

MASTEROPPGAVE
Masterstudium i Psykisk helsearbeid- deltid
Mai 2019

**Kroppserfaringer og kroppskunnskap
i behandling av kroniske muskelsmerter**

**Embodied experiences and embodied knowledge
in treatment of chronic muscle pain**

Kajal Rai Ohri

OSLOMET

OsloMet – storbyuniversitetet

**Fakultet for helsevitenskap
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid**

Forord

SMERTE

Å endre sitt perspektiv fra pasient til person,
å få kunnskap og verktøy,
hjelp til å bli sin egen **MESTER**,
å bli kjent med seg selv
å utforske sin potensiale
hjelp til å **MESTRE** sin hverdag,
å se livet i sammenheng
mening, håp, erkjennelser og innsikt
i tillegg til sin SMERTE.

(Dikt av Kajal Rai Ohri; Anagram av SMERTE)

Takk til informantene som bidro med sin verdifulle kunnskap og ga sin tid til denne oppgaven. Takk til veileder som rettet meg med sitt konstruktive og kritiske blikk. Takk til min sønn Arav, familie, venner og kollegaer for deres tålmodighet og støtte gjennom denne prosessen med oppgaveskriving. Jeg vil takke alle pasienter som har motivert meg til å søke kunnskap, forstå og tenke bredere.

Sammendrag

Hensikt: Å undersøke og gi innblikk i terapeuters forståelse og praktiske erfaringer med behandling av kroniske muskelsmerter pasienter.

Problemstillingen: Hvordan forstår fastleger og norske psykomotoriske fysioterapeuter (NPMF terapeuter) pasienter med kroniske muskelsmerter, og hvilke erfaringer har de med behandling av denne pasientgruppen?

Design: Kvalitativ studie der jeg undersøker to faggrupper og deres syn på behandling av pasientgruppen, og sammenligner deres erfaringer og synspunkter.

Utvalg: Tre NPMF terapeuter (en mannlig og to kvinnelige) og tre fastleger (en mannlig og to kvinnelige).

Metode: Informantene ble strategisk utvalgt og dybdeintervjuet med semistrukturert intervjuguide. Datamateriale er analysert ved hjelp av innholdsanalyse beskrevet av Ann Kristin Larsen. Fasene i denne analysen har gått ut på at teksten kodes, deretter klassifiseres kodene i kategorier, for så å sortere datamaterialet etter disse kategoriene. Til slutt har meningsfulle mønstre og sammenhenger blitt identifisert og vurdert i forhold til eksisterende forskning og teorier.

Resultater: Disse mønstrene ble identifisert: «Kroniske muskelsmerter er ofte uttrykk for noe bakenforliggende», «Å se sammenhengene mellom symptomer og historien- det gir mening», «Å skape håp og mulighet for endring», «Meningsdannelse- å synliggjøre kroppen som en meningsbærende enhet».

Konklusjon: Funnene viser at terapeutene (begge grupper) hadde en holistisk forståelse som de mente bidro til anerkjennelse av pasientens symptomer, og pasienten følelsen av å bli «sett» og ivaretatt. Resultatene viste at dette skapte rom for dialog, samspill, muliggjorde det å komme inn på vanskelig tema, og endring. Det å fremme kroppserfaringer (embodied experiences) og kroppskunnskap (embodied knowledge) bidro ifølge NPMF terapeutene til at pasienten ble bedre kjent med seg selv, fikk innsikt i egen smerteforståelse og bidro til endring i en behandlingsprosess. Analysen viste at bevisstgjøring av sammenhenger mellom livsbelastninger og kropp ovenfor pasientene styrket pasientens «sense of coherence» (SOC), virket meningsdannende og styrkende for pasienten.

Nøkkelord

«Kroniske muskelsmerter», «Medisinsk uforklarte plager og symptomer», «Psykomotorisk fysioterapi», «Fastlege», «Fenomenologi», «Kroppserfaring», «Kroppskunnskap»

Abstract

Aim: To examine and give insight into therapists' understanding and practical experiences with treatment of chronic muscle pain patients.

Research question: How do general practitioners (GPs) and Norwegian psychomotor physiotherapists (NPMPs) understand patients with chronic muscular pain, and what are their experiences with treatment of this patient group?

Design: Qualitative research, in which two professional groups are examined and their views and experiences on treatment of this patient group are compared.

Selection: Three NPMPs (one male, two females), and three GPs (one male, two females).

Method: The informers were strategically selected, and depth interviewed with semi-structured interview guide. Data material was analysed according to content analysis as Ann Kristin Larsen describes it. The procedures of this analysis contain coding of the description, classifying the codes in categories, and then sort out the data material in accordance to these categories. At end, meaningful patterns and contexts are identified and considered in accordance to the existing studies and theories.

Results: Following patterns were identified: "Chronic muscle pain is often expressions of underlying causes", "To see the context between symptoms and patient history- is meaningful", "To create hope and possibility for change", "Meaning making- to highlight the Body as a meaningful unit".

Conclusions: The findings show that the therapists (both groups) had a holistic understanding of their patients which they thought contributed to acknowledgement of patients' symptoms, gave the patients the feeling of "being seen" and taken care of. The results showed that this created room for dialogue, interaction, made it possible to address difficult topics, and change in terms of improving health. According to NPMPs to encourage "embodied experiences" and "embodied knowledge" contributed to better self-knowledge, insight and understanding of their pain, and change in the treatment processes. The analysis showed that providing consciousness about the contexts between life burdens and the Body, strengthened the patients' "sense of coherence" (SOC), and was meaningful and empowering for the patients.

Key words: “Chronic muscle pain”, “Medically unexplained symptoms”, “Psychomotor physiotherapy”, “General practitioner”, “Phenomenology”, “Embodied experiences” and “Embodied knowledge”.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	9
1.1 Presentasjon av tema	9
1.2 Valg av tema	11
1.3 Problemstilling	13
1.4 Noen perspektiver på problemstillingen	13
1.5 Tidligere forskning	15
1.6 Hensikten med oppgaven	18
1.7 Etiske vurderinger	19
2.0 Det teoretiske perspektivet	20
2.1 Smerte	20
2.1.1 Kronisk smerte og kronisk muskelsmerte	20
2.1.2 Sammensatte årsaksforhold og faktorer som bidrar til at akutte smerter blir kroniske	21
2.1.3.1 Psykologiske forhold	22
2.1.3.2 Langvarig stress og smerterespons	23
2.2 Forståelsesmodeller	24
2.2.1 Dualismen (kartesiansk dualisme) og den biomedisinske modellen	24
2.2.2 Biopsykososiale modell	25
2.2.3 Maurice Merleau Ponty kroppsfenomenologi	26
2.2.4 «Sense of coherence»- opplevelse av sammenhenger og empowerment- styrking	26
2.3 Å leve med kroniske smerter- fra et kroppsfenomenologisk blikk- fremmedgjøring av kroppen	27
2.4 Behandlingsmetoder	28
2.4.1 Legevitenskapen (medisin), smertebehandling og fastlegeordningen	28
2.4.2 Kognitiv terapi og kognitiv atferdsterapi	29
2.4.3 Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF)	29
2.5 «Embodiment», «embodied knowing»/«kroppskunnskaping» og kroppsbevissthet	31
2.6 Pasient-terapeut kontakt	35
3.0 Metode	37
3.1 Litteratursøk	37
3.2 Forskningsmetode	37
3.3 Intervjuguiden	38
3.4 Utvalget	38

3.5	Analysen	40
3.5.1	Innsamling av datamaterialet	40
3.5.2	Intervjueffekt.....	41
3.5.3	Valg av analysemetode.....	41
3.5.3.1	Å kode teksten	42
3.5.3.2	Klassifisering av kodene i kategorier	42
4.0	Resultat	44
4.1	Å identifisere meningsfulle mønstre og sammenhenger	44
4.2	Kroniske muskelsmerter er ofte uttrykk for noe bakenforliggende.....	44
4.3	Å se sammenhengene mellom symptomer og historien- det gir mening	46
4.4	Å skape håp og mulighet for endring.....	49
4.5	Meningsdannelse- å synliggjøre kroppen som en meningsbærende enhet.....	52
5.0	Drøfting	55
5.1	Fra dualistisk til dialektisk forståelse	55
5.2	Kropp og psyke- en enhet	58
5.3	«Veldig sjeldent smerte uten funn».....	61
5.4	Kroppen som kilde til kunnskap- kroppsperspektivet.....	62
5.5	Det trygge behandlingsrommet	65
6.0	Avslutning	66
7.0	Litteraturliste	68
8.0	Vedlegg	83

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Rundt 30% av Norges befolkning plages av daglige smerter (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006). Kronisk muskel- og skjelettsmerte er blant den vanligste typen kronisk smerte. Ifølge Malterud (2010) utgjør kroniske muskel- og skjelettsmerter et betydelig folkehelseproblem, og kan føre til funksjonssvikt med langtidssykmelding og uførhet. I 2013 kom Nav med en rapport om betydelig økning i sykemeldinger på bakgrunn av diffuse helseplager (Brage, Nossen & Thune, 2013). Samme året la Muskel og skjelett Tiåret (MST) v/Formidlingsenheten for muskel og skjelettlidelser (FORMI) frem rapporten «Et muskel- og skjelettregnskap 2013», som viste at medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) kostet samfunnet mellom 69-73 milliarder kroner i 2009, nesten doblet siden forrige rapport i 2004 (Lærum et al, 2013).

Kroniske muskelsmerter som blant annet uspesifikke rygg- og nakkesmerter, hodepine, diffuse og generaliserte muskelsmerter, og behandling av denne type smerteproblematikk, er hovedfokuset i oppgaven. Disse plagene kommer inn under kategorien medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) og er blant de vanligste årsakene til at folk oppsøker fastlegen (Aamland, 2015), og psykomotorisk fysioterapi (Breitve, Hynninen & Kvåle, 2008). Grunnen til at disse plagene og symptomene omtales uspesifikke er fordi årsakssammenhengen ikke kan forklares ut fra en patologisk tilstand, med utgangspunkt i en biomedisinsk referanseramme. Det er mangel på objektive funn ved klinisk medisinske undersøkelser som for eksempel bildediagnostikk og blodprøver, som tilsier at deres plager er av «ukjent» eller sammensatt karakter. Kroniske muskelsmerter kan opptre sammen med andre symptomer som angst og depresjon, tristhet, søvnevansker, tretthet (fatigue), ubehag fra mage, respirasjon, genitalier, og subjektive konsentrasjons- og hukommelsesbesvær (Breitve et al, 2008; Conradi, 2008). I tillegg er avhengigheten for vanedannende medisiner stor (Folkehelseinstituttet, 2018). Når smerten ikke går over og varer over tid, kan den oppleves som trussel for menneskelig liv og eksistens (Nortvedt, 2015). Smertene kan forandre livskvaliteten, gi funksjonssvikt og true både identiteten og integriteten (Ojala et al, 2015, Conradi, 2008), forholdet til seg selv og omgivelsene (Breitve et al, 2008; Turk, Swanson & Tunks, 2008). Grunnet de multifaktorielle dimensjonene ved kroniske muskelsmerter, der biologiske, kognitive, affektive og sosiale komponenter må tas høyde for, er det en stor

klinisk utfordring å møte og behandle disse pasientene (Østerås, 2012; Bystad, Lunde & Solhaug, 2015). Kroniske muskelsmerter utfordrer den biomedisinske modellen. Det krever en forståelse som tar i betraktning multifaktorielle og eksistensielle årsakssammenhenger.

Moderne teknologi og utvikling av flere avanserte smertebehandlingsmetoder har bidratt til lenger levetid i befolkningen, og mennesker lever lenger med sine plager (Heggdal, 2003). Flere forfattere tar opp det paradoksale ved at den kroniske smerteforekomsten øker parallelt med at smerteforskningen gjør fremskritt, og at kroniske muskelsmerter fremdeles er et vanskelig fenomen å forstå (Knardahl, 2001; Ojala et al, 2015). Enda et paradoks er at selv med økt vitenskapelig kunnskap og empiri vises det til manglende faglig/metodisk kunnskap om kroniske smerter, sammensatte lidelser, og hvordan helsevesenets separate organisering av somatiske og psykiske helsetjenester ikke tar høyde for pasientens behov (Knardahl, 2001; Conradi, 2008). Knardahl (2001) skriver i sin artikkel «Kroniske smerter- gjør vi alt galt» hvordan helsepersonell bidrar til å utvikle plagene hos pasienten ved usikkerhet, ved irrelevant informasjon, ved sine forventninger og oppfatninger om årsaker. Heggdal (2003, s.243) beskriver hvordan tankegangen i helsevesenet bygger på den kartesianske dualismen der kroppen betraktes som objekt, og selvet/subjektet fremstår adskilt fra objektet. Med andre ord er det fysiske og psykiske betraktet som adskilt fra hverandre. Det dualistiske perspektivet har preget den vestlige verden både innen filosofi og vitenskap (Heggdal, 2003).

Legevitenskapen og fysioterapien som har det teoretiske grunnlaget for fagutøvelse forankret i blant annet naturvitenskapelig kunnskap, er preget av denne tenkningen. Både fastleger og fysioterapeuter kan oppleve å komme til kort i møte med smerter av «ukjent opphav» der fravær av forklarende patologi gjør det vanskelig å forankre tiltak i evidensbasert kunnskap, og behandlingen har ofte usikker eller kortvarig effekt (Busvold & Bondevik, 2015). I slike tilfeller kan interaksjonen mellom terapeut og pasient bli problematisk og pasienten kan få stempelet «vanskelig» eller oppleve mistillit eller avvisning fra helsevesenet (Steihaug, Ahlsen & Malterud, 2002). Med den biomedisinske forståelsen i grunn, kan det tenkes at hvis det ikke er en fysisk årsak så må det være en psykisk årsak. Pasienten som er ute etter en kroppslig årsak til plagene kan lett bli krenket og mistenksomme når det anlegges en psykologisk innfallsvinkel (Conradi, 2008). I et intervju beskriver legen Aase Aamland hvordan flere av «MUPS» pasientene satte seg motvillig ned i stolen og kunne bare si: «tro meg, det er virkelig ikke noe galt med hodet mitt, jeg har bare veldig vondt i kroppen» (Skogheim, 2017). Helseminister Bent Høie sier i en tale/et innlegg at mange pasienter med

langvarig smerte og utmattelseslidelser med uklar årsak, har opplevd møtet med helsetjenesten som en kamp om å få diagnose og behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Knardahl (2001) er tydelig i sin mening om at fagfolk og helsevesenet mangler en forståelse på at kropp og psyke henger sammen, i møte med den kroniske smertepasienten.

Samtidig møter Knardahl på kritikk fra Steihaug og Claussen (2002) i artikkelen «Kroniske smerter- vi gjør ikke alt galt», der de mener at allmennpraktikere har betydelig erfaring med at «kroppen» og «livet» henger sammen. «Denne kliniske kunnskapen er uunnværlig i møte med mennesker med smerter» (Steihaug & Claussen, 2002, s.218). Med tiden har fokuset endret seg fra å tenke biomedisinsk til en mer psykologisk dreining i tenke- og forklaringsmåter ved kroniske smertetilstander. I dag er det bred enighet om at kronisk smerteatferd skal forstås ut fra en biopsykososial modell (Engel, 1977; Waddell, 2004). Den biopsykososiale modellen danner grunnlaget for flere holistiske forklaringsmodeller, og ulike multidisiplinære behandlinger i helsetjenesten.

Min oppfatning fra min kliniske hverdag som psykomotorisk fysioterapeut er at fysioterapeuter generelt har en biopsykososial forståelse av den kroniske muskelsmerter pasienten, og flere terapeuter utvider forståelsen ved å ta videreutdanning innen kognitiv terapi. Allikevel opplever jeg at mangelen på «objektive funn» og vansker med diagnosesetting er fortsatt en utfordring og grunnlag for frustrasjon i helsevesenet og for pasienter. Manglende forståelse av at kropp og psyke henger sammen, manglende forståelse av «kroppen» som meningsbærer og smerten som eksistensiell, er fenomener som jeg daglig møter blant fagfolk, pasienter og andre instanser. Det kan virke som at det fortsatt er en lang vei å gå når det gjelder implementering av teoretisk kunnskap i praksis og bygge en felles forståelse på tvers av ulike fagmiljøer og instanser i møte med denne pasientgruppen.

1.2 Valg av tema

Tematikken behandling av kroniske muskelsmerter engasjerer meg fordi jeg daglig møter denne pasientgruppen i min kliniske praksis. Jeg interesserte meg tidlig for «kroniske smerter» og har gjennom tre utdanninger som fysioterapeut, osteopat og psykomotorisk fysioterapeut, strevd med å forstå hvordan å best mulig tilnærme og behandle mennesker med kroniske muskelsmerter. I min kliniske hverdag synes jeg det er utfordrende å forklare pasientens smertetilstand til blant annet NAV og forsikringsselskaper som stadig etter min

erfaring baserer sine vurderinger på biomedisinske forklaringsmodeller. På lik linje med pasienten synes jeg det er frustrerende at pasienten får avslag fordi deres smerter tolkes som «psykosomatiske» og dermed ikke betraktes som relevante i en årsakssammenheng. Erfaringsmessig ser jeg at pasienten blir helsemessig dårligere av å bli møtt med slik manglende forståelse for sine smerter. I slike tilfeller kan behovet for å bevise at smerten er «fysisk» bli viktig for mange pasienter. Jeg stiller meg spørrende til om de forståelsesmodellene vi har i dag er tilstrekkelige nok til å forstå og hjelpe mennesker med kroniske muskelsmerter. I oppgaven har jeg sett på hvordan enkelte faggrupper som fastleger og psykomotoriske fysioterapeuter forstår og behandler kroniske muskelsmerter.

Kroniske muskelsmerter er et stort felt, og mange elementer ved behandling er både interessante og aktuelle å ta for seg. Det ligger utenfor denne oppgavens rammer å gå inn på spesifikke behandlingsmetoder i detalj. Jeg er derimot interessert i terapeutenes perspektiver, grunnleggende tankemodell og forståelsesrammer som hjelper dem i deres tilnærming til denne pasientgruppen. Hvordan tenker de, og hvordan anvender de kunnskapen sin for å forstå, møte og behandle pasienten? Hva utfordrer eller motiverer til endring/bedring? I oppgaven har jeg intervjuet fastleger og psykomotoriske terapeuter og sammenlignet deres erfaringer. Jeg danner meg en forståelse av hvordan terapeutene forstår og behandler mennesker med kroniske muskelsmerter, og om det er fellesnevnerer eller ulike synspunkter.

Master i psykisk helsearbeid og forskning, har gjort meg mer bevisst at vår faglige utøvelse formes av hvilke vitenskapelige retninger den får sin inspirasjon fra. Å få et fugleperspektiv, å se hvilke tankemodeller ens viten og læren er bygget på, er et perspektiv jeg var lite bevisst før jeg tok master i psykisk helsearbeid- utdanningen. Å få et begrep om hvilke makt den vitenskapelige historien har og hvordan den har farget mitt blikk i en behandlingssituasjon, har gitt meg større klarhet i min rolle som terapeut og en mening i min kliniske hverdag. Denne utviklingen har bidratt til at jeg med denne oppgaven har større interesse for å ta tak i forståelsesgrunnlaget til terapeutene og diskutere det. Som psykomotorisk fysioterapeut anvender jeg kunnskap forankret i naturvitenskapen, samfunnsvitenskap og humanvitenskapen. Det var kroppsfenomenologien som ga meg en utvidet forståelse av fenomenet kroniske muskelsmerter. Jeg fikk en opplevelse av at jeg endret min tolkning av smerte fra å være et symptomatisk tegn på en potensiell diagnose til å bli et kroppslig,

språklig og relasjonelt uttrykk av menneskets livshistorie, tidligere erindringer, minner og opplevelser med smerte. Det endret min kliniske tilnærming til denne pasientgruppen. Dette motiverte meg til å høre om andre terapeuters erfaringer om hvordan de møter denne pasientgruppen med deres forståelse og behandlingstiltak, deres tanker omkring hvilke elementer ved interaksjonen som fører til en eventuell endring i en behandlingsprosess og hvordan de beskriver den kroniske muskelsmerte pasienten. Spørsmålene er formulert i en problemstilling og fire forskningsspørsmål. Problemstillingen danner grunnlaget for den teoretiske referanserammen, valg av metode, og hvilke resultater jeg vektlegger og diskuterer. Å velge to forskjellige helseprofesjoner gir meg muligheten til å sammenligne deres tenkning og erfaringer og diskutere dette videre i diskusjonskapittelet.

1.3 Problemstilling

Hvordan forstår fastleger og norske psykomotoriske fysioterapeuter (NPMF terapeuter) pasienter med kroniske muskelsmerter, og hvilke erfaringer har de med behandling av denne pasientgruppen?

Forskningsspørsmål:

- Hvordan beskriver fastleger og NPMF terapeuter pasienter med kroniske muskelsmerter?
- Hvilke erfaringer har fastleger og NPMF terapeuter i behandling av kroniske muskelsmerte pasienter, og hva beskriver de som utfordrende ved behandlingen?
- Hvilke erfaringer har fastleger og NPMF terapeuter med hva som motiverer pasienten til endring/bedring i en behandlingsprosess?
- Hvilke tanker har fastleger og NPMF terapeuter om endring/bedring i en behandlingsprosess?

1.4 Noen perspektiver på problemstillingen

Dragesund og Øien (2018) skriver at det er få studier som har utforsket hvilke elementer ved interaksjonen mellom terapeut og pasient som fasiliteter behandlingsprosessen og utfallet. I

oppgaven har jeg sett på hvilke elementer ved interaksjonen som er eventuelt utfordrende for behandling, hva som motiverer og fører til endring/bedring i behandlingsprosessen. Studien til Dragesund og Øien (2018) indikerer at det er et behov for mer forskning på profesjonell kunnskap i NPMF i ulike kliniske miljøer. Også forfatterne Ekerholt, Schau, Mathismoen og Bergland (2014) etterlyser ekspertkunnskap i NPMF. Ekerholt og Bergland (2018) påpeker at det kun er en studie, og viser til Ekerholt et al (2014), som fokuserer på ekspertenes refleksjoner på deres pasienters opplevelser av NPMF behandling. Etter mitt kjennskap finnes det ingen andre studier som har sammenlignet NPMF terapeuters erfaringer med fastlegers erfaringer når det gjelder behandling av kroniske muskelsmertepasienter.

