

# Den kliniske fortellingen som utgangspunkt for helsefremmende dialog

*- En kvalitativ studie av pasienters erfaring med  
fortelling og samtale i psykomotorisk fysioterapi*

Kari Irene H. Busvold



Mastergradsoppgave i helsefagvitenskap  
Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Juli 2013











Copyright: Kari Irene H. Busvold

År: 2013

Tittel: Den kliniske fortellingen som utgangspunkt for helsefremmende dialog – En kvalitativ studie av pasienters erfaring med samtale og fortelling i psykomotorisk fysioterapi

Forfatter: Kari Irene H. Busvold

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo











# Sammendrag

**Oppgavens formål** er å utforske pasienters erfaringer med fortelling og samtale i psykomotorisk fysioterapi, i et tilfriskningsperspektiv. Hensikten med undersøkelsen er å identifisere elementer som kan bidra til helsefremmende dialog, også utenfor en psykomotorisk kontekst. **Bakgrunn** for dette er praksiserfaringer og forskning som tilsier nødvendigheten av en utvidet forståelse av pasienter med sammensatte lidelser og uspesifiserte tilstander. For mange av disse er plagene vedvarende og de opplever i liten grad å bli hjulpet. En biomedisinsk sykdomsforståelse alene, synes å være utilstrekkelig i møtet med disse. Pasientenes subjektive erfaringer blir viktige kunnskapskilder i en slik sammenheng. **Teori:** Studien plasserer seg innenfor humanvitenskaplig sykdomslære og narrativ medisin, og tar utgangspunkt i begrepet ”den kliniske fortellingen”. Fortelling anses her som menneskelig erkjennelseskategori, og det kliniske møte betraktes som hermeneutisk og semiotisk virksomhet. Symptomer betraktes som meningsbærende tegn, og tanken er at samtaler med utgangspunkt i den kliniske fortellingen kan bidra til å avdekke ”uforklarte” symptomers budskap. **Metode:** Studien er forankret i en kvalitativ tradisjon og består av dybdeintervjuer av fem kvinnelige pasienter, som alle presenterer et sammensatt symptombilde. Analysen er basert på en kombinasjon av temasentrert og personsentrert meningsfortolkning. **Resultater:** Samtaleerfaringene er knyttet til opplevelsesmessige aspekter og betydningen av samtalen i et endringsperspektiv. Gjennom samtale opplever informantene å bli tatt på alvor og anerkjent som unike individ, med gyldig kompetanse på egen tilstand. Analysen viser at samtalens bevisstgjørende effekt er viktig for tilfriskning; bevisstgjøring av mentale vaner og handlingsmønstre, sammenhengen mellom følelser og kroppslige reaksjoner, og sammenhengen mellom sykehistorie og livshistorie. Dette skaper grunnlag for ny forståelse for symptomers meningsinnhold. **Oppsummering:** Undersøkelsen har belyst pasienterfaringer med den kliniske fortellingen som utgangspunkt for samtale. Resultatene viser at den kliniske fortellingen danner grunnlag for fruktbare kliniske møter, på veien mot tilfriskning. Samtaler basert på den kliniske fortellingen bidrar til ny erkjennelse, mestring og nye fortellinger.

# Summary

**The objective of this assignment** is to investigate patients' experiences of narrative and conversation in psychomotor physiotherapy, from a recovery perspective. The purpose of the study is to identify elements that may contribute to a health-promoting dialogue, including outside of a psychomotor context. **The background** for this is the research and experiences from praxis that indicate the need for a broader understanding of patients with complex illnesses and non-specific conditions. For many of these, the afflictions are long-lasting and the degree of help they receive is small. A biomedical understanding of disease alone is regarded being inadequate in the encounter with these individuals. In such a context, the patients' subjective experiences become important sources of knowledge. **Theory:** The study is situated within human scientific learning on disease and narrative medicine, and takes the concept of "the clinical tale" as its basis. The telling of tales is here considered to be a category of human recognition, and the clinical encounter is regarded as a hermeneutic and semiotic activity. Symptoms are regarded as signs that carry meaning, and the idea is that conversations based on the clinical narrative can help reveal the message of "unexplained" symptoms. **Method:** The study is embedded in a qualitative tradition and consists of in-depth interviews with five female patients, all presenting with a complex symptom picture. The analysis is based on a combination of theme-centred and person-centred interpretation of meaning. **Results:** The experiences of conversations are linked to experiential aspects and the meaning of the conversation in a change perspective. Through the conversations, the informants experience being taken seriously and recognised as unique individuals with relevant competence regarding their own condition. The analysis shows that the awareness-raising effect of the conversation is important for recovery; raising awareness of mental habits and patterns of behaviour, the association between feelings and bodily reactions, and the association between the history of illness and life history. This creates a basis for new understanding of the symptoms' content of meaning. **Summary:** The study has elucidated patient experiences of the clinical tale as a basis for conversation. The results show that the clinical tale forms the basis for fruitful clinical encounters on the route to recovery. Conversations based on the clinical tale contribute to new acknowledgement, coping and new narratives.





# Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært en viktig og svært lærerik fortelling for meg. Fra dens famlende begynnelse til det sluttpunkt som nå er satt, har den bydd på utfordringer, spenningsmomenter, tro og tvil. Det har vært øyeblikk av dramatikk, som regel av teknologisk art, men oftere av innsikt og erkjennelse, ledsaget av en indre glede ved å kunne få holde på med nettopp dette. Nå kan jeg si at jeg ikke ville vært denne fortellingen foruten, den har bidratt til å forsterke faglig engasjement og nysgjerrighet, og utvide mitt perspektiv på helsefaglig arbeid. Jeg hadde et ønske om å skrive fram faglig undring og erfaring, og nå vet jeg noe om hvor krevende og spennende en slik prosess kan være.

Underveis i denne fortellingen har flere aktører vært involvert, og først og fremst vil jeg takke min veileder Hilde Bondevik. Hun har bidratt med konstruktive innspill, inspirasjon og støtte. Hun har vist vei inn i fagfeltet sykdom og litteratur, et felt jeg vet jeg kommer til å utforske videre og som jeg gjerne skulle snakket mer om, under mindre presserende omstendigheter. Tusen takk!

Jeg vil takke Jane Thompson for oversettelse av sammendraget til engelsk, og Liv-Jorunn Kolnes for korrektur og fine innspill. Vår felles interesse for forfatteren Siri Hustvedt var en slags første inngang til dette prosjektet. Hustvedts forfatterskap reflekterer en tenkning som på mange måter sammenfaller med psykomotorisk forståelse av mennesket og dets historie. Enkelte utsnitt fra noen av Siri Hustvedts bøker er å finne i oppgaven. En stor takk går til Tone Stojka som fikk hele oppgaven i fanget i aller siste fase, og gjennomgikk hver eneste setning med årvåkent blikk. Det var til uvurderlig hjelp.

En inderlig takk går også til de fem kvinnene som stilte seg til rådighet for meg. Uten dem hadde ikke denne fortellingen blitt til og jeg ønsker hver og en av dem det aller beste. De representerer også mine egne pasienter opplever jeg, og jeg vil takke dem også, for tillit, og for at de deler sine historier og sin kunnskap med meg, hver eneste dag.

Takk også til min datter Cathrine for krisehjelp når Mac´n og jeg er på kollisjonskurs, og til både Mads og Cathrine for deres klippefaste tro på Modern.

Min varmeste takk går til Anders, han er alltid ved siden av meg.









# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>2</b>
1.1	Kontekstualisering	2
1.2	Formål	4
1.3	Forskningsspørsmål og problemstilling	4
1.4	Design	5
1.5	Oppgavens disposisjon	6
<b>2</b>	<b>Teori</b>	<b>8</b>
2.1	Den kliniske fortellingen	8
2.1.1	Fortelling, narrativ og historie	8
2.1.2	Begrepets innhold, form og funksjon	9
2.1.3	Begrepets teoretiske forankring	9
2.1.4	Den kliniske fortellingens plass i oppgaven	11
2.2	Psykomotorisk fysioterapi	12
2.3	Symptomet	16
2.3.1	Symptomer og tegn i biomedisinsk forstand	16
2.3.2	Symptomer og tegn i klinikken	18
2.3.3	Symptomet som meningsbærende	19
2.3.4	Symptomet som tegn	20
2.3.5	Symptomet som varsel	22
2.4	Narrativ	23
2.4.1	Sykdomsnarrativet, eller "pasienten som tekst"	24
2.4.2	Plot	25
2.4.3	Narrativ kompetanse og intersubjektivitet	26
2.5	Oppsummering	27
<b>3</b>	<b>Metode og etikk</b>	<b>29</b>
3.1	Forforståelse	30
3.2	Erkjennelsesteoretisk plattform	32
3.3	Metodologi	32
3.4	Metode	34
3.4.1	Etiske aspekter	34
3.5	Terapeuten som forsker	36
3.6	Utvalg	38
3.7	Rekruttering og gjennomføring av prosjektet	39
3.8	Introduksjon til analyse	40
3.8.1	Transkripsjon	41
3.8.2	Person- og temasentrert analyse	42
3.8.3	Etiske utfordringer i personsentrerte analyser	43
3.8.4	Fortolkningskontekst	45
3.8.5	Systematisering av materialet	46
<b>4</b>	<b>Samtalens utholdelige letthet</b>	<b>50</b>
4.1	Her og nå, og om å bli møtt som den man er	51
4.2	Spillerom	52
4.3	Tilbake til kroppen	54
4.4	Det trygge rommet	56
4.5	Kulturforskjeller og frykten for å bli avvist	60

4.6	Oppsummering .....	62
5	I fortellingen blir man synlig for seg selv .....	63
5.1	Å bli sett.....	63
5.2	Øyne som ser.....	65
5.3	Å bli tatt på kornet.....	66
5.4	Realitetsorientering.....	68
5.5	Sammenheng .....	69
5.6	Å komme til seg selv .....	73
5.7	Identitetsarbeid og kroppen .....	74
5.8	Oppsummering og diskusjon .....	76
6	Fem kliniske narrativ .....	79
6.1	Et ryggsmertenarrativ .....	80
6.2	Traumefortellingen .....	84
6.3	Angst.....	88
6.4	Den fremmede kroppen.....	90
6.5	Den berømte smellen.....	94
6.6	Oppsummering .....	98
6.6.1	Helende drama.....	99
6.7	Avsluttende kommentarer.....	101
7	Oppsummering, spørsmål og refleksjon.....	102
7.1	Studiens entydige funn (et solskinnsnarrativ) .....	102
7.2	Den psykomotoriske kontekst .....	104
7.2.1	Psykomotorisk behandling som beskyttelse og tilflukt?.....	105
7.2.2	Psykomotorisk fysioterapi og postmoderne sykdomsutfordringer?.....	107
7.3	Den kliniske fortellingen (i tilbakeblikk) .....	108
7.4	Til slutt.....	110
	Litteraturliste.....	112
	Vedlegg 1.....	117
	Vedlegg 2.....	119
	Vedlegg 3.....	122

# 1 Innledning

Tema for denne oppgaven er samtaleerfaringer. Med utgangspunkt i begrepet ”kliniske fortellinger”, ønsker jeg å undersøke hvordan pasienter i psykomotorisk fysioterapi opplever den terapeutiske dialogen. Interessen for dette springer ut av praksiserfaringer knyttet til fortelling og samtale som helsefremmende prosesser. Min helsefaglige bakgrunn som fysioterapeut, de siste åtte årene i psykomotorisk praksis, har gitt mange anledninger til faglig undring og refleksjon. Jeg er spesielt opptatt av hvordan pasienter med vedvarende plager og udiagnostiserte tilstander blir møtt, og hvordan vi kan forstå deres symptomer.

Som en introduksjon til prosjektet vil jeg i dette kapitlet presentere den kontekst min nysgjerrighet har oppstått i og gjennom det begrunne valg av tema. Jeg vil kort beskrive prosjektets formål og design, forskningsspørsmål og problemstilling. Avslutningsvis vil jeg si noe om hvordan oppgaven er bygget opp.

## 1.1 Kontekstualisering

Som regel er det smerter og kroppslige plager som bringer folk til psykomotorisk fysioterapi. Smertene er ofte sammensatte og kan være ledsaget og påvirket av andre symptomer; energitap, uro, svimmelhet, søvnforstyrrelser og fordøyelsesproblemer. Smertene er gjerne vedvarende eller tilbakevendende. Pasientene gir ofte uttrykk for at de ikke har fått skikkelig forklaring på symptomenes årsak og opptreden. Andre former for behandling er forsøkt, uten varig bedring. Ikke sjelden har disse pasientene vært gjennom ulike typer utredning, av og til i flere omganger, uten at de har fått svar på hva som er galt.

Jeg skal ikke gå inn på de menneskelige og økonomiske omkostningene dette innebærer, men slår fast at de er betydelige. Kort tid før denne oppgaven skal i trykken presenterer NAV en rapport om betydelig økning i sykemeldinger på bakgrunn av ”diffuse” helseplager (NAV, 2013). Samtidig legger Muskel og Skjelett Tiåret<sup>1</sup> fram sin rapport: ”Et muskel- og skjelettregnskap - forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet” (MST, 2013). Begrepet ”Medically Unexplained Physical Symptoms”

---

<sup>1</sup> MST er den norske avdelingen av det internasjonale nettverket The Bone and Joint Decade, også kjent som ”Global alliance for musculoskeletal health”

(MUPS) brukes her for å beskrive subjektive, uspesifikke, langvarige og komplekse lidelser. I en oversikt kommer det fram at denne gruppen, sammen med gruppen ”lettere psykiske lidelser”, har hatt en økning fra 2007 til 2011 på henholdsvis 14,4 og 29,8 % når det gjelder antall dager og andel tapte dagsverk ved sykefravær. Kvinner står for den største andelen av pasienter med slike plager (ibid), og det er kvinnelige pasienter som utgjør mitt nedslagsfelt. Møtene med denne pasientgruppen har vakt både undring og tvil, og det er også denne gruppen det har vært mest givende å kunne hjelpe.

Tvil og usikkerhet i faglig henseende kan være konstruktivt, det skaper nysgjerrighet og ønske om å forstå. Selv ble jeg opptatt av hvorfor pasientene ga uttrykk for at de hadde fått hjelp, også når smertene etter rimelig tid i behandling vedvarte. Hva hadde de fått hjelp til, og hva var det som hadde hjulpet? Andre ganger kunne både jeg og pasienten konstatere at noe var positivt endret, også med tanke på smerter, men pasienten ønsket ikke å avslutte behandlingen. Hva handlet det om? Svarene kan være mange, og vil være avhengige av hvem man spør. Et overordnet spørsmål i dette arbeidet er knyttet til hva som faktisk skjer i behandlingsrommet, og jeg har i dette prosjektet spurt pasientene selv.

I tråd med teoretiske perspektiver i fagfeltet narrativ medisin (Charon, 2001), er det også min erfaring at behandlingsrelasjonen er en viktig forutsetning for bedring. Dette er på ingen måte unikt, kommunikasjon i medisinske møter har vært og er et hett tema i kunnskapsutvikling og helsefaglig diskurs. Likevel finner jeg det relevant å løfte fram et lite stykke ”kommunikasjonsvirkelighet”; for å utdype og nyansere kunnskapen om dialogens betydning, i en gitt behandlingskontekst og fra pasientens perspektiv. Det vil handle om fortellinger, og samtaler som springer ut av fortellinger. Når jeg underveis refererer til samtaleerfaringer, er det samtaler som har direkte eller indirekte utspring i den kliniske fortellingen jeg sikter til. Denne vil bli presentert i teorikapitlet som følger.

Blant alle fortellingene vi lytter til som fysioterapeuter, er også fortellinger om å føle seg misforstått, mistrodd og avvist. Når pasienten presenterer plager som verken fastlegen eller spesialisten har forklaring eller navn på, er det heller ikke noen klar årsak å peke på, eller spesifikk behandling å tilby. Pasienten føler seg tidvis både ensom og forlatt og kan begynne å tvile på egen vurderingsevne. Det kan gi følelse av avmakt og forsterke sykdomsopplevelsen. Slike fortellinger gir grunn til å undre seg over det som skjer, eller ikke

skjer, også i andre helsefaglige rom, i primær- og spesialisthelsetjeneste. Dette er spørsmål jeg er opptatt av og som flere forskere har stilt seg.

Det er imidlertid i det psykomotoriske rommet min undring og nysgjerrighet har vokst, og det er der jeg først og fremst har fått ta del i alle fortellingene. Det er i den praksisen jeg i størst grad har erfart at det å fortelle gjør noe med både pasient og hjelper. Når jeg har henvendt meg til pasienter i psykomotorisk behandling for å få svar på mine spørsmål, er det fordi fortelling og samtale har en naturlig plass der (Thornquist, 2006).

## **1.2 Formål**

Hensikten med studien er å belyse kvinnelige pasienters erfaringer med samtale og fortelling i en psykomotorisk kontekst. Det er grunn til å tro at kvinnes egne beskrivelser vil inneholde elementer av betydning for det helsefremmende arbeid både fysioterapi, allmennlegepraksis og spesialisthelsetjeneste er ment å være. Å få tak i den mening og forståelse pasientene selv legger i sine erfaringer, kan være viktige kunnskapskilder i arbeidet med å legge til rette for positive endringsprosesser.

Utøvere av psykomotorisk praksis lærer gjennom sin utdanning å, ikke bare utnytte, men ta utgangspunkt i denne kunnskapskilden. Jeg antar at erfaringer fra dette fagmiljøet kan overføres til andre møter mellom pasient og hjelper, og at det også finnes enkelte trekk ved den helsebringende samtalen.

Med utgangspunkt i redegjørelsen over, begrunner jeg også studiens formål med påstanden om at en utelukkende biomedisinsk tilnærming i for liten grad utnytter det helsebringende potensialet som ligger i å tolke og forstå pasientfortellinger. Med en biomedisinsk tilnærming tenker jeg her generelt på den symptom- og kroppsforståelsen pasienter stort sett blir møtt med i primær- og spesialisthelsetjenesten, det være seg hos fysioterapeuten eller legen. En utvidelse av denne forståelsen synes nødvendig.

## **1.3 Forskningsspørsmål og problemstilling**

Jeg baserer meg på teori som forstår kroppen som en funksjonell og enhetlig biologisk erfarende organisme, der kroppen, som til enhver tid er både biologi og bevissthet, utgjør sentrum for det menneskelige subjekt (Merleau-Ponty, 1945).



Det kan bety at den smertefulle kroppen rommer erfaringer og kunnskap som individet selv ikke er seg bevisst, men som manifesterer seg som mentale vaner, og kroppslige reaksjoner og uttrykk. Bevisstgjøring og verbalisering av denne ”kroppens tause viten” kan være kilder til ny forståelse av kropp og selv, og potensielt bidra til positive, helsebringende endringer. Av den grunn blir samtalen, ikke bare viktig, men nødvendig, og på den bakgrunn stiller jeg disse spørsmålene:

- Hvilke erfaringer har pasienter med fortelling og samtale i psykomotorisk fysioterapi?
- Kan samtaler med utgangspunkt i den kliniske fortellingen bidra til å få fram kroppslige erfaringer som ikke er artikulert?
- Kan artikulering av denne kunnskapen bidra til å forstå ”uforklarte symptomer” og slik bidra til tilfriskning og/eller mer konstruktive møter mellom pasient og hjelper?

Med det første spørsmålet ønsker jeg å komme nærmere pasientenes oppfatning av det å fortelle sin historie. Kan det gi en opplevelse av sammenheng; mellom livshistorie og sykehistorie, mellom opplevelsen av seg selv og opplevelsen av sin tilstand? Hvordan er det å fortelle sin historie, høre seg selv sette ord på den, bli lyttet til? Hvilken betydning har dette, kan det bidra til selvforståelse, identitet, aksept, tilheling? Med utgangspunkt i disse spørsmålene har jeg formulert denne problemstillingen:

**På hvilke måter kan den kliniske fortellingen bidra til helsefremmende møter med pasienter med sammensatte plager og uforklarte symptomer?**

Samlet innebærer forskningsspørsmål og problemstilling at studiens formål er av både utforskende og hypotesetestende karakter.

## **1.4 Design**

Den type kunnskap jeg søker, tilsier en metode som er innrettet på å utforske individuelle erfaringer og innhente subjektive beskrivelser av et kroppslig og sosialt fenomen. Jeg har valgt det kvalitative forskningsintervju for å få svar på mine spørsmål.

Med utgangspunkt i visse kriterier har jeg ved hjelp av fysioterapeuter i psykomotorisk praksis rekruttert et utvalg bestående av fem kvinnelige informanter. Deres utsagn er fortolket

med utgangspunkt i meningsanalyse, og primært basert på kategorisering av tema. Ett av analysekapitlene tar utgangspunkt i en personsentrert tilnærming, og er ment å sette de tematiske funnene i perspektiv og kontekst.

## 1.5 Oppgavens disposisjon

Den kliniske fortellingen er oppgavens omdreiningsakse og danner grunnlag for tematisering og utvikling av forskningsspørsmål. Imidlertid er det et begrep verken pasienter eller fysioterapeuter forholder seg eksplisitt til. Dermed er det med visse forutsetninger jeg har lånt og anvendt begrepet i denne sammenhengen. Jeg vil innlede kapittel to med å presentere den kliniske fortellingen. Det kontekstuelle valg jeg har gjort i denne studien krever også en presentasjon av den psykomotoriske tradisjonen og jeg vil her kort gjøre rede for opprinnelse og grunnleggende kropps- og sykdomsforståelse.

Teorikapitlet er videre delt i to, med fokus på henholdsvis ”symptomet” og ”narrativet”. Med utgangspunkt i biomedisinens symptombegrep vil jeg vise til Drude von der Fehrs<sup>2</sup> pragmatiske symptomoppfatning, som en utfyllende måte å forstå symptomer og tegn på (von der Fehr, 2010). Jeg vil i den forbindelse gi et innblikk i hva som møter oss i klinikken. Symptomet som meningsbærende vil stå sentralt i denne fremstillingen og korresponderer med tilnærming til sykdom i fagfeltet narrativ medisin. Her gjøres det bruk av sentrale begreper fra litteraturvitenskapen; som tekst, narrativ, plot og drama. Jeg vil i den sammenheng særlig vise til publikasjoner av Jan C. Frich<sup>3</sup> (2003, 2004, 2005, 2010).

Til sammen utgjør disse posisjonene min teoretiske plattform. Jeg opplever i dette teorigrunnet en felles forståelse av menneskekroppen, og en tilnærming til pasient og sykdom som jeg mener innebærer en positiv og nødvendig utvidelse av biomedisinens perspektiv. Samtidig begrunnes den kliniske fortellingen, som logisk utgangspunkt for samtalsens vei mot tilfriskning.

I kapittel tre vil bakgrunnen for studien utdypes og metodiske forhold og etiske refleksjoner beskrives. En relativt stor del av dette kapitlet er ment å være en introduksjon til analysen.

---

<sup>2</sup> Drude von der Fehr er professor i allmenn litteraturvitenskap ved Universitetet i Oslo og bidragsyter til fagfeltet humanistisk sykdomsforskning.

<sup>3</sup> Jan C Frich er nevrolog og professor ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo, og underviser i narrativ basert medisin.

Analysekapitlet er delt i tre deler. De to første består av tematiske fremstillinger av funn, men kommentert med utgangspunkt i fagforståelse og teori. I kapittel fire vil jeg presentere funn som primært viser til den følelsesmessige opplevelsen av samtalen, mens kapittel fem tar for seg samtaleerfaringer med fokus på hva samtalen gjør, eller fører til i et endringsperspektiv. I kapittel seks ønsker jeg å løfte fram de enkelte informantene og presenterer deres sykdomsnarrativ slik jeg har tolket dem, og i lys av sentrale begreper i narrativ medisin. På den måten håper jeg å sette analysens funn i en mer levende kontekst, i tråd med det teoretiske perspektiv jeg går ut i fra.

Resultater vil fremkomme i form av en oppsummering i slutten av hvert analysekapittel, mens en endelig oppsummering og diskusjon får plass i kapittel syv. Her vil jeg samle tråder, stille noen spørsmål og drøfte studien i et kritisk lys.

Litteraturliste og tre vedlegg finnes bakerst i oppgaven. Vedleggene inneholder svar fra Regional etisk komité (1), forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt (2), og informasjonsbrev til fysioterapeuter i psykomotorisk praksis (3).

## 2 Teori

I dette kapitlet vil jeg presentere teori som understøtter betydningen av samtale og fortelling i en tilhelingsprosess. Den teoretiske referanseramme jeg beveger meg innenfor, har inspirert ved at den har gitt mening til mine egne praksiserfaringer. Samtidig har den åpnet for nye måter å forstå kropp, symptom og tilfriskning på. Ikke minst opplever jeg at teorien har satt informantenes samtaleerfaringer i perspektiv.

Teori- og metodevalg inngår i en dialektisk prosess som igjen avspeiler tenkemåte og kunnskapsoppfatning. Med begrepet den ”kliniske fortellingen” ønsker jeg å sette et utgangspunkt for mitt teoretiske perspektiv, og den teori jeg har valgt å bruke kan på ulike måter knyttes an til den kliniske fortellingen, slik den er gjort til gjenstand for denne studien.

### 2.1 Den kliniske fortellingen

”Den kliniske fortellingen” er min egen oversettelse av den britiske nevrologen Oliver Sacs’s begrep ”Clinical Tales” (Sacs, 1986). Jeg vil innlede dette avsnittet med å knytte noen kommentarer til ordvalget i oversettelsen, og så si noe om begrepets innhold og betydning, og teoretiske forankring. Jeg vil i den forbindelse argumentere for at begrepet innholdsmessig og funksjonelt er i samsvar med psykomotorisk forståelse, og at det uutalt og indirekte anvendes i psykomotorisk praksis. Relevansen av begrepet i lys av oppgavens spørsmål og problemstilling vil bli begrunnet gjennom teorikapitlet.

#### 2.1.1 Fortelling, narrativ og historie

I tråd med Thagaards definisjon (2010), forstår jeg ”fortelling” som beskrivelser av en rekkefølge av begivenheter eller hendelser, hvor den som forteller formidler sin oppfatning av sammenhengen mellom disse hendelsene. Med andre ord er det den mening og forståelse fortelleren selv legger i begivenhetene som trer fram i fortellingen. Med en slik definisjon kan fortelling og narrativ brukes synonymt hevder hun (ibid). Frich (2003) legger vekt på at fortelling er den litterære komposisjonen av en bestemt historie, og at ”historien” viser til fortellingens kronologiske hendelsesforløp. ”Historier” er i følge Thagaard (2010) mindre omfattende og hun gir tidsdimensjonen mindre betydning. Historier vil ofte formidle et budskap, gjerne moralsk som i eventyrene, og fortelleren representerer ikke nødvendigvis

subjektet; historier handler ofte om andre. Når fortellinger inneholder beskrivelser av hele, eller deler av et livsløp, brukes ordet livshistorier, da er tidsdimensjonen tilbake. ”Narrativ” er slik Frich formidler det et muntlig eller skriftlig uttrykk som representerer hendelser; satt i en tids- eller årsaksmessig sammenheng (2003).

Slik jeg oppfatter det er det ingen reell motsigelse i disse utsagnene, og i den videre teksten vil ordene fortelling, narrativ og historie brukes om hverandre. I oversettelsen av Oliver Sacs's begrep (1986) har jeg likevel valgt å holde fast på ”fortelling”, for å tydeliggjøre fokuset på subjektet, hovedpersonen, fortelleren, og dennes forståelse av fortellingens betydning.

### **2.1.2 Begrepets innhold, form og funksjon**

Slik Sacs selv fremstiller det, er den kliniske fortellingen klinisk i den forstand at den er basert på data som kan gjøres til gjenstand for klinisk eller medisinsk analyse. Samtidig er den fortelling i det at den har et subjekt, et tema og et hendelsesforløp (1986). Den kliniske fortellingen er med andre ord en beskrivelse som henter sin form både fra medisin og litteratur, og som gjenspeiler den form pasienten bruker når vedkommende presenterer seg og sin lidelse for legen. Slik er den også en elementær og nødvendig form i det kliniske møtet i følge Sacs (ibid).

En målsetting med den kliniske fortellingen er å gi uttrykk for subjektiv virkelighet og medisinske data gjennom å anvende litterære virkemidler, form og språk (Hawkins, 1986). Kliniske fortellinger er ment å tegne konturene av levd liv og setter fokus på hvordan sykdom skaper brudd og kaos i pasientens verden. Dette innebærer å møte den syke på et dypere og mer eksistensielt nivå og inkluderer identitet og livserfaring i fortellingen (ibid). En klinisk fortelling vil vurdere sykdom i relasjon til behandling, men ser ikke sykdommen adskilt fra den syke. I følge Sacs er en slik måte å forholde seg til pasientens historie på en forutsetning for medisinsk forståelse, praksis og kommunikasjon (Sacs, 1986).

### **2.1.3 Begrepets teoretiske forankring**

Oliver Sacs var inspirert av den russiske nevropsykologen og legen A. R. Luria (1902 – 1977). Lurias ambisjon var å skape en syntese av naturvitenskap og humanisme som medisinsk utgangspunkt. Han er forfatter av to berømte kliniske fortellinger, eller ”kliniske

biografier” som var hans begrep; *The Mind of a Mnemonist* (1968) og *The Man with the Shattered World* (1972), beskrevet i Hawkins (1986). Disse kan leses som vitnesbyrd om nødvendigheten av å se mennesket og kroppen som en funksjonell og samspillende enhet av historie og biologi. Fortellingene er klassikere innenfor nevrologisk litteratur om patologisk hukommelse. De kjennetegnes av nyanserte og detaljerte skildringer, både av den syke og av sykdommen. De ulike stadiene i den sykes liv; barndom, ungdomsår, det voksne liv og alderdom, anses like viktige som de ulike stadiene av sykdommen; symptomenes opprinnelse, forekomst, opptreden og utvikling, samt reaksjoner på ulike behandlingstiltak.

Fortellingene redegjør for individets relasjon til personer og eksterne faktorer i den historiske og kulturelle virkelighet det lever i, og den interne virkelighet som kommer til uttrykk i fysiologiske og organiske forhold. Den skriftlige nedtegnelsens form er lett, og skrevet med følsomhet, sier Hawkins, ”som i en roman” (ibid s. 2).

Luria bruker uttrykket ”romantisk vitenskap” og setter det opp mot ”klassisk vitenskap”. I motsetning til å formulere generelle lover, vil den romantiske vitenskapen hverken splitte den levde virkeligheten i sine enkelte komponenter, eller representere livets konkrete hendelser i abstrakte modeller. Den levende virkelighetens fylde og fenomenenes essensielle egenskaper vil gå tapt i en slik abstrahering, derfor er nøyaktige beskrivelser av den individuelle kontekst så viktig (Hawkins, 1986). Samtidig er kunnskap om generelle lovmessigheter, som kausalitet, nyttige både i diagnostisering og behandling, men legen må også søke å finne den enkelte hendelsens indre lovmessighet, den som skaper det unike i hver situasjon (ibid). Slik jeg forstår Luria, handler dette om metodiske tilnærminger som i dag ville beskrives som henholdsvis kvantitative og kvalitative, der de sistnevnte har sitt fokus på kontekst og individualitet. Både Luria og Sacs fremmer en forståelse for sykdom som inkorporerer begge tilnærminger.

Utgangspunktet for Luria var studiet av nevrologi og nevrologisk syke. Sacs gjør disse tankene gjeldende i en mer generell sammenheng og ser på den kliniske fortellingen som en utforskning av det gapet han mener befinner seg mellom verden som den var, før sykdom, og verden slik den fortøner seg med sykdom. Pasienten blir hjemløs og ufrivillig reisende mellom ulike verdener og trenger hjelp til å manøvrere og finne vei i ukjent terreng (Sacs, 1986).

Siden den kliniske fortellingen involverer to personer; fortelleren og lytteren - som også nedtegner og knytter sine medisinske vurderinger til det som berettes - er den egnet til å bygge bro også mellom de to ulike verdener pasient og lege representerer. Det er samarbeidet mellom de to, og det som utfolder seg i dette samarbeidet, som er den kliniske fortellingens substans, men det er legen, eller terapeuten som gir den kliniske fortellingen sin skriftlige form.

Drude von der Fehr fremstiller den kliniske fortellingen på en måte som jeg mener fanger inn psykomotoriske prinsipper når det gjelder å ta opp en sykehistorie. Hun hevder at kliniske fortellinger skal ”reflektere en utvidet medisinsk forståelse, og formidle et empatisk engasjement i pasientens erfaring og dennes strev med å opprettholde et selv og organisere sin verden” (2010, s. 53).

Den kliniske fortellingen skal være både beskrivelse og forklaring, det innebærer forståelse og fortolkning og inkluderer dermed hjelperens kreativitet og uttrykksform. Basert på fantasi, intuisjon og empati, eller evne til å tre inn i pasientens verden, har den kliniske fortellingen elementer av estetikk og fiksjon. Den kliniske fortellingen skal gi et levende bilde på hvordan hovedpersonens og historiens drama utvikler seg på livets scene; et narrativ som forener biologi og historie, naturvitenskap og humaniora (Hawkins 1986, von der Fehr 2010).

#### **2.1.4 Den kliniske fortellingens plass i oppgaven**

Som nevnt er ikke den kliniske fortellingen et uttrykk i psykomotorisk fagterminologi. Mitt kjennskap til begrepet skriver seg først fra Siri Hustvedts henvisninger til A. R. Luria og Oliver Sacs i boken: *The Shaking Woman, or A History of my Nerves* (2010). Der skildrer hun sin egen utforskning av uforklarlige symptomer og fører selv sin kliniske fortelling i pennen.

Slik jeg forstår begrepets innhold og betydning opplever jeg et samsvar med det å ta opp pasienthistorier i psykomotorisk praksis. Der påpekes viktigheten av å se livshistorie og sykehistorie i sammenheng, noe som er knyttet til grunnleggende psykomotorisk kroppsforståelse; kroppen er vår tilgang til livet, vårt uttrykksfelt og bærer av vår historie (Thornquist, 2006). Den kliniske fortellingen fanger inn dette og innebærer en tilnærming til den syke som ivaretar det eksistensielle og meningssøkende aspekt ved å være menneske.

Slik jeg ser det favner det mer enn et biopsykososialt perspektiv på sykdom (Hofmann, 2008).

I psykomotorisk fysioterapi er det sentralt å aktivt søke innblikk i pasientens egen opplevelse av sin sykehistorie, og la refleksjonene over den komme skriftlig til uttrykk. Ved siden av å inkludere kroppslige funn og reaksjoner, faglige vurderinger og konklusjoner fra annet medisinsk hold, kan vi i klinikken tillate oss å sette på papiret egne, subjektive spørsmål og inntrykk. Et annet moment er at journalen skal kunne leses av pasienten selv, det vil si at språket er allment og tilgjengelig og ivaretar den opprinnelige fortellingen.

At mine kolleger generelt, og de som rekrutterte informanter spesielt, har en tilnærmet lik oppfatning, er en forutsetning for å kunne anvende den kliniske fortellingen som et meningsfullt og gyldig begrep i denne sammenhengen. Jeg har videre forutsatt at samtaleerfaringer, slik de fremkommer i denne studien, er basert på kliniske fortellinger. Selv om samtale og fortellinger under behandlingsforløpets gang springer ut av det som faktisk skjer underveis, vil det være en naturlig lenke tilbake til utgangspunktet for behandling og den opprinnelige, første fortellingen.

Når jeg senere i dette kapitlet vil vise til en alternativ teoretisk forståelse av de uforklarte symptomene, vil jeg samtidig argumentere for den kliniske fortellingen som et, ikke bare nyttig, men nødvendig verktøy. Først vil jeg presentere det kunnskapsgrunnlag mitt fagfelt hviler på.

## **2.2 Psykomotorisk fysioterapi**

Et tett samarbeid mellom psykiater Trygve Braatøy (1904 - 1953) og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen (1906 - 2002) var opphavet til det som i dag er Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (NPMF). NPMF er en videreutdanning i psykisk helsearbeid innenfor fysioterapifaget og kreves for å kunne kalle seg spesialist i psykomotorisk fysioterapi. Fra 2011 har det vært mulig å ta en Mastergrad i psykomotorisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø. NPMF henviser til en konkret metode, en behandlingsform og en måte å forstå kroppen på.



