eller endre på det de har sagt. Kort oppsummert vil jeg si at det hele har vært en interessant opplevelse og jeg har lært mye med å være intervjuer, og jeg er glad jeg valgte et individuelt intervju i første omgang, da et gruppeintervju kanskje hadde blitt for utfordrende. Men på den andre siden, kan et gruppeintervju kan ha gitt meg en annen vinkling og kanskje enda mer informasjon om fenomenet.

3.6.5 Analysen

Etter å ha bearbeidet og analysert stoffet flere ganger, har jeg jeg klart å komme fram til en klarere fremstilling og et mer komprimert innhold. Jeg hadde på forhånd før datainnsamlingen gjort meg noen tanker om temaer og teori jeg ville bruke i oppgaven. Men det var først etter datainnsamlingen og analysen av materialet at jeg har fått en større innsikt i hvilken teori jeg

skulle velge. Når det gjelder teori som er valgt, så hadde mulig mer søk gitt mer empirisk vitenskapelig dokumentasjon.

Siden mengden av datamaterialet var stort, var analysen den mest krevende og langvarige delen av prosjektet. Jeg har endt opp med fire tema og henholdsvis tre, fire, fire og to subtema. Manglende erfaring i analysearbeid har jo selvsagt noe av sitt å si, i forhold til hva en skulle dra ut som betydningsfullt, men jeg synes jeg har fått med de temaer jeg mener belyser min problemstilling. Så de temaene jeg har endt opp med tilslutt i analysen, vil bli vektlagt i teorikapittelet hvor både teori fra fagbøker og forskningsartikler er med. Men jeg har også tatt med noe teori i resultatkapittelet, da fra fagbøker.

3.6.6 Resultatene

Analysen skal føre til funn, og disse funnene er et resultat av flere momenter: Som fra egen forforståelse, til å ha lest igjennom transkripsjonene og hele tiden vurdert i forhold til problemstillingen hva jeg vil ha fokus på, til tidligere forskning og teoretiske perspektiver, (Malterud, 2017, s. 89). Dette og mitt forsøk på å være kritisk og analytisk til materialet, har jeg dannet meg en formening hvor jeg vil med denne oppgaven. Og spørsmål underveis har vært: Hva vil jeg? Og hvorfor vil jeg belyse nettopp dette? Det har vært utfordrende, ettersom det handler om å vise at en kan utføre en kvalifisert og systematisk fortolkning av datamaterialet, som nybegynner. Resultatene skal lære meg noe jeg ikke visste fra før av, og den skal være preget av min fortolkning og informantenes stemme. Mine resultater endte opp med fire tema og ulikt antall subtema. Jeg har under hvert tema startet med enten med et sitat eller historie. Disse speiler så godt informantenes erfaringer i hverdagen når de jobber med pasientene, fordi de er så pittoreske beskrivelser av det virkelige liv. Da de beskriver nære relasjoner med pasienten i praksis. Jeg tenker at en historie eller sitater, ofte inneholder mange interessante temaer som kan løftes fram i oppgaven, noe jeg har fått erfare i analysen. Til slutt vil jeg si at resultatene mine er blitt et svar på informantenes erfaringer på fenomenet og hvordan det kommer til uttrykk i behandlingsrelasjonen.

3.6.7 Forskningens kvalitet og framstilling

Som nybegynnende forsker i eget fagfelt, har jeg sett på begrepene refleksivitet, relevans og validitet. Jeg mener jeg har igjennom hele oppgaven prøvd å være så ærlig ovenfor leseren, for informantene og ovenfor meg selv. Slik at leseren er innforstått med at oppgaven er preget

noe av min forforståelse, ettersom jeg til daglig jobber med dette, og har teoretisk kompetanse på område. Men jeg må få presisere at jeg har gått inn med åpent sinn i alle faser av arbeidet, hvilket har gitt meg kunnskap som jeg mener har en relevans for videre forskning. Jeg mener at metoden Systematisk tekstkondensering også forkortet som STC, som på engelsk betyr: (Systematic Text Condensation), var det mest egnete alternativet for meg i forhold til denne oppgaven, selv om den ikke er en fenomenologisk metode. Jeg syns den ga meg en god innføring i hvordan jeg kunne ta fatt på analysen min for å studere det fenomenet jeg ønsket. «Å validere er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet» (Min utheving), (Malterud, 2017, s. 192). Vil metoden en har brukt fremme en logisk kunnskap som belyser problemstillingen kan en spørre- det vil ikke kunne besvares med enten ja eller nei. I en kvalitativ studie må vi argumentere for våre beslutninger og tolkninger i forhold til alternativer, (Ibid., s. 192). Den nye kunnskapen har blitt formidlet på en annen måte enn jeg hadde tenkt meg, og jeg er i ettertid overrasket over mine tanker i begynnelsen, hvor til tider forutbestemt jeg var for hva jeg kom til å ende opp med. Selv om jeg visste jeg måtte tvinge meg til å legge vekk egen kunnskap og antakelser. Jeg mener at datainnsamlingen og analysearbeidet har bidratt til å få fram systematisk kunnskap på feltet. Jeg har fått fram flere subtema som jeg har henvist til i metodekapitlet, (tabell 1), som jeg mener har relevans for videre forskning omkring dette fenomenet. Jeg vil utdype betydningen av studiet med sine subtema i avslutningen av denne oppgaven. Når det kommer til relevans til problemstillingen, syns jeg at jeg har fått belyst det jeg har hatt lyst til å fremme, og relevans i forhold til utvalget og datainnsamlingen, så syns jeg samtlige informanter har gitt meg svar som har besvart problemstillingen. Selv om jeg i etterkant ser at en del av valgte subtema har vist en interesse for meg som jeg kunne tenkt meg mer informasjon og syning om fra informantene, men tolker dette som en del av læringsprosessen av å være en nybegynnende forsker. Videre mener jeg at jeg har vært lojal i forhold til informantenes stemme, de har blitt hørt og ikke undertrykt gjennom mine tolkninger. Og de har blitt informert underveis i forhold til endringer som er gjort av undertegnende.

3.6.8 Etiske betraktninger

«Kvalitative studier innebærer møter mellom mennesker med normer og verdier som viktige elementer av kunnskapen som utvikles», (Malterud, 2017, s.211). Og slike studier preges av menneskers tanker og livserfaringer. Slik at når jeg i starten skulle begynne dette forskningsarbeid, innhente informanter og utføre intervjuer, måtte jeg få prosjektet godkjent av NSD (Norsk senter for forskningsdata). NSD har som hensikt gjennom etiske standarder å

fremme respekt for alle mennesker og beskytte deres helse og rettigheter. Med dette betyr det at mine informanter har underskrevet et informert samtykke, hvorav hver og en skal føle seg trygg på at personvern og anonymitet er ivaretatt, uten risiko for gjenkjenning. Det vil i praksis si, at i analyseprosessen er historier og refleksjoner, gjort av informantene, inklusiv tredjepart, pasientene som erfaringene er basert på, anonymisert så godt det har latt seg gjøre. Det vil si at navn, alder, kjønn, tid og sted på både informanter og tredjepart (de pasientene som det blir fortalt om), ikke noe av dette er gjenkjennbart i beskrivelsene. Det vil bare være mulighet for informanten selv å kjenne igjen utsagn hun eller han har sagt, om en leser oppgaven, ettersom vedkommende har fått muligheter til å lese transkripsjonen i ettertid. Det er verdt å påpeke at prosjektslutt presentert i vedlegg 3 (Prosjektnummer: 55062) er endret til 30.05.2019, og at informantene er informert om dette, inklusivt det nye lovverket for behandling av personopplysninger som ble implementert 20.07.2018, som stiller strengere krav til informasjon som gis til utvalget, (NSD- Personvernstjenester).

4.0 PRESENTASJON AV RESULTATER

I dette kapittelet presenteres resultatene fra analysen av intervjuene. Her har jeg bearbeidet materialet ytterligere, hvor det så har blitt systematisert og fordelt innunder et tema slik at teksten vil oppleves som informativ og sammenhengende. Jeg har valgt å ha fokus på følgende subtema som jeg synes var vesentlig og interessante for å kunne besvare problemstilling best mulig. Jeg fordeler disse subtemaene inn under fire tema. Under hvert subtema kommer det noen sitater som blir underbygget med teori tilslutt. Ordene funn og sitater er det samme, likeledes informant og fysioterapeut, men jeg vil bruke begge.

Subtemaene viser til sitater eller en pasienthistorie av en situasjon fra klinisk praksis som informantene reflekterer over, og de vil være uthevet i *kursiv*. Jeg har tatt utgangspunkt i sitater jeg mener er viktig å belyse for å fremme oppgavens problemstilling. Jeg har tatt ut essensen i og forkortet flere av informantenes svar, som jeg vil kalle temaets flere «gullkorn» også vist til som sitater, og merket de med (...). Deretter vil hvert tema med sine subtema bli avsluttet med en oppsummering. Det vises gjennom for eksempel fra tema 1.: *Refleksjoner rundt forholdet mellom psykisk lidelse og kroppslige plager*, med subtema 1. A: «*Livets belastninger- mellommenneskelige relasjoner*», får en oppsummering (kondensat) som sier noe generelt hva informantene tenkte om det temaet, før jeg avslutter med teori som kan si

noe om mine funn. Resultatkapittelet i sin helhet, avsluttes med en konklusjon av alle temaene.

4.1 Tema 1: Refleksjoner over forholdet mellom psykisk lidelse og kroppslige plager

Funnene under dette subtemaet synliggjøres på ulike vis når informantene reflekterer over forholdet mellom psykisk lidelse og kroppslige plager. Det første subtema er: «**Livets belastninger- mellommenneskelige relasjoner**» og kan på en måte forklares ut ifra hvordan et menneske oppfører seg kroppslig og emosjonelt når livet med sine utfordringer eller traumer setter spor; som for eksempel gjennom bevegelse, måten vi puster på, hvordan vi holder kroppen vår oppreist gjennom holdning, hvordan vi håndterer våre følelser på. Følgende sitater kan illustrere dette:

4.1.1 «Livets belastninger» - mellommenneskelige relasjoner.

- *«Jeg liker ikke snakke om psykisk lidelse, jeg liker å snakke om livets belastninger, som uttrykker seg i våre bevegelser, i holdning, i pust, i følelseslivet. Og det er sammenvevd. Og det kan være overbelastninger i kroppen og da kan det være en forvirrende og kaotisk forståelse. – Sammensatte langvarige muskel-/skjelettlidelser som er en typisk gruppe som kommer til oss, da ser vi en sammenheng igjennom at spenningsmønsteret endrer seg, så melder følelser, eller de begynner å drømme, eller endrer sin holdning til tilværelsene. Slik at den kroppslige endringen skaper endringer i innstillingen».*
- *(...) «en pasient som kommer med angst.. de har jo aldri bare angst, de har jo alltid også kroppslige plager. Jeg har ingen pasienter som ikke har kroppslige plager som har angst, de kan ha et veldig fjernt forhold til kroppen, men de har alltid samtidig noen smerter også».*
- *«Min kliniske erfaring er at mange kroppslige funn, med høy grad av spenning i muskulaturen, relatert til pusten, ofte har en sammenheng med graden av psykiske vansker». «Hemmet pust, høy grad av spenning i muskulaturen henger ofte sammen med et vanskelig liv». «Det kan være livshendelser eller traumer i tidlig liv som fører*

til høyt spenningsnivå. Men jeg kan ikke si at en pasient har en psykisk lidelse ut ifra kroppsundersøkelsen».

- *(...) «sykdom og plager i kroppen er prosesser. I dag kan forskning vise mye tydeligere denne sammenhengen mellom hjerne og kropp. Uansett plager, enten det er psykiske plager pasienten kommer for eller muskel-/og skjelettplager, så har de noe til felles, og det er at de har liten kontakt med kroppen». «Liten kontakt med kroppen vil redusere kontakten med pasientens indre liv. Liten kontakt vil videre også redusere kontakten med andre mennesker- det skjer lettere overføringer og projeksjoner i mellommenneskelige relasjoner».*
- *«Livet gjør noe med oss, vi forlater «naturen» og innordner oss i kulturen, noe som i stor grad kan påvirke akseforhold i kroppen, pustemønster og evne til å være nærværende i seg selv». (...) «som kommer til uttrykk i lite hensiktsmessige bevegelsesvaner, med store kompensasjoner».*
- *«Jeg ser at kroppsopplevelse og kroppsreaksjoner har noe med at kroppen husker og reagerer. Jeg er forsiktig med å tolke. Men jeg tror jo at en økt kontakt med vår fysiske kropp fører til bedre funksjon i vår daglige liv. Dysfunksjonelle bevegelser, spenninger, smerte, en holdt pust oppstått av psykiske belastninger i livet møter oss som terapeuter».*

Forholdet mellom psykisk lidelse og kroppslige plager belyses slik at det var en klar sammenheng mellom disse begrepene. Men informantene finner det mer anvendelig å si at det er livets belastninger som setter seg som spor i kroppen, enn å fokusere på begrepet psykisk lidelse når de møter pasienten i behandling. Slik jeg tolker informantenes refleksjoner, er dette en måte å beskrive sammenhengen mellom psykisk lidelse og kroppslige plager på, at livet gjør noe med oss, vi innordner oss i kulturen og blir en del av den på godt og vondt. Det kan være vanskelige livshendelser som traumer tidlig i livet som setter spor i oss som kroppslige plager, og det handler om hvordan en har taklet det underveis i livet. Videre ble det fortalt at dette er prosesser, og felles for de fleste pasientene er at de har liten kontakt med kroppen, og har smerter og andre ubehag. Og at kontaktproblemet kommer til uttrykk gjennom at en har forlatt naturlige og gode bevegelser, og fått bevegelseskompensasjoner. Informantene

uttrykker at vanskelige livshendelser kommer til uttrykk i bevegelser, holdning, pust og i følelseslivet. Og ofte skjer det overføringer og projeksjoner i mellommenneskelige forhold for pasienten, som jeg tolker er overføringer av vonde tanker og opplevelser på andre som en står nær. Men gjennom behandling av kroppen, sier informantene at en på nytt kan skape kontakt med det indre liv, det vil si følelser og tanker. Og det kan bringe fram minner som har blitt gjemt under kompensasjoner i form av begrensede bevegelsesmuligheter, smerter og ansent pust. Det blir gitt uttrykk for at en endring i det kroppslige skaper endringer i innstillingen til livet hos pasienten. Videre blir det fortalt at det ofte er banebrytende for pasienten å få en forståelse for sammenhenger i kroppslige plager og den psykiske lidelse, for å få grep på sin egen tilværelse. Teoretisk forankring for denne forståelsen finner jeg hos Skårderud, et.al (2010) og Bunkan, (1997):

Selve begrepet psykisk lidelse er et komplisert fenomen i litteraturen, da det er mye vi ennå ikke forstår, men skal vi prøve å forstå begrepet, må vi se hva som beskriver vårt psykiske liv, (Skårderud et. al.2010, s. 29) Videre uttrykker han at vårt psykiske liv er de erfaringer vi gjør i forhold til vår kropp, våre følelser og tanker, i relasjon og møter med andre mennesker på, (Ibid., s.27). Men for at en psykisk lidelse skal bli kalt en lidelse, må det være når det går utover vårt daglige liv negativt og blir en forstyrrelse. En forstyrrelse som påvirker kropp og psyke negativt. Utrygge relasjoner og traumer er eksempler på elementer som disponerer til lidelse og sykdom, (Ibid.s.28). Kroppen kan for eksempel beskrives som et redskap vi berører, lukter og smaker med, en som vi ser oss omkring i omgivelsene med, som vi blir sett og tolket av andre med- noe som gjør at kroppene våre er både fysiske og mentale, (Ibid., s.37). Bunkan uttrykker at: «Når man trives, opplever man som regel at kroppen som «god å være i». «Er man stresset eller bekymret, vil man ofte oppleve at kroppen heller ikke er «god å være i», (s.302).

Det andre subtemaet: «**Kropp er identitet – jeg er, jeg finnes!**», Funnene under dette subtemaet synliggjøres på ulike vis når informantene reflekterer over et tema som dukket opp underveis i intervjuet. Som en av informantene beskrev så metaforisk: Kroppen blir som et «trafikklys» som kan fortelle noe om hvordan «ting er for meg og hva det gjør med meg», jeg tolker det dithen at det illustrerer godt hvordan kroppen kan være en veiviser i livet og kan hjelpe et menneske som ikke kjenner sin identitet. Følgende funn kan illustrere dette:

4.1.2 «Kropp er identitet» - jeg er, jeg finnes!

- (...) «Altså har psykiske lidelser kroppslig uttrykk må vi da spørre? og det har det, det ser vi jo i spenningsmønsteret, også ser vi det å nærme seg kroppen, gjør noe med følelseslivet, det gjør noe med erindringer, det gjør noe men.. «hvem er jeg».. «ja det gjør noe med identiteten».
- (...) «Og det som i forhold til temaet ditt, så er det en dag pasienten sier: «du skjønner det at, det å yte motstand, har for meg alltid vært forbundet med å provosere fram krenkelsler». (...) «I det vi jobbet med....jeg tror det som vi også kjente når hun sto i firefotstående og ga motstand var rett og slett»: «Jeg er! Jeg finnes! Jeg er.. helt eksistensielt.»
- « (...) altså oppdage noe om meg, gjennom det jeg kjenner i kroppen. Kjemperessurs, når du ikke vet hvem du er. (...) ei som beskrev, hun hadde fått være med på en danseforestilling og synes det var så flott, og det kjente hun i kroppen, «dette liker jeg, jeg er en dame som liker å se ballett»! Nå vet jeg noe om meg selv», og så var hun på en konsert (...) «dette liker jeg!, jeg er en dame som liker å se dans og jeg liker å høre på musikk». (...) Kroppen er egentlig et trafikkllys i livet- jeg vet noe om hvordan ting er for meg, hva det gjør med meg».
- (...) øver vi på å integrere elementene balanse, fri pust og nærvær i bevegelsene, fremme helhet og letthet i bevegelsene- en opplevelse av at «jeg er». Stimulere til selvfølelse (...).. få økt kontakt med seg selv, bevisst sine helsemuligheter, lære å mestre hverdagen på en ny måte- refleksjoner skapes og pasienten vil ofte finne meningen og sammenheng i arbeidet med seg selv. Ofte møter pasienten følelser og erfaringer fra levd liv i denne prosessen, erfaringer som har vært satt til sides i bundet pust og stram muskulatur som har ført til bevegelseskompensasjoner og nedsatt bevegelseskvalitet».