Den biomedisinske forklaringsmodellen betrakter kroppen som et objekt som er observerbart og målbart. Kirkengen og Thornquist (2012) mener det er uetisk å betrakte den levende kroppen som et objekt, og påpeker at den biomedisinske modellen er upassende når det gjelder å anerkjenne den levende kroppen som en meningsbærende enhet med sin levde historie og erfaringer, relasjonelle forhold og sosiokulturelle aspekter tatt i betraktning. Nortvedt (2015, s.180) påpeker at selv om «smerte er et fenomen som berører vesentlig sider ved vår eksistens, så er likevel hoveddelen av internasjonal smerteforskning ensidig biomedisinsk orientert». Med dette mener han at utgangspunktet er empirisk og fokuset er å få mer kunnskap om molekylærbiologiske-, nevrofysiologiske- og hjerneprosesser, og ikke smerte som den kroppslige erfaringen til et konkret subjekt (Nortvedt, 2008, 2015).

Modeller som betrakter mennesket i dets subjektive form har de siste årene kommet som svar på oppgjøret med den kartesianske tankegangen (dualismen). De siste 20 årene er det lagt større vekt på psykososiale faktorer spesielt i tilfeller med kroniske og sammensatte problemstillinger. Biopsykososiale modell, kognitiv terapi og kognitiv atferdsterapi, tverrfaglige forklaringsmodeller som psyko-neuroendokrino-immunologi, og teorier som inkluderer nevrovitenskap, genetikk og epigenetikk (Kirkengen & Thornquist, 2012), polyvagale teori (Porges, 2009) er eksempler på forståelsesmodeller og teorier som er blitt etablert de siste årene. Utvidede forståelsesrammer tar hensyn til og inkluderer det multifaktorielle og «komplekse» ved kroniske muskelsmerter, og bidrar til helhetlig forståelse og tilnærming i behandling. Helsebegrepet framstår i dag, gjennom blant annet Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) (Helsedirektoratet, 2018), som et flerdimensjonalt begrep som tar for seg biologiske, psykologiske og sosiale faktorer.

Kirkengen og Thornquist (2012) savner en epistemologi og ontologi ved forståelsesmodeller som er preget av etiske vurderinger. Ontologi er det filosofiske studiet av hva som mest grunnleggende sett finnes (Bøhn, 2018). «Fra et ontologisk utgangspunkt er smerte det som trer fram i bevisstheten som en kroppslig erfaring av å ha vondt» (Nortvedt, 2015, s. 180). Nortvedt (2015) stiller spørsmålet «kan smerte defineres» og beskriver at smerte ikke kun er et empirisk fenomen men også har en ontologisk side som er lite belyst. Her kan den franske fenomenologen og filosofen Maurice Merleau-Ponty bidra med en utvidet smerteforståelse (Merleau-Ponty, 2012). Smerten erfares av et menneske som befinner seg innenfor en horisont av kultur og mening (Nortvedt, 2015). Dette former og preger menneskets erfaring av verden samtidig som verden også alltid preger smerteerfaringen i et gjensidig samspill (Nortvedt, 2015). Merleau-Pontys kroppsfenomenologi beskriver hvordan kroppen, som er både objekt og subjekt, gir oss tilgang til verden, og er kilden for erfaring og uttrykk. «Det at mennesket er et fortolkende og kroppslig erfarende subjekt, er et viktig utgangspunkt når vi skal forstå og hjelpe personer som har smerte» (Nortvedt, 2015, s.183). I oppgaven fremhever jeg teoretisk den ontologiske siden ved smerte for å forstå smerte i et annet lys enn det empiriske, biomedisinske og biomekaniske. Jeg har presentert studier og forskere som bygger sin viten blant annet på Merleau-Pontys kroppsfenomenologi. Kroppserfaringen og kroppskunnskapen får bredere fokus i oppgaven.

1.5 Tidligere forskning

Det finnes mange kvalitative studier om kroniske smerter (Lundqvist, 2014). En stor britisk metaanalyse omfattet 77 kvalitative studier om kroniske muskel- og skjelettsmerter (49 artikler) og om fibromyalgi (28 artikler). De fleste artiklene var europeiske, en god del var blant annet fra Skandinavia (Toye et al, 2013).

Metaanalysen (Toye et al, 2013) viser at mange opplever kroniske smerter som en kamp for å gjenvinne egen identitet og legitimitet. Deres livssituasjon er ofte en konflikt mellom dem selv, omverdenen og helsetjenesten. Forfatterne presenterer en forståelsesmodell for hvordan man kan bevege seg fra å være fastlåst i denne konflikten til å komme seg videre med smerten. Modellen innebærer blant annet å omdefinere normalitet og seg selv i relasjon til andre og at man aksepterer at det ikke finnes noen helbredende behandling for smerten. Metaanalysen gir ny informasjon

som er vesentlig for å forstå pasienter med kroniske smerter og for å hjelpe dem til bedre mestring, særlig der det ikke finnes noen effektiv behandling mot smerten (Lundqvist, 2014, s. 286).

Professor i allmenntillegisin og forsker Kirsti Malterud (2010) beskriver at nyere forskning gir god innsikt i hvordan kroppslige og mentale prosesser og livsbelastninger er tett sammenvevet med hverandre. Selv om plagene oppfattes som uforklarte, betyr det ikke at de ikke kan forklares.

Kroniske muskelsmerter kan forstås i lys av samspillet mellom kropp, sjel og livsbetingelser. Det er lite å vinne på å lete etter enkle årsaksforklaringer og entydige funn. I stedet bør vi stimulere til mestring og bidra til å bryte onde sirkler som vedlikeholder symptomene (Malterud, 2010, s. 2356).

Malterud (2010), Kirkengen og Ulvestad (2007) beskriver hvordan psykonevroimmunologi kan bidra til å gi innsikt i det dynamiske samspillet mellom kroppslige og mentale prosesser og livsbetingelser. Videre beskriver forfatterne hvordan det fenomenologiske perspektivet er nyttig i klinisk sammenheng for å forstå den kroniske muskelsmerte pasienten og hjelpe pasienten med å flytte fokuset fra skam til mestring.

I intervjuet «De synkende hjerters sang», gir Aamland et innblikk i den avmakten og frustrasjonen legen kan føle i møte med «MUPSene» som også blir kalt «heart-sink patients» på grunn av den følelsen de kan gi legene (Skogheim, 2017). Dette kan bunne i manglende kunnskap om denne pasientgruppen helt fra skolebenken, og usikkerheten som mange leger kan føle på forteller hun. I diskusjon med flere leger, har hun ofte hørt «dette er bare tull», «vondt i livet», «det sitter nok mellom ørene», av leger som ikke vil vedkjenne seg at ukjente lidelser finnes. I arbeidet med doktorgraden (Aamland, 2015) med tittelen «*Medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) og sykefravær. Allmennlegens rolle*», ville hun finne ut hvor godt en del stereotypier om MUPS- pasienter stemte. Aamland (Skogheim, 2107) forteller at resultatene i studien viste at det ikke bare er langtidssykemeldte middelaldrende kvinner med lav utdanning. «25% var menn, 25% hadde høyere utdanning, og hele 45% av dem som opplevde langvarig funksjonssvikt, var fortsatt i arbeidsrelatert aktivitet». Aamland nevner at overdiagnostikk er en av vår tids største utfordringer (Skogheim, 2017). «For å stoppe videre utredning og redusere faren for overbehandling er det viktig å kunne si at nok er nok, og kalle det pasientene opplever, ved et navn» (Skogheim, 2107). Hun utdyper at legen har en nøkkelrolle ovenfor pasienter med MUPS, og hensiktsmessige strategier og

forklaringsmodeller kan bidra til bedre håndtering av denne pasientgruppen (Aamland, Fosse, Ree, Abildsnes & Malterud, 2017).

Kombinasjon av perspektiver fra fysioterapi, fenomenologi og biologi kan bidra til en bedre forståelse av kroniske muskelsmerter (Steihaug, 2005). Faglitteraturen i NPMF bygger på disse perspektivene. Norsk psykomotorisk fysioterapi er anbefalt i behandling av kroniske muskelsmerter (Øvreberg & Andersen, 1986; Thornquist & Bunkan, 1995). Ifølge en nylig publisert studie (Bergland, Olsen & Ekerholt, 2018) har NPMF behandling vist å ha effekt på livskvaliteten. Bergland, Olsen og Ekerholt (2018) har gjennomført en randomisert kontrollert effektstudie som viser at NPMF behandling bedrer fysisk funksjon, minker smerte, bedrer generell helse, sosial fungering, vitalitet og gir bedre selvbilde etter seks måneder med behandling. Dette er den første randomiserte kontrollerte effektstudien innen NPMF.

I NPMF feltet finner jeg hovedsakelig kvalitative studier. De kvalitative studiene tar i hovedsak utgangspunkt i pasientenes og terapeutenes opplevelser og erfaringer med NPMF behandling av kroniske muskelsmerter. Dybdeintervjuer og fokusgruppeintervjuer er blant metodene brukt til datainnsamling. Voksne mennesker, særlig kvinner har deltatt som informanter i forskningene. I sine doktorgradsavhandlinger har NPMF terapeut og forsker Tove Dragesund (2012) og forsker Aud Marie Øien (2010) fokusert på NPMF behandling og kroniske muskelsmerter. De har utgitt aktuelle artikler (Øien, Iversen & Stensland, 2007; Dragesund & Øien, 2008; Øien, Råheim, Iversen & Steihaug, 2009) relatert til deres avhandlinger som jeg referer til i teorikapittelet. Ved å studere disse og flere andre relaterte artikler la jeg merke til det engelske begrepet «embodied» slik som «embodied knowledge» (Ekerholt & Bergland, 2018), «embodied identity» (Gyllensten, Skär, Miller & Gard, 2010), «embodied transformation» (Sviland, Martinsen & Råheim, 2014), «embodied experiences» (Øien et al, 2007), «embodied subject» (Øien et al, 2009) og «embodied meaning-making» (Chowdhury & Bjorbækmo, 2017). Begrepet «Embodied knowledge» betyr «kroppsligjort kunnskap» og var et relativt ukjent begrep for meg under NPMF videreutdanningen. De nevnte begrepene har sitt opphav i begrepet «embodiment». «Embodiment er ifølge Ekerholt og Bergland (2018) et begrep som begynner å bli et stort paradigme innen psykosomatisk og psykiatrisk medisin, også innen NPMF. Jeg ble nysgjerrig på begrepet og videre søk indikerte at begrepet brukes på tvers av flere fagfelt. I sykepleien for eksempel er Wilde (2003) og Heggdal (2003) sentrale navn, og begrepet «embodied knowing» blir presentert som kroppskunnskap av Heggdal (2003). Dette er videre presentert i teorikapittelet. Resultatene i studien til Ekerholt og Bergland (2018) viser viktigheten med å være klar over «embodied

experiences» altså kroppslige erfaringer hos pasienten, og «embodied knowledge». Et bevisst forhold til «embodied knowledge» kan være en viktig kilde til å hjelpe terapeuten i den kliniske praksisen og kilde til «empowerment» hos pasienten (Ekerholt & Bergland, 2018).

1.6 Hensikten med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å gi innsikt i forståelsesgrunnlaget til terapeutene, og gi leseren et innblikk i deres verdifulle erfaringsbaserte kunnskap. Slik innsikt bygger kunnskap og forståelse, og kan blant annet være et viktig bidrag i kampanjer mot overbehandling og overutredning. Problematikken med overutredning, overdiagnostisering og overbehandling (Høye forventninger om å bli frisk, 2019; Når fysioterapeuten overbehandler, 2019; Ikke la det gå for lenge før du ser etter endring, 2019) er aktuelle temaer for tiden, og kan blant annet skyldes manglende kunnskap, manglende forståelsesgrunnlag og usikkerhet. Her vil jeg referere til kampanjen satt i gang av legeföreningen mot overbehandling: «gjør kloke valg» (Ikke la det gå for lenge før du ser etter endring, 2019).

Hensikten med studien er å fremme bevissthet om hvordan psykomotoriske fysioterapeuter forstår og behandler pasienter med kroniske muskelsmerter. Erfaringsmessig har jeg opplevd at både fagfolk og pasienter er lite kjent med hva «psykomotorikeren» driver med. «Psyko» i psykomotorisk fysioterapi kan virke forvirrende og gjør at mange pasienter som ikke ønsker å bli stigmatisert ved at symptomene deres blir forklart med psykiske årsaker, tenker at denne behandlingsformen ikke er for dem. Også fagfolk kan ha en forestilling om at NPMF terapeuter jobber med «pusteteknikker og avspenning». Oppgaven har til hensikt å tydeliggjøre det faglige teoretiske grunnlaget i NPMF og beskrive hvordan terapeutene i praksis anvender teorien. Pasienter, NPMF terapeuter og andre terapeuter kan ha nytte av denne studien for å få et innblikk i hvordan fastleger og NPMF terapeuter forstår og behandler pasienter med kroniske muskelsmerter. Slik innsikt kan minke terskelen for henvisninger, bidra til klinisk tverrfaglighet og samarbeid mellom fagfolk, pasienter, ulike instanser og andre viktige personer. Hensikten er å tilføye et bidrag til den profesjonelle kunnskapen innen NPMF.

1.7 Ethiske vurderinger

Den økende forekomsten av kroniske muskelsmerter berører samfunnsøkonomien i økende grad. Sykefravær, uførhet, overutredning og overbehandling er blant eksempler der det brukes store samfunnsressurser. På den andre siden erfarer jeg at manglende forståelse som mange av de kroniske muskelsmerte pasientene møter, særlig i møte med NAV og forsikringsselskaper, kan bidra til forverrende helsetilstand. Ethiske vurderinger i forståelsen av denne pasientgruppen er viktig å ta i betraktning. Det å be om informantenes tid og deltagelse i forskning for å generere kunnskap som kan belyse slik problematikk, er relevant og viktig. Deres erfaringer bidrar til aktuell kunnskap, samt stimulerer til nyere tenkning og videre forskning.

Det å bli intervjuet kan være belastende for informantene på flere måter; tidsmessig, emosjonelt, økonomisk. Jeg har forsøkt å ivareta informantens behov, sikret deres anonymitet, sørget for tilstrekkelig informasjon og understreket at deres deltagelse er frivillig og at de når som helst kan trekke seg fra studien dersom ønskelig.

Oppgaven er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) og vært til fremleggingsvurdering hos de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

2.0 Det teoretiske perspektivet

2.1 Smerte

Den rådende definisjonen av smerte, som har allmenn tilslutning i forskningsmiljøene og blant klinikere, er definisjonen til den internasjonale smerteorganisasjonen/International Association for the Study of Pain (IASP) fra 1994: «smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som opptrer i sammenheng med vevsskade eller truende vevsskade eller beskrivelse som om den skyldes vevsskade» (Merskey & Bogduk, 1994). Denne definisjonen framhever smerte som en subjektivt erfart opplevelse uavhengig av om strukturelle endringer kan påvises.

«Fra et ontologisk perspektiv er smerte knyttet til væren, og er uløselig forbundet med menneskets eksistens som et sårbart og utsatt individ» (Nortvedt, 2015, s. 180). Ifølge eksistensfilosofen Martin Heidegger er denne måten å forstå smerte, en forståelse som betrakter smerte som en form for menneskelig væren (dasein) (gjengitt etter Nortvedt, 2015). Dasein (tilstede-værelse) dreier seg om vår uomgjengelige opptatthet av den menneskelige tilværelsens muligheter, av det som kunne ha vært og det som ennå kan bli virkelighet- i frustrasjon, håp, angst og forventning (Alnes, 2019). Smerten som en form for menneskelig væren er tilstede, er uunngåelig, følger oss gjennom hele livsløpet, verner og varsler om skade og sykdom, den kan virke skremmende og truende når den ikke går bort, og den er dysfunksjonell når den blir kronisk (Nortvedt, 2015).

2.1.1 Kronisk smerte og kronisk muskelsmerte

«De fleste studier definerer kronisk smerte som smerte som har vart i mer enn tre eller mer enn seks måneder» (Landmark, 2013). Det er variasjon i intensitet, innvirkning på funksjon og om smerten er konstant eller episodisk hos mennesker med kronisk smerte (Landmark, 2013).

Flertallet lider av tilstander som klassifiseres som belastningslidelser som bløtdelsrevmatologi, myofasciale smerter, lumbago, tendinitter, tendinoser eller myalgier (Fossum, Kristensen & Hunskår, 2003). Symptomene oppstår når muskler, sener og ledd reagerer på en eller annen form for kronisk eller ensidig belastning (Fossum et al, 2003). Smertene kan være lokalisert som oftest i områder som nakke, skulder, rygg, armer eller generalisert som ved fibromyalgi (Malterud, 2010). I medisinsk dagligtale prater vi om kroniske muskelsmerter, selv om flere strukturer enn muskulaturen er involvert (Tjølsen & Vøllestad, 2002). Malterud (2010) beskriver at kroniske muskelsmerter kjennetegnes av uttalte symptomer til tross for normale funn ved klinisk undersøkelse, bildediagnostikk og blodprøver. Medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) er betegnelsen på slike symptomer.

Kroniske muskelsmerter har i nyere tid blitt erstattet med begreper som langvarige eller vedvarende muskelsmerter. Andre deskriptive begreper enn MUPS og sammensatte lidelser som omfatter kroniske muskelsmerter er «subjektive helseplager», «funksjonelle lidelser» og «somatiseringslidelser» eller «psykosomatiske lidelser» (Malterud, 2010). Basert på forskningen til Mayou, Kirmayer, Simon, Kroenke og Sharpe beskriver Malterud hvordan de tre siste begrepene blir assosiert med at de fysiske symptomene skyldes psykisk sykdom (gjengitt etter Malterud, 2010). Begrepet «psykosomatisk» har for eksempel blitt brukt i nedsettende betydning, eksempelvis om noe som var innbilt (Stone, Colyer, Feltbower, Carson & Sharpe, 2004). Mest vanlig er begrepet blitt brukt til å beskrive et problem som er av psykisk opphav der tanker og følelser påvirker kroppen mer enn en beskrivelse av gjensidig interaksjon mellom hode og kropp (Stone et al, 2004).

2.1.2 Sammensatte årsaksforhold og faktorer som bidrar til at akutte smerter blir kroniske

Fenomenologisk perspektiv kan bidra til et fokus på menneskelivet, erfaringer og meningsdanning, og kroppen belyses som noe mer enn slik den fremstår i et anatomisk atlas (Malterud, 2010). Malterud (2010) beskriver hvordan livsbetingelser og tolkning av kroppslige erfaringer har stor betydning for hvordan kroniske smerter oppstår, utvikles og

oppleves. Årsaksforholdene er ofte sammensatte og uoversiktlige (Malterud, 2010). Forhold som traumatiske barndomserfaringer, konfliktfylte familierelasjoner, kjønnsrolleforventninger eller et krevende arbeidsliv, kan ha betydning for sykdomsutvikling og symptomhåndtering (Lilleaas, 1995; Johansson, Hamberg, Lindgren & Westman, 1997; Malterud, 2000; Kirkengen, 2001). Basert på forskningen til Kirkengen, beskriver Malterud at hos noen kan krenkende livshendelser skape varige spor som kroppen omformer til smerte (gjengitt etter Malterud, 2010). Basert på forskningen til Buskila, Sarzi-Puttini og Ablin beskriver Malterud at hos andre kan genetiske forutsetninger bidra til individuell utsatthet (gjengitt etter Malterud, 2010). Malterud (2010) påpeker at vi ikke vil finne opplagte årsaksforhold i livshistorien hos mange. Det finnes flere faktorer (Reme og Jacobsen, 2017) som kan bidra til at akutte smerter blir kroniske, blant annet psykologiske forhold og langvarig stress.

2.1.3.1 Psykologiske forhold

Internasjonal litteratur refererer til visse kognitive faktorer som kan bidra til at muskelsmertene blir kroniske; «pain catastrophizing» (katastrofetenkning), «beliefs», «fear-avoidance» (frykt- og unngåelse) og «self-efficacy» (Jensen, Turner & Romano, 2007; Woby, Urmston & Watson, 2007; Stiles & Wright, 2008; Turk et al, 2008). Østerås (2012) gir utdypende beskrivelser av disse faktorene og forklarer hvordan psykososiale forhold og smerter har en sammenheng. Reme og Jacobsen (2017) beskriver hvordan unngåelse fra smertefulle bevegelse (bevegelsesangst) for eksempel kan føre til funksjonsbegrensning. Med tiden kan denne tilstanden som innebærer redusert, vaksomme og forsiktige bruk av musklene føre til svekket muskelkraft og koordinasjon. I slik tilfelle kan eksponering hjelpe. Gradvis eksponering til bevegelse og aktivitet kan gi erfaringer med at bevegelsen ikke er så ille som fryktet. På denne måten kan man komme seg ut av frykt og unngåelse og adaptere håndtering av smertene som igjen bidrar til mindre smerter og bedre funksjon (Vlaeyen & Linton, 2000). Ikke alle smertepasienter opplever bevegelsesangst.

2.1.3.2 Langvarig stress og smerterespons

Reme og Jacobsen (2017) beskriver hvordan en forståelse av langvarig stress som en risikofaktor for økt smerte har god støtte i nyere studier. Kognitiv aktiveringsteori om stress (CATS) er en stressteori som definerer stress som en normal og nødvendig reaksjon som øker våkenhet, og er en tilstand av økt psykologisk, fysiologisk og atferdsmessig beredskap (Ursin & Eriksen, 2004). Når vi opplever stress, gir det en fysiologisk stressrespons. Denne stressresponsen kan være hensiktsmessig og gunstig for sikring av overlevelse under fare. Samme mekanismer kan bli uhensiktsmessig dersom stressresponsen vedvarer og opprettholder kroppslig beredskap etter at faren er over (Ursin & Eriksen, 2010).