Metoden ble utviklet i 1940-årene og sto i kontrast til datidens medisinske syn (Meland, Vollset og Nessa, 2004). Mens et positivistisk vitenskaps- og menneskesyn dominerte, sto Braatøy for en humanistisk og holistisk erkjennelsestradisjon i medisinen, og ønsket å bryte ned skillet mellom psykologi og biologi (ibid). Trygve Braatøy hadde bakgrunn i nevrologi fra Clinique Charcot og gikk i analyselære hos Otto Fenichel ved det psykoanalytiske institutt i Berlin. Han var blant de aller første medisinsk utdannede psykoanalytikere i Norge, og hans sterke fokus på enkeltindividet sies å være preget av den psykoanalytiske tenkemåte. Hans interesse for kroppsterapi og delaktighet i utviklingen av NPMF skal være inspirert av Wilhelm Reichs (1897 - 1957) tidlige teorier. Men Braatøy tok senere avstand fra Reich, og i følge Thornquist (2006) lot han seg inspirere av ulike former for psykodynamisk teori. Hans viktigste skriftlige materiale er bøkene *De nervøse sinn I og II* som har inspirert det psykomotoriske miljøet siden de kom ut i 1947.

Aadel Bülow-Hansen arbeidet, fra hun var 21 år gammel, som sykegymnast ved Sophies Minde, et ortopedisk sykehus som tok i mot barn fra hele landet. Hun fikk solid erfaring med ortopedi, men undret seg over hvorfor pasientene, operert for ulike skader i muskel- og skjelettapparatet, oftere klaget over smerter i magen, enn der de var operert. Hennes far som var overlege på sykehuset mente at det handlet om hjemlengsel og utryggheten ved å bli forlatt av foreldrene, noe det ikke er så vanskelig å forestille seg i dag. Bülow-Hansen lærte seg på den måten tidlig noe om sammenhengen mellom følelser og kroppslig smerte.

Da hun senere startet privat praksis ved siden av arbeidet på sykehuset, erfarte hun hvordan muskelspenninger, pust og følelser lot til å henge sammen også hos voksne. Hun fikk økende interesse for pasienter med smerter i nakke, skuldre og armer, smerter som vanskelig lot seg påvise som patologiske forandringer, og som det viste seg vanskelig å kurere. Hun utviklet sin egen behandlingsteknikk, basert på denne opplevelsen av sammenheng.

Bülow-Hansen formidlet sin kompetanse gjennom demonstrasjon og veiledning. Hun har i liten grad nedtegnet sine erfaringer, men har inspirert flere generasjoner utøvere med sin praktiske kunnskap, og var aktiv langt ut i sin pensjonisttilværelse. Både Braatøy og Bülow-Hansen var interessert i skjønnlitteratur og poesi, noe som lot til å influere særlig Braatøys humanistiske tilnærming til pasienter og medisinen som fag (Sviland, 2005).

Grunnleggernes nysgjerrighet var rettet mot det mennesket de hadde foran seg, de tok utgangspunkt i den virkelighet pasienten beskrev og det de selv observerte. Dermed satte de

ikke den etablerte medisinske kunnskapen og teorien først. Åpne sinn, skjerpede sanser, fornemmelse og intuisjon skal ha kjennetegnet deres tilnærming, mens oppfinnsomhet og improvisasjon var nødvendige elementer i utvikling og utprøving av tiltak (Thornquist og Bunkan, 1995, Thornquist 2006). Denne åpne, spørrende holdningen til sine observasjoner dannet grunnlaget for de to terapeutenes forståelse og metodens utvikling. Pasientene selv, deres fortellinger og det kroppslige uttrykket var viktige kilder til informasjon.

Slik Thornquist hevder (2006), er det i nåtid lett å kritisere deler av Braatøys teorigrunnlag<sup>4</sup>. Han posisjonerte seg innenfor en tradisjonell psykoanalytisk referanseramme som nå er forlatt i følge Thornquist, og opererte med (nevro)fysiologiske forklaringsmodeller som ikke lenger er holdbare (ibid). Det som står fast er hans fokus på kroppen som uttrykksfelt, det vil si forståelsen av kroppslige manifestasjoner som uttrykk for hvordan individet håndterer sin virkelighet. Med det følger en sterk betoning av behovet for å individualisere undersøkelse og behandling, og betydningen av å fange opp pasientenes meddelelser, kroppslige og verbale.

Kjernen i NPMF`s teoretiske innhold er nettopp dette samspillet mellom kroppslige og emosjonelle prosesser. Holdning, respirasjon og muskelspenning anses forbundet med følelsesmessige konflikter i en umiddelbar interaksjon. I følge Thornquist er det alminnelig forstått og anerkjent at kroppen uttrykker følelser, men mindre erkjent at vi bremser og regulerer sterkt følelsestrykk med kroppen, via pust og muskulatur, bevegelser og holdning. Kroppslige vaner og væremåter har slik en funksjon i både psykologisk og sosial forstand (ibid). I forlengelsen av dette understreker hun at det som er funksjonelt i en sammenheng, ikke nødvendigvis er det i en annen.

Dette impliserer en klinisk tilnærming som ikke har avspenning og smertefrihet som isolerte mål, men fleksibilitet og omstillingsevne; ”en ledig kropp i dynamisk balanse” (ibid s. 30). Kroppslig og følelsesmessig tilbakehold eller beredskap tolkes som funksjonell tilpasning og emosjonell beskyttelse, men vil være lite hensiktsmessig over tid, og direkte sykdomsfremkallende i et kroppslig perspektiv. Vedvarende hold eller aktivering innebærer en statisk kroppslig ubalanse som opprettholder negative selvforsterkende prosesser.

---

<sup>4</sup> Randi Sviland gir i sin Hovedfagsoppgave en fyldig presentasjon av dette, se litteraturlisten (2005).

Det vil føre for langt å gå inn på behandlingsprinsipper og tiltak innenfor denne rammen, men det psykomotorikere står overfor i klinikken i dag er funksjonsproblemer knyttet til kroniske smertetilstander, fordøyelsesproblemer, luftveislidelser og ulike grader av psykiske lidelser; spiseforstyrrelser, angst og depresjon. Årsakssammenhengene, eller grunnene, kan være mange og like komplekse som symptomene selv; vanskelige livssituasjoner, belastende livsvilkår og/eller traumatiske livshendelser.

En lokal eksaminasjon av den smertefulle kroppen, vil på en slik bakgrunn være utilstrekkelig. Et ensidig fokus på diagnose eller symptom vil kunne bety at en overser vesentlige faktorer og behandler på et ufullstendig grunnlag. En samlet vurdering av den funksjonelle og relasjonelle kroppen er viktigere i psykomotorisk praksis enn diagnose og symptom.

Den psykomotoriske undersøkelsen omfatter hele kroppen; kroppsholdning, aktiv og passiv bevegelighet, evne til avspenning, muskulær status, og ikke minst respirasjon. Autonome reaksjoner som rødme, svette, ”gåsehud” observeres, verbale utsagn, kroppsbevissthet og mental tilstedeværelse registreres. I tillegg til kroppsundersøkelsen er en utdypende syke- og livshistorie vesentlig, konferer den kliniske fortellingen.

Som i Bülow-Hansens og Braatøys tid, har videreføring og utvikling av faget foregått i kollegiale møter der erfaringer deles og utforskes. Kroppsbehandling og bevegelser utprøves og reaksjoner diskuteres. Nærheten til det praktiske arbeidet i klinikken er bærende. Nå som da er egenopplevelse av terapeutiske tiltak en forutsetning for å kunne behandle andre. Dette gjenspeiles også i undervisningen av metoden, med krav om 20 timers egenbehandling hos spesialist. Fagutøvelse og opplæring er ikke adskilte prosesser, men følges ad. Læring via kroppen er et like viktig prinsipp enten det gjelder utdanning av terapeuter eller behandling av pasienter. Den teoretiske opplæringen har i dag sin naturlige plass ved siden av veiledet praksis i utdanningen.

## 2.3 Symptomet

”Smerte kan ikke adskilles fra vår sansning av smerte, og disse sansningene har betydninger. Slike sansninger involverer et menneskes nervesystem inne i en bestemt kropp i relasjon til et bestemt miljø - til kultur, språk og andre mennesker (tilstedeværende og fraværende). Smerte skjer i kroppen til et levende menneske, ikke i den hypotetiske, objektive, passive kroppen i Grays Anatomy”<sup>5</sup>

Selv om symptombehandling, eller symptomfokusering, er i strid med psykomotorisk tenkning, er symptomet som begrep nødvendig å undersøke i denne konteksten. Vi snakker om det uforklarte symptomet, det som bringer mange til behandling, og som det er vanskelig å avhjelpe, det som inkluderer mange tilstander, og som kanskje slik bærer forklaringen i seg. Som Malterud hevder: ”uforklart” er ikke det samme som ”uforklarlig” (2010, s. 2).

### 2.3.1 Symptomer og tegn i biomedisinsk forstand

I biomedisinens tenkning og språk er begrepet symptom å forstå som pasientens subjektive beskrivelse av sine plager (Hofmann, 2008). Med utgangspunkt i denne vil legen lete etter tegn, eller manifestasjoner som antas å stå i et årsaksforhold til symptomet.

Svimmelhet, som eksempel på et relativt hyppig forekommende symptom i klinikken, kan ha relativt klare biologiske tegn, som jernmangel, høyt eller lavt blodtrykk (målbare forhold), eller forstyrrelser av krystaller i mellomøret, som ved benign posisjonell vertigo, eller ”krystallsyke” (Store medisinske leksikon, 2013). Som oftest bekreftes eller avkreftes diagnosen på bakgrunn av kliniske funksjonstester, andre ganger diagnostiseres krystallsyke ved måling av øyets bevegelser med avansert teknologi i såkalte balanselaboratorium. I disse tilfellene er tegnene verifiserbare og symptomet synes årsaksforklart gjennom tegnet.

Svimmelhet forekommer også uten klare biologiske tegn, som hovedsymptom eller som ledsagende symptom til muskelsmerter, nakkestivhet eller hodepine. I mange tilfeller er det et sentralt symptom i angst- og spenningstilstander. Blodtrykk, blodprosent og jernlager er kanskje innenfor normalvariasjonens grenser, og kliniske tester på krystallsyke er negative. Symptomet har i disse tilfellene ingen påviselig biologisk årsak, det mangler tegn og dermed medisinsk forklaring.

---

<sup>5</sup> Fra *Den skjelvevende kvinnen – eller historien om nervene mine* Siri Hustvedt (2011, s. 188).

Jeg ønsker med dette eksempelet å presisere at ett og samme symptom kan ha både objektive, biologiske tegn, som antas å forklare årsaken til symptomet, og i andre tilfeller, mangle disse. Når symptomet mangler tegn, mangler det på et vis også årsak, i streng biomedisinsk forstand.

Muskel- og leddsmerter, som den vanligste indikasjonen for fysioterapi, ledsages gjerne av flere symptomer når pasienten henvises til psykomotorisk behandling, slik det er beskrevet over. Når disse symptomene mangler verifiserbare tegn, fyller de heller ikke kriteriene for en medisinsk diagnose, men samles gjerne i betegnelser som: ”kronisk smertesyndrom”, ”kronisk tretthetssyndrom” (ME), ”uspesifikke smertetilstander”, ”funksjonelle lidelser” eller ”somatiseringslidelser” (Kirkengen, 2002, Malterud, 2010). Et annet uttrykk for slike tilstander er ”symptomdiagnoser”, et begrep som peker på at det her handler om den subjektive opplevelsen av sykdom, som ikke faller inn under medisinenes definisjon og kategorisering av sykdom (på engelsk henholdsvis ”illness” og ”disease”) (Hofmann, 2008).

Pasienter med slike symptomer har gjerne oppsøkt forskjellige typer helsehjelp og er ofte utredet i flere omganger for sine plager. En entydig medisinsk forklaring på lidelsen foreligger ikke, noe som gir grunnlag for tvil og usikkerhet både hos pasient og hjelper. Pasienten kan føle seg misforstått eller mistrodd, slik blant andre Werner (2005) har beskrevet, og kan bli usikker på egne reaksjoner og vurderinger; ”Innbiller jeg meg dette?”, ”Har jeg lav smerteterskel?”, ”Er det bare psykisk?” ”Overreagerer jeg?”. Underforstått; ”Hva er det med meg og min kropp?” ”Hvordan skal jeg tolke og forstå det jeg kjenner, og mine reaksjoner på det?”

Som fysioterapeut kan man oppleve at pasienten har mistet sin naturlige kroppskontakt og har behov for bekreftelse på at det de kjenner i kroppen er reelt. Også pasientenes kroppsførståelse bærer preg av medisinenes tradisjonelle oppfatning av forholdet mellom kropp og psyke (Engelsrud og Heggen, 2007). Da kan det oppleves positivt når noen finner de stramme musklene, og ved manuelle grep kan reprodusere en kjent smerte. Smerteopplevelsen forklares, og legitimeres, med bakgrunn i en tilstand i vevet (Det sitter altså ikke i hodet!).

Uten en medisinsk diagnose er heller ikke rettigheter og tilbud fra helsevesen og trygdesystem like selvfølgelige som ved sykdomstilstander med kjent etiologi. Man må i

større grad selv argumentere for hvordan plagene innvirker på dagligliv og arbeidsevne. Flere pasienter gir uttrykk for at de kommer i en slags forsvarsposisjon i møte med NAV, men også i møter med fastlege og medisinske spesialister (Werner, 2005).

### **2.3.2 Symptomer og tegn i klinikken**

Som nevnt vil pasienten gjerne presentere et komplekst smertebilde, der de ulike symptomene samvarierer, utløser og avløser hverandre. Hver for seg er det symptomer som kan ha klare årsaksforklarende tegn, men som også forekommer samlet, i angst- og spenningstilstander, uten at positive funn foreligger. På legens henvisning til fysioterapeuten kan det stå: fibromyalgi, ME, angst, PTSD, hodepine eller migrene i diagnosefeltet, svært ofte står det myalgi. Myalgidiagnosen forteller ikke annet enn at pasienten har muskelsmerter, gjerne lokalisert til nakke, rygg eller skuldre, men sjelden fullstendig isolert til en del av kroppen. Som regel finner man ved myalgi forhøyet muskulær tonus, det vil si økt motstand mot trykk; hard og stram muskulatur (hypertoni). I andre, men sjeldnere, tilfeller finner man redusert tonus, eller påfallende slapp muskulatur, manglende den naturlige motstanden mot trykk (hypotoni).

De ulike ”diagnosene” vil kunne innebære ganske like symptombilder, generelt preget av et forhøyet kroppslig aktiveringsnivå. Den kroppslige beredskapen kan kanskje spores tilbake til traumatiske hendelser, belastende livsvilkår eller automatiserte kroppslige vaner. Like symptomer kan med andre ord ha ulik opprinnelse, inngå i ulike diagnoser og sykdomsprosesser, og kreve ulike tiltak.

Som kliniker er det naturlig å tenke at disse tilstandene kan være tegn på andre misforhold enn skade på vev eller organisk sykdom. Krenkelser, trusler, tap og opplevelse av avmakt, er eksempler på livserfaringer som ikke får umiddelbare, målbare biologiske manifestasjoner, men som over tid viser seg å føre til fysiologiske og strukturelle endringer i nervesystemet, til og med på genetisk nivå (Kirkengen og Ulvestad, 2007).

Steihaug (2005) peker på at hva som gjøres av funn er avhengig av hva man leter etter. Selv om objektive tegn mangler, vil terapeuten mest sannsynlig finne subjektive tegn. Det kan dreie seg om bundet respirasjon, forhøyet muskulært spenningsnivå, belastende kroppsholdning, stivhet og nedsatt evne til avspenning. Disse tegnene forteller noe i kraft av

seg selv. De er ikke årsaksforklarende tegn i biomedisinsk forstand, men like fullt kroppslige tegn som bærer et budskap. Pasienten kan ha vært gjennom undersøkelser av hofter og knær, skuldre og rygg, hjerte og lunger, mage og underliv, uten funn. Dersom en begrenser ”letingen” til det som kan gi utslag på en laboratorieprøve, eller kommer til syne på røntgen eller MR-bilder, kan en gå glipp av viktig informasjon (ibid). Ved å undersøke muskulatur, puste- holdnings- og bevegemønster, evne til avspenning og kroppskontakt, får man et inntrykk av dette menneskets måte å reagere på, og hvordan det kroppslig og mentalt har tilpasset seg sin virkelighet. Samlet og hver for seg vil funnene kunne fortelle om kroppslige vaner og mer eller mindre funksjonelle tilpasninger til ulike livsvilkår.

Endrede og avvikende kroppslige forhold kan på denne måten forstås som løsninger både på fysiske, biomekaniske utfordringer og følelsesmessige påkjenninger (Matthis 2005, Sviland 2005, Thornquist 2006, von der Fehr 2008, Kirkengen og Thornquist 2012). Får vi innblikk i pasientens virkelighet, gjennom livs- og sykehistorie og den fortløpende fortellingen, vil funnene kunne sette symptomene i et historisk, narrativt og kroppslig perspektiv, gi mening og bidra til økt forståelse. Forståelse for en situasjon eller et problem, åpner i større grad for mulige løsninger, enn der forståelse og forklaring mangler, noe som gir håp og tro på endring.

Forståelse er også viktig for å avdramatisere og motvirke sykliggjøring der det ikke er grunnlag for å snakke om sykdom, men normale reaksjoner på unormale belastningsforhold eller spesielle påkjenninger. Egen erfaring tilsier at det å ufarliggjøre symptomer og sette dem i en forståelig sammenheng, i seg selv bidrar til bedring og økt mestringsfølelse, som vi skal se også kommer til uttrykk i oppgavens empiriske materiale.

### **2.3.3 Symptomet som meningsbærende**

Psykoanalytikerene Irene Matthis skiller mellom symptomets betydning, og symptomets mening (Matthis, 2007). Symptomets betydning beskriver hun som det som faktisk foreligger, for eksempel konstatering av et hjerteinfarkt, altså et ”hva er det”? Symptomets mening inneholder spørsmål om ”hvorfør” og ”hvordan”. Spørsmål om hva og hvordan kan biomedisinen svært ofte svare på, med hvorfor er det annerledes; ”hvorfør akkurat meg”, ”hvorfør akkurat nå”? ”hvorfør akkurat denne sykdommen”? Disse spørsmålene gjør seg gjeldende også når en biologisk verifiserbar årsak foreligger.

Den faktiske og allmenngyldige betydningen av et symptom, er noe annet enn det individuelle, opplevde tanke- og følelsesinnhold symptomet innebærer for den enkelte. Medisinen har vært opptatt av å konstatere hva som har skjedd hevder Matthis. Individets opplevelse og egne tanker om det som har skjedd er ofte ikke etterspurt, og kan dermed forbli ubevisst, og i alle fall ureflektert, også hos pasienten selv. Mest sannsynlig vil legen og pasienten ha ulike oppfatninger og tanker om symptomet, noe som kan vanskeliggjøre gjensidig forståelse og fruktbar kommunikasjon (ibid). Kunnskap om den ”universelle kroppen”, diagnoser og sykdomsmekanismer må være på plass, men ikke stå i veien for utforskningen av den individuelle opplevelsen av å være syk, og symptomets mening i pasientens livsverden. Von der Fehr, Matthis og Kirkengen er på linje i sine refleksjoner over symptomer som meningsbærende, de ønsker alle å utvide medisinens ensidige fokus på symptomets allmenngyldige karakter (von der Fehr, 2008).

#### **2.3.4 Symptomet som tegn**

Drude von der Fehr tilbyr en måte å forstå uforklarte symptomer på i sin bok *Når Kroppen tenker* (2008) og i flere artikler (2010 og 2011). Hun baserer seg på tegnteori som modell når hun fremlegger det hun kaller en pragmatisk symptomoppfattelse. Hun bygger blant annet på filosofen Charles S Peirce`s semiotikk (1839 – 1914) og Jesper Hoffmeyers biosemiotikk når hun snakker om alle typer tegn, ikke bare symboler som språket er eksempel på (2008). Jeg skal ikke redegjøre for semiotisk teori, men noen grunnleggende ideer synes relevante å løfte fram, i lys av oppgavens problemstilling. Særlig gjelder det forståelsen av mennesket som formidler og fortolker av ulike typer tegn, og kunnskapen om at kroppslige erfaringer foregår på forskjellige bevissthetsnivåer, i en pågående dynamisk prosess (ibid).

Kjernen i den teori von der Fehr formidler er at ”mennesket er meningsskapende og tegnfortolkende, og har av den grunn et behov for å forstå seg selv og den virkelighet det står i forhold til. Dessuten er det et vesen som eksisterer i et dynamisk forhold til sin naturlige omverden” (ibid s. 58). Som levende organismer produserer, formidler og tolker vi tegn, slik også dyrene gjør. Tegn kan defineres enkelt, som ”noe som betyr noe for noen” (Steihaug, 2005), og er et fenomen som representerer et annet fenomen (von der Fehr, 2008). Hva som helst kan fungere som tegn sier von der Fehr, fordi det ikke har essens eller faste egenskaper. ”Tegnets egenskaper kan bare defineres ut fra hva slags relasjon det har til det som det representerer” (ibid s. 60).



Tegnenes funksjon og betydning tolkes med utgangspunkt i det som gir mening for individet, og foregår både kognitivt og på organ- og cellenivå, som fysiologi og biologi. ”Vi tenker i tegn” sier von der Fehr med referanse til Hoffmeyer (von der Fehr, 2008), og ”eksperimenterer med tegn for å finne måter å leve i verden på” (ibid s. 61). Slik er tegn også grunnlag for subjektiv erfaring.

I denne sammenhengen er kroppslige erfaringer som skjer på et prerefleksivt, uartikulert nivå spesielt interessante, det kan handle om inntrykk eller fornemmelser som eksisterer i øyeblikket. Det gir assosiasjoner til det å bli var en stemning, en trussel eller et ubehag, før den rasjonelle delen av hjernen har hatt anledning til å oppfatte og analysere situasjonen. Dette er en egenskap som kan være av betydning for vår velferd, og som lar oss forstå at fortolkning også skjer på et ubevisst, bio-logisk nivå (delingen av ordet er intendert). Den umiddelbare responsen på tegnet kan være en autonom reaksjon, som en muskelstramning.

Kroppslige tegn kan i følge von der Fehr være meddelelser både til omverdenen og til individet selv, og noen tegn forteller om andre aspekter ved livet og menneskekroppen enn verifiserbare realiteter (2010). På høyere bevissthetsnivå vil erfaringen kunne fortolkes, artikuleres og bearbeides kognitivt. Slik jeg oppfatter det, er de ulike nivåene aktive samtidig, men mer og mindre dominerende i øyeblikket, og like viktige i forhold til å skape mening. Engelsrud fremhever hvordan den interne kommunikasjonen mellom ulike bevissthetsnivå kan svikte eller fortrennes. Som eksempel nevner hun situasjoner hvor det snakkes konkret om smerter i kroppen, uten at vedkommende klarer å se noen forbindelse til egen livshistorie (Engelsrud, 1997, s. 18).

I et biomedisinsk perspektiv krever symptomet et tilhørende tegn for å bli akseptert, det vil si et tegn som står i en årsaksrelasjon til symptomet. I en symptomoppfatning basert på semiotikk snakker man derimot om symptomet *som* tegn, men det kan diskuteres hva slags type tegn. Kategoriseringen av tegn baserer seg på forholdet mellom tegnet selv og det objektet tegnet henviser til. De årsaksrelaterte, eller kausale tegnene utgjør en kategori. Ikke-kausale tegn har andre funksjoner. Noen tegn kan være symboler, det vil si, de representerer noe annet og underliggende, for eksempel fortrenkte følelser. Forståelse av et slikt tegn vil kreve en bevisst mental fortolkningsprosess, for eksempel gjennom analyse.

En tredje type tegn er såkalt selvreferensielle. Med utgangspunkt i biosemiotisk tenkning hevder von der Fehr at selvreferensielle tegn fra kroppen henvender seg til seg selv i egenskap av organisme, underforstått; den erfarende biologiske kroppen (von der Fehr, 2010). Enhver organismes selvoppholdelsesdrift og søken etter selvoppfyllelse, vil medføre at individet beveger seg i retning av balanse, lyst og velvære. I denne prosessen vil det tolke og forholde seg til alle typer tegn. De selvreferensielle tegnene er en del av organismens interne kommunikasjon og forteller at noe er galt i organismens liv; manglende eller negativ funksjonalitet, eller en ubalanse som truer organismens velferd. Symptomer som selvreferensielle tegn ber ikke om en løsning utenfra, som medisinerer eller kirurgi, men en justering innenfra, hevder von der Fehr (ibid).

### **2.3.5 Symptomet som varsel**

Disse tegnene finner jeg svært interessante, i forhold til hvordan vi møter dem i praksis og i denne oppgavens prosjekt. Smerten, når den er å forstå som et selvreferensielt tegn, blir et varsel om at individets bevisste eller ubevisste atferd går på tvers av kroppens fysiologiske og psykologiske behov, som erfarende biologisk organisme. Organismen varsler med andre ord seg selv om pågående, uhensiktsmessig tilpasning eller feiltolkning av stimuli.

Hjerneforsker Per Brodal konkluderer i sin artikkel "Smertens nevrobiologi" med dette budskapet: "En del smertetilstander kan best forstås som hjernens tolkning av kroppens tilstand på basis av ufullstendig og konfliktfull informasjon" (2005, s. 2370). Det er uvisst om Brodal vil gå god for von der Fehrs teori, han snakker om smertesystemets funksjon, plastisitet og sårbarhet, med utgangspunkt i nevroanatomi og nevrofysiologi, men jeg oppfatter et visst samsvar i det at det handler om forstyrrelser i kroppens eget, interne kommunikasjonssystem. Det tilsier, slik jeg oppfatter det, at løsningen også må komme innenfra, og at det må handle mer om utforsking av symptomet og nye fortolkningsprosesser, enn ytre tiltak for å fjerne smerte. Det synes vanskelig å hjelpe pasienten i en slik prosess, uten å gå inn i fortellingen. Samtale og refleksjon over tidligere kroppserfaringer kan kanskje bidra til forståelse av sammenheng, og eventuelt gi svar, også på "hvorfor"?

## 2.4 Narrativ

"Å fortelle knytter alltid en ting til en annen. Vi ønsker oss en hel og sammenhengende verden, ikke en verden i biter og stykker".<sup>6</sup>

Et kjernepunkt i denne oppgaven er at symptomet trenger fortellingen, og i særdeleshet slike symptomer som nettopp er beskrevet. Et umiddelbart og innlysende argument for å trekke inn fagfeltet narrativ medisin ligger i Rita Charons utsagn om at den kliniske hverdagen er et møtepunkt for ulike fortellinger; pasientens beretning om sine symptomer, og legens fortolkning og gjengivelse av den samme fortellingen (2001). Jan C Frich, som formidler av denne tilnærmingen, har beskrevet den nære forbindelsen mellom litterære begreper og virkemidler, og medisinen som fortolkningskunst (2003, 2004, 2005, 2010). Han tar som von der Fehr utgangspunkt i semiotikk og definerer det som læren om tegn og symboler og deres betydning (Frich, 2003, s. 2). Klinisk medisin er semiotisk og hermeneutisk virksomhet hevder han, og beskriver hvordan pasientens utsagn, symptomer, kliniske funn og andre tegn må tolkes, slik at en diagnose kan stilles. Han presiserer at tegn kommuniserer et budskap, men at det finnes tegn som ikke uttrykker en intensjon. Tegnets relasjon til det objektet det viser til er ikke alltid åpenbar, noe som betyr at vi må holde flere muligheter åpne når vi tolker, og at vi må akseptere flertydighet og motsetninger.

Von der Fehr viser hvilke mulige relasjoner tegnet kan ha i forhold til objektet, og fokuserer særlig på ikke-kausale forbindelser. Det er disse som er vanskeligst å tolke, og som biomedisinen har befattet seg minst med. Frich synes å være på linje med von der Fehr og er opptatt av "plottet" i pasientens fortelling; det vil si årsaksrelasjonen mellom ulike symptomer eller hendelser slik pasienten selv forstår og gir uttrykk for den, mer enn årsaksrelasjonen mellom tegn og symptom. Når sistnevnte ikke er synlig kommer en til kort med en logisk-vitenskaplig tenkemåte.

Bare i relasjon til den enkeltes konkrete situasjon, kan man vurdere effekten av medisinske tiltak og behandling presiserer Frich (2010). Det gjør det nødvendig å innhente kunnskap om hvordan enkeltindividet oppfatter sin situasjon, slik den kliniske fortellingen kan innby til.

---

<sup>6</sup> Fra *Når du ser meg* Siri Hustvedt (2008, s. 286).

Slik Synnes beskriver det i sin avhandling *Forteljing som identitetskonstruksjon ved alvorlig sjukdom* (2012), gjør det seg gjeldende ulike interessefelt innen forskning på sykdomsfortellinger. Mens noen forskere er opptatt av hvordan pasienter bruker fortellinger i fortolkning av egen sykdom, har andre fokus på helsepersonells muntlige eller skriftlige pasientfortellinger, der disse omhandler klinisk kunnskap i anekdotens form. En tredje gren av forskningen er knyttet til hvordan sykdomsfortellinger blir brukt som redskap i terapeutisk sammenheng. Her legges det vekt på legen eller terapeutens evne til å ta i mot og tolke pasientfortellinger, og hvordan pasient og hjelper i fellesskap utarbeider nye og helsefremmende fortellinger gjennom samhandling og samtale. Representanter for dette er blant andre, Rita Charon og Cheryl Mattingly (i Synnes, 2012).

Av tittelen på denne oppgaven skulle det gå fram at også min interesse ligger her. Det er gjennom møtet med fagdisiplinen ”Sykdom og Litteratur” jeg har blitt inspirert til å studere pasienterfaringer i et narrativt perspektiv. I fortellinger om å fortelle kan det skjule seg erfaringsbasert kunnskap som kan peke på viktige elementer i dialogen mellom pasient og terapeut. Oppdagelsen av hvordan skjønnlitterære tekster kan skildre ulike aspekter ved sykdom, ikke minst som individuelt erfart fenomen, har lagt en ny dimensjon til fortolkning og forståelse av pasienthistorier for meg. I boken *Sykdom som litteratur* (Bondevik og Stene-Johansen, 2011) betraktes tilstander jeg ofte møter i klinikken i litterær og idehistorisk kontekst, og gir en type innsikt biomedisinen vanskelig kan tilføre.

#### **2.4.1 Sykdomsnarrativet, eller ”pasienten som tekst”<sup>7</sup>**

Frich konkretiserer dette når han beskriver hvordan legens analyse og fortolkning av pasientens fortelling kan sammenlignes med leserens inntrykk og opplevelse av en litterær tekst (2005). Både kliniske og litterære fortellinger griper og berører oss, gjennom måten de fortelles på og den sammenheng de fortelles i. De kan være flertydige og paradoksale og innbyr til undring og refleksjon. Disse grunnleggende aspektene ved fortellingen er det vanskelig å gjengi i medisinsens nøytrale og kjølige språk.

Å lytte til eller å lese en ”pasienttekst”, og det å lese en litterær tekst, krever begge dele noe av leseren. Pasientteksten kan være komplisert og må leses på flere nivåer; som manifestasjoner av menneskekroppen, som livshistorie, som legens konklusjoner i forhold til

---

<sup>7</sup> En metafor brukt av SL Daniel, 1986 (i Frich, 2010).

diagnostikk og behandlingstiltak, og relatert til pasientens opplevelse av å bli hjulpet. Som Frich påpeker, er ikke teksten en stabil og statisk størrelse i klinikken, vurdert slik vil den lett bli lest med et objektiviserende blikk (2010). Derimot er teksten en dynamisk prosess, som påvirkes og preges av alle som er involvert i den; pasienten, legen, pårørende og eventuelle andre helsefaglige bidragsytere som har deltatt i utformingen av den. Pasientteksten, eller sykdomsnarrativet, kan på denne måten framstå usammenhengende og skjørt.

Sykdomserfaringer gjenspeiler individuelle, sosiale og kulturelle elementer, i det de er inkorporert i en livshistorie som foregår i sosiale og kulturelle rammer. Sykdommers meningsaspekt må forstås på en slik bakgrunn hevder Frich (ibid).

I fortolkningen av sykdomsnarrativet, er det hjelperens sensitive og empatiske ferdigheter som gjør det mulig å fange opp disse elementene, sammen med nyanser, motsetninger og mangfold. Disse kvalitetene hos hjelperen, som må sies å være forutsetninger for fruktbare kliniske møter, beskrives som narrativ kompetanse (Charon, 2001). Begrepet defineres som den kompetanse mennesker har til å oppfatte, tolke og respondere på fortellinger. I terapeutisk sammenheng er denne kompetansen, sammen med fagkunnskapen, grunnlaget for å kunne forholde seg profesjonelt til pasienter, og praktisere faget med empati og troverdighet (i Frich, 2003).

#### **2.4.2 Plot**

En noe utdypet fremstilling av begrepet narrativ er å finne i Synnes avhandling (2012). Han snakker om narrativ som en semiotisk representasjon av en serie hendelser, eller tilstander, meningsfullt sammenbundet i en helhetlig fortelling. Han påpeker hvordan både symbolske og kausale forhold kan være det som binder sammen og gir mening. Han eksemplifiserer det første med utsagnet: ”det regnet hardt, i gatene og i hjertet hans” (s. 24). Utsagnet gir mening gjennom symbolikk og bruk av metaforer. Frich nevner kausale forhold, som kan innebære uforutsigbare omstendigheter, oppdagelser og innsikt, tilfeldigheter og flaks og uventede konsekvenser (Frich, 2010). Et utsagn fra materialet kan illustrere: *....så mistet min datter sin mann i kreft, da snudde....., det tålte jeg ikke.*

Plottet i et narrativ er å forstå som denne meningsfulle sammenstillingen av hendelser og tilstander, det som gjør fortellingen mulig å forstå eller tilegne seg, eller som Frich hevder, plottet er den historien en kan trekke ut av rekken med hendelser (ibid). Det innebærer også

at det kan ligge et plot under pasientens egen beskrivelse av sykdomsnarrativet, som gjenspeiler pasientens forståelse av sammenheng mellom symptom og hendelser.

### **2.4.3 Narrativ kompetanse og intersubjektivitet**

Å avdekke plottet i pasientens fortelling kan som Frich gir uttrykk for, være en utfordring, noe som aktualiserer begrepet narrativ kompetanse. Narrativ kompetanse forutsetter en narrativ tenkemåte, og innebærer slik både Charon og Frich påpeker, evne til å lese pasienttekster. Et annet og vesentlig aspekt ved narrativ kompetanse er hjelperens evne til å se og vurdere sin egen rolle som medforfatter i utviklingen av fortellingen.

Rita Charon er opptatt av intersubjektivitet i denne sammenhengen, og fremhever at det intersubjektive kliniske møtet må preges av gjensidighet og ydmykhet (Charon og DasGupta, 2011). Hun legger til grunn at pasient og hjelper på et vis er i samme båt, med tanke på at livet er forgjengelig. Det midlertidige ved livet er det som driver oss alle i forsøket på å forstå og skape mening hevder hun (ibid). Fordi vi deler denne grunnleggende kunnskapen om at livet tar slutt, har våre fortellinger noe fundamentalt til felles. Dette fellesskapet gjør det mulig for pasient og hjelper, som to individuelle subjekter, å forenes i det å skape ny mening og nye fortellinger. På tross av ulike posisjoner i forholdet til sykdommen (objektet), møtes de i den felles skjebne det er å være menneske. I dette møtet kan helsebringende samtaler oppstå (Charon, 2001).

For pasienten vil det å fortelle i seg selv ha en terapeutisk verdi sier Charon, og fremhever språkets egenskap i å definere, og gi rom og form til erfaringen. Pasientens fortelling formidles i ord og gester, holdning, stemme og blikk. Sammen med medisinske data og kliniske funn, får hjelperen gjennom dette også en strøm av følelser å forholde seg til; bølger av frustrasjon og frykt, håp og forventning. Ordene rommer de mange og delvis motstridende følelsene og gir dem et uttrykk.