Forholdet mellom kropp og identitet, var et tema som kom fram i lys av utfordringer pasienten kunne ha i behandling, at det å jobbe med kroppen kan skape en tilknytning til begrepet identitet. Og slik jeg forstår informantenes utsagn, er identitet et element som

pasientene også strevde med, at de ikke opplevde å vite nok om seg selv og hvem de var. Det å jobbe med bevegelse, pust, berøring, er tiltak alle informantene jobber med til daglig, for at pasienten skal få bedre kontakt med seg selv, både kroppslig og med sitt indre liv som er tanker og følelser. Informantene uttrykte at det ikke bare dreier seg om å redusere smerter, men at nye refleksjoner og assosiasjoner kan skapes for at pasienten kan finne mening og sammenheng i sitt liv, når en jobber med kroppen. Det vil si å oppdage noe om seg selv gjennom det å kjenne på hva kroppen forteller. Jeg tolker informantene slik at de mener gjennom øvelser i behandlingen kan gi pasienten muligheter for å oppleve at kroppen kan gi nye og gode opplevelser. Opplevelser som før var preget av bundet pust og stram muskulatur, spenninger som har bidratt til å holde igjen for å kjenne på det som har vært vanskelig å være i. Jeg tolker det dithen at gjennom en kroppslig intervensjon, er dette med på å hjelpe pasienten å finne mer ut om seg selv, som for eksempel interesser, og andre mer hensiktsmessige reaksjonsmønstre i hverdagen i forhold til seg selv og andre. Funnene synliggjør at kroppen er en del av vår identitet. Teoretisk forankring for denne forståelsen finner jeg hos Bunkan, (2007):

Bunkan, (1997), uttrykker gjennom sin lesning at begrepet kroppsbilde, er nært tilknyttet til «jeget» og «selvet» og synliggjør på den måten det mentale bildet vi har av egen kropp. Forfatteren argumenterer for eksempel for at et godt kroppsbilde er en forutsetning for kontakt med seg selv og andre, og hva som er virkelighet. Videre at dette henger sammen med begreper som selvtillit, å fungere sosialt og trygghet med seg selv, (s. 143). Hun sier videre at et stabilt kroppsbilde er viktig for at vi skal kunne kjenne oss igjen over tid, i motsetning til et ustabil kroppsbilde, hvor en kan bli fremmed for seg selv, noe som kan resultere i lidelser som angst, (Ibid. s.145). Bunkan viser til at kroppsbilde og psykiske lidelser har vist å hatt en sammenheng, da barn og voksne som har vært utsatt for vold og skade på kroppen får ofte angstfylte bilder om den. Og det er for eksempel kjent i psykiatrien at psykotiske pasienter ofte har vrangforestillinger, som kan handle om at kroppen ødelegges på ulike måter (Ibid. s.150).

Det tredje subtemaet: «**Bare en diagnose – en måte å reagere på**», eller diagnose begrepet. Det ble reflektert av informantene på ulikt vis. Følgende funn kan illustrere dette:

4.1.3 «Bare en diagnose- en måte å reagere på».

- *«Jeg tenker så mye, først tenker jeg diagnosesystemet, men vi ser jo at folk sliter, på et videre perspektiv enn akkurat innenfor diagnoselisten. Jeg tenker ikke bare på de store alvorlige diagnosene, men generell stress i hverdagen, som gjør at du fungerer dårlig selv om du tilsynelatende lever livet ok, en uro, en udefinerbar uro, fobier, disse gruppene, som er litt vage, vanskelig å få fatt på, du finner liksom ikke plassen din helt i livet». De kroppslige plagene er alt fra løs mage, pusteproblemer, hjertebank, svettetokter, muskelplager, smerter, hodepine, konsentrasjonsproblemer, søvnproblemer».*
- *«En jeg kjenner fra tilbake i psykiatritiden min, som har så mange diagnoser som det ofte er, en med schizofreni diagnose. Men hadde egentlig en grov torturlignende seksuelle overgrep fra barnsben av (...) sånn at det er` nå kommet opp etter mange år, viktig for henne å få fjernet denne diagnosen».*
- *«En diagnose er jo bare et navn på en rekke symptomer..».*
- *« (...) det viste seg at mange av de som hadde diagnosen med psykose, når de begynte å spørre om traumeerfaringer, så var det veldig overveldende mange som hadde opplevd traumer i tidlig alder, men ingen hadde spurt om det».*
- *(...) fordi når du har en diagnose, så er det noe feil med deg, men hvis du forstår at hjernen reagerer litt desperat fordi du har en vanskelig oppvekst eller dårlig hjemme, og kontinuerlig blir utsatt for det som ikke er bra for kroppen (...) mye skambelagt i psykiatrien, på reaksjoner.. (...) jeg har ikke lyst til å aktivere den skammen». (...) Mange føler lettelse når de slipper å tenke at diagnose er noe jeg har, men en måte å reagere på».*

Begrepet diagnose kom opp som et tema når vi snakket sammen underveis i intervjuet. Jeg tolker informantene dithen at de mener at det å få en diagnose kan være assosiert med noe negativt, at det er noe feil med en som menneske. Men når informantene forklarte sammenhengen med hvordan hjernen reagerer på vanskelige hendelser en har hatt med deg i

livet som menneske, ble det oftest lettere for pasienten å forholde seg til diagnosen. For andre kan diagnosen være nødvendig å fjerne fordi den har blitt satt på feil grunnlag. Dette fordi viktig informasjon om pasientens historie aldri har kommet fram før i voksen alder, som for eksempel at pasienten har lidd under grove overgrep som barn. Informantene uttrykte at dette er diagnoser som har blitt satt tidlig i livet som ikke lengere er reelle for pasienten nå, og er mer ødeleggende for pasientens liv framover. Diagnoser kan være for eksempel psykoser som er en form for virkelighetsflukt, men ingen har satt spørsmålsteget til diagnosen og historien bak. Det ble sagt at mange med psykoser den gangen hun jobbet i psykiatrien, hadde opplevd traumer når de var yngre, men ingen hadde spurt de om det. Slik jeg forstår informantene så er dette med diagnosebegrepet viktig å ta høyde for i behandlingen, da de ser at den kan være skambelagt og bidrar til å underbygge mer negativitet under en allerede krevende situasjon for pasienten. Teoretisk forankring for denne forståelsen finner jeg hos Gretland, (2007):

Gretland uttrykker at skal vi gå ut i fra hvordan mange pasienter med psykiske lidelser reagerer på som er virkelig for deres liv, må vi finne måter å forstå dette på som gir mening for pasientens reaksjoner, som for eksempel; hvorfor pasienten fjerner seg fra egen kropp, ikke har ord for egne opplevelser, (Ibid.s.13). Denne litteraturen argumenterer for at vanskelige livserfaringer kan fortrenkes ved at en gjentakende unngår visse bevegelser og utvikler for eksempel uhensiktsmessige måter å bruke kroppen på som resulterer i plager og symptomer fra muskel- og skjelettsystemet, (Ibid. s.101). Forfatteren undres over hvorvidt det diagnostiske systemet beskriver pasienten og deres problemer godt nok, her kan fysioterapeutens undersøkelser være viktig for å stille korrekt diagnose, eller rediagnostisere på bakgrunn av sine funn i anamnese og kroppsundersøkelsen. Selv om det undres i diagnosesystemets oppbygging, er det likevel nødvendig å vite om pasientens diagnose, da den forteller om noe som kjennetegner pasientens emosjonelle liv, om forventninger og om dette er kronisk eller kortvarig, (Ibid.s.102).

4.2 Tema 2: Hvordan fysioterapeutene oppfatter fenomenet «kroppen husker» i behandling, gjennom en terapeutisk tilnærming.

Funnene under dette subtemaet synliggjøres på ulike vis når informantene forklarer hvordan de oppfatter fenomenet. Det første subtema under dette temaet er **Berøring- «vi husker gjennom ulike sanseinntrykk»**. Følgende sitater kan illustrere dette:

4.2.1 Berøring – «vi husker gjennom sanseinntrykk».

- *«Et levd liv og kroppen uttrykker plager gjennom «sanseutløsende erindringer»: «Det er noe grunnleggende normalt i alle mennesker at vi sanser, og at sanseopplevelser kan utløse erindringer. Noen har vonde sanseinntrykk, som også «mine hender» kan være, at mine hender kan oppleves som andres hender, en overgriperes hender eller hender som slår. Vi husker gjennom slike sanseinntrykk».*
- *«En som kommer inn som jeg ikke får øyekontakt med, som sitter og holder rundt seg selv, klyper seg selv, tvinner bena sammen. Jeg kan fornemme hennes angst gjennom et sug i magen sjøl. Det hører med til historien av hun har tidligere vært til psykomotorisk fysioterapi. (...) hun ble undersøkt, og når fysioterapeuten bøyde hoften hennes og kjente på passiv bevegelighet i hoften, evnen til å slippe, så opplevde hun det som en voldtekt. Hun skjønnte selvsagt at det ikke forgikk en voldtekt, men i hennes kropp kjentes som dette. Dette er jo veldig illustrerende for hvordan kroppen husker.»*
- *« (...) jeg har fått en liten teft på der det har vært for eksempel seksuelt misbruk, eller fysisk mishandling, at jeg kan se på hvordan pasienten responderer ved berøring...(...) enten trekker seg unna i kroppsspråk, er det blikket, kan trekke til seg foten, mange måter å reagere på, men det aller viktigste er at jeg ser de holder pusten»*
- *«(...)i traumefeltet, være uhyre observant, for berøring er veldig veldig...sterk.. altså har noen tatt på noen og krenket noen sine grenser, så er berøring en trigger». (...) at vi må hjelpe pasienten tilbake til å oppdage for eksempel om det er mere komfortabel med at jeg sitter en meter ifra». Jo yngre et menneske er når det er utsatt for krenkelser, jo mer omfattende er symptomatologien».*
- *(...) vekke den sanselige fornemmelsen av kroppen, jeg bruker veldig mye «hands-on». Og jeg gjør det på de som har vært utsatt for overgrep, for når det skjer i en trygg sammenheng, så kan det være utrolig virksomt...(...)kan være ganske beroligende».*

- *(...) det sansende, det lyttende sansevarende er stikkord for meg. (...) utrolig vesentlig. Fordi det er gjennom det at den andre kan bli kjent med seg selv, det er jo poenget, at den andre skal oppdage noe nye muligheter i seg selv. Og det skal eies av dem, ikke av meg».*

Informantene uttrykte en felles forståelse av at berøring som verktøy er et sterkt virkemiddel som kan vekke både gode og vonde minner når en berører hud, muskulatur og ledd. Berøring kan da skje gjennom bløtvevsbehandling og bevegelse. Og slik jeg forstår informantene så er det en menneskelig egenskap å kunne uttrykke erindringer gjennom sansene våre, og at disse kan være både gode og vonde for pasienten. Videre tolker jeg det dithen at gjennom berøring kan også pasienten lære å bli kjent med seg selv og oppdage nye muligheter som kan styrke pasientens forhold til egen kropp. Videre ble det snakket om berøring av pasienter som har vært utsatt for overgrep, og slik jeg tolker informantene så var det i slike tilfeller uhyre viktig å være oppmerksom på alle signaler fra pasienten, alt fra kroppsspråk, blikk kontakt, tilbaketrekning av lemmer, ord og så videre. Men så lenge situasjonen rundt behandlingssekvensen er trygg, så kan berøring være veldig virksom for pasienten, som for eksempel beroligende. Og jeg tolker dette utsagnet dithen at det kan være med på å vekke minner som er en måte å bearbeide det som pasienten har brukt tid på å fortrenge gjennom ansenhet i både pust og muskulatur. Teoretisk forankring for denne forståelsen finner jeg hos Jakobsen (2006), Bunkan, (1997) og Gretland, (2007):

Forfatteren Jakobsen viser til den kjente psykiateren Bessel van der Kolk var en banebryter i å se betydningen av de kroppslige aspektene ved psykologiske traumer. Han så hvor viktig det var å vise at traumer setter spor, ikke bare psykisk men også fysisk. Når han snakker om hvordan «kroppen husker», viser han til dets sammenheng med hukommelsen. Hjernen klarer ikke å sette sammen de forskjellige sanseintrykkene fra traumet til integrerte autobiografiske minner. Det som skjer er at de sensoriske inntrykkene fra episoden lagres bare i bruddstykker og blir aktivert på nytt av nye sanseintrykk, og kan aktiveres av alle sansene. Resultatet er ofte slik at pasienten blir forvirret og ikke forstår hva som skjer, men kan beskrive kroppslige smerter, bilder og lignende fra den traumatiske hendelsen, (s. 43). Bunkan uttrykker at når fysioterapeuten jobber med kroppen i behandlingen av pasientens problemstilling så kan en grovt dele inn fysioterapeutens oppgaver inn i aktive og passive metoder,

metoder som har vekt på rytme, pust, kroppsbilde, spontanitet og selvopplevelse, og suggestive metoder. Det som integreres i alle disse punktene er å lytte til kroppens signaler, (s. 187). «Berøring kan skje under øvelser og massasje», (Ibid. s.208). Gretland viser til et eksempel gjennom sin lesning av litteraturen, hvor det har blitt kartlagt at Hippocampus som er delaktig i hukommelsen, for læring, persepsjon og følelser, er viktig i integreringen av sanseintrykk som blant annet berøring, (s.78). Videre sier Bunkan at berøring kan for eksempel dempe smerter, kan være beroligende, kan løsne på muskelspenninger og sette pasienten i kontakt med dype følelser, (s.14).

Subtema to er **Bevegelse- «hvordan livet kommer til uttrykk gjennom bevegelse og skaper liv»**, og funnene under dette subtemaet synliggjøres på ulike vis når informantene reflekterer rundt bevegelse. Følgende pasienthistorie og sitater kan illustrere dette:

4.2.2 Bevegelse- «hvordan livet kommer til uttrykk ved bevegelse og skaper liv»

- *En av informantene presenterer en lang og tung kasuistikk om en pasient og overgrep i historien: Gjennom bevegelse begynner kroppen gradvis å huske glemte minner. Han har vært delvis sykemeldt over flere år. Kommer med kronisk hodepine, fatigue og smerter generelt i kroppen. Pasienten kom med en bestilling; få bort nakkesmerter, mer energi, vil ha det slik jeg hadde det før». Kroppsundersøkelse viste tyngden av bena over hælene, veldig oppstrammet i overkroppen, pusten var bundet, «jeg spør etter hver bevegelse, hvordan var dette for deg?» (...) «jeg vet ikke hva jeg skal kjenne, hodeverken ble verre, hun hadde lite kontakt med egne opplevelser, hadde ingen ord for egne opplevelser. Pasienten startet en gang i uken med behandling, etter hvert som hun ble mer stabil og fikk mer kontakt med kroppen, så kom flashbacks». Pasienten fortalte at hun hadde hatt mye hodeverk i førskolealder, men fant ingen årsak til dette. Når jeg hører et barn har mye hodepine i førskolealder, så stiller jeg alltid et spørsmålstegn til dette». Så fortalte pasienten at mannen var glad i båtliv, fikk hodepine når pasienten var på båten. Det var mye en ikke tålte, parfyme, melk. Etter hvert som pasienten ble mer og mer stabil, pusten begynte å bli litt fri og mer integrert i bevegelsene (...) kommer minner, om et barn som hopper og hopper, og så blir*

pasienten trist, men husker ingen ting». (...) Flashbacks blir sterkere og sterkere, kroppen blir friere, bevegelsene blir friere ikke minst, får kvalitet i bevegelsene. Så forteller pasienten plutselig (...) bestefar og en fetter som drar pasienten inn på et rom. Overgrep, i førskolealder. (...) hvor pasienten plutselig skjønner at det var munnsex. (...) kastet opp når drakk melk, og mor tvang pasienten til å drikke opp melken og så kastet opp. Overgrepene skjedde noen ganger på bestefars båt., så pasienten tålte ikke lukten av diesel. Så parfyme, da var det overgrep, når mor tok på parfyme, da skulle hun ut, var det fritt fram for bestefar og fetter». Så plutselig hang disse symptomene sammen, så veldig sammen». Og pasienten begynte å få kontakt med hva som hadde skjedd., og sakte men sikkert avtok symptomene. (...) gikk i behandling i flere år (...) da de var ferdig, hadde pasienten lite symptomer, god bevegelseskvalitet, sto stabilt på bena, var integrert i bevegelsene, kunne sette ord på ting, hadde kontakt med kroppen sin».