Disse fysiologiske stressresponsene justeres og reguleres under påvirkning av det hormonelle samspillet mellom hypothalamus, hypofysen og binyrebarken (hypothalamus-hypofyse-binyre-aksen/HPA-aksen), og muliggjør fleksibel tilpasning til ulike utfordringer og stadig endringer i miljøet rundt oss. Ved kontinuerlig belastning, som ved blant annet krig og nød, tap av livsgrunnlag, vedvarende konflikter, kriser, gjentatte opplevelse av fare og langvarig undertrykkelse av sterke følelser, vil individet komme i en tilstand preget av allostatisk «oppladning» (Kirkengen & Næss, 2017). Ifølge Bruce McEwen (2004) betyr allostase «stabilitet ved hjelp av endring». Kirkengen og Næss (2017) påpeker at studier viser at allostatisk «oppladning» kan føre til høyt blodtrykk og økte betennelsestilstander i kroppen selv 30 år etter hendelsene har funnet sted. Muskelsmerter og utmattelse av kroppens tilpasningssystemer er blant annet to konsekvenser av flere langvarige aktiveringer av beredskapet over tid (Reme & Jacobsen, 2017).

Akutt smerte kan være nyttig for kroppen, for eksempel når man trekker hånden vekk fra en glovarm plate slik at man ikke brenner seg. Nevrofysiologiske prosesser som spinal sensitivisering kan forklare hvordan smerte kan vedvare i fravær av skade og etter helbredelse som er tilfelle ved kronisk smerte. «Sentral sensitivisering defineres som en økt effektivitet av nevroner i smertebanene i sentralnervesystemet, som medfører at de får en lavere terskel til å fyre» (Reme & Jacobsen, 2017, s. 64).

Melzack and Wall introduserte gate control teorien (smerteport-teorien) i 1965. Teorien forklarer hvordan hjernen bearbejder og modulerer alle sansemessige inntrykk, og hvordan tanker og følelser kan være med på å endre (enten hemme eller forsterke) opplevelsen av smerte (Melzack & Wall, 1965). Dette forklarer hvordan biologiske-, psykologiske- og sosiale faktorer, tidligere opplevelser, minner, hukommelse, kunnskap påvirker vår endelige smerteerfaring. Studier som omhandler «neuroimaging» (en gren av medisinsk avbildning som fokuserer på hjernen) har avslørt strukturelle og funksjonelle forandringer i hjernen til mennesker med kroniske muskel-skjelett smerter, og at disse forandringene kan bidra til utvikling og opprettholdelse av den kroniske smertetilstanden (Apkarian, Baliki & Geha, 2009; Tracey & Bushnell, 2009).

Stress- og smertefysiologiske prosesser refererer til et tett nettverk mellom psyken, nervesystemet og immunsystemet. Dette samspillet betegnes psykonevroimmunologi (PNI) (Parson & Marcer, 2006; Malterud, 2010). Eide-Midsand og Nordanger (2017) beskriver hvordan den polyvagale teorien blir regnet som banebrytende forklaring på hvordan det autonome nervesystemet påvirkes av vår omgang med andre mennesker, og hvordan det ubevisst regulerer våre grunnleggende overlevelsereaksjoner i møte med potensielle trusler i omgivelsene.

2.2 Forståelsesmodeller

Hvordan kan fenomenet smerte forstås, hvilke modeller har vi? Hvordan vi forstår kroppen avgjør hvordan vi forstår kroppslige plager slik som smerte (Gretland, 1992). Ulike syn på kroppen kan føre til ulike undersøkelses- og behandlingsformer for en og samme lidelse.

2.2.1 Dualismen (kartesiansk dualisme) og den biomedisinske modellen

«Med den vitenskapelige revolusjon på 1600-tallet ble det sett på som uvitenskapelig å hevde at sjelen påvirket kroppen» (Schjødt, 2017, s. 21). «René Descartes oppsummerte dualismen og hevdet at kropp og sjel var styrt av fundamentalt forskjellige prinsipper, og at de ikke påvirket hverandre direkte» (Schjødt, 2017, s. 21).

Den naturvitenskapelige sykdomsforståelsen bygger på et dualistisk menneskesyn, og ifølge denne tenkningen ses mennesket adskilt og uavhengig av sine sosiokulturelle omgivelser (Gretland, 1992). Den biomedisinske forståelsen bygger på vitenskap innen molekylærbiologi og nevrofysiologi. Dette perspektivet har bidratt til oppfinnelse av medikasjon og behandlingsmetoder, og årsaksforklaring til mange lidelser slik at helbredelse og sykdomslindring av flere kroniske plager har vært mulig (Heggdal, 2003). Innenfor de biomedisinske rammene vil pasientens plager og symptomer kartlegges og identifiseres utfra et diagnostisk system. Sykdom regnes å være et resultat av fysisk årsakssammenheng slik som infeksjon eller skade (Sarafino, 2002).

Den naturvitenskapelige biomedisinske sykdomsmodellen har vært dominerende i vestlig medisin de siste 100 år (Gretland, 1992).

2.2.2 Biopsykososiale modell

Nyere smertebehandling er basert på en biopsykososial modell (Engel, 1977). Ifølge denne modellen har somatiske, psykologiske, sosiale og kontekstuelle forhold betydning for den smerten en person erfarer (Schjødt, 2017). I 1977 publiserte George Engel, indremedisiner og psykiater, artikkelen «The need for a new medical model: A challenge for biomedicine» (Engel, 1977). Han foreslo denne modellen fordi han ønsket å gi et alternativ til en dualistisk referanseramme. Schjødt (2017) beskriver at denne modellen er den første modellen som ga mulighet til å forstå helse og sykdom gjennom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Denne ga også smertefeltet mulighet til å referere til en helhetstenkning (Schjødt, 2017).

Biopsykososiale perspektiver bygger på nerveteorier og beskriver hvordan hjernen bearbeider sansemessige, kognitive og emosjonelle input. Hva vi tenker om smerten og hvilke følelser smerten vekker i oss påvirker hvordan smerten erfares og kommer til uttrykk. I en ond sirkel der frykt for bevegelse og smerte begrenser og passiviserer pasienten, blir det et viktig overordnet mål for terapeuter å bryte denne onde sirkelen ved å ufarliggjøre smerten, dempe frykten og angsten ved å fremme trygghet, bygge tiltro til egen mestringsevne og stimulere til fysisk aktivitet (Ahlsen, 2014).

2.2.3 Maurice Merleau Ponty kroppsfenomenologi

Maurice Merleau Ponty (1908-1961) var eksistensfilosof og bygget sin filosofiske tenkning på Husserls og Heideggers fenomenologi. Han tok et oppgjør med den kartesianske vitenskapstradisjonen. Merleau-Ponty mente at menneskekroppen både er et subjekt og et objekt på en og samme tid. Vi både er og har en kropp, og fungerer som en sammensatt enhet i samspill med våre omgivelser, situasjonen vi befinner oss i, medmennesker og verden (Nortvedt, 2008). I motsetning til den dualistiske tankegangen viser Merleau-Ponty til hovedtanken om at menneskekroppen er et sansende, persiperende, handlende, følende, talende fenomen og kroppens forhold til verden er eksistensielt (Merleau- Ponty, 1994). Han er en av de få filosofene i Vesten som tar utgangspunkt i at vår forståelse av verden er grunnet på vår kropps forståelse av sine omgivelser eller sin situasjon (Merleau- Ponty, 1994). Kroppen har en egen «bevissthet», og evne til å oppfatte, skape og uttrykke mening (Råheim, 2003). Levde kropper har inkarnert viten om sin livssituasjon – livserfaring kroppsloggjøres (Råheim, 2003). Merleau-Ponty er den første innen den fenomenologiske bevegelsen som gir kroppen forrang og begynner med den i motsetning til andre samtids filosofere som for eksempel Jean-Paul Sartre (1905-1980) som hevdet at bevisstheten må beskrives før kroppen (Merleau- Ponty, 1994). Ifølge Råheim (2003) har det å rette oppmerksomheten mot levde kropper som meningsbærende og uttrykksfull også en klinisk relevans. Sykehistorien og kroppen som uttrykksfelt og erfaringskilde er kilder til innsikt og endring i pasienters livsverden (Råheim, 2003).

2.2.4 «Sense of coherence»- opplevelse av sammenhenger og empowerment- styrking

«Salutogenese er læren om hva som gir god helse» (Walseth & Malterud, 2004, s.65). Innen salutogene forståelsen har helse med holdning til livet å gjøre: holdninger til å takle stress og uventede forhold (Lønne, 2019). Den israelsk-amerikanske sosiologen Aaron Antonovsky kalte denne holdningen for «sense of coherence» (SOC) (Lønne, 2019). SOC (Lønne, 2019) kan forstås som en opplevelse av sammenheng, eller forståelse av situasjonen mennesket skal håndtere ut fra tre aspekter som er i et gjensidig samspill:

- Om vi tror situasjonen er påvirkbar

- Om vi tror situasjonen lar seg forklare
- Om vi tror situasjonen byr på overkommelige utfordringer

Å ha en sterk SOC, er å være motivert for å håndtere stressende situasjoner, ha tro på at man forstår situasjoner og har ressurser tilgjengelig (Lønne, 2019).

Pasienter med sterk opplevd sammenheng kan se på seg selv som mindre syke, oppfatter sykdommen som mindre belastende, og det går mindre utover arbeidskapasitet og psykososial funksjon (Walseth & Malterud, 2004).

Empowerment har sitt utspring i politiske og sosiologiske miljøer i USA i 1960 årene, og har vært oversatt til norsk med ord som myndiggjøring eller styrking (Walseth & Malterud, 2004). Empowerment kan forstås som å «ta styring eller makt over» og bruken av begrepet innen salutogenese innebærer at mennesker kan få bedre helse ved å utvikle kunnskapen om å ta styring over de faktorene som er helsefremmende eller gjør frisk (Lønne, 2019) «Motsetningene til empowerment blir kraftløshet, lært hjelpeløshet, fremmedgjøring, manglende kontroll over livet» (Walseth & Malterud, 2004, s.66).

2.3 Å leve med kroniske smerter- fra et kroppsfenomenologisk blikk- fremmedgjøring av kroppen

«Kroppsfenomenologien peker på at kronisk sykdom og funksjonssvikt innebærer grunnleggende endringer i et menneskets levde relasjoner til seg selv og omgivelsene, med utgangspunkt i et endret kroppslig perspektiv» (Råheim, 2003, s.14). Råheim (2003) beskriver det som forekomsten av desintegrasjon fra den egne kroppen som innebærer splittelse av selvopplevelsen, at kroppen oppleves helt eller delvis utenfor viljens kontroll, som fremmed og uberegnelig. Gretland (1992) utdyper det med at kroppen blir noe man har, noe man kontrollerer, noe man bruker, noe man fremstiller for de andre. Tap av opplevelsen av å høre hjemme i sin egen kropp kan skape en fremmedgjøring fra seg selv, men også fra felleskapet (Gretland, 1992). Kronisk muskel og skjelett smerte kan bidra til et endret kroppslig perspektiv (Wilde, 2003) og dermed også en endring i menneskets livsverden (Råheim, 2003). Wilde (2003) beskriver det som å være «disembodied», separert fra egen kropp og at dette indikerer en forstyrrelse mellom hode-kropp (mind-body) harmonien. Alt fra hverdagslivet til

arbeidslivet til mellommenneskelige forhold kan bli rammet fordi handlingsrommet snevres inn og livsrytmer endres. Fremtiden blir uforutsigbar og utrygg, opplevelsen av samhørighet med andre og en praktisk virkelighet trues (Råheim, 2003). Det å ikke føle kontakt med kroppen er en vanlig respons til traume, skade, eller sterk smerte (Wilde, 1999). I studien til Thomas (2000) som er en fenomenologisk studie av kronisk smerte kan man få et innblikk i menneskers beskrivelse av hvordan kroniske smerter endrer deres forhold til kroppen og livsverdener. Thomas (2000) beskriver hvordan menneskers «stille» kropper ble til «bråkete påminnelser» om endrede kroppslige forhold ved kronisk smerte. Clark (1999) beskriver hvordan mennesker ikke opplever smerte som en mental representasjon lokalisert i et bestemt sted på kroppen, men som en total forandring av deres måte å være i verden på- en endring som representerer en fremmedgjøring fra deres kropper. Mennesket med kronisk smerte bør derfor ikke bli betraktet som en person med smerte, men en person i smerte (Ojala et al, 2015). Gretland (1992) og Koopman et al (2000) beskriver at fremmedgjøring fra kroppen innebærer at kroppen har opplevelser og «viten» om personen som han/hun/hen ikke er bevisst over. «Kroppen bærer språkløse opplevelser, og dette preger kroppen» (Gretland, 1992, s.38). Sett i klinisk sammenheng er det viktig å merke seg at pasienter relativt sjelden er klar over hva som ligger bak deres kroppslige spenninger (Gretland, 1992). Ofte kan kroppslige reaksjoner være uttrykk for ikke-bevisste følelser (Gretland, 1992). Gretland (1992) beskriver videre at det hender at personen ikke har begreper eller tanker som kan sette kroppsreaksjonen inn i noen meningsfylt sammenheng for vedkommende. På grunnlag av dette kan vi ikke vente at pasienter kan beskrive eller forstå hvilke følelser som ligger i deres kroppsuttrykk, for det kan helt eller delvis være skjult for pasientens bevissthet (Gretland, 1992). Skal vi hjelpe pasienten på pasientens premisser, må vi se etter kroppens uttrykk, i tillegg til å henvende oss til pasientens bevisste jeg (Gretland, 1992).

2.4 Behandlingsmetoder

2.4.1 Legevitenskapen (medisin), smertebehandling og fastlegeordningen

Legevitenskap er læren om hvordan sykdommer oppstår, påvises, forebygges og behandles, og utgjør grunnlaget for legers virksomhet (Braut, 2017). Ifølge retningslinjer for

smertelindring utarbeidet av den norske legeforeningen (Bell et al, 2009) er målet for smertebehandling å lindre smerten og bedre pasientens livskvalitet. «Gode retningslinjer skal sikre pasienten adekvat diagnostikk og behandling» (Bell et al, 2009, s.6). Generell behandling går ut på blant annet kausal behandling og medikamentell behandling. Stortinget vedtok i 1997 å innføre fastlegeordningen. «Fastlegen har ansvar for å henvise til andre helsetjenester etter behov, skrive ut attester og gi helseopplysninger ved søknad om helse- og sosialtjenester» (Braut, 2014).

2.4.2 Kognitiv terapi og kognitiv atferdsterapi

De siste tiårene har det blitt mer og mer fokus på psykologiske modeller som bidrar til å øke forståelsen for hvordan å håndtere psykologiske forhold i den kliniske hverdagen. Behandlinger som kognitiv terapi og kognitiv atferdsterapi brukes i behandling av kroniske muskelsmerter (Stiles & Wright, 2008; Turk et al, 2008). Kognitiv terapi sikter mot å påvirke tenkemåte ved å øke kunnskap og bevissthet om automatiske tanke-, emosjons- og affektsresponsers som for eksempel opprettholder stress og fysiske symptomer (Turk et al, 2008). Kognitiv atferdsterapi har som mål å endre responsrepertoaret hos pasienten, det vil si fra veletablerte automatiserte og ineffektive vaneresponser til systematisk problemløsning og planlegging, affektkontroll og mindre beskyttelsesadferd/unngåelsesadferd (Østerås, 2012). Reme og Jacobsen (2017) beskriver at den grunnleggende antakelsen er at tanker, følelser og handlinger er uløselig knyttet til hverandre, og dersom det gjøres endringer ved ett av disse komponentene, for eksempel endre tankemønster, vil det få konsekvenser for de to andre faktorene også- for eksempel ved at pasienten føler seg mindre deprimert og begynner å gå mer ut. En systematisk oversikt over forskningen viser at kognitiv atferdsterapi gjennomgående er mer effektiv enn ingen behandling, men effekten er sjelden veldig sterke eller langvarige (Reme & Jacobsen, 2017).

2.4.3 Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF)

Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) er en behandlingsform som kan benyttes ved behandling av omfattende og langvarig muskelskjelett smerter, psykosomatiske plager

(Dragesund & Kvåle, 2016; Dragesund & Øien, 2018), angst, depresjon og andre subjektive helseplager (Ekerholt et al, 2014). NPMF er en av to store kropps-orienterte fysioterapeutiske tilnærminger i de skandinaviske landene som har som mål å øke kroppsbevissthet (Dragesund & Råheim, 2008). Den andre terapiformen er basal kroppskjennskap terapi (B-BAT) som ikke omtales i oppgaven på grunn av oppgavens avgrensning. NPMF er utviklet av den norske fysioterapeuten Aadel Bülow Hansen og psykiater Trygve Braatøy i perioden 1946-1952. Erfaringer med gjengangere (at pasienten kommer igjen og igjen, har kortvarig symptomlette og så er det på igjen), og symptomforflytning (pasientens opprinnelig symptomer forsvinner, men nye oppstår) var blant annet utgangspunktet for utvikling av psykomotorisk behandling (Thornquist & Bunkan, 1995). Det faglige perspektivet bygger på en forståelse av kroppen som et integrert fysisk, psykisk og sosialt fenomen (Thornquist & Bunkan, 1995). Kroppen er hovedfokuset i NPMF behandling, og er innfallsporten til å jobbe med mennesket (Thornquist & Bunkan, 1995). Når mennesket utsettes for belastninger av fysisk, psykisk og/eller sosial karakter, kan menneskekroppen bli rammet og endringer i muskelspenning, respirasjon, kroppsholdning og fleksibilitet, bevegelse, balanse og kroppsbevissthet kan forekomme (Øien et al, 2007; Øien et al, 2009; Dragesund & Kvåle, 2016). Man får et innblikk i graden av endringer ved disse elementene ved å få innblikk i pasientens historie, foreta en helhetlig undersøkelse; Ressursorientert Kroppsundersøkelse (ROK) og behandle (Bunkan, 2008). Respirasjon, kroppsspenning og følelser er gjensidig avhengige av hverandre (Thornquist & Bunkan, 1995). Braatøy og Bülow-Hansen var opptatt av hvordan det å redusere kroppsmotstanden kunne bidra til å frigjøre følelser som pasienten forsvarer med økt muskelspenning og et holdt respiratorisk mønster (Thornquist & Bunkan, 1995). Pasientens symptomer og kroppslige dysfunksjoner blir adressert og tolket i lys av pasientens situasjon, historie, sosiale- og kulturelle kontekst. Behandlingsmetoder som benyttes er bevegelser og øvelser med elementer som blant annet jording, balanse og avspenning, og bløtvevsbehandling i tett samsvar med respirasjonen, bevisstgjøring av kropp samt verbal refleksjon av kroppslige erkjennelser (Dragesund & Råheim, 2008, Dragesund & Øien, 2018). Behandlingen er prosess-orientert og både terapeut og pasient oppfordres til mental tilstedeværelse. Menneskets omstillingsevne; menneskets mulighet til endring, er i fokus og det å finne ut av pasientens potensiale og ressurser står sentralt. Målet med behandlingen er

omstilling av kroppsholdning, muskulatur og pust, vurdert ut fra hvor pasienten befinner seg på et ressurskontinuum (skala) (Bunkan, 2008). Slik vurdering avgjør blant annet om pasienten skal få avspennende eller styrkende og stabiliserende behandling, eller om pasienten skal behandles i det hele tatt (Bunkan, 2008). Det teoretiske perspektivet har etterhvert blitt supplert med det fenomenologiske perspektivet med særlig fokus på tenkningen til Maurice Merleau-Ponty, og videre bidratt til utvikling av profesjonell kunnskap innen NPMF (Dragesund & Øien, 2018). I følge Merleau-Ponty er vi subjekter som ikke kan sees på adskillelig fra den verden vi lever i og de relasjonelle forholdene vi har med omgivelsene våre. Vi bebor verden, og det å være et subjekt er identisk med å være i denne verden som «embodied».

2.5 «Embodiment», «embodied knowing»/«kroppskunnskap» og kroppsbevissthet

“Embodiment” er ikke en teori, men en annerledes måte å betrakte mennesket på (Wilde, 1999), til forskjell fra den dualistiske subjekt-objekt tenkningen. Begrepene “embodiment” og “embodied knowledge” er blitt brukt i NPMF litteraturen i forbindelse med studier av kroniske muskelsmerter, men jeg fant ingen begrepsforklaringer på hva begrepene egentlig betyr. Begrepet er brukt på forskjellig vis av NPMF forfatterne slik skissert under tidligere forskning. Wilde (1999) skriver at det er en økende bruk av begrepet i litteraturen i flere faglige retninger, blant annet i sykepleien. Hun skriver at det ikke er en gjeldende konsensus om hva «embodiment» betyr innad i en faglig retning eller på tvers av ulike faglige retninger (Wilde, 1999). Eksisterende litteratur er ikke organisert og kan være årsaken til at begrepet blir brukt på ulik vis. Det som er felles ved bruken av begrepet er å gi «kroppen» en annen erkjennelse enn å betrakte det som et objekt. Studier som omhandler «embodiment» kan bringe en annerledes tenkning i meningstolkning av helse og sykdom og hjelpe oss til å forstå hvordan mennesker håndterer problemer ved sykdom. De fleste studier er på engelsk og jeg fant derfor ingen klar oversettelse av begrepene til norsk. Jeg bruker oversettelsen til Heggdal (2003), «kroppskunnskap» for «embodied knowing».

I NPMF litteraturen, som danner den teoretiske bakgrunnen i denne oppgaven, er “embodiment” definert ut fra og basert på Merleau- Pontys filosofi om kroppsfenomenologi. Selv om Merleau- Pontys fenomenologi ble kalt for «philosophy of embodiment», brukte han ikke begrepet selv (Wilde, 1999). Han brukte begrepet «kropp» i betydning den «levde kroppen» (Leib) og ikke den materielle kroppen (Körper) (Parviainen & Aromaa, 2017). Menneskekroppen (Leib) er både subjekt og objekt, og har en egen inkarnert viten, en egen kroppsbevissthet og kunnskap som er intensjonell og meningsdannende. Merleau-Pontys fenomenologiske filosofi er fundamentet til å forstå kroppskunnskaping.