”Jeg må ha hjelp til smerter, angst og kaos”, sa en av mine egne pasienter da vi skulle forsøke å konkretisere en målsetting for behandlingen. Det var ikke lite, og ikke veldig konkret. Fortellingen ble nødvendig, og gjennom den kunne vi sammen finne ut hva som var smerte, hva som var angst, hvordan dette hang sammen og hvordan det skapte kaos. Det tok tid å fortelle og fortolke den historien, men underveis i sorteringsarbeidet kom gradvis en

opplevelse av oversikt og kontroll, og gjennom det en økende følelse av mestring. Det hadde en terapeutisk verdi for pasienten, og det var, som det ofte er, også en svært lærerik prosess for meg. Fordi menneskelig erfaring handler om det å være menneske, er sjelden pasienters erfaringer fremmede for meg.

Det Charon beskriver som ”authentic care of the sick” innebærer en deltagende og engasjert medisinsk virksomhet, der hjelperen ved siden av å forstå og kunne forholde seg aktivt til pasientens sykdom, også lar seg berøre og engasjere av pasientens fortelling, som en følgesvenn gjennom sykdommen (2001). Dette kan synes som vanskelig realiserbare idealer og en idyllisering av behandlingsrelasjonen. Som blant andre Øien, Steihaug, Iversen og Råheim (2011) har beskrevet, kan kommunikasjonen (i psykomotorisk fysioterapi) også preges av motstand og forhandlinger. Det er også fremført kritikk mot det økende fokus pasienters sykdomsfortellinger har fått i postmoderne tid (Synnes, 2012). Kritikken går, slik han beskriver det, på at fortellinger anses som autentiske kilder til pasientens indre. Dette blir av mange oppfattet som en romantiserende virkelighetsbeskrivelse, som ikke tar innover seg at fortellinger også er sosialt og kulturelt konstruert.

Et annet moment er, slik jeg ser det, faren for at pasientens fortolkning blir den eneste mulige, eller den eneste gyldige. Det vil ikke nødvendigvis føre til endring, eller en konstruktiv fortsettelse av fortellingen. I undervisningen i psykomotorisk fysioterapi blir det presisert at også hjelperen må være forankret i og holde fast ved sin subjektivitet og sin profesjonalitet. Bevissthet på egne følelsesmessige reaksjoner, fortolknings- og meningsproduksjon er en del av dette og innebærer en nødvendig refleksjon over praksis. Først når fagkunnskap og innsikt, opplevelse og erfaring setter hverandre i spill og balanseres i det kliniske møtet, kan nye fortellinger bli til.

## **2.5 Oppsummering**

Jeg har i dette kapitlet forsøkt å løfte fram en alternativ og utvidet måte å forstå og forholde seg til symptomer på. Fra biomedisinens forståelse av symptomer og tegn som adskilte fenomener i snever forstand, til en forståelse av symptomer som ulike typer tegn i videre forstand. Her inkluderes tegn som peker tilbake på årsak, tegn som varsler intern ubalanse, og tegn som symbol på underliggende faktorer. Det gir mening å forsøke å forstå hvordan de språkløse erfaringene vi gjør oss på lavere bevissthetsnivå blir en del av kroppens tause kunnskap, og gjennom symptomene; kroppens ytringer. Gjennom den kliniske fortellingen,

og samtalene som springer ut av den, kan budskapet framtolkes og forstås. Sagt på en annen måte; sykdomsnarrativets plot kan avdekkes. Den helsefremmende betydningen av dette er oppgavens fokus.

Von der Fehr inkorporerer biomedisinens naturvitenskaplige perspektiv i en tverrfaglig humanistisk kroppsforståelse, slik utøvere av narrativ basert medisin arbeider for, og slik også Trygve Braatøy forsøkte, i sin tid og på sin måte. Uten at han forholdt seg til fenomenologi eller semiotikk, tok han til orde for nødvendigheten av å ta utgangspunkt i pasientens subjektive erfaring, og relaterte denne til kroppslige forhold. Både verbale og kroppslige uttrykk var tegn å forfølge i Braatøy og Bülow-Hansens psykomotoriske fysioterapi, slik det fortsatt er.



### 3 Metode og etikk

Som jeg gjorde rede for innledningsvis var undring og refleksjon over den terapeutiske dialogen et insitament for å studere samtaleerfaringer på en mer systematisk måte. Dette kapitlet handler om hvordan jeg tenkte i forkant og underveis i prosjektet, og hvordan jeg har gått fram for å få svar på de spørsmål jeg hadde. Det vil inkludere oppfatninger om etikk knyttet til kunnskapsposisjoner, etiske refleksjoner og utfordringer, forskerrolle og analytisk tilnærming.

Inspirert av litteratur om ulike kvalitative metoder har jeg valgt å disponere kapitlet slik at jeg synliggjør en forhåpentlig logisk sammenheng mellom erkjennelsesteoretisk utgangspunkt, metodologi, metode og analysestrategi (Finlay og Ballinger 2006, Starks og Trinidad 2007, Kvale og Brinkmann 2009, Thagaard 2010).

Kvalitative metoder kjennetegnes av en mer eksplisitt relasjon til vitenskapsteori og vurderes blant annet i forhold til hvor tydelig ens teorigrunnlag og forforståelse kommer til uttrykk (Thagaard, 2010). Som Kvale og Brinkmann (2009) hevder, går kunnskapsoppfatninger forut for metodespørsmål. Jeg finner det derfor relevant å redegjøre nærmere for mitt epistemologiske utgangspunkt, også fordi det inkluderer teoretiske posisjoner med røtter i ulike filosofiske tradisjoner.

Mitt valg av en kvalitativ tilnærming begrunnes i oppgavens formål, problemstilling og forskningsspørsmål. Til grunn for spørsmålene ligger egen erfaring, antagelser og oppfatninger om mennesket og kroppen. I første avsnitt vil jeg derfor gå noen skritt tilbake og utdype min forforståelse. Denne har vært avgjørende for hva slags teori jeg har støttet meg til, hvilke valg jeg har tatt gjennom ulike deler av prosessen og hvordan jeg har identifisert, tolket og analysert de funn jeg presenterer. Forforståelse og faglig ståsted preger med andre ord den forskerrolle jeg har inntatt og den type kunnskap jeg søker.

Jeg vil videre redegjøre for gjennomføringen av prosjektet og omtale metodiske og etiske forhold, i siste del av kapitlet, relatert til analyseprosessen. Denne delen er ment å fungere som en inngang til analysen; kapittel fire, fem og seks.

### 3.1 Forforståelse

Teorigrunnlaget for grunnutdanningen i fysioterapifaget er forankret både i naturvitenskaplig, samfunnsvitenskaplig og humanistisk kunnskap (Norsk Fysioterapeut forbund, 2013).

Sykdomsforståelsen baserer seg på et biopsykososialt perspektiv, men kroppsforståelsen er slik jeg ser det først og fremst basert på en naturvitenskaplig tenkemåte. Utdanningen tar sikte på å gjøre fysioterapeuter i stand til å differensiere, behandle og forebygge skader og ulike tilstander, primært i muskel- skjelettapparatet. Vurdering av fysiske og ergonomiske forhold, knyttet opp mot funksjon i dagligliv og arbeidssituasjon, er en sentral oppgave. Til tross for økende fokus på kognitive og psykososiale faktorerers innvirkning på fysisk fungering, er fysioterapeuters begrepsapparat, tilnærming og behandling hovedsakelig fundert i den universelle, anatomiske og fysiologiske kroppen.

Fysioterapeuter har et rikt utvalg av verktøy og tiltak når det gjelder å lindre symptomer, reparere skade eller gjenopprette funksjon. Det må være riktig å si at fysioterapeuter er en gruppe helsearbeidere som aktivt søker kunnskap om ulike virkemidler til pasientens beste, noe som gjenspeiles i omfattende kursaktivitet, etter- og videreutdanning. Mye av denne kunnskapen dreier seg om hvordan kroppen fungerer som biologisk organisme og hvordan man med forskjellige tiltak kan påvirke denne. Jeg oppfatter det slik at dette lett fører til at oppmerksomheten styres mot det affiserte vevet, symptomets karakter, og på aktuelle teknikker, eventuelt på bekostning av oppmerksomhet mot symptombereren.

Den dyktige fysioterapeuten tar opp en anamnese som gir et godt bilde av symptomdebut, utvikling og variasjon, sammen med data om pasientens sosiale liv og betingelser. En grundig kroppsundersøkelse gir sammen med sykehistorien grunnlag for valg av strategi, det være seg øvelser, treningsråd, bløtvevsbehandling, eller andre spesifikke metoder.

Mye har skjedd innenfor fagutvikling og profilering av fysioterapi i senere år, ikke minst har et økt fokus på evidensbasert kunnskap gjort seg gjeldende, der målbare resultater og vitenskaplig dokumentert effekt er den bærende idé (Herbert, Jamtvedt, Mead & Hagen, 2005). Denne innledningen er ingen kritikk av en slik tilnærming, men danner et bakteppe for min undring og valg av metodisk tilnærming i dette prosjektet. Jeg hadde ofte som uerfaren fysioterapeut en god følelse når jeg hadde tatt i bruk tilgjengelige metoder og teknikker i

henhold til prosedyrer og protokoll. Timene ble effektivt fylt med de nevnte tiltak. Vi hadde fått gjort mye bra, det vil si, jeg hadde gjort mye.

Reaksjonene på tiltakene var imidlertid ikke alltid som forventet, de uteble eller var tvetydige, eller de var forskjellige, til tross for like diagnoser i utgangspunktet. Ofte var pasienten fornøyd, uavhengig av hvilke tiltak som ble satt i verk, også i de tilfellene symptomene ikke endret seg betydelig. Ofte kunne jeg få tilbakemeldinger som ikke viste direkte til symptomlette, men endringer av mer diffus karakter. Symptomene kunne like gjerne ha blitt forbigående verre, men pasienten var opptatt av andre forhold:

*Jeg har tenkt mye på det vi snakket om sist....*

*Det jeg fortalte forrige gang har jeg aldri snakket med noen om*

*Det vi snakket om sist fikk meg til føle meg*

Slike utsagn gjorde meg både forvirret og forundret, men fikk meg også til å reflektere over min egen rolle i behandlingskonteksten. Gjennom videreutdanningen i psykomotorisk fysioterapi lærte jeg å ta mindre styring og være mindre handlings- og resultatorientert. Jeg lærte å avvente, og lytte med større sensitivitet. I behandlingstimen var det tid til å dvele ved pasientens reaksjon, reflektere over den, og å samtale om den. Jeg forsto også at min nysgjerrighet på det mennesket jeg hadde foran meg alltid hadde bidratt til en verbal utveksling som gikk noe ut over det som var vanlig i tradisjonell fysioterapi og at dette var noe av grunnen til at jeg søkte kunnskap om andre behandlingstilnæringer.

I årenes løp har jeg ikke blitt mindre nysgjerrig, men ofte overrasket over hvor mye som skjer, når det ikke skjer for mye; i pausen mellom øvelser, eller når det er stille i rommet. Jeg er blitt styrket i troen på at kommunikasjonen, den tause og den som uttrykkes i ord, er like viktig som hva vi gjør. Gjennom kollegaveiledning og faglige diskusjoner har jeg fått tilsvarende erfaringer bekreftet. Imidlertid var det bare pasientene selv som virkelig kunne si meg noe om hva den verbale dialogen betød for dem. Siden jeg var ute etter individuelle synspunkter og erfaringer, som vanskelig lar seg kvantifisere, var det naturlig å velge en kvalitativ innfallsvinkel med fokus på subjektive beskrivelser. Jeg var ikke i interessert i målbar effekt, men ønsket å utforske betydningen av fortelling og samtale for den enkelte, i et tilhelingsperspektiv.

## 3.2 Erkjennelsesteoretisk plattform

Finlay og Ballinger (2006) påpeker viktigheten av å bevisstgjøre hvilke grunnleggende ideer vi inkluderer når vi velger metode. Slik forfatterne formulerer det, bygger metodologien bro mellom epistemologisk forankring og metode. Filosofisk tilhørighet, teori og metode vil være relatert til hverandre via metodologien.

I en artikkel av Starks og Trinidad (2007) plasseres også det filosofiske utgangspunkt først, mens metodologien knyttes til målsettingen med forskningen og dermed til forskningsspørsmålene. Slik jeg oppfatter det er de ulike elementene sammenvevd, og peker både fram og tilbake på hverandre. Det synes meningsfullt å se på metodologi som kunnskap om og refleksjon over mulige metodiske valg, basert på forforståelse, forskningsspørsmål og intensjon.

I arbeidet med å besvare problemstilling og forskningsspørsmål ønsker jeg å kombinere den biomedisinske kunnskapen mitt fag er preget av, med kunnskapsposisjoner fundert i fenomenologi og hermeneutikk. Mennesket som meningssøkende og fortolkende biologisk organisme ligger til grunn for min forståelse.

Med henvisning til avsnittet om forforståelse, støtter jeg meg til Thagaards utsagn om at refleksjoner over egne erfaringer kan danne utgangspunkt for forskning (2010). Disse erfaringene tilsier framfor alt et fenomenologisk vitenskapssyn; en antagelse om at virkeligheten er slik folk oppfatter at den er (ibid. s. 38), og at vi kan lære noe om virkeligheten ved å undersøke hvordan folk erfarer den. Da gir det seg selv at det er det erfarende subjekt jeg må spørre, mens spørsmålenes tema; samtaleerfaringer er det objekt jeg søker kunnskap om.

## 3.3 Metodologi

I kvalitativ forskning vil en søke kunnskap om menneskelige og sosiale fenomener og betydningen av disse for aktørene selv (Thagaard, 2010). Når jeg spør meg selv hva slags type kunnskap jeg kan forvente å innhente i denne sammenhengen, er ett av svarene at kunnskapen vil ha en relativ og flyktig karakter. Pasienters oppfatninger er omskiftelige, mening er basert på subjektiv persepsjon og påvirkelig av språk og kontekst. Tid og sted vil sette sitt preg på informantenes respons, det samme vil intervjueren og de ordene som faller

mellom dem. Slik Finlay og Ballinger beskriver det, må forskeren ha en pragmatisk holdning til denne kunnskapen (2006). Det innebærer en erkjennelse av at informantens beskrivelser allerede er fortolket, og at forskeren i neste omgang gjengir sin fortolkning, en dobbel hermeneutikk. Ikke desto mindre er målsettingen å beskrive noe essensielt, unikt og betydningsfullt som har gyldighet i seg selv.

Fenomenologi, som metodologisk tilnærming med basis i fortolkning som grunnlag for menneskelig erkjennelse, søker å forstå den dypere meningen i individets erfaringer. (Thagaard, 2010) Forskerens beskrivelse av disse erfaringene må ligge så tett opp mot individets selvforståelse som mulig; en beskrivelse av verden slik individet oppfatter den. Jeg forstår det slik at man gjennom en slik tilnærming både kan avdekke og identifisere det vi ellers tar for gitt; som å få øye på og brette ut det vi tror vi vet og se på det med nytt og nyansert blikk.

Hvis målsettingen med et forskningsprosjekt er å innhente individuelle erfaringer av et fenomen, vil fenomenologisk metodologi innebære antagelser om at subjektiv persepsjon ligger til grunn for de beskrivelser som gis, og at persepsjonen inkluderer det ureflekterte, det som er tatt for gitt og forforstått. Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) leverer teori til en slik antagelse, ved siden av at han står for en kroppslig vending i fenomenologiens historie. Han innsetter kroppen som sentrum for det menneskelige subjekt, og hevder at subjektet er en relasjonell væren, som skaper og skapes i historisk og kulturell kontekst (Merleau-Ponty, 1945).

Kvalitative metoder som har utgangspunkt i fenomenologi og hermeneutikk gir mulighet for å utforske fenomener som ikke er konstante og målbare, men kontekstavhengige og hevet over kravet om verdinøytralitet. En slik posisjon anerkjenner verdier og mening i forståelsen av menneskets natur, og får i følge Kirkengen og Thornquist (2012), andre etiske implikasjoner enn de man forholder seg til innenfor naturvitenskapene og den biomedisinske forskningen. Kirkengen (2005) hevder at det etisk relevante ved vår væren - i - verden, vår menneskelighet, overskrider den naturvitenskaplige anvendelsen av etiske retningslinjer. Hun antyder at biomedisinen som kunnskapsfelt ikke knytter sine etiske refleksjoner til mennesket de undersøker, kunnskapen de anvender eller frembringelsen av denne kunnskapen (ibid s.19). I stedet er den moderne medisinen opptatt av hvordan kunnskapen skal håndteres for at den faglige praksis kan betegnes som etisk forsvarlig. Dette er slik jeg forstår det i tråd med

Kvale og Brinkmanns redegjørelse for etiske forhold i kvalitative metoder (2009). De hevder at etisk refleksjon bør følge alle stadier i en forskningsprosess; fra planlegging og gjennomføring av studien, til fortolkning, analyse og presentasjon av resultater. Etiske overveielser må relateres til den eller de individer undersøkelsen omfatter, den aktuelle konteksten, og mulige konsekvenser for de impliserte.

### **3.4 Metode**

Jeg har valgt det kvalitative forskningsintervju som metode for å innhente data og få svar på mine spørsmål. Med referanse til Kvale og Brinkmann (2009) har jeg tatt utgangspunkt i det ”semistrukturerte livsverdenintervjuet” som kan betegnes som en samtale mellom to parter som er engasjert i samme fenomen. I dette tilfellet er samtalen også tema, men avgrenset til en spesiell kontekst. Både jeg som forsker og informanten som pasient har kunnskap og erfaring knyttet til dette temaet, men på ulike måter. I utvekslingen mellom forsker og informant produseres ny kunnskap, influert av subjektive og kontekstuelle forhold og ikke minst av den relasjonen som utvikles mellom de to.

I følge Kvale og Brinkmann (ibid), er det et asymmetrisk maktforhold mellom partene; til tross for at de er likeverdige er de ikke likestilte. Samtalen er definert av intervjueren i det at den ikke er mål i seg selv, men et middel til å skape ny kunnskap, som intervjueren i neste omgang har enerett på å analysere og fortolke. Spørsmålsstillingen vil påvirke svarene, og vil kunne lede samtalen i en retning som ikke nødvendigvis er ønskelig fra informantens side. Når det kommer til fremstilling og publisering av resultater har informanten ingen innflytelse. Dette stiller store krav til forskeren når det gjelder etiske vurderinger, refleksivitet og ”gjennomsiktighet” gjennom prosjektet.

#### **3.4.1 Etiske aspekter**

Kvale og Brinkmann (ibid) drøfter hvordan grunnleggende etiske retningslinjer bør følges, samtidig med at forskeren må utvise praktisk og etisk skjønn. De etiske retningslinjene omhandler i første rekke krav om informert samtykke og konfidensialitet gjennom datainnsamling, analyse og presentasjon av resultater. Deltagelse i et forskningsprosjekt kan innebære både positive og uheldige virkninger for deltagerne. Forskeren må derfor informere om mulige negative konsekvenser og forholde seg til disse. I et nytteperspektiv bør det

tilstrebes minimale skadevirkninger og en positiv nytteeffekt både for deltageren, den gruppen han eller hun representerer og med tanke på den kunnskapen som søkes oppnådd.

Gjennom presentasjon av prosjektet og redegjørelse for håndtering av etiske usikkerhetsområder i søknad til, og godkjenning fra Regional Etisk Komite, anser jeg retningslinjene som etterkommet, og ser ikke behov for å utdype disse nærmere her. Etiske utfordringer som har gjort seg gjeldende i løpet av studiens ulike faser, gjenspeiler imidlertid de nevnte usikkerhetsområder og vil bli behandlet underveis.

Med referanse til Aristoteles's begrep "phronesis", argumenterer Kvale og Brinkmann (2009, s. 79) for at forskningsetisk atferd innebærer "praktisk klokskap", eller "situert skjønn". Intervjueren kan gjennom trening i intellektuelle dyder, gjøres i stand til å erkjenne og reagere på det som er det viktigste i en situasjon. Slik kan intervjueren utvikle forståelse for sårbarheten som kan oppstå, og de krefter som virker i visse situasjoner.

Informantene i denne studien utgjør en sårbar gruppe i utgangspunktet, og skal i tillegg dele erfaringer som avslører personlige og private forhold. Under intervjuene, og ikke minst i ettertid, har jeg reflektert over forskjellen på å ta i mot følsom informasjon, som forsker og som terapeut. Selv om målsettingen med den terapeutiske samtalen og forskningsintervjuet i siste instans kan sies å sammenfalle; begge har en helsefremmende ambisjon, er oppdragene og det nødvendige håndverket forskjellig. Det terapeutiske intervju tar sikte på å bidra til endring av personlige, emosjonelle og helsemessige forhold, mens forskningsintervjuet sikter mot kunnskapsutvikling og innsikt i menneskelige og sosiale fenomener (Kvale og Brinkmann, 2009). Det var nytt og fremmed at jeg i rollen som forsker skulle hente noe ut av samtalen for egen del, samtidig som jeg følte meg trygg på å utøve praktisk og etisk skjønn.

I forarbeid og gjennomføring av studien har jeg særlig vært opptatt av det etiske dilemma det innebærer å innhente personlige og emosjonelle opplevelser, uten at informantene føler at de seg utleverer seg. Konkret tenker jeg på utfordringen med å få fram personlige erfaringer med samtale og fortelling, uten at den private syke- og livshistorie kommer i forgrunnen. Den personlige fortellingen er ikke tema, men det å fortelle om den. Dette har vært en etisk balanseøvelse gjennom intervjuene og i fremstillingen av funn, og noe jeg kommer tilbake til i slutten av kapitlet. I ettertid ser jeg imidlertid at jeg kan ha vært for forsiktig i denne sammenhengen, og at min varhet i spørsmålsstillingen kan ha bremset informantenes

spontane uttrykk. Jeg tilskriver denne, kanskje overdrevne beskyttelsen av informantene, min mangel på erfaring som forsker, men også min nærhet til feltet. Min kunnskap om hvor ofte det ligger en smertefull historie bak alminnelige henvisninger til psykomotorisk fysioterapi bidro til min beslutning om å trå varsomt.

### **3.5 Terapeuten som forsker**

Fortolkning som grunnlag for erkjennelse innebærer at både den som bidrar med informasjon og den som tar imot, fortolker med utgangspunkt i egen forforståelse. Fenomenologi og hermeneutikk som ontologisk og epistemologisk posisjon betyr en bevissthet på at virkeligheten ikke uten videre er identisk med vår umiddelbare oppfatning av den. Ved å vektlegge ”strenge” og ”tykke” beskrivelser av subjektive erfaringer, kan man komme nær individets opplevde virkelighet, og samtidig få inntrykk av hvordan fortolkning og kontekst preger den virkeligheten (Kvale og Brinkmann 2009, Thagaard, 2010). Samtidig må den som tar imot informasjonen være klar over sin egen status som fortolkende subjekt, forsøke å nullstille seg, og møte den andre fordomsfritt og åpent. Forfatterens anbefaling er å stille spørsmål så forutsetningsløst som mulig, for å få fram informantens spontane og ubearbeidede beskrivelse.

Jeg har som nevnt hatt rikelig anledning til å reflektere over samtalens betydning med mine egne pasienter, og ikke sjelden syntes de like engasjert i dette som meg, når temaet kom opp. Underveis i arbeidet med analysen av materialet, har jeg tenkt på om samtalene med egne pasienter har gjort meg forutinntatt på en måte som har hindret meg i å se nyanser og brudd i informantens beskrivelse. Intervjuene har slik sett vært en øvelse i ”bevisst naivitet” (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg er ikke sikker på at jeg har mestret denne øvelsen like godt gjennom de fem intervjuene.

På bakgrunn av gjenkjenning av utsagn og formuleringer i møtene med andres pasienter, har det vært en utfordring å spørre som om man ingenting vet. Det er lett å hefte seg ved bekreftelser på det man allerede har lært, hørt eller sett. Framfor alt var det for meg naturlig å bekrefte informantens utsagn, blant annet ved å vise tegn på gjenkjenning, med referanse til andre og lignende beskrivelser. I et refleksjonsnotat etter det første intervjuet skriver jeg at jeg var i overkant støttende og bekreftende. I forsøket på å ivareta informanten var jeg så



imøtekommende at jeg var på grensen til å avbryte, og komme informantene i forkjøpet. Å lytte til intervjuet i etterkant var delvis ubehagelig, men svært lærerikt.

Jeg ser at min nærhet til feltet har påvirket min tilnærming i betydelig grad og på ulike måter; positivt ved at jeg er trent i, og følte meg i stand til å ivareta informantenes integritet og verdighet i sårbare situasjoner. Min kunnskap om de ulike kliniske tilstandene informantene representerte, gjorde det mulig for meg å stille fruktbare oppfølgingsspørsmål og forstå utsagnene på et dypere nivå.

Mindre heldig var det, som nevnt over, at jeg var forutinntatt og til en viss grad hørte det jeg var vant til å høre. Slik jeg forstår metodelitteraturen innenfor kvalitativ forskning, gjelder det bevisst å bruke kjennskapen til det felt man studerer, men gjøre rede for den og ikke fornekte den. Dette har jeg forsøkt å gjøre, samtidig som jeg erkjenner at ikke bare mitt kjennskap til feltet, men den jeg er som person vil ha innflytelse på studien. Min måte å spørre på, mine kommentarer og de mer og mindre bevisste valg jeg har tatt underveis betyr noe for det endelige resultatet.

Et viktig forhold som vedrører forskerens etiske praksis og skjønn gjør seg gjeldende i overgangen mellom prosjektets ulike faser. Mens forskeren i datainnsamlingsfasen er mer eller mindre avhengig av informantens medvirkning, vil relasjonen endre seg når forskeren har avsluttet innsamlingen og går over i analysefasen. Da har informantene ikke lenger påvirkning og er priggitt forskerens teoretiske bakgrunn (Kvale og Brinkmann 2009, Thagaard, 2010).

Dette ble svært tydelig for meg som en etisk utfordring da jeg i analysen ønsket å presentere de enkelte informantene i lys av tematiske funn og fagforståelse i kapittel seks. Jeg kommer tilbake til dette, men ønsker her å presisere at det var viktig for meg å fremstille informantene på en verdig måte også her. I den delen av analysen som har et personsentrert utgangspunkt, har den enkelte informant vært ”nærværende” for meg, som det mennesket jeg møtte; som var i behov for hjelp, og som samtidig ville bidra til mitt prosjekt. Det gjorde meg ærbødig og ydmyk i rollen som forsker, noe jeg tror skinner igjennom i presentasjonen av informanter og funn.

## 3.6 Utvalg

Til psykomotorisk fysioterapi blir det som jeg har vært inne på henvist ulike pasientkategorier. I dag møter vi mennesker i alle aldersgrupper og i ulike faser av livet. Unge mennesker med utmattelsessymptomer, konsentrasjonsproblemer, angst og uro ser ut til å være en voksende gruppe. Selvskading, spiseforstyrrelser eller atferdsvansker er tilstander psykomotorikeren ikke sjelden må forholde seg til i sin daglige praksis.

Den gruppen jeg selv møter oftest er kvinner i yrkesaktiv alder, og med de uforklarte symptomer og lidelser jeg har redegjort for. Ofte gir disse kvinnene uttrykk for at behandlingen gjør det mulig for dem å opprettholde et yrkesliv, men det er også denne gruppen som hyppigst formidler vanskeligheter med å bli trodd og tatt på alvor hos fastlegen, slik Werner har vist (2005).

I min egen kommune er det føringer som tilsier at barn og unge, eldre og funksjonshemmede skal prioriteres når det gjelder fysioterapitjenester. Samtidig kan det se ut som om gruppen; voksne, yrkesaktive kvinner med vedvarende og diffuse symptomer, er den som i størst grad er brukere av tjenesten. Jeg har ikke annen dokumentasjon på dette enn tall fra min egen pasientstatistikk, men i NAV-rapporten referert innledningsvis, kommer det fram at kvinner i alderen 30 til 49 år har den største økningen av sykemelding på bakgrunn av symptomdiagnoser (NAV, 2013).

Slik jeg ser det gir det grunn til å innhente kunnskap om nettopp denne kategorien pasienter. Kanskje kan deres samtaleerfaringer i psykomotorisk fysioterapi lære oss noe om hvordan de best kan møtes, også i helsevesenet for øvrig.

At en så stor andel av pasientene i psykomotorisk fysioterapi er kvinner, ønsker jeg ikke å problematisere her, men mitt valg av kvinner som informanter er delvis begrunnet i det faktum. Jeg antok at det ville bli vanskelig å rekruttere deltagere til undersøkelsen i utgangspunktet, og ennå vanskeligere trodde jeg det ville bli om jeg skulle tilstrebe en jevn fordeling av kvinner og menn. Hadde jeg klart det ville det vært naturlig å sammenligne kvinner og menns utsagn og diskutert eventuelle forskjeller, noe som ikke var fokus i denne omgang. Jeg bestemte meg for å inkludere kvinner mellom 18 og 80 år, selv om det utelukker at alle er yrkesaktive. Alle fem er etnisk norske. Inklusjonskriterier for øvrig var at de hadde

gått i psykomotorisk fysioterapi i mer enn tre måneder, og at deres behandlingsindikasjon var knyttet til vedvarende eller tilbakevendende symptomer, uten objektive tegn i biomedisinsk forstand. Det første er begrunnet i en antagelse om at en viss tid i behandling er nødvendig for å gjøre seg erfaringer med fortelling og samtale, og så kunne sette ord på og dele disse erfaringene. Det andre er knyttet til viktigheten av et strategisk utvalg, det vil si informanter som ved sine egenskaper og kvalifikasjoner er særlig relevante i forhold til undersøkelsens problemstilling og teoretiske perspektiv (Thagaard, 2010).

Med utgangspunkt i studiens ambisjon om å skue utover den psykomotoriske kontekst og eventuelt kunne overføre resultater til andre møter mellom pasient og hjelper, synes det aktuelt å definere utvalget slik jeg har gjort. Uten å kunne vise til konkret dokumentasjon, vil jeg hevde at utvalget gjenspeiler en gruppe pasienter som er typiske brukere av psykomotorisk fysioterapi. Samtidig anser jeg den populasjon utvalget er basert på som betydningsfull med tanke på det omfang og de utfordringer den representerer for det etablerte helsevesen.

Utvalget består av fem kvinner i alderen 39 til 80 år. Det ble ikke stilt spørsmål om sivil status eller yrkesmessige forhold, men om bakgrunnen for å gå i psykomotorisk fysioterapi, og hvor lenge de hadde vært i behandling på intervju tidspunktet. Det siste varierte fra ett til tolv år. Utvalget representerer velkjente tilstander, og forunderlig nok, fem ulike kliniske problemstillinger. Alle kliniske problemstillinger er selvfølgelig unike, men her snakker jeg om behandlingsindikasjoner som ville blitt klassifisert i ulike ”symptomdiagnoser” i biomedisinsk terminologi. Dette kommer jeg tilbake til i analysens kapittel seks. Når jeg har utelukket demografiske data er det ikke fordi jeg tror de er uvesentlige i forhold til de erfaringene informantene deler. Imidlertid anser jeg deres kliniske utgangspunkt som mer interessant i denne sammenhengen, selv om også dette er påvirket av sosiale forhold. Å utelukke demografiske data bidrar også til å sikre anonymiteten.

### **3.7 Rekruttering og gjennomføring av prosjektet**

Sammen med ”forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt” sendte jeg våren 2012 en henvendelse til 25 fysikalske institutter med tilbud om psykomotorisk fysioterapi. Institutter i fem kommuner på sørøstlandet ble kontaktet pr. brev, med spørsmål om hjelp til å rekruttere informanter. Informasjon om studiens tema, inklusjonskriterier og metode ble gitt.

Terapeutene ble bedt om å henvende seg til aktuelle pasienter, videreformidle informasjon, og dele ut forespørsel om deltagelse. Pasienter som ønsket å delta skulle på eget initiativ ta kontakt med meg pr. telefon eller e-post, uten å fortelle meg hvor de gikk til behandling eller hvem som hadde forespurt dem. Informantene fikk selv velge tid og sted for intervju.

I løpet av forsommeren fikk jeg fire respondenter som jeg intervjuet fortløpende, to av dem i eget hjem, en på ”nøytral grunn”, det vil si i et offentlig lokale og en på mitt arbeidssted. Jeg hadde håpet på seks til åtte informanter, og sendte en ny henvendelse til de samme instituttene i august 2012. Det ga ikke resultater, men gjennom en medstudent på Masterstudiet som kontaktet en bekjent, fikk jeg en femte informant som selv meldte sin interesse. Hun valgte også å bli intervjuet på mitt arbeidssted.

Slik Thagaard (2010) redegjør for det, kan utvalget sies å være basert på tilgjengelighet, jeg måtte basere meg på de som var villige og tilgjengelige. Det viste seg å være vanskelig å rekruttere informanter, noe som er forståelig på bakgrunn av studiens personlige og sensitive tematikk. Den siste informanten ble på et vis rekruttert via ”snøballmetoden”, men uten at snøballen begynte å rulle. På det tidspunktet var jeg lettet og glad for at jeg hadde fem spennende informanter, og så fram til at analysearbeidet kunne begynne.

### **3.8 Introduksjon til analyse**

Min veg inn i analysen startet med den kliniske fortellingen, slik den er definert i kapittel to. Hvilke erfaringer informantene har med den kliniske fortellingen og de samtalene som springer ut av den, og hvordan de selv forstår disse erfaringene, utgjør analysens organiserende prinsipp. Pasientens beretning om sitt liv og sin sykdom sammen med medisinske funn og faglige vurderinger, utgjør den kliniske fortellingen i terapeutens journal. Fortellingen blir både utgangspunkt og redskap i det videre hjelpearbeidet, ikke minst i dialogen mellom pasient og terapeut. Den foreligger som tekst og er samtidig prosess, et pågående prosjekt, der terapeuten blir medforfatter og aktør. Et overordnet spørsmål til materialet er hvordan denne prosessen arter seg og fungerer. Spørsmål om i hvilken grad materialet kan belyse, eventuelt bekrefte begrepets intensjon og meningsinnhold, bringes opp igjen i kapittel syv. Før jeg går videre på valg av analytisk tilnærming og systematisering av materialet, vil jeg si litt om transkripsjonsprosessen.

### 3.8.1 Transkripsjon

Som Kvale og Brinkmann påpeker er fortolkning av et intervjumateriale i gang allerede ved at den muntlige dialogen mellom informant og intervjuer omgjøres til tekst (2009).

Transkripsjonen er ment å gjøre samtalen tilgjengelig for analyse og innebærer beslutninger som er påvirket av forskerens intensjoner med undersøkelsen og valg av analysestrategi.

Forskjeller mellom tale - og skriftspråk vanskeliggjør i seg selv en presis gjengivelse av intervjuet, samtidig som ulike forskere vil ha ulike oppfatninger om hva som skal med.

Betoning av enkelte ord, nyanser, tvetydighet og motsetninger som muntlig tale bærer preg av, gir forskeren utfordringer og fortolkningsmuligheter i transkriberingsarbeidet. Min målsetting med intervjuene var rettet mot å innhente individuelle opplevelser og personlige erfaringer, noe som bidro til ønsket om å "oversette" den muntlige dialogen så nøyaktig som mulig. Jeg valgte å inkludere egne spørsmål og ville i utgangspunktet ha med uttrykk som ikke var meningsbærende i seg selv, men formidlet en stemning, som usikkerhet og tvil, eller entusiasme og engasjement.

Underveis så jeg behovet for å bearbeide teksten med tanke på å gjøre den lesbar og mer fokusert på innhold, samtidig som jeg ønsket å ivareta følelsesuttrykk, intonasjon og pauser som verdifulle muntlige dimensjoner. Jeg unnlot å gjengi dialekt, og normaliserte individuelle talemåter og "slang" for å styrke informantenes anonymitet. Jeg forsøkte likevel å holde fast ved det individuelle i formidlingen. Jeg har gjennom studien, også i transkripsjonsarbeidet, hatt som en ledetråd at informantene ved publisering skulle føle seg beskyttet, men også representert på en gjenkjennelig og verdig måte.

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd, og siden lagt inn på data i et eget program som kommuniserte med mitt opptaksutstyr. Jeg lyttet til intervjuene gjentatte ganger, og mintes stemning og kroppsspråk. Det første intervjuet transkriberte jeg selv, de neste tre fikk jeg hjelp med, og det siste, som ble utført en god stund etter de andre, transkriberte jeg igjen selv. Hjelperen fikk beskjed om å skrive ned intervjuet ord for ord, slik de ble uttalt, og med tilhørende "effekter" som Mm, eh, ikke sant,...vet du, etc. Da jeg satt med utskrift av hjelperens tekst foran meg, og samtidig lyttet til intervjuene nok en gang, kunne jeg redigere dette i tråd med beslutninger jeg hadde tatt i forkant, først på papiret, så i dokumentet på datamaskinen. Dette var en tidkrevende prosess, men jeg fikk på denne måten også gjort det ferdigtranskriberte materialet til mitt eget.

