

MASTEROPPGAVE
Psykisk helsearbeid
05 2019

Psykisk helse og kroppslige plager -
Kroppen som sentrum for selvpålevelse, mening og mestring
kvalitativ studie

Silje Willassen Haugan



OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Forord

To intensive studieår i etterkant av videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi går nå mot en slutt. Det har vært inspirerende og lærerikt, men også krevende. Takk Frédéric for oppmuntring og tilrettelegging slik at dette lot seg gjøre i kombinasjon med jobb! Takk til deltakerne i studien for at dere ville dele akkurat deres historie med meg. Takk til min veileder Marit Aalen for nyttige og konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele prosessen. Takk til gode kolleger og medstudenter! Takk til familie og venner- og en ekstra stor takk for til Tron, Vegard, Sigrid og Amund – dere har vært tålmodige!

Sammendrag

Hensikt: Med utgangspunkt i kroppen som sentrum for selvopplevelse, ønsker jeg å utforske opplevelse av sammenheng mellom psykiske- og kroppslige plager blant unge voksne. Jeg ønsker å belyse de unges opplevelse av hemmende og fremmede faktorer for utvikling av forståelse, mening og mestring gjennom kropp og bevegelse.

Metode: Det empiriske materialet er basert på kvalitative dybdeintervju, med et utvalg på fire pasienter i alderen 27-32 år ved en allmennpsykiatrisk poliklinikk. Studien er forankret i en fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapstradisjon. Kroppsfenomenologi og neuroaffektiv utviklingspsykologi står som overordnet teoretisk perspektiv. Analysearbeidet er inspirert av Malterud sin systematiske tekstkondensering.

Funn: Deltakerne beskriver hvordan 1. Opplevelse av å ikke bli sett har skapt avstand til egen kropp og følelser- og ført til vansker med å forholde seg til egen utrygghet. De beskriver at dette har gitt grobunn for økt engstelse og kroppslig ubehag som igjen har ført til tilbaketrekning og unngåelsesstrategier. 2. Hvor langt deltakerne var i egen bedringsprosess ble en tydelig indikator på opplevelse av sammenheng mellom kropp og følelser. Dette kom til uttrykk som opplevelse av økt kontakt med egen kropp og økt kroppsbevissthet. Deltakerne som hadde hatt psykologisk oppfølging over lengre tid, ga uttrykk for økt forståelse for- og mestring av sine kroppslige plager. 3. Å oppleve mening og mestring gjennom bevegelse, handler for alle deltakerne om en tilstedeværelse i seg selv som åpner opp for glede og nye sanseopplevelser. Fellesnevneren for en slik positiv opplevelse beskrives som en opplevelse av å få fri fra bekymringer, krav og prestasjon.

Konklusjon: Den gjensidig forankringen mellom kropp, følelser og selvopplevelse er fellesnevner for studiens funn. Behandling som integrerer kropp, sansing og bevegelse med samtalerapi og psykoedukasjon vurderes som hensiktsmessig for pasienter med psykiske- og kroppslige plager.

Stikkord: Psykomotorisk fysioterapi, psykisk helse, kroppsfenomenologi,

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	5
1.1 Bakgrunn for studiens tema	5
1.2 Studiens hensikt	6
1.3 Problemstilling	6
1.4 Litteraturgjennomgang	6
2.0 Teoretisk perspektiv	8
2.1 Kroppsfenomenologi	9
2.2 Neuroaffektiv utviklingspsykologi	10
3.0 Metode.....	12
3.1 Bakgrunn for valg av kvalitativ metode	12
3.1.1 Fenomenologi og hermeneutikk.....	12
3.2 Det kvalitative forskningsintervju	13
3.3 Utvalg og rekrutteringsprosess	14
3.4 Gjennomføring av intervju	15
3.5 Transkribering.....	17
3.6 Analyseprosess	18
3.7 Egen forforståelse	21
3.8 Forskningsetiske overveielser	21
3.9 Metodediskusjon	22
4.0 Resultat	23
4.1 Presentasjon av deltakere	23
4.2 Presentasjon av funn	24
4.2.1 Manglende rom for å bli kjent med- og forholde seg til seg selv	24
4.2.2 Å bli kjent med- og spille på lag med seg selv	27
4.2.3 Bevegelse i takt med seg selv gir positive opplevelser	30
5.0 Diskusjon	34
5.1 Diskusjon av funn	34
5.1.1 Manglende rom for å bli kjent med- og forholde seg til seg selv	34
5.1.2 Å bli kjent med- og spille på lag med seg selv	37
5.1.3 Bevegelse i takt med seg selv gir positive opplevelser	39
5.2 Implikasjon for praksis	41
6.0 Oppsummering	42
Litteraturliste	43
Vedlegg (Informert samtykke og Intervjuguide)	

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for studiens tema

Som fysioterapeut innen psykisk helsearbeid er jeg opptatt av den gjensidige sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse. Betydningen av kropp som sentrum for selvopplevelse og bevegelse som kilde til mening og mestring, står for meg som sentrale faktorer for å fremme god psykisk- og fysisk helse. Min erfaring fra praksis er imidlertid at grunnleggende bevissthet til egen kropp, selvopplevelse og ikke minst validering av kroppslige symptom ofte underkjennes til fordel for standarder og diagnosefokus. Som fysioterapeut opplever jeg at en slik standardisert tilnærming kan bidra til uheldig objektivisering av enkeltindividet. I den psykomotoriske fagtradisjonen vektlegges en biopsykososial og fenomenologisk sykdomsforståelse, hvor symptomer sees i lys av levd liv og den enkeltes livsbetingelser. Hvordan den enkelte forstår- og forholder seg til sine plager, er utgangspunktet for rammene i behandlingen.

Stadig flere barn og unge rapporterer om stressrelaterte plager, psykiske vansker og anspenthet (Ungdata.no). Betydningen av å normalisere og validere den gjensidige sammenhengen mellom psykiske og fysiske plager ser jeg som spesielt viktig nettopp i ungdomstida med tanke på kropp- og identitetsutvikling. Jeg er opptatt av kroppen som sentrum for opplevelse- og forståelse av seg selv og omgivelsene må ivaretas og sees i lys av den enkeltes utgangspunkt og forutsetning. Å normalisere betydningen av at livsbelastninger, følelser og smerter påvirker kropp- og kroppsupplevelser har, slik jeg ser det, en sentral betydning for å fremme forståelse og mestring av psykiske vansker. Som psykomotorisk fysioterapeut har jeg erfart hvordan en utforskende tilnærming til symptomer, både psykiske og kroppslige, kan fremme økt forståelse for plagene og bidra til et mer fleksibelt holdnings- og bevegelsesmønster, samt stimulere til meningsfull bevegelse og aktivitet.

1.2 Studiens hensikt

Mitt ønske med denne studien er å belyse den gjensidige sammenhengen mellom psykisk og fysisk helse. Med utgangspunkt i kroppen som sentrum for selvopplevelse, ønsker jeg å utforske opplevelse av sammenheng mellom psykiske- og kroppslige plager blant unge voksne. Jeg ønsker å belyse de unges opplevelse av hemmende og fremmende faktorer for

utvikling av forståelse, mening og mestring gjennom kropp og bevegelse. Sammenheng mellom kropp, tanker og følelser, opplevelse av egen kropp, kroppsbevissthet og erfaringer fra bevegelse og aktivitet, vil utforskes både retrospektivt og her-og-nå.

Med studien ønsker jeg å synliggjøre verdien av et subjektontologisk- og kroppsfenomenologisk perspektiv innen psykisk helsearbeid. I dette ligger henholdsvis et kunnskapssyn som vektlegger fokus på den lidende personen som subjekt (Eikeland, 2014) og videre et ønske om å forstå fenomener med utgangspunkt i hvordan vi som subjekter eksisterer og erfarer kroppslig i verden, i relasjon til kontekst og medmennesker (Nortvedt, 2008). Dette vil forhåpentligvis gi en utvidet forståelse av kropp og bevegelse, samt være en motvekt til å plassere kropp og aktivitetsbegrepet i kvantifiserbare termer som underkjenner den enkeltes subjektivitet.

1.3 Problemstilling

Hvordan beskriver unge voksne sammenheng mellom psykiske og kroppslige plager? - med vekt på opplevelse, forståelse og mestring.

1.4 Litteraturgjennomgang

Ønske om å gjennomføre denne studien vokste frem under videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi, da jeg ble oppmerksom på den store forskjellen fysioterapeuter som faggruppe kan utgjøre i møte pasienter med tanke på hvilken grunnforståelse av faget vi bærer med oss. Videre har jeg blitt bevisst hvor ensidig vinklingen rundt fysisk aktivitet relatert til psykisk helse som råder, både i nasjonale føringer, forskning og oppdatert litteratur.

Søk i databasene Pubmed, Medline og Cochrane, på ulike varianter av søkeord relatert til psykisk helse, fysisk aktivitet, kropp, trening, bevegelse, kroppsfenomenologi ble gjennomgått i forkant av planlegging av studien. Hovedkilden av litteratur har jeg imidlertid innhentet fra forskning og faglitteratur innen psykomotorisk fysioterapi, og videre gjennomgått litteraturen som er henvist til i de referansene jeg har benyttet meg av.

Det meste av forskningen relatert til psykisk helse og fysisk dreier seg om effektstudier og sammenheng mellom diagnoser og psykiske symptom. En subjektive tilnærming til

enkeltindividet som meningsbærende, erfarende og med en iboende bevegelsesutfoldelse reduseres som regel til fordel for fokus på treningseffekt relatert til diagnoser, jamfør Aktivitetshåndboken (Helsedirektoratet, 2009) og Fysisk aktivitet og helse (Anderssen, Berntsen, Lohne-Seiler & Torstveit, 2018). Som forfatter av kapittelet *Fysisk aktivitet i behandlingen av mennesker med psykiske lidelser* (Ibid., kap.11) refererer Egil Martinsen til det vitenskapelige grunnlaget for å anbefale fysisk aktivitet i forebygging og behandling av psykiske lidelser. Martinsen viser til at «Det er en sterk sammenheng mellom psykiske lidelser og fysisk helse, og mennesker med langvarig psykisk lidelse har økt forekomst av kroppslige sykdommer og redusert forventet levealder sammenlignet med normalbefolkningen». Videre oppsummerer han sitt kapittel med bl.a.:

Fysisk aktivitet har en antidepressiv effekt, og virkningen ved depresjon er i samme størrelsesorden som for samtalerapi og medikamentell behandling. Fysisk aktivitet kan også være nyttig i behandling av angstlidelser, rusrelaterte plager, spiseforstyrrelser og schizofreni, men her er kunnskapsgrunnlaget mer begrenset, Vi mangler sikker kunnskap om mekanismene som omsetter fysisk aktivitet i psykisk helse (...) For øvrig opplever mange mennesker med psykiske lidelser at fysisk aktivitet er et nyttig verktøy for å mestre psykiske plager, i tillegg til gevinsten det gir i form av bedret fysisk form og livskvalitet.

En kroppsfenomenologisk tilnærming til bevegelse er ikke nevnt i kapittelet. I det norske fysioterapimiljøet, med flere psykomotoriske fysioterapeuter i spissen, belyses det fraværende perspektivet på bevegelse i et kroppsfenomenologisk perspektiv. Artiklene *Et kroppsfenomenologisk perspektiv på fysisk aktivitet og bevegelse* (Moe, 2009), *Begrepsbruk i fysioterapifaget – hva er fysisk og hva er psykisk?* (Engelsrud og Nordtug, 2018), *Må vi trene for å ha god helse* (Bårdsen og Thornquist, 2010) tar til ordet for å løfte et meningsbegrepet i forhold til kropp og bevegelse.

Mye av litteraturen omtaler kroppen som meningsbærende og belyser viktigheten av å løfte denne tilnærmingen innen psykisk helsearbeid. Videre omtales fysioterapifaget som et fag med en fot i 'to leirer', hvor nettopp tilnærmingen til kroppen kan bidra til et reduksjonistisk syn på mennesket gjennom objektivisering av kroppen- eller, på den annen side, fremme den enkeltes subjektivitet gjennom å tillegge kroppen mening og anerkjennelse.

Ottesen (2011) viser i sin diskursanalyse til at det er i dag ingen som bekjenner seg til kropp /sjel- dualismen, som sier de er for en oppsplitting av kropp og erfaring, kropp og tenkning,

kropp og person. Hun argumenterer imidlertid for at kropp/sjel -dikotomien fortsatt er nedfelt i begreper, tankemodeller og teorier.

I den pågående debatten om barn og unges manglende fysiske aktivitet og dårlige psykiske helse, stiller Engelsrud og Nordtug (2018) spørsmål ved forståelsen som ligger til grunn bak forskningen hvor fysisk aktivitet og psykisk helse sees som atskilte variabler. Forfatterne inviterer til å basere videre forskning innen denne tematikken på en fenomenologisk forståelse, hvor den enkelte gis rom til å utforske den iboende meningen som ligger i det å bevege seg, å oppleve, føle, tenke og gjøre seg erfaringer. De viser til at mangfoldet av følelser hører til i kroppen, og er ikke atskilt fra den. Slik er det også for unge mennesker: opplevelsen av kroppen og seg selv handler om kvaliteter og mening, som ikke fanges opp i forskning basert på årsaks-virkning tenkning (Ibid).

Ekeland (2014) beskriver i sin artikkel *Frå objekt til subjekt – og tilbake?* hvordan psykiatrihistorien har vært preget av en spenning mellom kunnskapssyn forankret i et objekt eller- subjektontologisk grunnsyn, altså hvorvidt fokus skal være på sykdom/diagnose eller på den lidende som erfarende subjekt. Også Gretland (2007) henviser til denne tematikken i sin fagbok *Den relasjonelle kroppen* basert på forskningsstudie i psykiatrien. Aarre (2018) omtaler den biomedisinske sykdomsforståelsen innen psykiske helse og rus som en helsepolitisk spagat mellom et medisinsk perspektiv med fokus på standardisering og en kontekstuell tilnærming med fokus på individualisering.