Flere forfattere har definert «embodied knowledge» og «embodied knowing» på tvers av ulike faglige retninger. Jeg tar for meg noen definisjoner. Heggdal (2008) definerer «kroppskunnskaping» som en grunnleggende prosess for utvikling av personlig kunnskap om egen kropp, mestring, helse og velvære. Gieser (2008) definerer det som: «...kunnskap som er inkorporert ikke bare av den materiell kroppen, men av den sammenfattede (tanker, følelser, omgivelser) kroppen». Carolan (2009) definerer det som: «...en form for viten inkorporert i kroppslige bevegelser og øvelser». Lawrence (2012) referer til kroppskunnskaping som en intuitiv prosess som kommer fra kroppen og skjer på basis av kroppslig sansning/kroppsformennelse og økt kroppsbevissthet. Jeg vil videre fokusere på definisjonene til Heggdal (2008) og Lawrence (2012) der kroppskunnskaping blir definert som en prosess for utvikling av kunnskap om egen kropp. Lawrence nevner kroppsbevissthet som en av elementene til å bli kjent med seg selv. Det å øke kroppsbevissthet er et element i NPMF behandlingsprosess. I avsnittet under vil jeg presenterer definisjon av kroppsbevissthet i lys av fenomenologisk forklaring før jeg videre teoretiserer kroppskunnskaping.

Kroppsbevissthet handler om å være bevisst intern kroppslig sansning/kroppsformennelse (Parviainen & Aromaa, 2017). Fenomenologiske studier som for eksempel Mehling et al (2011) referer til kroppsbevissthet som «interoception», med hovedfokus på proprioepsjon, «body image» og «body schema». «Interoceptive» systemet som omhandler smerte, temperatur, kløe, sensuell berøring, muskel og organ sansning, vasomotor aktivitet, sult og

tørste, skilles fra «exteroceptive» systemet som vi bruker til å oppfatte verden utenfor oss (Parviainen & Aromaa, 2017). Kroppsbevissthet er definert som både det «interoceptive» systemet og delvis (persepsjon er selektiv- vi tar ikke inn alt rundt oss) det «eksteroceptive» systemet (Drulik, Cardini & Tsakiris, 2014). I studien til Steen og Haugli (2000), lærte deltagerne å rette oppmerksomheten mot indre kroppslig persepsjon som for eksempel muskel spenning, bevegelse og holdning og mot ytre verden gjennom syn, hørsel, lukt, berøring og øvelser. Sansing (sensation=sansing) og persepsjon har en grunnleggende betydning ved bevisstgjøring av kropp. Å bli bevisst kroppen kan muliggjøre forståelsen av sammenhengen mellom kroppssymptomer og livsopplevelser for pasienter med muskel-skjelett plager og smerter (Rosberg, 2000). Studier viser en bedring ved tiltro til egen mestringsevne og livskvalitet hos pasienter med langvarige smerter og psykiatriske lidelser etter behandling som fokuserer på å øke kroppsbevissthet (Grahn, Ekdahl & Borquist, 1998; Gyllensten, Hansson & Ekdahl, 2003a; Malmgren- Olsson, Armelius & Armelius, 2001; Gustafsson, Ekholm & Broman, 2002; Gard, 2005; Gyllensten, Ekdahl & Hansson, 2009).

«Utvikling av varig atferdsendring kan forstås som en bevegelse gjennom flere faser i en endringsprosess. Et slikt perspektiv på endring gjør det lettere å forstå hva en person strever med, og hvilke oppgaver som må løses for at han skal komme seg videre» (Barth, Børtveit & Prescott, 2002, s. 75). I denne oppgaven omhandler kroppskunnskapings- prosessen en slik endringsprosess som innebærer å gjenintegre kroppen som sin i pasientens erfaring. Prosessen handler om å minke fremmedgjøringen, skape ny mening og ny integrasjon. «Hjelp til å rekonstituere livsverdenen og finne nye handlingsmuligheter blir viktig» (Råheim, 2003, s.15). Her kan klinikerens med sin ekspertise hjelpe til. Med terapeutens hjelp kan utforskning av sykehistorie og livshistorie gi mulighet for å gi vesentlige livserfaringer ny mening, med mulighet for å se nye handlingsmuligheter (Råheim, 2003). «Fortellingen om det å være syk, konsekvenser og sammenhenger det er forbundet med, er for klinikerens en viktig kilde til innsikt i pasientens livsverden» (Råheim, 2003, s. 15). Råheim bygger på Good og Kleinmann beskrivelser om at det å binde sammen erfaringer og hendelser til en historie med mening og sammenheng, er med på å gjenopprette livsverdenen for den det gjelder, og gjøre erfaringen

av det å være syk mer forståelig (gjengitt etter Råheim, 2003). Det forankrer mennesket i sin livshistorie.

«Kroppskunnskapings-prosessen er basert på en kombinasjon av å kjenne på og fortolke følelser i kroppen, og reflektere over erfaringene samt bruke dette som grunnlag for forebygging» (Heggdal, 2003). Med økt kroppskontakt i fokus, kan aktiv utforsking av kroppens tilstander og fornemmelser i samspill med terapeuten bli sentrale elementer i behandlingen (Råheim, 2003). Eksempelvis kan det dreie seg om «å arbeide aktivt med å kjenne etter og utvikle evne til å differensiere hvordan ulike grader av anspenning uttrykkes kroppslig, hvilke situasjoner anspenning provoseres i og hvilken situasjonsbestemt mening den har for pasienten» (Råheim, 2003, s.17). Råheim (2003) understreker at å arbeide på denne måten er kilde til selverkjennelse og endring. Ojala et al (2015) skriver hvordan deltagerne i studien måtte bygge ny identitet, redefinere normaliteten med det å leve med kroniske smerter.

Kroppskunnskaping kan handle om å legge til rette fysiske aktiviteter og trening slik at pasienten kan få hjelp til å bli bedre kjent med seg selv, med egne ressurser, og kan ta bedre vare på seg selv. Når mennesket får en erfaring av at øvelser oppleves som meningsfulle, motiverer dette til videre fysisk aktivitet og opplevelse av overskudd, velvære, ro, avspenning, glede og fellesskapsfølelse (Moe, 2009). Kroppskunnskapings- prosessen er en mestringsprosess (Heggdal, 2003).

Heggdal (2003, s.254) påpeker at når hun fremhever pasientens kroppslige kunnskap, «innebærer dette en kritikk av den medisinske påstandskunnskapens posisjon som tilnærmet enerådende når det gjelder kunnskap om sykdom og behandling». Heggdal (2003, s.284) beskriver begrepet kroppskunnskaping som et nytt bidrag til litteraturen «om kropp og kunnskap idet det fungerer ved å binde sammen og fremheve deres gjensidige avhengighet i relasjon til mestring av kronisk sykdom».

2.6 Pasient-terapeut kontakt

Østerås (2012) nevner viktigheten med forståelsen pasient og terapeut har seg imellom. For at behandling skal nå frem er det viktig å få tilgang til pasientens personlige verdivurderinger og holdninger (Turk et al, 2008). Om det er mangel på forståelse og pasienten ikke tror på behandlingen og tenker at den ikke er hensiktsmessig og virkningsfull, så er den heller ikke det (Gulbrandsen, 2008). En forutsetning for at behandlingen skal nå frem er en tillitsfull atmosfære, der terapeuten stiller seg åpen og empatisk ovenfor pasienten (Gulbrandsen, 2008). Ifølge pasienters opplevelse vil terapeuters «tilstedeværelse», både fysisk og mentalt, bidra til at pasienten føler seg «sett» og forstått. Slik terapeutisk allianse er nødvendig for å skape en trygg atmosfære for å gi pasienten muligheten til å slippe til med egne opplevelser som relevans for den terapeutiske prosessen (Ekerholt & Bergland, 2018).

Løvlie Schibbye beskriver hvordan en felles kommunikativ grunn, og gjensidig forståelse samt anerkjennelse styrker pasientens autonomi og selvfølelse (gjengitt i Steihaug et al, 2002). I artikkelen «I am allowed to be myself: women with chronic muscular pain being recognized» (Steihaug et al, 2002), beskriver de kvinnelige deltagerne hvor viktig det var for dem at terapeuten hadde innsikt i deres virkelighet og anerkjente deres smerteopplevelser. De fortalte om hvor viktig det var for dem å bli forstått eller trodd av familie, venner, kollegaer og andre helseaktører selv om smerten ikke var synlig. Og noen av dem følte at da smertene deres ble anerkjent, akseptert og tatt i betraktning, hadde de lettere for å akseptere forklaringsmodeller om smerte som virket edukativt. Råheim (2003) beskriver at den terapeutiske samtalen kan på det beste skape fundament for felles kommunikativ grunn, ny tilhørighet, innsikt og tro på egne muligheter.

«Relasjonens kvalitet er også betydningsfull. Måten den kroppslige nærheten håndteres på kan være begynnelsen til å minske splittelsen i selvopplevelsen for pasienten, det som er så fremtredende ved kronisk sykdom eller funksjonssvikt» (Råheim, 2003, s.16). Råheim (2003) skriver at levde kropper som er syke og smertefulle er mer sensitive i møtet med andre enn levde kropper som er friske og velfungerende. Det å møte pasienter med respekt og lydhørhet

blir vesentlig. (Råheim, 2003). Ifølge Heggdal (2003) er sosiale kontekster preget av kunnskap, forståelse og håp det optimale for å fremme en kroppskunnskaping-prosess. «Gode sosiale kontekster bidrar til å dempe uvisshet og styrker nyskaping og utvikling av kroppskunnskap» (Heggdal, 2003, s. 286). Å holde et aktivt håp levende er en strategi av stor betydning fordi det bringer pasientene videre i prosessen (Heggdal, 2003). «Dersom konteksten mangler forståelse og håp, vil det å fortelle historien kunne bli en belastning og responsen fra omgivelsene kan forverre sykdommen» (Heggdal, 2003, s. 271).

3.0 Metode

3.1 Litteratursøk

Faglitteratur fra fysioterapi-, osteopati-, NPMF utdanningen, utdanning i master i psykisk helsearbeid, søk i ulike databaser, Oria, nettsøk, råd angående aktuell litteratur fra veileder, min forforståelse og perspektivet jeg har anlagt i oppgaven, danner kunnskapsrammen i oppgaven.

Søkeordene jeg benyttet var: «kroniske muskelsmerter», «kronisk smerte», «langvarig smerte», «smerte», «psykomotorisk fysioterapi», «MUPS», «fenomenologi», «embodied knowledge» på norsk og tilsvarende engelsk terminologi, og med ulike kombinasjoner av søkeordene. Det var mer litteratur å finne på engelsk enn på norsk. For eksempel ved å bruke søkeordene «smerte» og «psykomotorisk fysioterapi» fikk jeg til sammen 5 treff på Oria. Ved å søke på «pain» og «psychomotor physiotherapy» fikk jeg 1602 treff på Oria. Til å begynne med søkte jeg i databasene: Pubmed, Embase, medline, cinahl, psychinfo, Amed, Cinahl, Econ, Eric, Greenlife, sosindex. Med de aktuelle søkeordene ga det svært lite relevant treff. Jeg endte opp med å finne det meste av aktuell litteratur på googlescholar (www.scholargoogle.no) og ved søk i Oria (Norske fagbibliotek og Universitetsbiblioteket OsloMet). Jeg søkte etter studier i utgivelsesårene 2000-2018, men har også valgt å inkludere noen få aktuelle fagbøker og studier fra før år 2000, da disse inneholder relevant teoretisk vinkling.

3.2 Forskningsmetode

Jeg har valgt å gjøre kvalitativ studie, og som forskningsmetode har jeg valgt å gjøre dybdeintervju av informantene. Det gir meg mulighet til å utforske ulike erfaringer hos fastlegene og NPMF terapeutene, og sammenligne dem. Målet er å generere kunnskap fra levde erfaringer (Giorgi, 2009; Kvale & Brinkmann, 2015). Med slik forskningsmetode blir informantene bedt om å ta et tilbakeblikk og reflektere over og meddele sine erfaringer, i en intervjusituasjon. Jeg vil søke å ha en nysgjerrig, åpen og ikke fordomsfull holdning under intervjuene. Det å sette min forforståelse i parentes vil allikevel ikke være fullstendig mulig da min kunnskap og erfaring om fenomenet kroniske muskelsmerter vil ha noe å si for hvordan jeg behandler datamaterialet. Mine fordommer som jeg har på basis av min forforståelse om temaet kan føre til «blindsoner» og at jeg overser viktig budskap og

kunnskap. Det å være bevisst dette er noe jeg strever etter under hele oppgaven, noe som også gjenspeiler min refleksivitet.

3.3 Intervjuguiden

Intervjuguiden er en semistrukturert intervjuguide som består av noen åpne spørsmål (viser til vedlegg1). Spørsmålene har noen underpunkter som jeg brukte som sjekkpunkter eller oppfølgingsspørsmål. Spørsmålene tar utgangspunkt i forskningsspørsmålene, og avdekker temaene; beskrivelse av den kroniske muskelsmerte pasienten, behandling, utfordrende/motiverende, endring, forståelse. Et pilotintervju ble foretatt i forkant av utformingen av den endelige intervjuguiden. Jeg intervjuet en kollega som er fysioterapeut. Det var en verdifull erfaring å ta med seg, for på daværende tidspunkt hadde jeg for få spørsmål, intervjuet ble ferdig i løpet av en halvtime og vedkommende var usikker på hva jeg var ute etter. Samtidig var tilbakemeldingen at det var godt å bli stilt disse spørsmålene da dette var spørsmål han sjeldent hadde reflekter høyt med noen. Jeg synes det var en konstruktiv og interessant tilbakemelding å få. Videre rådførte jeg med kollegaer om hvilke spørsmål de ville synes var aktuelle å stille i tillegg til de jeg hadde formulert. Og med konstruktiv tilbakemelding fra pilot intervjuet, kollegaer og veileder utformet jeg endelig intervjuguide. På daværende tidspunkt var jeg selv noe usikker på om disse spørsmålene var gode nok til å fange essensen i tematikken, problemstillingen og forskningsspørsmålene. Tilbakemeldingen fra kollegaen om at «hva er du ute etter» var noe jeg hadde i bakhode under gjennomføringen av intervjuene.

3.4 Utvalget

Jeg intervjuet tre psykomotoriske fysioterapeuter og tre fastleger, alle med ulik fartstid i arbeidslivet. Disse har jeg gitt en kort representasjon av i tabellen nedenfor:

De 6 deltagerne/informantene:

Informant	Yrke	Arbeidssted	Arbeidserfaring	Forkortelse
1	Kvinnelig fastlege	Fastlegesenter	Under spesialisering i allmenntmedisin Ferdig fastlege i 2010	F1
2	Kvinnelig fastlege	Fastlegesenter	Spesialist i allmenntmedisin, Ferdig fastlege i 1984	F2
3	Mannlig fastlege	Fastlegesenter	Spesialist i allmenntmedisin Ferdig fastlege i 1984	F3
4	Mannlig Psykomotorisk fysioterapeut	Privat klinikk	Ferdig psykomotorisk fysioterapeut i 2010	NPMF1
5	Kvinnelig Psykomotorisk fysioterapeut	Privat klinikk	Ferdig psykomotorisk fysioterapeut i 2014	NPMF2
6	Kvinnelig Psykomotorisk fysioterapeut	Privat klinikk	Ferdig psykomotorisk fysioterapeut i 2003	NPMF3

Jeg ville ha et utvalg som ga mest mulig variasjonsbredde om temaet mitt. Jeg så etter informanter med ulik fartstid i arbeidslivet, og både kvinnelige og mannlige terapeuter. Jeg begrenset ikke utvalget ytterligere og det viktigste inklusjonskriteriet var at de skulle ha erfaring med behandling av kroniske muskelsmerte pasienter. Jeg foretok et strategisk utvalg på basis av mine kriterier, og besluttet at seks informanter, tre fra hver yrkesgruppe, ville gi meg tilstrekkelige rike data. I begynnelsen sendte jeg forespørsler til fastleger og NPMF terapeuter i nettverket mitt per epost. Det var umiddelbart lite respons å få, da de fleste har travle hverdager. En informant svarte ja umiddelbart, to svarte ja på e-post etter noen uker. Jeg forsøkte å benytte meg av snøball metoden, men det fungerte ikke. Deretter sendte jeg e-post til ulike klinikker med åpen invitasjon om å delta i studien. Etter hvert som responsene kom, avtalte jeg intervjuetid og sted. To av intervjuene foregikk på mitt kontor, tre intervjuer foregikk på de respektives kontorer, et intervju foregikk hjemme hos informanten. De fikk

alle informasjon om prosjektet per e-post, og samtykket til å delta i forskningsprosjektet. Samtidig ble de informert om at deltagelsen er frivillig og at de når som helst kan trekke seg fra studien, og at deres identitet vil forbli anonym. Ingen av informantene trakk seg. Intervjuene gikk som planlagt. Samtykkeskjemaet ble signert i forkant av intervjuene.

3.5 Analysen

Analysen har foregått hele tiden fra jeg forberedte intervjuguiden til innsamling av datamateriale til transkribering, bearbeiding og tolkning av datamaterialet. Det har stadig vært tanker, ord og begreper jeg har lagt merke til under intervjuene, transkriberingen og selve analyseprosessen. Dette har jeg notert i loggen underveis i prosessen. I denne perioden følte jeg at jeg stadig kom nærmere kjernen i problemstillingen min. Jeg merket at det som i teorien betegnes som den hermeneutiske sirkel (Alnes, 2018), er noe jeg i praksis var i ferd med å oppleve. Jeg tok meg selv i å vandre fram og tilbake i tankeprosessen, og det hjalp meg med å spisse enda et hakk hva problemstillingen, forskningsspørsmålene og teorien skulle omhandle. Jeg skjønnte essensen med at kvalitativ forskning dreier seg om at produktet blir til underveis, kunnskapen og viten tar form ettersom datamateriale blir mer og mer synlig som et resultat av analysen. Dette er en interessant prosess, men samtidig en prosess som skal gjennomføres og kvalitetssikres på basis av validitet, refleksivitet og reliabilitet. Noe jeg innså var utfordrende i alle trinnene ved analysen, da det ikke kan utelukkes at jeg som forsker, som observatør, som skribent, også tilfører min kunnskap, mitt skjønn, min forståelse til denne oppgaven. Dette gjør at dersom noen vil gjenta forskningen, og følge de samme prosedyrene som jeg har gjort i min forskning, vil ende opp med en annen oppgave og mulig vektlegge andre ting ved innholdsanalysen enn det jeg har gjort. Kunnskapen er farget av mitt ståsted og det perspektivet jeg har anlagt i oppgaven. Jeg har underveis i oppgaven, tenkt nøye igjennom og holdt meg mest mulig til gitte prosedyrer for å ivareta oppgavens reliabilitet. I følgende tekst beskriver jeg trinnene i anvendt metode og analyseprosessen.

3.5.1 Innsamling av datamaterialet

Innsamling av data foregikk ved å dybdeintervjue informantene. Under intervjuene observerte jeg informantene og la merke til ord og begreper de vektla enten ved å legge trykk på ordene med spesiell ordlyd, eller begreper som de gjentok flere ganger. Jeg noterte underveis i

sidemargen til intervjuguiden. Da mitt første spørsmål i intervjuguiden var et åpent spørsmål der jeg spurte om deres erfaringer med kroniske muskelsmerte pasienter, fikk jeg ulike beskrivelser fra alle informantene. Her kom det frem mange interessante eksempler fra deres kliniske hverdag, og variasjon i datamateriale. Jeg fulgte opp med både åpne og direkte spørsmål og forsøkte å holde en rød tråd underveis i intervjuet. Intervjuene tok mer eller mindre en time, og ble gjennomført i perioden november 2018 til januar 2019. Jeg tok opp intervjuene på lydbånd/diktafon og transkriberte rett etter hvert intervju. Transkriberingen av hvert intervju tok opp til 8-10 timer og var en svært krevende prosess i seg selv. Smålyder og ord som blant annet ehmm, sant, liksom, ble ikke tatt med. En av informantene ble rørt av sin historie og begynte å gråte. Hun ba meg slå av diktafonen, men fortsatte å snakke. Denne informasjonen skrev jeg da for hånd etter hennes tillatelse.

3.5.2 Intervjueffekt

Flere forhold kan ha påvirket svarene til informantene. Det kan være måten jeg har stilt spørsmålene, omgivelsene intervjuene ble holdt i, hvor komfortabel og ivaretatt informantene følte seg, usikkerhet, tidsrammen, forstyrrende elementer osv. Jeg opplevde at jeg var usikker ved første intervju og stilte noen ledende spørsmål. Etter hvert klarte jeg å frigjøre meg fra «malen», og stilte flere åpne spørsmål. Tiden spilte også en rolle, da noen av terapeutene hadde begrenset tid og måtte forholde seg til en tidsramme. En av informantene uttrykte at hun gjerne skulle hatt spørsmålene på forhånd, for å forberede seg, da hun merket at hun ikke kom på aktuelle eksempler der og da og ble usikker. Ved retrospeksjon kan det være en forskjell mellom medelte og faktiske erfaringer, samt meningen knyttet til erfaringene (Giorgi, 2009). Dette er et element som kan påvirke svarene. De mannlige terapeutene svarte kortere, enn de kvinnelige terapeutene som svarte mer beskrivende og fortellende. Jeg forsøkte å stille spørsmål der jeg ønsket mer beskrivende svar, men det opplevde jeg var vanskelig og merket en usikkerhet i forhold til det.

3.5.3 Valg av analysemetode

Jeg har forsøkt å finne en analysemetode som gir meg mening og får meg til å forstå gangen i det. Det har vært en utfordrende prosess og etter å ha lest ulike analysebeskrivelser ble jeg fortrolig med innholdsanalyse slik Ann Kristin Larsen (2017) beskriver i sin bok «En enklere

metode». Fasene i denne analysen er at teksten først kodes, deretter klassifiseres kodene i temaer eller kategorier, for så å sortere datamaterialet etter disse kategoriene. Til slutt undersøkes datamateriale for å identifisere meningsfulle mønstre og sammenhenger som vurderes i forhold til eksisterende forskning og teorier. Jeg skal i følgende avsnitt beskrive hvert ledd i denne prosessen.