Jeg var som mange uerfarne forskere har gitt uttrykk for overrasket over hvor mye tekstliggjøringen avvek fra den naturlige og meningsfulle samtalen jeg opplevde at intervjuene var. Som tekst kom informantens ofte reflekterte og velformulerte utsagn til uttrykk på en måte som ikke uten videre syntes logisk og sammenhengende. Kroppsspråk, stemmeleie og ordvalg som harmonerer og gir mening når man sitter ansikt til ansikt med et menneske, kan fortone seg helt annerledes på trykk.

Med beslutningen om å rydde ut kremting, gjentakelser, eh...`er og med mm...`er, opplevde jeg at teksten i større grad kunne yte informanten rettferdighet. Pauser midt i en setning, eller at informanten avbrøt seg selv, eventuelt med flere innskutte setninger, gjorde imidlertid teksten mer levende og interessant. Jeg valgte å beholde slike utsagn så nær opp til det opprinnelige som mulig, samtidig som jeg forsøkte å gjøre teksten mer leservennlig. Til tross for at jeg ikke hadde planer om å analysere materialet med fokus på språket, opplevde jeg likevel at måten meningsinnholdet ble formidlet på var viktig. Nøling, latter eller tegn på sårbarhet som kom til uttrykk, var elementer som utdypet og nyanserte meningsinnholdet, og som også ga informasjon om fortelleren. Nøling og avventing er markert med flere punkt på linje, mens det jeg har definert som pauser, enten i midten, i forkant eller i etterkant av en setning, er beskrevet i parentes som (pause) eller (lengre pause).

Jeg hadde god nytte av å notere mine refleksjoner umiddelbart etter intervjuene. Disse omhandlet konteksten, mitt spontane inntrykk av informantens tilstand og formidling, og tanker om min egen rolle og funksjon. Dette ga tilleggsinformasjon som til en viss grad trygget meg på at meningsinnholdet ble gjengitt så presist som mulig.

### **3.8.2 Person- og temasentrert analyse**

Et fenomenologisk basert vitenskapsteoretisk utgangspunkt og studiens hensikt og spørsmål, tilsier et fokus på mening. Jeg søker inn i informantenes livsverden og etterspør deres oppfatning av et bestemt sosialt fenomen; det å skulle fortelle og samtale om seg selv, sitt liv og sine vanskeligheter, i en behandlingskontekst.

Thagaard (2010) anbefaler en kombinasjon av personsentrerte og temasentrerte tilnærminger når det gjelder å hente meningsinnhold ut av en intervjutekst. Begge tilnærminger tar utgangspunkt i identifisering av meningsbærende enheter i materialet. Disse inndeles i ulike

kategorier basert på den tematikk de reflekterer. I en personsentrert analyse forstås de meningsbærende enheter i lys av teksten som helhet og med utgangspunkt i personen som forteller. Slik ivaretas dataenes kontekstuelle tilhørighet, noe som gir et bedre grunnlag for å forstå nyanser i hvordan informantene opplever det aktuelle (ibid s.148). De temabaserte tolkningene må også ses i lys av det tekstutsnitt de er hentet ut av, men kan analyseres uavhengig av personen. En temasentrert tilnærming er egnet til å sammenligne informasjon fra forskjellige informanter, og slik utdype og nyansere et tema.

Thagaard (2010) henviser til Silverman's retningslinjer for en slik kombinert analyse, og det er disse jeg har valgt å følge. I første del av analysen, kapittel fire og fem, vil jeg presentere funnene tematisk. I siste del, kapittel seks, vil jeg diskutere de ulike tema i relasjon til den enkelte informant, dette for å ivareta en helhetsforståelse av materialet. Her vil jeg også sette de enkelte funn i teoretisk perspektiv. Kommentarer og teoretiske drøftelser er forsøkt integrert i de tre kapitlene som utgjør analysedelen.

En tredje aktuell tilnærming var fortellingsanalysen, der mening skapes ved at livshendelser settes i en tidsmessig sammenheng (Thagaard, 2010). Ett av intervjuene kunne kanskje med fordel vært analysert med utgangspunkt i en slik tilnærming. Intervju nummer tre utviklet seg slik at teksten jeg til slutt satt med, var en kronologisk fortelling om et helt liv. Manglende forskererfaring og informantens fortellerglede bidro trolig til dette. Jeg har imidlertid fulgt samme strategi for tolkning og analyse i alle intervjuene.

### **3.8.3 Ethiske utfordringer i personsentrerte analyser**

Slik jeg selv opplevde intervjuene, og ikke minst etter gjentatt lesing og lytting, ble det tydelig for meg at de temaer som kom til syne i det transkriberte materialet var nær knyttet til den enkeltes bakgrunnshistorie, eller de kliniske narrativ som de hver for seg formidlet. Det kan synes som en selvfølge, men aktualiserer noen etiske implikasjoner, slik jeg var inne på tidligere; Hvordan fortelle om å fortelle, uten å fortelle for mye?

I informasjonsbrev og forespørsel til deltagerne blir det presisert at det vil bli vanskelig å snakke om samtale og fortelling, uten at også livs- og sykehistorie blir berørt. Det blir gitt eksempler på spørsmål som ber om bakgrunnsinformasjon, som åpningsspørsmålet i intervjuguiden: *Kan du si litt om bakgrunnen for at du går i psykomotorisk fysioterapi?*

Spørsmålet synes nødvendig for en helhetlig forståelse av informantens bidrag og gir et innblikk i den enkeltes kliniske fortelling. Spørsmålsstillingen er imidlertid utformet med tanke på at en her kan svare kort eller mer utdypende. Det er stor variasjon når det gjelder informantenes svar, men jeg fikk inntrykk av at spørsmålet ble oppfattet som relevant og naturlig. Hos informant A er bakgrunnsinformasjonen kortfattet og generell, mens den hos C er omfattende og detaljert. Informant E skildrer opplevelsen av å bli syk med rike og nyanserte beskrivelser, mens B formidler en smertefull historie, uten at konkrete hendelser blir omtalt. D svarer kort og presist på spørsmål om bakgrunn for behandlingen, men utdyper gjennom intervjuet ved å fortelle meg hvordan hun har vært vant til å tenke, og hvilke kroppslige og følelsesmessige reaksjoner det har avstedkommet for henne.

Jeg velger å tro at variasjonene i svar på dette spørsmålet både har med utviklingen av mine intervjuferdigheter, og med informantenes mer og mindre bevisste valg å gjøre. Imidlertid var det dette spørsmålet som først og fremst kunne utgjøre en risiko for at informantene fortalte mer enn de i ettertid ville være komfortable med, og dermed føle seg utnyttet eller krenket. Dette utfordrer to etiske usikkerhetsområder; spørsmålet om konfidensialitet og mulige skadelige eller uheldige konsekvenser for informanten. I et svar som skal inneholde grunner til et behandlingsbehov, vil livshendelser og biografiske fakta lett kunne bli inkludert og føre til gjenkjenning og brudd på anonymiteten. I denne studien er det, særlig i kapittel seks, en viss fare for at terapeuter som har informert en eller flere av sine pasienter om prosjektet, vil kunne kjenne igjen elementer i enkelte fortellinger og slik spore informanten. Dette er utvilsomt et dilemma, da informanten av den grunn kunne tenkes å holde tilbake mindre positive samtaleerfaringer. På den annen side er det like stor sjanse for at informanten har fortalt sin terapeut om intervjuet; hvordan det gikk og hva det ble snakket om, kanskje også med et ønske om å bli gjenkjent.

Utenfor behandlingsrelasjonen er det svært vanskelig å tenke seg at informanten skulle kunne bli identifisert, også i de tilfellene hvor informanten har delt personlige erfaringer og private hendelser. Jeg har utelukket konkret informasjon om tid og sted for hendelsene, og hvem som var involvert. Jeg har ikke formidlet informasjon om alder, sivilstand eller yrkesbakgrunn, men har ønsket å løfte fram og gi liv til den enkelte. Som Kvale og Brinkmann presiserer, er det viktig og ikke avsløre data som kan identifisere deltagerne, men samtidig la deres stemmer høres, slik at ikke forskeren ”uimotsagt” kan tolke informantenes utsagn (2009).



Et annet sentralt spørsmål i intervjuguiden ber informantene gi eksempel på en samtale de erfarte som særlig betydningsfull eller god. Også dette spørsmålet åpner for fortrolig og svært personlig informasjon, samtidig som det kan gi viktig kunnskap om samtaleerfaringer. Det er nærliggende å tenke at en virkelig betydningsfull samtale på en eller annen måte er knyttet til bakgrunnen for å søke hjelp, det vil si, den enkeltes kliniske fortelling.

Thagaard (2010) drøfter etiske dilemma knyttet til personsentrerte tilnærminger i analysen og henviser til Josselson (1996) som minner om den mulige konflikten som ligger i å gi informantene støttende og positiv respons i intervjusituasjonen, og siden tolke og anvende informasjonen til faglige formål. Selv om informantene skulle kjenne seg selv igjen i teksten og være tilfreds med det, betyr ikke det at de vil kjenne seg igjen i, eller være komfortable med min fortolkning av deres historie og problematikk. Mulighetene for at informanter føler seg fremmedgjort og feiltolket i en tekst preget av forskerens faglige utgangspunkt er med andre ord tilstede. Et annet aspekt i tråd med dette, er at god kontakt mellom forsker og informant i noen tilfeller kan forlede informanten til større åpenhet enn det hun i utgangspunktet ønsket, slik jeg var inne på.

Kvale (2009) hevder at etisk ansvarlighet i en slik sammenheng betyr å tydeliggjøre skille mellom intervjuerens teoretiske ståsted, og informantens selvforståelse. I tråd med dette har jeg valgt å gi informantenes utsagn relativt stor plass i analysen. Jeg ønsker at deres stemmer skal komme tydelig til uttrykk i teksten, og en utstrakt bruk av sitater preger analysekapitlene. Utsagnene står for seg selv i sin naturlige form og er tilgjengelige for alternative tolkninger for den som leser. Utsagnene er skrevet i kursiv (også der enkelte ord er flettet inn i mine kommentarer) og knyttet til informantene med bokstavene A, B, C, D, E.

#### **3.8.4 Fortolkningskontekst**

Aktuelt i sammenheng med å tydeliggjøre hvem som uttaler seg, er Kvale og Brinkmanns beskrivelser av ulike fortolkningskontekster, og det de beskriver som valideringsfellesskap (2009). På første fortolkningsnivå handler det om i størst mulig grad å formidle informantens egen forståelse av meningsinnholdet i sitt utsagn. Dette omformuleres i en fortettet form og vil ha gyldighet først og fremst for informanten selv. På neste nivå vil utsagnet fortolkes med utgangspunkt i en mer allmenn oppfatning av meningsinnholdet. Det kan tolkes kritisk og løsrives noe fra informantens selvforståelse. Fortolkningen antas å være gyldig i et større

fellesskap, og reflektere det folk flest ville forstå med utsagnet, eller også ”sunn fornuft” (ibid). På siste nivå løftes utsagnet over i en teoretisk ramme og fortolkes med utgangspunkt i fagforståelse eller teori. En slik fortolkning vil kunne gå utover både egenforståelse og den mer allmenne oppfatningen av utsagnet, og gjøres gyldig i kraft av teoretiske vurderinger i et forskerfellesskap.

Ulike fortolkningskontekster gir ulike tolkninger skriver forfatterne, men fortolkningskontekster kan også gli over i hverandre. I mitt analysearbeid har jeg beveget meg mellom disse nivåene, fra erfaringsnære, fortattede formuleringer, til mer faglig og teoretisk funderte tolkninger som utvider og rekontekstualiserer utsagnene. I kapitlene fire og fem presenteres funn tematisk, i form av sitater og mine egne kommentarer til disse. Siktemålet er å ivareta informantenes selvforståelse, og samtidig synliggjøre egen faglig inspirert tolkning. Sunn fornuft vil forhåpentligvis også være en del av ens fagforståelse.

I kapittel seks, som utgjør siste del av analysen, knytter jeg, som jeg var inne på, de ulike tema til individuelle kliniske narrativ. Her vil jeg i større grad enn i de to foregående kapitlene tolke funn i lys av fagforståelse, forskning og teori. Kapittel seks preges slik av et fortolkningsnivå mer distansert fra informantenes selvforståelse.

### **3.8.5 Systematisering av materialet**

På side 48 er det gitt et eksempel på hvordan jeg startet kategoriseringen av en intervjuetekst, med tanke på å trekke ut viktige analytiske enheter. Som Thagaard (2010) foreslår, har jeg tatt utgangspunkt i det eller de tema som ligger til grunn for problemstilling og forskerspørsmål. Det viste seg å være en vei å gå. Begrepet ”samtaleerfaringer” representerer både oppgavens og analysens hovedtema og ble en naturlig inngang til det analytiske arbeidet. Analytiske enheter som gjenspeilet samtaleerfaringer ble markert og vises her i tekst på venstre side. Utsagnene følger hverandre i intervjueteksten og står i sin opprinnelige form. Jeg har valgt å inkludere utsagnet som sier noe om bakgrunnen for behandlingen, og dermed samtalsens naturlige utgangspunkt. Jeg har også tatt med mine egne spørsmål for sammenhengens skyld. Underkategoriene i høyre spalte viser til utsagnenes innhold og er gitt en nøktern og fortattet formulering. Disse sier noe om hva tekstutsnittet handler om, den analytiske enhetens ”hva”, og utgjør en første strukturering av intervjuet. Eksempelet viser at samtalsens innhold dreide seg om å fortelle hva som plaget informanten, og opplevelser hun

hadde hatt. Dette handlet om de første samtale med terapeuten, og i den fasen av behandlingen kom det mange tårer, det var sårt og vondt å snakke om de opplevelsene. Men den følelsesmessige opplevelsen rommet mer enn det; det var krevende og samtidig en lettelse. I tillegg sier informanten noe om opplevelse av kontinuitet og å bli sett. Mens hun snakker til meg, erkjenner hun hvor mye sterkere hun har blitt. På et oppfølgende spørsmål konkretiserer hun hva det innebærer å bli sterkere, og ser det - noe spørrende - i relasjon til sin egen historie. Samtalene, og behandlingen for øvrig, har gjort noe med henne, de har hatt betydning for hvordan hun ser på seg selv og sin historie nå.

Eksempelet viser til en innledende fase av fortolkning og gjenspeiler erfaringsnære forhold. Det viser også til den innledende fasen av behandlingen, og starten på intervjuet. Slik er det egnet som introduksjon til analysen også, da utsagnene peker på sentrale tema for videre differensiering og utdypning.

## Samtaleerfaringer, en begynnende kategorisering:

Analytiske enheter	Kategori
<p>Det var fastlegen som sendte meg til psykomotorisk første gang. Det var mest for å bearbeide og sette ord på problemene jeg hadde. Jeg har vel alltid gått rundt og tenkt at det var min feil.</p>	<p>Samtalens utgangspunkt</p>
<p>K: Hva handlet den første samtalen om?</p>	
<p>.. det var å fortelle om ... hva som plaget meg og sånn, og opplevelser jeg hadde hatt. Og da var det veldig mange tårer som kom, da.</p>	<p>Samtalens innhold</p>
<p>K: hvordan det var å skulle fortelle om vonde opplevelser?</p>	
<p>Veldig krevende. Jeg var veldig sliten etterpå, men det var samtidig en lettelse. Veldig lettelse. Og det var særlig det at når det kom til neste besøk så kunne hun lese meg og så hvordan jeg nå hadde det, og husket hva jeg hadde gått igjennom forrige gang. Det er rart å oppleve hvor mye sterke jeg har blitt.</p>	<p><b>Den følelsesmessige opplevelsen</b></p>
<p>K: Kan du utdype det? Å bli sterkere?</p> <p>Ikke hele tiden tvile på seg selv og ikke hele tiden (finner ikke ord) ... tro at det er andre som alltid har det rette... Men det har vel kanskje spesielt med det jeg har opplevd tidligere?</p>	<p><b>Samtalens funksjon (effekt, konsekvens?)</b></p>

I fortolkning av utsagnenes meningsinnhold gjør to ulike aspekter av samtaleerfaringer seg gjeldende; den følelsesmessige opplevelsen og samtalens funksjon i mer kognitiv forstand. Det kan synes som et kunstig skille, men har vist seg hensiktsmessig som en slags første sortering av utsagn. Med samtalens funksjon mener jeg først og fremst hvordan informanten selv forstår hva samtalen gjør, hva den setter i gang og hvilke konsekvenser den får.

Jeg tror imidlertid at den følelsesmessige opplevelsen av samtalen er avgjørende for hva som kommer ut av den, og at det som kommer ut av den vil påvirke forventning, motivasjon og tro på hva kommende samtaler kan gi. Dermed står disse aspektene av samtaleerfaringer i et dialektisk forhold til hverandre. Gjennom arbeidet med analysen blir denne vekselvirkningen mellom innhold, opplevelse og funksjon tydelig. Det å holde dem fra hverandre er først og fremst en måte å strukturere materialet på.

Med henvisning til den skjematiske oversikten over, og toneangivende utsagn i materialet, har jeg derfor valgt å la disse to kategoriene av samtaleerfaringer være overordnet; opplevelsesaspektet og den funksjonen informantene opplever at samtalen har.

Samtalens innhold er uløselig knyttet til både opplevelse og funksjon, og vil integreres i begge, mer enn å fremstå som egen kategori i analysen. Samtalens utgangspunkt behandles heller ikke som selvstendig kategori i de to påfølgende analysekapitlene, men bringes opp igjen i kapittel seks, der jeg tar utgangspunkt i spørsmålet om bakgrunnen for å gå i psykomotorisk behandling. Dette spørsmålet er gjerne starten på samtalen og innleder selve den kliniske fortellingen.

Et tema som kunne vært underordnet begge hovedkategorier, er ”trekk ved samtalen”. Jeg har imidlertid valgt å presentere utsagn som peker på karakteristiske trekk ved samtalen under overskriften ”Samtalens utholdelige letthet” i neste kapittel, noe som henspiller direkte på informantenes følelsesmessige opplevelse.

Tema og funn som i større grad viser til samtalens funksjon vil bli presentert under tittelen: ”Å bli sett er å bli synlig for seg selv” i kapittel fem.

## 4 Samtalens utholdelige letthet

Med utgangspunkt i den analysestrategi jeg har gjort rede for i metodekapitlet, vil jeg i de to kapitlene som følger presentere de funn analysen har frembrakt. Som den første av to hovedkategorier av samtaleerfaringer, vil funnene i dette kapitlet først og fremst reflektere informantenes følelsesmessige opplevelse av samtalen. Funn fremkommer som direkte sitater og egne fortolkende beskrivelser, kommentert og i noen tilfeller knyttet til teori.

Overskriftene representerer de tema jeg har trukket ut av det samlede materialet. En sammenfatning av funn gjengis i slutten av kapitlet.

Fortolkningen av utsagnene i dette kapitlet er relatert til temaer som behandlingsklima og karakteristiske trekk ved samtalen. Opplevelser av atmosfæren i behandlingsrommet og oppfatninger om terapeutens står sentralt. I den terapeutiske relasjonen inngår også måten man blir møtt på og snakket til som pasient. Slik informantene formidler sine erfaringer, kommer også noen særtrekk ved samtalen til syne; samtalen oppleves annerledes i det psykomotoriske rommet enn i andre behandlingssammenhenger.

En del av de funn som presenteres i dette og neste kapittel griper over i hverandre, og gjør det vanskelig å isolere dem fullstendig, slik jeg var inne på. I samsvar med en forståelse som innebærer at vår bevissthet alltid har både en emosjonell og en kognitiv side, vil enhver tanke være ledsaget av en følelse, og enhver følelse vil avstedkomme tanker, forståelse og mening (Sletvold, 2005). Dette reflekteres også i presentasjonen.

Det er aktuelt igjen å henvise til Matthis når hun snakker om forholdet mellom betydning og mening (2007). Betydningen av en gitt situasjon kan være konstant, mens assosiasjoner og følelser knyttet til den vil variere. Betydningen av å fortelle sin historie til en terapeut ved første møte ligger i å formidle subjektive og biografiske data og registrere de medisinske fakta som foreligger. Som situasjon vil denne antageligvis ligne andre førstegangsmøter med hjelpeapparatet. Opplevelsen av å fortelle er noe annet, og vil i større grad være preget av forståelse og den mening pasienten legger i situasjonen, som igjen er påvirket av hvilke følelser den assosieres med. Dermed kan det være store variasjoner i hvordan pasienter opplever, innholdsmessig, nokså like kliniske møter. Med utgangspunkt i gjenstanden for denne undersøkelsen; fortelling og samtale som helsebringende tiltak, synes det rimelig å

starte med det følelsesmessige aspektet. Det er grunn til å tro at en positiv totalopplevelse av samtalen vil være en forutsetning for at den skal kunne ha helsebringende virkning. Når jeg i neste kapittel vil presentere funn som forteller noe om samtalen funksjon, utdypes meningsaspektet. Erfaringene her omhandler i større grad hva slags effekt samtalen får, det vil si hva samtalen gjør for den enkelte.

## 4.1 Her og nå, og om å bli møtt som den man er

Hovedtittelen på dette kapitlet (4) er begrunnet i min tolkning av informantenes mer og mindre eksplisitte uttrykk for samtalen enkle og uanstrengte form. Sitatet under kan tjene som innramming for det jeg vil beskrive som et generelt funn når det gjelder samtalen karakter.

*.... og så har vi løst opp i problemer uten å gå sånn - hvordan skal jeg si det, ”plagsomt nøye til verks”, hvis du skjønner hva jeg mener?*

Utsagnet formidler en erfaring alle informantene tilkjenner. Den naturlige, ”ikke - analyserende” samtalen, som motsetning til det *å grave og borre i fortiden*, kommer til uttrykk på forskjellige vis, og gjenspeiler samtalen ”her og nå”- karakter. Samtalen tar utgangspunkt i det som skjer under behandling, eller det man bringer med seg til timen. Om det handler om noe som skjedde i forrige uke, en reaksjon på siste behandling, eller et smertefullt minne, er fokuset de tanker og følelser fortellingen ledsages av; opplevelsen der og da, men særlig refleksjonen over det her og nå. I den forbindelse nevner flere av informantene viktigheten av at terapeuten noterer fra time til time. Det gir en opplevelse av kontinuitet, som overskrider det nåtidige og dagsaktuelle. Samtidig gjøres pasientens bidrag gyldig og relevant.

Når samtalen tar utgangspunkt i det som opptar den enkeltes bevissthet i øyeblikket, kan det også tolkes som uttrykk for at samtalen foregår på pasientens vilkår, noe alle informantene bekrefter. Det er ikke terapeuten som legger premisser for samtalen, det er pasienten selv som holder i fortellingens tidvis skjøre tråd. Terapeuten har en veiledende funksjon og er behjelpelig med å finne tråden igjen eller nøste opp når det stopper opp. Med spørsmål og kommentarer, eller ved å dele erfaring og kunnskap, vil terapeuten være med på å forsterke

tråden, og binde løse ender sammen. Slik kan også fortellinger om det uutholdelige bli til å holde ut.

I forlengelsen av dette formidler flere av informantene at samtalen bærer preg av refleksjon, der de ulike tema kan åpnes opp og utforskes, men også lukkes igjen. Fortellinger og utsagn står for seg selv, uten symbolisering av psykologisk karakter. Flere av informantene har erfaringer fra ulike former for samtaleterapi og gir uttrykk for at kombinasjonen og vekslingen mellom samtale og kroppsbehandling bidrar til å forankre samtalen til det som skjer i øyeblikket. Slik blir man ikke sittende fast i *gammelt gruff*. En av informantene har erfart at samtalene med psykologen i mye større grad konfronterer, og er mindre preget av omsorg.

Som Ekerholt og Bergland (2004) har vist i sin studie, og som jeg selv opplever i praksis, kan pasienter være skeptiske til forstavelen ”psyko” i navnet psykomotorisk fysioterapi. Flere undersøkelser peker på at pasienter kan føle seg misforstått og ydmyket når plagene relateres til psykologiske forhold (Werner 2005, Malterud 2010). Forfatterne viser at kvinner med kroniske smerter legger ned et hardt arbeid for at deres plager ikke skal bli tilskrevet psykologiske faktorer (Werner, Isaksen og Malterud, 2004). Derimot er kvinnene positive til årsaksforklaringer som tar utgangspunkt i sammenhenger mellom kroppslige og mentale prosesser, og livsbetingelser (Malterud, 2010).

Et annet aspekt ved dette mener jeg kommer til uttrykk ved at informantene formidler en opplevelse av å bli sett på som mennesker; *hun så ikke på meg som pasient egentlig* uttaler en av informantene. Uten at alle informantene er like tydelige, formidler de likevel en opplevelse av å bli møtt som de menneskene de er, og ikke som sykdomskasus. Sykeliggjøring, eller ennå verre, ”psykeliggjøring” i medisinske møter, vil, som Malterud og Werner hevder, virke negativt på tilfriskning, i form av manglende tro på egne ressurser, redusert mestringsfølelse og avmakt (ibid).

## 4.2 Spillerom

D: *Jeg kan fortelle om en liten hendelse og så kan vi utdype det. Ikke noe er for lite eller for dumt. Det er litt provoserende at det skal være så bra, for sånn burde det jo vært utenfor*



*terapirommet også. Folk burde være flinkere til å gi hverandre det spillerommet, men det er veldig bra at det går an der.*

*A: ...for noen ganger tenker man, gud skal jeg tørre å si det...? Andre synes kanskje det er veldig dumt ..., men som hun har sagt: "ingenting er dumt", "du kan si hva du vil. Bare det gir jo en veldig trygghet og støtte.*

*B: Jeg følte at jeg ikke behøvde å sette bånd på meg og hva jeg fortalte.*

Tre utsagn fra tre informanter sier her noe om samtalens innhold og karakter. Det synes ikke å være regler for hva det kan snakkes om, man behøver ikke holde noe tilbake, dersom man ikke ønsker det. D snakker om å få spillerom, som en form for raushet, tolker jeg det, det er tid, og man har litt å gå på. Opplevelsen av å ha tid gir både ro og rom.

Et velkjent fenomen på legekantoret og også i fysioterapisammenheng er pasienters tendens til å fortelle eller stille spørsmål, så å si på vei ut av rommet. Det viser seg ofte å være fortrolig informasjon eller følsomme spørsmål som kommer opp på denne måten, på tampen av timen. Likevel må pasienten mest sannsynlig ha tenkt at det ikke riktig har vært rom for å ta det opp tidligere. En kan spørre seg hva det handler om.

En kollega i helsevesenet fortalte trist om et av sine sjeldne besøk hos fastlegen. Han fikk på venterommet tildelt et informasjonsskriv om nye rutiner ved legesenteret, der det ble presisert at det på grunn av stor pågang kun var anledning til å bringe opp én problemstilling pr. konsultasjon. Muligheten for at en problemstilling hadde sammenheng med en annen ble ikke anerkjent slik han opplevde det.

Hvis det er romslighet, både tidsmessig og i forhold til hva som anses som relevant å bringe opp, er det anledning til å finne ut av ting; hva som henger sammen med hva, og hva det betyr. Der det er spillerom kan det åpnes opp for flere muligheter og ulike tolkninger, det er plass til flertydighet, motsetninger og ambivalens.

Som Frich påpeker, er det nettopp slik et sykdomsnarrativ, og livet selv, ofte fortøner seg (2005, 2010). Kompleksiteten i pasienters beskrivelser kan by på utfordringer når det gjelder å fortolke, og finne fram til fortellingens plot, slik det vist tidligere. Terapeutens åpenhet og

vilje til å ta i mot og respondere på mangfoldet i pasienters beretninger kommer til uttrykk i utsagnet under, D sier:

*På en måte kan vi ta utgangspunkt i nesten hva som helst som har skjedd på de to ukene siden jeg var der sist. Da vil alt være brukbart i forhold til å bygge videre på følelser, grensesetting og pusting. For hvis jeg ikke tenker på å puste, så puster jeg ikke, så jeg må tenke på det. (Ler litt).*

Slik jeg forstår henne kan hverdagsfortellinger med svært ulikt innhold, brukes til å forstå eller belyse aktuelle forhold i behandlingskonteksten. D jobber med følelser, grenser og pust. Det hun selv bringer opp i samtalen er neppe tilfeldig, men kan variere fra time til time, og kanskje innenfor timen også. Fordi det dreier seg om noe erfart, som er levende i bevisstheten der og da og kan utforskes i øyeblikket, vil det uansett være anvendelig i forhold til det de arbeider med i behandlingen. Samtidig vil innholdet i samtalen kunne føres tilbake til den kliniske fortellingen, og de mål man har satt for behandlingen. Samtalen har med andre ord et pragmatisk trekk, slik også sitatet under bekrefter. Det som kommer ut av samtale har overføringsverdi, det kan nyttiggjøres ved senere anledninger og bringe fortellingen inn i nye spor, eller en annen retning.

*D: Vi kan snakke om ting som gjelder følelser på en sånn måte at jeg kan ta det med meg til de situasjonene når jeg møter dem igjen.*

### **4.3 Tilbake til kroppen**

*D: Underveis har jeg opplevd at hun vil vite om jeg registrerer følelser, men jeg tror ikke jeg skjønnte det helt i begynnelsen. I begynnelsen så ville hun nok også ha mer av historien om mitt liv.*

*D: Jeg føler jeg kan forstå meg selv i hjel, men allikevel ha den følelsen av at ting er uvirkelig. Jeg vil fortsatt være like hjelpeløs når jeg kanskje burde vært sint, men med én gang skynder meg å ikke være sint, og de tingene der...*

*D: Fokuset blir flyttet fra analytisk grubling til mer type: "Var du redd eller var du sint?" Så fokuset blir flyttet til følelser og kroppen.*

Slik jeg forstår D i disse tre utsagnene, handler det om at innholdet i samtalene forankres i den emosjonelle kroppslige opplevelsen hun har når hun forteller om ulike hendelser. Spørsmålene fra terapeuten går på om hun registrerer følelser og hva hun kjenner i kroppen. Terapeuten ønsker at D skal komme i kontakt med, og kunne skille mellom ulike følelser. I det ligger en kropps- og kunnskapsforståelse som innebærer at den informasjonen vi får fra kroppen er til å stole på, og bør være retningsgivende for våre handlinger. Hvis du kjenner deg sint, så er du sint, og kanskje skal du la det komme til uttrykk.

Terapeuten vet nok at det ikke er fullt så enkelt i det virkelige livet, men vil at D skal stoppe opp og kjenne etter, og ikke skynde seg å ikke bli sint, som hun ofte gjør. Å skynde seg og ikke bli sint, ville være å gå på tvers av det hun kjenner i kroppen. Med referanse til von der Fehr, vil det bety at kroppens biologiske bevissthet vil være i uoverensstemmelse med sin egen atferd (2010). Hvis D ikke skynder seg og ikke bli sint, vil hun kanskje oppdage at det er flere følelser til stede på samme tid, og kunne gi uttrykk for dem på måter som samsvarer mer med hennes kropps biologiske orientering.

Å få aksept for følelsesmessige motsetninger og ambivalens fra den andre, er et annet aspekt ved dette utsagnet, og bekreftende i seg selv. Det gir mot til å stole på at det en kjenner er legitimt og gyldig.

D har flere ganger analysert hendelser og egne reaksjoner på et rasjonelt plan, og nesten forstått seg selv i hjel, men med en følelse av uvirkelighet. Uvirkelighetsfølelse kan være en opplevelse av manglende kontakt med den virkeligheten en befinner seg i, eller også en følelse av fremmedhet i forhold til egen kropp (Berge og Repål, 2006). Mange pasienter med angst og uro beskriver denne opplevelsen av å ikke høre til eller være i kontakt med den virkeligheten de observerer rundt seg. Da kan oppmerksomhet mot fotsålenes kontakt med underlaget være en hjelp, eller en intensjonelt rettet bevegelse, som å gripe et glass vann, løfte det til munnen og drikke. Slik kan en vende tilbake til seg selv, i det at en som kropp og bevissthet agerer i forhold til noe fysisk og konkret utenfor seg.

Slik jeg forstår D snakker hun om en avstand til egen kropp, *alt er så "hodete"* sier hun. Slik Engelsrud fremstiller det (1997), med referanse til Merleau-Ponty, kan fremmedgjøring fra kroppens signaler og behov være dypt innvevd i livspraksiser. De kan fungere som selvbevarelsesstrategier (s.19). Det kan være flere og forskjellige grunner til at slike strategier

utvikles, og en kan tenke seg at dissosiering fra egen kropp kan skje på ulike bevissthetsnivåer; som prerefleksiv overlevelserepons i en traumatisk situasjon, og som en bevisst og villet distansering fra en kropp eller en følelse en ikke ønsker å vedkjenne seg.

Uvirkelighetsfølelse og manglende kroppskontakt gjør en imidlertid hjelpeløs som aktør i egen virkelighet. Kontakt med, og evne til å identifisere og differensiere følelser, er nødvendige ferdigheter i det å opprettholde vår eksistens som biologiske organismer. Vi trenger både frykt og aggresjon i møte med reelle farer, eller andre forhold som truer vår velferd.

For D er det en hjelp å flytte fokuset fra tanker som kverner rundt den aktuelle hendelsen til den kroppslige opplevelsen av den, slik styrkes kontakten med egen kropp. Samtalene med terapeuten er trening i å identifisere følelser og øvelse i å lytte til og rådføre seg med sitt kroppslige jeg. I kapittel seks gjenforteller D en historie som skildrer opplevelsen av hjelpeløshet i en følelsesmessig vanskelig situasjon. Samtalene rundt denne fortellingen viste seg å bli viktige i arbeidet med å registrere, erkjenne og anerkjenne følelser.

## **4.4 Det trygge rommet**

Et narrativ innebærer alltid en relasjon hevder Frich (2003); noen forteller noe til noen. Lytteren er i denne sammenhengen fysioterapeuten. Et entydig funn i materialet er informantenes positive erfaringer med sine behandlere og det klimaet de skaper i behandlingsrommet. Det synes avgjørende for opplevelsen av samtalen.

I en oversiktsstudie, henvist til i Øien, Steihaug, Iversen og Råheim (2011), viser det seg at fysioterapeuter setter et godt behandlingsresultat primært i sammenheng med en god behandlingsrelasjon. De framhever betydningen av denne sammen med pasientens egne ressurser. For at nødvendig tillit skal etableres viser Ekerholt og Bergland (2004) i sin studie at uttrykk for faglig trygghet og kompetanse, profesjonalitet i utøvelsen av faget, og medmenneskelige egenskaper, er avgjørende kvalifikasjoner hos terapeuten. Dette innebærer ikke nødvendigvis narrativ kompetanse, slik jeg ser det, men noe fundamentalt som ligger som forutsetning for en god behandlingsrelasjon. Den narrative kompetansen gjør imidlertid terapeuten i stand til å få tak i det plot som måtte ligge skjult i sykdomsnarrativet. En

forståelse av plottet kan kanskje sies å være en forutsetning når det gjelder å legge til rette for ”healing dramas”, et begrep jeg kommer tilbake til i kapittel seks (Mattingly i Frich, 2010)

Et tydelig funn i deres studie var at grunnlaget for en god behandlingsrelasjon ble etablert allerede ved første møte med terapeuten, noe som samsvarer med funn i denne studien. For en av informantene står det første møtet som noe helt spesielt, som hun beveget vendte tilbake til flere ganger under intervjuet. For to av de andre synes også den positive relasjonen til terapeuten å være etablert allerede ved første møte, mens de andre to trengte noe tid på å føle at alt stemte. Det synes likevel som om en viss tilbakeholdenhet fra deres side handlet mer om usikkerhet på om hvorvidt behandlingsmetoden var et riktig valg. Det første møtet er uansett avgjørende i forhold til motivasjon for å gå videre, og komme til time nummer to.