Det fins mye kvalitativ forskning innen psykomotorisk fysioterapi relatert til psykiatri og psykisk helsearbeid. Det meste av denne forskningen viser imidlertid til den psykomotoriske behandlingsmetoden- og dennes virkning på pasienter med kroppslige og psykiske plager. Følstad (2013) viser til hovedfunnene i sin studie at pasienter som henvises til allmennpsykiatriske poliklinikker kan ha god hjelp av psykomotorisk fysioterapi, og at pasienter her kan oppleve samme nytte av tilnærmingen som man forventer at denne behandlingen for øvrig kan gi.

Nordtvedt (2008) etterlyser kunnskappluralisme i sin artikkel *Kroppsfenomenologisk forskning- i grenselandet mellom empiri og filosofi*, og viser til hvordan empirisk tilnærming som undersøker personlig og kroppslig erfaring med et filosofisk utgangspunkt kan bidra til helsefaglig forskning og kunnskaputvikling. Han argumenterer for viktigheten av et tettere samarbeid mellom ulike kunnskapstradisjoner når det gjelder fenomenologisk orientert og biomedisinsk forskning.

2.0 Teoretisk perspektiv

2.1 Kroppsfenomenologi

Kroppsfenomenologien er den posisjon innenfor fenomenologien som tematiserer hvordan vi som subjekter eksisterer og erfarer kroppslig i verden, i relasjon til kontekst og medmennesker. Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) formulerte et nytt grunnlag for persepsjonsfenomenologi i sitt hovedverk *Phenomenology of Perception*. Han var opptatt av at de vesenstrekk som studeres, enten de er knyttet til persepsjon eller bevissthet, samtidig er bundet til en kontekst og en virkelighet (Nordtvedt, 2008).

Nordtvedt (ibid.) viser til at kroppsfenomenologien er den posisjonen innenfor fenomenologien som tematiserer hvordan vi som subjekter eksisterer og erfarer kroppslig i verden, i relasjon til kontekst og medmennesker. For Merleau-Pontys egen erkjennelsesteoretiske posisjon spiller kroppen en avgjørende rolle. Persepsjonen er den menneskelige bevissthets måte å være i verden på: som inkarnert i en kropp, og ut fra dette perspektiv må den avdekke verden. Det subjektive (bevisstheten) og det objektive (verden) blir da nødvendigvis to aspekter av det å være i verden (Tranøy, 2018)

Maurice Merleau-Pontys kroppsfenomenologi overskrider den tradisjonelle teoretiske oppdelingen og splittelsen mellom kropp og sjel. Hans kroppsbegrep innebærer at kroppen verken forstås som ren natur eller ren mening. I stedet fremmer kroppsfenomenologien et utvidet naturbegrep gjennom å fremheve hvordan kulturen inkorporeres i den menneskelige naturen. Kroppen er på samme tid både underlagt naturlover og involvert i meningsproduksjon, idet den enkelte kroppen er innvevd i sosiale relasjoner og strukturer. Den levde kroppen er biologisk mulighet som virkeliggjøres i en sosial virkelighet, som en formidlende instans mellom personen og omverden (Gretland, 2007)

Østerberg henviser til Maurice Merleau-Ponty sin beskrivelse av at det er gjennom kroppen bevisstheten tar form, og han omtaler kroppen som personlighetens subjekt. Det er med kroppen vi er tilstede i verden og er i kontakt med omverden (Merleau-Ponty, 1994). Det er som kropp mennesker er rettet mot omverdenen, persiperer og beveger seg, søker mening, snakker og utvikler bevissthet. Det er som kropp vi er i kontakt med andre og integreres i sosialt liv. Vi blir fortrolig med våre omgivelser og oss selv gjennom en aktiv prosess av meningsskapende (sam)handling (Gretland, 2007)

Hos Merleau-Ponty er det en hovedtanke at menneskekroppen ikke er et objekt, og at dens forhold til omgivelsene ikke er objektivt, i betydningen av noe entydig, gitt og målbart (Merleau-Ponty, 1994)

Vi blir kjent med vår kropp i lys av dens funksjoner, ikke som et objekt i seg selv. Som subjekter er vi ikke opptatt av vår egen kropp, men at vi fatter interesse for og deltar i vår omverden. Ved å gå inn i oppgaver som gir mening for oss som personer, persiperer vi vår egen kropp som helhetlig, avgrenset og koordinert (ibid.)

Kroppens persepsjon av seg selv i verden innebærer ikke bare at vi persipierer oss selv umiddelbart og ureflektert, men danner også grunnlagt for et forhold til oss selv. Den sanselige og følsomme kroppen er vårt naturlige jeg som oppdager seg selv i kontakt med en konkret verden. Selvfornemmelsen er forankret i fornemmelsen for egen kropp (Merleau-Ponty 1994, s.239)

Moe (2009) beskriver hvordan kroppen ifølge fenomenologien gis kjennskap til den ytre verden gjennom sansene, og på den måten får sansing og persepsjon en grunnleggende betydning for forståelse. Gretland (2007) beskriver hvordan persepsjon og bevegelse er fundamentale dimensjoner i erfaringsprosesser. Persepsjon og bevegelse henger sammen i all kroppslig erfaring og handling, i en vedvarende prosess med muligheter til å utvide så vel det perseptuelle feltet, som å utvikle bevegelsesformer og mestringssevne.

2.2 Neuroaffektiv utviklingspsykologi

Neuroaffektiv utviklingspsykologi fokuserer på hvordan barn utvikler sitt følelsesmessige, personlighetsmessige og sosiale potensiale. Teorien er utviklet av den danske psykologen Susan Hart i samarbeid med Marianne Bentzen, som er neuroaffektiv psykoterapeut. Sentrale elementer innen den neuroaffektive teorien er bl.a. er tilknytningsteori, den tredelte hjernen (MacLean), polyvagal teori (Porges) og nyere hjerneforskning. Teorien viser til at mennesket har et enormt medfødt utviklingspotensial som utvikles i forhold til hvordan man stimuleres (Hart, 2018a)

Modellen er bygget opp om de tre utviklingsnivåene i hjernen: det autonome nivået/hjernestammen, det limbiske nivået og det prefontale nivået. Disse tre nivåene betraktes nærmest som tre hjerner i en fordi de operer så forskjellig, men er forbundet med hverandre gjennom massive nerveforbindelser. Brudd mellom nivåene kan oppstå ved

manglende eller skadelig stimuli, og terapi handler om å integrere kontakt med alle nivåene. Hjernens og personlighetens utvikling bygger på utviklingen i de tre nivåene nedenfra og opp, (Hart 2018a; Helmersen, 2015).

Det autonome nivået utvikles fra siste trimester til ca 3 mnd. Stikkord for dette utviklingsnivået er kroppssansing, imitasjon/speiling og rytme. I neuroaffektiv terminologi kalles det autonome nervesystem, ANS for «følelseslivets rot» fordi ANS er basis for overhodet å kunne sanse noe som helst. I denne perioden lærer barnet å forbinde egen kroppssansing med omsorgspersonens tilstand, og dermed kunne sanse og føle det samme som henne. På den måten legges grunlaget for empati. Å jobbe på dette nivået handler om trene seg på å merke hva som foregår i kroppen (Helmersen,2015, s.25-27)

Det limbiske nivået utvikles fra ca 3 mnd til ca 12 mnd. Stikkord for dette nivået er kategorialfølelser, protokonversasjon, oppmerksomhetsstyring, affektiv avstemning, tilknytning og altersentrisk deltakelse. Det limbiske kompasset viser sammenhengen mellom følelser og evnen til tilstedeværelse- Det limbiske systemet muliggjør utvikling og forfinelse av det sosiale samspillet. I denne perioden utvikles de såkalte kategorialfølelsene: sinne, glede, sorg, avsky, vemmelse, overraskelse og interesse. Interaksjon som utvikles på dette nivået kalles protokonversasjon, som handler om mimikk, gestikulasjon og lyder (non-verbal kommunikasjon): Å svare på sin egen måte i stedet for å imiter/speile i kommunikasjonen. Dette fremmer igjen utvikling av oppmerksomhet, å fastholde oppmerksomhet over tid. Felles oppmerksomhet er helt grunnleggende i menneskelig kommunikasjon, samt viktig for å kunne sette ord på følelser og kroppslige fornemmelser (ibid.)

Det mentaliserende nivået og prefrontal cortex utvikles fra ca 12 mnd. Stikkord her er symboldannelse, språk, kognisjon, mentalisering, empati, impulshemming, samvittighet og kjønnsidentitet. De to førstnevnte nivåene er før-språklige, mens det på dette nivået utvikles evnen til mentalisering og impuls kontroll. Nå utvikles språk og etter hvert evnen til å reflektere over seg selv og andre, altså en begynnende mentaliseringsevne. I prefrontal cortex modnes evnen til å hemme impulser fra mer primitive områder av hjernen slik at barnet blir i stand til å ta kontroll over reflekser og instinkter. Mentalisering er både affektiv og kognitiv, og handler om å kunne både føle klart og tenke klart. En lav mentaliseringsevne kjennetegnes av å være fanget i mer primitive, realitetsfordreide og virkelighetsfjerne tankeformer, og kan stamme fra manglende stimuli fra denne perioden i barnets liv (ibid.)

3.0 Metode

3.1 Bakgrunn for valg av kvalitativ metode

Malterud (2002) viser til at kvalitative forskningsmetoder kan åpne mulighetene for vitenskapelig innsyn i egenarten ved fenomener- og dynamiske prosesser innen sykdom og helse. Materialet innen kvalitative metoder består av tekst fra samtaler eller observasjoner, i motsetning til kvantitative numeriske data.

I kvalitativ forskning ligger en ontologisk forutsetning om at det eksisterer mange virkeligheter, og videre en epistemologisk forutsetning om at kunnskap blir konstruert i møtet mellom forsker og forskningsdeltakere. Virkeligheten og kunnskapen handler dermed om det som blir (re)konstruert i møtet mellom forskeren og forskningsdeltakerne (Nilsen, 2014). Målet med kvalitativ forskning er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte selv innen deres naturlige sammenheng (Malterud, 2018).

Malterud (2002) viser til at kvalitative metoder kan åpne for forskning på felter der kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er tynt, der problemstillingen som skal utforskes er sammensatt og kompleks, og der vi stiller oss åpne for et mangfold av mulige svar. Da mitt mål med denne studien er å få tak i forskningsdeltakernes opplevelser og beskrivelser av kroppen som fenomen, ble det naturlig å velge en kvalitativ tilnærming. Malterud (2002) viser til at kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring - fenomenologi og fortolkning - hermeneutikk.

3.1.1 Fenomenologi og hermeneutikk

Nordtvedt (2008) sier i sin artikkel *Kroppsfenomenologisk forskning – i grenselandet mellom empiri og filosofi* at fenomenologiens ambisjon ifølge dens grunnlegger Edmund Husserl (1859-1938) og senere formulert av filosofen Martin Heidegger (1889-1976), var å studere fenomener slik de viser seg ved seg selv. I dette ligger er forsøk på å forstå verden og fenomenene ved å studere hvordan de fremtrer for subjektet, for personen. I motsetning til den biomedisinske kunnskapsforståelsen som har en kausal sansefysiologisk teori, er fenomenologien deskriptiv og ambisjonen blir således å la erfaringene lede hen mot teoridannelsen (Ibid). Nordtvedt refererer til filosofen Maurice Merleau-Ponty sin kroppsfenomenologiske retning og hans persepsjonsfenomenologi som vektla at de fenomener en studerer, enten de er knyttet til persepsjon eller bevissthet, samtidig er bundet til en

kontekst og en virkelighet. Nordtvedt (2008) argumenterer for viktigheten av å erkjenne at kroppslige erfaringer har en eksistensiell dimensjon som må fortolkes og forstås innen helsefaglig forskning og kunnskapsutvikling. For å forstå menneskelige erfaringer i sin kontekst, kreves altså en fortolkning, og kroppsfenomenologien har med dette også en hermeneutisk dimensjon.

Det hermeneutiske vitenskapssyn står i kontrast til et naturvitenskapelig og positivistiske forskningsideal som forutsetter at data må være observerbare eller sansbare (Halvorsen, 2012). Nilssen (2014) viser til at ordet hermeneutikk har tre ulike betydninger: uttrykk, tolkning og oversettelse. Ved en hermeneutisk tilnærming legges det vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan forstås på ulike måter. Det kan stilles mange spørsmål til teksten, og ulike spørsmål gir ulike svar og tolkninger (Halvorsen, 2012). Halvorsen viser videre til at hermeneutikken søker etter indre mening og en helhetlig forståelse og referer til den norske filosofen Hans Skjervheim som argumenterte for at sosiale fenomener ikke kan «tingliggjøres». Menneskelig handling er formålsrettet og sosiale handlinger kan derfor ikke løsrives fra sin mening.

3.2 Det kvalitative forskningsintervju

Malterud (2002) viser til at det er problemstillingen som bestemmer hvilken datainnsamlingsstrategi som best representerer relevans og validitet i forhold til de spørsmål en ønsker å belyse. Da jeg ønsker å utforske enkeltpersoners subjektive opplevelser relatert til kroppen som fenomen, har jeg valgt individuelle dybdeintervju med en utforskende tilnærming som datainnsamlingsmetode. Jeg ønsker å åpne opp for et mangfold av svar som kan belyse studiens problemstilling i lys av den enkeltes livsverden, og anser individualintervju som best i så måte. Malterud (2018) viser til at intervjuer med enkeltpersoner egner seg godt for fordypningstemaer som krever ettertanke og trygghet. Gjennom intervju vil jeg få fram det fenomenologiske perspektiv, som deretter vil være gjenstand for en fortolkning etter det hermeneutiske perspektiv.

3.3 Utvalg og rekrutteringsprosess

Utvalget i denne studien er unge voksne (18-32 år) som går i behandling ved en allmennpsykiatrisk poliklinikk og/eller gruppepoliklinikk, og som i tillegg har ulike kroppslige plager. Da dette er en pasientgruppe jeg møter mange av i mitt daglige virke som psykomotorisk fysioterapeut ved et distriktskykiatrisk senter, falt det naturlig å ta utgangspunkt i nettopp denne pasientgruppen. Utvalget er altså basert på en strategisk utvelgelse, med tanke på å få et materiale som gir best mulig potensiale til å belyse problemstillingen en (Malterud, 2018).