3.5.3.1 Å kode teksten

Slik jeg nevnte i begynnelsen påvirkes forskningsprosessen av min forforståelse og det å være «nøytral» er svært krevende i denne prosessen. Det var vanskelig å la være å legge merke til ord og temaer som knyttet meg til det jeg var ute etter i min problemstilling. Jeg forsøkte allikevel å lese teksten og skaffe meg et helhetsinntrykk om hva teksten handler om, og deretter belyse temaer/koder som reflekterte best mulig informantenes perspektiv. Da jeg skulle notere kodene fant jeg ut at jeg allikevel hadde behov for struktur og valgte noen temaer som jeg kunne plassere kodene inn under. Jeg valgte temaer som knyttet meg til mitt teoretiske perspektiv. Disse temaene var: den kroniske smertepasienten, hvordan frustrasjonen kommer til uttrykk, hvordan kroppsfenomenologi kommer til uttrykk, hvilke forståelsesmodeller ligger til grunn. Under disse temaene plasserte jeg noen av kodene. Disse kodene var ord, sitater, eller beskrivelser av det som ble sagt i intervjuene som omhandlet blant annet meninger, episoder, hendelser, eksempler, opplevelser. Andre koder som ikke passet inn under temaene fikk egne titler. Disse var for eksempel håpet, livskvaliteten, kjemi, «det å være fastlege det er «give and take»». Deretter så jeg over ordene og begrepene jeg hadde notert i sidemargen under selve intervjuet, og sammenlignet disse med kodene jeg hadde valgt etter gjennomlesingen. Det var mye likt, noe som forteller meg at jeg muligens var lydhør for det jeg ville høre. Dermed kunne det være aktuelt å la en annen forsker lese over datamaterialet og finne koder, for så å sammenligne med mine. Dette ville forsterket datamaterialets troverdighet. Jeg gjentok prosessen med alle intervjuene og gjorde det i den rekkefølgen som jeg gjennomførte intervjuene.

3.5.3.2 Klassifisering av kodene i kategorier

Når jeg kom til dette stadiet ble jeg forvirret av min egen strukturering i fase 1. Jeg skjønnte at jeg mulig var litt rask med å tenke struktur. Prosessen med å redusere og begrense data hadde

tankemessig allerede begynt så vidt, men da jeg kom til denne fasen, ble det tydelig for meg at jeg nå må strukturere annerledes, for her skulle jeg luke ut data som ikke var relevant for oppgaven min. For meg var det meste interessant og dermed relevant, og det var vanskelig å tenke begrensning og sortering.

For å knytte datamaterialet opp mot oppgaven min valgte jeg å bruke intervjuguiden som en ledesnor for atter en gang å kategorisere kodene. Jeg gjorde derfor en omorganisering av kodingen i fase en, og plasserte kodene under følgende kategorier: «hvordan beskrives den kroniske muskelsmerte pasienten», «hva er utfordrende med behandlingen», «hva kan motivere til behandling», «terapeutens forståelse av pasienten». Struktureringen i fase en var ikke forgjeves for jeg skjønnte at datamaterialet må bearbeides slik at den blir mest mulig representativ for kvalitativ forskning, og da vil sorteringsarbeid skje på flere stadier.

I denne fasen tok jeg først for meg intervjuene til fastlegene, deretter intervjuene til NPMF terapeutene. Underveis i arbeidet fikk jeg innblikk i noen sammenhenger og mønstre mellom datamaterialet. I denne fasen ble arbeidsloggen et godt redskap da jeg stadig noterte ned tanker og ideer om hvilke sammenhenger og mønstre jeg ble klar over. Under analysen av datamaterialet til NPMF terapeutene så jeg at jeg måtte tilføye enda en kategori; «kroppen- en meningsbærende enhet», da mye av datamaterialet fra NPMF terapeutene omhandlet å bruke «kroppen som verktøy» i behandlingen. Jeg lagde en skjematisk fremstilling med kategorier og koder for hver og en av informantene og førte opp for hånd på A3 ark for at jeg på oversiktlig vis kunne sammenligne datamaterialet. Funnene er presenterer i resultatkapittelet.

3.5.4 Validitet (gyldighet) og reliabilitet (troverdighet)

Funnene har gyldighet i den forstand at de er relevante og besvarer problemstillingen. Jeg identifiserte interessante mønstre som er presentert i resultat kapittelet. Etter analysen så jeg tydeligere hull i teorikapittelet, og så at jeg blant annet manglet teori om sammenhenger (SOC) og styrking (empowerment). Underveis i prosessen har jeg flere ganger spurt meg selv om fortolkningene mine er troverdige og gyldige mot den virkeligheten som er presentert i datamaterialet. Jeg har også vurdert troverdigheten da jeg presenterer og drøfter teorier og studier fra andre forskere. Jeg er klar over at det er en risiko for noe svakere reliabilitet da jeg som forsker har en forforståelse og kunnskapsbakgrunn som påvirker hvordan jeg fortolker dataene, og forstår og leser forskning. Denne bevisstheten har motivert meg til å undersøke datamaterialet og det teoretiske referansene flere ganger.

4.0 Resultat

4.1 Å identifisere meningsfulle mønstre og sammenhenger

Jeg så fire «mønstre» som forteller noe om hvordan terapeutene forstår og behandler kroniske muskelsmertepasienter. Disse mønstrene er: «Kroniske muskelsmerter er ofte uttrykk for noe bakenforliggende», «Å se sammenhengene mellom symptomer og historien- det gir mening», «Å skape håp og mulighet for endring», «Meningsdannelse- å synliggjøre kroppen som en meningsbærende enhet». Disse er presentert videre.

4.2 Kroniske muskelsmerter er ofte uttrykk for noe bakenforliggende.

Kroniske muskelsmerter kan ofte maskere andre faktorer, hendelser, opplevelser eller erfaringer i pasientens liv som er betydningsfulle for pasienten, og kan bidra til symptomutvikling. Terapeuten må «lete» etter hvor det ligger.

F1 uttrykker det slik; «som fastlege så er man jo litt detektiver».

Med utsagnet referer F1 til at det må letes etter betydningsfulle mønstre i pasientens historie som kan ha en innvirkning på pasientens tanker, følelser, handling og kropp, rett og slett det som er blitt utslagsgivende for pasientens symptombilde. Slike mønstre kan være påvirket av indre og ytre forhold. Og det er ikke alltid tydelig selv for pasienten hva som kan være bidragsgivende til et symptombilde. Pasienten kommer med en smerteopplevelse, en erfaring om å ha vondt, og ser ikke nødvendigvis sammenhengen med historien og sine sosiale relasjoner.

F2 siterer det slik: «vi må lete etter, ok, hvor er det det ligger. Så det er ikke alltid kroniske smerter som er hovedtingen men at det er det som kommer fram først». Pasienten kan for eksempel komme med nakke- og rygg smerter, hodepine, epikondylitt, generaliserte smerter, diffuse smerter, angst, depresjon, fibromyalgi, ME, slitenhet og disse plagene kan ifølge F2 for eksempel maskere; «konfliktfylte forhold med foreldre, ektefelle eller med barn, arbeidsgiver». F2 nevner et eksempel fra sin kliniske hverdag der personen oppsøkte henne for en vond arm: «...det kom jo fram så mye på et helt annet plan...det var så interessant for vi snakket ikke om armen i det hele tatt...».

F3 viser til flere eksempler fra sin kliniske hverdag og forteller hvordan bakenforliggende forhold slik som; «arbeidskonflikter, seksuell mishandling, langvarig stress lidelser, ting som har presset de hvor musklene har blitt en beskyttelse for alt» kan være med på utvikling av smertebilde. Han sier at slike sammenhenger er viktig å gjøre synlig ovenfor pasienten slik at pasienten får en bedre forståelse av sin smertesituasjon. Det å snakke om dette, bruke tid på samtalen for å få frem disse historiene. Fortelle hvordan kroppens fysiologiske prosesser jobber under belastning slik som F3 gjør i sin praksis; «jeg bruker lang tid på å fortelle om binyre, hypothalamus, hypofysen, corpus amygdala, sensitivisering, nevroner, snakker om serotonin, ACTH, noradrenalin, adrenalin, stress, hormoner».

NPMF3 uttrykker også at menneskers historie har relevans, dog ikke alt i historien har like stor betydning for den enkelte til enhver tid. Det kan være lag på lag med opplevelser som legges bak seg og det er «ofte en liten rydde jobb på flere nivåer» slik NPMF3 beskriver det. Hun forteller; «man blir klar over hva man bør rydde opp i for å komme videre. Kan være arbeidssituasjon, kanskje relasjoner som er pågående...situasjoner her og nå som har med barna å gjøre, ektefelle å gjøre».

Hun får støtte av NPMF1 som sier; «ofte det som går igjen hos en del av mine med de kroniske diffuse smertepasientene er relasjonstraumer, som gjør at kroppen er i den aktiverte tilstanden. Klarer ikke å slippe», «og noen ganger er disse erfaringene lagret i kroppen, men i situasjoner kan de reaktiveres og komme opp igjen».

Videre beskriver NPMF3 at hun erfarer også ofte at pasientene ikke er klar over hvilke sammenhenger livssituasjoner og symptomer har; «ofte kan det være at folk ikke er klar over hva de egentlig strever med», men at det å ta tak i kroppen som utgangspunkt kan avsløre hva det er som er bakenforliggende i deres historier: «sånn når man begynner å jobbe med kroppen, snakke sammen, spørre om ting, så kanskje de merker også tydeligere hva det er som plager de». Historien kommer frem via samtalen men også via det å utfordre pasienten i å kjenne etter i kroppen og fremkalle reaksjoner tankemessig, følelsemessig og kroppslig. Ifølge NPMF3 kan det gi pasienten en mulighet i å få innsikt i sin egen historie og kjenne hvordan ting henger sammen; «kjenne at her og nå, den følelsen sitter i meg. Klarer ikke la være å gråte f. eks, holder magen».

Indre og ytre faktorer kan bidra til å opprettholde plagene, men det som kan være symptomskapende er det man gjør i hverdagen; «de små tingene som man gjør absolutt hele tiden, det er det som er problemet kanskje, eller ikke problemet men symptomskapende» (NPMP 3). Det å for eksempel gå store deler av dagen og bite tennene sammen uten å være bevisst at man gjør det, det å holde inn magen eller spenne lår og setemuskulatur er blant eksempler som kan

oppretholde kroppslig spenning og tappe kroppen for krefter. Etter hvert kan slike hverdagslige spenninger påvirke respirasjon, spenningstilstand i kroppen, daglig funksjon og helse og bidra til symptomskaping.

Fastleger uttrykker at det blir utfordrende når det er manglende objektive funn på medisinske tester. Det kan bli en omfattende utredningsjobb. Henvendelser til spesialister og andre helseaktører blir en del av det store bildet. F3 uttrykker helsevesenets mangel på å se sammenhengen mellom fysiske og psykiske årsaker, og at det er en overutredning på det fysiske plan; «vi har en vei å gå i helsevesenet når det gjelder å møte denne gruppen pasienter og ikke holde på med disse fysiske tingene hele tiden...for løsningen ligger ofte på helt andre plan». Videre uttrykker hun skuffelsen over mangelen på å betrakte psykiske faktorer som viktige funn; «skuffet over at psykiske faktorer ikke blir betraktet som ekte årsak av helsevesenet». Både fastlegene og NPMF terapeutene snakket om at manglende objektive funn på medisinske tester kan skape frykt for at noe er galt hos pasienten, og i enkelte tilfeller kan dette forverre symptombilde ytterligere.

Funnene indikerer at kroniske smerter ikke er opplagte fenomener hverken for terapeutene eller pasientene. Det er ofte bakenforliggende faktorer som er avgjørende for symptomskaping. Terapeutene nevner at de ofte må «grave» i historien, og ser at det ofte er sammenhenger mellom symptomene, historien, tidligere livshendelser og relasjonelle forhold. Disse forholdene setter spor i kroppen og viser seg i form av spenninger, spenninger som opprettholdes i hverdagen og gir ytterligere symptomer. Det er ikke alltid opplagt for pasientene, og heller ikke helsevesenet at slike sammenhenger eksisterer. Terapeutene nevnte flere eksempler på pasienter fra sin kliniske hverdag. De fleste eksemplene omhandlet unge og middelaldrende kvinner og menn, og mennesker som var yrkesaktive.

4.3 Å se sammenhengene mellom symptomer og historien- det gir mening

Å synliggjøre sammenhengen mellom livshendelser og kroppslige symptomer er en fellesnevner hos fastlegene og NPMF. Legene bruker samtalen til å få innsikt i pasientens livshistorie og sammenhengene mellom livet og kroppslige symptomer. Kognitiv terapi var et nyttig verktøy for F2 og F3, til å strukturere samtalen, stille åpne spørsmål og kartlegge historiene. Fastlegene hadde også til felles med å sette opp pasienter med kroniske

muskelsmerter på tampen av dagen, for å sette av mer tid og gi samtalen mer plass for å forstå denne pasientgruppen. NPMF terapeutene bruker en utforskende tilnærming til å utfordre pasientene til å bli bedre kjent med seg selv. NPMF terapeutene bruker samtalen, kroppslige erkjennelser og det å kjenne etter kroppslige signaler, som nøkkel til å forklare sammenhengene. NPMF1 bruker kognitiv terapi i kombinasjon med NPMF behandling.

En helhetlig tilnærming gir en utvidet forståelse der menneskets symptomer ses i sammenheng med multiple andre faktorer slik som biologiske, psykologiske, sosiokulturelle og relasjonelle faktorer; «det har noe å si om de har gode relasjoner eller trygg økonomi for eksempel» (F2). Dette gir et bredere innsyn i pasientens liv, og hjelper terapeuten med å forstå pasientens smertebilde. F2 uttrykker sammenhengen mellom kropp og psyke slik; «vi mennesker er ikke enkle maskiner. Og vi er ikke psyke der og fysikk der, det er en helhet som virker på oss alle». Videre beskriver hun: «men noen blir jo helt ufør av det. Da trenger det ikke være fordi de har ekstra mye smerter i den ryggen, men fordi det er vanskelig i deres liv med de andre tingene som også...og særlig kanskje med bekymringstanker, katastrofetanker. Alle disse tingene som gjør at det blir verre, som gjør at de tenker at da får jeg det aldri til. Hvordan skal jeg greie meg i livet med dette? Da blir det verre».

F3 brukte blant annet den biopsykososiale modellen til å forklare sammenhengene til sine pasienter. For han var den biopsykososiale modellen en forklaringsmodell som var lett å «selge» til pasienten, mer enn å bruke begrepene psykosomatiske lidelser eller funksjonelle plager. Han beskrev at når pasienten får følelsen av at dette dreier som psyken, da kunne de fort få en «sperre» (F3). Det var viktig å klargjøre at dette ikke er kun psykiatri eller psykiske plager. Hans opplevelse var at de «kjøpte» forklaringen på den biopsykososiale modellen og forsto bedre situasjonen de sto i og sammenhengene med andre belastninger i livet.

NPMF2 påpeker at det er viktig å være tilbakeholden og ikke for frampå med å avsløre det hun ser at kroppen viser; «jeg kan ofte se andre ting enn det pasienten sier da...ser at respirasjonen er holdt, det er ikke underlag å stå på, låsninger i kjeven og det er dissosiasjon». Det handler om å møte pasienten der pasienten er og finne den enkeltes motivasjon. Ikke alle er klare for å bli

møtt med en helhetlig tilnærming, og ikke alle klarer å ta tak i å jobbe med kroppen, tankene og følelsene. Pasientens fortelling i anamnesen er viktig, og sammen med funnene fra undersøkelsen, gir den retning i behandlingen, NPMF2 siterer; «jeg tror ikke det nytter å prakke det på de når de er så opptatt av at det ikke er det psykiske det handler om...og da tenker jeg det ikke er noe vits å jobbe helhetlig med de smertene...da tenker jeg man må være litt lur da...og prøve å skape noen opplevelser som gjør at de ser at hele kroppen henger sammen». For NPMF2 er det viktig å ikke glemme fysioterapien i det, og møte pasienten der han/hun/hen befinner seg i historien sin; «jeg gjør også en funksjonsundersøkelse i det aktuelle område, for å møte pasienten...her er det ikke følelser, her er det bursitt». Det kommer an på hvor mottakelige de er, og hvor mye belastning de har i livet ellers. Av og til er det nok å få en fokusert tilnærming på den kroppslige plagen de kommer med; «å sette i gang mye som de kanskje skjønner at de må jobbe med, men så er det kanskje ikke helt basen der til å gjøre det akkurat der og da, eller at det blir for mye, blir for tungt» (NPMF2).

NPMF3 uttrykker; «vi tar inn mye større del av virkeligheten inn i behandlingen, det er veldig meningsfylt, både for meg og pasienten», «men hvis du ikke kobler inn følelser, tanker, historien, så tenker jeg at man kommer mye fortere til kort», «nå spør man inn til hele personen og hele historien og hele sammenhengen den personen står i. Da blir man kjent. Og det bevisstgjør personen på muligheten til endring, til bedring» (NPMF3). Når mer enn kun personens symptomer tas i betraktning, kommer det også tydeligere frem at mennesket og kroppen er berørt, og tegnene vises som funn i undersøkelsen; «veldig sjelden smerter uten funn, finner ofte sammenhenger ved undersøkelsen» (NPMF3), «det handler om å forholde seg til den kroppen som kommer, man finner jo ting som kan gå på både følelsesmessig plan og fysiske plan» (NPMF3).

NPMF1 beskriver den utforskende tilnærmingen til å vise sammenhengene slik; «få i gang prosesser og refleksjoner, og få de større sammenhengene og forståelse for egen situasjon. Forståelse og innsikt i egen situasjon er gull». For NPMF3 handler det ikke om å vise og forklare disse sammenhengene, men å bevisstgjør dem. Det er da det gir mening for pasienten. Det å være utforskende, sier NPMF1, er det å være «nysgjerrig på en vennlig måte», «invitere til den åpne samtalen», «stille åpne spørsmål» og «etterspørre reaksjoner i kroppen»; «hva tenkte du i situasjonen, hva følte du i situasjonen, tenker du at det er noen sammenhenger?».

Det ser ut til å være noen fellestrekk ved tilnærmingen til fastlegene og NPMF terapeutene. De jobber ut fra en forståelse om at symptomene er uttrykk for sammenhenger mellom den levde historien og biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Fastlegene forteller, snakker, bruker kognitiv terapi for å jobbe frem disse sammenhengene, mens NPMF jobber med å

kroppslig sett bevisstgjøre sammenhengene ut ifra en utforskende tilnærming. F1 og NPMF2 har til felles at de vektla å møte pasienten der pasienten befinner seg i sin historie. F1 uttrykker det; «Det er viktig å være på bølgelengde, enn å være altfor streng...om man sjekker en vitaminstatus og en blodprøve...så har man større bekreftelse ovenfor pasienten at det ikke er behov for å gjøre noe mer nå...det er ikke den største samfunnskostnaden». På samme måte uttrykker NPMF2 at det er viktig med en tilpasningsevne og behandle ut fra en helhetlig men også mer spesifikk behandling for å møte pasientens behov. Begge faggruppene nevner også begrensningen med at man ikke kan hjelpe alle, eller tilfredsstillere alle pasienter. Det medfører at noen pasienter slutter eller bytter behandlere.

4.4 Å skape håp og mulighet for endring

Det å skape håp hos pasienten går igjen hos både fastlegene og NPMF terapeutene, men de beskriver det på forskjellig vis.

Det at pasienten merker effekt, virkning og bedring gir håp. Fastlegene jobbet blant annet med å bedre livskvalitet for eksempel ved å smertelindre som igjen kan øke funksjonsnivå og virke forebyggende. F3 uttrykker: «jeg vil si at du vil aldri bli smertefri, men du kan få en annen opplevelse av smerten, du kan få bedre livskvalitet, du kan takle smertene...kanskje jobbe». Det handlet om å finne en balanse mellom aktivitet som for eksempel å være i jobb, og hvile, slik at pasienten klarer å fungere godt på hjemmebane og i arbeidslivet, medikamentell tilpasning og tilpasset sykmelding. F1 er veldig for gradert sykmelding og hjalp pasientene med å finne en balanse til å best mulig leve med smertene: «og det tenker jeg på som forebyggende enn at hun skal holde på i 100% sykmelding igjen». F1 uttrykker håpet som å « snakke om de gode periodene...det å finne de tingene i livet som funker...» og aksept for egen tilværelse.

F3 påpekte at for å komme igjennom til pasienten så må man spille på lag, og da er det viktig å gi pasienten følelsen av å bli trodd og akseptert; «at jeg aksepterer deg som menneske, med din årsakssammenheng- og vi kan tenke bredere», «man må ikke formidle til sånne folk at de ikke har plager. De har plager, de tøyser ikke». F2 og F3 anvendte kognitiv terapi for få pasienten til å tenke mer realistisk, ha et kritisk blikk på negative tanker og strukturere samtalen, ellers kunne samtalen ta altfor mye plass uten at det konstruktivt kom noe ut av det; «veldig mange som har kroniske smerter har veldig behov for å komme å fortelle hvor ekstremt vondt de har. Også blir det ikke noe mer. Og det er jo ikke nyttig». F1 snakker om at noen synes det er dyrt å gå til psykolog og bruker fastlegen som samtalepartner, men er usikker på nytten av det: «om det er nok at vi fastleger snakker, det vet jeg ikke...jeg tenker at disse pasientene trenger egentlig tverrfaglig

hjelp. De trenger hjelp til fysisk aktivitet, til psykiske problemer, til å følge opp medisiner hos legen». Hun uttrykker her at tverrfaglig tilnærming er bedre egnet denne pasientgruppen.

Håp handler om å få bedring, men også ansvarsfølelse for egen helse og egen utvikling. NPMF terapeutene uttrykker at inkludering og ansvarliggjøring er nøkkelbegreper. Det å inkludere de som aktive deltakere i behandlingsprosessen; «de skal eie helst sin egen fremgang, sin egen utvikling. Da er det noe som sitter mye mer, mye lenger. Gi dem retning til å styre selv» (NPMF1). Det å ha en aktiv tilnærming står sentralt; «viktig å ikke passivisere pasienten men å skape håp og opplevelser som gjør at de kan se at det kan være en endring» (NPMF2). Det å bruke aktivitet i behandlingen for å fremme trygge bevegelser slik NPMF2 forteller; «fremme trygge bevegeligheter og opprettholde alle bevegelser man kan og så ofte som mulig, og være trygg i kroppen sin». En slik trygg fremstilling av øvelser vil også kunne gi muligheten for å jobbe med eventuelle funksjonelle begrensninger på grunn av frykt for smerte, og bli bedre kjent med seg selv; «å utfordre de på å bli kjent med seg selv, men også på å bli kjent med smertene sine» (NPMF2). Å jobbe med ressursene og potensiale i kroppen kan gi en mestringsfølelse. Her blir veileder rollen til terapeuten aktuell. Terapeuten kan veilede, vise retning slik NPMF1 nevner i et sitat ovenfor og NPMF2 nevner: «se hva som er deres mønster, skape erfaringer, være med de i prosessen», og hjelpe pasienten med å bli bedre kjent med seg selv, med å skape kroppslige erfaringer, med å være med i prosessene som skaper fremgang og/eller bevisstgjør sammenhengene. Å fortsette aktiv tilnærming utenfor behandlingsrommet er vel så viktig for opprettholdelse av mestringen: «gi tilbud, bygge der ute, aktiviteter, ting som kan være sosialt, få annet fokus. Har du noen støtte der ute, noen å alliere deg med» (NPMF1).