I denne studien er det et metodisk dilemma at terapeutene rekrutterte informanter blant egne pasienter. Dette vil bli brakt opp igjen i kapittel syv, her er det viktig å understreke at informantene ikke ble spurt om hvordan de opplever sin behandler, utsagnene nedenfor har kommet fram som svar på andre spørsmål. Det kan være svar på spørsmål om hvordan det er å fortelle om såre minner eller vanskelige forhold i livet. Det kan også være spørsmål om hva som er viktig i dialogen; hva som skal til for at en åpner seg, eller hva trygghet i behandlingsrommet innebærer. Her er noen utsagn fra to informanter:

*B: Hun var liksom så lett å prate med, det gikk så automatisk. Hun så hva jeg hadde behov for der og da. Hun lagde trygge rammer.*

*E: Jeg har tillit til at hun er dyktig i faget sitt, og at det er både varme, lunhet og humor, da føler jeg meg ivaretatt og trygg. Jeg føler at jeg er omgitt av omsorg, da er det lett å åpne seg og få ting fram.*

*B: Jeg tror det må gå veldig på at jeg følte en sånn trygghet med henne. Jeg følte at jeg kunne si tingene sånn som de var og at de ble tolket riktig. Det var svært få ganger hun ikke oppfattet akkurat hva jeg mente.*

Informantene snakker her om både terapeut og atmosfære. E forutsetter og har tillit til at terapeuten er faglig dyktig, men vektlegger også terapeutens evne til å vise omsorg og skape

en varm og trygg atmosfære. Da føler hun seg ivaretatt, og da er det lett å åpne seg og fortelle. For E er humor et element i en slik atmosfære:

*Det jeg trenger er en som har litt sånn snert, på en måte... Litt humor, og at det ikke blir bare sånn veldig ordentlig, eller det skal være ordentlig, men etter hvert skjønnte jeg at hun hadde mer å by på enn jeg først så for meg. Jeg så etter hvert at hun hadde glimt i øyet, og at hun kunne ta meg litt sånn.... at hun kunne ta meg på ting. Hun kunne få meg til å se meg selv i et litt spøkefullt lys, da ble det ikke så alvorstemt... at ikke det bare skulle være alvor, for jeg gråt jo så mye, så det var så fint at jeg noen ganger kunne le av meg selv, og ikke bare... altså le litt innimellom gråten.*

B vektlegger trygge rammer og terapeutens evne til å fange opp hva hun trenger og hva hun mener. De trygge rammene handler om forhold i det fysiske rommet; lys og temperatur, at det er rolig i og utenfor rommet, og at man ikke behøver å være redd for at det er lydt. På et oppfølgingsspørsmål beskriver hun også hvordan terapeuten ber henne registrere kontakten med underlaget; hvordan stolrygg og sete kan ta imot kroppens tyngde og hvordan føttene hviler mot gulvet. Dette opplever hun som en fysisk, trygg forankring. I trygge rammer går praten av seg selv, hun behøver ikke forklare, forsvare eller argumentere, terapeuten skjønner hva hun mener, forstår henne rett. I tillegg ser terapeuten hva hun trenger der og da; en pute i ryggen, et glass vann, en gløtt på vinduet.

Slik jeg oppfatter dette er det beskrivelser av alminnelig medmenneskelig omsorg, klinikerens erfarne blikk og empatiske evne. Ikke minst handler det om narrativ kompetanse. Slik Charon (2001) selv beskriver det, innebærer det evne til å anerkjenne, tolke og respondere på andres historier, og i egen oversettelse; respondere på den andres, eventuelt sørgelige, forfatning (plight).

Både B og E opplever seg ivaretatt på en spesiell måte, noe jeg mener reflekterer terapeutens evne til å tilpasse og individualisere sin tilnærming til pasientene. B's terapeut registrerte og responderte på B's behov for trygge rammer, kanskje et behov for ekstra trygge rammer. E's terapeut må ha fanget opp E's behov for å avreagere, og innimellom frigjøre seg fra alvoret i situasjonen. Samtidig synes det som terapeutens glimt i øyet og evne til å registrere sider ved E, gir E en følelse av å bli sett på en god måte, inkluderende og trygt.

Når jeg leser E`s utsagn får jeg en følelse av at en humoristisk tilnærming til livet er naturlig for denne terapeuten. Hun er seg selv og gir av seg selv, er min assosiasjon til E`s beskrivelse. Kanskje pasient og terapeut deler noen personlige egenskaper. At terapeuten gir av seg selv, er et viktig poeng for flere av informantene. Noen har opplevd psykologisk behandling der terapeuten har vært svært taus, og lite følelsesmessig engasjert i pasientens fortelling. Det bringer tankene hen på en lite deltagende, og i større grad observerende hjelper. Jeg kan forestille meg at det kan gi en opplevelse av å være alene og på utsiden.

Dialogen og gjensidigheten i behandlingsrelasjonen innebærer at det til enhver tid er to erfarende subjekter til stede i en behandlingssituasjon. Som Charon (2011) uttrykker det, møtes to livsverdener i behandlingsrommet, i en felles refleksjon over sykdomstilstanden. Slik skapes en syntese av to ulike kunnskapskilder, inkludert en overlapping av to erfaringsverdener. På en slik bakgrunn kan ny erkjennelse oppstå og ny kunnskap integreres.

Terapeutens engasjement og vilje til å dele egne tanker og følelser verdsettes i denne sammenhengen. Det negative motstykke til positiv intersubjektivitet mener jeg utspiller seg når fysioterapeuten forteller om gårsdagens treningsøkt eller neste skitur i marka, mens hun eller han fraværende behandler pasienten. Da er ikke lenger samtalen forankret i hva pasienten kjenner i kroppen, her og nå. I slike situasjoner er ikke lenger pasienten hovedrolleinnehaver i sin egen pågående fortelling.

I en felles refleksjon over sykdomsnarrativet er man likeverdige individer, med forskjellig, men like viktig kompetanse; kunnskap om den universelle kroppen, som terapeuten besitter, og erfaringen med den individuelle kroppen, som bare pasienten besitter (Matthis, 2007). Informant C peker på denne gjensidigheten i kunnskapsutvikling. Terapeuten har gitt uttrykk for at også hun utvider sin erkjennelse gjennom samtalene med C; *Hun sier hun lærer av meg også.*

Charon er opptatt av hvordan det å gi og motta selv-narrativ faktisk foregår og bruker cellemembranen som metafor (2012). Hun snakker om pasientens fortellinger som selve virkestoffet i samtalens potensial i tilfriskning. Fortellinger er ”transmittorsubstanser” som aktiverer terapeutens ”reseptorer” eller mottagerapparat. Påvirkningen på ”membrannivå” fører til endringer i cellekjernen, det vil si i terapeutens indre, slik at kunnskap, minner, følelser og skjønn aktiveres og tas i bruk på nye og tilpassede måter. Samtidig setter

fortellingen, og mottagerens reaksjon på den, avsenderens eget indre i spill. Fortellingen skaper endring hos begge parter. Ordbruken i C `s neste utsagn kan bekrefte metaforens gyldighet: *Hun kjenner meg bedre enn noen annen. Jeg har en veldig åpen dialog med henne, hun er veldig mottagelig for meg.*

## **4.5 Kulturforskjeller og frykten for å bli avvist**

Psykiateren Tom Andersen (1936 - 2007) samarbeidet i flere år med sentrale skikkelser i det norske psykomotoriske miljøet. Han observerte behandlingssituasjoner og deltok i diskusjoner og refleksjoner over praksis, i team med utøvende terapeuter. Han har sagt dette om atmosfære, både som generelt fenomen og i behandlingsrommet: ”Det vanlige er jo å tenke seg at det (pasienten sier) presser seg på innenfra. Kanskje det hele har mer å gjøre med den atmosfæren en til stadighet lever i. En bestemt atmosfære gir mulighet til å være i verden på en bestemt måte, slik at det som ikke uttrykkes i en annen atmosfære, kommer fram av seg selv” (Iansen, red. 1997, s. 23).

I behandlingsrommet gjør en spesiell atmosfære seg gjeldende, den åpner for noe, mens noe annet forblir lukket, fordi det er uaktuelt, eller fordi atmosfæren ikke tillater eller innbyr til det. En av informantene er kanskje inne på dette når hun snakker om ”kulturforskjeller.” På spørsmål om hun noen ganger har følt samtalen vanskelig eller negativ, svarer hun:

*D: På veldig få punkter. Det er nok noen ting jeg tenker at blir for store kulturelle forskjeller til at jeg kan si ting helt fritt. Noen ting tenker jeg at jeg har forklaringer på, som terapeuten min ikke helt kan forstå. Forskjellig praktiske ting for eksempel. Så lenge jeg tenker at det ikke er nyttig for min behandling, så dropper jeg en del temaer.*

Slik jeg tolker Tom Andersen og dette utsagnet, er det en slags indre logikk i det som gjør at noe blir et tema for samtale, og andre tema ikke. For informanten er det naturlig og greit at hun og terapeuten ikke har en felles forståelse av alle ting, eller ser forskjellig på praktiske forhold. Hun har et pragmatisk syn på dette; så lenge det ikke får direkte konsekvenser for behandlingen, er det uproblematisk og la enkelte temaer ligge. Det er interessant å merke seg en slik bevissthet på ”du og jeg” i behandlingsrelasjonen; ”Du behøver ikke å tenke som meg, eller se ting på samme måte som meg, for å kunne hjelpe meg.” ”Jeg behøver ikke dele alt med deg, for at du skal se meg, eller forstå.”



Utsagnet over er det eneste i materialet som eksplisitt lar oss forstå at det finnes begrensninger i forhold til det å kunne snakke helt fritt. Ikke nødvendigvis fordi temaet er irrelevant, men fordi informanten har vanskelig for å tro at terapeuten ville kunne forstå betydningen av det. Hvordan informanten har kommet fram til en slik antagelse vites ikke. Det kan handle om erfaring fra andre samtaler de har hatt, der det aktuelle har kommet indirekte på bane, eller en form for fornemmelse eller fordom som tilsynelatende ikke lar seg forklare. Samtidig forteller dette om integritet fra informantens side; tro på egne vurderinger og respekt for den andres, i dette tilfellet terapeuten ”kultur”. Slik jeg ser det handler dette også om intersubjektivitet og narrativ kompetanse. Informanten viser at sensitivitet i situasjonen, og evne til å forstå og tolke den andre, er en kompetanse også pasienten besitter. At begge parter kan feiltolke må både pasienter og terapeuter leve med.

En viss begrensning av samtalefriheten kommer også til syne i frykten for å bli avvist, eller ikke være *flink* nok som pasient slik informant D uttrykker det. Øyen et al. (2011) har i en studie beskrevet kommunikasjonsmønstre i forhold til endringsprosesser i krevende behandlingssituasjoner. Studien viser at det går for seg et komplekst samspill mellom pasient og terapeut; som bærer preg av forhandling og evne til å tåle, og komme gjennom kommunikasjonsmessige utfordringer. Det konkluderes med at krevende behandlingssituasjoner kan være kilde til utvikling og bidra til et positivt behandlingsresultat når det reflekteres rundt det som var vanskelig.

Den aktuelle situasjonen som informanten viser til i utsagnet nedenfor, motsvarer ikke direkte det Øiens studie refererer til som krevende behandlingssituasjoner, men er et eksempel på det sårbare samspillet i starten på hennes behandling. Hun snakker om frykten for å bli avvist, og bekymringen for ikke å være *flink* nok pasient.

*D: I møte med en fagperson vil jeg kanskje ha litt vel mye respekt, og så vil jeg tenke at jeg kanskje ikke er flink nok pasient eller kanskje jeg ikke passer inn her, og at jeg tar opp tid som andre heller burde ha hatt. Så jeg lette etter tegn på det. Når hun en gang foreslo at jeg skulle gå til en gruppesamtale, da tenkte jeg: Nå har jeg i hvert fall ikke vært flink pasient, og en som tar for mye av samtalerommet. Men det bare var et forslag fra hennes side, for at jeg ikke skulle låse meg i en situasjon, men heller ha flere valgmuligheter. Bare det at vi har vært igjennom og snakket om de tingene, så ser jeg at vi har jobbet med akkurat det.*

Forfatterne av Øiens studie påpeker viktigheten av terapeutens sensitivitet for slike situasjoner, og evne til å se hvordan hun selv kan bidra til misforståelser. Begge parter må imidlertid være villige til å bidra til oppklaring. Det å dele aktuelle erfaringer i behandlingssituasjonen, gjennom å reflektere over dem, gjør det mulig å åpne opp lukkede dialoger. Når samhandling blir gjenstand for verbal dialog, får pasientene anledning til å utforske egne handlingsmønstre. Brudd i kommunikasjonen og den terapeutiske alliansen kan bringe oppmerksomheten mot problemets kjerne, slik det gjorde for informant D. Hun forsto etter hvert at terapeuten ønsket at hun skulle føle seg fri, og se at det var flere mulige behandlingsalternativer for henne. Hun ble klar over sin egen tendens til å lete etter avvising.

## 4.6 Oppsummering

Slik funn i mitt materiale er framtolket og presentert, formidler de unisone og svært positive opplevelser av samtalen, særlig når det gjelder det terapeutiske klima. Terapeutens oppmerksomme og støttende nærvær og evne til å skape trygge rom, er sentralt for alle informantene. E opplever dessuten terapeutens humoristiske blick og det at hun gir av seg selv, verdifullt.

Innholdet i begrepet ”narrativ kompetanse” blir utdypet av informant B, som også uttrykker eksplisitt det de andre informantene mer indirekte formidler; det å bli møtt som den man er, og ikke som et sykdomskasus. C formidler i tillegg den gjensidige kunnskapsformidling og respekt som samtalen innebærer for henne, og som bidrar til å bekrefte hennes ressurser. Informant D peker på utfordringer i dialogen mellom pasient og terapeut, risikoen for ikke å bli forstått, eller avvist.

Informantene som gruppe gir beskrivelser av den naturlige, åpne og fleksible samtalen, det er tid og rom for den, og den er på deres egne premisser. Samtidig er den tett knyttet opp til kroppslige og følelsesmessige erfaringer slik disse ledsager hendelser, minner og øyeblikket. I forhold til oppgavens utforskende ambisjon har jeg her fått individuelle og nyanserte beskrivelser av samtaleerfaringer, spesielt i relasjon til den følelsesmessige opplevelsen av dem. Erfaringene informantene her formidler tilsier at samtalen gir et fruktbart grunnlag for tilfriskning. Det terapeutiske klima og samtalens karakter synes å ligge til rette for den helsefremmende funksjon den kliniske fortellingen og samtalene antas å ha.

## 5 I fortellingen blir man synlig for seg selv

Siri Hustvedt reflekterer over å se i sin siste bok: *Living, Thinking, Looking* (2012). Hun snakker om å se uten å se, på engelsk ”to look and not see”. Hun definerer uttrykket som manglende forståelse, eventuelt manglende interesse eller evne til å trekke mening ut av det fenomenet vi ser på. ”I do not see” = ”I do not understand”. Et annet velkjent aspekt ved å se, er at i mylderet av fenomener i synsfeltet, ser vi bare det vi har oppmerksomheten rettet mot. Hennes enkle poeng er at vi må vende oppmerksomheten mot, ”turn to”, det eller den vi ønsker å se, i betydningen forstå, eller innse.

Å bli sett innebærer mange forhold, og i denne delen av analysen presenteres erfaringer av å bli forstått, anerkjent og bekreftet. Slik disse erfaringene oppleves, utgjør de på et vis en videreføring av forrige kapittel. Imidlertid handler dette kapittelet like mye om hvordan det å bli sett bidrar til det å bli synlig for seg selv, og hvordan det å bli tatt på alvor bidrar til at en tar seg selv på alvor. Gjennomgående i denne fremstillingen er ulike aspekter og nyanser av bevisstgjøring. Det dreier seg om opplevelser av forbindelse; mellom psyke og soma, tanker og følelser, mentale vaner og kroppslige reaksjoner. I dette ligger også en forståelse for at symptomer kan ha et budskap. Forståelse som bidrar til ny innsikt, gjør det mulig å forholde seg annerledes til sin situasjon. Det betyr at samtalen har en funksjon, den kan føre til endring.

### 5.1 Å bli sett

*Det er noe med det å komme til noen som tar deg på alvor og virkelig ser hva du sliter med.*

Sitatet sammenfatter en erfaring alle informantene på sitt vis formidler. De forteller om å bli møtt med respekt, at noen er interessert i deres historie og har tid til å lytte. De snakker om terapeutens evne til å fange opp og forstå hva det handler om, *hvor skoen trykker*. Med henvisning til narrativ medisin og forrige kapittel er det altså snakk om narrativ kompetanse; terapeutens evne til å tolke og responderer på sykdomsnarrativets plot. A forteller dette fra sin første time:

*..og så husker jeg at jeg ble så glad for at noen hadde tid til å bare sitte å høre på meg, og alt mulig, og jeg husker at jeg begynte å gråte faktisk, jeg fikk en sånn følelse av at ting løsnet opp og man skjønnte hvorfor det var sånn og ....*

A blir beveget og tar til tårene når hun opplever terapeutens nærvær, tid og interesse. Det kan virke som om hun blir overrasket over denne oppmerksomheten, og kanskje lettet? Hun regnet sikkert med å få hjelp, men det kan hende hun var forberedt på å måtte argumentere for det, og så effektivt som mulig. I deler av helsevesenet, også når det gjelder fysioterapi, må man ofte vente. Når man endelig kommer til skal det gjerne gå så fort som mulig. A visste ikke hva som ventet henne i møtet med den nye fysioterapeuten, ville hun bli trodd, forstått? Hun slipper å argumentere, terapeuten har tid til å høre på henne og vil snakke om det hun har å fortelle. Kanskje "alt mulig" rommer både overraskelse og lettelse.

Sitatet over reflekterer noe forløsende, både gråten som slapp til og opplevelsen av å forstå hvordan ting hang sammen virker frigjørende. Det er vanskelig å si om det at ting løsnet opp henspiller på muskulær spenning i kroppen, eller på knuter av mer psykologisk art, eller begge deler, slik A erfarer det. I psykomotorisk tenkning er dette aspekter som opptrer i en samtidighet, som gjensidig avhengige faktorer (Thornquist, 2006). Hun opplever sammenheng, fysisk som en følelse av at det løsner, og kognitivt ved en forståelse av hvorfor ting var som de var.

A`s utsagn kan sies å gjenspeile både forventning og tidligere erfaring, noe som gjerne henger sammen. Hun har oppsøkt lege for ryggsmerte tidligere og gjort seg denne erfaringen:

*...og går man til lege og har vondt i ryggen, så får man jo bare smertestillende, og for å si det rett ut, så møter man stort sett veldig lite forståelse. Så det lønner seg å gå til folk som har peiling.*

Med denne erfaringen som referanse kan man forstå at hun hos fysioterapeuten fikk mer enn forventet. Slik jeg tolker hennes utsagn, opplevde hun at legen ikke så hvor skoen trykket; han hadde sett, men uten å forstå. Legen hadde kanskje ikke i tilstrekkelig grad vendt oppmerksomheten mot A og det hun hadde kunnet fortelle, men nøyde seg med å se ryggpasienten og dempe symptomet.

I en setting, preget av mindre tid og mindre interesse for pasientens subjektive kunnskap, vil man som pasient kanskje måtte effektivisere, og komme med en mer generell og kortfattet versjon av sin fortelling. Den ville kunne gjengi hendelsesforløpet, men slik Frich anskueliggjør det; fortellingens plot ville kunne gå tapt, både for pasient eller hjelper (2003, 2005). Ved at terapeuten vender sin oppmerksomhet mot Annas fortelling, tvinges Anna til å vende sin oppmerksomhet mot den samme fortellingen.

## 5.2 Øyne som ser

*...og jeg husker hun iakttok meg veldig, og tok hensyn til hvor mye jeg tålte. Det å legge meg ned og få det litt høyere under hodet... Bare det. Bare en sånn ting. Så jeg kunne puste.*

B er opptatt av hvordan hun fysisk blir fulgt med terapeutens blick, og bruker ordet iakttatt. Det kan lett assosieres med en observerende tilskuerrolle, men her synes det som B opplever det motsatte, et forsøk fra terapeutens side på å komme tett på hennes tilstand i øyeblikket. Kanskje registrerer terapeuten at pusten endrer seg mens B forteller; at den stopper litt opp, eller blir mindre synlig som bevegelse. Litt mer under hodet gjør det lettere å puste.

B opplever seg iakttatt på en måte som rommer omsorg, en varhet for hennes behov i øyeblikket. Hun snakker om terapeutens evne til å merke seg kroppens reaksjoner under samtale og behandling, uten at hun føler seg ukomfortabel ved det. Tvert i mot uttrykker hun både undring og respekt for at terapeuten vet at en så liten ting som å komme litt høyere med hodet, påvirker noe så fundamentalt som pusten, og som ser at det er det B trenger akkurat da.

Ved en annen anledning fortalte terapeuten i etterkant at hun hadde sett hvordan B trakk skuldrene opp og sammen når hun fortalte om en vanskelig og vond hendelse. Den kroppslige reaksjonen, det at hun trakk seg sammen, ble relatert til fortellingens innhold og sammen reflekterte de videre over hendelsen den gang, og reaksjonen i nåtid. B opplevde denne tilbakemeldingen positiv, ikke avslørende eller fordømmende. (Nei, nå strammet du deg igjen!) Det vonde som det ble snakket om, og som er en del av B's historie, gir mening til kroppens reaksjon nå. Mest sannsynlig var reaksjonen den samme da det vonde virkelig skjedde, det å trekke seg sammen er en fysiologisk reaksjon på smerte, uavhengig av smertens opphav.

Den direkte og indirekte kunnskapsoverføringen, som jeg forstår gjorde seg gjeldende i denne samtalen, gjorde det mulig for B å forstå sine kroppslige reaksjoner, og se sine smerter i et annet lys. Slik jeg tolker B er det snakk om en sensitiv observasjon av grenser og behov, som ikke nødvendigvis uttales av pasienten, men som likevel og øyeblikkelig følges opp med handling av terapeuten. B blir sett på en fysisk og konkret måte, med et par øyne som er trent til å fange endring og nyanser i pasientens kroppslige uttrykk.

### **5.3 Å bli tatt på kornet**

*Ja, hun tok meg på kornet og fikk meg til å se meg, og ta meg selv på kornet. "Kjenner du igjen det her?" "Nå er du der igjen, ser du det?" Og hun trengte ikke å si det heller, for plutselig så jeg at, å ja, nettopp, nå skjønner jeg hva du mener. Og det var veldig ok.*

Hva innebærer det å bli tatt på kornet? Man kan få assosiasjoner til andre metaforer, som å treffe blink, eller å treffe spikeren på hodet. Uttrykkene beskriver noe treffende, presist eller essensielt.

E's utsagn kommer etter at hun har gitt eksempler på samtaler hvor terapeuten har gjengitt sin forståelse av det E har fortalt, speilet det innholdsmessig, slik at E hører hva hun selv har sagt. Det hun har sagt viser seg å reflektere godt etablerte tankemønstre, automatiserte mentale vaner som hun selv ikke har satt spørsmålstegn ved. Underveis har terapeuten stilt spørsmål, spørsmål som E i sin tur har stilt seg selv.

Når E hører blir hun, i første omgang ved hjelp av terapeutens kommentarer, klar over at automatiserte tanker har gjort seg gjeldene igjen, og preget hendelsen hun fortalte om. Etter hvert trenger hun ikke terapeutens kommentar, hun forstår når hun hører seg selv snakke, at "hun er der igjen." Hun identifiserer de automatiske tankene raskere, og vet hva de avstedkommer, hvordan de preger hennes handlinger, hennes kroppslige og følelsesmessige reaksjoner. Det å stille spørsmålstegn ved etablerte, automatiserte tankemønstre er en sentral tilnærming i ulike former for kognitiv terapi (Berge og Repål, 2004). Det innebærer også en veiledning fram til alternative måter å forstå og tolke en situasjon eller en erfaring på. I veiledningen ligger også påminnelser som kan være korrektiv i forhold til det å falle tilbake i gamle spor.

Når informantene snakker om å bli sett, snakker de også om å bli korrigert. Slik jeg forstår E, er det opplevelsen av å kjenne igjen sitt eget mønster som får henne til å ”ta seg i det”. Terapeuten må ha gjengitt E på en måte hun kjenner seg igjen i og derfor kan ta til seg. C uttrykker noe av det samme på denne måten:

*Hun kommer ofte med motforestillinger. Stiller spørsmål som kan få meg til å tenke litt annerledes. ....Det å få satt ord på hvordan en har det, og ha noen som skjønner og kan korrigere... Når man er alene, ... tankene våre svirrer. Man lager seg så mange teorier, kommer inn i litt gale tankebaner. Når man da ikke har noen som kan korrigere seg, så legger det på seg.*

C sier noe om betydning av at noen skjønner hvordan hun har det. Jeg tolker utsagnet slik at terapeutens forståelse av situasjonen må være der før korrigeringen, som en forutsetning. Det betyr også mye hvordan korrektivet blir framført. For å kunne forholde seg positivt til en korreksjon må en være trygg på at den som korrigerer vil en vel. Terapeuten har sett og forstått, og kan derfor tillate seg å korrigere, slik at pasienten kan velge en mer hensiktsmessig tenkemåte, til beste for seg selv.

Mer virkningsfullt er det å legge til rette for at pasienten kommer korrigeringen, eller seg selv, i forkjøpet, slik E etter hvert gjorde. Spørsmål og alternative tolkninger fra terapeutens side gjør det mulig å sette egne tanker og holdninger i perspektiv, uten å få følelsen av at noe er rett og noe er galt. Uten hjelp til å identifisere og bryte uhensiktsmessige tankemønstre kan den ene ”teorien” ta den andre, og ende i et tankekaos som forsterker seg og blir større og større, slik C gir uttrykk for.

Som et konkret eksempel på hvordan terapeutens spørsmål kan påvirke tankemønstre, forteller D om en vanskelig konflikt med en venninne. Hun følte seg urettferdig behandlet og ble anspent og urolig ved tanken på denne konflikten. Hun sier:

*Ofte sier jeg at jeg blir lei meg for noe, men hun (terapeuten) spør om jeg egentlig blir sint. Det hjelper meg med å åpne opp for en annen måte å tenke på. Det jeg husker som bare inneholdt en ting, inneholder kanskje ofte flere ting. Men også i forhold til noen løsninger, type: ”kunne det tenkes at du kunne gjør ting på den eller den måten...?”*

*.... den (samtaIen) er kjempe viktig for meg. Både for å bli korrigeret eller å få bekreftelse. Det er lettere å flytte på et tankemønster hvis man får hjelp gjennom en samtale med andre. Bare ved et spørsmål som: "Ja, trenger du å treffe henne igjen da?" ...Nei. (Ler litt). Da plutselig åpner det seg en dør.*

Å bli tatt på kornet forutsetter at man er blitt sett. I den andres blikk kan man få øye på seg selv, kjenne seg igjen eller bli tydeligere for seg selv. Å bli klar over ens egen måte å se seg selv og verden på, gjør det mulig å stille spørsmålstegn ved dette. I samspill, eller samtale med en annen er det mulig å utforske alternativer.

## **5.4 Realitetsorientering**

Slik informantene beskriver korrigering, inkluderer det en positivt ladet oppmerksomhet rettet mot etablerte tankemønstre, slik det er gjengitt over. I noen tilfeller innebærer det også ren kunnskapsformidling, eller realitetsorientering. Det kan handle om å få deler av sin virkelighetsoppfatning endret.

Å formidle innsikt i medisinske diagnoser og psykologiske forhold kan være nødvendig for å hjelpe pasienten over i en erkjennelse som er i samsvar med allmenngyldige oppfatninger og etablert kunnskap. Det kan være nødvendig å undervise pasienten i normale fysiologiske reaksjoner på angst eller stress, smertemekanismer, eller hva ulike somatiske og psykiatriske diagnoser innebærer. Når kunnskap settes i spill med ens historie kan ny erkjennelse oppstå. B sier noe om dette, hun har delt smertefulle minner med terapeuten:

*....det gikk opp for meg hva det virkelig hadde vært. Da hun hadde definert det, så etterpå så leste jeg om problemet, og da var det helt slående hvor mange felles trekk det var. Men jeg er for så vidt glad for at jeg fikk det i den rekkefølgen.*

*K: At du ikke leste om det først?*

*Ja, for da var det tolket av andre.*

Det er tydelig at det var terapeuten som satte ord på hva B 's minner faktisk handlet om, hva hennes fortelling også fortalte, ved siden av selve hendelsesforløpet. Når B får ta del i terapeutens faglige innsikt og subjektive vurdering av det som skjedde, kan hun selv se hva det var. Plottet fremstår på nytt. Etterpå leser hun andres fortellinger om samme tema, og får



det nye plottet bekreftet. Hun er glad for den rekkefølgen. Kanskje hennes egen historie blir sannere og mer troverdig for henne ved at den er blitt fortalt til noen, før hun har tilegnet seg kunnskap fra andre kilder? Tilhøreren blir et sannhetsvitne. Terapeutens tolkning og vurdering av historien var basert på primærkildens versjon, før faktainnhenting som bekrefter forholdet.

Minner om traumatiske hendelser forblir ofte språkløse. Som hovedpersonen i en av Siri Hustvedts romaner, psykiateren Erik, sier: Traumatiske erindringer er ikke som andre erindringer, de holdes adskilt i sinnet, og opptrer ikke som ord. (*Når du ser meg*, 2008, s. 93). Forskning på området gir Erik rett (Kirkengen, 2005). Ord skaper anatomien til historier sier han videre, også når de uttrykkes av andre sier jeg. B kom til behandling for å få satt ord på, og hun trengte terapeuten til å finne de riktige ordene, sånn at den riktige historien ble fortalt. Det var umulig å gjøre det alene.

## 5.5 Sammenheng

*D: Selv om jeg, i prinsippet, tenkte at det selvfølgelig er sammenheng mellom kropp og følelser, så tror jeg ikke at jeg trodde på det, ordentlig ...*

*C: Jeg er var for det at kropp og sinn henger sammen. Vi er ett stykke vet du, selv om de gjerne vil innbille oss at vi er stykket opp.*

*A: Når hun begynte å stille spørsmål, så tenkte jeg at...ok, det henger jo i hop, sjel og legeme, for å si det sånn.*

Disse sitatene fra tre informanter representerer en oppfatning og en kroppsforståelse som kommer klart til uttrykk i materialet. Det er ikke fremmed for informantene at det er sammenheng mellom kropp og sinn, slik de tenker på det, men de gir alle uttrykk for at de gjennom samtalen, og behandlingen for øvrig, erfarer denne sammenheng på nye måter. Opplevelsen av sammenheng mellom følelser og fysiske forhold er et kjernepunkt i det flere betegner som bevisstgjøring og beskrives som noe nytt i forhold til tidligere behandlingserfaringer.

A har visst at sjel og legeme henger sammen, men synes å gjenoppdage denne vissheten når hun får visse spørsmål. Hun har i alle fall ikke relatert sin egen følelsesmessige tilstand til smerter, før disse spørsmålene kom opp. Gjennom spørsmålene hun får, og samtalen som springer ut av dem, kan denne sammenhengen utforskes. A har vanligvis forbundet smerter med fysisk overbelastning, og har ikke tenkt på at smertene kunne ha sammenheng med hvordan hun hadde det:

*Jeg var vel mer opptatt av at jeg hadde gjort noen ting, mer fysisk, løftet noe tungt eller....jeg tenkte vel ikke så mye på det at det hang sammen med hvordan man hadde det...*

Mer konkret gir hun uttrykk for at det var nytt for henne at spenningene i ryggen kunne relateres til å ha det vanskelig, være stresset eller engstelig, ingen hadde fortalt henne det:

*Nei, jeg var ikke så fokusert på det at hadde man spenninger i ryggen, så kunne det komme av at man hadde det ugreit, eller var stresset eller engstelig for noe, det var det jo ingen som hadde fortalt meg før, tenkte liksom ikke på det..*

Fra å ha en relativt ureflektert ide om at det er sammenheng mellom kropp og sjel, blir A klar over at sammenhengen eksisterer på et konkret nivå. Spørsmålene hun får gjør at hun må hente fram og reflektere over erfaringer både i fortid og nåtid, relatere dem til den konteksten de oppsto i, og gjøre rede for sine tanker og følelser rundt dem nå. Hva skjedde i livet ditt på den tiden? Hva var du opptatt av den gang? Hvordan opplevde du det som skjedde? Hvordan ser du på det nå? Hva kjenner du når du tenker på det og snakker om det nå?

Disse spørsmålene er ikke sitater fra materialet, men sentrale i den kliniske fortellingen, slik den kan utspille seg og ta form i psykomotorisk sammenheng. Spørsmålene er eksempler på hvordan terapeuten via språket kan sette i gang en indre dialog hos pasienten og legge til rette for et mer bevisst forhold til seg selv, sine reaksjoner, tanker og følelser.

Den indre dialogen er en form for selv-persepsjon som også kan inkludere måter pasienter forstår kroppslige symptomer på, slik Øien et al. hevder (2009). Det kan innebære hvordan og i hvilken grad man oppfatter muskulær spenning isolert, og i relasjon til pust og bevegelse. Det kan også handle om evne til å differensiere følelser i forhold til hendelser, før og nå.

Endelig dreier det seg om evnen til å se hvordan livshendelser, følelser og kroppslige symptomer kan være relatert til hverandre.

Det en erfarer gjennom selv-persepsjon blir sett på som internalisert (embodied) kunnskap, den typen kunnskap som springer ut av en kroppslig opplevelse. A gir et eksempel på en slik opplevelse, men den er vanskelig å forklare:

*Noen ganger når jeg.... når vi sitter å prater... så kan jeg føle at spenningene blir mindre, altså bare det at man sitter og prater, det er veldig ok. Det er jo dager hvor jeg har følt at jeg har vært kjempestiv, og har hatt vondt for å bevege meg, og så har jeg kommet dit, og så har vi begynt å prate litt, og så har jeg følt at muskulaturen har sluppet .... at det er ikke sånn spenn da på en måte..... ja det er vanskelig å forklare det.*

Braatøy (i Sviland, 2005) hevdet i sin teori at ord og andre kroppslige manifestasjoner som respirasjon, bevegelse og kroppsholdning, er aspekter av samme aktivitet; det å gi uttrykk for noe. Tilbakehold av ord - kanskje som en måte å kontrollere følelser på - influerer på andre kroppsuttrykk, slik at også pust og bevegelse bremses. Bremsset bevegelse betyr holdt pust, muskulær spenning og en stiv kropp. Når ord slippes til, frigjøres både pust og bevegelse. Kroppen oppleves ledigere. Men ord skaper spenning også, slik B fortalte at hun hevet skuldrene når det ble snakket om vonde hendelser. Spenning skaper smerte hvis den ikke blir utløst. D reflekterer over forholdet mellom følelser og smerte:

*Jeg tror jeg er blitt mer lydhør, eller at det er blitt litt sterkere forbindelse (mellom kropp og følelser) underveis. Og jeg tror det er derfor....altså, da dukket det opp smerter, når jeg jobbet med følelser.*

Det kommer fram at hun har hatt tilbakevendende smerter i rygg og skuldre, noe hun har fått annen behandling for i perioder, og som ikke var årsaken til at hun begynte i psykomotorisk fysioterapi. Det er disse smertene som dukker opp i startfasen av behandlingen. Etter to år i behandling snakker hun om smertene på denne måten:

*En skulder jeg har, den dukker jo alltid opp hver gang jeg er stresset med jobb og det skal veldig lite til før jeg setter i gang den skulderen. Men ved å gå til behandling så føler jeg at jeg raskere og raskere kan la være å gå inn i den måten å jobbe på som gjør at jeg får så*

*vondt i skulderen. Men med ryggen kommer det mer som et budskap i ettertid, om at dette var en veldig følelsesmessig vanskelig situasjon.... Jeg føler det sier meg mye.*

D forteller om en økende bevissthet på forholdet mellom følelser og smerter og en opplevelse av styrket forbindelse og nærhet til begge. Hun nyanserer de ulike smertenes budskap og forholder seg til dem på en annen måte enn før. Behandling og samtale har gitt henne redskaper til å forebygge smerten i skulderen i større grad, mens smerten i ryggen kommer overraskende og bakpå, og forteller henne om noe som var, en reaksjon på en grenseoverskridelse:

*Ja, for der blir jeg alltid overrumplet av situasjonen. Jeg tenker at jeg går alt for mye på akkord med meg selv. Hvis jeg hadde klart å sette grenser, hadde jeg jo sluppet fri. Jeg føler den ryggsmerten snakker mye om det. Ting jeg kunne ha sluppet hvis jeg bare hadde kunnet vært litt sint og sagt nei. De sier litt forskjellige ting.*

D's utsagn får meg til å tenke på en liten passasje i Siri Hustvedts roman *Sommeren uten menn* (2008, s. 63), der Dr. S sier til hovedpersonen Mia: ”Tror du at hvis raseriet ditt hadde makt, faderlig makt, kunne du forme det som skjer i livet ditt mer etter ditt eget hode? Er det det du mener?”