Rekrutteringsprosessen tok utgangspunkt i pasienter som gikk i individuell- og/eller gruppebehandling og som ble henvist til fysioterapeut grunnet kroppslige plager. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser, som psykoselidelser, uttalte traumelidelser og personlighetsforstyrrelser ble ekskludert fra studien. Det samme gjaldt pasienter med alvorlige somatiske sykdommer.

Kandidater som falt innenfor inklusjonskriteriene fikk forespørsel om deltakelse i studien i tidlig fase av oppfølging hos undertegnede. På denne måten hadde jeg som fysioterapeut allerede etablert en relasjon til forskningsdeltakerne med utgangspunkt i henvisningsgrunn. Dette opplevde jeg hensiktsmessig med tanke på å tilrettelegge for et videre tillitsforhold i intervjusituasjonen. Nilsen (2014) sier at kvaliteten på kvalitativt datamateriale i stor grad er avhengig av forskerens kommunikative ferdigheter, og viser til at en tillitsfull og respektfull atmosfære er en forutsetning for å få forskningsdeltakerne til å åpne seg og fortelle.

Jeg opplevde at denne rekrutteringsprosessen ga meg et autentisk utvalg, og det at tematikken i studien ikke omhandlet tanker rundt behandling eller psykomotorisk fysioterapi som fag, gjorde det greit å skille mellom rollen som forsker og fysioterapeut. Med tanke på egen forforståelse opplevde jeg det imidlertid nyttig at jeg ikke hadde kjent deltakerne over tid, og på den måten følte at jeg stilte forholdvis nøytral og genuint interessert i å innhente ny informasjon om hver enkelt deltaker. Tilsvarende tenker jeg at det kanskje kunne blitt opplevd vanskeligere for aktuelle forskningsdeltakere å si nei til deltakelse i forskningsprosjektet dersom de hadde gått i behandling hos undertegnede over tid og dermed kanskje opplevd et sterkere lojalitetsforhold.

Alle aktuelle forskningsdeltakere fikk utdelt et samtykkeskjema med informasjon om studien. Her kom det også klart frem at den videre fysioterapioppfølgingen ikke ville påvirkes av hvorvidt de valgte å delta i studien eller ikke. De fire første som fikk forespørsel om

deltakelse, viste umiddelbar interesse for dette. Flere ga riktignok uttrykk for at de ikke anså seg selv som gode nok til å belyse tematikken i prosjektet. Når jeg forklarte at jeg ikke var ute etter bestemte svar, men deres tanker og opplevelser rundt tematikken ga alle uttrykk for interesse- og ønske om å delta. Etter å ha fått skriftlig samtykke og avtalt dato for gjennomføring av intervju, presiserte jeg til alle deltakerne at de når som helst kunne ombestemme seg og velge å trekke seg fra studien.

Jeg endte altså opp med et utvalg på fire forskningsdeltakere, to kvinner og to menn i alderen 27-32 år. Opprinnelig hadde jeg sett for meg et utvalg på 4-6 deltakere i alderen 18-30 år, men jeg valgte å inkludere en deltaker på 32 år grunnet begrenset tilgang på aktuelle kandidater under 30 år i den gitte tidsperioden. Jeg opplevde at utvalget var representativt med tanke på min problemstilling, og med tanke på oppgavens tidsperspektiv valgte jeg å ikke gjennomføre ytterligere intervju. I følge Nordtvedt (2008) er det ikke omfanget av empirisk materiale, men det at informantene er typiske representanter med særegne erfaringer knyttet til fenomenet som undersøkes som styrker studiens resultater og gyldighet.

3.4 Gjennomføring av intervju

I forkant av intervjuene tenkte jeg mye på hva det ville innebære å gå inn i en 'ny' rolle som forsker opp mot mitt vanlige ståsted som fysioterapeut. Jeg hadde planlagt å gjennomføre et par pilotintervjuer for å forberede meg på intervjusituasjonen og forskerrollen, men av ulike grunner fikk jeg ikke gjennomført dette. Jeg la derimot mye tid i å utarbeide semistrukturert intervjuguide, som ble utformet som et hjelpemiddel for å holde fokus både på tematikk og intervjuinteraksjon (Drageset og Ellingsen, 2010). Videre brukte jeg tid på å tenke i gjennom de strukturelle rammene for intervjuene. Jeg gjorde meg kjent med nyinnkjøpt diktafon, fant hensiktsmessig rom med tanke på eliminering av støykilder og planla tidsramme for intervjuene.

Intervjuene fikk en narrativ struktur, med et naturlige skifte mellom nåtid- og fortid. Kvale og Brinkman (2015) viser til at den narrative intervjuerens viktigste rolle er å lytte, avholde seg fra avbrytelser, innimellom stille oppklarende spørsmål og hjelpe den intervjuede med å fortsette historien sin. I tråd med Malterud (2002) sin anbefaling ble intervjuguiden brukt som støtte uten at den var for detaljert. Dette hjalp meg å utforske og gå mer i dybden på ulike svar uten at jeg mistet oversikten.

Den underliggende utforskende tilnærmingen, samt vektlegging av samtalen som preger mitt faglig ståsted, gjorde intervjusituasjonen mindre utfordrende enn fryktet. Siden jeg har praksisnær kjennskap til tematikken jeg forsker på, opplevde jeg intervjusituasjonene som forholdsvis lik et 'vanlig' pasientmøte. Jeg følte at min faglige kompetanse og erfaring gjorde det naturlig å gå inn i intervjurollen og stille utforskende spørsmål.

Jeg opplevde det imidlertid tidvis utfordrende å ikke tre inn i fysioterapeutrollen, spesielt i ordvekslinger der jeg opplevde deltakerne som sårbare og i behov for tilbakemelding på sine opplevelser. I disse situasjonene ble det naturlig å validere forskningsdeltakernes opplevelser i form av kroppsspråk og stemmeleie. Slike situasjoner ble også utgangspunkt for hvorvidt jeg valgte å utforske ulike fenomener ytterligere eller valgte å gå videre i intervjuet. I denne sammenheng opplevde jeg det fordelaktig at jeg allerede hadde en etablert relasjon til forskningsdeltakerne fra før. Dette bidro, slik jeg ser det, til en økt trygghet i intervjusituasjonene. Underveis i intervjuet gjentok jeg egen oppfatning og fortolkning av det som ble sagt, for å sikre en felles forståelse mellom meg som forsker og forskningsdeltakeren.

Jeg var forberedt på at det ville være utfordrende å få tak i de unges følelser, og opplevde at spørsmål rundt kroppen og kroppslige fornemmelser falt mer naturlig med bakgrunn i en allerede etablert relasjon. Det at forskningsdeltakerne i utgangspunktet var henvist til undertegnede på grunn av kroppslige plager gjorde at vi hadde et felles utgangspunkt for utforsking rundt tematikken.

Intervjuene ble gjennomført med bruk av diktafon og transkribert umiddelbart etterpå. Til tross for manglende gjennomføring av pilotintervju, klarte jeg å disponere tida overraskende bra og alle intervjuene ble mellom 41 og 47 minutter. I halvparten av intervjuene følte jeg at jeg hadde kommet igjennom hovedtemaene i intervjuguiden etter om lag 30 minutter. Jeg valgte da å gå tilbake til tema som jeg følte kunne utforskes ytterligere, og dette ga meg verdifull (tilleggs)informasjon. Spesielt i ett av intervjuene, opplevde jeg at siste del av intervjuet åpnet opp for nye tanker og refleksjon rundt tematikken som ble belyst.

Jeg fulgte anbefalingen til Kvale & Brinkmann (2009) i forhold til å innlede intervjuet med en briefing. Før intervjuene ble dette en fin måte å få i gang samtalen og skape en avslappet stemning uten fokus på prestasjon. Vi snakket om hverdagslige ting, før jeg ga informasjon om tidsbruk og struktur rundt intervjusituasjonen. Alle deltakerne ga uttrykk for prestasjon rundt sin rolle, og jeg brukte tid på å formidle viktigheten av at jeg var ute etter deres historie, herunder refleksjoner og tanker rundt opplevelser. Jeg viste egen sårbarhet og ydmykhet i

forhold til å selv være ny i forskerrollen, blant annet ved å vise til mitt ansvar som forsker i forhold til å tilrettelegge for en trygg intervjusituasjon, samt stille forståelig spørsmål. Jeg opplevde at det var nettopp dette ansvaret som gjorde at jeg stort sett klarte å holde fokus og 'glemme' båndopptakeren underveis i intervjuene. Min egen usikkerhet som uerfaren forsker ble slik sett overskygget av ansvaret for å ivareta forskningsdeltakerne.

Etter intervjuene ble det naturlig med en felles oppsummering og refleksjon. I noen av situasjonene følte jeg ansvar for å gi tilbakemelding- og åpne opp for refleksjon og bearbeiding av informasjon som kom fram under intervjuet. Dette handlet om tematikk knyttet til hendelser som jeg så var vanskelig og/eller emosjonelt for deltakerne å sette ord på. Drageset & Ellingsen (2010) viser til viktigheten av å vise varhet og ydmykhet for den andres grenser og sier videre at dersom det oppstår uventede reaksjoner bør man stoppe opp og komme tilbake til temaet når informanten ønsker det.

Malterud (2002) sier at når forskeren innhenter kvalitative data gjennom samtale vil konteksten omkring samtalen være en viktig ramme for kunnskapsutviklingen. Gjennom ordene deler vi og former den virkeligheten vi er en del av og dette har igjen betydning for tolkning og funn. Alle deltakerne ga uttrykk for at intervjuene åpnet opp for nye tanker og refleksjoner rundt tematikken som ble belyst, og flere ga tilbakemelding på at situasjonen opplevdes meningsfull og ga dem nye perspektiv på seg selv. Flere av deltakerne ga også uttrykk for at det var krevende å delta og at de kjente seg sliten etterpå. I denne sammenheng var det fint for meg som både forsker og fysioterapeut å vite at jeg skulle møte alle deltakerne igjen og dermed ville ha mulighet for ytterligere samtaler vedrørende intervjusituasjonen dersom det skulle være behov for det.

3.5 Transkribering

Malterud (2002) viser til at den kvalitative forskningsprosessen omformer virkeligheten til tekst av materiale som stammer fra observasjon eller samtaler. Denne teksten skal best mulig lojalt ivareta det opprinnelige materialet. Etterarbeidet med omskriving av lydopptak til tekst ble påbegynt umiddelbart etter alle intervjuene. Jeg brukte i gjennomsnitt om lag 3-4 timer på å transkribere 30- 40 minutter med lydopptak. Omskriving av lydopptakene ble gjort ved nøyaktig transkripsjon uten å omformulere det som ble sagt. Kun i noen få tilfeller valgte jeg å oppsummere spørsmål hvor jeg som forsker formulerte meg tungt og gjentakende. Alle lydopptakene ble av god kvalitet, noe som gjorde omskriving til tekst til en forholdsvis grei,

men tidkrevende oppgave. Jeg fant raskt en teknikk hvor jeg hørte igjennom lydopptaket, spolte tilbake ved uklårheter, stoppet og skrev. Deretter hørte jeg opptaket om igjen mens jeg leste igjennom teksten og tok bort eller tilføyde ord og uttrykk ved eventuelle feil eller mangler. Jeg prøvde etter beste evne å få med tonefall og ikke-verbale kommunikasjon i teksten, som for eksempel ved å underskrive ord som ble poengtert, samt registrere sukk, stemmeleie, entusiasme og lignende i parentes. Avbrytelser, pauser og uttrykk, som «eh» og «mmm» ble også gjengitt. Jeg noterte meg også andre ikke-verbale uttrykk, som kroppsspråk, blikk og stemning underveis i intervjuene. I noen av intervjuene opplevde jeg store variasjoner av ikke-verbale uttrykk underveis i intervjusituasjonen og noterte meg disse endringene i margen på teksten.

Jeg brukte også tid på oppsummering etter å ha ferdigstilt- og gjennomlest transkripsjonen. Dette dreide seg mer om en generell opplevelse av hvordan intervjusituasjonen gikk, hvordan stemningen var og hvordan forskningsdeltakeren fremstod.

Transkribert tekst ble til om lag 19, 18, 15 og 21 sider med halvannen linjeavstand og bred marg og tilsvarte henholdsvis 42, 46, 36 og 46,5 minutter lydopptak. Opptaket på 36 minutter var opprinnelig 41,20 minutter, men i siste delen av intervjuet fremkom det sensitive opplysninger relatert til videre behandling og denne delen ble derfor ikke tatt med i transkripsjonen av hensyn til anonymisering av respektiv forskningsdeltaker. Tematikken som fremkom hadde heller ikke relevans i forhold til studiens tematikk og problemstilling.

3.6 Analyseprosess

Analysen skal ifølge Malterud (2002) bygge bro mellom rådata og resultater gjennom fortolkning og sammenfatning av det organiserte datamaterialet. Med utgangspunkt i problemstillingen stiller en spørsmål til materialet, og svarene er de mønstrene som vi gjennom systematisk, kritisk refleksjon kan identifisere og gjenfortelle (Malterud, 2002).

Analysearbeidet ble utført med utgangspunkt i systematisk tekstkondensering, som er utviklet av Kirsti Malterud etter inspirasjon fra Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode (Malterud, 2018, kap. 11). Forfatteren viser til at dette er en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data. Ved å sette vår egen forforståelse til side, leter vi etter essenser eller karakteristiske kjennetegn ved de fenomener vi studerer. Malterud beskriver at dette egentlig er et uopnåelig mål, og at det derfor er viktig vi å ha et reflektert forhold til vår

egen innflytelse på materialet for å tilstrebe å best mulig gjenfortelle deltakernes erfaringer og meningsinnhold. Prosedyren for systematisk tekstkondensering tar utgangspunkt i en firetrinns analyseprosedyre, som i likhet med de fleste anbefalinger for analyse av kvalitative data bygger på prinsippet om dekontekstualisering og rekontekstualisering (ibid.)