Samtalen har en viktig betydning i behandlingsrommet. Samtalen i seg selv brukes målbevisst til å fremme et samarbeid, finne motivasjonen til den enkelte, definere hjelpen, avklare forventninger og mål, stille åpne spørsmål, tydeliggjøre prosessene som det arbeides med og skape innsikt hos pasienten i pasientens egen livsverden. NPMF1 uttrykker: «å jobbe mot realistiske gjensidige forventninger, at dette skal vi felles jobbe mot. Er det realistisk å være smertefri? Hva vil det si å være smertefri?». Her er det ikke kun hva terapeuten sier som teller, men også hvordan pasienten selv ordlegger seg i prosessen, noe som vil bidra til at prosessen blir meningsfull. NPMF1 forteller om hvordan urealistiske mål og krav om å bli «fikset» kan skape hinder i et samarbeid; «pasienten har forventninger som er høyt der oppe...og jeg sier at dette kan jeg tilby...så har du et stort sprik som gjør at pasienten blir skuffet eller provosert...at forventningene ikke er innfridd».

Ordbruk og evne til å sette ord på sine erkjennelser er meningsdannende for pasienten, og er nødvendig for å få innsikt i egen situasjon; «Bevisstgjøring skal handle om å sette ord på noe. Få begrep om noe, være mest mulig riktig, at man ikke snakker nedsettende om ting: den forferdelige kroppen for eksempel. At man tenker ting som ikke er riktig og får negativ konsekvens følelsesmessig. Kanskje bevisstgjøre at man faktisk har påvirkning på egne tanker og følelser (NPMF3)». Det å skille på «smerte og stolhet» (NPMF2) er et annet eksempel på hvordan riktig ordbruk kan ha noe å si for hvilken opplevelse pasienter har.

Håpet handler om å fortelle, forklare, bevisstgjøre ressursene som er iboende i mennesket. Å innse at man har et valg og vite at man selv kan ha innflytelse over egen situasjon, bidrar til håndtering, egenbehandling og mestring. Som ledd i prosessen er det viktig med en konstruktiv og «riktig» samtale, begrepsbruk som tydeliggjør opplevelser og erfaringer, men også det non-verbale spiller en rolle. Terapeutens personlighet og kjemien, det at man får en god tone, kan fremkalle potensialene og ressursene i pasienten og bidra til endring.

For å få til en prosess, et konstruktivt samarbeid og felles plattform, forutsetter det at pasienten og terapeuten har god kjemi seg imellom. For begge faggruppene var det å ha kjemi en forutsetning for tillit, god terapeut-pasient relasjon og allianse. F1 beskriver alliansen som «give and take», «jeg gir jo ytelser og jeg prøver å gjøre det beste, men jeg trenger å se at pasienten tar imot beskjedene, at de prøver å gjøre noe med det...når de følger opp, for eksempel fysioterapi, riktig kost...Kjemien kommer litt når man ser at begge parter jobber». F1 beskriver også hvordan empatien utgjør en viktig del av hennes forståelse for pasientene: «for de har vondt, det tror jeg nok på. Det er mye smerter. Hadde jeg gått rundt og hatt vondt hver dag, til enhver tid så hadde jeg blitt veldig psykisk belastet jeg også».

En allianse er grobunn for gjensidig samarbeid, å arbeide med blant annet «bevisstgjøring av sammenhenger» men også «å skape håp». NPMF1 siterer: «har man ikke kjemi så vanskeliggjør det behandlingen når man skal inn å tematisere en del vanskelige ting å være såpass tett på som vi er». NPMF1 vektlegger at man er «genuin, tilstede, har øyekontakt, har tålmodighet, viser ivaretagelse, forståelse og empati» som nødvendig karaktertrekk ved personligheten til terapeuten, for at man skal klare å skape tillit og trygghet. I en slik trygg atmosfære kan pasienten tillate seg å føle på tillit og det å bli trodd; «det er viktig å kunne snakke om frustrasjonen og intensjonen og plagene, at man blir tatt på alvor og at det er helt reelt for den pasienten»... «da tillater de seg for å slippe opp på gamle mønstre som de har hatt for å ha kontroll. Skape mulighet for at det går an» (NPMF1).

Fastlegene snakker om håp som det å få bedre livskvalitet, bli sett, trodd og akseptert, se på det som fungerer og akseptere sin tilværelse. NPMF terapeutene snakker om at håp er å ta

ansvar for egen helse. Det er meningsskapende. Å bli kjent med seg selv, få hjelp til å se ens potensialer og ressurser, bli trygg i egen kropp bidrar til mestringsfølelse og mulighet for endring. Begge faggrupper snakker om samtalens viktighet og dens rolle i behandlingsprosessen. Det er en enighet om at samtalen må ha struktur og være «riktig» i den forstand at den ikke er nedsettende men fremmer innsikt, erkjennelse og bevisstgjør en endringsprosess. Både fastlegene og NPMF terapeutene påpeker kjemi og tillit som nødvendige elementer i en behandlingsprosess.

4.5 Meningsdannelse- å synliggjøre kroppen som en meningsbærende enhet

NPMF snakker om hvordan de jobber med kroppen som «inngangsporten» til mennesket og behandler funn som spenningstilstand, bevisstgjøre sammenhenger, innsikt og erkjennelser.

Her snakker NPMF2 om at det er en ting å høre om det intellektuelt; hvordan kroppen henger sammen med livshendelser, men når pasienten gjør seg kjent med sitt spenningsmønster og beredskap, gir det mening, en mening som er overførbart til hverdagen; «det er noe annet å høre om det intellektuelt eller kjenne det der og da, men så er det å se i hverdagen at det blir meningsfylt for dine smerter».

Det å kjenne sin egen kropp er ingen selvfølge. Ofte kan opplevelser av smerte over tid skape reaksjoner som gjør noe med hvordan kroppen fornemmes. Det kan skapes en distanse til kroppen, da overveldende smerte tar overhånd. NPMF1 beskriver det som om kontakten med kroppen blir forminskert; «de har lite kontakt med kroppen, de er i hode... har kuttet kroppen litt ut. Eller de har presset kroppen til å gjøre hva hode vil, og så holder man på lenge, tilslutt gir kroppen såpass tydelig beskjed at det ikke går lenger». Da skjønner man ofte ikke hvorfor man har vondt i hode for eksempel fordi man ikke helt ser hvordan ting henger sammen; «folk skjønner ikke sammenhengene, stiller seg spørrende til smerter i kroppen. Hun har dårlig kontakt med kroppen. Hun kjenner ikke så godt når jeg tar på kroppen. På en måte tenker jeg at hun har koblet dette fra seg. Og skjønner heller ikke på en måte sin smerteproblematikk» (NPMF3). Og når kroppen er utydelig er det å kjenne på spenningstilstand i kroppen heller ikke er en selvfølge; «det å kjenne på spenninger kan være fjernt for folk, ikke iøynefallende alltid» (NPMF3), «mange vet jo ikke hva det er å være avspent» (NPMF1).

Å få kontakt med kroppen; «oppdage egen kropp, oppdage nye bevegelser og gjøre seg nye erfaringer i kroppen» (NPMF2) gir også en verdi i form av å skape økt trygghet i seg selv, relasjoner og andre situasjoner; «hun blir mye tryggere på seg selv i sin situasjon ved at hun får

kroppen litt tilbake og kan anerkjenne på en måte den kroppen som hun heller faktisk ikke kjenner så godt. Skremmende i starten, å ikke kjenne kroppen. Å finne tryggheten i seg selv etter hvert» (NPMP 3), «skape forståelse av egen kropp. Bli kjent med seg selv på nye måter, bli bevisst automatikken, det hverdagslige» (NPMP 2), «det er møte med de selv som jeg opplever kan være det som bringer de til ny erkjennelse» (NPMP3).

Det å bli mer bevisst kroppen via NPMP behandling, gir muligheter og verktøy til håndtering av uhensiktsmessige mønstre i kroppen. Og slik prosess gir mening og fører til aha-opplevelser og kroppslig læring som fører til ny innsikt og viten om seg selv, sin situasjon og symptombilde. «For det handler om å oppdage egen kropp. At det ikke alltid handler om smertene, men det handler om å oppdage nye bevegelser, nye erfaringer i kroppen» (NPMF2). Det å da få øyeblikk der man kognitivt eller kroppslig får en erkjennelse eller blir bevisst sammenhengene, kan skape aha-opplevelser; «og vi sammen kan reflektere tilbake igjen til kroppen. Og da er det ofte at når de har kognitivt skjønt litt mer hvordan ting henger sammen, ...om det er stående, sittende, liggende...overføringsverdien den går begge veier. Og da kan de få «åja», det har jeg ikke tenkt på...» (NPMF1), «kjenne at her og nå, den følelsen sitter i meg. Klarer ikke la være å gråte f.eks, holder magen» (NPMF3), «bare at folk plutselig kjenner...åh nå føler jeg meg plutselig så sterk i bena, nå har jeg sånn kraft når jeg gjorde det...det er jo ganske banalt...trenger ikke kalle det endring engang, men kan kalle det opplevelser og erfaringer...det er veldig spennende» (NPMF3), «sånn at de merker seg hva de gjør med kroppen, med pusten eller om de går og biter tenner» (NPMF2), «åh jeg merker at jeg går og holder» (NPMF2), «plutselig begynte hun å kjenne på ulike spenningsmønstre i kroppen, som ikke hadde vært tydelig før. Så det synes jeg er veldig gøy, når pasienten får aha opplevelser» (NPMF2), «så ser du plutselig at det er mye du kan gjøre selv, ved å bare endre vanemønster, som kanskje er litt fastlåst» (NPMF2), «de er her en promille av sin totale tid. Så gjerne det at de kan få en litt annen erfaring her på benken. De klarer litt og litt å gi slipp på spenning, eller beredskap. Det kan gi mindre smertebilde» (NPMF1).

NPMF1 uttrykker at det er sammenheng mellom «følelser og spenninger, tanker og spenninger, situasjoner og spenninger», «følelser er jo kroppslig, fysisk. Man har vondt i magen, kjenner man gruer seg til noe. Hvordan kroppen reagerer». NPMF1 bruker eksempler fra hverdagen og ber pasientene huske hvordan det er når man gruer seg, eller gleder seg og hvordan det kjennes kroppslig. På den måten tydeliggjør han hvordan kroppen og følelsene henger sammen: «anvende gammel kunnskap eller erfaring innen ny kontekst» (NPMF1). Når spenningen slipper

kan det gi fornemmelser på flere plan enn kun den fysiske for eksempel; «det å slippe gir jo mange konsekvenser i forhold til følelsesutfordringer, så kommer drømmene, så kommer minnene, så kommer ting opp som må bearbeides før man kan gå videre på en måte. Bli en prosess» (NPMF3). Bevegelser kan skape følelsesmessige reaksjoner, for eksempel; «det å slippe skuldrene, det er trist» (NPMF3).

«Vi har så sterkt middel med kroppen, for den avslører jo. Den avslører at det er noe her, enten man vil eller ei» (NPMF3).

Jeg tenker ofte på at så mange mennesker...hva de har opplevd, hva har du klart. At kroppen er et vitne om det. På mange måter så beundrer jeg folk, hva de har klart å stå igjennom egentlig. Den måten kroppen har klart dette på, det tror jeg av og til gir mening for folk etter hvert. Noen kan ha et forhold til kroppen, at den svikter de, at den ikke holder mål, at det er den som hindrer de i å leve. Hadde det ikke vært for den så hadde alt vært greit. Men jeg ser på symptomer ofte som et uttrykk for nettopp at kroppen gjør alt den kan for å hjelpe folk. Derfor når det blir for mye, så blir det for mye. Den beskyttelsen kroppen har bidratt til den klarer den ikke lenger. Kroppen er absolutt en alliert, ikke en motstander (NPMF3).

NPMF beskriver at kroppen er en ressurs, og det å bli bevisst kroppens iboende ressurser, bli bedre kjent med seg selv, kan bli kilde for endring.

5.0 Drøfting

5.1 Fra dualistisk til dialektisk forståelse

Litteraturen belyser hvordan den dualistiske forståelsen av kropp og tanke (objekt og subjekt) som adskilte fenomener har preget helsevesenet og forståelsen av kroniske muskelsmerter frem til nå. «Det har blant annet ført til et helsevesen som er preget av et mekanistisk, distanserende og reduksjonistisk syn på kroppen» (Heggdal, 2003, s.243). Den dualistiske forståelsen utfordres av den kroniske muskelsmerte pasienten. I verste fall kan manglende kunnskap, usikkerhet og benektelse av pasientens smerter blant fagfolk bidra til at pasienten henvises til ulike spesialister og havner som kasteball mellom ulike fagfolk uten forklaring på hvorfor kroppen er vond. Eller at «normale funn» tilsier at ingenting feiler kroppen og derfor må psyken ha en rolle i pasientens smerteopplevelse, med konsekvens å sende pasienten videre til psykolog eller psykiater. Dette kan virke frustrerende for både helsepersonell og pasienten, og utredningen kan være tidskrevende og slitsom for pasienten som opplever at smertene vedvarer over tid. Ofte kan overutredning, overdiagnostisering og overbehandling bli et problem, og kanskje en mulig årsak til ytterligere «kronifisering» av pasientenes muskelsmerter. Legens usikkerhet kan føre til overutredning i håp om å finne en årsak (Skogheim, 2017). Slik IASP definerer smerte, er smerte en subjektiv opplevelse. Forståelse og forklaring basert på denne definisjonen kan tolkes som at smerten «sitter mellom ørene» av pasienten, og ikke er reell. Opplevelse av mistillit, det å ikke bli trodd og ikke få anerkjennelse for sine symptomer, er uheldig og kan føre til dårligere prognose, samt dårligere selvfølelse, tiltro til egen mestringsevne, håpløshet, skam og dårligere pasient-terapeut kontakt. Hvordan mennesket betrakter og håndterer sin vonde kropp, og hvordan han/hun/hen blir forstått og møtt med sin vonde kropp av familie, venner, kollegaer og helsevesenet blir betydningsfull i en behandlings- og bedringsprosess.

Funnene viser at både fastlegene og NPMF terapeutene forstår den kroniske muskelsmerte pasienten ut fra en holistisk forståelse der mennesket som objekt og subjekt ikke er adskilt. De har en dialektisk forståelse, der kroppen er tvetydig og er objekt og subjekt samtidig, og det psykiske og fysiske utgjør en sammensatt enhet. Deres perspektiv reflekterer en forståelse der

både fysiske og psykiske faktorer samt belastede opplevelser, relasjoner, livserfaringer og sosioøkonomiske forhold er medvirkende i utvikling og opprettholdelse av kroniske muskelsmerter. Sammensatte årsaksforklaringer der flere faktorer spiller en rolle for utvikling og opprettholdelse av symptomene blir nevnt som forklaring. Relasjonstraumer, vanskelige relasjonelle forhold, arbeidskonflikter, langvarig stress eller mishandling kan være bakenforliggende faktorer, hendelser, opplevelser som med tiden aktiverer kroppens beredskap og fører mennesket til en «allostatisk oppladning». Konsekvensen er muskelsmerter som for eksempel nakke og ryggsmarter, hodepine og migrene, fibromyalgi, fordøyelses plager, kronisk utmattelse, noen former for astma (van der Kolk, 2014). «Allostatisk oppladning» kan føre til aktivert beredskap flere år etter. Fastlegene og NPMF terapeutene beskriver at det ikke alltid er så opplagt at slike forhold kan ligge til grunn. Det nevnes at man må være «litt detektiver» (F1) for å finne ut hva som er bakenforliggende, eller at det ligger på «et helt annet plan» (F2) enn kun de fysiske plagene pasientene kommer med, eller at det er lag på lag og ofte en «rydde jobb på flere nivåer» (NPMF3) for å finne ut hva som ligger bak. Det er heller ikke alltid like opplagt for pasienten at problemet er av sammensatt karakter og involverer fysiske og psykiske komponenter. Det at pasienten ser og forstår sammenhengene mellom disse medvirkende faktorene utgjør en sentral del i behandlingen hos fastlegene og NPMF terapeutene. Deres opplevelser er at «mange brikker faller på plass» i det pasienten oppfatter og forstår hvordan livet henger sammen med deres symptombylle og hvordan kroppen som sammensatt enhet responderer til livsbetingelsene. Behandlingen handler om å fortelle og forklare disse sammenhengene ovenfor pasientene. Faggruppene gjør dette på ulike vis.

Fastlegene gir samtalen vesentlig betydning og setter av nok tid på tappen av dagen for å møte pasienter med kroniske muskelsmerter. To av fastlegene har videreutdanning innen kognitiv terapi og anvender kunnskap fra feltet for å strukturere samtalen, slik at samtalen blir relevant i forhold til pasientens symptomer, historie og sammenhenger. Sammenhengen mellom kroppen, følelsene, tankene og konteksten tydeliggjøres. Funnene viser at flere av terapeutene erfarte at det å kombinere legevitenskap og fysioterapi med kognitiv terapi fungerte som «hånd i hanske» i deres kliniske hverdag og særlig i møte med kroniske muskelsmerter pasienter. Kognitiv terapi hjalp dem i prosessen med å utvikle kvaliteter hos pasienten som handler om å ha kontroll over smertens plass i eget liv. F3 nevner hvordan den biopsykososiale modellen lettere blir tatt imot av pasientene enn begreper som

psykosomatiske og funksjonelle plager. Nevrofysiologi og tverrfaglige forklaringsmodeller som beskriver samspillet mellom kroppens systemer, psyken og sosiale kontekst brukes som forklaringsmodeller for å forklare pasientens smerter. Malterud (2010) beskriver hvordan PNI kan brukes for å forklare pasientens kroniske muskelsmertetilstand, bidra til innsikt i det dynamiske samspillet mellom kroppslige og mentale prosesser og livsbetingelser, slik at kroniske muskelsmerter ikke lenger behøver å oppfattes som uforklarte symptomer.

NPMF terapeutene anvender det fenomenologiske perspektivet i tillegg til nevrofysiologi og nevrobiologi i deres forståelse av pasienten. Kroppen forstås som meningsbærende og som et uttrykksfelt. Symptomene som mennesket kommer med er uttrykk for deres levde og levende liv, historien og livsbetingelsene. Slik NPMF3 nevner, holder det ikke med å forklare og fortelle om sammenhengene, det må bevisstgjøres kroppslig. Å få innsikt i pasientens livsverden via utforskende tilnærming, refleksjon, verbal og non-verbal kommunikasjon, taktil berøring for å fremme kroppsbevissthet og kroppsflexibilitet, øvelser og bevegelser er eksempler på tilnærminger NPMF terapeutene benyttet for bevisstgjøring og skape erkjennelse av sammenhengende i behandlingen. NPMF2 nevner at det av og til kan være utfordrende å anvende helhetlig tilnærming, når pasienten kommer med en konkret plage, fordi det ikke er så opplagt for pasienten at symptomene er av sammensatt karakter. NPMF2 nevner at man må passe på at man ikke «trækker de på tærne» ved å overskride deres forståelse, men heller eksemplifisere ved å anvende praktiske eksempler slik at pasienten kroppslig erkjenner sammenhengene og sådan får forståelse for og innsikt i hvordan det henger sammen. Solheim (2012) nevner eksempler på kroppslige uttrykk som «gråten i halsen» og «sommerfugler i magen» som viser hvordan følelsene våre er kroppslige, er kroppslige forankret og uttrykkes kroppslig. «The heartsink patient» er også et eksempel på legens kroppslige fornemmelse i møte med «MUPS» pasienten; «når man ser et navn, umiddelbart tenker «Å nei...», og kjenner hjertet synker i kroppen før man går for å rope dem opp» (Skogheim, 2017).

For NPMF terapeutene blir «kroppen» veien inn til mennesket og menneskets livsverden. Kroppslige erkjennelser bidrar til selvinnsikt, kroppskunnskap, forståelse av hvordan livet setter spor i kroppen. Vurdering av pasientens ressurser, omstillingsevne og mottakelighet gir retning i behandlingen. Slik NPMF2 nevner er ikke alle kroniske smertepasienter klare for å jobbe helhetlig. Noen har svært belastede liv, og mye er vanskelig med tanke på lite nettverk

og støtte apparat, dårlig grunnlag i forhold til sosioøkonomi og relasjonelle utfordringer. Da er det ikke sikkert de har basen for å jobbe helhetlig med seg selv. Pasientens sårbarhet tas i betraktning. En person som for eksempel gjennomgår en skilsmisse er kanskje ikke klar for å senke skuldrene og dempe den kroppslige aktiveringen. Kanskje beredskapen er nyttig for vedkommende i den vanskelige prosessen. I slike tilfeller vil behandlingen bære i retning av å jobbe med stabilisering, kroppsbevissthet og jording, for bedre kroppslig forankring, balanse og kroppsavgrensning.

Funnene indikerer en bevegelse i retning vekk fra dualistisk forståelse og i retning dialektisk forståelse av mennesket med kroniske muskelsmerter. Selv om fastlegene og NPMF terapeutene formidler tydelig denne forståelsen, uttrykker noen av terapeutene en tilbakeholdenhet ved forklaring av psykosomatiske forhold ovenfor pasienten. Slik F3 indikerer kan pasientene få «sperre» om plagene blir oppfattet psykiske av helsepersonell. Heggdal (2003, s.237) skriver at «helsevesenet har tradisjonelt vært preget av en objektforståelse av kroppen, noe som forsterker pasientens opplevelse av fremmedgjøring». Ved kroniske muskelsmerter kan et endret kroppslig perspektiv være resultat av langvarig negativ erfaring med den levde kroppen der fokuset hovedsakelig har vært og er smerteopplevelsen og restriksjoner i forhold til funksjon og sosiale relasjoner. Å bringe endring ved slik kroppslig perspektiv kan være utfordrende for helsepersonell. Ahlsen, Mengshoel & Solbraekke (2012) beskriver hvordan behandlingserfaringene til de mannlige deltagerne i studien var «fast forankret i en biomedisinsk forståelsesramme, som handler om å identifisere årsaken til problemet, reparere den fysiske skaden og bygge opp muskelstyrke». Det er fortsatt en lang vei å gå når det gjelder forståelse av at kropp og psyke er en enhet, også for mange pasienter.