- *(...) når jeg ser at det er lite kroppslige ressurser, så jobber jeg veldig mye med å finne stabiliteten i kroppen. Stabilitet handler om å finne en god akse, tyngdeaksen faller der det er funksjonelt at den faller, faller midt på foten, så hun får en god kontakt med underlaget. (...) de dype posturale musklene i kroppen- som bærer, holder deg oppe. (...) balanse, det er jo grunningen, som handler om hvor mye tyngde jeg slipper ned. Er jeg anspent jobber jeg mot tyngdekraften. Slipper jeg meg, så slipper jeg til tyngden. Så det å bli godt grunnet, har noe med å slippe tyngden. Så akse og tyngde er viktige aspekter jeg jobber med i bevegelse for å finne stabilitet. En dynamisk stabilitet.*
- *(...) altså jeg tenker at plager kommer til uttrykk i måten de beveger seg på. Jeg observerer bevegelse fra fire perspektiver, biomedisinsk: hvordan skjer bevegelsen, hvor grunnet er de i bevegelsen, hvor stabil er de i bevegelsen. (...) fra et fysiologisk, da tenker jeg først og fremst pust, hvor mye flyter pusten, rytme er det i bevegelsen. Vi vet at pust er helt sentral for å finne flyt og rytme, hvis mekanisk er pusten holdt, psykologisk perspektiv tenker jeg; hvor tilstede i seg selv kan pasienten være.. (...) hvor mye intensjon er det i bevegelsen, hvor nærværende er de, er de tilstede og utforsker, eller er de en annen plass med sin oppmerksomhet». Så ser jeg på vaner, vanebevegelse.. hvordan beveger jeg meg i hverdagen. «Jeg må vite hvordan det virker på meg, og jeg må være i balanse og ha en viss fri pust for å kunne hjelpe pasienter».*

- *(...) ser etter bevegelseskvalitet, hvordan er balansen, fri pust, nærvær er integrert i bevegelsene.. er det liv.. er det mimikk i ansiktet, ikke minst, er det liv...hvordan kommer livet til uttrykk i kroppen. Og hvordan kommer det til uttrykk når det ikke er liv, det er jo det vi ofte møter, det er ikke liv». Lite spontanitet, kanskje mistet reflekser, opprinnelige reflekser, som å gjespe og strekke seg. Jeg har hatt pasienter som har sluttet å gjespe, fordi de er full av spenninger, fordi de ikke har disse opprinnelige refleksene sine».*

I starten viser jeg til en pasienthistorie fra en av informantene, når det kommer til effekten av bevegelse som tiltak når kroppen skal huske gjennom vonde opplevelser. Og jeg tolker informantens utsagn mot slutten av pasienthistorien, at livet for pasienten kommer mer til uttrykk i kroppen som noe positivt, når pasienten ser sammenheng i sine tidligere symptomer og hvordan kroppen har endret seg gjennom bevegelse. Videre forstår jeg fra informantene at bevegelse kan analyseres gjennom kvaliteten på hvordan den utføres. Og da kobles i tillegg begrepet stabilitet inn, det vil si å ha styrke i kroppen, som avgjør hvor frie og spontane bevegelsene i armer, ben og nakke er, uten smerter og stivhet. Og jeg tolker det dithen at stabilitet konkret handler om å få kontakt med de dype musklene også kalt kjernemuskulaturen, som holder skjelettet oppreist. Videre tolker jeg det dithen at stabiliteten også kan forklares ut i fra hvor pasientens tyngdepunkt er når han står på fotbladet, er det foran eller bak på fotbladet, eller står han midt på. Samtidig nevner informantene at stabilitet også dreier seg om evnen til å slippe kroppstyngden i forhold til tyngdekraften, har pasienten nok styrke i de dype musklene til å stå oppreist i forhold til tyngdekraften eller blir pasienten slapp i holdningen. Videre ble det uttrykt at begrepet bevegelse blir sett på fra fire perspektiver, fra et biomedisinsk, fysiologisk, psykologisk, og hvor nærværende pasienten er i bevegelsen. Og at kvaliteten på bevegelsene blir bedre etter hvert som pasienten begynner å huske både fysisk og psykisk det som har gitt pasienten plager. Det ble også uttrykt at ved å se at kvaliteten i bevegelsene ble bedre, ble pasientens ansikt mer mimikkrikt, fikk bedre balanse, fri pust, og at personlig nærvær ble mer integrert i bevegelsene.

Videre tolker jeg det dithen når informantene snakker om de frie refleksene som gjesping, kommer dette mer til synlighet når kroppen begynner å bevege seg på andre måter enn den vanemessig har gjort. Og der hvor pusten tidligere har vært anspent, fordi kroppen har vært anspent, har pusten blitt med spontan ved at pasienten har begynt å bevege seg mer eller

annerledes enn tidligere. Bevegelse og pust henger sammen. Det ble også fortalt at det er viktig som terapeut å vite hvordan dette kjennes på egen kropp for å kunne hjelpe pasienten, og jeg tolker det uttrykket dithen at det å ha for eksempel en fri pust henger sammen med graden av fleksibilitet i kroppen. Videre forstår jeg informantene dithen at bevegelse av en vond kropp kan løsne på en anspent pust og pasienten får mer fleksibilitet i kroppen som følge av dette. Teoretisk forankring for denne forståelsen finner jeg hos Bunkan, (1997) og Gretland, (2007):

Bunkan forteller at det å undersøke bevegelse gir viktig informasjon om fleksibiliteten i muskulaturen på et dypere lag enn berøring eller palpasjon av vevet. Gjennom bevegelse får en inntrykk av strekkbarhet i vevet, og en kan gjennom disse funnene få et bilde av hvor avspent eller avslappet pasienten er. Det er for eksempel vist at utrygge mennesker yter motstand eller vil hjelpe til når en tester en bevegelse passivt. Å teste bevegelse er en måte å vurdere pasientens fleksibilitet, trygghet og omstillbarhet, (s. 76). Gretland snakker om begrepet omstilling i fysioterapien som å endre på bevegelses-/ og spenningsmønstre vi rutinemessig har i hverdagen. Dette er mønstre som i utgangspunktet har vært belastende, og som jeg tolker har gitt pasienten smerter eller stivhet. Men så kan målsettingen være å endre disse mønstrene på en slik måte at de blir mindre belastende for organismen, (s. 97).

Bunkan forklarer at kroppslige spenninger oppstår først når en har overgått en grense i seg selv, og den gir følelsen av rigiditet og smerter som konsekvens. Muskelspenning og pust er sentral her, og kan illustreres slik; Det er for eksempel vanlig at en holder pust når en løfter noe, men så er det hensiktsmessig å slippe pusten ut etterpå, i hvile. En imitasjon av dette eksemplet, kan forklares ved at en befinner seg i en ubehagelig situasjon og vi skal for eksempel «ta oss sammen», vi puster kort og så holder vi pusten når vi strammer oss, men så blir spenningen værende i oss etter at opplevelsen er over. Og da er det ofte slik at vi utvikler plager som et resultat av dette, (s.188-189). Videre uttrykker Bunkan at det er vanlig at en bremses opp i pusten når en strammer en muskel, for eksempel, presser tungen opp i ganen, for så å slippe opp på spenningen og pusten slippes ut, (Ibid. s189).

Subtema nummer tre er **Kommunikasjon- løfte fram pasienten og forståelse av det kroppslige perspektiv**», og funnene her synliggjøres på ulike måter av informantene:

4.2.3 Kommunikasjon – «løfte fram pasienten og en forståelse av det kroppslige perspektiv»

- «Jeg legger først og fremst vekt på relasjonen, fornemme hva, hvor disse grensene for hva som er okay og ikke i forhold til tilnærmingen. Jeg er mer opptatt av det enn kroppsfunnene.» (...) med såpass mye klinisk erfaring, har jeg, holdt på å si røntgenøyne gjennom klærne kan se spenningsmønsteret (...) hvis jeg fornemmer at det er å utfordre for mye med kroppsundersøkelse, er det kjempeviktig å etablere en relasjon der pasienten kan sette grenser... altså pasienten har jo ofte ikke den evnen selv». (...) kjernetema og arbeide fram en situasjon der det blir mulig for pasienten å markere fram sine grenser. Oppfordre de til å være mer avgrensede enn de selv vil (...) så syns jeg de ofte presser seg til å ta av klærne, fordi det er sikkert bra, da blir jeg fortere bedre». «La oss heller ta det gradvis, forhandle litt rundt hvor er grensene.
- «Kommunikasjon er viktig, men viktig å ikke bli hengende for lenge i den språklige samhandlingen, men at vi arbeider oss mot det kroppslige konkrete». (...) Jeg ser på hele uttrykket, alt det der som vi har øvd på.
- (...) «Noen ganger så sier pasienten at dette går helt fint og så kan jeg lure på om jeg er helt sikker på sånn som jeg ser det kroppslige uttrykket... men prøver å følge den andres språk da, prøve å ikke være den som vet hvordan det er». «Skape et rom hvor den andre kan komme til uttrykk». (...) Prøve å stille seg så åpen som mulig, å være på vakt, når en ikke er det». «Altså våge å se at nå driver jeg å bestemmer...og å spørre». «Vi må balansere».
- (...) jeg er bevisst på at jeg ikke er psykolog.. (...) det er viktig at pasienten selv får lov til å fortelle, får lov å løfte det fram, se på problemstillingen, på det som plager og sette det i et system.. se en forbindelseslinje mellom problemene som de har i kroppen, via kroppen og den erfaringen som ligger der og det de har opplevd». Erfaringen min er at det er viktig å få løftet det fram i starten. «Etter hvert kommer det i bakgrunnen, litt i skyggen (..) for hver gang de løfter det fram, blir det mer og mer noe de kjenner på at «jeg må leve med det, det er en del av min historie».(..) men det er ikke nødvendig å se på den hele tiden». Og der kommer også noe av dette som jeg tenker å gi slipp, ja du gir slipp på pusten, du gir slipp på den fysiske spenningen i deg selv».

Vi arbeider med spenningsbalansen i kroppen. Vi søker etter å endre mønstre i kroppen fysisk og psykisk».

- *«Jeg sitter ikke bare å lytter, jeg stiller åpne spørsmål slik at pasienten kan få lov til å reflektere og tenke selv». Men jeg kan være den som belyser og setter fokus på noe, ofte med å være både far og mor, og være både mild og forståelsesfull, men også ved å være ganske direkte». (...) slik at av og til kan det bli ubehagelig å se seg selv, men slik er det bare».*
- *(...) Starter timen som regel med å spørre om du har hatt noen refleksjoner siden sist, eller noe du har opplevd i kroppen siden sist». (...) I denne øvelsen sittende så instruerer jeg uten samtale, og når vi er ferdige med øvelsen, har vi en refleksjon, hvordan var dette for deg». Jeg veileder med få ord, bruker meg selv som speil, så bruker jeg meg selv gjennom bevegelser».*
- *Ord må hele tiden graderes i forhold til den aktuelle pasienten (...) samtidig som at jeg vet at jeg bruker samtale mye, men der utgangspunktet også er tyding av det kroppslige, det er den kroppslige prosessen». Hva er den psykomotoriske samtalen og hva er den psykoterapeutiske samtalen... der tror jeg vi trenger å klargjøre mer». Men hvis ikke vi var i samtale, ville vi gå feil, en må skjønne hvor pasienten er, og hvilke retninger».*
- *(...) det hun erfarte i kroppen, tok hun med seg til psykoterapeuten... og jeg spurte ofte hva jobber dere med i psykoterapien, for å finne ut hva hun strever med å få til.. hvordan kan jeg jobbe kroppslig, sånn at du erfarer dette i kroppen».*
- *(...) « opptatt av å bruke dagligspråket, å stå på bena er jo ikke et faguttrykk, det hører med til dagligspråket, begrepet betyr at hvis tyngden faller mer sentralt, hvordan kjenner du det og stå på bena da..».*

Det uttrykkes at kommunikasjon er et viktig element i behandlingen for å etablere tillit og trygghet til pasienten ifra starten. Da informantene ofte ser at det er utfordrende for pasienten å sette grenser selv, og at pasienten tar med seg dette i behandling. Og jeg forstår informantene dithen at fysioterapeuten må være oppmerksom på dette med grensesetting og hjelpe pasienten med det. Et eksempel er, ofte forventes det at pasienten skal av med klærne, dette kan være grenseoverskridende for pasienten, derfor må fysioterapeuten og pasienten sammen finne grenser for hva pasienten kan klare i undersøkelse og behandling. Videre forteller informantene at kommunikasjon handler om å skape et rom hvor den andre kan komme til uttrykk, gjennom å prøve å stille seg så åpen som mulig. Det vil si å våge å se at nå bestemmer jeg for mye eller spør for mye- en må balansere dette i kommunikasjon med pasienten. Informantene forteller at kommunikasjonen kan foregå verbalt ved at fysioterapeuten stiller åpne spørsmål, som får pasienten til å kunne reflektere over det som skjer i behandlingen. Men det er også viktig at pasienten får løfte sitt problem opp og fram, uten for mange spørsmål. Slik at pasienten lettere får et rom for refleksjon til å se en forbindelseslinje mellom plagene de har i kroppen, og den erfaringen som ligger der. Jeg tolker det dithen at informantene mener at gjennom kommunikasjon søker vi etter å endre mønstre i kroppen fysisk og psykisk. Og kommunikasjonen kan også være taus; hvor terapeuten bruker seg selv som speil for pasienten gjennom egne bevegelser, hvor hun forklarer med egen kropp gjennom å vise bevegelser eller bruker sine hender i massasje. Og jeg tolker det dithen, hvorvidt kommunikasjonen er taus eller talende, er dette med på å få kroppen til å huske i behandling. Videre oppfatter jeg det slik at kommunikasjon omkring kroppen og endringer som skjer her kan være en fordel for pasienten å ta med videre i behandling hos psykolog. Likeledes det som pasienten jobber med hos psykologen, kan pasienten ta med i behandling hos fysioterapeuten, hvor de kan jobbe konkret med måter å uttrykke det pasienten sliter med, på en kroppslig måte. Informantene mener det er viktig å presisere at ingen av de ønsker å opptre som en psykolog, og jeg forstår det slik at dette med samtale blant annet er viktig for å vite hvor pasienten er og hva han forstår når kroppen kommer i sentrum. Hovedbudskapet er å trekke kroppen gjennom samtalen og la pasienten se sammenhenger mellom det fysiske og psykiske, hvor fysioterapeuten hjelper pasienten med å sanse dette, gjennom å formidle dette via et dagligdags språk. Teoretisk forankring for denne forståelsen finner jeg hos Gretland, (2007) og Thornquist, (1998):

Gretland forklarer at hva som avgjør kroppslig og verbal kommunikasjon og hva dette er, underveis i behandlingen, er basert på den persepsjonen fysioterapeuten får ifra situasjonen

pasienten er i. Det vil si fra pasientens perspektiv tar terapeuten egen forståelse av kroppslige tegn. Her er det viktig at terapeuten er var for pasientens tegn og anerkjenner disse, slik at pasienten får en følelse av å delta i behandlingen, (s.110). Videre forteller Thornquist at kommunikasjon i helsevesenet kan beskrives som enten strukturerte eller halvstrukturerte samtaler, førstnevnte hvor fagutøver stiller spørsmål og pasienten svarer. Sistnevnte er fagutøver tiltenkt en rolle uten særlig erfaring og kompetanse, hvor pasienten ikke bare svarer, men også blir en samarbeidspartner med kompetanse (s. 81). Thornquist viser til gjennom sin lesning av litteraturen til studier fra allmennmedisin på kommunikasjon som viser både en asymmetrisk og symmetrisk vinkling og uttrykker dette: ...«viser hvordan fagutøvere kan «ta ledelsen» på måter som ikke underkjenner pasientens erfaringer og kompetanse, men som gjør det mulig for den enkelte pasient å framtre med seg og sitt» (Min utheving), (s.82).

Subtema nummer fire er: **Relasjon- «røntgenøyne og grensesetting»**. Funnene synliggjøres på ulike vis av informantene.

4.2.4 Relasjon- «røntgenøyne og grensetting»

- «Jeg legger først og fremst vekt på relasjonen, fornemme hva, hvor disse grensene for hva som er okay og ikke i forhold til tilnærmingen. Jeg er mer opptatt av det enn kroppsfunnene.» (...) med såpass mye klinisk erfaring, har jeg, holdt på å si røntgenøyne gjennom klærne kan se spenningsmønsteret (...) hvis jeg fornemmer at det er å utfordre for mye med kroppsundersøkelse, er det kjempeviktig å etablere en relasjon der pasienten kan sette grenser... altså pasienten har jo ofte ikke den evnen selv». (...)
- (...) «Noen ganger så sier pasienten at dette går helt fint og så kan jeg lure på om jeg er helt sikker på sånn som jeg ser det kroppslige uttrykket... men prøver å følge den andres språk da, prøve å ikke være den som vet hvordan det er». «Skape et rom hvor den andre kan komme til uttrykk».(...) Prøve å stille seg så åpen som mulig, å være på vakt, når en ikke er det». «Altså våge å se at nå driver jeg å bestemmer...og å spørre». «Vi må balansere».