D synes ganske avansert i sin selv-persepsjon. Hun utdyper sin kroppsforståelse og antyder at kroppen har sin egen bevissthet, som ikke farer med løgn. En som kjenner kroppens språk vil kunne tolke kroppens reaksjoner og uttrykk tenker hun. Hun behersker ikke selv dette språket i utgangspunktet, men vet at hun er i stand til å ignorere kroppens potensielle budskap, og dermed lure både seg selv og en eventuell behandler. Hun svarer dette på spørsmål om hvorfor hun valgte psykomotorisk fysioterapi, blant flere behandlingsalternativer:

*Jeg har innsett, mer og mer, hvor mange mentale begrensinger jeg har satt opp for meg selv. Så vet jeg at jeg kan forklare meg ganske bra muntlig, så det å begynne å gå til en psykolog, som jeg da tenkte ikke ville gjennomskue meg... så ville jeg begynne å lure meg selv og fagpersonen. Mens jeg tror at kroppen ikke ville kunne komme med så mange bortforklaringer.*

Slik jeg tolker D betrakter hun kroppen som en aktør som søker sannheten, og som ikke uten videre vil akseptere ”hodets påfunn”, selv om de skulle være rasjonelle. Slik vil kroppen som biologisk organisme kunne ha andre interesser og behov enn de som gjør seg gjeldende i tankene, altså i hodet, hvis jeg forstår D rett.

D's tanker gir assosiasjoner til det Drude von der Fehr betegner som kroppens intern-kommunikasjon, der feilslutninger kan oppstå: ”Man kan tenke seg at den biologiske kroppsbevisstheten ikke alltid gjør det som er best for den selv. Det kan være at den er så styrt av en selvødeleggende bevissthet, gjerne kalt fornuft, at den overstyrer den interne slutnings- og kommunikasjonsprosessen” (2010, s.32).

## 5.6 Å komme til seg selv

*E: ...men jeg kjenner jo i de samtalene at jeg slapper av, det synes jeg hun har vært god på, at hun..., du føler at hun er så rolig, og jeg som er så stressa, jeg kan jo komme inn å være det, og så ser hun meg og klarer å få meg til å lande da, og så kan jeg, jeg har jo opplevd det mange ganger, at jeg ikke er helt i kontakt med meg selv når jeg kommer dit, og så kommer jeg meg i kontakt fordi hun..., jeg får den roen... jeg blir roligere, sånn at jeg kan være... kjenne på hva som er ekte, hvordan har jeg det egentlig? For en ting er jo hvordan jeg kan tro at jeg har det, men hvordan har jeg det egentlig? Og det kan slå begge veier det, at jeg faktisk kan kjenne at jeg har det jo mye bedre enn jeg ... .., eller at jeg kanskje har forestilt meg at ting... nå går det så mye bedre, men at jeg ikke orker å kjenne på det og ta det inn.*

Dette sitatet forteller om flere ting, og nesten i en eneste lang setning. E har mye på hjertet, og det kan synes som hun vil si alt på en gang. Kanskje hun vil mye på en gang i livet også? Men i samtalene opplever E at hun kan slappe av. Det er en opplevd kontrast mellom terapeutens ro, og stresset hun selv føler hun kommer inn i behandlingsrommet med. I det stresset er hun ikke helt i kontakt med seg selv. Men det synes som terapeutens ro smitter, og hjelper E til å ”lande”.

Å lande handler som regel om å komme i kontakt med underlaget. Den som mangler bakkekontakt svever, er uten forankring og et lett bytte for vind og vær. Ved at terapeuten, forankret i seg og sin rolle, ser henne, blir hun klar over seg selv og sin egen uro. Hun får samlet seg og får kontakt med seg selv, noe som gjør henne i stand til å skille på hva som er

ekte og hva som er på liksom. Noen ganger opplever hun at hun har det bedre enn hun har forestilt seg. Andre ganger blir hun klar over at hun har forestilt seg at ”nå går det så mye bedre”, mens hun faktisk ikke har orket å ta inn over seg at det ikke går så bra. Dette handler slik jeg forstår det om å komme til seg selv, erkjenne følelsene sine og erfare øyeblikket. D sier også noe om dette: *Det å jobbe med kropp og følelser gjør at jeg opplever ting stadig mer virkelig, og at ikke alt er på liksom.*

Jeg stiller henne et ledende spørsmål og sier at ”når noe blir mer virkelig, blir det kanskje også tryggere?” *Ja svarer D, mye tryggere og ikke så "hodete".*

E 's utsagn over får en til å tenke på betegnelsen ”oppmerksomhetsforstyrrelser” (Skårderud i Bondevik og Stene-Johansen, 2011). Han snakker om tretthets- og utmattelsessyndromer på bakgrunn av en slags overbelastning eller overstimulering, og spår en fremtid der sykdomsbildet vil bære preg av nettopp dette (ibid). Jeg tolker flere av E 's utsagn, og måten de kommer til uttrykk på, som at hun forsøker å være oppmerksom på alle ting på en gang. Lilleås og Ellingsen beskriver i boken *Kvinnekroppens kår* (2003), hvordan noen kvinner ser ut til å være mentalt aktive på flere arenaer parallelt og hvordan dette manifesterer seg i høy kroppslig aktivering. Gjennom samtalen med terapeuten får E anledning til å bearbeide sine opplevelser av virkeligheten, en virkelighet som kan fortone seg noe overveldende.

## **5.7 Identitetsarbeid og kroppen**

*Man blir..... for mitt vedkommende så blir jeg.....mer klar over hvem jeg er og hva jeg står for, hva jeg kan stå for, altså.... på sikt får man litt bedre selvfølelse, selvtillit.*

A gir uttrykk for at hun fremtrer tydeligere for seg selv. Når samtalene springer ut av ens egne fortellinger, og handler om ens egne fortellinger, gis det mulighet for å se seg selv på en viss avstand. Når man forteller blir man jo også lyttende til sin egen historie, og kan reflektere over og ta stilling til det en hører. Det har gitt A bedre selvfølelse og mer selvtillit.

Som et lite apropos til avsnitt 5.6, handler det her om mer enn å komme til seg selv. Det må først være et selv å komme til, og på neste side forteller B noe om det. Hun dveler ved spørsmål og svar, det er tid til refleksjon mellom utsagnene. Når jeg gikk gjennom det transkriberte intervjuet ble jeg slått av hvor mye av hennes fortelling som sto å lese mellom

linjene. Hun er bedt om å gi eksempel på en betydningsfull samtale, og utsagnene står i den rekkefølgen de ble uttalt i. Det kommer fram at det ikke handlet om en enkelt samtale, men et kjernetema som det ble snakket om gjentatte ganger, det å skulle kunne hevde seg, gi uttrykk for egne meninger, sette grenser for andre. Det tok tid sier hun i en annen del av intervjuet, å prate seg igjennom hva som faktisk hendte, det tok tid å forstå, og *få brikkene og meg selv til å falle på plass*. Nå arbeider hun med å bli fortrolig med at hun både er og har en kropp, en kropp som det også skal tas hensyn til. Hvordan skal man kunne det hvis man aldri har lært det, når det ikke var noe jeg å ta hensyn til? Det er fortsatt vanskelig sier hun.

*Det var særlig når hun skulle (leter etter ord) forklare at jeg skulle kunne hevde min mening. ... Ja....(Jeg heiser skuldrene, ser du).*

*Det var vel særlig det som gjorde godt, det var å bli fortalt at jeg kunne ha lov til å sette grenser for andre. Det å ... kunne hevde min egen mening, det var en veldig styrke....*

*Hun sa det direkte til meg. Med rene ord...det var helt nytt. Det var litt skummelt, men det var veldig godt å kunne få det bekreftet. Jeg ble en mye sterkere person da.*

*Det var en bekreftelse på at du hadde et eget jeg. Hvis du skjønner hva jeg mener?*

*Så har jo kroppen også til dels blitt annerledes. Jeg har blitt mye flinkere til å kjenne på at jeg har en kropp. Det høres jo kanskje litt rart ut? Det å kjenne at du har – det synes jeg høres rart ut – det å kjenne at du har hender. At du plutselig føler at du, ja... Jeg puster vel noe bedre enn det jeg gjorde. Absolutt mye mer bevisst på kroppen, men den delen faller veldig vanskelig for meg enda.*

K: ”Det er vanskelig?”

*Ja, fordi du har liksom ikke hatt noe jeg. Og så skulle jeg ta hensyn til den. Det er det som er så nytt. Og rart. Det sliter jeg litt med.*

*Jeg skal ta hensyn. Jeg skal kjenne på følelsene. (Tenker seg om)*

*Hun sier veldig ofte at jeg skal ta noen pauser og føle på hva som er godt for kroppen, og det... (ler litt).*

## 5.8 Oppsummering og diskusjon

Dette kapitlet har gjengitt informantenes erfaringer av å bli sett, i betydningen forstått, bekreftet og respektert, gjennom samtalen. Å bli sett slik, bidrar til at en fremstår tydeligere for seg selv og åpner for nye måter å seg selv og sin historie på. En fortolkning av det samlede materialet tyder på at subjektive erfaringer anvendes aktivt som ressurser og kunnskapskilder. Det synes som om informantene har blitt støttet i å finne sin egen vei mot tilfriskning. Jeg begrunner dette utsagnet med at informantenes beskrivelser vitner om en individualisert og nyansert tilnærming fra terapeutens side, basert på deres egne fortellinger.

Opplevelser av sammenheng på ulike nivåer er en gjennomgående erfaring. Det innebærer bevisstgjøring og må karakteriseres som et hovedfunn i analysen. Å oppdage at kroppslige reaksjoner og uttrykk har sammenheng med hvordan en har, eller har hatt det, gir ny innsikt. Disse funnene sammenfaller med resultater i andre studier av endringsprosesser i psykomotorisk fysioterapi (Øyen et al., 2007, 2009, 2011). Selv-narrativ og selv-persepsjon endres og utvikles gjennom fortelling og samtale. I denne prosessen er det anledning til å identifisere og anerkjenne kroppslige erfaringer som ikke har kommet verbalt til uttrykk tidligere, men som bærer i seg muligheter for ny erkjennelse og nye fortellinger.

Informantene bekrefter på hver sin måte, i dette og foregående kapittel, erfaringer av å bli møtt og hjulpet i strevet med å takle den menneskelige situasjon, slik von der Fehr uttrykker det (2010). I det ligger også at kvinnene gis anledning til å reflektere over og bearbeide sine opplevelser av virkeligheten, slik jeg var inne på i forhold til E (5.6, s. 74).

Det er nettopp mangel på slik anledning som kan resultere i symptomer uten fysiologisk årsak hevder Bondevik og Stene-Johansen, under omtale av ”den moderne pasienten” (2011, s. 17). Slik jeg leser det har kvinnekroppen, med dens uforklarte og gåtefulle symptomer, gjennom historien fortalt om manglende muligheter for realisering, refleksjon og bearbeiding av opplevelser. Med henvisning til Matthis pekes det på at symptomers budskap, enten det varsler ubalanse, eller vitner om fortrenge eller ubearbeidede forhold, utgjør en type viten som kroppen har, men som den av ulike årsaker ikke får delt med bevisstheten. Som von der Fehr, er Matthis opptatt av kroppen som bevissthet i seg selv. Med bakgrunn i medisin og psykoanalyse, viderefører hun den kroppslige vendingen i fenomenologien som anser kroppen som erkjennende subjekt. Som psykoanalytiker er hun naturlig nok opptatt av



samtalens muligheter i det å utforske og forstå ulike symptomers budskap, og slik gjøre kroppens viten tilgjengelig. I boken *Tegn på sykdom* (Bondevik og Kveim Lie, 2007) presiserer Matthis hva hun mener med en fullstendig sykehistorie, eller den fullverdige fortellingen; ”den litterære, (den som) kan vaskes ut av totaliteten av historier som kan fortelles om akkurat denne pasienten, ut fra alle de ulike medisinske, genetiske, fysiologiske, kliniske, psykologiske, sosiale, osv. perspektivene som man kan innhente” (s. 77). Hun snakker om et ledemotiv, et tema som gjennomsyrer ”samtligheten”. I terapi gjelder det å hjelpe pasienten til å finne sitt ledemotiv sier hun, men påpeker at det kan være både vanskelig og konfliktfullt, kanskje fordi pasienten ikke ønsker å bli seg dette bevisst, eller ikke ser muligheter for løsning (ibid).

Dette stiller krav til den kliniske fortellingen tenker jeg, og til narrativ kompetanse. Slik jeg tolker mitt materiale bekrefter informantene langt på vei at de ved hjelp av samtale med terapeuten er på rett spor, og på vei mot tilfriskning.

I neste kapittel vil jeg analysere de fem kvinnenenes fortellinger med bakgrunn i fagforståelse og teori. Der vil jeg vise til min fortolkning av fortellingenes ulike ledemotiv. Jeg ser denne benevnelsen som parallell til ”plot” slik Frich beskriver det (2003), og vil med utgangspunkt i disse begrepene, løfte fram uttrykket ”healing drama”.

Siden resultatene av denne analysen oppleves noe vanskelig å isolere; de ulike funn involverer hverandre i betydelig grad, finner jeg det hensiktsmessig å visualisere dem i en enkel skjematisk oversikt. Jeg håper den kan tjene som en sammenfatning, før jeg går inn i siste fase av analysen. Samtidig ønsker jeg å fremheve at de tema og funn som så langt er framtolket, finner sin logikk i de individuelle kliniske narrativ. Det er ikke tilfeldig hvilke samtaleerfaringer informantene framhever slik jeg ser det.

## Oversikt over analysens hovedkategorier, tema og funn.

Kategorier	Tema	Funn som viser til opplevelsen av samtalen	Funn som viser til samtalens funksjon
Trekk ved samtalen  Terapeutisk klima	Her og nå Spillerom Tilbake til kroppen  Det trygge rommet Kulturforskjeller Frykten for å bli avvist	Åpen og naturlig, reflekterende framfor analyserende, tid og fleksibilitet, tar utgangspunkt i kroppen; tanker og følelser her og nå. Omsorg og empati, trygge rammer, gjensidighet. Terapeuten forstår hvor skoen trykker, man blir behandlet som et menneske, ikke et kasus. Det er ting det ikke er naturlig å snakke om. Man ønsker å være ”flink pasient”.	
Betydningen av å bli sett	Å bli sett Øyne som ser Å bli tatt på kornet Realitetsorientering Sammenheng Å komme til seg selv Identitetsarbeid og kroppen		Man blir tatt på alvor og må ta seg selv på alvor. Man ser seg selv gjennom den andre. Kunnskapsformidling og opplevelse av sammenheng, innsikt og ny erkjennelse. Identitetsbygging.
<b>Hovedfunn</b>		Samtalen preges av anerkjennelse og respekt for individet, subjektiv erfaring anses som ressurs og kunnskapskilde i forståelsen av egen lidelse. Informantene formidler terapeutens narrative kompetanse.	Bevisstgjøring på flere plan; følelser og kropp, forståelse for symptomers meningsinnhold, sammenheng mellom sykehistorie og livshistorie, kroppen som kilde til ny erkjennelse, mestring og utvikling.

## 6 Fem kliniske narrativ

På de følgende sidene fremstilles fem kliniske narrativ, basert på en personsentrert analytisk tilnærming. Det bør presiseres at min fortolkning her rommer både intervjusituasjonen og informantenes samtaleerfaringer. I tillegg har jeg tolket den enkeltes kliniske fortelling, i den grad den er reflektert i intervjuene, slik jeg som fagperson ser det. På den måten blir det mulig for meg å besvare oppgavens problemstilling: ”På hvilke måter kan den kliniske fortellingen bidra til helsefremmende møter med pasienter med sammensatte plager og ”uforklarte” symptomer?”

Selv om teori og egne kommentarer ledsager informantenes beskrivelser i de første to kapitlene, og deres utsagn siteres i dette, vil det i enda større grad være min egen, faglig baserte fortolkning som dominerer dette kapitlet. Det innebærer et fortolkningsnivå mer distansert fra informantenes selvforståelse.

I oppsummering og diskusjon av de fem kliniske narrativ vil jeg anvende uttrykket ”healing drama” (2010), i det følgende oversatt til ”helende drama”. Dette begrepet kan bidra til å forstå prosesser som gjør seg gjeldene i utfoldelsen av narrativ i det kliniske møtet hevder Frich (ibid) I tråd med en slik forståelse, vil jeg særlig fokusere på hvordan helende drama oppstår og utspiller seg i den terapeutiske samtalen. I denne prosessen er terapeutens aktive rolle som tilrettelegger og medforfatter sentral.

To sentrale spørsmål fra intervjuguiden danner utgangspunkt for den følgende presentasjonen. Det første omhandler bakgrunnen for å gå i psykomotorisk behandling og gir et innblikk i den enkeltes kliniske fortelling. I det andre spørsmålet blir informantene bedt om å gi eksempel på en samtale som følte særlig viktig og verdifull. Dette spørsmålet åpner for fortellinger om vendepunkt eller gjennombrudd i samtalens vei mot tilfriskning. Jeg har også tatt med hvem som henviste til eller anbefalte psykomotorisk fysioterapi, og hvor lenge informanten har vært i behandling på intervjutidspunktet.

## 6.1 Et ryggsmertenarrativ

A har gått i behandling i 6 år, med ujevne mellomrom, men ukentlig i de periodene hun har hatt behandling. Da hun ble henvist av fastlegen første gang var hun ikke klar over at hun kom til psykomotorisk fysioterapi, men fikk umiddelbart vite hva det gikk ut på av terapeuten selv. (Om legen hadde psykomotorisk fysioterapi i tankene for sin pasient, om han anbefalte terapeuten uavhengig av hennes spesialitet, eller om var uvitende om hvor pasienten gikk med sin henvisning, er uklart.)

A fortalte kort om tilbakevendende ryggsmertesmerter og stivhet i skuldre og nakke, på spørsmål om bakgrunn for å gå til behandling. I perioder forsterkes symptomene og hun trenger hjelp. Hun trekker fram det første møtet og nevner den første samtalen som en av dem hun opplever som viktigst:

*Jeg var egentlig veldig glad for å ha fått litt hjelp, for jeg skulle reise til utlandet på ferie og hadde begynt å få vondt i ryggen. Jeg var veldig spent på om jeg skulle klare å gjennomføre den turen, med ryggen og..... Og så pratet vi....., og jeg gikk ut med litt mer hevet hode enn da jeg kom inn, og følte meg tryggere... Jeg dro til Italia og det gikk over all forventning.*

På spørsmål om hun kan huske hva den første samtalen dreide seg om, blir hun litt usikker. Hun husker ikke så godt, *det er tross alt seks år siden*, men hun vet at hun fortalte om ryggsmertene.

Det er interessant at hun fremhever denne samtalen som særlig betydningsfull når hun ikke kan gjengi så mye av hva den handlet om. Hun husker imidlertid godt hvordan hun hadde det i kroppen da hun gikk ut etter den første timen, og hun kobler dette første møtet med terapeuten til ferieturen hun skulle på, ferieturen som gikk over all forventning. Hun hadde uroet seg med tanke på hvordan reisen skulle gå når ryggsmertene hadde begynt å melde seg igjen. Etter samtalen følte hun seg tryggere, hun kunne løfte hodet - det innebærer også å strekke ryggen - og kjente at reisen kunne gå bra likevel. Noe hadde endret seg i opplevelsen av ryggsmertene i dette første møtet, ved at hun fortalte og at de pratet.

Den første timen i psykomotorisk fysioterapi er først og fremst viet den kliniske fortellingen, noen ganger blir det tid til en begynnende klinisk undersøkelse, men sjelden behandling i

fysisk forstand. Terapeutens observasjon begynner imidlertid i det hun møter pasientens blikk på venterommet, og i samme øyeblikk dannes pasientens førsteinntrykk av terapeuten. Slik starter en behandlingsrelasjon, og en betydningsfull, non-verbal og toveis informasjonsflyt er i gang. Avgjørende faktorer for behandlingsklimaet skapes i disse første øyeblikkene.

I dag vet vi mye om hva positiv forventning betyr for et behandlingsforløp (Linton og Shaw, 2011). A, som ikke helt visste hva hun gikk til, får et positivt inntrykk. Mer enn et minne om hva den første og viktige samtalen handlet om, har hun et minne om en god opplevelse. Uten at hun har fått behandling for ryggen har ryggsmertene endret seg, både opplevelsen av dem og den betydning de har hatt. De gir ikke lenger grunnlag for den samme bekymringen som før timen.

Ryggsmertene fikk imidlertid oppmerksomhet gjennom den kliniske fortellingen. Det ble spurt om hvordan de artet seg, om når de oppsto og når de gav seg, hvordan hun forholdt seg til dem, og hva hun tenkte om dem. Avgjørende for A var det at spørsmålene åpnet for å se mulige sammenhenger. Hvor var du i livet ditt når ryggsmertene oppsto første, andre og tredje gang? Hva skjedde på den tiden? Hvordan hadde du da?

Svarene på slike spørsmål kan peke på mønstre og gjentakelser, eller enkeltstående livshendelser som griper inn i hverdagen på ulike måter. Det gjør det mulig å relatere ryggsmertene til normale reaksjoner på levd liv, noe som gjerne bidrar til ufarliggjøring av smerter og mindre sykdomsopplevelse. Det forutsetter imidlertid kunnskap om hvordan organismen reagerer fysiologisk på alminnelige følelser; engstelse og sorg, frustrasjon, sinne eller stress. Kunnskap om de fysiologiske reaksjonene på tilbakehold av følelser er like viktig, sammen med kunnskap om fysiologiske responser på lettelse, glede, eller positiv forventning. Når slik kunnskapsoverlevering finner sted i en trygg behandlingskontekst dannes grunnlag for ny kroppsforståelse, en forståelse som inkluderer symptomers faktiske betydning og den mening som er knyttet til dem, slik jeg har vært inne på (Matthis, 2007).

Det hersker fantasifulle og til dels fryktsomme forestillinger om symptomer fra kroppen, særlig når det gjelder uforklarte smerter. Dette betegnes ofte som katastrofetanker eller "fear-avoidance beliefs" og innebærer frykt for smerte, eller at visse aktiviteter vil forsterke smerte. Dette fører til begrenset aktivitet og nedsatt funksjon (Linton og Shaw, 2011).

Forventning om smerte gir motsatt fysiologiske respons i nervesystemet i forhold til respons

på forventning om lindring; det første fører til økt kroppslig aktivering, mens det siste leder til nedtoning og normalisert aktiveringsnivå, kanskje fordi forventning om lindring gir håp?

Det har vært mange gode og viktige samtaler siden, forteller A meg, og sier noe om hva de ofte handler om: *livet generelt, hvor jeg står akkurat her og nå og, hvor jeg har vært før, hvordan jeg vil at det skal bli.*

Det høres ut som samtalene trekker linjer og samler tråder, og at de handler om A i hennes liv. De omhandler fortid og nåtid og en ønsket framtid, der hun selv er hovedrolleinnhaver, ikke ryggen.

A representerer en stor pasientgruppe både i fastlegers og fysioterapeuters praksis. Kroniske eller tilbakevendende smerter i ryggen relateres ofte til fysiske årsaker av pasienten selv, og understøttes ved at både lege og terapeut leter etter tegn i virvelsøylens struktur og funksjon. I en del tilfeller synes ”jakten på årsaken” å fortsette etter at relevante undersøkelser er gjennomført, uten positive funn.

Anne Werner (2005) har intervjuet kvinner med kroniske muskelsmerter og vært opptatt av deres erfaringer i møtet med legen. Hennes materiale forteller om kvinnenes kamp for å bli trodd og deres anstrengelser for at helseplagene skal bli forstått som medisinske sykdommer og ikke som psykisk ubalanse. Kanskje er det et slikt møte A henviser til i forrige kapittel.

Min egen erfaring med denne pasientgruppen tilsier at de fleste har en forståelse for at helseplager får følelsesmessige konsekvenser, selv om de er tydelige på at ”det sitter i kroppen”. Det er naturlig at vedvarende smerte tærer på energi og humør. Det de ofte refererer fra møtet med legen er imidlertid en forståelse av at plagene har psykiske årsaker, at de ikke er ”reelle”. Det som er psykisk kommer ofte til å bety at det ikke er virkelig, men noe man innbiller seg. Med den forståelsen som utgangspunkt er det rimelig at man anstrenger seg for å komme bort fra det psykiske, det å innbille seg ting kan minne om galskap. En kunne tenke seg at det skulle være relativt enkelt for legen å tydeliggjøre dette skillet mellom psykologiske forhold som på normalt vis påvirker kroppen, og naturlige følelsesmessige reaksjoner på det å leve med helseplager. Det første blir man klokere av, det andre innebærer anerkjennelse og støtte.

Jeg viser igjen til Ekerholt og Berglands studie som eksemplifiserer dette (2004). I analysen av sitt materiale finner de at ordet ”psyko” i behandlingens navn; psykomotorisk fysioterapi, skapte visse fordommer. Generelt hadde informantene et heller kritisk enn positivt inntrykk av behandlingsformen før de startet. Likevel var de mindre negative til å oppsøke psykomotorisk fysioterapi enn til å oppsøke ulike former for psykoterapi, noe informantene selv tilskrev de fysiske plagene som grunnlag for å søke hjelp. Ett av temaene som diskuteres i studien er informantenes beskrivelser av hvordan de opplevde at kroppsundersøkelsens funn ble forstått og formidlet. Det ga mening når smertene ble relatert til noe konkret, som å holde pusten eller heve skuldrene, og ikke tilskrevet diffuse psykologiske forhold. Ved å fokusere på kroppen som kilde til kunnskap, opplevde informantene seg respektert, også i den bokstavelig talt ”avkledd undersøkelsessituasjonen”. De slapp å kjempe for sin verdighet, men kunne engasjere seg i utforskning av sine symptomer, sammen med terapeuten.

Dette er i tråd med Anne Werners funn (2005). Hun viser i sin undersøkelse at en anerkjennende holdning fra legens side, som å bli lyttet til og trodd, styrker tilfriskningsprosessen og bidrar til at pasienter i større grad aksepterer, og tilpasser seg et liv med vedvarende eller tilbakevendende smerter. Å måtte kjempe for å bli trodd er en påkjenning som kommer på toppen av den belastningen kroniske smerter innebærer. Å slippe den kampen frigjør oppmerksomhet og energi til arbeidet med å få det bedre.

Det A fortalte om ryggsmertene ved første møte med terapeuten ble satt i en sammenheng som ble forståelig for henne. Det gjorde samtidig hennes egne erfaringer til gyldig kunnskap, kunnskap hun må ha kjent at hun kunne nyttiggjøre seg. Man kan se for seg hvordan hun gikk ut etter den timen, med løftet hode, lettere til sinns og med tro på at hun ville takle ryggsmertene, også på reise.

Slik jeg ser det handler A`s kliniske narrativ først og fremst om en bevisstgjøring av sammenhenger. Dette skjer gjennom kunnskapsformidling og opplevelser i egen kropp; spenningen som slapp. En forståelse for de tilbakevendende smertene skaper en trygghet som gjør dem lettere å leve med, og som hun ikke lenger behøvde å la seg begrense av i samme grad. Samtidig har trygghet direkte og positiv innflytelse på fysiologiske forhold som respirasjon og muskulært spenningsnivå (Linton og Shaw, 2011).

Det er tankevekkende at A trekker frem den første samtalen som en av de viktigste, den kom før all behandling som senere fulgte, hun husker ikke så godt hva den inneholdt, men den gjorde mye. Den må handle om å bli sett og møtt på en god måte, den må ha gitt håp og tro på egen mestring.

## 6.2 Traumefortellingen

B har gått til psykomotorisk fysioterapi i 12 år. Hun har erfaring med to forskjellige terapeuter, da den første ble syk og døde. Det var fastlegen som henviste henne, som hun sier; *mest for å bearbeide og sette ord på problemene jeg hadde*. Hun var plaget av mye smerter i kroppen. Legen forsto at hun trengte hjelp, men verken hun selv eller legen hadde funnet ut *hvor skoen trykket*. Psykomotorisk fysioterapi var ukjent for B, og hun forteller at terapeuten spurte mye; om opplevelser i barndom og oppvekst, og hennes reaksjoner på det hun opplevde. Det kom mange tårer den første tiden.

B har gjennom livet hatt en følelse av at alt var hennes skyld, at det var hun som hadde alle feilene. Det har vært vanskelig å sette ord på vonde erfaringer, og slik jeg tolker B trengte hun noen som satte ord på dem for seg, og gav sine egne følelsesmessige uttrykk for dem. Jeg tenker på dette som en slags realitetsorientering, der en fagperson med utgangspunkt i fortellingen og med sin kunnskap, setter ord og riktig navn på det som hendte. Terapeutens faglige autoritet og medmenneskelighet synes like viktig her. Terapeuten hjelper B til å se at hun har vokst opp under svært belastende forhold, hun har vært utsatt for ydmykelse og krenkelser. Hun har fått hjelp til å se at ansvaret ikke ligger hos henne, og at hennes reaksjoner er normale. Det var omstendighetene som var unormale.

I intervjuet med B er temaer som å bli sett og bekreftet gjennomgående, og det på en fysisk og konkret måte. Hennes fortelling til meg vitner om at behandlingen har hatt en identitetsbyggende karakter. Kunnskap om personlighetsrelaterte diagnoser, traumeteori og fysiologisk stress- og aktiveringsrespons må ligge til grunn for at B ble møtt som hun gjorde, og terapeuten har delt denne kunnskapen med B.

Jeg har kalt dette kliniske narrative ”Traumefortellingen”. Utgangspunktet kan være krenkelser i form av manipulering og maktutøvelse, omsorgssvikt og avvisning. Det kan være snakk om fysiske eller verbale overgrep, som forstyrrer en hver anledning til å bygge identitet



og integritet. Som barn er man prisgitt sine nærmeste og har begrenset mulighet for å motsette seg eller endre de rådende omstendigheter. I denne sammenhengen setter jeg likhetstegn mellom vedvarende krenkelser og traumatiserende livshendelser og livsbetingelser, og snakker ikke om fysiske traumer i forbindelse med ulykker og skade.

Som det påpekes flere ganger i denne oppgaven, var det aldri hensikten at informantene skulle gjenfortelle sin historie til meg. Dermed kjenner jeg ikke til konkrete hendelser eller situasjoner i B's liv, og vet ikke hva hun har vært utsatt for. Hennes historie ligger likevel mellom linjene, og gir meg trygghet for at vi med rette kan kalle den en traumefortelling. Hun var forberedt på at hun ville kunne kjenne noen *hvelvinger* i seg når hun skulle fortelle om å fortelle.

Som Kirkengen og Thornquist hevder (2012), er det sammenheng mellom opplevd smerte, frykt og hjelpeløshet på bakgrunn av krenkelser i mellommenneskelige relasjoner, og uttrykk for det samme, i form av komplekse symptomer og sammensatte lidelser. De viser til solid epidemiologisk evidens på denne sammenhengen, men peker på den naturvitenskapelige metodes vanskeligheter med å forklare hvordan den gjør seg gjeldende. Med andre ord; på hvilken måte hendelser som krenker ens personlige integritet setter spor? I følge forfatterne kan en fenomenologisk tilnærming komme nærmere et svar på dette, og særlig den delen av fenomenologien som mest radikalt knytter subjektivitet til kroppen. Biologiske strukturer i sentralnervesystem, immunsystem og hormoner sørger for fleksibel tilpassning og dynamisk stabilitet i en foranderlig og uforutsigbar verden. Avgjørende for å kunne overleve og sikre sin velferd innenfor de omgivelsene en lever under, er evnen til å avgrense selvet i forhold til andre, og å identifisere tegn på fare. Evnen til å tolke og differensiere tegn foregår i alle lag av eksistens, fra cellenivå til personlighetsstruktur, med utgangspunkt i normal fysiologi. Fortolkning, reaksjoner og svar på de stimuli vi utsettes for, har på denne måten utspring i biologien, og modifiseres gjennom erfaring og læring. Den normale fysiologiske respons på stress, smerte eller frykt er universell, og manifesteres som endringer i blodtrykk og hjerterytme, respirasjon og muskulært spenningsnivå, blant annet (ibid).

I følge forfatterne kan forskning innenfor ulike biomedisinske disipliner nå vise til sammenfallende funn hva gjelder kroppens reaksjon og svar på smerte eller fare, eller trusler om dette. Om faren er fysisk, konkret og ekstern, med direkte innflytelse på kroppen, er den normale fysiologiske responsen den samme som når faren er en trussel mot, eller faktisk

krenkelse av personens integritet. Den fysiologiske stressresponsen er ment å iverksette en hensiktsmessig handling der målet er å unngå skade, berge liv og helse, og ivareta sin integritet. En hensiktsmessig handling kan i noen tilfeller være å ta opp kampen, i andre tilfeller flykte, mens en tredje mulighet er å ”legge seg midlertidig død”. Det siste innebærer dissosiasjon, eller en avspaltning mellom kropp og selv (Kirkengen, 2005).

Ydmykelse, forakt og avvisning, som engangshendelser eller gjentatt over tid, og særlig utøvet av signifikante andre, er eksempler på fenomener som lett internaliseres hos den som erfarer, med direkte og indirekte kroppslige konsekvenser (ibid). Når erfaringene har etablert seg som interne sannheter på et mentalt og følelsesmessig plan, kan de komme til uttrykk som maktesløshet, skam og selvforakt, noe som igjen kan føre til (selv)destruktive handlinger, i en ond sirkel. De rent kroppslige konsekvenser kan innebære sykdomstegn på celle, hormon- og vevsnivå, som økt sårbarhet for infeksjoner, inflammasjon og patologisk celledeling (Kirkengen og Thornquist, 2012). Det vil kunne bety alvorlig, sammensatt og kronisk sykdom, der lidelsen uttrykker en truet eksistens, og selvet selv, er blitt den (andre) som truer. Forfatterne knytter dette opp mot autoimmun sykdom.

I klinikken møter vi ikke så sjelden pasienter som presenterer flere sykdomsforhold enn det de er henvist for til psykomotorisk fysioterapi; astma og allergi, diabetes, forhøyet blodtrykk, hjertelidelser, fordøyelsesforstyrrelser og overvekt. Det kan være gjentatte infeksjoner i luft eller urinveier, eller sub-akutte inflammasjoner i senefester og ledd.

Det er grunn til å tro at B er møtt med den teoretiske forståelsen jeg har vist til over. B formidler et inntrykk av at terapeuten besitter denne fagkunnskapen, og anvender den sammen med sin narrative kompetanse. Terapeuten leser B, slik hun selv uttrykker det i utdraget på side 48, og fanger opp fortellingens plot. I lys av den kliniske fortellingen ser terapeuten hvor skoen trykker.

Det er imidlertid et møysommelig og tidkrevende arbeid å nøste tilbake den nesten usynlige tråden som kan vise vei til selvet, før det ble krenket. Noen ganger er det nesten ikke noe før. Da må jeget bygges underveis. For B fortsetter dette arbeidet, brikkene har falt på plass, og hun er blitt sterkere, men det er fortsatt rart å kjenne hendene som sine egne, eller skulle ta hensyn til sine egne behov.

De tema som kommer til syne i B's samtaleerfaringer blir logiske når vi får et innblikk i hennes kliniske fortelling. Det er forståelig at for B er det trygge rommet særdeles viktig. Terapeutens blikk og oppmerksomme nærvær synes å være en ny og svært verdifull erfaring. Gjennom å fortelle setter B ord på sin historie, kanskje en historie som har vært mer eller mindre språkløs, men innskrevet i kroppen, slik Kirkengen snakker om det (2005). Å bli fulgt med øynene av en som vil deg vel, forsteker opplevelsen av å være til. I terapeutens blikk oppdager hun gradvis seg selv, det har tatt tolv år så langt.