5.2 Kropp og psyke- en enhet

Ojala et al viser til forkningen til Drench, Noonan, Sharby og Ventura som påpeker at “the mind and body are nowhere in medicine more closely linked with each other than in chronic pain” (Ojala et al, 2015, s. 369). Ifølge Solheim (2012) er begrepet psykosomatisk et forsøk på å overkomme skille mellom fysisk og psykisk. Hun problematiserer at begrepet er blitt tolket og framstilt som somatiske plager med psykisk årsak, enn at det er likevekt mellom begrepene. Kroppsopplevelser er ikke vektlagt i begrepet (Solheim, 2012).

Ahlsen (2014) beskriver hvordan den biopsykososiale modellen blir anvendt som grunnlagstenkning i tilfeller hvor medisinen ikke er stand til å påvise kroppslige endringer-

«lidelser som ofte omtales som funksjonelle eller psykosomatiske». Studier beskriver (Ahlsen, 2014; Ojala et al, 2015) hvordan det biopsykososiale sykdomsperspektivet kommer til kort når det gjelder å forstå pasientens historie, og hvilken betydning sykdommen har for den enkelte. I studien til Ojala et al (2015) beskriver personene med kroniske smerter hvordan psykososiale faktorer som angst, ensomhet, tap av identitet og lav livskvalitet var hovedproblemene og ikke den fysiske smerten i seg selv. Disse psykososiale symptomene kan være personens respons til opplevelse av kroniske smerter, på basis av de meningene pasienten har om sin smerte (Ojala et al, 2005). Videre trekker Ahlsen (2014) frem et viktig moment om at det ikke bare er et spørsmål om opprinnelse for den som lever med kroniske smerter, men det reiser også spørsmål av moralsk og eksistensiell karakter; «Hvordan skal jeg greie meg i livet med dette...da får jeg det aldri til...» (F2). Råheim (2003) argumenterer for at det er av stor verdi for klinisk praksis å kjenne til og ta på alvor endringer som skjer i pasienters livsverden når kroppen blir syk, smertefull og begrensende. «Smerte har en psykologisk så vel som en fysiologisk, kulturell og eksistensiell side» (Nortvedt, 2015, s.182). Ahlsen (2014) stiller spørsmålet hvor har det biopsykososiale perspektivet ført oss?

Den biopsykososiale modellen bygger på nerveteorier som vektlegger hjernens som overordnet organ som bearbeider sansemessige, kognitive og emosjonelle input og avgjør utfallet av smerteerfaringen. Kognitiv terapi og kognitiv atferdsterapi er «i vinden» og flere terapeuter velger denne utdanningen som komplementerende kunnskap i deres kliniske praksis. Også disse prosessene baserer seg på bevisste tankemessige prosesser, og hjernens kognisjon spiller en vesentlig rolle.

Sletvold bygger på Damasio tenkning; «sinnet bor i kroppen, i ordets fulle betydning, ikke bare i hjernen» (sitert i Sletvold, 2005, s. 498). Sletvold (2005) tar opp en viktig diskusjon og belyser at den moderne dualismen går ut på sinn/hjerne på den ene siden og resten av kroppen på den andre og ikke mellom sinn og kropp. «Tilsvarende handler den moderne reduksjonisme om å redusere sinnets kroppslige grunnlag til hjernen» (Sletvold, 2005, s.498). I sin artikkel påpeker Sletvold (2015) at den emosjonelle kroppstilstand utgjør «the missing link» mellom kropp og sinn. Dette oppfatter kroppen i sin helhet som et persepsjonssystem (Merleau-Ponty, 1994), der han bygger sin påstand på Merleau-Pontys filosofi om fenomenologi. Den «emosjonelle kroppstilstand er kroppens ubevisste reaksjon på alle

inntrykk fra omgivelsene og hukommelsen, fra det ytre og det indre miljø. Følelser oppstår idet vi blir oss bevisst denne kroppstilstanden» (Sletvold, 2005, s.497).

Malterud (2010) beskriver hvordan perspektiver fra smertefysiologi og fenomenologi kan bidra til refleksjon over årsaksforståelse og behandlingsstrategier ved kroniske muskelsmerter og åpne for nye forklaringer i samhandling med pasienten. Uttrykkene «livet setter spor i kroppen» eller «kroppen husker» handler om en ubevisst hukommelse som er kroppslig, emosjonell og relasjonell, ikke symbolsk og verbal (Sletvold, 2005). Porges (2009) og traumeforskeren van der Kolk (2014) med boken «the body keeps the score» beskriver banebrytende teorier, «polyvagal teorien», der den tiende hjernenerven; n.vagus forbinder kroppens organer: hjernen, lunger, hjerte, diafragma og fordøyelsen, og utgjør den ubevisste fysiologiske reguleringen av indre og ytre miljø samt respons til potensielle trusler. Forskning på området sier at hvis «kroppen husker» og uttrykker seg i form av muskelsmerter så kan svaret ligge i den komplekse nevralt kommunikasjonen mellom tanker, hjernen og organene, som igjen regulerer følelsene (van der Kolk, 2014). Van der Kolk stiller spørsmålet; dersom mennesket befinner seg i en aktivert tilstand, for eksempel i en «fight flight»-tilstand, hvordan kan normale sanseopplevelser og følelsesmessige reaksjoner integreres igjen, og føre til en tilstand der mennesket føler seg trygg og hel i sin kropp?

Nevrologen Antonio Damasio (van der Kolk, 2014, s.93) belyser spørsmålet med å vise til samspillet mellom kroppstilstand, følelser og overlevelse; «sometimes we use our minds not to discover facts, but to hide them... . One of the things the screen hides most effectively is the body, our own body...». Traumeforskere beskriver hvor lite kontakt mennesker som har opplevd traume, eller langvarig stress, har med kroppen, og veien til integrasjon og normalisering er først og fremst å bli kjent med seg selv igjen, bli selvbevisst/selvoppfattelse, bli kroppsbevisst og bli bevisst kroppens indre miljø- «interoception», og kroppens relasjonelle forhold til omgivelsene (Van der Kolk, 2014).

5.3 «Veldig sjeldent smerte uten funn»

Malterud (2010) mener at om plagene oppfattes som uforklarte, betyr det ikke at de er uforklarlige. Diagnosesystemet kan ha mange funksjoner blant annet gir det en forklaring på pasientens smerter. For mange kan det å få en diagnose bety legitimering av de kroppslige plagene noe som kan ha betydning for forsikringsselskaper, NAV og andre viktige personer. Funnene indikerer at mangel på slik legitimering skaper uvisshet og frykt hos mange pasienten. Den biomedisinske referanserammen viser seg å være utilstrekkelig i møte med denne pasientgruppen. Funnene viser at terapeutenes bredere forståelsesramme omfavner flere aspekter ved mennesket enn kun symptomatologien, og anerkjenner menneskets plager og den historien mennesket kommer med. NPMF3 terapeuten beskriver det slik; «..., man finner jo ting som kan gå på både følelsesmessig plan og fysiske plan», «vi tar inn mye større del av virkeligheten inn i behandlingen, det er veldig meningsfylt både for meg og pasienten», «men hvis du ikke kobler inn følelser, tanker, historie, så tenker jeg at man kommer mye fortere til kort», «nå spør man inn til hele personen og hele historien og hele sammenhengen den personen står i. Da blir man kjent. Og det bevisstgjør personen på muligheten til endring, til bedring».

NPMF terapeutene behandler ut ifra funn som for eksempel; holdt respiratorisk mønster, dårlig kroppsbalansen, ansente kjevemusklere, forekomsten av dissosiasjon. Slike funn kan gjenspeile økt beredskap og aktivert kroppstilstand hos mennesket, men kan også være tegn på resignasjon. Sett i lys av pasientens historie gir kroppsuttrykkene mening og indikasjon på livsbelastninger i pasientens liv. Engelsrud (2006) beskriver hvordan livserfaringer er nedfelt i kroppen over tid som kroppslige reaksjoner og vaner. Disse vanene og mønstrene, viser seg som tegn, som funn i undersøkelses- og behandlingsprosess. Med NPMF terapeutens hjelp kan pasienten oppdage og bli bevisst disse mønstrene og vanene. Von der Fehr (2008) beskriver at disse erfaringene er ikke- verbale budskap, og dersom budskapet ikke blir tatt på alvor, kan det reduseres til biologi eller til fagområde der kroppslige erfaringer har liten plass.

Råheim (2003) beskriver at det medisinske blikket ikke er skarpt når det gjelder å se etter og systematisere kunnskap om hva kroppen uttrykker. Funnene viser at begge faggruppene anerkjente pasientens symptomer, men fastlegenes utgangspunkt var mangel på objektive funn ut fra biomedisinske referanseramme. For fastlegene var dette utfordrende, men med utvidet forståelsesramme var det grunnlag for å forklare pasientens plager ut fra sammenhenger. NPMF terapeutene bringer inn kroppsperspektivet som innfallsvinkel til forklaring av plagene i tillegg til å bevisstgjøre sammenhenger, og det gir mening for mange

pasienter. «Terapien er retta mot funksjonar, ikkje mot diagnosar» (Solheim, 2014). Fenomenologiske perspektiver retter oppmerksomheten mot livsbetingelser, mening og tolkning av kroppslige signaler. «Kroppsfenomenologien utfordrer altså det medisinske feltet, og alle helseprofesjoner, til å integrere levd erfaring i forståelse og representasjon av sykdom» (Råheim, 2003, s.16).

5.4 Kroppen som kilde til kunnskap- kroppsperspektivet

Den levde og levende kroppen er forskjell fra den medisinske vitenskaps begrep om den objektive kroppen. Ved å rette oppmerksomhet mot kroppen som bærer av viten og erfaring, kan en få mer kunnskap om hvordan livserfaringer kroppslig-gjøres, og slik få nye utgangspunkt for å forstå hva ulike symptomer kan bety (Heggdal, 2003, s.254).

Thornquist (2005) hevder at kropp og bevegelse får egenverdi i psykomotorisk fysioterapi, ved at kroppen blir forstått som kilde til erfaring, innsikt og utvikling. Funnene indikerer hvordan en splittet selvopplevelse bidrar til mindre kontakt med kroppen, manglende evne til å se sammenhenger og forstå smertene sine; «folk skjønner ikke sammenhengene, stiller seg spørrende til smerter i kroppen. Hun har dårlig kontakt med kroppen. Hun kjenner ikke så godt at jeg tar på kroppen. På en måte tenker jeg at hun har koblet dette fra seg. Og skjønner heller ikke på en måte sin smerteproblematikk» (NPMF3). Kroppskunnskapings-prosessen bidrar til gjenintegrering og kontakt med kroppen. En slik prosess virker styrkende og gir pasienten muligheten til å bli bedre kjent med seg selv. NPMF3 påpeker at det ikke er en selvfølge at pasienten har kontakt med kroppen sin og konsekvensen kan være at pasienten ikke klarer å kjenne spenningstilstanden i kroppen; «mange vet jo ikke hva det er å være anspent». Det å oppnå kontakt med kroppen; «oppdage egen kropp, oppdage nye bevegelser og gjøre seg nye erfaringer i kroppen» (NPMF2), skaper etter hvert trygghet i egen kropp, i relasjonelle forhold og i ulike situasjoner og omgivelser. Den splittede selvopplevelsen erstattes av en mer helhetlig og integrert opplevelse av kroppen (Heggdal, 2003). Det å fremme trygge bevegelser, aktiviteter

og formode til å delta i aktiviteter utenfor behandlingsrommet bidrar til økt trygghet i egen kropp og funksjon.

I masteroppgaven, «Å våkne kroppslig» referer Andersen (2015) til Bergland og Øien (1998) som beskriver at det er først når pasienten blir bevisst sine kroppslige og mentale vaner, at behandlingen kan være med på å skape en referanseramme som hjelper pasienten til å legge merke til nyanser hos seg selv. Kroppsbevissthet er et viktig aspekt i terapeutisk prosess (Ekerholt et al, 2014). Funnene viser hvordan det å jobbe med kroppsbevissthet bidrar til at pasientene får innsikt og kunnskap om seg selv. Når kroppsspenningene minker og pasienten får bedre kontakt med kroppen, så vil følelsene, uttrykkene og ordene komme til. Pasientens kroppslige erfaringer, oppdagelser og kunnskap kommer til uttrykk via «a-ha opplevelser». Kroppskunnskapen artikuleres verbalt og blir bevisst; «da er det ofte at når de har kognitivt skjønt litt mer hvordan ting henger sammen...overføringsverdien den går begge veier, og da kan de få «åja», det har jeg ikke tenkt på...» (NPMF1). «Kroppen» får en stemme for det som er ukjent for bevisstheten eller muligens det bevisstheten skjuler; «vi har et sterkt middel med kroppen, for den avslører jo. Den avslører at det er noe her, enten man vil eller ei» (NPMF3). I samtale med pasienten vil økt bevissthet rundt egen situasjon hjelpe pasienten med å forstå sammenhengene i livet de har levd og lever. Andersen (2015) betegner disse a-ha opplevelsene som gylne øyeblikk. Gylne øyeblikk er ledd i kroppskunnskapings- prosessen og vitner om et endret kroppslig perspektiv hos pasienten og ny kunnskap om seg selv. Det kan være øyeblikk der pasienten erkjenner sammenhengen mellom stress, sammenbitte tenner, holdt pust og nakke smerter, eller det å skjønne forskjell på stølhet og smerte, eller det å slippe skuldrene og føle tristhet. NPMF3 nevner at man ikke trenger å kalle dette endring, men man kan kalle det opplevelser og erfaringer. NPMF terapeutene synes det er spennende og gøy å vitne slike gylne øyeblikk. «Det er møte med de selv som jeg opplever kan være det som bringer de til ny erkjennelse» NPMF3. NPMF kan bli en base for å utvikle ny kunnskap om sin egen kropp ved å utforske sin selvoppfatning og kroppsbevissthet gjennom bevegelse, respirasjon og refleksjon (Dragesund & Råheim, 2008). Funnene viser hvordan terapeutene veileder og hjelper pasienten til å artikulere sine erfaringer og sette dem i en større fortolkningsramme. «Helsepersonell spiller en sentral rolle i forhold til å anerkjenne de kronisk sykes erfaringer og hjelpe dem å artikulere kroppskunnskapens tause dimensjoner» (Heggdal, 2003, s.267). Kroppskunnskapings- prosessen fremhever kroppspotensiale og pasientens ressurser. Når pasienten blir klar over at han/hun/hen innehar potensialet til

håndtering og mestring kan fremtidige utfordringer virke overkommelige og håndterbare (Ekerholt et al, 2014).

Antonovsky hevder at det er «vel så viktig å spørre etter hva som holder folk friske (salutogenese) som å lete etter hva som gjør folk syke (patogenese)» (sitert i Malterud, 2010, s. 2357). Funnene indikerer at det å bevisstgjøre sammenhengene mellom symptomer og historien er meningsdannende for pasienten. I følge salutogenese teorien vil dette styrke pasientenes «sense of coherence» (SOC) og helse. Mennesker som har tilgang til, og evne til å bruke, mestringsressursene i seg selv og sine omgivelser, vil mestre spenning og få erfaringer som stimulerer til videre utvikling av SOC (Lønne, 2019). Ansvarliggjøring og ta styring over egen helsefremgang er eksempler på aspekter som NPMF terapeutene vektlegger i behandlingen. NPMF3 beskriver det slik; «bevisstgjøre at man faktisk har påvirkning på egne tanker og følelser». Dette handler om «empowerment» og styrker pasientens tiltro til de iboende ressursene, til de nye kroppslige erfaringene. Og se at det også gir mening i hverdagen har også en forsterkende effekt. Det å bli kjent med kroppsspenningen og oppdage at det er uhensiktsmessig å spenne kjeve, eller holde pusten ved utførelse av daglige aktiviteter for eksempel, bidrar til nye kroppslige erkjennelser og en endret kroppslig tilstand. NPMF1 opplever at denne utviklingen gir mindre smertebilde.

«Å akseptera egne erfaringar vil vera det motsette av strenge og sjølvdevaluerande haldningar» (Solheim, 2012, s.49). Det å ha et vennlig forhold til kroppen er nødvendig i en utviklingsprosess. Ifølge funnene avslører ordbruken hva pasientene tenker om sin kropp, og det blir viktig å ikke snakke nedsettende om seg selv: «den forferdelige kroppen» (NPMF3) for eksempel.

Noen kan ha et forhold til kroppen, at den svikter de, at den ikke holder mål, at det er den som hindrer de i å leve. Hadde det ikke vært for den så hadde alt vært greit. Men jeg ser på symptomer ofte som et uttrykk for nettopp at kroppen gjør alt den kan for å hjelpe folk. Derfor når det blir for mye, så blir det for mye. Den beskyttelsen kroppen har bidratt til den klarer den ikke lenger. Kroppen er absolutt en alliert, ikke en motstander (NPMF3).

5.5 Det trygge behandlingsrommet

Det å ha respekt for pasientens perspektiv bør være fundamentalt for å forstå mennesket (Steihaug et al, 2002). Både fastlegene og NPMF terapeutene jobber med å skape forståelse, bygger håp og bevisstgjør sammenhengene mellom kroppslige erfaringer, følelser, tanker og kontekst; «...forståinga av kropp og psyke som eitt, gjer samtalanene til ei utforsking av klientane si opplevning av samanhengar mellom kroppslige erfaringar, kjensler, tankar og kontekst» (Solheim, 2012, s.50). De har ulike verktøy, men samtalen er sentral hos begge faggrupper. Fastlegene bruker sykmeldingsretten og medikamentell tilnærming til smertelindring og bedring av livskvalitet. NPMF terapeutene jobber med «kroppen» som erfaringskilde, og utvikle mestringsstrategier og kunnskap om egen smertetilstand og helse.

Funnene viser at innsikt i pasientens historie, anerkjenne pasientens plager, samspill og dialog er vesentlige aspekter ved behandlingsprosessen for begge faggrupper. «Behandlingsstrategier og tilnærminger som eksplisitt søker å anerkjenne pasientens symptomer som sentral kunnskapskilde utvikler rom for dialog, relasjon og selvrefleksjon på en måte som fører til gjensidig kompetanseheving mellom pasient og lege» (Malterud, 1990; Malterud & Hollnagel, 1999; Steihaug, Ahlsen & Malterud, 2001). Ifølge funnene er det å skape en trygg og tillitsfull atmosfære, ha kjemi og empati, viktig med tanke på samarbeid og når det gjelder å komme inn på vanskelig tematikk. Det å skape en atmosfære der pasienten kan utforske muligheten til endring og at de har et valg (Steihaug et al, 2002); «da tillater de seg for å slippe opp på gamle mønstre som de har hatt for å ha kontroll. Skape mulighet for at det går an» (NPMF1).

6.0 Avslutning

Nortvedt (2008) understreker i sin artikkel «Kroppsfenomenologisk forskning- i grenseland mellom empiri og filosofi» at det er viktig å ikke se på kroppsfenomenologi i motsatt til den biomedisinske modellen, men som en inspirasjon til helseprofesjoner/helsevesen, NAV, forsikringsselskaper, arbeidsgivere til å integrere levd erfaring for å forstå og hjelpe smertepasienten. Funnene viser hvordan en bredere forståelseshorisont hos terapeutene bidrar til anerkjennelse av pasientens symptomer, og gir pasienten følelsen av å bli sett, trodd og ivaretatt. Ifølge terapeutene bygger dette grunnlag for å jobbe med endring og helse. Ifølge NPMF terapeutene kan det å inkludere kroppsperspektivet bidra til at pasienten forstår seg selv, sammenhengene, får mestringsstrategier og fremmer helse, fra et perspektiv som handler om å bruke kroppsressurser og potensiale som pasienten allerede har iboende i seg. Dette er kunnskap som pasienten allerede har i form av «taus viten», som ved hjelp av NPMF terapeutens profesjonelle kunnskap, kroppskunnskapings- prosess og veiledning, kan bevisstgjøres ovenfor pasienten. Dette er meningsdannende for pasienten og terapeuten. Endring i form av kroppslige erkjennelser, oppdagelser og opplevelser kan utforskes videre i samtalen med terapeuten, og bidrar ifølge terapeutene til at pasienten forstår sitt symptombilde og får et utfyllende bilde av sin historie. Det å bevisstgjøre sammenhengene ovenfor pasienten vil ifølge fastlegene og NPMF terapeutene styrke pasientens SOC, og pasienten får en styrket tiltro til kontroll over egen helse. Styrking og anerkjennelse i behandlingssituasjonen kan være avgjørende forutsetninger for endring (Malterud, 2010). «Å vise pasienten forståelse i praksis er noe annet enn å lete etter årsaker eller funn som en betingelse for å anerkjenne pasientens symptomopplevelse» (Malterud, 2010, s. 2359).

Malterud beskriver: «Kroniske muskelsmerter er et eksempel på helseplager som tvinger oss til å lete etter bredere grunnlag for medisinsk erkjennelse og klinisk kunnskap enn det som den tradisjonelle sykdomsmodellen innebærer» (sitert i Malterud, 2010, s. 2358). Om smerten ikke kan forklares medisinsk, har den likevel sine grunner, sin betydning og sitt meningsinnhold, gjemt i pasientens personlige historie (Busvold & Bondevik, 2015). «Dette kan synes selvsagt, men kommer ikke nødvendigvis til uttrykk i klinisk praksis» (Busvold & Bondevik, 2015, s.30). «Smerte er således aldri verken psykisk eller fysisk, men alltid en totalopplevelse som involverer både eksistensielle så vel som fysiologiske og psykologiske

aspekter» (Nortvedt, 2015, s. 182). Som et ledd i dannelsen av bredere forståelsesgrunnlag vil omdefinering av begreper som «psykosomatisk» ha en hensikt. «Ufarliggjøring» av begrepet kan forene psyke og soma og gi begge enhetene likevekt. Kroppserfaringer og kroppssopplevelser vil få større betydning i slik sammenheng. Videre forskning på dette feltet kan bidra til utvikling av profesjonell kunnskap.