- *Det skjer av og til at timen bare bli samtale, (...) jeg ser at de åpner opp og har et veldig behov for å snakke, ofte kommer gråten, så følelsene, jeg kjenner at dette er viktig, viktig for å etablere en kontakt mellom oss».*
- *«Pasienten starter timen med sterk uro i kroppen. Klarer ikke å sitte stille, klarer ikke å konsentrere seg. Jeg har erfart at hun har god BARS score i liggende og velger den tilnærmingen». Jeg sitter ved siden av pasienten og veileder verbalt, velger en «kroppstreise». Gjennom å veilede henne til å få kontakt med kroppen, oppdage, kontakte underlaget, ser jeg at hun «lander» mot gulvet». I refleksjoner etterpå sier hun at hun registrerer at det føles som om hun ligger skjevt på gulvet, at hun holder pusten til å begynne med, «mot slutten klarte jeg det mye bedre». (...) avslutter i sittende, jeg bruker hendene for å få kontakt med pust, nærvær.. Etter øvelsen, gir hun uttrykk for en større ro enn da hun kom, og at hun følte hun sto bedre».*

Jeg tolker det dithen at det informantene sier når de snakker om relasjon er at alt som skjer i behandlingen er en form for relasjon, det er et møte mellom to mennesker, fysioterapeuten og pasienten. Videre tolker jeg informantenes uttrykk det dithen, at det mer spesifikt handler det om å anerkjenne pasienten, være oppmerksom på de signaler pasienten kommer med underveis i behandlingen. Det være seg man snakker eller er stille i rommet, men det er som regel alltid en utveksling av ord i mer eller mindre grad. Som en informant sa, vi må forhandle sammen, finne en balanse, og jeg tolker dette slik at det betyr at en som behandler må stille seg litt i bakgrunnen å observere når det er nødvendig og ikke nødvendigvis anta at en vet hvordan det er for den andre, men spørre mer når det ser ut som det er et behov. Men at dette også er en vanskelig balansegang i en relasjon. Et eksempel som ble uttrykt i forhold til dette var at mange pasienter forventer de må av med klærne, og at de er vant til å gjøre det de får beskjed om. Som en informant sa, at hun hadde «røntgenøyne»- hun kunne se igjennom klærne at pasienten var ansent og nervøs. Og jeg tolker dette uttrykket som at en må være sansevar for slike øyeblikk, slik at en ikke overskrider pasientens grenser. Samtlige av informantene har jobbet i mange år og har god erfaring med å jobbe med mennesker og psykiske lidelser, men de opplever likevel utfordringer i forhold til å se eller tolke pasientens kroppsspråk opp imot det pasienten verbalt uttrykker. Teoretisk forankring for denne forståelsen finner jeg hos Thornquist,(1998) og Gretland,(2007):

Thornquist forklarer at i helsevesenet er relasjoner typisk asymmetriske, den ene, da fysioterapeuten har mer makt og rett over den andre, som da er pasienten i dette tilfellet. Men det kan også vendes om til likeverd og anerkjennelse, selv om relasjonen fortsatt er asymmetrisk, (s. 28). I begrepet status, som fysioterapeuten har, innebærer det også at en har rettigheter og plikter en må forholde seg til i møte med pasienten, (Ibid.s.29). Videre uttrykker Thornquist at vi: «Som mennesker kommuniserer vi ikke bare et *saksforhold*, vi kommuniserer også *hvem vi skal være for hverandre*». Med andre ord, kommunikasjonsbegrepet har et innholdsaspekt, og videre et rolle- eller relasjonsaspekt, (s.24).

Gretland uttrykker gjennom sin lesning av litteraturen at: «Omsorgen er god nok, når ivaretagelse og samhandling innebærer at barnet kan erfare seg som en person som når fram til andre, og kan påvirke sin tilværelse». «Barnet kan da begynne et selvforhold til fornemmelse av eierskap til sine kroppslige egenskaper». «Det kan være en begynnelse til å *besitte og realisere* evner, til å sanse, bevege seg, føle og tenke», (s.37). Videre viser Gretland gjennom sin lesning noen eksempler på dysfunksjonelle relasjoner, og at disse har i hovedsak to former; enten for løse relasjoner som kjennetegnes blant annet for ustabil tilknytning til andre og preges av misforståelser, lite forståelse eller avvising. I motsetning til for sterke relasjon som handler om sviktende grenser mellom seg selv og andre- den ene vil ofte bli underdanig overfor den andre, (s.42-43).

Videre forteller Gretland at i en typisk relasjon mellom fysioterapeut og pasient er det viktig at dette ikke skjer: «*Når symptomer og lidelser oppfattes utelukkende som tegn som bekrefter sykdom, neglisjeres det at alle slags (kroppslige) framtreddelser- også symptomer og sykdomsmanifestasjoner- er tegn som kan ha kommunikative betydninger*» (Min utheving), (s.34). Det er et poeng at symptomer for eksempel ikke bare blir behandlet medikamentelt, men at vanskelige livssituasjoner inkluderes i planlegging av behandlingen, (s.34). Den terapeutiske relasjonen bør stimulere til at pasienten får en bedre selvfølelse og blir selvstendig i sitt sosiale liv (s.35).

4.3 Tema 3: Hvilke utfordringer opplever fysioterapeutene når «kroppen husker» i behandling.

Funnet under dette subtemaet synliggjøres på et vis når informantene forklarer utfordringene, og det første subtema i dette temaet er **Medikamentbruk- persepsjonsevne**, og følgende funn kan illustrere dette:

4.3.1 Medikamentbruk- og persepsjonsevne

- *(...) «de (leger og psykologer) må velge riktig behandling, og du kan si at hvis du får medikamenter for å roe ned stemmene, så er ikke det, det som på en måte hjelper i det lange løp. Det som hjelper er å få fram disse minnene, eller kroppen husker, og få de plassert».*

Jeg tolker det ut ifra dette funnet at bruken av medikamenter kan være en utfordring for både pasienten og terapeuten. Pasienten som har stemmer i hodet og en stemme som kanskje bør uttrykkes i behandling på en annen måte enn å dempe stemmene med medisiner. Det kan være seg at stemmene kan de fortelle noe viktig om pasientens liv. Videre tolker jeg utfordring for terapeuten av flere grunner, som for eksempel å være vitne til at pasienten må ta medisiner fordi lidelsen «betinges» det. Jeg synes dette er et viktig moment, da mange pasienter med psykiske lidelser går på sentralstimulerende medikamenter som ofte påvirker kroppsopplevelsen, som igjen kan ha en innvirkning på opplevelsen av kroppen husker i behandling. Teoretisk forankring for denne forståelsen finner jeg hos Gretland, (2007):

Gretland forteller at medisiner som gis til pasienter med psykiske lidelser vil ha en effekt på biologiske prosesser i kroppen og funksjonen til for eksempel vicerale organer og hjernen. Dette vil igjen kunne påvirke pasientens persepsjonsevne, motoriske funksjoner og bevissthet, (s.82). Videre nevner Gretland at det er viktig å se pasientens symptomer og plager som en del av pasientens livsproblemer, og ikke som to uavhengige elementer, da en slik følge kan resultere i at det pasienten sliter med bare medikaliseres, (s. 34).

Subtema nummer to er: **Vonde kroppsopplevelser – sorg, skam og sinne**, og ble reflektert på ulike vis av informantene, men jeg vil utpeke et sitat som jeg synes var illustrerende: «Jeg

forklarer smerten med en frossen hånd, når den er stivfrossen så er den helt følelsesløs, når den begynner å tine, så gjør det ganske vondt, pleier å gi det bildet til mine pasienter, at de er i en prosess, (..) det går riktig vei, men jeg må igjennom noen plager på veien». Følgende funn kan illustrere dette:

4.3.2 Vonde kroppsopplevelser- sorg, skam og sinne

- *«Utfordringen kan jo være hvis pasienten ikke har lyst til å gå inn i det, dette må diskuteres med pasienten når vi kommer dit at kroppen begynner å huske». En må diskutere hva pasientens målsetting er».*
- *(...) vonde kroppsopplevelser, litt vanskelig, fordi at grunnleggende sett så kan jeg jo ikke kjenne pasientens opplevelse av egen kropp. (...) jeg kan ikke sanse det pasienten sanser. Men jeg kan høre for eksempel at «nå faller jeg til ro, og det var godt».*
- *(...) «jeg tror mange er livredde for...altså jeg tror det er kjempeutfordrende å gå i behandling». Fordi at en aktiverer noe av det de har brukt masse krefter på å holde avstand til». (...) noen av de er fryktelig modige, som våger å komme til behandling og få aktivert vonde erindringer».*
- *«Utfordringen er å gi slipp, gi slipp på det de har vært i og slippe for å komme videre. (...) det er både tanker, gi slipp på historie, gi slipp på noe av den bagasjen, ikke ha den i fokus hele tiden, få kontakt med her og nå».*
- *(...) av og til er kroppsopplevelsen så sterke og ubehagelige. Det fører ikke til noe, bringer pasienten tilbake. (...) når den pasienten jeg snakket om istad, fikk veldig sterke reaksjoner tilbake til overgrepene i liggende stilling, så droppet vi denne. Jobbet i sittende, der var hun mer trygg, der kunne jeg få frem den gode kontakten hennes med kroppen, som kunne gi henne noe godt». Det var en viktig opplysning for meg hvor jeg skulle styre behandlingen min, bringe tryggheten videre».*

- *«Det som kroppen husker, er jo at i hjernen vår er det lagret informasjon, og den informasjonen som er lagret er jo et minne, og de minnene som er lagret i kroppen fra tidligere tid». Altså et barn som ikke har språk, hvis det er lagret et ubehag og minne fra sykehusopphold (...) frykt, blir lagret på non-verbalt lag, og da kan det manifestere seg som smerte, tenker jeg». (...) fordi minner er vonde å romme, så blir den på en måte borte»- det blir jo lagret i hjernen, men som informasjon en ikke har tilgang på. (...) og noen ganger når vi begynner å arbeide kroppslig, så kan minnene dukke opp spontant, en husker plutselig, bruddstykker av erindringer, kan også komme ut som en følelse».*
- *(...) det er jo fryktresponsen ikke sant..., at de går rundt og er årvåken hele tiden fordi mye i livet har vært utrygt, eller de føler de ikke har vært god nok... (..) og da fører det til generell høy aktivering, kort pust, følelse av anspenhet, tankekjør, søvnproblemer».*
- *(...) noen føler rett og slett at når vi jobber med kroppsbevissthet, da blir oppmerksomheten rettet mot kroppen, da kan jeg se prestasjonsnivået, angsten, bare stige». Til det at de ikke faktisk kjenner noe, også», (...) de føler seg dum eller ikke god nok».*
- *«Mange er redde for å belaste meg med sine grusomme erfaringer, fordi de holder på å gå i stykker av det». Men jeg går jo ikke i stykker av det, fordi jeg opplever det ikke, det truer ikke mitt liv. Så jeg prøver å være tydelig på at jeg tåler det».*
- *(...) «noen ganger er det fysisk smerte som kan øke og gi dårlige kroppsopplevelser, andre ganger psykisk ubehag, først og fremst følelser som handler om sorg, skam og sinne». (...) jeg forklarer smerten med en frossen hånd, når den er stivfrossen så er den helt følelsesløs, når den begynner å tine, så gjør det ganske vondt, pleier å gi det bildet til mine pasienter, de er i en prosess,(..) det går riktig vei, men jeg må igjennom noen plager på veien».*

- *Psykisk smerte, pasienter som har gått inn i tunge tider på veien i behandling, inn i en depresjon, (...) vært nødvendig dersom pasienten ønsker å komme videre, møter følelser og situasjoner en ikke var i stand til å møte tidligere». Det er vonde opplevelser, men som regel kjennes meningsfullt, da blir det ikke bare vondt».*

Det ble uttrykt at det å skulle komme i behandling hvor kroppen er i sentrum, er vanskelig. Fordi kroppen har gitt pasientene mye plager, så når de skal begynne å kjenne på den og ha den i oppmerksomheten, blir det utfordrende. Også fordi en har brukt mye krefter på å holde kroppen og vonde erindringer på avstand. Videre forteller de at det også kan gi pasienten en følelse av å ikke strekke til, de føler seg dum eller ikke god nok, når de skal kjenne på egen kropp. Likeledes kunne informantene fortelle at de opplevde at utfordringen for pasienten var å gi slipp på det de har vært i, som tanker, historie, og så få kontakt med det som skjer her og nå, fordi kroppsopplevelsen ble så sterk og ubehagelig. Informantene forteller at en må være oppmerksom på disse vonde kroppsopplevelsene underveis i behandlingen, da det er viktig å styre bevegelsene slik at pasienten ikke blir for overveldet av historien at en mister fokus på her og nå. Informantene forklarer vonde opplevelser eller frykt som lagret i hjernen som et minne og som kan manifestere seg som smerte. Videre blir det uttrykt at det å gå rundt med denne frykten fører til høy kroppslig aktivering som for eksempel anspent pust, følelse av anspenhet og søvnproblemer. Videre uttrykkes det at noen ganger er pasienten så redd for å belaste terapeuten med de grusomme erindringene, fordi de selv holder på å gå i stykker av det, da er det viktig at terapeuten signaliserer at dette ikke er tilfellet at hun/han blir ødelagt. Likeledes uttrykker informantene at det er viktig at dette blir forstått som en prosess av pasienten, at på veien til et bedre liv, møter en også ubehag eller nye utfordringer som at en for eksempel kan bli deprimert når en skal begynne å kjenne på vonde kroppsopplevelser. Teoretisk forankring for denne forståelsen finner jeg hos Skårderud, et al. (2010):

Skårderud forklarer at kroppen er mer enn bare fysikk og kroppslige forhold. Kroppen er delaktig i flere prosesser, både sosiale og psykiske, (s. 370). Kroppen vår blir sett på som et instrument til å skape erfaringer og til å forstå. Vi får et forhold til andre gjennom våre kropper, og på den måten skapes mentale erfaringer, (s.371). Årsaken til vonde kroppsopplevelser kan være mange, men: «Vi vet i dag at psykisk lidelse kan bli forårsaket av ytre traumatiserende hendelser som overgrep og ulykker», (s. 412). Og at disse kan ha mange symptomer og plager. Plager som smerter etter fysisk mishandling, depresjon eller

utfordringer med rus, (s. 414). Det er viktig å ikke glemme at smerter også opptrer psykisk på de punktene pasienten ble fysisk mishandlet, da særlig når en ikke har ord for det en har av følelser i etterkant av traumet. Traume kan assosieres med å være fanget i egen kropp, (s. 414-415).

Subtema nummer tre er **Tverrfaglighet- kunnskap**: Informantene synliggjorde dette på ulike vis og funn som kan illustrere dette er:

4.3.3 Tverrfaglighet - kunnskap

- (...) «Jeg har senest i dag vært på et tverrfaglig møte med hjemmesykepleie og lege, psykolog og meg, og ser nødvendigheten av at vi er mange og de forstår min måte å arbeide med kroppen på. Så vi deler kunnskapen om hverandre. Der hvor jeg ser at de ikke forstår, så er det liksom som at «kan du ikke tenke på en annen måte da, altså du kan ikke liksom holde på sånn (sier til pasienten), litt sånn nedlatende adferds terapeutisk, « du kan jo bare gå deg en tur, fordi det er jo bare vondt i midjen (...)Den måten på å ta seg sammen på , som de har gjort hele tiden». Så det at kroppen på en måte, når det gjaldt den pasienten jeg tidligere nevnte for deg, hvis hun blir for trøtt, da får hun flash, hvis hun gikk opp trappen her, øka pulsen, var hun tilbake på åstedet. Sånn at kroppen husker på et sansenivå. Sansing av høy puls førte til angst, dette var viktig å formidle til andre fagpersoner, for å forstå at «kroppen husker» når visse sansinger oppstår».
- Jeg jobbet lenge med en psykoanalytiker, han hadde samme oppfatning som meg, så har jeg opplevd samarbeid med psykolog som ikke forstår hverandre, jobber veldig annerledes, jeg kan få til et samarbeid noen ganger». (..) men etter hvert finner du ut hvem er gode samarbeidspartnere».
- Jeg har hatt psykologer i praksis, i terapi som ønsker å gå inn i terapi fordi de har lite kontakt med seg selv og kroppen sin, (..) for å forstå pasienten sin bedre, og da har de fått store opplevelser, det er noe med å få erfaringen, da kan jeg forstå».

- *(...) jeg sitter jo her alene, nå skal jo rekvisisjonsplikten opphøre, synes er litt trist, bra å få en beskrivelse fra fastlege (...) i forhold til at en bare «detter» inn fra gaten, som jeg ikke vet noe om, men samarbeidet blir mellom fastlegene eller psykologer og psykiatere som har henvist, noen ganger fysioterapeuter fra sykehusene».*
- *«Det skjer at jeg spør pasienten om kunne du tenkt deg å gå til en psykolog?»*
- *«Altså jeg omgir meg med en del psykologer som er orientert den veien (Kroppen husker), og jeg har erfaring med psykologer som ikke er det. Jeg har et samarbeid med et par tre stykker, psykologer.*
- *«Det er ikke alle fagpersoner jeg kan jobbe med. Jeg kan få til et nært samarbeid, men opplevde noen ganger at pasienten ble forvirret fordi psykologen sa en ting og jeg noe annet. Vi hadde ulike tilnærminger»*

Samtlige av informantene har et tverrfaglig samarbeid, og opplever dette først og fremst som positivt. Men jeg tolker det dithen på informantene at det også er utfordringer knyttet til det å samarbeide med andre, det være seg psykologer, leger eller andre i helsevesenet. Samtlige av informantene ser nødvendigheten av at samarbeidspartnere kan relatere seg til deres måte å jobbe med kroppen på, og at kunnskap deles om hverandre. Informantene forteller at det er utfordrende når en opplever at en ikke får den kroppslige forståelsen fra samarbeidspartnere. Og jeg tolker det dithen at dette spesielt blir vanskelig når pasienten står i sentrum og sliter med kroppslige plager, og er tilstede i tverrfaglige møter hvor partene ikke forstår hverandre. Videre forteller en av informantene at hun har hatt psykologer i behandling for at de selv har et redusert kroppslig forhold, og ønsker bedre å forstå det pasienten strever med i behandlingen. Jeg tolker dette dithen at det kan være et alternativ når noen ønsker å lære mer om hva den andre gjør, og vite hvordan dette kjennes på egen kropp. Videre forteller informantene at de ofte samarbeider med psykologer, og har funnet gode samarbeidspartnere gjennom lang arbeidserfaring. Teoretisk forankring for denne forståelsen finner jeg hos Skårderud et al. (2010) og Thornquist, (1998):

Skårderud forteller at i psykisk helsevesen er det som regel flere fagpersoner med ulik kompetanse, da pasienter med psykiske lidelser oftest har en sammensatt problemstilling. Det

være seg innen faktorer som relasjon, selvfølelse eller kroppslige uttrykk, (s.85). Videre sier han at kroppen blir sett på som flertydig og den blir behandlet av forskjellige fagpersoner. Kroppen er ikke bare fysisk, den er også involvert i psykiske og sosiale prosesser, hvilket gjør den utfordrende som fenomen å forså, (s. 370).

Fordi vi har ulike innfallsvinkler som fagpersoner, og det at psykiatrien er kjent for sin samtaleterapi, som blir vektlagt mye i terapi, så har fysioterapeuten en helt annen innfallsvinkel. Fysioterapeuten bruker kroppen som innfallsvinkel når en møter pasienten. Dette kan skape konflikter i samarbeid, fordi vi tenker og jobber på forskjellige måter (Thornquist, s. 268).