I samtalen legger B vekt på at terapeuten snakker direkte til henne. Terapeuten formidler noe som er universelt og sant; du har rett til å hevde din mening. Det gjelder for alle, men budskapet er utelukkende adressert til B, det er ikke noe hun sier til hvem som helst. Terapeuten ser på B, holder blikket hennes og gjentar det: "du har rett til å sette grenser for andre, og hevde din egen mening." Det gjør sterkt inntrykk på B.

Siri Hustvedt (2012) forteller om noe hennes mor engang sa til henne, i ungdomsårene tror hun. Hun husker ikke sammenhengen ordene oppsto i, men har et klart minne om hvor det var; en velkjent strekning i nærheten av hjemmet, der de to kjørte bil. "It must have been summer, because the grass was green and the trees were in full leaf." Ordene var disse: "Don't do anything You don't really want to do" (s.15). Den strekningen de kjørte da setningen ble uttalt, er for evig tid forbundet med disse ordene sier Hustvedt, og fortsetter: "Unlike some hackneyed phrase lifted from the pages of a parenting guide, my mother's sentence was addressed directly to me, and it was given with knowledge, empathy, and love. No doubt, that is why her words have stayed with me. I felt them" (s. 21).

En tanke som gjorde seg gjeldende for meg i intervjuet med B, og som jeg svært ofte har tenkt i møter med egne pasienter, er at mange bærer sin historie nokså alene. Det er grunn til å tro at B's fortelling, eller deler av den, har vært vanskelig å dele med venner, familie, kolleger eller andre bekjente. Vi er og har den fortellingen vi bærer med oss, samtidig som vi lever i den virkeligheten som omgir oss, og som er en helt annen fortelling. Å integrere traumefortellingen i et normalt liv er et krevende øvelse. Det er strevsomt og ofte ensomt, og det kan være vanskelig å framstå som et helt og samlet individ. Det skal trygge rom og trygge mennesker til, og det tar tid å skape en ny fortelling, som inkluderer både før og nå.

## 6.3 Angst

C har vært i psykomotorisk behandling i vel ett år. Hun er henvist av fastlegen etter anbefaling fra en aktør i kommunehelsetjenesten. Av C får jeg beretningen om et helt liv. Hun forteller om å bli kastet ut på dypt vann som ung mor, om sykdom og tap, og om å ha legning for dystre tanker. Hun skildrer år med sterke magesmerter, søvnløshet, angst og depresjon. Hun forteller også om økende medikamentavhengighet. Flere utredninger med tanke på organisk sykdom ble foretatt før en lege konkluderte med angst. Det ble poliklinisk kontakt og siden innleggelse i psykiatrisk sykehus, hvor hun til slutt også fikk hjelp med å avvikle bruken av vanedannende medisiner. Nå har hun vært hjemme og klart seg bra, med god støtte fra fysioterapeuten.

C's historie er en fortelling om mestring. Hun forteller om hvordan hun lærte seg autogen trening og leste bøker om angst, når hun først forsto hvordan ting hang sammen. For ikke lenge siden skrev hun om angsten som fenomen, om hvordan den har preget livet hennes og hvordan hun har tatt tak i den. Hun leser teksten for meg og det er et bevegende vitnesbyrd om opplevd og levd angst. Å skrive er god terapi sier hun. Hun forteller at hun har gått langt i å kreve den profesjonelle hjelpen hun mente hun trengte, og hun har gjort seg nytte av den. Hun ga avkall på medikamentell lindring og gikk inn i den krevende prosessen det er å stå i angst.

Før vi kommer så langt som til hennes opplevelse av samtalen i psykomotorisk fysioterapi, har hun gitt meg levende skildringer av både gode og smertefulle livshendelser, og hvordan hun har arbeidet seg gjennom utfordringer og tap. Slik hun selv beskriver det er det en medfødt sårbarhet, og opplevelsen av å stå alene i møtet med virkeligheten, som har gitt henne angst, mer for livet enn for døden?, spør hun seg selv. Samtidig er det når hun står i de mest dramatiske livshendelser at angsten viker.

Jeg sitter igjen med et inntrykk av at for C er det naturlig å fortelle sin historie, ikke bare til fysioterapeuten og fastlegen, men også til meg, og kanskje aller mest til seg selv. Innbakt i den kronologiske fortellingen ligger det mange historier som gir mening til hennes liv, de forteller om og vitner om hvem C er. Med åpenhet forteller hun om medisnavhengighet og sitt møte med psykiatrien, og med stolthet forteller hun om hvordan hun med god hjelp har tatt grep, og arbeidet med angsten på sin måte.

I behandling har C en klok og lyttende samtalepartner slik hun gir uttrykk for det. Hun kan åpne seg og få satt ord på ting, det kan handle om *å få tømme seg, få råd eller korrektiv*. Noen ganger virker samtalen direkte inn på angsten, og kanskje mest når hun selv får fortelle;

*Det er noe med tryggheten og det at jeg kan åpne meg, fullt og helt, og fortelle om dette her helt sånn impulsivt. Det gjør at den (angsten) liksom blir borte. Jeg har aldri vært i nærheten av noe lignende. Aldri. Jeg gleder meg bare til å være der.*

C vektlegger også tryggheten og friheten i samtalerommet, angsten viker i det rommet, det er et godt sted å være. Samtalen synes også å ha en renselsesfunksjon, i tråd med psykodynamisk tenkning. Slik jeg forstår C får hun *ristet av seg* destruktive tanker og forestillinger som bidrar til å holde angsten levende. Men mer enn noen av de andre formidler C viktigheten av selve (den kliniske) fortellingen; det at hun gis anledning til å fortelle hele sin syke- og livshistorie, med egne ord. C får lov til, og hjelp til å formulere sitt livs drama, og dermed gi sin skjebne mening.

Å fortelle handler om å sette ord på hendelser og erfaringer. Verbalisering av erfaringer, både nye og de som tidligere ikke har kommet til uttrykk gjennom språket, gir erfaringene mening og nye dimensjoner, de blir vitnesbyrd om fortelleren og dennes levde liv. Å fortelle betyr å fortelle til noen, men man blir også selv lyttende. Man hører seg selv sett ord på sin historie, noe som innebærer at man erkjenner og tar ansvar for den. I motsetning til B som hadde behov for at en annen satte ord på hennes historie i første omgang, synes C i større grad å ha identifisert seg med sin historie, hun anerkjenner og respekterer den slik jeg oppfatter henne.

Ved å fortelle og snakke om det fortalte, styrkes forholdet mellom erfaring, forteller og fortelling. Vi ikke bare refererer, men skaper vår virkelighet gjennom å fortelle om den, eller som det også er uttrykt: ”Våre liv blir i stor grad de fortellingene vi forteller om oss selv” (Frich, Schei, og Stene-Johansen, 2004, s. 24).

Arthur W. Frank problematiserer det temporære forholdet mellom erfaring og fortelling. Den alminnelige oppfatningen sier han, er at en hendelse eller et fenomen først erfares, i neste omgang fortelles det om hendelsen, som en slags imitasjon av erfaringen. Han henviser videre til antropologen Cheryl Mattingly (i Frank, 2010) som snur dette på hodet og sier at det ikke finnes virkelighet uten fortellingen; fordi vi har historier opplever vi at vi erfarer.

Erfaringen blir en iscenesettelse og oppføring av på forhånd, gitte historier (s. 21). Jeg kan ikke forstå annet enn at det må foregå en vekselvirkning mellom fortelling og erfaring, og at språket og ordene som benyttes påvirker begge deler. Når C kan fortelle om angsten er det naturlig å tenke at hun allerede har erfart den, men det å språkliggjøre erfaringen vil også endre den; angsten fortøner seg annerledes når det snakkes om den, *den blir borte*.

Fortellingen kommer erfaringen i forkjøpet og former den. Når ord uttales gjennom stemmen, det vil si kroppen, og språket, virkeliggjøres både fortelling og erfaring. Uvirkelighetsfølelse er angstskapende, slik jeg var inne på tidligere (Berge og Repål, 2006), mens forankring til virkeligheten kan være angstlindrende. Forankring til den fysiske virkeligheten, som å rette oppmerksomheten mot føttenes kontakt med underlaget, er et virkemiddel i behandling av angsttilstander i psykomotorisk fysioterapi.

For C kan det synes som om det å fortelle til terapeuten og seg selv, ufarliggjør og plasserer angsten. Det gir assosiasjoner til eventyr om troll som sprekker i sola; å få snakke om angsten, er å bringe den fram i dagslyset, man betrakter den sammen med noen, finner kanskje ut hva den handler om, hva den gjør, og hva den hindrer en i å gjøre. Å identifisere den gjør det kanskje lettere å forholde seg til ulike sider av den, den blir mindre truende. C's kliniske narrativ handler slik jeg ser det om fortellingens potensial og kraft.

## 6.4 Den fremmede kroppen

D har gått til behandling i to og et halvt år på intervjudtidspunktet. Hun var inspirert av en venninne som hadde hatt god nytte av psykomotorisk behandling, og ønsket å få hjelp til å forstå mer av seg selv. Hun var ikke plaget av smerter da hun oppsøkte behandling. Hun hadde ikke henvisning fra lege og finansierte sin behandling uten støtte fra NAV. Det var viktig for henne at terapeuten var *klarert* av venninnen, og hun ønsket hjelp som gikk utover ren samtaleterapi. Følgende erfaring anskueliggjør dette:

*Da jeg var ung hadde jeg et besøk hos en psykiater, jeg hadde spisevegring, og jeg forklarte min situasjon. Han sa at jeg forsto situasjonen veldig godt og at han derfor ikke kunne hjelpe meg. Selv om han hørte på meg den tiden timen tok, så syns jeg nå at det er helt utrolig at han ikke kunne gripe fatt i noe.*

Jeg skal gjøre oppmerksom på at dette utsagnet ikke kom i tilknytning til spørsmålet om bakgrunn for valg av psykomotorisk fysioterapi, men det samsvarer med flere av D`s utsagn som formidler en skepsis til en utelukkende psykologisk samtale for hennes del. En kognitiv innsikt i problemet er ikke tilstrekkelig. Slik jeg forstår henne er det en tendens til intellektualisering og analytisk grubling både hos henne selv og i hennes venninnekreter. Hun vet at hun uttrykker seg lett verbalt, og ville ha kroppen med denne gangen. Som det framkom i noen av D`s utsagn i forrige kapittel, har hun en oppfatning av at kroppen har sitt eget språk og formidler sitt eget budskap. Hun ønsket hjelp til å lære dette språket for bedre å forstå budskapet.

D forteller at i hennes oppvekst var det ikke akseptert å vise sinne. Det sier noe om hvilke forventninger hun er blitt stilt ovenfor, hva slags atferd som har medført anerkjennelse, og hva som har ført til avvisning. Nå vet hun at *det (sinne) er en type følelse det er lov å ha*, men den er ikke internalisert som en erfart visshet, slik jeg forstår henne. Det er fortsatt en kognitiv og rasjonelt betinget innsikt.

Konsekvensene av tilbakehold av affekter er beskrevet i mange sammenhenger innenfor psykodynamiske tradisjoner. Braatøy (i Sviland, 2005), snakket om den umiddelbare og negative effekten på muskulær spenningstilstand og bevegelse, særlig i mimisk og perifer muskulatur (ansiktsmuskulatur og muskler i hånd og fot). Gjennom ubevisst, autonom regulering av pusten holdes både verbale og kroppslige uttrykk tilbake.

Som Engelsrud redegjør for i teksten: *Kvinner i bevegelse mellom lengsel og lyst* (1997), er vi som kropper i møte med ytterverdenen, kontinuerlig utsatt for inntrykk som må bearbeides. Påvirkningen kan være vanskelig å beskytte seg mot fordi kroppen responderer spontant, i form av autonome funksjoner. I slike situasjoner er det vanskelig å artikulere hva som faktisk skjer. Dersom kroppens autonome signaler ignoreres, medikaliseres eller foraktes, vil i følge Engelsrud personen miste tilgangen til kroppen som differensieringskilde. ”Konsekvensen kan bli en hjelpeløshet i det å fortolke kroppen” og ”personen blir tilsvarende sårbar når hun eller han utsettes for påvirkning som kroppen ikke lenger er i stand til å fortolke til eget beste” (ibid s.17).

På spørsmål om hun kan huske en spesielt viktig samtale, forteller D en historie som har alle fortellingens elementer. Plottet i denne historien viser seg å være et gjennomgangstema også i

behandlingen, og er samtidig et eksempel på hvordan det å tenke om historien, er forskjellig fra det å tenke på den (Watson, 2007). Å tenke om historien er å erkjenne at den har en betydning for ens liv og gjennom det formidler en sannhet om det livet (ibid). Fortellingen gir en skildring av den hjelpeløsheten som kan oppstå når kroppens budskap ikke fortolkes riktig, og dermed ikke får sitt adekvate uttrykk.

D: (Lang tenkepause) *Ja. Jeg husker at jeg fortalte om en episode da jeg hadde truffet søsteren min og datteren hennes tilfeldig i skogen. Jeg var på vei hjem fra en skitur, og de var på vei inn i skogen, og vi stoppet opp for å snakke. Så kom en venninne av min søster. Det var meningen at jeg skulle gå videre med datteren til søsteren min, men så begynte søsteren min og venninnen hennes å prate, og så ble jeg og niesen min sittende fast i situasjonen, men samtidig var vi usynlige og klarte ikke å gå. Da ble jeg lei meg som vanlig, trodde jeg, men så spurte terapeuten min om jeg egentlig var sint. Da innså jeg at jeg i alle fall var sint på vegne av niesen min, fordi jeg følte at jeg skulle vært voksen og si: kom, nå går vi, vi behøver ikke å stå her, du blir kald!*

*Hvis jeg ikke hadde hatt samtalerommet med terapeuten min, så ville jeg ikke ha kommet på situasjonen en gang. Den ville nok bare ha blitt liggende som noe gruff. Hun hjalp meg å forstå hvorfor jeg ble sittende fast der. For det er jo det som alltid har hendt. Jeg skjønner ikke at jeg har en mulighet til å komme meg ut av situasjonen, og at jeg har en veldig fast plass i et hierarki. Det er en situasjon som vi har kommet tilbake til som et slags eksempel.*

D's samtaleerfaringer er knyttet til arbeidet med å styrke kontakten mellom følelser og kroppen, og forholdet mellom tanke og følelse, slik jeg oppfatter det. I behandlingen trener hun på å identifisere følelser på bakgrunn av det hun kjenner i kroppen. Slik jeg forstår henne vil hun lett ignorere, avvise eller faktisk ikke oppleve følelsen, men gå direkte til en rasjonell analyse av selve hendelsen eller erfaringen. Den kan deles og eventuelt diskuteres med andre, men i et distansert perspektiv. Når det å være sint, som en følelse med tilhørende atferd, innebærer sanksjoner, er det naturlig å holde det tilbake. Det blir ingen farbar vei å gå, dersom en ikke ønsker avvisning.

Som von der Fehr, henviser også Engelsrud til biologen Hoffmeyer. Han sier at kroppen fortolker sine omgivelser og skaper sin omverden, slik er kroppen en virkelig historie, som



må forstås som en livshistorisk forankret fortelling (i Engelsrud, 1997, s.12). I videreføringen av en slik forståelse blir kroppen en måte å forholde seg til og håndtere sine omgivelser på.

Det er konsekvensene av denne kroppsfortellingen jeg anser at D får hjelp til å utforske gjennom samtalene med sin terapeut. Samtidig som hun får øvelse i å konkretisere og kroppsforankre opplevelser som hun tidligere har bearbeidet på et mer analytisk og abstrakt nivå. D har mange samtaleerfaringer utenfor det psykomotoriske rommet.

I de to foregående kapitlene var mange av D`s utsagn sitert. Hennes erfaringer med den psykomotoriske samtalen uttrykker et eksplisitt svar på to av studiens sentrale spørsmål. Jeg oppfatter at D svarer positivt på at samtaler med utgangspunkt i den kliniske fortellingen bidrar til å få fram kroppens tause kunnskap, og at det bidrar til tilfriskning.

Med henvisning til sitatet over er det tydelig at D fikk hjelp til å identifisere og forstå sider ved seg selv som ikke er helsefremmende for henne. Sinne som ikke kommer til uttrykk vil lett slå tilbake på en selv i form av passiv resignasjon, selvforakt eller aktiv selvdestruksjon. D sier noe om at hun ikke skjønner at hun har muligheter, og derfor, resignert, blir værende på sin faste plass i hierarkiet.

Gjennom sin fortelling til terapeuten, og hennes respons på fortellingen, ble hun klar over dette forholdet. Den gjensidige høyttenkningen om episoden ga den ny mening, i forhold til hvordan hun hadde tenkt på den alene. I den nye meningen lå også kimen til endring; fra å ikke skjønne at hun hadde muligheter, ser hun at hun kan ha muligheter, til å bevege seg bort fra sin fastlåste plass.

På spørsmål om hvordan hun kom til å fortelle om denne episoden til terapeuten, svarer hun at hun hadde gått en stund i behandling før hun skjønnte at den kunne ha sin berettigelse. Blant annet handlet det om ”spillerrommet” i det psykomotoriske konteksten; opplevelsen av at det som *ligger deg på hjertet* er relevant, fordi det forteller noe om deg og gjenspeiler din emosjonelle og kroppslige tilstand i øyeblikket (som uttrykket tilsier).

## 6.5 Den berømte smellen

E har gått til behandling i vel et år. Hun har som B hatt to terapeuter da den første flyttet ut av kommunen. Hun ble anbefalt psykomotorisk fysioterapi av en kollega på jobben, og fikk henvisning av sin fastlege. På spørsmål om hva som er bakgrunnen for at hun går i PMF svarer hun: *Det var den berømte smellen.*

Hun forteller at hun ble sykemeldt da hun, nesten fra den ene dagen til den andre, opplevde at kroppen *streiket*. I det hun skal til å beskrive hvordan hun hadde det da hun startet i behandling, forteller hun at hun kjenner en uro ved det. Minnet om den tiden er ennå nært, opplevelsen sitter i kroppen.

*...kroppen sa stopp, jeg fikk fryktelig mye smerter og klarte ikke å gjøre det jeg skulle gjøre på jobb. Legen sykemeldte meg, først en uke.. jeg hadde aldri vært sykemeldt før, og det satt fryktelig langt inne, det var et stort nederlag. Jeg var langt nede, ...jeg fungerte ikke. Jeg var helt tappet for energi, jeg hadde bare vondt og var trist, ikke ork til noen ting. Jeg var veldig annerledes, og kjente så veldig på en mangel på mestring, mestret jo ingen ting. Og det ble så...det var det som gnagde hele tiden, at jeg ikke dugde til noe, ikke på jobb, ikke hjemme, ikke som mor, ikke som kone, det ble bare veldig negativt, fryktelig vondt!*

*Og så sa legen, hele tiden; du må finne måter hvor du tar vare på deg, vis deg selv omsorg, gjør ting du synes er hyggelig, ting som kan bygge deg opp og gi deg energi. Men det ble vanskelig, jeg følte nok ikke at, ...det var forferdelig vanskelig for meg å verne om meg, for jeg følte jo på en eller annen måte at det forjente jeg ikke, det ble innmari vanskelig, for jeg var så skuffet, jeg skjønnte ikke at det skulle skje, det kom helt bardus på meg, plutselig var jeg helt ute, uten at jeg hadde skjont at det skulle komme, det gikk ikke an å ta seg sammen, eller stå på, og da følte jeg liksom at... skuffelsen var ..., og det sitter i ennå. Jeg er forferdelig skuffet, selv om det ikke er riktig og sånn, så hadde jeg ikke forventet det av meg, jeg hadde et annet bilde av meg selv.*

Jeg kjenner igjen beskrivelsen, og jeg har møtte mange kvinner som ville gått god for en slik framstilling. I klinikken møter jeg mange mødre, med ansvarsfulle jobber og høye krav til sin egen rolle i familie- og arbeidsliv. Når smellen er et faktum, dominerer opplevelsen av at det er den fysiske kroppen som svikter. Slik jeg kjenner disse kvinnene har de sjelden satt sine

kroppslige og følelsesmessige behov i første rekke, eller er ikke i kontakt med slike behov. Slik registrerer de ikke nødvendigvis alminnelig tretthet. Fundamentale behov som hvile og ro er ikke tema i deres hverdag. Kvinner som E får til det aller meste, og på beste vis. De fremstår som opplagte og i godt humør i samvær med andre, de har alltid omtanke for andre og er på tilbudssiden. De er gjerne lette å betro seg til, lette å støtte seg til. Fallhøyden er stor når kroppen svikter, den plutselig manglende evnen til å ta seg sammen er ofte forbundet med nederlagsfølelse og skam.

E forteller at hun reagerte med vantro og skuffelse når hun måtte erkjenne at det ikke var mulig å ta seg sammen mer, eller strekke seg lenger. Slik Kirkengen og Ulvestad fremstiller det, kan det handle om overbeskatning av ressurser (2007). De bruker begrepet ”allostatisk oppladning” for å beskrive kroppens forsøk på å tilpasse seg ulike utfordringer. Allostatisk oppladning skjer i kriser eller gjentatt opplevelse av fare. Ved kontinuerlig belastning vil individet være preget av en vedvarende oppladningstilstand som overbelaster flere av kroppens tilpasningssystemer. Konsekvensene kan være nedsatt immunforsvar, autonom dysfunksjon og andre komplekse funksjonsforstyrrelser, men også angst og depresjon, kronisk smerte og kronisk tretthet (ibid).

E`s fortelling gjør ikke mindre inntrykk på meg fordi jeg kjenner den igjen. Hun forteller den med intensitet, bruker kroppen, vil finne de riktige ordene, utdyper og nyanserer, for at jeg skal forstå tror jeg, og kanskje for at hun selv skal forstå? Hvordan det var, hva det var som skjedde. På spørsmål om hun kan gi et eksempel på en samtale som var særlig betydningsfull svarer hun dette:

*Det der, som jeg var inne på i sted, det med å ta ansvar, det har jeg aldri vært bevisst på, og den samtalen vi hadde der inne, den dagen, hvor hun faktisk påpekte ut i fra hva jeg sa,..for det var både dette med å ta ansvar i samtaler, for eksempel når man er på besøk, eller er i samtaler med venninner, eller møter folk på butikken, jeg kjenner på ansvaret for å dra samtalen..., holde den i gang...*

*Så var det det med tiden, at jeg tar ansvar for tiden, som pasient eller klient, uansett om jeg er hos legen eller om jeg er på foreldresamtale angående mine egne barn, så sitter jeg og tar ansvaret for tiden ...ja, sånn at det ble så veldig ... du tar ansvar for alt og alle hele tiden, ubevisst, og det er klart at det stresser! Og det var jo ikke jeg bevisst på i det hele tatt! Jeg*

*har virkelig aldri tenkt på det, og det er ikke nå sånn at jeg har sluttet med det, men jeg har blitt bevisst på det. At..... (sier navnet sitt i en glipp) dette er ikke ditt ansvar! ...Så det var en veldig god samtale, og en veldig bevisstgjørende episode.*

I den lille pausen etter at hun har snakket ferdig, tror jeg vi begge kjenner på hvor slitsomt det er å være oppmerksom på alt og alle, og til enhver tid, og hvor godt det er å legge fra seg ansvaret av og til. Vi sukker og puster ut begge to, når hun er ferdig med den fortellingen. Jeg spør henne senere om hun husker hvordan den samtalen startet.

*Jeg lurer på om den begynte på slutten av en time.. fordi jeg liksom ..... jeg ga uttrykk for at jeg begynte å bli stresset, at nå ...er vi på overtid. Ja, jeg begynner å spenne meg fordi timen bør egentlig snart være...jeg klarte ikke å slappe av på benken, selv om det var akkurat det jeg skulle, det var helt umulig. Og at hun tok det opp igjen neste gang, og spurte "Er det ofte sånn at du føler deg stresset av tid, andres tid?" Jeg tror det var det, at hun tok det opp igjen. For meg ble det rett og slett en sånn "a-ha" .. en vekker. Det var en samtale som kom ut av en lengre....den kom i en sammenheng.*

Jeg ser for meg at terapeuten må ha tenkt at dette rekker vi ikke å ta opp i dag, pasienten kan ikke ta inn mer nå, hun er allerede et annet sted. Men hun gjør et lite notat og bringer det opp igjen neste time. "Timing" er god, E kan ta inn spørsmålet og det får henne til å tenke. Spørsmålsstillingen er ikke konfronterende, snarere reflekterende; Er det sånn at..?

Lilleås og von der Fehr (2011) intervjuet i en studie 71 kvinner med kroniske smerter, de varierte fra 25 til 70 i alder og representerte ulike sosiale forhold. Forfatterne baserte seg på tidligere studier som tok utgangspunkt i kvinners egen forståelse av sine erfaringer med kronisk smerte, blant annet Lilleås sin doktoravhandling fra 2003. Der ble kvinnenens praksis med hensyn til arbeids- og familieliv undersøkt. Deltagerne ble inndelt i tre grupper: tradisjonelle kvinner, pionerer og unge moderne kvinner. Et hovedfunn var at kvinnene på tvers av alder og andre ulikheter, aksepterte det som naturlig å skulle være tilgjengelig for andre. "The natural female body was the one that was supposed to be available for others" (ibid s. 258).

Studien konkluderer med at det foreligger et opplevd press fra omgivelsene på disse kvinnene, om å fylle tradisjonelle og moderne roller på samme tid, noe som innebærer alltid å

være i beredskap for andre. Slik blir det vanskelig å være tilstede i og for seg selv, og man kan miste tilgjengeligheten til seg selv.

Forfatterne forklarer hvordan dette fører til en smertefull kropp, og tar utgangspunkt i hva som konstituerer internaliserte vaner. De baserer seg her på teorier innenfor semiotikk og viser igjen til muligheten for at smerte i noen tilfeller er et selvrefererende symptom, slik det ble beskrevet i kapittel to. Steihaug (2005) er inne på det samme når hun argumenterer for at kroniske smerter må forstås på en annen måte enn andre smerter. Det vil si, ikke som symbol på underliggende faktorer, men som tegn på eller uttrykk for en kroppslig tilstand. Mengshoel og Heggen fant, i en undersøkelse av kvinner som erklærte seg friske fra fibromyalgi, at smertesymptomer fungerte som varsel (2003). Symptomene varslet om for mye stress, og nødvendigheten av å ta det med ro, ikke om at noe var sykt eller galt.

Plottet i E`s fortelling handler om å bli både overrasket, overmannet og sveket av sin egen kropp, satt ut av spill. Elementene er skuffelse, nederlag, tap av kontroll, og sprekker i et selvbilde. Opplevelsen av svik i denne sammenhengen kan tyde på en forståelse av kroppen som noe adskilt fra bevisstheten, som et apparat under bevissthetens kommando, som plutselig sluttet å adlyde ordre. Samtidig forteller E om å bli synlig for seg selv på en ny måte, med de muligheter det gir for positiv endring. Det å bli bevisst fører imidlertid ikke til umiddelbar endring. Det føles merkelig for E at hun fortsatt opplever følelsesmessige og kroppslige reaksjoner når hun beskriver den første tiden i behandling for meg. Imidlertid er det når hun skal fortelle sin historie til behandler nummer to, at hun oppdager at hun virkelig har kommet videre:

*Det var en lettelse i å fortelle det på nytt, for ved å kjenne at alt det som var så vondt og vanskelig en periode, det er jo så mye bedre blitt. Så jeg kan jo se en veldig stor framgang, gudskjelov!*

E`s opplevelse av samtalen er et åpenbaringsnarrativ slik jeg tolker det. Hun blir gjennom dialogen klar over hvordan hun tenker, hvordan automatiserte tankemønstre preger atferd, og hvordan hun har tatt det for gitt at kroppen lar seg styre og kontrollere mentalt. Da den store smellen inntraff, brast noe fundamentalt i hennes selvbilde. En kan tenke seg at det vitner om en sterk identitetsfølelse i utgangspunktet. Men i ønsket om å være tilstede for andre, kan en miste seg selv, slik Lilleaas er inne på (2003). Gjennom samtale med terapeuten fikk E

hjelp til å komme til seg selv på to måter; å få samlet seg, og være nærværende i øyeblikket, og å finne den mer autentiske utgaven av seg selv, slik hun beskriver det i kapittel fem. Hennes prosjekt i behandlingen handler også om å sette grenser, ikke så mye for å bygge et jeg, men for sin utadrettede aktivitet, sin ansvarsfølelse og sin tilgjengelighet.

## 6.6 Oppsummering

Når informantene ble bedt om å fortelle om en samtale som ble spesielt viktig for dem, var det som nevnt med tanke på å spore helende drama (Frich, 2010) i den enkeltes kliniske narrativ. Samtidig antok jeg at disse beskrivelsene kunne peke på noe generelt eller karakteristisk ved den helsefremmende samtalen. De tema jeg trakk ut av informantenes beskrivelser og utsagn i kapittel fem, ble tolket som aspekter ved bevisstgjøring, og reflekterte først og fremst øyeblikksopplevelser av sammenheng, innsikt og erkjennelse. Denne opplevelsen ledsages av en kroppslig fornemmelse; en sterk følelse av visshet.

Slik Mattingly har formulert det, handler slike fortellinger om øyeblikk der erfaringen i seg selv blir fokus for oppmerksomheten (2001). Et signifikant og meningsfullt øyeblikk har relasjon til det som gikk forut for det, og innebærer gjerne en krise eller en avslutning i litterære narrativ. Paralleller til dette i kliniske narrativ, finner sted når det står mye på spill hevder Mattingly (i Frich, 2010). Dermed gjelder det å finne fram til hva som står på spill for den enkelte, og legge til rette for å skape slike øyeblikk. Hjelpearbeidere har svært ofte muligheten til å legge til rette for signifikante øyeblikk, hevder Mattingly, og gjør det også, men like ofte synes de å ignorere dem, eller er ikke i stand til å se at de har vært der konkluderer hun (2001).

Fysioterapeuter i psykomotorisk praksis opparbeider seg narrativ kompetanse, slik materialet bekrefter. Denne kompetansen er egnet til å møte ulike problemstillinger på en annen måte enn en rent biomedisinsk tilnærming innebærer, og gjør det i større grad mulig å fokusere på og åpne for samtaleens muligheter i det kliniske møtet. Det er imidlertid ikke sikkert at dette er tilstrekkelig bevisstgjort hos den enkelte terapeut. Kanskje kan det være noe av grunnen til at pasienter ønsker å fortsette behandlingen, uten at terapeuten helt skjønner hvorfor; helende drama utspiller seg også etter at målsettingen for behandlingen er nådd.

Nedenfor vil jeg kort skissere hvordan jeg oppfattet at noen signifikante øyeblikk fant sted for informantene, noe jeg også mener bekrefter den kliniske fortellingens betydning for hver og en av dem.

### **6.6.1 Helende drama**

For A utspilte et helende drama seg allerede ved det første møtet med terapeuten. Sykdomsnarrativets objekt, ryggsmertene, ble gjenstand for utforskning og fortolkning på bakgrunn av to kunnskapskilder; pasienten selv og terapeuten. Den biomedisinske forståelsen av ryggsmertene kommuniserte ikke med pasientens opplevelse og erfaring, slik fysioterapeutens forståelse gjorde det. Terapeuten hjalp A med å integrere sykdomsnarrativet i den øvrige livshistorien. Hun var ikke lenger ryggpasienten med de uforklarlige smertene, men et respektert individ hvis kunnskap og erfaring ble verdsatt og anvendt i forsøket på å forstå og forklare ryggsmertene. Utkommet av et helende drama kan styrke personlig identitet hevder Frich (2010), noe det så ut til å gjøre for A. Hun følte seg sterkere og hadde mer tiltro til seg selv i det som sto på spill akkurat da, nemlig turen til Italia.

B forteller om et sterkt og avgjørende øyeblikk, når terapeuten henvender seg direkte til henne, og sier at hun har lov til å hevde sin mening og sette grenser for andre. Min umiddelbare tanke er at dette ikke kunne vært sagt i første time. For at noe som kan synes som en selvfølge skal kunne tas i mot og integreres som sant og gyldig, må det komme fra en man respekterer, har tiltro til og er trygg på. Behandlingsrelasjonen er avgjørende for B, og i intervjuet vender hun stadig tilbake til terapeutens oppmerksomme og støttende nærvær. Det å bli møtt som et menneske er kanskje det som virkelig står på spill for B, bare da kan hennes vanskelige livshistorie fortelles, og først da kan en ny fortelling begynne.

Intervjuet med C viser ikke til et enkeltstående helende drama. Samtalen og det å få lov til å fortelle, binder sammen og knytter mening til et liv som på ulike tidspunkt ble ”avbrutt”, i form av episoder med angst, etter opplevelser av sykdom, tap og sorg. Gjennom livsfortellingen skapes det sammenheng og mening; C’s personlige lidelse knyttes til mestring og overvinnelse, og styrker C’s integritet. C’s historie er også en beretning om hvordan biomedisinen, i sin fortolkning av C’s magesmerter, kom til kort. I det ”triangelet” som preger det kliniske møtet; pasienten, legen og sykdommen, ble ikke pasientens erfaring og kunnskap inkludert slik jeg forstår henne, fortolkningen (diagnostiseringen) ble utført på

et begrenset grunnlag, og forklaringen glapp. Slik jeg tolket C, var det et vendepunkt for henne da en lege til slutt konkluderte med angst. Hans resonnement harmoniserte med C's egen forståelse, og var kimen til en ny fortelling, den som handlet om å arbeide seg gjennom og mestre angst. I den fortellingen har C nå en sensitiv lytter, støttespiller og medforfatter i terapeuten.

D's beretning om turen i skogen, fortalt til terapeuten, inkluderer hendelser organisert i tid og sted, men også i ulike komponenter og årsaksrelasjonene mellom dem. Uforutsigbare forhold, oppdagelser, tilfeldigheter og utilsiktede konsekvenser er eksempler på komponenter som setter hendelser i en årsakssammenheng og danner historiens plot (Frich, 2010).

Det plot D selv trekker ut av fortellingen viser seg å være et gjennomgangstema, eller et ledemotiv i den kliniske fortellingen; vanskeligheten med å identifisere og gi uttrykk for følelser. Manglende eller uriktig tolkning av følelser gir dårlige eller misvisende retningslinjer for atferd og en opplevelse av å være usikker, låst eller handlingslammet. D oppdager og erkjenner gjennom fortellingen, og samtalen som følger den, at hun har muligheter og valg. At hun bringer denne fortellingen med seg til terapirommet vitner om tillit til at den har en plass der, og tro på at terapeuten kan ta i mot den og vil respondere på den. Slik jeg forstår D's kliniske narrativ handler det om å bli kjent med sitt selvstendige, likeverdige og kroppslige jeg, med de muligheter for livsutfoldelse som det gir. Samtalene med terapeuten fungerer, slik jeg tolker hennes beskrivelser som døråpnere inn til det jeget.

E's inngående beskrivelse av hvordan hennes selvbylde brast, og hvordan hun plutselig ikke lenger klarte å fylle sine viktigste roller i livet, gir assosiasjoner til å miste fotfestet, eller forankringen til det livet en til nå har levd. I intervjuet med E, er hun ennå preget av spørsmål om hva som egentlig skjedde, hvorfor hun, og hvorfor nå. Hun kjenner hvordan det å snakke om den tiden, fortsatt bringer med seg en uro. Hun arbeider fortsatt med å inkorporere sykdomsnarrativet i sin livshistorie, det er store kontraster mellom disse to. Forsøket på å gi sykdommen mening må forstås på bakgrunn av både personlige, sosiale og kulturelle forhold, og det er vanskelig for E å anerkjenne sitt sykdomsnarrativ. For E synes det å være selvforståelse og selvaktelse som står på spill. I samtalene med terapeuten gis det stemme og språk til det uforståelige, og i et gitt øyeblikk, initiert av terapeuten, erkjenner E noe som er avgjørende for tilfriskning, det handler om et altomfattende ansvar som det må settes grenser for.



## 6.7 Avsluttende kommentarer

Slik jeg ser det, kunne de fem kvinnene på et gitt tidspunkt vært henvist til fysioterapi med ”diagnosen” myalgi, eventuelt med tilleggsdiagnoser. Jeg vil tro at deres beskrivelser av symptomene kunne lignet eller overlappet hverandre på flere punkter. Dersom de alle hadde blitt behandlet med samme tiltak, og uten at deres fullverdige kliniske fortelling ble fortalt, lyttet til og respondert på, er det vanskelig å se at de ville kommet videre. Det er lettere å forestille seg at et strukturert anamneseopptak og evidensbaserte tiltak og prosedyrer kunne bidratt til en konsolidering av tilstanden, eventuelt etter en forbigående bedring.