Første analysetrinn handler om å bli kjent med- og få et helhetsinntrykk av datamaterialet ved beholde 'fugleperspektiv' under lesing (Malterud, 2018, kap.11). Jeg startet analysen med gjennomlesing av hvert intervju etter transkribering, hvor jeg noterte ned umiddelbare tanker relatert til intervjusituasjonen. Deretter leste jeg flere ganger gjennom det samlede datamateriale, som bestod av om lag 73 sider transkripsjon. Rådata ble deretter inndelt i følgende foreløpige tema: angst/utrygghet, trygghet/mestring, kroppsbevissthet, smerte/funksjonstap, anerkjennelse/støtte, aktivitet/trening. I følge Malterud bør temaene være et overkommelig antall, rundt fire til åtte, og hun anbefaler forskeren å bruke tid på å finne foreløpige temaer. Jeg opplevde denne tematiske inndelingen som en oversiktlig og ryddig måte å starte analysearbeidet på, og det lettet nok mye av arbeidet at studiens tematikk i utgangspunktet var forholdsvis avgrenset.

Andre analysetrinn handler om å identifisere meningsbærende enheter gjennom å organisere datamaterialet som skal studeres nærmere (ibid.) Nå leste jeg systematisk gjennom hele datamaterialet for å finne tekst som ble markert med ulike fargekoder med utgangspunkt i den tematiske inndelingen fra første analysetrinn. I følge Malterud kalles slik systematisering av tekstbiter koding. Jeg opplevde dette som en krevende, men spennende prosess, preget av stadig justering og endring på temaene fra første analysetrinn. Følgende nye tre tematiske hovedgrupper/koder med meningsbærende enheter vokste frem gjennom denne prosessen:

1. Trygghet/anerkjennelse:
2. Kroppsopplevelse
3. Bevegelse og aktivitet

Tredje analysetrinn handler ifølge Malterud om å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene. Nå tok jeg altså utgangspunkt i empirisk data som var redusert og dekontekstualisert og la til side materialet som ikke var blitt kodet. Jeg opplevde denne delene av analysearbeidet som mest krevende, samtidig som det å abstrahere meningsinnholdet gjorde meg tryggere på den tematiske inndelingen. Malterud beskriver at materialet nå skal sorteres i to til tre subgrupper før kondenseringsprosessen starter, og jeg endte opp med følgende inndeling:

1. Avstand til kropp og følelser
 - 1a) å ikke bli sett/manglende støtte 1b) unngåelse av egen utrygghet
2. Bedringsprosess
 - 2a) økt selvforståelse og 2b) økt kontakt med egen kropp
3. Erfaringer relatert til bevegelse
 - 3a) mestring/glede og 3b) prestasjon/ydmykelse

Etter å ha inndelt i subgrupper, beskriver Malterud det hun omtaler som et spesielt metodisk grep, hvor en lager et kondensat, eller en artefakt, forankret i data som skal bære med seg det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene. Kondensatet skal utgjøre en sum av deltakernes stemmer om det fenomenet som den enkelte subgruppe inneholder, og skal kunne ut i et «gullsitat» som best mulig illustrerer det som er abstrahert. (Malterud, 2018, kap.11)

Fjerde analysetrinn beskrives av Malterud som syntese, hvor en går fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater- en rekontekstualisering, som handler om å sammenfatte og sammenstille tidligere analysetrinn. Nå skal gjenfortellinger formidle essensen fra flere historier, og den analytiske teksten representerer de nye beskrivelsene vi har kommet frem til. Dette arbeidet ga meg et nytt blikk på datamaterialet og hjalp med å sortere og konkretisere funnene ytterligere. Her ble det tydelig for meg hvor overlappende og gjensidig forankret deler av funnene var og det ble mange drøftinger med veileder som resulterte i ytterligere justeringer i denne prosessen. Avslutningsvis i analyseprosessen brukte jeg mye tid og tankevirksomhet på å navngi de analytiske tekstene fra hver kodegruppe. I følge Malterud skal dette være et kort og selvstendig uttrykk som sammenfatter det viktigste som er funnet. Den endelige kategoriseringen ble til ved å validere de analytiske tekstene opp mot råmaterialet, slik Malterud anbefaler (ibid.)

Ved å følge hovedtrekkene i systematisk tekstkondensering fikk jeg hjelp til å strukturere datamaterialet og se det på nye måter. Jeg opplevde de ulike analysetrinnene som overlappende, og følte spesielt at jeg gikk mye frem og tilbake mellom de to siste analysetrinnene. Prosessen med analysearbeidet har hjulpet meg å finne mening og tenke annerledes rundt studiens tematikk.

3.7 Egen forforståelse

I følge Malterud (2018) er forforståelsen den ryggsekken som vi tar med oss inn i forskningsprosessen før vi starter prosjektet. Jeg har prøvd å være bevisst egen forforståelse gjennom hele forskningsprosessen, men sluttresultatet av analysen er selvsagt preget av mitt faglige ståsted, kompetanse og erfaring. For meg er synet på kroppen ikke bare en faglig forståelse, men også en naturlig del av min egen væremåte og erfaringer. Å være i kroppslig balanse kan i et psykomotorisk perspektiv ikke forstås uavhengig av personens aktuelle livssituasjon og tidligere erfaringer (Thornquist, 2006).

3.8 Forskningsetiske overveielser

Malterud (2018, kap. 22) viser til Helsinkideklarasjonen (utarbeidet av World Medical Association i 1964) sammenfatter etiske prinsipper for medisinsk forskning med mennesker. Den norske legeforeningen skriver følgende om Helsinkideklarasjonen:

Helsinkideklarasjonen fungerer som en form for etisk grunnlov for forskning på mennesker. Mange lands lovgivning, også vår egen, viser til deklarasjonen og baserer seg på prinsippene som denne legger til grunn (...) Prinsipper om pasienters medvirkning, informasjon og samtykke står sentralt i deklarasjonen. Samtidig slås det fast at det forskningsetiske ansvaret hviler på forskeren. Deklarasjonen bygger på det grunnleggende prinsipp at vitenskapens og samfunnets behov for ny kunnskap aldri kan forsvare at forskningssubjektet utsettes for unødig (og ufrivillig) ubehag og risiko.

Jeg har forholdt meg til de nasjonale etiske regler og lovgivning som omfatter helseforskning (Regionaletisk komite, 2018). Fremleggingsvurdering til Regionaletisk komite (REK) sør-øst ble sent, hvorpå prosjektet ble vurdert til å falle utenfor virkeområdet til helseforskningsloven, og dermed ikke fremleggingspliktig (ref. 2018/2047). Da studien innbefatter behandling av personopplysninger, ble prosjektet meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), og datainnsamlingen startet når godkjenning fra NSD forelå (ref. 381663).

Forskningsdeltakernes anonymitet er sikret ved at studien ikke inneholder personidentifiserbare data. Informert samtykke med informasjon om taushetsplikt, anonymitet, oppbevaring og sletting av data, ble delt ut i god tid før gjennomføring av intervju. Her fremkom også beskrivelse av studiens hensikt og fremgangsmåte, samt

informasjon om frivillighet og mulighet for å trekke seg fra studien. I forkant av hvert enkelt intervju gjorde jeg igjen forskningsdeltakerne oppmerksomme på mulighet til å trekke seg fra studien uten at dette ville gi noen konsekvenser for dem.

Med tanke på at jeg har intervjuet personer i en sårbar livssituasjon, har jeg gjennom hele prosessen, både i forkant, underveis og etter intervjuene, vært bevisst på å bevare deltakernes integritet og anonymitet. Dette er beskrevet mer inngående under kapittel 3.4: gjennomføring av intervju og kapittel 3.5: transkribering.

Innsamlet data ble lagret på kryptert minnepenn og oppbevart adskilt fra øvrig data.

Samtykkeskjema er eneste personopplysningsinformasjon tilknyttet studien og disse ble oppbevart innelåst og utilgjengelig for andre enn undertegnede.

3.9 Metoderefleksjon

Malterud (2018, s.18) refererer til begrepene refleksivitet, relevans og validitet som grunnlagsbetingelser for vitenskapelig kunnskap. Refleksivitet handler om forskerens forutsetninger og tolkningsramme. I denne sammenheng anser jeg meg selv som ny i forskningsfeltet, med de begrensninger det medfører. Jeg anser imidlertid mitt faglige ståsted og forforståelse som et nyttig utgangspunkt for å innhente informasjon om et forholdsvis vanskelig tema. Relevans handler om hva kunnskapen kan brukes til, mens validitet handler om gyldighet, hva forskeren egentlig har funnet ut noe om. Jeg opplever at utvalget mitt, til tross for at det bare er snakk om fire deltakere, var representative for studiens tema. Gjennom å dele sine erfaringer og opplevelser rundt studiens problemstilling har de bidratt med verdifull informasjon som jeg opplever er relevant for praksis.

4.0 Resultat

I det følgende presenteres studiens datamateriale med utgangspunkt i en tematisk inndeling av funn. Innledningsvis gis en kort presentasjon av deltakerne og kontekst for datainnsamling.

Resultatene fra analyseprosessen presenteres som følgende tre hovedtema:

1. Manglende rom for å bli kjent med- og forholde seg til seg selv
2. Å bli kjent med- og spille på lag med seg selv
3. Bevegelse i takt med seg selv gir positive opplevelser

Gjengivelser fra datamaterialet presenteres i all hovedsak som autentiske sitater, altså direkte avskrift av transkripsjon. Noen steder er sitatene kortet ned i samme avsnitt for å tydeliggjøre tematikken som presenteres. Slike oppsummeringer er markert med (...). Variasjon i åpenhet og refleksjonsomfang gjør at deltakerne siteres i ulik grad under de ulike temaene.

4.1 Presentasjon av deltakere

I det følgende presenteres de fire deltakerne mer inngående i lys av aktuell kontekst. Alle deltakerne var i aktiv behandling, enten i individuell- eller gruppeterapi, ved en allmennpsykiatrisk poliklinikk i forbindelse med deltagelse i studien. Ingen av deltakerne i studien var kjent med psykomotorisk tilnærming før aktuell henvisning, men to av deltakerne hadde hatt periodevis oppfølging av 'vanlig' fysioterapeut. Alle deltakerne hadde i ulik grad fått oppfølging innen psykisk helse i løpet av de siste årene, og alle ga uttrykk for motivasjon for pågående behandling. Flere av deltakerne ga uttrykk for opplevelse av å være i en bedringsprosess på tidspunktet da intervjuene ble gjennomført. Deltakerne viste stor variasjon i hvor inngående de svarte på ulike tema, hva som engasjerte dem og hvorvidt de ble berørt emosjonelt underveis i intervjusituasjonene. Ikke-verbal kommunikasjon som kroppsspråk, innlevelse og oppmerksomhet ga meg verdifull informasjon utover det som kom til uttrykk verbalt.

Deltakerne representerer fire høyst ulike kroppshistorier og jeg vil i det følgende gi en kort karakteristikk av den enkelte ved bruk av pseudonymene Anne, Bente, Aksel og Brage.

Anne viser et rikt språk og gjengir nyanserte beskrivelser av både positive og negative opplevelser. Hun bærer preg av å være i god kontakt med egne følelser og blir tydelig berørt av å fortelle sin historie. Hun fremstår åpen og reflektert og gir tydelig uttrykk for opplevelse av sammenheng mellom psykiske- og kroppslige plager. Hun formidler at tidligere psykologoppfølging har gjort henne mer bevisst på hvem hun er og hvordan hun forholder seg til egen sårbarhet. Anne fremstår imidlertid generelt noe utrygg og lukket i sin kroppslige fremtoning, men dette endrer seg tydelig i tråd med hennes engasjement og emosjonelle opplevelse underveis i intervjusituasjonen.

Bente forteller at hun har vært redd siden hun var liten. Hun relaterer sin egenverdi til prestasjon og har vansker med å forholde seg til kroppslige begrensninger. Hun er gjennomgående kortfattet i sine svar og bærer preg av ønske om å svare 'rett'. Hun mangler ord for egne følelser, og viser i liten grad nyanser i beskrivelser relatert til opplevelser. Når tematikken dreier seg om aktivitet og bevegelse fremstår hun imidlertid tryggere og viser økt åpenhet, både i kroppsspråk og tale. Bente beskriver økt symptomtrykk og vansker med å finne mening og mestring i egen tilværelse grunnet smerteproblematikk. Hun gir i liten grad uttrykk for opplevelse av sammenheng mellom sin utrygghet, anspenhet og kroppslige plager og formidler liten tro på bedring.

Aksel er tilbakeholden og lukket, både i kroppsspråk og verbalt. Han beskriver seg som et engstelig barn hvor angsten til slutt tok overhånd. Han viser liten kontakt med egne følelser og ler ofte nervøst når han ikke vet hva han skal svare. Han er bitter og frustrert over opplevelse av å ikke ha fått tilstrekkelig hjelp, men viser samtidig innsikt og ydmykhet i forhold til egen rolle og mulighet til ta imot hjelp og utfordre seg selv. Aksel formidler å ha tilegnet seg økt forståelse for- og opplevelse av sammenheng mellom psykiske og kroppslige plager.

Brage formidler utfordringer knyttet til behov for kontroll, manglende spontanitet og opplevelse av kroppslig anspenhet. Brage har et rikt og intellektualiserende språk, som preges av en tydelig 'avstand' til egen kropp. Dette kommer tydelig til uttrykk når han beskriver seg selv i 3.person. Kroppslig viser han en holdt og lukket fremtoning. Underveis i intervjuet viser Brage et lettere og mer avslappet uttrykk, noe som gjenspeiles både i kropp og språk. Brage gir uttrykk for at oppfølging innen psykisk helse har gitt han bedre innsikt i egen situasjon og økt opplevelse- og refleksjon rundt sammenheng mellom sine psykiske plager og kroppslige anspenhet.

4.2 Presentasjon av funn

4.2.1 Manglende rom for å bli kjent med- og forholde seg til seg selv

Alle deltakerne beskriver hvordan opplevelse av å ikke bli sett og bekreftet har skapt avstand til egen kropp og følelser- og vansker med å forholde seg til egen utrygghet. Deltakerne beskriver videre at dette har gitt grobunn for økt engstelse og kroppslig ubehag som igjen har ført til tilbaketrekning og unngåelsesstrategier. Støtte og oppmuntring til å utfordre seg på egen utrygghet i barndommen, beskrives som et savn. Familie, venner, lærere, trenere og behandlere ble nevnt som viktige ansvarlige og betydningsfulle voksne i denne sammenheng.