Subtema nummer fire er det **Biomedisinske og Biopsykososiale perspektivet**. Informantene synliggjorde dette på ulike vis og følgende funn kan illustrere dette:

4.3.4 Biomedisinsk og Biopsykososialt perspektiv

- (...) «jeg liker best å jobbe med de som har blitt henvist fra psykologer eller leger som kjenner til det å jobbe med å se sammenhenger mellom symptomer, reaksjonsmønster, og det som har skjedd i livet».
- «Jeg opplever jo en milevis forskjell fra da jeg startet utdanningen og til i dag. Mye enklere å få forståelse fra både leger og pasienter på at kropp og psyke virker inn på hverandre, når jeg startet i -76, var det veldig vanskelig».
- «I vår tradisjon, kan vi trekke tilbake til midten av forrige århundre, og Braatøy sin tenkning, det oppsto jo ikke i et vakuum, psykoanalytisk tenkning, før Freud begynte med sine frie assosiasjoner, så drev de jo med massasje og var orientert mot kroppslige spenninger. Så innmari nytt er det ikke. Men på en merkverdig måte oppfattes det som litt nytt, problemet er at det er sammensatt, det er ikke de enkle slutningene, og når det er litt mer komplekse sammenhenger så liker ikke vår tid dette. Og når vi ikke kan putte det inn i formler, så lager vi randomiserte kontrollerte studier, da er det vanskelig å dokumentere de sammenhengende vi erfarer». (...) om biomedisinsk og biopsykososialt, det er jo en utvikling mot det bedre, inkluderer det psykologiske, men blir lett psyke pluss soma, i stedet for at dette er så sammenvevd og

uadskillelig». Soma og psyke er ord vi har skapt, det er jo ikke livet, livet er forut for disse ordene, som skiller ad det som egentlig ikke er adskillelig».

- *«Jeg synes egentlig ikke at ting har forandret seg, når jeg spør om det er en dualisme i kropp og psyke, noen er klare over at «selyfølgelig henger dette sammen!», (...) men ofte ingen integrert innsikt- at de virkelig forstår». Psykologer er ofte bare i det mentale, ser ikke helt sammenhengen, selv om de vet og har lært det i praksis, ikke alle da».*
- *(...) «De profesjonsmotsetninger som var der, er der fortsatt».*

Det uttrykkes som tidligere sagt at informantene har et tverrfaglig samarbeid rundt pasienten, da oftest en psykolog eller lege. Videre uttrykker informantene at de har gode og mindre gode erfaringer på dette området, knyttet til at det fortsatt er slik at ikke alle behandlere ser likt på sammenhengen mellom psyke og soma. Noen psykologer er bare opptatt av det mentale, selv om de har fått lære om det kroppslige, så kommer ikke dette tydelig fram i samarbeid, sier informantene. Jeg tolker informantene dithen at det er fordi det er vanskelig å forske på mellommenneskelige sammenhenger vi erfarer, og når de er litt komplekse er det mer utfordrende å forklare for hverandre. Og når det fortsatt er profesjonsmotsetninger som en informant sa, så tolker jeg det dithen at dette kan skape utfordringer for pasienten også, i samarbeidet. Teoretisk forankring for denne forståelsen er hentet fra Gretland, (2007):

Gretland uttrykker gjennom sin lesning av litteraturen at psykiatrien lenge har vært preget av den biomedisinske innfallsvinkelen. Kroppen og dets plager er blitt plassert under begreper som psykosomatiske sykdommer eller hypokondri, som støtter opp under dualismen at kropp og sjel er fenomener som er uavhengige, (s. 19). Det er likevel nå omfattende bevis på at traumatiske livserfaringer kan skape psykiske lidelser, på lik linje med organiske skader og sykdom, et eksempel en kan vise til er ACE- studien (Adverse Childhood Experience Study), (s. 75). Gretland viser videre gjennom sin lesning at kunnskap om biologiske strukturer og prosesser er viktig, men at vi må implementere det psykisk lidende menneske i et helhetlig perspektiv, det vil si at det er et produkt av en sosial, psykologisk og biologisk forståelse, (s.85)

4.4 Tema 4: Hva er fysioterapeutens målsetting når en «nærmer» seg pasienten i behandling.

Det første subtema under dette temaet er: **Psykoedukativ tilnærming**, informantene synliggjorde dette på ulike vis og følgende sitater kan illustrere dette:

4.4.1 Psykoedukativ tilnærming

- (...) «for den pasienten min som jeg møtte da jeg var ung, ble nok overveldet av noe som gjorde henne nummen. Og nummenhetsreaksjonen er jo en del av en sånn sjokktraumereaksjon, og du kan si at en må være veldig nøye med dosering (..) at omstillingen ikke blir for rask og for omfattende. Dette er ikke lett, da er den støttende behandlingen som bevegelser og mindre hands on (berøring) bedre. Mennesker med traume som seksuelle overgrep, fysisk vold, bare det å ta på en slik pasient i liggende stilling kan være nok til og overvelde vedkommende, (...) da kan psykoedukativ tilnærming hvor en forklarer de om reaksjoner og se sammenhenger mellom plagene i kroppen og kanskje ting i hverdagen som har gjort de dysregulert, overveldet, være bra». Dysregulert betyr (...) altså vi kan bruke begrepet toleransevindu, en går i sjokkmodus eller parasymptatisk modus, en tenker at når en blir overveldet, så mister man noen ganger kontakten med kroppen og med den delen av hjernen som ble problemløsende. Da trenger pasienten hjelp til å komme tilbake til seg selv og kunne reflektere over det som skjer, en må dosere riktig så en ikke blir overveldet av for sterke reaksjoner».
- (...) «og mange er faktisk dårlige pasienter, seinest i går sa en pasient at «jeg setter slik pris på dine forklaringer, fordi da forstår jeg det, hvorfor jeg reagerer sånn og sånn, på det og det».

Samtlige av informantene hadde jobbet med «tunge pasienter», som hadde opplevd alvorlige traumer. Og slik jeg tolker informantene er at jo tyngre disse pasientene er rammet av traumet, jo mer må en være forsiktig å ikke overvelde pasienten i behandling. Som informantene sa så kan pasienten gå over i sjokkmodus, hvor han kan oppleve å bli nummen eller mister kontakten med kroppen. Ut ifra dette tolker jeg det dithen at en må være nøye med dosering i behandlingen, som kan være utfordrende. Videre kunne de uttrykke at pasientene satte pris på å få forklart hvorfor kroppen deres reagerte som den gjorde. Og jeg tolker det dithen at en psykoedukativ tilnærming hvor en forklarer reaksjoner og ser sammenhenger mellom plager i

kroppen og det som har gjort de dysregulerte og overveldet, er en informativ tilnærming til pasienten for å forstå sine plager. Videre tolker jeg at dette er en fornuftig måte å få pasienten til å delta i sin egen behandling. Teoretisk forankring for denne forståelsen finner jeg hos som Skårderud et al. (2010):

«I det psykoedukative arbeidet forsøker å løfte pasienter og pårørende fra en tradisjonell rolle som passiv mottaker av behandling, til å bli aktive bidragsytere», (Min utheving), (s. 177). Det å la pasienten få kunnskap om seg selv og lidelsen eller sykdom kan være med på å fremme deres egen innsikt til å takle symptomer og mentale utfordringer (s. 176).

Subtema to er: **Å være i kroppen, som utgangspunkt for «her og nå»**, informantene synliggjorde dette på ulike vis og følgende sitater kan illustrere dette:

4.4.2 Å være i kroppen som utgangspunkt for «her og nå»

- *Jeg kan først og fremst hjelpe pasienten til å få et forhold til det å være i sin egen kropp. Som noe helt grunnleggende i livet. (...) ikke i forhold til begrepet kroppen husker..forholdet til det å komme inn i kroppen sin her og nå. (..)få en tydning av psykiske reaksjoner i forhold til hva.. her og nå. Hva er det som er erindringer.. kroppslige erindringer fra noe som engang har skjedd, (..) hva hører nåtiden til. Det tror jeg er kjempenyttig for mange, den oppklaringen der». Og få en bedre sortering, i forhold til hva: «Ja det kjenner jeg nå!, men det henger ikke sammen med det som er farlig nå, det var farlig da. Og det har jeg en kroppslig reaksjon på fortsatt. Mange har det.*
- *Det er faktisk et kjernemoment i det jeg jobber med og prøve å få en sammenheng mellom tanker og kropp og følelse..(..) for det de veldig mange gjør er jo å nettopp og skille». (...) prosessen med å få en sammenheng..det jeg kjenner i kroppen er til å stole på, på en eller annen måte, hvordan jeg skal forstå det er en annen ting».*
- *(...) tenker at behandlingen handler om å bebo seg selv, å være i en slags samtale underveis, sjekke ut hvor er du henne nå, beveger du deg inn eller ut av kroppen?»*

- *(...) og få en forbedret kroppslig opplevelse viktig mål for behandlingen, (...) et redskap som pasienten tar med seg, og legger livet til rette for seg, sånn at en ikke overbelaster seg selv, hjelpe seg selv».*
- *Kroppsopplevelse, det handler om å bli kjent med seg selv, være tilstede i kroppen, bli kjent med erfaringene, det er igjennom kroppen du sanser og opplever. Så har du ikke kroppsopplevelser, så har du ikke kontakt med deg selv»..*
- *(...) fysioterapi er bevegelse og funksjon, jeg tenker at skal de lære noe og bli sterkere, så må de være tilstede, og da får de mer og mer kontakt med seg selv». Lære pasienten til å lytte, å utforske det de holder på med, men på ulike nivåer, avhengig av hvor de er da».*

Informantene kunne fortelle at de hadde fokus på kroppen som utgangspunktet for her og nå og at pasienten kunne skille mellom hva som var kroppslige erindringer fra noe som engang hadde skjedd og hva som hørte til nåtiden. Og informantene uttrykte at denne forståelsen var viktig at pasienten fikk. Videre uttrykte informantene at pasienten fortsatt kan ha en kroppslig reaksjon på det som engang var farlig, men at en etter hvert kan stole på det en kjenner i kroppen og bli trygg igjen. Videre uttrykkes det av informantene at behandlingen handler om å bebo seg selv, og følge opp om pasienten beveger seg inn eller ut av kroppen. Det uttrykket tolker jeg dithen handler om pasienten tørr å kjenne på kroppens signaler eller om han fjerner seg fra kroppen fordi den kjennes ubehagelig. Videre uttrykkes det at det samtidig er viktig å få en forbedret kroppslig opplevelse i behandlingen, og at pasienten lærte seg å hjelpe seg selv i livet, så en ikke overbelaster seg. Og informantene kunne si at å erfare en kroppsopplevelse handler om å bli kjent med seg selv, gjennom sansene dine, har du ikke det, så har du ikke kontakt med deg selv. Teoretisk forankring for denne forståelsen finner jeg hos Gretland, (2007):

Gretland forklarer at: «Det er store variasjoner i hva som er målet med fysioterapi i behandling av pasienter med psykiske lidelser», (s. 88). Men tradisjonelt deler en inn fysioterapi i psykisk helsearbeid i støttende eller inngripende behandling. Disse to begrepene viser til hvordan terapien virker inn på pasientens forsvar, (s.88). Pasienter med psykiske lidelser kan oppleves som uklar, overveldet av emosjoner, har angst, problemer med å

koordinere tanker og måten å forholde seg til disse på- da kan det være viktig at fysioterapeuten hjelper pasienten til å konsentrere seg om det som skjer her og nå. Likeledes følge med på hvor engasjert pasienten er emosjonelt, eller om pasienten kjeder seg, begrepet oppmerksomhet er viktig og en forutsetning for å holde fokus på det som skjer i rommet her og nå, (s.93). «Følelser står sentralt både i kroppslig samhandling generelt, og i terapi», (s.92).

4.5 Oppsummering av resultatene

4.5.1 Tema 1: Refleksjoner om forholdet mellom psykisk lidelse og kroppslige plager

Refleksjoner på begrepet psykiske lidelser og kroppslige plager har en troverdig sammenheng, som kommer til uttrykk som *livsbelastninger* i møtet med pasienten. Og disse livsbelastninger gjør noe med pasientens oppfattelse av egen *identitet*, som til å begynne med er utfordrende men berikende når pasienten får forklart og erfart sammenhengene av levd liv og kroppslige plager. Videre reflekteres det over *diagnosebegrepet*, da de fleste har en diagnose når de møter behandleren, denne kan for mange være forbundet med skam når en ikke kjenner til sammenhenger, andre trenger å få fjernet diagnosen for å komme videre i livet. Dette er alle temaer som virker inn på pasientens kroppssopplevelse i behandlingen.

4.5.2 Tema 2: Hvordan fysioterapeutene oppfatter fenomenet «kroppen husker» i behandling, gjennom en terapeutisk tilnærming.

Samtlige av informantene uttrykte gjennom historier og refleksjoner ifra behandling, at både *berøring, bevegelse, relasjon og kommunikasjon*, bringer fram kroppslige minner hos pasienten, som vi kaller fenomenet «kroppen husker». Og at terapeutens oppmerksomhet og sensitivitet er viktige for at kommunikasjon og relasjon omkring fenomenet kan komme til uttrykk i behandlingen.

4.5.3 Tema 3: Hvilke utfordringer opplever fysioterapeutene når «kroppen husker» i behandling.

Utfordringer fysioterapeuten ser pasientene kan ha i forhold til fenomenet kroppen husker, kan komme til uttrykk som utfordrende når han eller hun for eksempel bruker *medisiner* i behandlingen. Dette sammen med at det som regel er forbundet med *vonde kroppssopplevelser* å skulle gå inn i en behandling som har fokus på kropp, kan også gjøre det vanskelig å bringe fram minner om en traumatisk fortid. Til sist kan det *tverrfaglige samarbeidet* og deres syn på det *biomedisinske/biopsykososiale perspektiv*, gjøre det vanskelig for pasienten, når han/hun

kan få forskjellig informasjon fra behandlerne, som gjør den terapeutiske prosessen utfordrende. Og at fenomenet av den grunn kan oppleves som utfordrende når en ikke er samkjørt i tilnærmingen.

4.5.4 Tema 4: Hva er fysioterapeutenes målsetting når en «nærmer» seg pasienten i behandling.

Samtlige av terapeutene har en felles enighet i at kroppen alltid er i sentrum, enten den kommer til uttrykk gjennom en *psykoedukativ tilnærming* hvor en forklarer verbalt, eller praktisk gjennom håndlag som berøring eller veiledning i bevegelse. En psykoedukativ tilnærming er viktig når kroppen begynner å huske gjennom kraftige reaksjoner som er for overveldende for pasienten til å håndtere, da er årsaksforklaringer betryggende.

Det blir også lagt vekt på å forklare pasienten gjennom bevegelser og berøring og skille mellom hva som kommer av kroppslige reaksjoner *her og nå* og hva som er fortid og se sammenhenger i dette. Det vil si at kroppen husker, men situasjonen ikke er farlig her og nå.

5.0 DISKUSJON

I dette kapittelet viser jeg til de fire temaene med subtemaer jeg har fått fra analysearbeidet belyst i forhold til problemstillingen: *Hvordan forstår erfarne fysioterapeuter fenomenet «kroppen husker» i behandling av psykiske lidelser?* Her viser jeg også til hvordan jeg tolker de ulike subtemaene i forhold til forståelsen av fenomenet «kroppen husker». Videre vil jeg diskutere temaene ved bruk av vitenskapelige tidsskrifter og fagbøker fra teori-/ og resultatkapitlet. Til informasjon angående teori brukt fra resultatkapitlet er det brukt følgende slik; I diskusjon omkring for eksempel tema en (1), vil teori fra samme tema i resultatkapittel bli anvendt også, i tillegg til teori fra teorikapittel. Det samme skjer fortløpende med de tre andre temaene, med unntak. Diskusjonen blir delt opp i fire tema, hvor jeg starter med tema en (1) først.