Flere fagfelt blant annet sykepleien har utviklet profesjonell kunnskap innen «embodied knowledge» og «embodied knowing». Systematisert kunnskap på dette feltet kan belyse begrepene og danne grunnlag for tverrfaglig kunnskap, noe flere helseprofesjoner kan ha nytte av. Heggdal (2003) påpeker at kroppskunnskap er et nytt begrep, og hun har videreutviklet denne prosessen i 4 faser. Dette kan være nyttig kunnskap å utforske videre også innen NPMF, eventuelt danne utgangspunkt for videre forskning.

Solheims erfaring som klinisk sosionom er at terapeutiske tilnærminger ikke fanger opp det «samtidige» i erfaringene; «at vi erfarer kroppslig, følelsesmessig og kognitivt samtidig» (2012, s.44). En faggruppe alene vil muligens ikke fange opp det samtidige ved pasientens erfaringer. Oppgaven viser at selv om fastlegene og NPMF terapeutene fagligsett er ulike, har de en tilnærmet lik måte å forstå mennesker med kroniske muskelsmerter. Grunnet utvalgets omfang har resultatene lav overførbarhet, men de gir en indikasjon på at forskjellene mellom faggruppene når det gjelder forståelse av kronisk smerteproblematikk ikke er så stor. Også informantene indikerte at flere og flere helseprofesjoner tenker mer likt enn ulikt i tilnærming til denne pasientgruppen. Samarbeid mellom profesjonene kan i det lange løp styrke implementering av teoretiske perspektiver i praksis og danne et felles forståelsesgrunnlag som andre helseprofesjoner, fagmiljøer, viktige instanser, arbeidsgivere, familie, venner og pasienten selv kan ta utgangspunkt i for å forstå kroniske muskelsmerter og pasienter med kroniske muskelsmerter.

7.0 Litteraturliste

- Aamland, A. (2015). *Medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) og sykefravær. Allmennlegens rolle.* (Doktoravhandling. The University of Bergen). Hentet fra <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/9249/dr-thesis-2015-Aase-Aamland.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Aamland, A., Fosse, A., Ree, E., Abildsnes, E. & Malterud, K. (2017). Helpful strategies for GPs seeing patients with medically unexplained physical symptoms: a focus group study. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 67(661), 572.
- Ahlsen, B., Mengshoel A. M. & Solbraekke, K.N. (2012). Shelter from the storm; men with chronic pain and narratives from the rehabilitation clinic. *Patients Educ Couns*, 89(2), 316-320.
- Ahlsen, B. (2014). Veier til ny innsikt eller reproduksjon av kjønnsesifikke myter? Biopsykososiale perspektiver på kroniske smerter. *Fysioterapeuten*, 10.
- Alnes, J. H. (2018, 20. februar). Hermeneutikk. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/hermeneutikk>
- Alnes, J. H. (2019, 05. februar). Martin Heidegger. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra https://snl.no/Martin_Heidegger
- Andersen, T.K. (2015). «Å våkne kroppslig». *Tilnæringsmåter og verktøy i psykomotorisk fysioterapi.* (Masteroppgave. Høgskolen i Hedmark). Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2354194>
- Apkarian, A. V., Baliki, M. N. & Geha, P. Y. (2009). Towards a theory of chronic pain. *Progress in Neurobiology*, 87(2), 81-97

- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2002). *Edringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bell, R. F., Bjørner, T., Forseth, K.Ø., Henrichsen, T., Jørum, E., Munch-Ellingsen, J., Rosland, J. H., Staff, P.H., Stubhaug, B. & Svensen, R. (2009). Retningslinjer for smertelindring. *Den norske legeforening*.
- Bergland, A., Olsen, C. F. & Ekerholt, K. (2018). The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. *Physiotherapy Research International*, 23(4).
- Bergland, A. & Øien, I. (1998). *Fysioterapi i praksis- et sted for oppdagelse og begrunnelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brage, S., Nossen, J. P. & Thune, O. (2013). *Flere blir sykemeldt for symptomer og plager*. (NAV. Arbeid og velferd 2/2013). Hentet fra <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Arbeid+og+velferd/Arbeid+og+velferd/arbeid-og-velferd-nr.2-2013>
- Braut, G. S. (2014, 28. september). Fastlegeordning. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/fastlegeordning>
- Braut, G. S. (2017, 29. juni). Legevitenskap. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/legevitenskap>
- Breitve, M. H., Hynninen, M. & Kvåle, A. (2008). Emotional symptoms and health complaints of patients seeking psychomotor physiotherapy. Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskriftet Fysioterapeuten*, 12.

- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287–333.
- Bunkan, B. H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde: teori og helsefremmende behandling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Busvold, K.I.H. & Bondevik, H. (2015). Den uforklarte smertens fortelling- en tegnteoretisk tilnærming. *Fysioterapeuten*, 7.
- Bystad, M., Lunde, L-H., & Solhaug, I. (2015). Kronisk smerte: Kan oppmerksomt nærvær være til hjelp? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(8), 658-665.
- Bøhn, E. D. (2018, 20. februar). Ontologi. *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/ontologi>
- Carolan, M. (2009). 'I do therefore there is': Enlivening socio-environmental theory. *Environmental Politics*, 18,1.
- Chowdhury, A. & Bjorbækmo, W. S. (2017). Clinical reasoning- embodied meaning-making in physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 33(7), 550-559.
- Clark, D. (1999). Total pain, disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders. *Social Sciences and Medicine*, 49, 727-36.
- Conradi, S. (2008). Kan leger og psykologer samarbeide om å forene kropp og sjel? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(5), 534-535.

Dragesund, T. & M. Råheim (2008). Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients' perspective on body awareness. *Physiotherapy Theory and Practice* 24(4), 243-254.

Dragesund, T. (2012). *Development of a Self-report Questionnaire in the Context of Norwegian Psychomotor Physiotherapy (NPMP)*. (Doktoravhandling. The University of Bergen). Hentet fra https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/6243/43515%20Dragesund%20main_thesis.pdf?sequence=1

Dragesund, T. & A. Kvåle (2016). Study protocol for Norwegian Psychomotor Physiotherapy versus Cognitive Patient Education in combination with active individualized physiotherapy in patients with long-lasting musculoskeletal pain – a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders* 17(1), 325.

Dragesund, T. & Øien A. M. (2018). Demanding treatment processes in Norwegian psychomotor physiotherapy: From the physiotherapists' perspectives. *Physiotherapy Theory and Practice*.

Durlik, C., Cardini, F., & Tsakiris, M. (2014). Being watched: The effect of social self-focus on interoceptive and exteroceptive somatosensory perception. *Consciousness and Cognition*, 25, 42–50.

Eide-Midtsand, N. & Nordanger, D. Ø. (2017). Betydningen av å være trygg. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 54(10), 919-926.

Ekerholt, K., Schau G., Mathismoen K.M. & Bergland A. (2014). Body awareness a vital aspect in mentalization: experiences from concurrent and reciprocal therapies. *Physiotherapy Theory and Practice* 30(5), 312-318.

- Ekerholt K. & Bergland A. (2018). Learning and knowing bodies: Norwegian psychomotor physiotherapists' reflections on embodied knowledge. *Physiotherapy Theory and Practice*.
- Engel, G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Engelsrud, G. (2006). *Hva er kropp*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2018, 16. april). Langvarig smerte. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerte/>
- Fossum, S., Kristensen, P. & Hunskår, S. (2003). Muskel- og skjelettsystemet. Hunskår, S. (Red.), *Allmenntidning* (302-376). 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gieser, T. (2008). Embodiment, emotion and empathy: A phenomenological approach to apprenticeship learning. *Anthropological Theory*, 8, 299–318.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: a modified Husserlian approach*. Pittsburgh, Pa: Duquesne University Press.
- Gard, G. (2005). Body awareness therapy for patients with fibromyalgia and chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 27, 725-728.
- Grahn, B., Ekdahl, C. & Borgquist, L. (1998). Effects of a multidisciplinary rehabilitation programme on health-related quality of life in patients with prolonged musculoskeletal disorders: a 6-month follow-up of a prospective controlled study. *Disability and Rehabilitation*, 20, 285-297.
- Gretland, A. (1992). *Fysioterapeutisk undersøkelse*. Oslo: Gyldendal.

Gulbrandsen, P. (2008). God kommunikasjon også for legenes skyld. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 128(24), 2840-2.

Gustafsson, M., Ekholm, J. & Broman, L. (2002). Effect of a multiprofessional rehabilitation programme for patients with fibromyalgia syndrome. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34, 119-127.

Gyllensten, A.L., Hansson, L. & Ekdahl, C. (2003a). Patient experiences of basic body awareness therapy and the relationship with the physiotherapist. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 7, 173-183.

Gyllensten, A.L., Ekdahl, C. & Hansson, L. (2009). Long-term effectiveness of Basic Body Awareness Therapy in psychiatric outpatient care. A randomized controlled study. *Advances in Physiotherapy*, 11, 2-12.

Gyllensten, A. L., Skär, L., Miller, M. & Gard, G. (2010). Embodied identity- A deeper understanding of body awareness. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26(7), 439-446.

Heggdal, K. (2003). *Kroppskunnskaping. En grunnleggende prosess for mestring av kronisk sykdom.* (Doktoravhandling). Universitet i Bergen.

Heggdal, K. (2008). *Kroppskunnskaping: pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser.* Oslo: Gyldendal akademisk.

Helsedirektoratet. (2018, 25. juni). Bruk av kodeverk – Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i->

[kommunen/om-funksjonsvurdering-og-skarinndeling/bruk-av-kodeverk-internasjonalklassifikasjon-av-funksjon-funksjonshemming-og-helse-icf](#)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015, 10. april). Bedre tilbud til pasienter med uavklarte lidelser. (Meld. St). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/bedre-tilbud-til-pasienter-med-uavklarte-lidelser/id2405589/>

Høye forventninger om å bli frisk. (2019, 06. april). Fysioterapeuten. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Hoeye-forventninger-til-aa-bli-friske>

Ikke la det gå for lenge før du ser etter endring. (2019, 10. april). Fysioterapeuten. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Ikke-la-det-gaa-for-lenge-foer-du-ser-etter-endring>

Jensen, M.P, Turner, J.A. & Romano, J.M. (2007). Changes after multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning. *Pain*, 131(12), 38-47.

Johansson, E. E., Hamberg, K., Lindgren, G. & Westman, G. (1997). "How could I even think of a job?" - Ambiguities in working life in a group of female patients with undefined musculoskeletal pain. *Scand. J. Prim. Health Care*, 15(4), 169-174.

Knardahl, S. (2001). Kroniske smerter gjør vi alt galt? *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 121(22), 2620-2623.

Kirkengen, A. L. (2001). *Inscribed bodies: health impact of childhood sexual abuse*. Dordrecht: Kluwer.

- Kirkengen, A. L. & E. Ulvestad (2007). Overlast og kompleks sykdom - et integrert perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127(24), 3228-3231.
- Kirkengen, A.L. & Thornquist, E. (2012). The lived body as a medical topic: an argument for an ethically informed epistemology. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(5), 1095-101.
- Kirkengen, A. L. & A. B. Næss (2017). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforl.
- Koopman, C., Butler, L., Diamond, S., Angell, K. & Spiegel D. (2000). The body keeps the score: Life stress, dissociation and somatic syndromes. *J. Psychosomat. Res.*, 48(3), 257-257.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Landmark, T. (2013). Chronic pain in the general population: measurement, burden and associations with physical activity: the HUNT pain study. *Trondheim, Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Medicine, Department of Cancer Research and Molecular Medicine*, 148.
- Larsen, A. K. (2017). *En enklere metode. Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. 2 utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lawrence, R. L. (2012). Intuitive knowing and embodied consciousness. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 134, 5.
- Lilleaas, U.-B. (1995). *Når forskjellen blir synlig: kvinner med kroniske muskelsmerter i et kjønnsrolleperspektiv*. Oslo: Senter for kvinneforskning, Universitetet i Oslo.

Lundqvist, C. (2014). Hvordan mestre smerter på en bedre måte. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 134(3), 286-286.

Lærum, E., Brage, S., Ihlebæk, C., Johnsen, K., Natvig, B. & Aas, E. (Red.). (2013). Et muskel- og skjelettrengskap Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet. (Muskel og Skjelett rapport 1/2013). Hentet fra www.formi.no

Lønne, A. (2019, 22. januar). Salutogenese. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/salutogenese>

Malmgren-Olsson, E-B., Armelius, B-Å. & Armelius, K. (2001). A Comparative outcome study of body awareness therapy, feldenkrais, and conventional physiotherapy for patients with nonspecific musculoskeletal disorders: Changes in psychological symptoms, pain and self-image. *Physiotherapy Theory and Practice*, 17, 77-95.

Malterud, K. (1990). *Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter*. Oslo: TANO.

Malterud, K. & Hollnagel, H. (1999). Encouraging the strengths of women patients- a case study from general practice on empowering dialogues. *Scan J Public Health*, 27, 254-259

Malterud, K. (2000). Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. *Family medicine*, 32(9), 603.

Malterud, K. (2010). Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130(23), 2356-2359.

McEwen, B. S. (2004). Protection and damage from acute and chronic stress - Allostasis and allostatic overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders. *Ann.NY Acad.Sci.*, 1032, 1-7.

- Mehling, W. E., Wrubel, J., Daubenmier, J. J., Price, C. J., Kerr, C. E., Silow, T., Gopisetty, V. & Steward, A. (2011). Body awareness: A phenomenological inquiry into the common ground of mindbody therapies. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 6(6), 1–12.
- Melzack, R. & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science* 150(3699), 971-979.
- Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). *Force on Taxonomy. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. 2 utg, Seattle, WA: IASP press.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax.
- Merleau-Ponty, M. (2012). *Phenomenology of perception*. London: Routledge.
- Moe, S. (2009). Et kroppsfenomenologisk perspektiv på fysisk aktivitet og bevegelse. *Fysioterapeuten*, 76(4), 17-21.
- Nortvedt, F. (2008). Kroppsfenomenologisk forskning- i grenselandet mellom empiri og filosofi. *Vård i Norden*, 28(3), 53-55.
- Nortvedt, F. (2015). Kan smerte defineres? *Sykepleien forskning*, 2, 180-183.
- Når fysioterapeuten overbehandler. (2019, 08. april). Fysioterapeuten. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Naar-fysioterapeuten-overbehandler>
- Ojala, T., Häkkinen, A., Karppinen, J., Sipilä, K., Suutama, T. & Piirainen, A. (2015). Chronic pain affects the whole person- a phenomenological study. *Disability & Rehabilitation*, 37(4), 363-371.

- Parsons, J. & Marcer, N. (2006). *Osteopathy*. London: Churchill Livingstone Elsevier, 150-153.
- Parviainen, J. and Aromaa, J. (2017). Bodily Knowledge beyond Motor Skills and Physical Fitness: A Phenomenological Description of Knowledge Formation in Physical Training. *Sport, Education and Society* 22(4), 477-492.
- Porges, S. W. (2009). The polyvagal theory: new insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 76 (Suppl. 2), 86-90.
- Reme, S. E. & Jacobsen, H.B. (2017). Psykososiale risikofaktorer ved smerte: «Fra vondt til verre!» Når akutte smerter blir langvarige. I E. A. Fors & T. Stiles (Red.), *Smertepsykologi* (s. 59-89). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rosberg, S. (2000). *Body, Being and Meaning in a Physiotherapeutic Perspective*. (Summary of a thesis. Department of Social Work, University of Göteborg). Hentet fra https://www.researchgate.net/publication/237753710_Body_Being_and_Meaning_in_a_Physiotherapeutic_Perspective_Summary_of_a_thesis
- Råheim, M. (2003). Kroppsfenomenologi; innsikt relevant for klinisk praksis. *Fysioterapeuten*, 70(1), 14-18.
- Sarafino, E.P. (2002). *Health Psychology. Biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley & Sons, 10, 480.
- Schjødt, B. (2017). Smertepsykologiens historikk. I E.A. Fors & T. Stiles (Red.), *Smertepsykologi* (s. 21-32). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skogheim, R. (2017, 16. oktober). De synkende hjerters sang. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, utgave 19. Hentet fra <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.17.0652>

- Sletvold, J. (2005). I begynnelsen var kroppen... Kroppen i psykoterapi: teoretisk grunnlag og terapeutisk implikasjoner. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 42, 497-504.
- Steen, E. & Haugli, L. (2000). The body has a history: An educational intervention programme for people with generalised chronic musculoskeletal pain. *Patient Education and Counseling*, 41(2), 181-195.
- Steihaug, S., Ahlsen, B. & Malterud, K. (2001). From exercise and education to movement and interaction. Treatment groups in primary care for women with chronic muscular pain. *Scand J Prim Health Care*, 121
- Steihaug, S., Ahlsen, B., & Malterud, K. (2002). I am allowed to be myself: women with chronic muscular pain being recognized. *Scand J Public Health* (30), 281-287
- Steihaug, S. & Claussen, B. (2002). Kroniske smerter- vi gjør ikke alt galt. *Tidsskr Nor Legeforen*, 122, 218
- Steihaug, S. (2005). Can chronic muscular pain be understood? *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(66), 36-40.
- Stiles, T. C. & Wright, D. (2008). Cognitive-behavioural treatment of chronic pain conditions. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(47), 30-36.
- Stone, J., Colyer, M., Feltbower, S., Carson, A. & Sharpe, M. (2004). "Psychosomatic": A Systematic Review of Its Meaning in Newspaper Articles. *Psychosomatics*, 45(4), 287-290.
- Solheim, I. J. (2012). Nærvær i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(1).

- Sviland, R., Martinsen, K. & Råheim, M. (2014). To be held and to hold one's own: narratives of embodied transformation in the treatment of long lasting musculoskeletal problems. *A European Journal*, 17(4), 609-624.
- Thomas, S. (2000). A phenomenologic study of chronic pain. *Western Journal of Nursing Research*, 22(6), 683-699.
- Thornquist, E. & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Pensumtjenesten.
- Thornquist, E. (2005). Kroppens om kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling. En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(1), 30-44.
- Tjølsen, A. & Vøllestad, N.K. (2002). Muscle and pain physiology. I K. Malterud & S. Hunskår (Red.). *Chronic myofascial pain: a patient-centered approach*. (s. 21-33). Abingdon: Radcliffe Medical Press.
- Toye, F., Seers, K., Allcock, N., Briggs, M., Carr, E., Andrews, J. & Barker, K. (2013). Patients' experiences of chronic non-malignant musculoskeletal pain: a qualitative systematic review. *British Journal of General practice*, 63(617), 829-841.
- Tracey, I. & Bushnell, M. C. (2009). How neuroimaging studies have challenged us to rethink: is chronic pain a disease? *The Journal of Pain*, 10(11), 1113-1120.
- Turk, D. C., Swanson, K.S. & Tunks, E.R. (2008). Psychological Approaches in the Treatment of Chronic Pain Patients- When Pills, Scalpels, and Needles are Not Enough. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(4), 213-223
- Ursin, H. & Eriksen, H. R. (2004). The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*, 29(5), 567-592.

- Ursin, H. & Eriksen, H. R. (2010). Cognitive activation theory of stress (CATS). *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(6), 877-881
- van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score. Mind, brain and body in the transformation of trauma*. UK: Penguin Random House.
- Vlaeyen, J. & S. J. Linton (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain*, 85, 317-332.
- von der Fehr, D. (2008). *Når kroppen tenker*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Waddell, G. (2004). *The Back Pain Revolution*. London: Churchill Livingstone.
- Walseth, L. T. & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmennmedisinsk perspektiv. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 1(124), 65-66.
- Wilde, H. M. (1999). Why Embodiment Now? *Advances in Nursing Science*, 22(2), 25-38.
- Wilde, M. H. (2003). Embodied knowledge in chronic illness and injury. *Nursing Inquiry* 10(3), 170-176.
- Woby, S. R., Urmston, M. & Watson, P.J. (2007). Self-efficacy mediates the relation between pain-related fear and outcome in chronic low back pain patients. *European Journal of Pain*, 11(7), 711-718.
- Øien, A.M., Iversen S. & Stensland P. (2007). Narratives of embodied experiences- Therapy processes in Norwegian psychomotor physiotherapy. *Advances in Physiotherapy* 9(1), 31-39.

Øien, A. M., Råheim M., Iversen, S. & Steihaug S. (2009). Self-perception as embodied knowledge changing processes for patients with chronic pain. *Advances in Physiotherapy*, 11(3), 121-129.

Øien, A. M. (2010). *Change and Communication. Long-Term Norwegian PsychoMotor Physiotherapy Treatment for Patients with Chronic Muscle Pain.* (Doktoravhandling. The University of Bergen). Hentet fra http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/5150/Dr.thesis_Aud%20Marie%20Oien.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Østerås, B. (2012). Psykologiske faktorer og kliniske implikasjoner; langvarige muskel- og skjelettsmerter. *Fysioterapeuten*, 79(4), 24-28.

Øvreberg, G., & Andersen, T. (1986). *Aadel BlülowHansen's fysioterapi En metode til omstilling av anspent muskulatur og hemmet respirasjon.* Tromsø, Tromsprodukt A/S.

8.0 Vedlegg

Intervjuguide:

- Hvilke erfaringer har du med disse pasienten?

- o Problemstilling/fysiske/psykiske/sosiale
- o Alder/kjønn/jobb
- o behandling

- Hva synes du eventuelt er utfordrende med behandling av kroniske smerte pasienter?

- o Din opplevelse
- o forventinger
- o holdninger
- o Konkrete eksempler

- Hva tenker du kan motivere pasienten til å følge behandlingsplan?

- o hvilke forhold- eksempler
- o Hva motiverer deg til å følge behandlingsplanen

- Hva er dine tanker omkring endring?

- o Hvordan oppleves det
- o Hvordan håndterer du det?

- Hvordan har din holdning til behandling av kroniske muskelsmertepasienter utviklet seg siden du startet din praksis?

- o Forståelse/perspektiv

- Har du opplevd en endring i «behandlingstrend» for denne pasientgruppen de siste årene?