Aksel forteller at han har slitt med angst siden 10-11 års alderen. Han sier han følte seg litt rar og annerledes, han ble lett urolig og nervøs. Han forteller hvordan han gradvis fikk det vanskeligere og beskriver hvordan kroppslige angstsymptomer gjorde at han trakk seg mer og mer tilbake;

«Som oftest prøvde jeg kanskje å gjøre meg mest mulig usynlig, og så slapp jeg liksom å si noe med mindre jeg måtte (...) jeg ble veldig urolig. Litt sånn hjertebank, og jeg ble kanskje litt klam (...) Du klarer jo ikke å tenke klart, og hvis det ble veldig ille så skulket jeg bare (...) jeg mistet vel egentlig kontroll da jeg sluttet med organisert idrett, også sluttet jeg på videregående fordi det var gruppefremføringer»

Aksel gir uttrykk for bitterhet over opplevelse av manglende støtte i forhold til sine vansker. På spørsmål om omgivelsene så hva han strevde med, svarer han:

«Det ble kanskje lagt merke til, men det viste kanskje ikke så mye at det ble sett på som veldig unormalt og måtte tas tak i. Nå synes jeg det er rart, men det er min mening».

Anne forteller også om opplevelse av å ikke ha fått hjelp til å forholde seg til egen utrygghet. Hun beskriver seg som redd og anspent som barn. Hun følte seg ofte utenfor og beskriver flere episoder med utestenging og opplevelse av manglende tilhørighet og trygghet:

«Jeg hadde nok ikke troen på meg selv, jeg vet ikke helt, jeg tok nok ikke akkurat lettvinne løsninger, men jeg ga nok veldig lett opp (...) jeg var jo aldri god i noe, for jeg prøvde aldri. Men jeg torde ikke (...) Jeg har alltid sett på meg selv som veldig lat egentlig. En som ikke orker, men jeg vet jo ikke helt om det er tilfelle. Egentlig så tror jeg at jeg bare gravde meg selv lengre og lengre ned (...) jeg slet veldig med å finne min plass, noe jeg aldri fikk til på barne- eller ungdomsskolen.

Anne erindrer at omgivelsene ble oppgitt over henne:

«Jeg vet ikke hvor mye de prøvde å motivere meg eller hjelpe meg, men jeg tror de ble veldig fortvilet»

Bente forteller om en vanskelig barndom og beskriver i likhet med Anne, seg selv som mye redd og anspent i barndommen.

«Når jeg nærmet meg huset hjemme, så gikk skuldrene litt opp. Jeg vet ikke, men jeg tror det var slik. Jeg grudde meg alltid til å gå hjem og spesielt på kveldene»

Hun beskriver at hun opplevde det vanskelig at ingen tok tak i situasjonen og hun føler mye av utryggheten hun har i seg selv nå som voksen henger sammen med dette. Hun forteller om opplevelse av manglende interesse og engasjement fra foreldrene i forhold til hennes interesser:

«Jeg husker, jeg følte ofte på det, det var jo veldig mange foreldre som var med og fulgte opp, men det var liksom aldri mine da. Så jeg husker jeg kjente det savnet, synes det var veldig dumt (...) jeg følte liksom at jeg ikke var god nok for dem da, siden de ikke brydde seg om det som betydde noe for meg»

Brage beskriver seg selv som innesluttet og tilbaketrukket som barn. Han beskriver flere episoder fra barne- og ungdomstida hvor han følte seg utrygg og ydmyket. Disse opplevelsene har forsterket hans grunnleggende usikkerhet og gitt han vansker med å forholde seg til egne følelser. Han beskriver videre hvordan erfaringene har satt seg i kroppen og gjort han mer avstengt og anspent:

«Etter hvert skulle det ikke så mye til før jeg ble tilbaketrukket og selvkritisk (...) det var liksom summen av erfaringer, tror jeg (...) spesielt dette med å bli sett i et dårlig lys, å bli ydmyket på et eller annet vis (...) Og jo mer jeg liksom kjente på det, jo mer fryktet jeg den følelsen (...) jeg opplevde jeg måtte være trygg på personene før jeg kunne slippe meg løs og slappe mere av. Ellers så var jeg veldig anspent og veldig tilbaketrukket (...) Jeg husker jeg var på noen fotballtreninger, men jeg trakk meg veldig fort unna der og jeg ble ikke pushet på det heller (...) når jeg tenker tilbake på fotballtreningen, så ga jo ikke de folkene meg en sjanse liksom»

Brage gir uttrykk for at han mener han kunne fått mer støtte av omgivelsene slik at han kunne fått erfaring i å forholde seg til ubehagelige følelser og utfordrende situasjoner.

«Det var en litt passiv, litt sånn oppgitt holdning rundt det hele, litt sånn 'ok, hvis du ikke liker det så' (...) det var ikke noe ønske om å forstå på en måte».

Aksel beskriver hvordan opplevelsen av å ikke bli sett og forstått har gjort det vanskelig å håndtere egen utrygghet og angst senere i livet. Han forteller at han har gjort mange dårlige valg og han føler han har mistet mange år som følge av en destruktiv tilnærming til sine vansker. Selv om han nå opplever å være i en positiv bedringsprosess, gir han uttrykk for frustrasjon over å ikke ha fått bedre hjelp tidligere:

«Jeg er egentlig bare bitter og litt sint og frustrert (...) hvis jeg hadde fått denne hjelpa da jeg var 15- 16 år (...) ja, da hadde livet mitt vært helt annerledes, sannsynligvis. Jeg vet jo ikke, men (...) da hadde jeg sluppet å sitte her mange år senere og være bitter»

Han forteller at han har gått litt til og fra legen fordi han har vært sliten og slapp og har hatt litt uforklarlig muskel- og leddverk, men føler ikke at legen har forstått plagene hans og tatt han på alvor:

«etter tredje besøket så var han klar på at dette er psykisk og det er noe jeg innbiller meg, det er i hvert fall mitt inntrykk, men for meg er det jo høyst reelt (...) jeg fikk inntrykk av at han mente at jeg innbilte meg det. At det ikke er reelt, at du bare tenker det inni det syke hodet ditt. 'Jeg kan ikke se noe på blodprøvene dine, så du er helt frisk' (...) Altså, jeg tror dette er helt reelt for meg».

4.2.2 Å bli kjent med- og spille på lag med seg selv

Å oppleve bedring beskrives av flere av deltakerne som en døråpner til å forstå seg selv og kroppslige symptom på en ny måte. Hvor langt deltakerne var i egen bedringsprosess ble en tydelig indikator på grad av selvinnsett og opplevelse av sammenheng mellom kropp og følelser. Dette kom til uttrykk som opplevelse av økt kontakt med egen kropp og økt kroppsbevissthet. Deltakerne som hadde hatt psykologisk oppfølging over lengre tid, ga uttrykk for økt forståelse for- og mestring av sine kroppslige plager. Aksel beskriver hvordan denne endringen gav han opplevelse av kroppen som mer forutsigbar:

«Det føles litt mer som om det er jeg som bestemmer på en måte, det er ikke sånne uforutsigbare greier man våkner opp til (...) Jeg klarer å ta tak i ting (...) Jeg har vel blitt flinkere til å kjenne etter, jeg har liksom sittet veldig mye sånn (trekker skuldrene mot ørene) (...) Ja, veldig anspent i skuldrene og liksom holdt pusten litt og litt (...) sånn at jeg kjenner

liksom når jeg kjenner etter at det er et eller annet som knyter seg på en måte (...) Det er både det at jeg klarer å legge merke til det og gjøre noe med det»

Aksel forteller videre at han har blitt mer bevisst på hvordan hans tidligere unngåelsesstrategier har påvirket de kroppslige plagene. Han beskriver hvordan økt selvinnsikt- og evne til å se seg selv utenifra, har gjort han mer oppmerksom på sammenhenger mellom kropp, følelser og kontekst.

«Jeg har kanskje blitt mer observant til ting jeg har drevet med, jeg har hatt veldig sånn unnvikende trekk som de kalte det, så jeg har egentlig prøvd å ta i et tak. Du blir jo ikke bedre av å unngå det (...) Jeg tenker at jeg har vært veldig anspent og det har vært sånn over veldig lang tid (...) det er jo fortsatt dager jeg ikke er helt på, at jeg holder pusten og er litt anspent, men jeg prøver å ta tak i det med en gang jeg legger merke til det. Nå kjenner jeg også at jeg er blitt påvirket av alt utenifra. At alt som foregår i omgivelsene, jeg merker jo at hvis det blir veldig mye nå så kjenner jeg det jo bedre»

Brage forteller at han alltid har slitt med anspenhet og at han vært mye plaget med vondt i magen. I likhet med Aksel beskriver han å ha blitt mer bevisst egen sammenhengen mellom angst og eget spenningsmønster- og hvordan han forholder seg til dette:

«Det er liksom nøkkelsymptomet, egentlig, som jeg har slitt med. At det liksom knyter seg, ja, det er det angstsymptomet jeg har kjent mest på (...) Jeg spenner meg mest i skuldre og rygg, prøver å rette meg opp når jeg opplever den fluktresponsen, det er litt sånn trigger (...) Jeg er definitivt blitt mer bevisst på det, og jeg er jo i aktivitet i håp om å kunne løse opp i noe av det»

Brage beskriver det krevende å jobbe med seg selv, men han gir uttrykk for at å gå i behandling blir som en gjenoppdagelsesprosess og gir han økt tro på bedring:

«Dette med isolasjon har liksom vært en stor del av sykdomsbildet, så det å jobbe aktivt for å bryte den isolasjonen og bli tryggere i seg selv, det blir en sånn gjenoppdagelsesprosess nærmest (...) det er liksom en byrde som blir lettere, det er ikke så tungt å komme seg ut lengre, det er blitt mer rutine, det kjennes lettere rett og slett (...) Jeg står jo fortsatt i en prosess, og det er ofte jeg opplever backflash og halvveis tilbakefall og sånn (...) men forskjellen er jo at jeg er veldig mye mer bevisst på det og at jeg har større aksept, og jeg har mer drivkraft i bunnen. Jeg har sunnere metoder for å hankses med det, istedenfor å bare være selvdestruktiv»

Anne forteller at hun har hatt mye plager i nakke- og skulder, samt hodeverk, men at dette har bedret seg i de siste årene. Hun beskriver hvordan psykologoppfølging har gitt henne bedre innsikt i egen situasjon og hun beskriver økt opplevelse av sammenheng mellom kropp og følelser:

«Jeg ser det først nå i etterkant at de periodene jeg har vært mye stresset og depressiv, så har det gitt utslag på at jeg har vondt i kroppen, men jeg har egentlig ikke skjønt helt signalene (...) jeg gruet meg ofte til å gå på jobb og da kjente jeg at jeg fikk mer og mer vondt i kroppen. Jeg skjønnte nok ikke helt signalene der og da, men jeg så dem i etterkant»

Anne reflekterer rundt egen prosess og beskriver utfordringene relatert til det å stoppe opp og være oppmerksomt tilstede i seg selv:

Jeg har jo kommet utrolig langt med mye, men likevel så klarer jeg ikke helt å kjenne på det. Jeg tenker alltid at det er noe jeg kunne gjort bedre, det er ikke godt nok (...) jeg har tenkt at jeg må bli flinkere å gi 'f' i ting, dette er godt nok»

Anne gir uttrykk for å ha blitt tryggere på seg selv med årene og sier hun er mer på bevisst på hva som er viktig for henne.

«Jeg merker veldig stor forskjell på det nå (...) jeg har ikke de samme plagene som tidligere. Og dette med å være knytt og anspent, jeg har det jo fortsatt, men ikke i den grad jeg hadde det (...) Jeg kjenner fortsatt at jeg kan bli trøtt og sliten, men det er vel da jeg klarer å kjenne igjen signalene, at jeg klarer å stoppe litt opp (...) Jeg har et veldig ambivalent forhold til egen kropp, men jeg ser jo det i dag, at jeg er jo mye mer fornøyd med meg selv i dag enn jeg var tidligere (...) det er først nå i det siste egentlig at jeg tenker 'jammen, jeg er jo ikke så verst likevel'! ja, jeg vet egentlig ikke om jeg har hatt den følelsen tidligere».

Bente har forholdsvis nylig oppsøkt hjelp for sine psykiske vansker og opplever ikke å være i sammen bedringsprosess som de øvrige deltakerne. Hun gir uttrykk for større vansker med å forstå- og mestre sine kroppslige plager og har vansker med å sette ord på- og nyansere kroppslige opplevelser. Bente viser imidlertid til opplevelse av sammenheng mellom kropp og følelser gjennom beskrivelse av at smertene påvirker henne psykisk, samt opplevelse av forverring når hun presser seg selv. Hun gir uttrykk for vansker med å akseptere situasjonen hun er i og beskriver at hun synes det er vanskelig å ta hensyn til smertene i det daglige:

«Jeg tar jo hensyn, men samtidig er jeg jo irritert over ting jeg ikke kan gjøre, så jeg gjør det likevel. Og da får jeg jo igjen for det etterpå (...) Jeg blir jo litt sliten av å kjempe imot hele veien, både mot tanker og smerter».

4.2.3 Bevegelse i takt med seg selv gir positive opplevelser

Å oppleve mening og mestring gjennom bevegelse, handler for alle deltakerne om en tilstedeværelse i seg selv som åpner opp for glede og nye sanseopplevelser. Til tross for stor variasjon i erfaringer knyttet til bevegelse, aktivitet og trening, viser alle deltakerne til ulike opplevelser av glede, mening og mestring gjennom å være i bevegelse i ulike faser i livet. Fellesnevneren for en slik positiv opplevelse beskrives som en opplevelse av å få fri fra bekymringer, krav og prestasjon. Å kjenne seg oppmerksomt tilstede i seg selv beskrives gjennom ord som *fri*, *spontan* og *flow*.