5.1 Tema.1: Refleksjoner over forholdet mellom psykiske lidelser og kroppslige plager

Jeg oppfattet det slik at det var en klar enighet blant informantene at psykiske lidelser og kroppslige plager har en sammenheng. Og når informantene snakket om dette temaet parallelt med fenomenet «kroppen husker», kunne de fortelle at fenomenet ikke var noe de vanligvis brukte ordrett i behandlingen. Det var mer naturlig å si at kroppen er bærer av en historie, eller et minne som kommer til uttrykk i form av for eksempel smerter, redusert bevegelighet,

anspent pust, ustabil følelsesliv. Med andre ord, som en informant sa så beskrivende i det første subtema: «*Jeg liker ikke snakke om psykisk lidelse, jeg liker å snakke om livets belastninger som uttrykker seg i våre bevegelser, holdning, i pust og i følelseslivet*». Og jeg tolker sitatet dithen at denne sammenhengen mellom livets belastninger som for eksempel traumatiske hendelser og kroppslige plager beskriver fenomenet «kroppen husker» i praksis, ved at den uttrykker psykiske og sosiale belastninger gjennom kroppslige plager. Litteratur som kan bekrefte dette er forfatteren Skårderud et.al (2010) som uttrykker at kroppen kan beskrives som et redskap vi berører, lukter og smaker med, en som vi ser oss omkring i omgivelsene med. Og som vi blir sett og tolket av andre med, hvilket gjør at kroppene våre er både fysiske og mentale, (s.37). Ut ifra dette tolker jeg at vi kan uttrykke våre livserfaringer på godt og vondt i kroppen, og at det er gjennom sansene våre denne erfaringen starter. Noe som forfatteren Gretland, (2007) også uttrykker gjennom sin lesning av litteraturen at kroppen har med seg opplevelser på flere vis, og at hovedbudskapet i erfaringer vi ikke ønsker å snakke om, er at kroppen vil huske det mennesket ikke klarer å uttrykke verbalt, (s.52). Dette får meg til å tenke at det kroppslige fenomenet er både sammensatt og utfordrende å forstå. En annen måte å forstå dette på kan være som forfatteren Skårderud et.al (2010) viser til at gjennom vår biologi har vi følelser som glede, skam, frykt og at disse er med oss fra vår første dag. Men at våre gener avgjør hvorvidt vi er sterke nok eller for sårbare når vi er i møte med disse. Og det er i møte med andre mennesker, at disse følelsene utvikles. Og jo mer trygghet vi erfarer i livet, jo mer robuste er vi mot lidelse sier han, (s. 27-28). Her nevner forfatteren en rekke faktorer som følelser, gener og trygghet som styrer vår sårbarhet i relasjon med andre, som kan beskytte en mot lidelse. Dette forteller meg at fenomenet «kroppen husker» i seg selv kan være intrikat å forstå. Videre tolker jeg forfatteren slik at vår biologi kan være med på å skape både en psykisk lidelse og kroppslige plager, og faktorer som omgivelser som oppvekst og en følelse av trygghet (sosialt og psykologisk) er bidragsfaktorer til å forstå dette fenomenet. Som Skårderud et. al (2010) sier: Kroppen er ikke bare fysisk, den er også involvert i psykiske og sosiale prosesser, hvilket gjør den utfordrende som fenomen å forstå, (s. 370). Ut ifra dette tolker jeg det dithen at det ikke bare er ett perspektiv som kan forklare en kroppslig plage eller lidelse, ei en psykisk lidelse. Eksempler på dette er studier som kan bekrefte sammenhenger mellom sosiale og psykiske faktorer tilknyttet kroppslige plager, som forfatteren Allen et.al (2017), s.1, uttrykker gjennom at konflikter og fiendtlighet i relasjoner i ungdomsårene kan være predisponert for kroppslige endringer i voksen alder, da økning i betennelsesfremmende hormoner. Hvilket også Kirkengen, (2015), s.56, da gjennom en studie av sammenhengen mellom alvorlige sykdommer og fysisk mishandling, vanskjøtsel, seksuelt

misbruk, riktignok andre faktorer, men likevel vanskelige og alvorlige hendelser, at dette øker blant annet betennelsesfremmede hormoner i kroppen. Likeledes viser Kopec og Sayre, (2004) at det er og vist sammenheng mellom multiple traumatiske erfaringer i barndom og risiko for artritt, (s. 361). Og en studie gjort av Sigurdsdottir og Halldorsdottir, (2013) viser at kvinner utsatt for seksuelle overgrep i barndom utvikler multiple fysiske og psykologiske symptomer, kroppslig som for eksempel Fibromyalgi, (s. 422). Det er som vist mange studier som kan bekrefte slike sammenhenger, og den kanskje mest kjente studien er ACE (Adverse Childhood Experience Study) med sine funn som at traumatiske barndomserfaringer ikke bare kan gi psykiske lidelser, men også utvikle fysisk sykdom og tidlig død, (Gretland, 2007, s.75-76). Med dette sagt, vil jeg tilslutt belyse forfatteren Engelsruds (1998) perspektiv på kroppen, som i motsetning til de overnevnte artiklene viser til sosiale og psykologiske perspektivers innvirkninger på biologien og utvikling av kroppslige plager- belyser hun kroppen alene som en meningsbærende enhet. Jeg tolker artikkelen på flere måter, men først og fremst hvor den holder fokus på subjektet i kroppen og på den måten mener jeg kan forklare dette fenomenet kroppen husker i et kroppslig perspektiv alene. Hun viser hovedsakelig til en tredelt kroppslig erfaring, og sier i sin *førstehet*, at begrepet oppmerksomhet er av betydning for denne erfaringen, som er bundet til det autonome nervesystemet og som opptrer før språket, (s.251), og jeg tolker teksten dithen at de autonome reaksjoner er en måte å beskrive en kroppslig erfaring på som uttrykker fenomenet «kroppen husker» på gjennom det autonome nervesystemet, noe som pasienten ikke kan uttrykke med ord. I *andrehet* viser hun til den kroppslige reaksjonen (følelse i kroppen) som oppstår hos pasienten når en møter omgivelsene på, (s.252), hvilket jeg tolker også er en måte å uttrykke «kroppen husker» på. I *tredjehet* knyttes språket, og som forfatteren uttrykker ved å si gjennom et eksempel; La pasienten få lov til å skjelve framfor å forklare hvordan en skal skjelve med kroppen, (s.253). Og jeg tolker dette utsagnet som en måte å la pasienten få komme i kontakt med kroppen på og kanskje vekke minner om noe som en gang var. Jeg velger å tolke Engelsrud sine tre måter å være oppmerksom på kroppen på, kan systematisere fenomenet «kroppen husker» fra et kroppslig perspektiv alene.

Subtema: «Kropp er identitet- jeg er, jeg finnes!» Som en informant sa så metaforisk i forhold til identitet: «*Kroppen blir som et «trafikklys» som kan fortelle noe om hvordan «ting er for meg og hva det gjør med meg»*. Og jeg tolker dette sitatet som en måte å forstå fenomenet «kroppen husker» på. Videre forstår jeg det gjennom forfatteren Gretland, (2007) som uttrykker at kroppen har med seg opplevelser på flere vis, og hovedbudskapet i erfaringer vi

ikke ønsker å snakke om, er at kroppen vil huske det mennesket ikke klarer å uttrykke verbalt, (s.52). Men jeg tolker også at dette ikke gjelder bare negative erfaringer, de kan også være positive, noe som informantene også kunne bekrefte. Ut ifra dette tenker jeg at en uintegrert identitet kan integreres som følge av at kroppen begynner å huske gjennom berøring og bevegelse. Som en informant beskrev: *«har psykiske lidelser kroppslig uttrykk.. det har det, det ser vi jo i spenningsmønsteret, ..det å nærme seg kroppen, gjør noe med følelseslivet...det gjør noe med.. hvem er jeg»*. Ut ifra dette henviser jeg til forfatteren Bunkan(1997) som jeg tolker uttrykker at kropp og identitet henger sammen, ved å si at kroppsbildet vårt er nært tilknyttet med «jeget» og «selvet» og synliggjør på den måten det mentale bildet vi har av egen kropp. Og hvor forfatteren argumenterer for at et godt kroppsbilde er en forutsetning for å ha god kontakt med seg selv og andre, (s. 143). Og at utrygge relasjoner og traume på den andre siden kan føre til lidelse, (Skårderud et al.2010, s.28). Ut i fra dette tenker jeg at det vil være både utfordrende og positivt for pasienten å komme til en behandling hvor kroppen er i fokus. Med tanke på at en på den ene siden har plager i kroppen som en kanskje ikke forstår, men på den andre siden kan behandlingen vekke gode minner eller skape gode erfaringer som forteller hvem jeg er gjennom et forløp av vonde og gode kroppsoplevelser.

Apropos dette med utrygge relasjoner, uttrykker Hart og Schwarts (2009) gjennom et psykologisk perspektiv, at tilknytningen mellom barn og omsorgsperson er avgjørende for barnets personlighet, og mener at opplevelser i barndommen spiller en viktig rolle i om barnet utvikler en psykisk lidelse, (s. 94). Og jeg tolker det dithen at personlighet er en stor del av barnets identitet, og derfor viktig å ta høyde for når en jobber med mennesker som har hatt traumatiske opplevelser da de var barn- da identiteten kan være uintegrert i voksen alder. Videre tilføyer jeg og tolker forfatteren Solvangs (2003) uttrykk gjennom et intervju og lesning av litteratur, at kropp og identitet henger sammen, (s.21-22) Hun uttrykker dette gjennom et samfunn som stadig er i endring på godt og vondt, hvor de unge prøver å finne sin egen vei gjennom kroppssmykking, utdanning m.m. og dette påvirker vår identitet og vår evne til å ha kontroll på livet vårt. I motsetning til at kroppen kan oppfattes som kontrollerbar. Et eksempel er via en spiseforstyrrelse, som blir et kroppslig uttrykk for noe en ikke mestrer i livet sitt, og som jeg tolker er en måte å forstå fenomenet «kroppen husker» på, fordi spiseforstyrrelsen blir et kroppslig uttrykk for en vond opplevelse.

Videre uttrykker Axelsen og Wessel (2006) at minnene våre er nøye koblet til begrepet identitet, og at identiteten utgjør blant annet hva vi erindrer og hvordan vi tyder våre opplevelser på, (s. 60). Og sett i forhold til kroppen, tolkning av forfatterens utsagn om den

logiske sammenheng mellom identitet, minner og opplevelse, vil jeg anta at det er både givende og utfordrende for pasienten å forholde seg til fenomenet «kroppen husker» i behandling. Givende fordi pasienten kan utforske sansene sine gjennom bevegelse og berøring, for så å vekke eller skape nye minner som kan fremme en erfaring av hvem jeg er, min identitet. Utfordrende fordi pasienten må gå inn i et forløp av vonde minner som vekkes ved å ha fokus på en kropp som en har brukt mye tid på å holde avstand til. Hvorav jeg tenker er en viktig vei å gå for pasienten for å lære mer om seg selv og det som har vært undertrykt i form av kroppslige plager. Bilateralt til dette er et mål i fysikalsk behandling i psykisk helsearbeid å fremme en stabil identitetsopplevelse, (Gretland,2007, s. 89).

Diagnose- «en måte å reagere på»: Følgende sitat fra informant tolker jeg kan bidra til å forstå fenomenet «kroppen husker» på; (...) *«en måte hjernen reagerer på, litt desperat fordi du har hatt en vanskelig oppvekst og kontinuerlig blir utsatt for det som ikke er bra for kroppen...mange føler en lettelse når de slipper å tenke på at diagnose er noe jeg har, men en måte å reagere på»*. Årseth og Johannessen (2013) bekrefter noe av dette når de uttrykker at når en diagnose settes, så er dette gjort av den enkelte terapeuts syn og forståelse av pasientens lidelse, hvilket bidrar til en objektivisering av pasientens følelser og tanker. Diagnosen blir med ett assosiert til pasientens identitet og selvilde, hvilket igjen kan fremme en passivitet og mindre aktiv deltaker i eget liv, (Ibid. s. 26). På bakgrunn av dette tolker jeg at diagnose blir med andre ord noe en har, og mindre fokus på at det er en måte å uttrykke seg på, som sitatet beskriver. I forhold til dette sitatet syns jeg at forfatteren Gretland, (2007) bidrar til å inkludere betydningen av at diagnose er mer enn en liste symptomer men en måte å reagere på. Dette gjør hun ved at hun forteller om de mange pasienter som kommer til fysikalsk behandling, og hvor de som oftest ikke er syk ut ifra biomedisinske kriterier. Hun mener vi må prøve å finne måter å forstå deres liv og reaksjoner på en sånn måte at det gir mening for pasienten. Og stille spørsmål til hvorfor pasienten fjerner seg fra kroppen, ikke har ord for egne opplevelser, har uforklarlige symptomer som brystmerter, magesmerter, (s. 13). Hun forklarer at vanskelige livshendelser fortrenses ved at en tilslutt utvikler uhensiktsmessige måter å bruke kroppen på som resulterer i plager fra muskel og skjelettapparatet, (Ibid., s.101). Videre uttrykker også Madsen (2017) at diagnosesystemet blir oppfattet i mer eller mindre grad som en gruppering av symptom og adferd hvor en ikke tar høyde for det intrikate livet utenfor pasienten, (s. 32). Jeg velger å tolke ut i fra Gretlands refleksjoner og Madsens utsagn og informantenes erfaringer omkring diagnose, at dette kan bli forstått i lys av fenomenet «kroppen husker» på, ved at en må begynne å ta høyde for det

komplekse livet bakenfor symptomene til pasienten, og at diagnose bør bestå av mer enn en rekke fysiske/psykiske symptomer. På den andre siden kan disse symptomene også beskrives som et uttrykk for at «kroppen husker» noe som er vanskelig.

5.2 Tema 2: Hvordan fysioterapeutene oppfatter fenomenet «kroppen husker i behandling, gjennom en terapeutisk tilnærming

Her viser jeg til subtema: Berøring- «vi husker gjennom ulike sanseinntrykk» og Bevegelse- «hvordan livet kommer til uttrykk gjennom bevegelse og skaper liv», som er to behandlingstiltak informantene oppfattet fenomenet oppstod igjennom. Og som en informant uttrykte så beskrivende; «*Vi husker gjennom sanseinntrykk*». Og her velger jeg å tolke det forfatteren Rothshild (2004) uttrykker så beskrivende, synes jeg, på dette sitatet, at livserfaringer og hukommelse starter med sanseinntrykk, og at gjennom sansene våre får vi beskjed om hvordan tilstanden er både inni og utenpå kroppen vår, bevisst og ubevisst, (s. 63). Videre uttrykker forfatteren Jackobsen (2006) gjennom sin lesning av litteraturen at minner fra et traume kan aktiveres av alle sansene våre og gi smerter og kroppslige spenninger som kommer fra traumet den gang og måten kroppen reagerte da, (s. 43). Hvilket jeg tolker bekrefter at «kroppen husker» gjennom sanseinntrykk. Videre tolker jeg også Bunkans,(1997) uttrykk at berøring i behandling ikke bare demper smerter, men kan også sette pasienten i kontakt med dype følelser, (s. 14), hvilket jeg tolker er en måte å forstå fenomenet på ved at følelser tilknyttet et minne vekkes ved berøring. Et relevant eksempel (sitat) i forhold til dette, som en informant uttrykte i forbindelse med dette fenomenet, var i en pasientbehandling. Pasienten hadde vært hos en terapeut,» *hun ble undersøkt, og når fysioterapeuten bøyde hoften hennes og kjente på passiv bevegelse i hoften, evnen til å slippe, så opplevde hun det som voldtekt. Hun skjønnte at det ikke foregikk en voldtekt, men i hennes kropp kjentes det som dette*». Dette tolker jeg dithen illustrerer beskrivende hvordan «kroppen husker» gjennom berøring og bevegelse. Når det er sagt tenker jeg også å gå et skritt videre i tolkningen av dette fenomenet ved å henvise til forfatteren Engelsrud (1998) hvor hun viser til en «tredelt erfaring i den levende kropp». Hun viser til begreper som oppmerksomhet og tillit som viktige begreper å skape i øyeblikket med pasienten. Da oppmerksomhet blant annet er knyttet til det autonome nervesystemet, som trer i kraft før det verbale språket, (s.251). Gretland, (2007) forklarer at det autonome nervesystemet er en del av kroppen, og aktiveres ofte etter traumatiske erfaringer, symptomer på dette kan være endret pust, uregelmessig hjerterytme, fordi pasienten blir stresset av noe som virker som en trussel, (s.74). Jeg velger å tolke disse utspillene fra begge forfatterne slik: hvis en ikke er oppmerksom på det som skjer ved

berøring og bevegelse, ei anerkjenner disse kroppslige signalene som endret pust m.m., mister en viktige tegn som bekrefter at «kroppen husker». Engelsrud beskriver også disse begreper som viktige i behandlingen:.. «*varhet, stillhet*» som betydningsfulle og kan bidra til å skape kommunikasjon, (s. 251). Kommunikasjon i behandlingen er tredje del av denne tredelte erfaringen, hvor forfatteren uttrykker at i stedet for å forklare for mye, så la pasienten for eksempel erfare «skjelving» gjennom å bruke kroppen, (s.253). Jeg tolker ut ifra dette at oppmerksomhet, varhet, stillhet, la pasienten får erfare gjennom å bruke kroppen i stedet for å forklare hvordan, er alle begreper som er viktige for å legge til rette for at fenomenet «kroppen husker» skal komme til uttrykk.

Subtema: Kommunikasjon- «løfte fram pasienten og forståelse av det kroppslige perspektiv», og Relasjon- «røntgenøyne og grensesetting» tenker jeg følgende: Først i forhold til kommunikasjon og dets tilknytning til fenomenet «kroppen husker», viser jeg til et sitat fra informantene som jeg synes var beskrivende i forhold til å forstå denne sammenhengen, (..) ..«*pasienten får selv lov å fortelle, se på problemsstillingen, på det som plager og sette det i et system.. se en forbindelseslinje mellom problemene som de har i kroppen, via kroppen og den erfaringen som ligger der og det de har opplevd*». Her tolker jeg at det er betydningsfullt for pasienten når en kan se en forbindelseslinje mellom en traumatisk opplevelse og kroppslige plager som oppstår som en følge av dette, og videre se dette i sammenheng med at «kroppen husker». Det vil si at «kroppen husker» en tid da pasienten måtte «ta seg sammen» i kroppen fordi det som skjedde i livet den gang var så vanskelig å håndtere. «Å ta seg sammen», som Bunkan (1997) uttrykker i forhold til når vi er i en ubehagelig situasjon og vi spenner oss, pusten blir holdt og blir værende i oss etter opplevelsen er over, i stedet for å slippe opp på spenningen og vi utvikler muskelspenninger, (s. 188-189). Hvorav jeg tolker at muskelspenninger kan være et kroppslig uttrykk for at «kroppen husker» en vond opplevelse.