To av deltakerne har vært svært aktiv med ulike former for organisert trening gjennom hele barndommen. Disse to deltakerne beskriver hvordan mestringen i idrettssammenheng påvirket selvfølelse og overskygget vansker knyttet til utrygghet. Bente forteller hvordan idrett, trening og friluftaktiviteter har vært en viktig del av hennes liv. Hun beskriver at idrettsgleden gav henne et positivt fokus og at den mestringen hun opplevde gjennom idrett gjorde henne trygg på seg selv.

«Det var mye glede, det var mye fokus på trening og jeg følte ikke jeg hadde noe problem med andre ting da. Jeg var inne i en idrettsboble med mye glede og mestring»

Aksel beskriver fotballen som et fristed fra mange av de problemene han opplevde ellers:

«Jeg tror egentlig det bare ble et sånt lite fristed. At der gikk det stort sett greit (...) Det var ikke noen lærere sånn som i klasserommet»

Opplevelse av mestring og glede gjennom kropp og bevegelse handler for alle deltakerne om å kunne være seg selv og ikke måtte leve opp til andres krav eller forventninger. Flere av deltakerne beskriver imidlertid barne- og ungdomstida som ei tid preget av utrygghet og beskriver negative erfaringer fra gymtimer og organisert idrett. Brage beskriver valgte bort fotball som egentlig var en stor interesse, grunnet egen utrygghet. Han forteller imidlertid om opplevelse av frihet og spontanitet når han lekte utendørs og ikke opplevde krav til prestasjon.

«Når jeg var sammen med noen jeg følte meg trygg på, så kunne jeg være mer spontan og være mer meg selv følte jeg (...) jeg kunne ha det gøy med veldig lite (...) jeg var mye sammen med ei venninne ute i naturen. Vi krøp opp i steinrøys og sprang rundt i skogen og fant på mange historier som vi levde oss inn»

Anne viser også til positive barndomsopplevelser relatert til å være i ikke-organisert aktivitet ute.

«Jeg elsket å gå opp til stølen for å se etter dyrene. Det var helt fantastisk. Det gav meg en

Denne gleden står i sterk kontrast til Anne sine negative opplevelser knyttet til utestenging og redsel, som overskygget mulighet for å oppleve mestring i barndommen: Hun beskriver videre hvordan hun hatet aktiviteter som krevde kroppskontroll, og viser til sammenheng mellom egen redsel og kroppslig spenningsmønster:

«Jeg hatet å hoppe bukk, fordi det torde jeg egentlig ikke. Og det å stabilisere kroppen, å gå på hender og stå på hodet, det hatet jeg for det fikk jeg aldri til. Da var jeg kjemperedd (...) og jeg hatet å gå på ski, det var jo det verste jeg kunne gjøre. Da la jeg meg bare ned. Jeg fikk det ikke til, jeg bare datt og var kjemperedd og veldig stiv. Ja, jeg tenkte at 'dette får jeg ikke til, så da vil jeg ikke gjøre det'»

Anne forteller om et vendepunkt- og ny start da hun begynte på videregående. Hun beskriver hvordan dette miljøskiftet ga henne en 'ny start' og økt trygghet, som igjen åpnet opp for opplevelse av mestring og bevegelsesglede:

«Der torde jeg å gjøre mer, torde å utfordre meg selv og delta mer aktivt (...) jeg torde jo å ta mer plass (...) Jeg husker jeg ble kjempestolt over å få 5 i gym, for det var noe jeg aldri hadde klart før og jeg skjønnte ikke helt hvordan jeg klarte det, men jeg syns i alle fall det var veldig kjekt da, å ha gym»

Deltakerne som opplevde mestring knyttet til egen prestasjon innen idrett og trening i barne- og ungdomstid beskriver utfordringer relatert til å gjenfinne glede i bevegelse i voksen alder. Aksel forteller at han var gradvis mindre i aktivitet fra 20-års alderen og beskriver at han mistet treningsgleden. Han viser til en endring fra fokus på prestasjon og konkurranseinstinkt til å vektlegge opplevelse av bedring av både psykiske- og kroppslige plager:

«Det er veldig mange forskjellige ting som går fremover på grunn av treningen (...) Både fremgangen, også sover du litt bedre og spiser litt bedre. jeg føler jo mindre av de smertene

jeg har hatt, eller hva jeg skal kalle det. Jeg føler meg mer opplagt når jeg våkner og jeg har mer energi»

Bente beskriver det som et stort tap når hun nå ikke kan være i like mye aktivitet lengre grunnet smerteproblematikk, men viser samtidig til positiv opplevelse av å komme seg ut og i bevegelse:

«Når jeg kommer meg ut, så får jeg en sånn frihet, det er ikke noen krav eller noen ting, så jeg slapper mye bedre av (...) jeg er mer rastløs inne og slapper mer av når jeg er ute. Når jeg har gått litt, da kan jeg sette meg ned og da klarer jeg å slappe av. Men jeg tror det har med at jeg får fokus på litt andre ting, naturen og, ja, jeg går ikke og tenker så mye. Du blir på en måte tvunget til å bruke andre sanser (...) Å gå tur i ulendt terreng er den beste tiden egentlig jeg har (...) også når jeg setter meg i bilen så begynner det å verke igjen. Så jeg har egentlig lyst å gå hele tiden, men det går jo ikke»

Anne forteller hvordan opplevelse av økt mestring og bevegelsesglede har gitt økt kontakt med seg selv og gjort det lettere å motivere seg til å være i bevegelse og aktivitet:

«Det går litt i perioder hvor aktiv jeg, men jeg har i alle fall mye mer glede av å være i aktivitet. Og jeg ser mer at jeg trenger det for å bli sterkere, men og for å mestre. Og jeg har mye større glede over det jeg mestrer nå, enn tidligere (...) jeg liker å være ute, både på ski og til fots og til fjells. For det er liksom noe jeg ikke hadde troen på meg selv at jeg klarte. Og nå ser jeg at jeg klarer det, og det er veldig kjekt (...) jeg kjenner at jeg har et mer avslappet forhold til å være i aktivitet nå enn tidligere»

Hun beskriver med stor entusiasme og lettelse hvordan den negative erfaringen fra å stå på ski i barndommen ble snudd til en mestringsopplevelse nå i voksen alder ved å tørre å utfordre seg selv:

«Jeg dro opp i det området jeg virkelig hatet som barn (...) da var jeg ganske utrygg og tok noen omveier for å holde meg på beina, men så neste gang, da utfordret jeg meg selv mer og da klarte jeg en nedoverbakke som jeg fryktet. Og det var bare sykt godt (...) jeg ble jo bare utrolig glad, utrolig lettet og veldig overrasket over at jeg fikk det til, over at jeg ikke datt (...) det at jeg torde å bare stå i det og ikke finne en alternativ utvei (...) jeg kjenner jo at jeg blir så glad innvendig, at jeg blir stolt over meg selv»

Brage beskriver mestringsfølelse av å komme seg ut av isolasjon og i mer aktivitet, og beskriver hvordan psykiske plager gjenspeiler seg kroppslig:

«Du kjenner jo på liksom at du har overvunnet noe i deg selv på en måte. Og jeg vil jo si at den følelsen, du føler deg tryggere på deg selv (...) En føler seg jo rett og slett tyngre fysisk når en er nedfor, når du er trist, depressiv. Så er det liksom et ork å dra seg selv rundt. Mens, til kontrast når en er inne i en god periode, da tenker jeg ikke så mye over kroppen i det hele tatt, egentlig. Da er det liksom bare 'go with the flow' (...) Jeg liker å gå turer for min egen psyke og på en måte få pustet litt mer for å slippe alt tankekjøret. (...) Jeg får veldig mye igjen for det (...) når jeg liksom har kommet meg ut, så slipper tankene lettere taket syns jeg. Eller det vil si at jeg slipper lettere taket på tankene (...) når jeg har bevegde meg og fått frigjort energi, så er det lettere å la tankene passere»

5.0 Diskusjon

Med utgangspunkt i problemstillingen «hvordan beskriver unge voksne sammenheng mellom psykiske og kroppslige plager- med vekt på opplevelse, forståelse og mestring» vil jeg i det følgende oppsummere og diskutere studiens tre hovedfunn i lys av et overordnet kroppsfenomenologisk perspektiv, samt teori fra neuroaffektiv utviklingspsykologi. Avslutningsvis vil jeg oppsummere studiens funn og belyse implikasjoner for praksis.

Fellesnevner for de tre hovedfunnene i studien er slik jeg ser det, den gjensidig forankringen mellom kropp, følelser- og selvopplevelse. Dette er i tråd med teorien bak neuroaffektiv utviklingspsykologi, hvor nettopp sammenbindingen mellom emosjonell, kognitiv og motorisk utvikling blir belyst ved å forene tradisjonell utviklingspsykologi og nyere hjerneforskning (Hart, 2012). Videre bekrefter funnene i studien kroppsfenomenologien og viktigheten av å styrke kroppens subjektstatus innen psykisk helsearbeid.

5.1 Manglende rom for å bli kjent med- og forholde seg til seg selv

Deltakerne beskriver hvordan manglende opplevelse av å bli sett har skapt avstand til egne følelser og egen kropp- og ført til vansker med å forstå og forholde seg til egen utrygghet. Kroppslig kommer dette til uttrykk som blant annet anspenhet og ønske om gjøre seg usynlig og ta minst mulig plass. Dette funnet bekreftes av Hart (2012) som i sin bok *Den følsomme hjernen*, kobler hjerneforskning med utviklingspsykologi, og vektlegger betydningen av trygg emosjonell utvikling. Hart referer til trygghet, anerkjennelse og støtte som viktige faktorer for å forstå seg selv, egne følelser og egen kropp, og hun viser til hvordan man kan markere følelsene til barn ved å speile dem slik at de føler seg sett og forstått (ibid.)

I et intervju med RVTS sør, viser Hart til at ved å fokusere på det kognitive og det motoriske, men ikke den emosjonelle utviklingen, gir vi ikke symptomene et «øre som kan høre» der vi lytter etter hva symptomene er et uttrykk for. Å snakke om følelser med barn og hvordan følelsene kjennes på kroppen, fremmer ifølge Hart god emosjonell utvikling. Å forstå seg selv- og egne behov handler med andre ord om å bli møtt og forstått som individuelle subjekt. Hart sier videre i intervjuet: «Å legge merke til, romme og forstå sine egne følelser, er grunnlaget for et sunt liv» (Thorkildsen, RVTS sør 2019).

Deltakerne i studien beskriver hvordan vansker med å forholde seg til egne følelser forplanter seg videre til vansker med å forholde seg til egen kropp og kroppslige fornemmelser. Det blir

en diskrepans i det naturlige samspillet mellom kropp og følelser, som i dette funnet kommer til uttrykk form utrygghet, angst og ansenthet. I tråd med Hart (2012) sin neuroaffektive utviklingsteori, belyser dette viktigheten av å forstå den enkeltes reduserte- eller manglende opplevelse av sammenheng mellom kropp og følelser. På den måten kan en identifisere hva symptomene er et uttrykk for, og sammen med den enkelte utforske mulighet for å minske denne diskrepansen for å fremme opplevelse av sammenheng mellom kropp og psyke- og økt evne til selvregulering.

Refleksjonene som kom fram blant deltakerne i dette funnet viser et behov for støtte og oppmuntring i forhold til å forholde seg til egen utrygghet i barndommen. Å 'få lov' til å gi lett opp- eller ikke måtte snakke om det som oppleves vanskelig fremfor å lære seg å 'stå i det', beskrives som et savn. Unngåelsesadferd beskrives videre som en måte å slippe å forholde seg til vanskelige følelser og kroppslig ubehag. Dette kan sees i lys av Hart (2012, s.176-177) sin forklaring på hvordan kortisolregulering henger sammen med sosial kompetanse og tilpasningsstrategier. Hart viser i denne sammenheng til at kronisk stress tidlig i utviklingen hos pattedyr og mennesker kan forårsake enten kronisk stressaktivering eller nedtonede følelser, som igjen fremprovoserer sterke negative følelser eller passiv unngåelsesadferd. Hos usikkert tilknyttede barn ser en kronisk forhøyet kortisolnivå, som antakelig avspeiler barnets mangel på positive stimuli og manglende tilpasningsstrategier. Trygt tilknyttede barn viser derimot kun forhøyede kortisolnivåer i stressfylte situasjoner, samt evne til å benytte tilnæringsstrategier som hjelper dem å mestre situasjonen. Denne mestringen demper stressopplevelsen og reduserer kortisolnivået til et normalt nivå.

Mestringsstrategier, eller en følelse av kontroll, har dermed en positiv påvirkning på kroppens kortisolregulering. Kronisk stressaktivering beskrives derimot som svært uhensiktsmessig og kan, ifølge Hart, resultere i et overfølsomt nervesystem og nedsatt selvreguleringsferdigheter.

Hart (2012) sin teori understøtter, slik jeg ser det, viktigheten av å hjelpe barn og unge til selvregulering gjennom tilpasset støtte og trygging som kan åpne opp for hensiktsmessige tilpasningsstrategier i ulike livsfaser. Hart viser til at den sterke reorganiseringen av personligheten i løpet av puberteten skaper et utall psykobiologiske endringer, som bare overgås av utviklingen i barnets to første leveår. Pubertetsperioden stiller dermed store krav til et robust og integrert nervesystem som er i stand til å balansere det autonome nervesystemet, for å kunne regulere og tolerere usikkerheten og stresset som karakteriserer denne kritiske overgangsperioden.

Den nevrobiologisk forståelsen og vektlegging av hjernes modning og plastisitet er, slik jeg ser det, en viktig forutsetning i møte med barn og unge med ulike former for reguleringsvansker. For helsepersonell og pedagoger ser jeg teori som belyser sammenheng mellom hjerneforskning og utviklingspsykologi som en nødvendig grunnkompetanse i et helsefremmende- og forebyggende perspektiv.

I den videre diskusjonen av dette funnet vil jeg belyse hvordan underkjenning av kroppslige erfaringer og fornemmelser, i lys av et kroppsfenomenologisk perspektiv, kan føre til at en mister viktige holdepunkter for selvregulering, hvor konsekvensen kan bli en hjelpeløshet i å kunne fortolke egen kropp. Den enkelte blir på et vis «offer» for egen kroppslige smerte og vanskelige livsopplevelser, som igjen resulterer i enda større avhengighet av andres hjelp (Thornquist, 2001).

Deltakerne beskriver hvordan vansker med å forholde seg til egen utrygghet kommer til uttrykk som uforutsigbare symptom som er vanskelige å forholde seg til, og som har gjort det krevende å møte utfordringer og motgang senere i livet. Mangelfull innsikt i- og forståelse av egne symptom forsterkes av opplevelse av manglende anerkjennelse på symptomene som reelle. Dette kommer bl.a. til uttrykk blant noen av deltakerne som mistillit mot hjelpeapparatet.

Gretland (2007) viser i denne sammenheng til at når sykdom og lidelser oppfattes utelukkende som tegn som bekrefter sykdom, neglisjeres det at alle slags (kroppslige) framtreddelser – også symptomer og sykdomsmanifestasjoner – er tegn som kan ha kommunikative betydninger. Pasienten får da heller ingen hjelp til å søke mening i tegn og lidelser som kunne være kilder til utvikling og vekst.

Å bli vurdert ut ifra symptomer uten å se symptomene i en større sammenheng kan, slik jeg ser det, forsterke egen utrygghet. På denne måten skapes et ugunstig klima for å kunne hjelpehjelperen objektiviserer den sårbare personen, som på sin side ikke tør vise egen sårbarhet.

Dette understrekes også av Råheim (2003), som i artikkelen *Kroppsfenomenologi – innsikt relevant for klinisk praksis*, belyser hvordan kroppsfenomenologien utfordrer det medisinske feltet og alle helseprofesjoner, til å integrere levd erfaring i forståelse og representasjon av sykdom. Råheim beskriver hvordan levde kropp som er syke og smertefulle er mer sensitive i møte med andre enn kropp som er friske og velfungerende. Hun argumenterer for at måten den kroppslige nærheten håndteres på kan være begynnelsen til å minske splittelsen i selvopplevelsen for pasienten. Det kan fremme en prosess som gjenintegrerer kroppen som

sin i pasientens erfaring- eller i motsatt fall skaper ytterligere objektgjøring. Råheim viser til at klinisk sensitivitet, respekt og lydhørhet i så måte blir vesentlig for ikke å bevege seg vekk fra pasientens erfaringsverden.

I lys av Hart sin neuroaffektive teori og et kroppsfenomenologisk perspektiv, illustrerer dette funnet viktigheten av å vektlegge forståelse for årsaken bak de symptomene som kommer til uttrykk og fokusere på hvordan den enkelte i lys av sin livsverden, kan bli sett og få tilpasset støtte som kan minske avstanden mellom *sin* kropp og *sine* følelser.

5.2 Å bli kjent med- og spille på lag med seg selv

Deltakerne beskriver i studiens andre funn, hvordan opplevelse av å være i en bedringsprosess fremmer opplevelse av sammenheng mellom kropp og følelser. Å føle seg forstått tilskrives bl.a. bekreftelse på egne følelser og kroppslige fornemmelser som reelle og meningsfulle.

Deltakerne beskriver økt kontakt med seg selv og egen kropp. I tråd med et kroppsfenomenologisk perspektiv kommer nye kroppsopplevelser til uttrykk når den kroppslige aktiveringen slipper taket og åpner for nye sanseerfaringer (Gretland, 2007).

Det er med kroppen vi er tilstede i verden og er i kontakt med tingene og livet selv, og det er som kropp vi snakker, erkjenner og blir til den bevissthet eller sjel, som tror den er noe i seg selv (Merleau-Ponty, 1994, innledning v/ Østerberg).

Thornquist (2005) viser i sin artikkel *Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling* til at en kan miste kontakten både med den subjektive opplevelsen og den kroppslige siden ved opplevelsen når det blir en vane å underkjenne følelser og bremse seg selv. Dette er i tråd med Hart (2012) sitt neuroaffektive perspektiv som belyser hvordan det å knytte kropp, følelser og kognitive aspekter sammen, kan åpne opp for nye kroppslige erfaringer og fremme nye handlingsmuligheter for pasienter som mangler ord for følelser- og kroppslige opplevelser. Den neuroaffektive teorien vektlegger viktigheten av å integrere kontakt med de ulike utviklingsnivåene i hjernen ved å forholde oss til den nærmeste «utviklingszone», som viser til det området i nervesystemets utvikling som ligger før bruddet eller skaden har oppstått (Hart, 2012; Helmersen; 2015).

Hvor langt den enkelte deltaker var i egen bedringsprosess ble i dette funnet, gjenspeilet i refleksjoner rundt forståelse og mestring av kroppslige plager. En av deltakerne ga i liten grad uttrykk for opplevelse av å være i bedringsprosess og viste tilsvarende i liten grad opplevelse

av sammenheng mellom kropp og følelser, samt vansker med å forstå og forholde seg til sine kroppslige plager. Dette er i tråd med forståelsen av hjernen som tredelt, og Helmersen (2015) sin beskrivelse av mentalisering som både affektiv og kognitiv - å kunne både føle klart og tenke klart. Helmersen viser til at det ved liten grad av refleksiv kompetanse blir viktig å knytte opplevelse inn i terapien for å skape forbindelser til det limbiske og autonome området i hjernen. Ved å sette ord på en sansning skjer det en mentalisering.

Gretland (2007) beskriver hvordan oppmerksomhet mot persepsjon av sanseinformasjon kan være et sentralt ledd i utviklingen av selvavgrensning og opplevelse av å være samlet og forankret. Hun referer til sanseerfaringer som utgangspunkt for vår oppfatning av oss selv og omverdenen, og konkret persepsjon av egen kropp er dermed første trinn i å få pasientene til å legge merke til og ordfeste kroppslige erfaringer her og nå. Hun viser videre til hvordan blant annet det å jobbe med impulsaktivitet fra ledd og muskulatur, som å kjenne forskjell på muskulær spenning og avspenning, og videre begrepsfeste dette, betraktes som en nødvendig omvei mot målet mot en integrert kropp og person.

Viktigheten av å se sansing, persepsjon og bevegelse som en funksjonell enhet belyses også av Moe (2009). Hun beskriver hvordan bevegelse forutsetter sansing og persepsjon – og sansing og persepsjon forutsetter bevegelse. Videre vektlegger hun hvordan sanseerfaringer ligger til grunn for vår oppfatning av oss selv og omverdenen, og bl.a. kan styrkes gjennom fysiske aktiviteter som hjelper personen til å få kontakt med seg selv, bli fortrolig med kroppens signaler og blir kjent med- og trygg på egne grenser. Til motsetning kan en objektiv tilnærming til enkeltindividets sammensatte utgangspunkt undergrave mulighet til å stole på egen kropp, som å bli kjent med eget holdnings- og spenningsmønster, og dermed mulighet til egenregulering.

Slik jeg ser det, bekrefter dette funnet viktigheten av å forstå kroppen som meningsbærende- og hvordan den enkelte opplevelse av seg selv- og egen kropp, danner utgangspunktet for opplevelse av sammenheng mellom kropp og følelser. Å være i en bedringsprosess gir opplevelse av mestring. Mestring gir økt selvforståelse og mentalisering- og åpner for mulighet til å jobbe med kroppssansing, som igjen kan fremme ord for følelser og opplevelser. I lys av et kroppsfilosofisk- og neuroaffektivt perspektiv kan behandling som integrerer sansing og kropp med samtaler og psykoedukasjon, være hensiktsmessig for pasienter med psykiske og kroppslige plager.

5.3 Bevegelse i takt med seg selv gir positive opplevelser

I studiens tredje funn viser alle deltakerne til ulike opplevelser av glede, mening og mestring gjennom å være i bevegelse i ulike faser i livet. Fellesnevneren for en slik positiv opplevelse beskrives som en opplevelse av å være tilstede i seg selv, og kjenne seg fri og sansende. Selvforglemmelse kommer til uttrykk som opplevelse av å være tilstede i egen kropp uten at kroppen står i fokus. *Frihet*, *spontanitet* og *flow* er ord som blir brukt for å beskrive en slik opplevelse av å «glemme seg selv». Dette funnet bekreftes av Helmersen (2012), som beskriver det hun kaller for kroppens være-dimensjon som en kontrast til gjøre-dimensjonen ved kroppen. Hun viser til ordet menneske på engelsk: *human being*, ikke *human doing*. «Vi er veldig flinke til å gjøre alt mulig med kroppen, men glemmer ofte bare å være tilstede i kroppen og oppleve, sanse og *være*» (Helmersen, 2012, s.20). Helmersen viser til det å være en kropp som en tilstand eller bevissthetsform, hvor en total væren gir en følelse av å være ett med hele kroppen, uten å tenke, en tilstand av ren væren.

Et slikt kroppsphenomenologisk perspektiv belyses også av flere andre fysioterapeuter, som tar til orde for å løfte betydningen av å se kropp og bevegelse som eksistensiell, intensjonell og som en grunnleggende ressurs – og måte å være på (Engelsrud, 2019; Gretland, 2007; Moe, 2009).

Moe (2009) viser til at kroppsphenomenologien bidrar til å gi innsikt i hvordan bevegelse er eksistensielt for mennesket, nettopp siden bevegelse, sansing og persepsjon forstås som en organisk enhet. Hun poengterer videre at denne forståelsen av bevegelse inkluderer at bevegelse også er et biologisk fenomen og viser til at samtidig som personen opplever, foregår det biologiske prosesser som er nødvendige for å oppleve. Dette samsvarer med den neuroaffektive teorien, som belyser samspillet mellom den kognitive-, motoriske- og emosjonelle utviklingen.

I sterk kontrast til opplevelse av mening og mestring gjennom bevegelse, viste deltakerne til hvordan ytre krav og forventninger også har ført til utrygghet som overskygger opplevelsessiden av det å være i bevegelse. I lys av et kroppsphenomenologisk- og neuroaffektivt perspektiv vil mangelfull kroppslig bevegelse føre til redusert somatosensorisk impulsaktivitet, som igjen påvirker både selvfoønmelse og foønmelse for omgivelser (Bårdsen, 2010; Hart 2012).

Verdien av å finne glede, mening og mestring i bevegelse slik alle deltakerne beskriver i dette funnet, ser jeg som en grunnleggende faktor for å fremme god psykisk- og fysisk helse.

Gjennom en fenomenologisk tilnærming til kropp og bevegelse kan vi, ved å se enkeltindividet i lys av hvordan han/hun forstår- og forholder seg til egen kropp, stimulere til økt kontakt med egen kropp, selvforståelse- og mestringstro. I dette ligger en individuell tilpasning- og tilnærming til den enkelte, uavhengig av diagnose. Betydningen av selvforståelse- og egenverdien i det å bevege seg anser jeg, i tråd med Bårdsen (2010) som overordnet treningsmetoder og ekspertråd. Ved en fenomenologisk tilnærming til kroppen som sentrum for erfaring, vektlegges å finne tilnærminger som oppleves meningsfulle og motiverende for den enkelte. Å oppmuntre den enkelte til å utforske hvilke bevegelser og aktiviteter som gir mening og mestring i eget liv, kan kanskje tenkes å fremme ønske om å bevege seg mer- og ikke minst, i takt med seg selv.

Moe (2009) viser til viktigheten av at fysioterapeuter bruker sin faglige kompetanse til å analysere hva slags former for fysisk aktivitet den enkelte vil ha best nytte av i forhold til å forsterke eller frigjøre innøvde bevegelsesmønstre, samt for å utvikle personlig utvikling og vekst. Dette synet støttes også av Bårdsen (2010) som sier vi må passe oss for å gjøre enkel, naturlig aktivitet til vanskelig «medisin». Bårdsen viser videre til at en vitenskapelig terminologi rundt begrepet aktivitet kan frata folk troen på at de kan bevege seg uten å følge ekspertråd.

Det er en bred enighet om at fysisk aktivitet er viktig og mye forskning rundt hvordan fysisk aktivitet og trening skal implementeres innen psykisk helsearbeid (Rådet for psykisk helsearbeid, fysisk aktivitet og helse). Mange treningstilbud er imidlertid av en slik art at opplevelsessiden undergraves. Dette kan, slik jeg ser det, føre til objektivisering av de psykisk syke kroppene, som i lys av et kroppsfenomenologisk- og neuroaffektivt perspektiv kan forsterke de underliggende vanskene den enkelte strever med, og på den måten skape økt avstand til seg selv og egne behov.

Thornquist (2016) belyser faren med å gå oss vill i nye konsepter og terapiformer som kan være med på å forsterke- fremfor å redusere dagens kropps- og helseopptatthet blant unge. Hun vektlegger betydningen av å fokusere på basale behov som døgnrytme og balanse mellom aktivitet og hvile.

Mot tidens selvsentrering og betrakterforhold til kroppen, er det mye å vinne på at vi legger større vekt på variert aktivitet og ikke bygger opp under en tenkning om at fysisk aktivitet kun er trening, at vi dveler mer ved kroppslig erfaring og med utforsking av ulike måter å bevege seg på, og at vi generelt søker å fremme engasjement og selvforglemmelse (Thornquist, 2016).

5.4 Implikasjoner for praksis

Med utgangspunkt i den gjensidige forankringen mellom kropp og selvopplevelse som kommer til uttrykk i studiens funn, vil jeg i det følgende diskutere betydningen av å styrke kroppens subjektstatus innen psykisk helsearbeid, hvor standardisering, manualer og diagnosefokus nå står sentralt i forbindelse med innføring av pakkeforløp. Aarre (2018) tar som nevnt innledningsvis, til ordet for en mindre medisinsk psykiatri- og løfter viktigheten av å se pasientens plager i lys av et kontekstuellet perspektiv. Han viser til hvordan ensidig diagnosefokus kan bidra til at blikket rettes i feil retning og at tiltakene ikke dreier seg om det som er det ekte problemet.