I tilknytning til kommunikasjon uttrykker Gretland, (2007) at mange pasienter med psykiske lidelser har utfordringer med å skape kontakt og snakke med andre, slik at relasjonsaspektet i forhold til det å kommunisere, blir viktig for de som jobber i psykiatrien, når de skal snakke med pasienter, (s. 183). Da tenker jeg at det er viktig at helsepersonell er oppmerksom på dette for å skape tillit, slik som forfatteren Engelsrud, (1998) forklarer at terapeuten må være, er oppmerksom på kroppslige signaler som at pasienten for eksempel trekker seg unna ved berøring, og hvis en ikke registrerer dette, kan det skape et tillitsbrudd, (s. 251). Videre viser det seg, ifølge Gretland at det som synes å være viktigst i relasjonen mellom pasient og

helsearbeider er ikke nødvendigvis det terapeutiske, men det at vi viser at vi bryr oss om hverandre og anerkjenner den andre, da kan det kroppslige aspektet lettere finne sted, (s.183). Videre som en informant sa: ..» *noen ganger så sier pasienten at dette går helt fint og så kan jeg lure på om jeg er helt sikker på sånn som jeg ser det kroppslige uttrykket..»* i forhold til dette viser Thornquist, (1998) til at forholdet mellom verbal og kroppslig kommunikasjon kan være utfordrende. Imidlertid sier hun at via kroppen uttrykker vi et budskap, enten vi vil eller ikke. I motsetning til det verbale, hvor vi kan for det meste velge selv hva vi vil og ikke vil si. Hun sier videre at språket har en dobbeltfunksjon, hvor den for eksempel kan avdekke og tilsløre, men det er straks vanskeligere å gjøre det samme med kroppen, (s.146). Og jeg velger å tolke det at selv om kroppen er avslørende, så var det flere av informantene som til tider opplevde det utfordrende å tolke kroppsspråket til pasienten. Jeg velger å tolke dette som intrikat, da det å forstå fenomenet «kroppen husker» også kan forstås gjennom det språklig i samsvar med det kroppslige uttrykket. Videre uttrykker Thornquist, (1998) relasjonsaspektet slik: «*Som mennesker kommuniserer vi ikke bare et saksforhold, vi kommuniserer også hvem vi skal være for hverandre*», (s. 24). Og jeg tenker at begrepet kommunikasjon og relasjon er to begreper som er avhengig av hverandre. Fordi i en relasjonen skaper vi alltid en form for kommunikasjon enten det er verbalt eller gjennom kroppsspråk. Videre forteller forfatteren Benum, (2006) gjennom sin lesning av litteraturen at: «*Psykisk helse er nær forbundet med trygg tilknytning*», (s. 22). Og jeg tolker tilknytning som en relasjon mellom to eller flere. Er tilknytningen til for eksempel tidligere omsorgspersoner blitt traumatisert på grunn av omsorgssvikt o.l., ser en at disse menneskene kommer med omfattende psykiske og fysiske belastningslidelser, (Ibid.,s.22-23). Ut ifra det som uttrykkes av samtlige forfattere under disse to subtemaer, så forstår jeg det slik at det er viktig at terapeuten i relasjon med pasienten er: Oppmerksom, sensitiv og anerkjennende i både verbal og kroppslig kommunikasjon, slik at fenomenet «kroppen husker» kan komme til uttrykk i behandlingen.

5.3 Tema 3: Hvilke utfordringer opplever fysioterapeutene når «kroppen husker» i behandling

Subtema: Medikamentbruk- «persepsjonsevne. Jeg tar utgangspunkt i et sitat jeg oppfatter som beskrivende for dette fenomenet: (..) «*de (leger og psykologer) må velge riktig behandling, og du kan si at hvis du får medikamenter for å roe ned stemmene, så er ikke det, det som på en måte hjelper i det lange løp. Det som hjelper er å få fram disse minnene, eller kroppen husker og få de plassert.* Jeg tolker ut ifra dette at medikamentbruk i forhold til å forstå fenomenet «kroppen husker» på kan være med på å begrense muligheten til at pasienten får kontakt med kroppen og de minnene kroppen bærer på når persepsjonsevnen påvirkes av

medisiner. Hvilket følgende forfattere som Gretland (2007) bekrefter at medisiner har en påvirkningskraft på persepsjonsevne og kan redusere denne evnen, (s.82). Og parallelt uttrykker Kolstad, (2004) gjennom sin lesning at den nevrobiologiske vinklingen i psykiatrien øker bruken av medikamenter, og i stedet for å se på den store sammenhengen hvor sosiale relasjoner med sine tanker og følelser oppstår, selv om disse er forstyrret for pasienten, blir disse sett på som unormale, og vi retter opp disse abnormaliteter med medisinsk behandling, (s. 18).

Subtema: Vonde kroppsopplevelser- «sorg, skam og sinne»; Som informantene blant annet uttrykte: *«Utfordringen kan jo være hvis pasienten ikke har lyst til å gå inn i det, dette må diskuteres med pasienten når vi kommer dit at kroppen begynner å huske», diskutere hva pasientens målsetting er*. Eller som en annen informant uttrykte: *«fordi minner er vonde å romme, så blir den på en måte borte- det blir jo lagret i hjernen, men som informasjon en ikke har tilgang til...vi begynner å jobbe kroppslig, minner dukker opp.. bruddstykker av erindringer kan komme ut som en følelse*». Ut ifra disse sitater tolker jeg at vonde kroppsopplevelser er en utfordring for pasienten, og at kroppsopplevelser kan sees som et resultat av flere prosesser og som forfatteren Skårderud et al. (2010) uttrykker: at kroppen er delaktig i flere prosesser, sosialt og psykisk, (s.370). Og at kroppen er til for å skape erfaringer og til å forstå med, og vi får et forhold til andre gjennom kroppen, og på det viset skapes mentale erfaringer, (s.371). Og som Axelsen og Wessel (2006) gjennom sin lesning av litteraturen uttrykker at innkodingen av minner skjer ikke på vanlig vis hos den traumatiserte, og dette vil påvirke forståelsen av språk og fornemmelsen av sanseinntrykk reduseres. Pasienten vil ikke få en normal mening knyttet til opplevelsen, hvilket gjør at den blir lagret som en assosiasjon, (s.63). Og jeg tolker forfatterens utsagn dithen at dette gjør at de vonde kroppsopplevelsene blir vanskelig å forholde seg til når kroppen begynner å huske, siden pasienten bare får en assosiasjon, ved for eksempel berøring eller bevegelse, men klarer ikke å sette mening til opplevelsen. Dette blir for pasienten som forfatterne Kirkengen og Næss (2015) uttrykker, at det å oppleve krenkelse, som jeg tenker er en vond kroppsopplevelse, så foreligger det nå gode bevis på at det er en sammenheng mellom den opplevde hjelpeløshet pasienten ofte uttrykker, den opplevde og uttrykte smerten og angsten pasienten uttrykker, (s. 15). Videre uttrykker Bunkan (1997) at smerte er en psykisk erfaring, men oppleves vanligvis som fysisk. Og hun uttrykker gjennom sin lesning av litteraturen at fantasier eller emosjoner vi før hadde knyttet til andre kan bli knyttet til kroppen ved tap av noen vi er glade i, og frykt for kroppen kan bidra til at pasienten ikke vil ha noe med kroppen å gjøre, pasienten kan

oppleve at kroppen blir følelsesløs eller nummen, (s. 107). Samtidig uttrykker hun at personer som har erfart vold i barndommen virker å miste evnen til følsomhet i kroppen, (s.108).

Ut ifra forfatterens utsagn, tolker jeg det dithen at vonde kroppsopplevelser sett i forhold til fenomenet «kroppen husker», er ekstra vanskelig å forholde seg til i behandling, da pasienten som regel har brukt mye tid på å holde avstand til kroppen. Og vonde kroppsopplevelser tolker jeg blir en måte å forstå fenomenet «kroppen husker» på når disse vonde opplevelsene vekkes ved for eksempel berøring, bevegelse.

Subtema tre og fire: Tverrfaglighet- kunnskap, og biomedisinsk og biopsykososialt perspektiv. Alle informantene hadde et samarbeid med andre fagpersoner, det være seg i team eller kun en psykolog. Og det dukket opp noen utfordringer i forhold til begge subtemaene og jeg viser til noen utdrag fra sitater som beskriver noen utfordringer: 1.(...) *«så har jeg opplevd samarbeid med psykolog som ikke forstår hverandre, jobber annerledes»*. (...) 2. *«Jeg kan få til et samarbeid noen ganger»*. 3. *«Jeg liker best å jobbe med psykologer eller leger som kjenner til det å jobbe med å se sammenhenger mellom symptomer, reaksjonsmønstre, og det som har skjedd i livet»*. (...) 4. *«jeg opplevde at pasienten ble forvirret fordi psykologen sa en ting og jeg noe annet»*. Jeg tolker disse sitater som at informantene hadde både gode og mindre gode samarbeid med andre fagpersoner. Og at det var viktig for de at de andre i det tverrfaglige teamet kunne se sammenhenger i pasientens problemstilling gjennom et levd liv, symptomer og måter å reagere på. Jeg tolker også at sitatene viser at det biomedisinske perspektivet fortsatt står sterkt forankret i fagutøvelsen hos mange profesjoner ennå. Og i forhold til tverrfaglighet, uttrykker forfatteren Skårderud et al. (2010) at mennesker med psykiske lidelser har som regel sammensatte plager, og at det derav kreves profesjoner med ulik kompetanse, (s. 85). Videre uttrykker han gjennom sin lesning av litteraturen at målsettingen med det tverrfaglige ikke nødvendigvis er det samme som å jobbe sammen, men å kunne utvikle ny kunnskap som den enkelte sakkyndige alene ikke kan utvikle. Da det er hovedsakelig i en relasjon med andre vi skaper kunnskap, (s. 57). Forfatterens utsagn forteller meg at dette er en målsetting, men informantene opplevde at det til tider var utfordrende å jobbe med profesjoner som ikke forsto fysioterapeutens innfallsvinkel. Og at dette også kunne påvirke pasienten fordi han fikk ulik informasjon. Ut ifra informantenes erfaringer, undrer jeg meg over hvordan vi skal kunne skape ny kunnskap om vi ikke våger å se lenger enn vår egen kompetanse. Dette basert på mine tolkninger av informantenes sitater som vist her og i resultatkapitlet på dette subtemaet.

Videre i forhold til informantenes erfaringer om at det fortsatt eksisterte en biomedisinsk forankret forståelse blant deres samarbeidspartnere, viser jeg til Gretland (2007) som uttrykker gjennom sin lesning av litteraturen at psykiatrien lenge har vært preget av den biomedisinske innfallsvinkelen. Og at kroppen og dets plager er blitt plassert under begreper som psykosomatiske sykdommer eller somatisering, som støtter opp under dualismen at kropp og sjel er fenomener som er uavhengige, (s. 19). Hennes litteratur bekrefter noe av informantenes opplevelser og jeg tenker at det vil kunne skape konflikter mellom profesjoner når den biomedisinske tilnærmingen fortsatt er sterkt tilstede i det relasjonelle. Og ser en disse utfordringene i forhold til forståelsen av fenomenet «kroppen husker», tolker jeg at fenomenet kan ha sine utfordringer på både samfunns-/og individnivå. Individnivå med tanke på tverrfaglighet og samtaler rundt behandlingsforløpet for pasienten, når noen i et team har en tydelig biomedisinsk forankret forståelse til pasientens problemstilling, og av den grunn skaper utfordringer til forståelsen av fenomenet. Samfunnsnivå, da tenker jeg som Thornquist,(1998) uttrykker: Ser en på dagens ordning av helsetjenesten, ser en den gjerne i en somatisk og i en psykiatrisk innstilling. Hvilket kan fortelle hvordan vi mennesker tenker om individet som splittet - i soma og psyke, (s. 37).

I forhold til dette med at kropp og sinn er litt komplekst sammenvevd, så viser det seg at det eksisterer en institusjon som har en helhetlig tilnærming til mennesket, det heter Liaison- et tilbud i psykisk helsearbeid, på en somatisk barne -og ungdomsklinikk hvor de har som mål å ivareta hele mennesket i et biopsykososialt perspektiv, (Roy og Larsen 2014, s. 253). Hvor man ser at barn og ungdom med depresjon og angst har som regel kronisk hodepine, magesmerter, (Ibid.,s.255). Dette er et tilbud som har som mål å ha et tett samarbeid med ulike fagpersoner, åpen dialog med familie og barn, hvor målet er å få en helhetlig forståelse av mennesket, og som forfatterne uttrykker metaforisk: «Helsetjenesten bør lytte med to ører», (Ibid., s.253). Ut ifra dette tenker jeg, ettersom ordningen av helsevesenet er delt opp i soma og psyke, og hvordan vi som fagpersoner med ulike tilnærminger og meninger, vil dette ha sine konsekvenser på forståelsen av fenomenet «kroppen husker» i tverrfaglighet.

5.4 Tema 4: Hva er fysioterapeutenes målsetting når en «nærmer» seg pasienten i behandling

Subtema: Psykoedukative tilnærming, og hvordan dette kan knyttes til forståelsen av fenomenet «kroppen husker». Jeg viser til et sitat fra informantene: *Mennesker med traume som seksuelle overgrep, fysisk vold, bare det å ta på en slik pasient i liggende stilling kan være nok til å overvelde vedkommende, da kan en psykoedukativ tilnærming, hvor en forklarer de om reaksjoner og se sammenhenger mellom plagene i kroppen og kanskje ting i*

hverdagen som har gjort de dysregulert, overveldet, være bra». For å forstå dette henviser jeg til forfatterne Skårderud et al. (2010) og Bøe og Thomassen (2007) som jeg begge tolker har en felles forståelse for å gjøre pasienten mer aktiv i eget liv. Førstnevnte forfatter forklarer at: «I det psykoedukative arbeidet forsøker en å løfte pasienten og pårørende fra en passiv mottaker av behandling, til å bli aktive bidragsyttere», (s. 177). Sistnevnte forfattere, sier blant annet at psykisk helsearbeid har flere målsettinger for pasienten, men å få pasienten til å prøve å forstå sine utfordringer med den psykiske lidelse i møte med emner som ensomhet, lengsel m.m. er viktige, (s. 19). Jeg tolker forfatternes måter å uttrykke psykoedukativ tilnærming sett i forhold til forståelsen av «kroppen husker» på denne måten; Når et menneske kan få delta aktivt i sitt eget liv ved å få mer kunnskap om det som skjer med egen kropp og knytte dette til tanker og følelser og levd liv, kan dette være med på å ikke gjøre det kroppslige aspektet i fysisk behandling så utfordrende, som når kroppen begynner å huske. Slik som forfatteren Rothscild,(2004) uttrykker, at et av flere mål i behandlingen bør være å få pasienten til å få en forståelse for sine kroppslige sanseinntrykk, (s.69). Hvilket jeg tolker er betydningsfullt for pasienten når han kan sette kroppslige sanseinntrykk i sammenheng med for eksempel en vanskelig oppvekst og på den måten får en forståelse av hva fenomenet «kroppen» husker betyr.

Subtema: Å være i kroppen som utgangspunkt for «her og nå»: Jeg viser til et sitat fra en informant, før jeg viser til hvordan dette tema kan forstås ift fenomenet «kroppen husker». *«Jeg kan først og fremst hjelpe pasienten til å få et forhold til det å være i sin egen kropp. Som noe helt grunnleggende i livet. (...) ikke i forhold til begrepet kroppen husker..forholdet til det å komme inn i kroppen sin her og nå. (...) få en tydning av psykiske reaksjoner i forhold til hva.. her og nå. Hva er det som er erindringer.. kroppslige erindringer fra noe som engang har skjedd, (..) hva hører nåtiden til. Det tror jeg er kjempenyttig for mange, den oppklaringen der». Og få en bedre sortering, i forhold til hva: «Ja det kjenner jeg nå!, men det henger ikke sammen med det som er farlig nå, det var farlig da. Og det har jeg en kroppslig reaksjon på fortsatt. Her påpekes betydningen av å få pasienten til å sanse og sette sammen kroppslige minner på hva som tilhører fortid og hva som er nåtid, og sette dette i sammenheng med f.eks. psykiske reaksjoner. Dette kan selvsagt være utfordrende, fordi, som forfatteren Gretland, (2007) viser til når hun uttrykker at pasienter med psykiske lidelser kan oppleves som uklare, har angst, overveldet av emosjoner, utfordringer til å koordinere tanker og igjen forholde seg til disse, (s.93). På bakgrunn av denne litteraturen tolker jeg at det å skulle holde fokus på kroppen her og nå, hvor kroppen i utgangspunktet kan være vanskelig å*

forholde seg til, vil jeg anta at det er utfordrende. Da tenker jeg at er det viktig at fysioterapeuten prøver å skape noe til felles med pasienten, som Gretland uttrykker, og samtidig holder kontakten med pasienten underveis i behandlingen slik at det ikke blir så vanskelig å forholde seg til øyeblikket. Hun uttrykker videre at ord som «tilstedeværelse, innlevelse og deltakelse» er viktige begreper her, (Ibid.s. 91). Og jeg tolker at disse begreper vil kunne bidra til at pasienten kan være til stede «her og nå», og for at fenomenet «kroppen husker» kan komme til uttrykk.

6.0 AVSLUTNING- betydning av studien

Hensikten med studien har vært å bidra til å utforske et godt kjent, men mindre systematisk belyst fenomen i psykiske helsearbeid. Og formålet med studien har vært å få kunnskap om hvordan erfarne fysioterapeuter forstår fenomenet «kroppen husker» i behandling av psykiske lidelser, gjennom kvalitative intervjuer. Etter datainnsamling, ga analysearbeidet meg fire tema med henholdsvis tre, fire, fire og to subtema.

I lys av aktuell teori har jeg vist fra en fysioterapeuts ståsted hvordan en prøver å forstå dette fenomenet «kroppen husker» på. Studien har vist til flere interessante sider ved fenomenet, som at fysioterapi har et rommelig potensiale til å få fram glemte minner gjennom berøring og bevegelse, kommunikasjon og relasjon, hvorav kommunikasjon også ble brukt til en psykoedukativ tilnærming til pasienten. Disse sidene ved fenomenet er de subtemaer oppgaven har resultert i. Og som jeg tenker har terapeutiske konsekvenser som er verdt å se betydningen av for å forstå fenomenet på både et samfunns-/individnivå. Og som jeg mener vil være av viktighet for ikke bare fysioterapeuten å ha kunnskap om, men for alle som jobber med mennesker med psykiske lidelser i psykisk helsearbeid, inkludert pårørende.

I forhold til forskning videre ser jeg at fenomenet i litteraturen belyses fra et nevrobiologisk/somatisk perspektiv, og via sosiale og psykologiske faktorer og dets sammenheng med kroppslige plager, for å forstå fenomenet. Hvilket ble av informantene forstått som «livsbelastninger», når de så på forholdet mellom kroppslige plager og psykiske lidelser og at disse hadde en klar sammenheng. Videre så de på «kroppen husker» som et hverdagslig fenomen hvor de ikke brukte dette ordrett i behandlingen.

På bakgrunn av hva jeg har lest i litteratur, bør det kanskje forskes mer på kroppen alene som en meningsbærende enhet når en skal prøve å forstå fenomenet, både i forhold til å fremme det kroppslige samspillet og for å fremme fysioterapi i psykisk helsearbeid. På den andre siden belyser også forståelsen av dette fenomenet at det er nødvendig med flere perspektiver, sett i lys av at det å jobbe med mennesker som har psykiske lidelser som regel har sammensatte plager, og krever en sammensatt tilnærming til fenomenet. Videre belyser denne oppgaven utfordringer på samfunnsnivå i forhold til det biomedisinske perspektivet, som store deler av vårt helsevesen er organisert i, da vi har enheter som skiller mellom soma og psyke, som jeg mener kan ha en innvirkning på forståelsen av dette fenomenet i tverrfaglig sammenheng. Andre fenomener som dukket opp var diagnosebegrepet som gjennom århundre har vært i mer eller mindre utvikling, men som fortsatt er preget av en biologisk forankring og

tar lite høyde for det komplekse livet bakenfor symptomene til pasienten. Studien viser også til at medikamenter som har vært og fortsatt er en stor del av behandlingsregimet i psykisk helsearbeid, har det sine utfordringer i forhold til persepsjonsevne. Og ettersom mange med psykiske lidelser har utfordringer i følelseslivet og konsentrasjon og bærer på mange vonde kroppsopplevelser, kunne det være utfordrende å forholde seg til «her og nå» som er en måte å få pasienten til å holde oppmerksomheten til det som skjer i kroppen i øyeblikket. Videre knyttet informantene identitet til kropp og resultatet i den kroppslige behandlingen var en integrert identitet. Og ettersom mange pasienter strever med dette, kan betydningen av fysioterapi som tiltak i behandling av psykiske lidelser være viktig i søken etter en identitet. Tilslutt vil jeg si at studien har med sine flere tema skapt undring rundt dette fenomenet, og jeg sitter igjen med mange tanker om hva som er mer betydningsfullt enn noe annet, men oppsummert vil jeg trekke fram disse temaer å forske videre på: Medikamentbruk, fordi det er hyppig brukt i behandling av psykiske lidelser og det bringer med seg utfordringer i forhold til hvor god kontakt med kroppen den enkelte får. Diagnosebegrepet som per i dag er så biologisk forankret og ikke tar særlig høyde for det komplekse menneskelivet bakenfor lidelsen. Som igjen bringer meg til temaet det biomedisinske perspektivet, hvor det hadde vært interessant å utforske hvor sterkt forankret dette er blant våre tverrfaglige kollegaer. Da det ser ut til at den målsettingen jeg tenker tverrfaglighet burde ha, altså skape en ny felles viten, er utfordrende når flere av informantene opplevde utfordringer fra de andre i forståelse for det kroppslige uttrykket.

7.0 LITTERATURLISTE

Allen, J., Loeb, L.E., Tan, S.J., Narr, K.R. & Uchino, N.B. (2017). *The body remembers: Adolescent conflict struggles predict adult interleukin-6 levels*. Development and Psychopathology, 1-11. Cambridges University Press. DOI: 10.1017/S0954579417001754.

Anstorp, T. & Benum, K. (red). (2014). *Traumebehandling- komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Universitetsforlaget.

Axelsen, ED & Wessel,E.(2006). Den traumatiserte hukommelse. Hvordan fungerer hukommelsen ved senvirkninger etter traumer? I Anstorp,T., Benum, K.& Jakobsen, M. (red), *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*. (s. 60-72). Oslo: Universitetsforlaget.

Benum, K (2006). Når tilknytningen blir traumatisert. En psykologisk forståelse av relasjonstraumer og dissosiasjon. I Anstorp, Benum,K & Jakobsen,M.(red), *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*. (s. 22-42). Oslo: Universitetsforlaget

Bowlby,J.(2011). Tilknytning, tilknytningsmønstre og organisering av tilknytningserfaringer. I Hartz, S. & Schwartz, R. (red), *Fra interaksjon til relasjon*. (s.63-98). Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore & Fonagy. Gyldendal akademiske.

Bunkan, B.H. (1997). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde. Ressursorientert kroppsundersøkelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bøe, T. D & Thomassen, A., (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bøe, T. D & Thomassen, A., (2017). *Psykisk helsearbeid- Å skape rom for hverandre*. Oslo. Universitetsforlaget.

Engelsrud, G. (1998). *Kroppen som kunnskap og mulighet*. (s. 247-268).

Fenomen-Store leksikon (2018, 20. februar). Hentet fra <https://snl.no/fenomen>.

Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen- Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Jakobsen, M.(2006). Kroppen husker. Nevrobiologisk kunnskap om traumetilstander. I Anstorp,T., Benum, K.& Jakobsen, M.(red), *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*. (s. 43-59). Oslo: Universitetsforlaget.

Kirkeengen, A.L. & Næss, A.B. (2015). *Hvordan krenkende barn blir syke voksne*. 3. Utgave. Universitetsforlaget.

Kolstad, A. (2004). Psykisk helsearbeid- fra forskning til praksis, eller omvendt? Universitetsforlaget. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*. Vol.1. Nr.1.: 13-25.

Kopec, J.A. & Sayre, E.C.(2004). *Traumatic experiences in childhood and the risk of Arthritis*. A prospectiv chort study. Canadian Journal of public Health; sep/oct. 2004;95,5:361-365.

Kvåle, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utgave. Gyldendal Akademisk.

Madsen, J.O. (2017). Diagnosenes makt over sinnene: refleksjoner om diagnoser og diagnosekritikkens mangler. Universitetsforlaget. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol 14. Nr.1.:25-41. DOI:10.18261/issn.1504-3010-2017-01-04.

Malterud, K.(2017). *Kvalitativ forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utgave. Universitetsforlaget.

NSD- Personverntjenester:

http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/informere_om.html.

Rothschild,B.(2004). *Kroppen husker. Om krop og psyke i traumebehandling*. Dansk udgave-forlaget Klim.

Roy, V.B & Larsen, S.H. (2014). «Når kroppen sladrer, bør helsetjenesten lytte med to ører». Universitetsforlaget. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, Vol.11, Nr. 3.: 253-263.

Sigurdardottir, S. & Halldorsdottir, S. (2013). *Repressed and silent suffering: Consequences of childhood sexual abuse for women's health and wellbeing*. Scandinavian journal of caring sciences (SCAND J CARING SCI), Jun; 27(2): 422-432.

Skårderud, F., Haugsund, S & Stanicke, E. (2010). *Psykiatriboken, Sinn-kropp-samfunn*. Gyldendal Akademiske.

Solvang, H.(2003). *Kropp, identitet og tilhørighet*. Fysioterapeuten, Årg.70, nr. 6, (s. 21-23).

Stern, D., (2011). Spedbarns tilknytning i en intersubjektiv verden. I Hart, S & Schwartz, R. (Red). *Fra interaksjon til relasjon*. Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore & Fonagy. (s.101-152). Gyldendal Akademiske.

Thornquist, E. (1998). *Klinikk, kommunikasjon, informasjon*. Ad Notam- Gyldendal Akademisk.

Thornquist, E.(2015). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Fagbokforlaget.

Årseth, L.A & Johannessen, B. (2013). Opplevelsen av å få og leve med en psykiatrisk diagnose. Universitetsforlaget. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid Vol. 10. Nr. 1.:25-33*.

KROPPEN HUSKER

Livet setter spor.
Kroppen forteller om
opplevelser vi kan ha glemt.

Visste du at fysioterapeuter kjenner
sammenhengen mellom følelser og kroppens reaksjoner?
Vi deler gjerne denne kunnskapen med deg.



NFFs faggruppe for psykiatrisk
og psykosomatisk fysioterapi

Fysioterapi – en naturlig del av psykisk helsevern

*Bilde tatt fra et venteværelse hos fysioterapeut.

8.0 VEDLEGG

Vedlegg 1: Informasjonsskriv/Samtykkeskjema-fysioterapeut

Informasjonsskriv/samtykkeskjema- fysioterapeut

Forespørsel om å delta i et dybdeintervju i forbindelse med masteroppgave i Helsefag, studieretning Psykisk helsearbeid.

Mitt navn er Christine Gården Thistel. Jeg er utdannet fysioterapeut med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. Jeg er for tiden mastergradsstudent i Helsefag, studieretning psykisk helsearbeid ved NTNU i Trondheim. Jeg er i gang med den avsluttende masteroppgaven, som skal være ferdig våren 2018.

Temaet for oppgaven er «Kroppen i psykisk helsearbeid». Problemstillingen er: Hvordan forstår erfarne fysioterapeuter om fenomenet «kroppen husker» i behandling av psykiske lidelser? Prosjektet vil bli utført av undertegnede under veiledning av Sissel Alsaker, førsteamanuensis, PhD, ved NTNU.

Formålet med studien er å belyse når berøring og bevegelse bringer frem glemte minner i fysikalsk behandling. Problemstillingen som søkes belyst er hvordan erfarne fysioterapeuter, innen psykomotoriske fysioterapi og psykisk helsearbeid erfarer dette i behandling. Med det mener jeg hvordan de oppfatter når «kroppen husker» og hvordan de forholder seg til dette i behandling av pasienter med psykiske lidelser.

Hensikten er å bidra til å utforske et godt kjent, men mindre systematisk belyst fenomen i psykiatrien.

Jeg arbeider til daglig med denne pasientgruppen i privat sektor, og det er først som psykomotorisk fysioterapeut at jeg har fått en bredere innsikt i hvor viktig den erfarende kroppen er i behandling. Psykiske lidelser er ofte relatert til kroppslige plager som for eksempel utbredte muskelsmerter, utbrenthet, fibromyalgi, lidelser som ikke har en patologisk forklaring, men en sammensatt biopsykososial forklaring. Dette er pasienter som kan dra nytte av å erfare kroppen via berøring og øvelser som kan gi andre kroppsopplevelser enn smerter, stivhet, rastløshet, og kanskje en mestringsfølelse hvor pasienten opplever et positivt eierforhold til kroppen.

Jeg henvender meg til deg som fysioterapeut og spør om du vil delta i dette forskningsprosjektet. Grunnet oppgavens størrelse er utvalget begrenset til fire fysioterapeuter. Jeg ønsker å intervjuje både psykomotoriske fysioterapeuter og andre fysioterapeuter som jobber med psykisk helsearbeid.

Jeg ønsker å gjøre fire individuelle intervju av erfarne fysioterapeuter.

Inklusjonskriterier

- Fysioterapeuten skal ha videreutdanning/master i psykomotorisk fysioterapi eller psykisk helsearbeid, eller har erfaring fra psykisk helsearbeid.
- Fysioterapeuten skal ha minimum fem år som psykomotorisk fysioterapeut/erfaring med psykisk helsearbeid.
- Pasienten i historien må ha evne til å opprette kontakt med kroppen, samt sette ord på kroppslig erfaring.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent 1,5-2 timer, og vi blir sammen enige om tid og sted. Jeg vil på forhånd informere deg om at navn, alder, kjønn, diagnose, evt spesielle hendelser utelates ved intervjuet.

Det er frivillig å være med i studien, og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data fra deg bli slettet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen Juni 2018. Resultatene av oppgaven vil bli presentert i masteroppgaven min.

Dersom du har lyst til å være med i intervjuet, ber jeg deg skrive under på den vedlagte samtykkeerklæringen, og sende den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på tlf: 97666430 eller sende e-post til: Christine252@msn.com. Du kan også kontakte min veileder Sissel Alsaker ved NTNU i Trondheim. Tlf: 73412268 E-post: sissel.alsaker@ntnu.no

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Jeg ønsker å være med i studien, underskrift:

.....

Send til: Christine Gården Thistel

Vedlegg 2: Intervjuguide- fysioterapeut

Intervjuguide- fysioterapeut

Til den fysioterapeut det måtte gjelde:

Jeg ønsker at du skal være så tydelig som mulig i din forklaring, slik at andre enn fysioterapeuten også kan forstå dine valg av både begrep og uttrykk.

Tema: Kroppen i psykisk helsearbeid.

Problemstilling: Hvordan forstår erfarne fysioterapeuter fenomenet «kroppen husker» i behandling av psykiske lidelser?

Spørsmål til den fysioterapeuten det måtte gjelde:

A:

Åpningsspørsmål:

- Hvor lenge har du jobbet som psykomotorisk fysioterapeut/ med psykisk helsearbeid?
- Hvor ble du utdannet? Og når?
- Hvor jobber du og hvilken jobberfaring har du?
- Når kom interessen for PMF/psykisk helsearbeid?
- Hva er det beste med å være psykomotorisk fysioterapeut/fysioterapeut?

B:

Kan du si litt om begrepet psykisk lidelse?

- Hvordan forstår du begrepet psykisk lidelse?
- Er det en sammenheng mellom psykiske lidelser og kroppslige plager? Og kan du gi noen eksempler?
- Hva legger du i første omgang vekt på når du anvender psykomotorisk fysioterapi/fysioterapi hos pasienter som har psykiske lidelser?
- Hvor mye fokus får den psykiske lidelsen ved behandlingsstart?

C: Fenomenet «Kroppen husker» blir brukt mye i psykomotorisk fysioterapi, og har også etter hvert blitt et kjent uttrykk i psykiatrien, er dette kjent for deg som ikke jobber som

psykomotorisk fysioterapeut? Og hva tenker du om dette i jobben som fysioterapeut? Kan du si litt om dine erfaringer på dette området ved å gi et eller flere eksempler?

- Og hvordan var pasientens evne til kontakt med seg selv; egen kropp, egne følelser og tanker da dere møttes første gang? Vil du si at dette har endret seg nå og kan du si noe om dette?
- Hvilken behandlingstilnærming hadde du for denne pasienten?
- Hvordan registrer du det som skjer, når kroppen husker?
- Hvordan oppfatter du at kroppen forteller deg noe?
- Hva gjør det med deg når du registrer dette?
- Hvordan følger du opp det kroppen forteller deg?
- Hva tenker du/syns du at du som fysioterapeut kan bidra med «når kroppen husker «fremkommer? Har du noen kliniske eksempler?

D: Hva tenker du er utfordringen for pasienter som opplever glemte minner via kroppen?

- Hvordan forholder du deg til det i behandling?
- Kan kroppen framtre som kilde til opplevelse av egen styrke (ressurs) hos pasienten i forbindelse med behandlingen? I så fall på hvilken måte? Har du noen kliniske eksempler?

E: Er det en sammenheng mellom begrepet kroppsopplevelse og fenomenet «kroppen husker»? Og kan du utdype dette og gi noen eksempler?

- Hvordan forstår du begrepet kroppsopplevelse?
- Og hva tenker du om å definere en kroppsopplevelse som god eller dårlig? Og hva ligger i det, sett i et behandlingsperspektiv for pasienter med psykiske lidelser? (Sett i forhold til inngripende og stabiliserende behandling)
- Og hva er hensikten med å fokusere på kroppsopplevelse i behandlingen?
- Er det for eksempel omstendigheter som gjør at du velger å ikke ha (for mye) fokus på kroppsopplevelse?

F: Vesensforskjellen fra annen behandling i psykisk helsearbeid, der en oftest sitter og snakker og lytter, så har fysioterapeuten kroppen som utgangspunkt i samhandling med pasienten, hva er dine tanker om samtalens plass i behandling?

- Hvordan vil du forklare samtalens plass i behandlingen?
- Hva legger du vekt på i samtalen?
- Hva er utgangspunktet for innhold i samtalen?
- Hvordan foregår samtalene? (Kroppslig samhandling (berøring, øvelser, muntlig veiledning som avspenning etc.?)
- Hender det at timen kun blir samtale, og hva tenker du rundt dette? Og hvilke vurderinger ligger bak en slik beslutning?

G: Som terapeut anvender du en del faguttrykk, hvordan bruker du disse i behandlingen? Kan du gi noen eksempler.

H: Hvordan er det tverrfaglige samarbeidet rundt pasientene du behandler?

- Oppfatter du at andre fagpersoner har forståelse for begrepet «kroppen husker» i behandlingen av psykiske lidelser? Kan du si litt om dette?
- Hvilken erfaring har du med å henvise til psykolog eller andre instanser? Si litt om dette.

I: Hva tenker du om det biomedisinske perspektivet kontra det biopsykososiale perspektivet, har vi kommet lengere i behandling av pasienter med psykiske lidelser enn før? Kan du si litt om dette?

Avslutningsspørsmål:

- Hvordan syns du intervjuet gikk?
- Er det noe du vil tillegge som ikke kom fram i intervjuet?

Takk for at du deltok, jeg setter pris på at du stilte opp og ville dele din kunnskap med meg.



Sissel Alsaker

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 01.09.2017

Vår ref: 55062 / 3 / LH

Deres dato:

Deres ref:

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.07.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

55062

Kroppen i psykisk helsearbeid

Problemstilling: Hvordan forstår erfarne fysioterapeuter med fenomenet «kroppen husker» i behandling av psykiske lidelser?

Behandlingsansvarlig

NTNU, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig

Sissel Alsaker

Student

Christine Gården Thistel

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

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget [skjema](#). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en [offentlig database](#).

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 03.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

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

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Lise Aasen Haveraaen

Kontaktperson: Lise Aasen Haveraaen tlf: 55 58 21 19 / Lise.Haveraaen@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Christine Gården Thistel, Christine252@msn.com



INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men kontaktopplysninger til både student og veileder må tilføyes.

TAUSHETSPLIKT

Fysioterapeuter har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men at også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, tid, diagnose og eventuelle spesielle hendelser. Vi ber om dere opplyser informantene om dette i forkant av intervjuene.

INFORMASJONSSIKKERHET

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

PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektlutt er 03.12.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

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