Hvilket blikk vi ser pasienters lidelse med- og hvilket kroppssyn vi representerer, kan slik jeg ser det, utgjøre en vesentlig forskjell for den det gjelder. Faren for objektivisering av sårbare individer er stor dersom vi ikke går veien om ungdommens livshistorier, slik Løkke (2011) beskriver i sin artikkel *Ungdommens følelser og møtet med den instrumentelle fornuften*. Løkke beskriver hvordan det han kaller for instrumentelle fornuftens metoder, eller anti-individualistiske metodikker, kan stenge muligheter for ungdommen til å oppdage egen individualitet når vi som kultur ikke lenger ser viktigheten av at den enkelte lever seg gjennom ulike livsbetingede kriser. Løkke viser til medisinerer, plastisk kirurgi og kognitiv adferdsterapi, men også til effektivisert evidensbasert behandling, som eksempler på instrumentelle metoder som er med på å avvikle det psykiske livets betydning. Løkke mener at de instrumentelle metodene kutter forbindelsene til flere meningsdimensjoner med utgangspunkt i ungdommens liv og psykososiale kontekst, og tilsidesetter terapiformer bygd på autenticitet og langsiktighet. Han argumenterer for et emosjonelt perspektiv i møte med ungdommens følelser, hvor en konfronterer livshistorien, som nødvendig for å lære seg å møte, løse og forstå emosjonelle konflikter.

Gretland (2007) viser til at den grunnleggende etiske utfordringen i alt helsearbeid er å forholde seg til pasienter som hele mennesker: det vil si mennesker som søker mening, som søker å opprettholde sin selvaktelse, og som søker relasjoner til andre. Ekeland (2014) viser også til kroppen som vår forankring i verden som subjekter:

Å bli gitt posisjon som subjekt inneber i prinsippet å bli tilkjent kompetanse og føresetnader til å kunne gjerne egne val, ta ansvar, ha ønsker og intensjoner, og dømekraft i forhold til egne handlingar; med andre ord kapasitetar som er konstituerande for det å vere menneske. At desse kapasitetane blir mistrudde eller tekne frå ein, må nødvendigvis opplevast som eit angrep på

eins verdigheit som menneske (...) Den kunnskapen og kompetansen som bidreg til brukarens subjektstatus, handlar om eit svært samansett kunnskapsfelt som utfordrar profesjonsutøvarens sensibilitet, analytiske og syntetiske evner og klinisk skjøn.

I lys av dagens situasjon med innføring av pakkeforløp innen psykisk helse og rus, står behovet for å balansere den individuelle tilpasningen opp mot den standardiserte manual- og evidensbaserte behandlingen sentralt. Gjennom en økt bevisstgjøring rundt blikket vi ser den enkeltes lidelse i lys av, samt et nyansert og våkent blikk i forhold til forskning og metode, er jeg av den oppfatning at pakkeforløpene kan være med på å kvalitetssikre fagutøvelsen- og forhåpentligvis styrke kroppens subjektstatus.

6.0 Oppsummering

Resultatene i studien belyser svært ulike kroppshistorier som likevel viser fellestrekk relatert til grunnleggende menneskelige behov. Den gjensidig forankringen mellom kropp, følelser og selvpålevelse er fellesnevner for studiens funn. Med utgangspunkt i teoretisk forankring, belyser funnene viktigheten av å integrere kropp, sansing og bevegelse med samtalerapi og psykoedukasjon for pasienter med psykiske- og kroppslige plager. Med tanke på menneskets grunnleggende behov for bevegelse, og betydningen av egenverdien som bevegelse kan tilføre den enkelte, mener jeg studien bidrar med verdifulle funn for alle som jobber med barn, unge og voksne med psykiske og kroppslige plager.

Til tross for et lite utvalg, opplever jeg at deltakernes beskrivelser rundt sine erfaringer og opplevelser er verdifulle bidrag til praksisfeltet. Funnene understøtter viktigheten av å åpne opp for refleksjoner rundt det som kan oppleves vanskelig. Manglende ord for følelser og redusert kontakt med egen kropp kan vekkes gjennom tilpasset behandling som tar utgangspunkt i årsaken til symptomene. Gjennom økt selvforståelse og kroppskontakt kan vi stimulere til mening og engasjement i eget liv og fremme ansvar for egen helse.

Referanser:

- Aarre, T.F. (2018) *En mindre medisinsk psykiatri* Oslo: Universitetsforlaget
- Anderssen, S.A, Berntsen, S. Lohne-Seiler, H. & Torstveit, M.K. (2018) *Fysisk aktivitet og helse – Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* Oslo: Cappelen Damm
- Brodal, P. (2004) *Det nevrobiologiske grunnlaget for balanse*. Fysioterapeuten.no, 8/2004
- Bårdsen, Å. og Thornquist, E. (2010) *Må vi trene for å ha god helse* Tidsskrift for Den norske legeforening, nr.15, 2010: 130: 1487-8
- Den norske legeforening (2019, 10. mai) Beskrivelse av Helsinkideklarasjonen. Hentet fra: <https://beta.legeforeningen.no/fag/forskning/helsinkideklarasjonen/>
- Drageset, S. og Ellingsen, S. (2010) *Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju* Forsking 4/2010
- Ekeland, T.-J. (2014.) *Frå objekt til subjekt – og tilbake?* Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 11(3), 211-220.
- Engelsrud, G. og Nordtug, B. (2018). *Begrepsforståelse i og for fysioterapi – hva er 'psykisk' og hva er 'fysisk' helse?* Fysioterapeuten.no, 1/2018.
- Fadnes, B. og Leira, K. (2008) *Balansekoden – om samspillet mellom kroppslig og mental balanse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Følstad, G. B (2013) *Norsk psykomotorisk fysioterapi i psykiatrien : En kvalitativ undersøkelse av erfaringer knyttet til det å bruke psykomotorisk fysioterapi i behandlingen av pasienter som henvises til allmennpsykiatriske poliklinikker*. Hentet 5.mai 2019 fra: <https://munin.uit.no/handle/10037/5371>
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen. Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Halvorsen, K (2012) *Å forske på samfunnet* Oslo: Cappelen Forlag as
- Hart, Susan (2012a) *Den følsomme hjernen* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Hart, Susan (2012b) *Neuroaffektiv psykoterapi med voksne* København: Hans Reitzels Forlag
- Helmersen, R (2015) *Psykomotorisk terapi og neuroaffektiv teori* Psykomotorik 01/2015

- Helmersen, R (2012) *Hjemme i din egen kropp - Kroppsbevissthet i selvutvikling og terapi*
Bodø: Licentia Forlag
- Helsedirektoratet (2009) *Aktivitetshåndboken – Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsinterju* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Løkke, P.A (2011) *Ungdommens følelser og møtet med den instrumentelle fornuften*
Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 48, nr. 3, 2011, side 242-250
- Malterud, K. (2018) *Kvalitative forskningsmetoder for medisins og helsefag* Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2002) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger* Tidsskrift for Den norske legeforening, utgave 25, 2002; 122:2468-72
- Martinsen, E. W. (2018) *Fysisk aktivitet og psykiske lidelser*. Torstveit, M-K., Lohne-Seiler, H., Berntsen, S. & Anderssen, S.A (2018) *Fysisk aktivitet og helse – Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* Oslo: Cappelen Damm AS
- Merleau-Ponty, M (1994) *Kroppens fenomenologi* Oslo: Pax Forlag A/S
- Moe, S. (2009). *Et kroppsfenomenologisk perspektiv på fysisk aktivitet og bevegelse*
Fysioterapeuten nr. 4/2009.
- Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier – Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordtvedt, F. (2008) *Kroppsfenomenologisk forskning – i grenselandet mellom empiri og filosofi* Vård i Norden nr.3/2008
- Ottesen, A. (2011) *En bærekraftig kropp – En diskursanalytisk tilnærming til kroppen i psykisk helsearbeid*. Brage.bibsys.no
- Regionaletisk komite (2019, 10. mai). Beskrivelse av regler og rutiner. Hentet fra:
<https://helseforskning.etikkom.no/>

Råheim, M. (2003) *Kroppsfenomenologi – innsikt relevant for klinisk praksis*.

Fysioterapeuten nr. 1/2003.

Thorkildsen, S. L (2019) God emosjonell utvikling skaper robuste barn Hentet 3. april 2019
fra RVTS sør: rvtssor.no

Thornquist, E. (2001). *Kroppssyn og faglige utfordringer i dag*. Fysioterapeuten nr. 14/2001.

Thornquist, E. *Fysioterapi og medikalisering, del III – Ungdom og utfordringer*.

Fysioterapeuten nr. 9/2016.

Tranøy, Knut Erik. (2018, 26. juni). Maurice Merleau-Ponty. I Store norske leksikon. Hentet
5. mai 2019 fra https://snl.no/Maurice_Merleau-Ponty

Ungdata <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Notat/2016/Psykiske-helseplager-blant-ungdom-tidstrender-og-samfunnsmessige-forklaringer>

Vedlegg 1

VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET

FYSISK AKTIVITET OG PSYKISK HELSE – KROPPEN SOM SENTRUM FOR SELVOPLEVELSE, MENING OG MESTRING

Dette er et spørsmål til deg som er pasient ved allmennpsykiatrisk poliklinikk om å delta i et forskningsprosjekt for å undersøke opplevelse av sammenheng mellom psykisk og fysisk helse blant unge voksne. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

FORMÅL

Formålet med dette prosjektet er å utforske opplevelse av sammenheng mellom psykisk og fysisk helse blant unge voksne med psykiske vansker og kroppslige plager. Det vil gjennomføres kvalitative dybdeintervju med 4-6 forskningsdeltakere. Spørsmålene vil være relatert til kropp, bevegelse og aktivitet både fra barndom, ungdom og nåtid. Prosjektet er en avsluttende masteroppgave innen psykisk helsearbeid.

HVEM ER ANSVARLIG FOR PROSJEKTET

OsloMet Storbyuniversitet ved førsteamanuensis Marit Aalen er hovedansvarlig for prosjektet. Jeg som skal gjennomføre forskningsprosjektet er ansatt som psykomotorisk fysioterapeut ved Voss DPS.

HVORFOR FÅR DU SPØRSMÅL OM Å DELTA?

Du får spørsmål om deltakelse i denne studien fordi du er i målgruppen for utvalget til studien da du er mellom 18-35 år og er henvist til fysioterapivurdering mens du går i behandling ved allmennpsykiatrisk poliklinikk.

HVA INNEBÆRER DET FOR DEG Å DELTA?

Prosjektet vil gjennomføres som individuelle intervju på om lag 45 minutter. Tema for intervjuet vil omhandle opplevelse av egen kropp- og kroppslige plager, samt erfaring med bevegelse og aktivitet.

Intervjuene vil gjennomføres ved Voss DPS. Du vil få mulighet til å lese igjennom intervjuguide i forkant av intervjuet. Spørsmålene vil være relatert til kropp, bevegelse og aktivitet både fra barndom, ungdom og slik du opplever det nå.

Undertegnede vil ha tilgang til din pasientjournal, men denne informasjonen vil ikke brukes i studien, og heller ikke knyttes til ditt intervju. Intervjuet vil bli tatt opp som lydopptak ved bruk av diktafon og deretter renskrevet, anonymisert og makulert. Notater fra intervjuene vil kun være tilgjengelig for undertegnede og dette vil utgjøre datagrunnlaget for prosjektet.

DET ER FRIVILLIG Å DELTA

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du ikke ønsker å delta i prosjektet vil ikke dette påvirke videre behandling ved DPS'et eller oppfølging av fysioterapeut.

DITT PERSONVERN – HVORDAN VI OPPBEVARER OG BRUKER DINE OPPLYSNINGER

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

- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.
- Lyddopptaket vil lagres som kryptert lydfil som videre vil omskrives til tekst som lagres på kryptert minnepenn.
- Dersom det skulle fremkomme personidentifiserbare opplysninger om deg gjennom intervjuet, vil disse anonymiseres ved omskriving til tekst.

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE DINE NÅR VI AVSLUTTER FORSKNINGSPROSJEKTET?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 20.05.2019. Alle personvernopplysninger og lyddopptak vil slettes når prosjektet er endelig godkjent og tidsfrist for etterprøvbarehet er utløpt.

DINE RETTIGHETER

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandling av dine personopplysninger.

HVA GIR OSS RETT TIL Å BEHANDLE PERSONOPPLYSNINGER OM DEG?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet storbyuniversitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

HVOR KAN JEG FINNE UT MER?

Har du spørsmål om studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- OsloMet storbyuniversitet ved prosjektansvarlig/veileder Marit Aalen, marita@oslomet.no tlf. 95 24 33 43.
- Prosjektleder Silje W. Haugan, silje_willassen@hotmail.com, tlf. 45 22 92 73.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost personvernombudet@nsd.no eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Student

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Fysisk aktivitet og psykisk helse, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 20.05.19.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

INTERVJUGUIDE

Intervjuguiden tar utgangspunkt i problemstilling og underliggende forskningsspørsmål.

Problemstilling: Hvordan beskriver unge voksne med psykiske og kroppslige plager opplevelse av kropp og bevegelse?

Vedlegg 2: Intervjuguide

1. Hvordan beskriver og forstår respondentene sine kroppslige plager?
 - a) Hvilke kroppslige plager har du?
 - b) Hvor lenge har du hatt disse plagene?
 - c) Er det noe som påvirker plagene dine?
 - d) Hvordan forholder du deg/håndterer du plagene dine?
2. Hvordan opplever respondentene det å være i bevegelse og aktivitet?
 - a) Hvilket forhold har du til bevegelse og aktivitet?
 - b) opplever du at plagene dine påvirkes av bevegelse og aktivitet?
 - c) Er det spesielle bevegelser eller aktiviteter som gir deg mestring?
 - d) Er du/har du vært redd for å bevege deg av hensyn til dine plager?
3. Hvordan opplever respondentene sammenheng mellom tanker, følelser og kroppslig spenningsmønster?
 - a) Opplever du sammenheng mellom hvordan du har det følelsesmessig og kroppslig?
 - b) Kjennes kroppen forskjellig når du er glad/trist?
 - c) Føler du deg ofte anspent?
 - d) Slapper du lettere av når du føler deg trygg?
4. Kroppsbilde
 - a) Tanker rundt egen kropp i et livsperspektiv
 - b) Aksept