Slik informantene formidlet seg i intervjuene, har de alle blitt møtt som unike kunnskapskilder, hva gjelder symptomenes opprinnelse, mening og konsekvens. De har blitt invitert inn i nye erfaringsrom, og stått i det ukjente og det sårbare. Underveis har de blitt støttet og utfordret, bekreftet og korrigert. De har fått spillerom i trygge rom, og dermed anledning til å utforske og utvikle sine ”selv”, i lys av sine fortellinger.

Som nevnt tidligere, tror jeg på et dialektisk forhold mellom samtaleerfaringer på opplevelsensnivå og som meningsskapende og betydningsfulle i et endringsperspektiv. Det er nærliggende å se det ene som en forutsetning for det andre. Temaene slik de er framtolket på bakgrunn av det materialet som helhet formidler, finner sin logikk i lys av den enkeltes kliniske narrativ. Det er sammenheng og samsvar mellom samtaleerfaring og det innblikk vi får i fortellingen. Selv om funnene i denne studien er svært homogene, finns det nyanser som kan tilbakeføres til det enkelte narrativ. Fremfor alt tydeliggjør analysen, fremstilt i disse tre kapitlene, en individualisert tilnærming til pasient og symptom, der den kliniske fortellingen er sentral.

Fortelling og erfaring vil påvirke og forandre hverandre i et slags evighetsperspektiv. Kanskje har også informantens opplevelse av å fortelle om sine samtaleerfaringer til meg, bidratt til å videreutvikle fortellingen.

## 7 Oppsummering, spørsmål og refleksjon

I dette kapitlet vil jeg forsøke å samle trådene, stille noen spørsmål og samtidig vende blikket ut over den virkeligheten som er forsøkt beskrevet gjennom oppgaven. Med bakgrunn i svært entydige funn kommenterer jeg noen metodiske svakheter, og forhold ved psykomotorisk praksis som valgt kontekst. Jeg vil også reflektere over psykomotorisk fysioterapi som tilnærming til sykdom i vår tid.

Et relevant spørsmål mot slutten av arbeidet er hvorvidt det er mulig å overføre kunnskap utviklet gjennom denne studien, til lignende møter mellom pasient og hjelper? Mitt svar på dette spørsmålet er at samtaleerfaringene framkommet her, er verdifulle innspill i forhold til å bedre kommunikasjon, også mellom lege og pasient, noe jeg vil utdype mot slutten av dette kapitlet.

Jeg vil avrunde oppgaven med å vende tilbake til den kliniske fortellingen som utgangspunkt for de samtaleerfaringer som er presentert, og formidle noen tanker om dens funksjon og berettigelse i andre medisinske møter. En sluttkommentar uttrykker en oppfordring til aktuelle helsearbeidere om å ta i bruk den kunnskapen som er tilgjengelig i arbeidet med denne gruppen av pasienter; en gruppe som ofte oppfattes som vanskelig, men som inspirerer til ny tenkning og ny erkjennelse, også i et etisk perspektiv (Kirkengen og Thornquist, 2012).

### 7.1 Studiens entydige funn (et solskinnsnarrativ)

Jeg har tidligere vært inne på metodiske dilemmaer i analysen av mitt materiale. Disse er primært knyttet til rekruttering, det vil si, hvem jeg har fått tak i, og forhold ved psykomotorisk behandling som kontekst.

Det er utvilsomt en svakhet ved studien at informantene i hovedsak er rekruttert av sine egne fysioterapeuter. Det er naturlig at terapeutene har henvendt seg til de av sine pasienter som de har en god dialog med, der de selv føler at samtalen fungerer. Det er grunn til å tro at de har forespurt pasienter som gir uttrykk for samtalsens verdi, og som har hatt en positiv utvikling i behandlingsforløpet. Likedan er det rimelig å anta at de informantene som sa seg villige til å stille opp, er på ”pluss-siden”. Med det mener jeg at de har det nødvendige overskuddet til å

bidra i en potensielt krevende eller belastende situasjon. Med de entydig positive erfaringene informantene formidler, kan en tenke seg at de ved å stille opp ønsker å gi noe tilbake. Det kan handle om takknemlighet og lojalitet i forhold til både behandling og behandler. Jeg har flere ganger fått inntrykk av at de gjerne skulle fortalt meg hvor de går og hvem som har hjulpet dem. Det at de var under behandling på intervjudtidspunktet, og dermed skulle fortsette sin relasjon til terapeuten, sannsynliggjør ønsket om å fremme et positivt bilde.

I samtaler med kolleger i tiden rundt rekruttering, kunne jeg få tilbakemeldinger på hvor vanskelig det var å forespørre en del pasienter. Jeg ble klar over, også for egen del, hvor sterkt omsorg- og beskyttelsesinstinktet overfor egne pasienter er. Ikke sjelden fikk jeg uttalelser som denne: ”Jeg har en pasient som jeg tror kunne vært veldig interessant for deg, men jeg følte det ikke riktig å spørre henne, hun ville ikke ha klart å si nei, det er nettopp det vi jobber med, å sette grenser for seg selv, hun er ikke der ennå”. Det var ikke vanskelig for meg å forstå det, jeg kjenner meg godt igjen i den tenkningen. Man ønsker ikke å belaste en allerede belastet pasient, som kanskje så vidt har begynt å få kontakt med egne ressurser og egne grenser. Det ville kunne bety et tilbakeslag i behandlingen, initiert av terapeuten selv. Når terapeuten antok at pasienten kunne vært interessant for meg, vil jeg tro at hun også tenkte på den aktuelle pasientens muntlige formidlingsevne. Det har vært hevdet, uten at jeg har kilder å henvise til, at psykomotorisk fysioterapi egner seg særlig godt for dem som uttrykker seg lett verbalt. Egen erfaring tilsier i alle fall at de er lettere å arbeide med, og gir meg som terapeut en opplevelse av å få til mer.

Samlet sett betyr dette sannsynligvis at terapeutene har henvendt seg til pasienter de vurderer som stabile, i den forstand at de har en tilstrekkelig grad av ”jeg-kontakt” og ”jeg-styrke”, og at de har verbale ressurser. Selv om det var stor grad av variasjon i hvor lenge informantene hadde vært i behandling på intervjudtidspunktet, var mitt inntrykk at de alle var kommet langt i sin endringsprosess.

Informant D`s utsagn og kommentarene knyttet til dem i kapittel fire, representerer en nyansering av den entydighet som preger materialet for øvrig. I alle intervjuene ble det gjennom oppfølgingsspørsmål åpnet for å dele mindre positive erfaringer, og informantene ble også spurt direkte om de hadde opplevd negative eller krenkende samtaler. Til tross for at særlig de tidlige samtaler var krevende og slitsomme, ble de opplevd som positive og viktige. Det er mulig at det gjør seg gjeldende en slags glemsel, men det kan også være grunn

til å tro at informantene var kommet så langt i sine forløp at de var forbi en del innledende ”forhandlinger” slik Øyen et al. omtaler det (2011). Den usikkerhet, tilbakeholdenhet og motstand som kan prege innledningen på et behandlingsforløp, kommer kanskje i skyggen av andre erfaringer når behandlingen har vært fruktbar og pasienten har kommet videre i sin prosess. Slik vil også samtaleerfaringene i tidens fylde kunne fremstå i et gyllent skjær.

Med utgangspunkt i forutsetninger som disse, kan man kanskje anta at informantene er representative for den gruppen pasienter som gjør seg nytte av psykomotorisk fysioterapi. Disse utgjør selvfølgelig en svært liten gruppe hvis man tar i betraktning alle som oppsøker hjelpeapparatet på bakgrunn av ubestemte helseplager. Slik jeg vurderer det, har de likevel gjennom sine subjektive erfaringer bidratt med kunnskap om forhold som er av betydning i en positiv behandlingsrelasjon og et vellykket behandlingsforløp.

## **7.2 Den psykomotoriske kontekst**

Med utelukkende positive samtaleerfaringer (i psykomotorisk fysioterapi) er det likevel nærliggende å tenke at det er en del spørsmål som ikke er stilt, og noen erfaringer som ikke er gjort til tema i undersøkelsen. Hva det ikke snakkes om er like mye bestemt av intervjuerens ståsted, inkludert valg av teoretisk fundament og analytisk verktøy, som hva det snakkes om (Kvale og Brinkmann, 2009).

Forskerrollen har gitt meg anledning til å betrakte min egen og vårt fagmiljøes praksis med en viss distanse, og det synes nødvendig å stille noen spørsmålstegn ved så entydige funn. I den sammenheng vil jeg først påpeke forholdet mellom samtale og behandling i psykomotorisk fysioterapi. Riktig nok settes det av tid til de ulike elementene i løpet av en time; som oftest innledes timen med refleksjon over innhold og reaksjoner på forrige time og hva som har hendt siden sist. Siden kommer bevegelse, kroppsbehandling og hvile, men ikke nødvendigvis i den rekkefølgen. I praksis glir disse sekvensene over i hverandre og foregår i et helhetlig samspill. Elementene begrunner og utfyller hverandre i en gjensidighet og kan ikke isoleres fullstendig. Samtalen kan ta utgangspunkt i fortellingen, i en respons på terapeutens berøring, i en bevegelse eller en endring i pasientens uttrykk. Dialogen følger det som skjer. Samtalen kan også settes på vent (da er oppmerksomheten på andre elementer viktigere) og siden bringes opp igjen.

På spørsmål om hvilke elementer som oppleves viktigst i behandling, får informantene problemer med å svare. For noen synes samtalen umiddelbart som viktigst, for andre kroppsbehandlingen, men i det de skal begrunne svaret, kommer andre aspekter inn som gjør det umulig å snakke om det ene, uten å implisere det andre. Opplevelsen og betydningen av samtalen er knyttet til terapeuten, tema og situasjon. Når verbale uttrykk springer ut av en reaksjon på terapeutens berøring, eller opplevelsen av å strekke et kne, kan de ikke løsrides fra den konteksten. Ofte er samtalen kjennetegnet ved at det utarbeides en felles fortolkning av det som erfares, der både pasientens og terapeutens forståelse får komme til uttrykk, og er like gyldige. Slik vil informantenes samtaleerfaringer være uløselig knyttet til opplevelsen av behandlingen generelt, og farget av denne. Jeg påpeker dette fordi vi må gå ut ifra at samtaleerfaringene presentert i denne studien omfatter mer enn den verbale dialogen.

### **7.2.1 Psykomotorisk behandling som beskyttelse og tilflukt?**

Etter å ha fått mange og gjentatte vitnesbyrd om den omsorgsfulle atmosfæren i behandlingsrommet, spør jeg en av informantene om man kan ha det for godt i psykomotorisk behandling. Hun svarer dette:

*E: Ja, det kan man kanskje.....men det kommer jo helt an på hva man er der for da... jeg har i hvert fall trengt et pusterom, hvor jeg kan lære meg å dulle litt med meg selv. Fordi det har vært mangelvare, rett og slett. Mens i andre sammenhenger kan det jo være annerledes, selvfølgelig. Men det er vel det som er å bli sett da? At noen ser hva jeg trenger.*

Det er vanskelig å være uenig i dette resonnementet. Informanten er imidlertid ikke fremmed for at man i noen tilfeller kan ha det for godt, og underforstått; det er ikke bra å ha det for godt. Jeg tror det er riktig å peke på også dette aspektet når vi snakker om hva som skjer i behandling. Det har vært et moment i debatten om skolemedisinsk versus alternativ behandling, der særlig leger fokuserer på tiden og omsorgen utøvere av alternativ medisin gir sine pasienter. Kanskje det er ”dulling”, mer enn behandling de mener pasientene får, og at dullingen også har sin effekt.

Et viktig prinsipp i vår tids psykomotoriske praksis er imidlertid tanken om at behandlingen skal sette i gang en ”selvbærende prosess”, og slik være hjelp til selvhjelp (Thornquist, 2006). Med bakgrunn i refleksjonene over, synes det likevel riktig å spørre seg hva slags tanker

psykomotoriske fysioterapeuter har om seg selv som faggruppe og aktører i helsetjenesten, og hvilke forventninger gruppen er med på å skape, særlig hos pasienter og henvisende leger.

Psykomotorisk fysioterapi er en tidsmessig ressurskrevende behandlingsform som ser ut til å tiltrekke seg stadig flere pasientkategorier. Mange utøvere i fagfeltet opplever å få flere pasienter med dårligere psykisk helse enn før. Dette ser ut til å samsvare med det generelle sykdomsbildet i vår tid (Nav, 2013). Her er det også en pågående debatt, om diagnose- og behandlesamfunnet, der noen vil hevde at vi tenderer mot å sykeliggjøre normale emosjonelle reaksjoner og alminnelige menneskelige tilstander (Hofmann, 2008).

Jeg tror de fleste psykomotorikere har erfart hvor vanskelig det kan være å avslutte en behandlingsserie, selv om symptomtrykket har lettet og vi vurderer pasienten som rimelig selvhjulpen. Vi må også erkjenne, som fysioterapeuter forøvrig, kiropraktorer, naprapater og andre, at en del av pasientene ”faller tilbake”, og dermed vender tilbake. Symptombildet kan ha endret seg, livet kan ha endret seg, og det kan være behov for å ta fatt i fortellingen igjen. Er det mulig at vi skaper så komfortable og trygge rammer for pasientene våre at de ønsker å bli, også når de har kommet videre i sin endringsprosess? Hvem søker ikke tilflukt til et sted der man blir trodd, forstått og ivaretatt, både kroppslig og følelsesmessig, når verden der ute blir for krevende? I et slikt perspektiv, er vi med på å underbygge, eventuelt opprettholde en behandlingskultur hvor vi tenker at alle har krav på å få hjelp til alt?

Den som søker hjelp kommer ikke bare med en smertefull kropp, men med hele sin personlighet, sin historie, eksistensielle problemstillinger og livsvilkår. Hvor grensen skal gå for hva vi mener oss i stand til å yte hjelp med, og hva som skal defineres som reelle behandlingsbehov, er vanskelige spørsmål som også har etiske implikasjoner. Hva når vi yter god hjelp og pasientens livsvilkår begrenser hjelpens overføringsverdi til det praktiske og virkelige livet?

Jeg har ikke grunnlag for, og heller ikke til hensikt å svare på disse spørsmålene, men jeg tror de bør stilles, og de peker på noen krav vi bør sette til oss selv som utøvere av helsetjenester; vi må ha et bevisst forhold til hva slags forventninger vi er med på å skape, og til hvordan vi mener vårt bidrag kan komme til nytte i den enkeltes livssituasjon. Samtidig må vi se vår kompetanse og vår rolle i et samfunnsperspektiv, og være delaktige i den ubehagelige debatten om prioritering og ressursbruk. En påstand som ikke synes helt uriktig er at

fysioterapeuter har kunnet holde på med sitt, beskyttet og subsidiert, som en del av det autoriserte og offentlige helsevesen. Med fulle timebøker og lange ventelister er det kanskje verken tid til eller interesse for å vende blikket utover i særlig grad.

### **7.2.2 Psykomotorisk fysioterapi og postmoderne sykdomsutfordringer?**

På den andre siden, og i et annet perspektiv, er det mulig at psykomotorisk fysioterapi kan gi noen svar på hvordan vi kan møte vår kulturs sykdomsnarrativ? Min oppfatning er at informanter både i denne og andre studier i fagfeltet bidrar med viktig informasjon om hvordan vi kan forholde oss til subjektive helseplager.

Arthur Franks teori om sykdom i postmoderne tid og det han beskriver som ”The remission society” (1995), innebærer slik jeg ser det et annet perspektiv. ”The remission society” kjennetegnes ved pasienter som er behandlet og har fått hjelp for alvorlig sykdom, men som lever under stadig risiko for tilbakefall. Det handler om kronisk syke som krever ulike former for oppfølging, traumatiserte og rusmisbrukere under rehabilitering. De er behandlet, men ikke kurert, ikke syke, men heller ikke friske. Mennesker med kronisk smerte uten kjent biologisk årsak, er også innbyggere i dette samfunnet. I følge Frank krever disse nå å bli hørt. Legens sykdomsnarrativ, forankret i biomedisinens språk og forståelse, får ikke lenger være enerådende, innbyggerne i dette landskapet mellom ”ordentlig syk” og ”ordentlig frisk” vil formidle sine egne narrativ, og med sin egen stemme.

Det psykomotoriske behandlingsrommet er en arena hvor det er anledning til det, slik også informantene uttrykker det. Pasienten kommer med sitt personlige narrativ, og får hjelp til å tolke, forstå, og fortsette eller endre fortellingen om seg selv i verden. Psykomotorisk fysioterapi som tradisjon innebar allerede i sin opprinnelse en åpenhet mot ulike alternative teorier og måter å forstå mennesket og kroppen på (Sviland, 2005). I tillegg til sin forankring i fysioterapifaget, som primært baserer seg på en biopsykososial sykdomsforståelse, har psykomotorisk fysioterapi et utvidet erkjennelsesteoretisk utgangspunkt, der betydningen av den subjektive erfaringen er grunnleggende. Samtidig har fagfeltet utviklet og nyttiggjort seg kunnskap som i dag kan dokumenteres på biomedisinens egne premisser. Her spiller den kliniske fortellingen en avgjørende rolle slik jeg ser det.

### 7.3 Den kliniske fortellingen (i tilbakeblikk)

En alternativ tittel på oppgaven kunne vært: ”Fortellinger om å fortelle, samtaleerfaringer i psykomotorisk fysioterapi”. Studien har et metaperspektiv på det å fortelle, og fortellinger er implisert i samtaleerfaringene slik de kommer til uttrykk.

Jeg har forutsatt at livs- og sykehistorie, kommentarer og refleksjoner er nedtegnet, slik de føres i pennen i psykomotorisk praksis. Jeg har lånt og benyttet begrepet ”den kliniske fortellingen” på disse nedtegnelsene, men det er begrepets intensjon som grunnlag for den terapeutiske samtalen som er mitt utgangspunkt, og som gir oppgavens tittel mening. Når informantene har delt sine samtaleerfaringer med meg, har også den enkeltes fortelling kommet til syne, og gjenspeiler begrepets innhold, intensjon og funksjon. I intervjuene har informantene, med ett unntak, snakket mer om samtalene underveis, enn livs- og sykehistorien slik den fortelles ved første møte. For flere av informantene er det lenge siden den første fortellingen ble fortalt, og de husker mer av opplevelsen av å fortelle, enn av fortellingens innhold. Dette er også min egen erfaring fra praksis; bortsett fra biografiske data, er mye av det pasienter presenterer i sine sykdomsnarrativ ved første møte ”glemt”, eller synes mindre relevant etter en stund. Kanskje det er helt naturlig og i tråd med funnene i studien til Øyen et al. (2007); når utvikling og endring av selv-narrativ finner sted, endres betydningen av historiens innhold. Noe blir viktigere, andre ting blir mindre viktig.

Unntaket, intervjuet med informant C som ga meg hele sin historie og ikke hadde glemt noen ting, bekrefter kanskje likevel en grunntanke i narrativ medisin. David B. Morris (1998) siterer Richard Stone som sier: ”Når folk får sjansen til å fortelle sin historie, blir de i stand til å se meningen med livet, se hvilken vei de har valgt, og tilnærme seg slutten på livet på en annen måte” (s. 251, egen oversettelse). Samtidig kan terapeuten bidra til å endre pasienters fortelling, ved å påpeke alternative fortolkninger og dermed skape nye fortellinger.

Drude von der Fehr`s redegjørelse av den kliniske fortellingen som begrep inneholder som vist flere elementer, og krav til den som skal hjelpe. Gjennom sine beskrivelser av opplevelsen og betydningen av samtalen, bekrefter informantene terapeutenes empatiske engasjement, som ett av disse elementene. En utvidet medisinsk forståelse; et annet element, gir seg til kjenne ved at terapeuten er opptatt av mer enn biomedisinske forhold, og ser kroppslige symptomer og funn i relasjon til pasientens livsverden. Begge disse elementene



innebærer at hjelperen har øye og tanke for pasientens strev med å opprettholde et selv og organisere sitt liv. Materialet som helhet vitner om den kliniske fortellingen som egnet basis for utforskning, innsikt og selvforståelse. For terapeuten er den et nødvendig redskap i det å skape felles grunnlag for det samarbeidsprosjekt et behandlingsforløp er; en ny fortelling under tilblivelse.

Et av spørsmålene innledningsvis var hvorvidt den kliniske fortellingen kunne bidra til å få fram ”kroppens tause viten”, som en hjelp til å forstå uforklarte symptomers budskap. Slik jeg ser det svarer informantene positivt på dette. Det kommer kanskje særlig til uttrykk i utsagn som beskriver bevisstgjøring av sammenhenger; mellom kropp og bevissthet på et overordnet plan, og mer konkret; forholdet mellom tanker, følelser, pust, spenning og smerte. Opplevelsen av at fysiske reaksjoner; uro, spenning og smerte, kan påvirkes gjennom å fortelle, gjør dette til kroppslig forankret kunnskap. Gjennom å dele sin historie med en som lytter, gis det rom for å minnes, assosiere og fornemme, gjenoppleve og gjenkjenne. Slik kan ikke-verbaliserte erfaringer og vaner komme til ”overflaten” og få uttrykk, en blir mer synlig for seg selv.

I dette ligger også muligheten til å bryte med fortellinger som er med på å fastholde eller sementere en tilstand. Ikke sjelden opplever terapeuter at pasienter identifiserer seg med sitt sykdomsnarrativ. Uten engasjement og interesse for å utforske fortellingen, vil helsepersonell kunne bidra til å befeste et sykdomsnarrativ, istedenfor å bidra til tilfriskning og nye fortellinger. På en slik bakgrunn vil kritikken mot et ensidig fokus på pasientfortellinger være berettiget.

Avslutningsvis vil jeg peke på områder innenfor biomedisinens eget territorium hvor fortellingen aktualiseres på nye måter. Den kliniske fortellingen har som jeg har vært inne på flere funksjoner, og vil være relevant også i fastlegens praksis. Den er et naturlig utgangspunkt for selve relasjonen mellom lege og pasient; det essensielle i legegjerningen i følge Schei i boken *Hva er medisin* (2007). Fortellingen kan betraktes som terapeutisk virkemiddel i seg selv slik Rita Charon hevder, og den representerer en nødvendig tilgang til forklaringsmekanismer som ikke åpenbares i biologiske tegn (Kirkengen, 2005). Det siste får støtte i nyere, og flerdisiplinær forskning (Getz et al., 2011). Vitenskapelig kunnskap fra fagfelt som psykoneuroendokrinologi, stressforskning, systembiologi og epigenetikk, peker på betydningen av livshendelsers påvirkning på biologien, og følgelig nødvendigheten av å

forholde seg til dem. Det enkelte menneskets situasjon er det erkjennelsesteoretiske og metodologisk adekvate utgangspunkt når det gjelder tilstander biomedisinen beskriver som uforklarte, konkluderer Kirkengen og Ulvestad (2007).

Muligens er det urealistisk at fastleger eller spesialister under nåværende arbeidsforhold skal gi seg tid til å ta inn hele fortellingen. Filosof og medisinstudent Tore Næss gir uttrykk for dette i et essay i tidsskriftet *Prosa* (2011, s.72): ”Det er et tankekors at mens det tilsynelatende foreligger en sterkere anerkjennelse av psykososiale aspekter ved somatisk sykdom i medisinfaget i dag, gis det stadig mindre tid til å drøfte slike forhold i møtet mellom lege og pasient”. Han påpeker at de nå obligatoriske kommunikasjonskurs i legeutdannelsen, som begrunnes i at det skal bli lettere for pasienter å åpne seg og fortelle om forhold som ikke direkte angår den somatiske sykdommen, ikke følges opp i praksis.

Det er grunn til å tro at dersom fastlegen hadde hatt tid og interesse for å ta inn pasientens fortelling, kunne besøket hos spesialisten oftere vært unngått. Så langt ser det ikke ut som om biomedisinen tar inn over seg sin egenproduserte kunnskap; kunnskap om hvordan livshendelser virker inn på kroppen, på immunsystem, hormonelle og sentralnervøse strukturer. Ikke minst virker levd liv inn på muskulært spenningsnivå og respirasjon. Vedvarende og uforklarlige symptomer fra underliv eller bekken kan ha helt andre forklaringsmekanismer og årsaksforhold enn dem gynekologen vanligvis leter etter. Pasienter med kroniske luftvegsplager og pustebesvær har ikke nødvendigvis astma, allergi eller annen lungesykdom. Et uttalt muskulært spenningsmønster har betydelige begrensninger på den spontane og naturlige respirasjonen.

## **7.4 Til slutt**

Min motivasjon for å gjøre denne studien lå i en undring over hva pasienter egentlig erfarer i psykomotorisk behandling, og særlig i forhold til den terapeutiske dialogen. Jeg har fått et rikt og levende inntrykk opplever jeg selv.

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg fått anledning til å utforske fortelling og samtale i et tilhelingsperspektiv, teoretisk og som førstepersonserfaringer. Materialet som helhet, og flere av de resultater jeg har kommet fram til, samsvarer med andre studier i fagfeltet, og det har vært vanskelig å sette funnene i kritisk lys. Andre spørsmål og andre analytiske tilnærminger

kunne gitt andre svar. Jeg tror ikke på noen måte mitt materiale representerer en helhetlig forståelse, men en liten flik av en virkelighet som er gyldig for noen i en bestemt kontekst. Slik kan jeg ikke si at studien har avdekket noe hittil ukjent, men bidrar til å kaste lys over denne virkeligheten. Den peker likevel på noe betydningsfullt i dialogen og relasjonen mellom pasient og hjelper, som bør kunne overføres til andre ”behandlingsrom”.

Noe av læringen jeg selv sitter igjen med og som jeg mener det er verdt å videreformidle, er den avgjørende rollen terapeuten har, som menneske, fagperson og fortolker. Informantene ble aldri spurt om hvordan de opplevde sine terapeuter, likevel har de alle knyttet sine samtaleerfaringer til terapeuten og det terapeutiske klima. Det er terapeuten som skaper det trygge rommet, ser og anerkjenner. Det er terapeuten som gjennom samtalen leser pasientteksten, anvender sin narrative kompetanse og tar i bruk pasientens subjektive erfaring som kunnskapskilde. Slik kan sykdomsnarrativets plot komme til syne, også for pasienten selv, og slik kan det legges til rette for vendepunkt og nye fortellinger. Til grunn for dette ligger imidlertid prinsippet om å individualisere behandling, noe som synes avgjørende når en står ovenfor ”uforklarte” symptomer. Informantenes samtaleerfaringer har tydeliggjort og nyansert innholdet i dette prinsippet, slik jeg ser det.

Vend deg ikke bort.  
Fortsett å se på det bandasjerte stedet.  
Det er der lyset kommer inn i deg.

RUMI<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Åpningsdiktet i Siri Hustvedts roman *Når du ser meg* (2008).

# Litteraturliste

- Ballinger, C. & Finlay, L. (2006). *Qualitative research for allied health professionals: Challenging choices /edited by Linda Finlay and Claire Ballinger*. England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Berge, T. & Repål, A. (2004). *Den indre samtalen: Kognitiv terapi i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Berge, T. & Repål, A. (2006). *Trange rom og åpne plasser: Hjelp til mestring av angst, panikk og fobier*. Oslo: H. Aschehoug & Co.
- Bondevik, H. & Kveim Lie, A. (2007). *Tegn på sykdom: Om litterær medisin og medisinsk litteratur*. Oslo: Scandinavian Academic Press/Spartacus forlag.
- Bondevik, H. & Stene-Johansen, K. (2011). *Sykdom som litteratur: 13 utvalgte diagnoser*. Oslo: Unipub.
- Brodal, P. (2005). Smertens nevrobiologi. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125 2370-3.
- Charon, R. (2012). At the Membranes of Care: Stories in Narrative Medicine. *Academic Medicine*, 87(3), 342-347.
- Charon, R. (2001). Narrative Medicine : A Modell for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *The Journal of the American Medical Association*, 286(15), 1897-1902.
- Charon, R. (2011). The Novelization of the Body, or, How Medicine and Story Need One Another. *Narrative*, 19(1), 33-55.
- Charon, R. & DasGupta, S. (2011). Editors Preface: Narrative Medicine, or a Sense of Story. *Literature and Medicine*, 29(2), vii-xiii.
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2004). The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: patients experiences, a basis for knowledge. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32 403-410.
- Engelsrud, G. (1997) *Kvinner i bevegelse – mellom lengsel og lyst*. Arbeidsnotat fra Senter for kvinneforskning, Universitetet i Oslo.
- Engelsrud, G. (2006). *Hva er kropp*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fehr von der, D. (2008). *Når kroppen tenker*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fehr von der, D. (2010). Clinical Tales and the Artlike Creativity of the Body. I K. Stene-Johansen & F. Tygstrup (red.). *Illness in Context* (s. 51-66). Amsterdam: Ropodi.
- Fehr von der, D. (2010). Symptomer som ikke er årsaksforklarende. - Et tegnteoretisk innspill. *Michael Quarterly suppl.*, 9 28-34.

- Heggen, K. (2007). Sykdom mellom prerefleksiv erfaring og diagnose. I G. Engelsrud & K. Heggen (red.) *Humanistisk sykdomslære: Tanker om helse og velvære, sykdom og diagnose* (s. 59-78). Oslo: Universitetsforlaget.
- Frank, A. W. (1997). *The Wounded Storyteller: Body, Illness and Ethics*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Frank, A. W. (2010). *Letting the Stories breathe: A socio-narratology*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Frich, J C. (2003). Medisin som litterær virksomhet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 123 2474-6.
- Frich, J C., Schei, E., Stene-Johansen, K. (2004). *På sykeleiet: Sykdom og medisin i litteraturen*. Oslo: Gyldendal.
- Frich, J C. (2005). Litteratur og medisin. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125 3406.
- Frich, J C. (2010). Clinical Tales and the Artlike Creativity of the Body. I K. Stene-Johansen & F. Tygstrup (red.). *Illness in Context* (s. 51-66). Amsterdam: Ropodi.
- Getz L., Kirkengen, A L., Ulvestad E. (2011). Menneskets biologi – mettet med erfaring. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131 683-7.
- Hawkins, A H. (1986). A. R. Luria and the Art of Clinical Biography. *Literature and Medicine* 5 1-15.
- Herbert, R., Jamtvedt, G., Mead, J., Hagen, K. B. (2005). *Practical Evidence-Based Physiotherapy*. Elsevier limited.
- Hofmann, B. (2008). *Hva er sykdom?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag as.
- Hustvedt, S. (2008). *Når du ser meg*. Oslo: H. Aschehoug & Co.
- Hustvedt, S. (2011). *Den skjelvende kvinnen: Eller en historie om nervene mine*. Oslo: H. Aschehoug & Co.
- Hustvedt, S. (2011). *Sommeren uten menn*. Oslo: H. Aschehoug & Co.
- Hustvedt, S. (2012). *Living, Thinking, Looking*. London: Hodder & Stoughton Ltd.
- Ianssen, B. (1997). *Bevegelse, liv og forandring: I Aadel Bülow-Hansens spor*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag as.
- Kirkengen, A L. (2002). Begrepet ”funksjonelle lidelser” vitner om biomedisinens dysfunksjonelle teorigrunnlag. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122 2647-9.
- Kirkengen, A L. (2005). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Kirkengen, A L. & Thornquist, E. (2012). The lived body as a medical topic: an argument for an ethically informed epistemology. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18, 1095-1101.
- Kirkengen, A L. & Ulvestad, E. (2007). Overlast og kompleks sykdom – et integrert perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127 3228-31.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag as.
- Lilleås, U. B. & Fehr von der, D. (2011). Chronic Pain Syndrome Explained as a Bodily State og Preparedness for others and why it is hard to Cure. *Nordisk sykeplejeforskning*, 4 257-269.
- Linton, S J., Shaw, W S. (2011, 30. mars). Impact of Psychological Factors in the Experience og Pain. *Physical Therapy*, 91(5) doi: 10.2522/ptj.20100330
- Malterud, K. (2010) Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130 3256-9.
- Matthis, I. (2005). Emotional life – a perspective close to the body. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 25 11-21.
- Matthis, I. (2007). Sykdommens historie er en fortelling. I H. Bondevik & A. Kveim Lie (red.), *Tegn på sykdom: om litterær medisin og medisinsk litteratur* (s. 63-85) Oslo: Scandinavian Academic Press/Spartacus forlag.
- Mattingly, C. (2001). The Fragility of Healing. *American Antropology*, 2 30-57.
- Mattingly, C. (1994). The Concept of Therapeutic "Emplotment". *Social Science & Medicine*, 38 811-822.
- Meland, E., Vollset, P., Nessa, J. (2004). Trygve Braatøy i idehistorisk lys. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124 1799-801.
- Mengshoel, A. M. & Heggen, K. (2004). Recovery from fibromyalgia – previous patients own experiences. *Disability and Rehabilitation* 26 46-53.
- Morris, D B. (2000). *Illness and Culture in the Postmodern Age*. Berkley: University of California Press.
- Muskel og Skjelett Tiåret. (2013). *Et muskel- og skjelettrekenskap: Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet*. (MST 2013:1). Oslo: MST.
- NAV. (2013). *Arbeid og velferd. Flere sykemeldt for diffuse plager*. (Arbeid- og velferdsteaten 2013:2). Oslo: NAV.
- Ness, T. (2011). Kropp og Psyke: i grenselandet mot alternativ medisin. *Prosa*, 04

- Sletvold, J. (2005). I begynnelsen var kroppen... Kroppen i psykoterapi: Teoretisk grunnlag og terapeutiske implikasjoner. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42(6), 497-504.
- Sacks, O. (1986). Clinical Tales. *Litterature and Medicine*, 5 16-23.
- Schei E. *Hva er medisin*. (2007). Oslo: Universitetsforlaget.
- Starks, H. & Trinidad, S. B. (2010). Choose your method: A comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qualitative Health Research*, 17 1372-1380.
- Steihaug, S. (2005). Can chronic muscular pain be understood? *Scandinavian Journal of Public Health*, 33 36-40.
- Sviland, R. (2005). *Om å komme til seg selv - gjennom sansning, bevegelse og forståelse: en hermeneutisk analyse av tekster av Trygve Braatøy i lys av Løgstrups sansefilosofi* (Hovedfagsoppgave i Helsefag, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen).
- Thagaard, T. (2010). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Thornquist, E. & Bunkan, B H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Pensumtjenesten AS, Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Klinikk, kommunikasjon, informasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2003.
- Thornquist, E. (2006). Psykomotorisk Fysioterapi - tenkning og tilnærming, del 1. *Utposten*, 5 28-33.
- Thornquist E. (2006). Psykomotorisk Fysioterapi - tenkning og tilnærming, del 2. *Utposten*, 6 29-33.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* Bergen: Fagbokforlaget.
- Watson, S. (2007). An extraordinary moment: the healing power of stories. *Canadian Family Physician*, 53 1283-1287.
- Werner, A. (2005). *Kampen for (tro)verdighet: kvinner med ubestemte helseplager i møtet med legen og dagliglivet* (Doktoravhandling, Senter for kvinne- og kjønnsforskning, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo). Oslo: UnipubAS.
- Øien, A M., Iversen, S., Stensland, P. (2007). Narratives of embodied experiences: Therapy processes in Norwegian psychomotor physiotherapy. *Advances in Physiotherapy*, 9 31-39.
- Øien, A M, Råheim, M., Iversen, S., Steihaug, S. (2009). Self-perception as embodied knowledge: changing processes for patients with chronic pain. *Advances in Physiotherapy*, 11 121-129.

Øien, A M., Steihaug, S., Iversen, S., Råheim, M. (2011). Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25 53-61.



# Vedlegg 1



<b>Region:</b> REK sør-øst	<b>Saksbehandler:</b> Tor Even Svanes	<b>Telefon:</b> 22845521	<b>Vår dato:</b> 24.02.2012	<b>Vår referanse:</b> 2012/118
			<b>Deres dato:</b> 17.01.2012	<b>Deres referanse:</b>

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Hilde Bondevik  
Universitetet i Oslo  
Forskningsveien 3A  
0318 Oslo

## 2012/118 C Kliniske fortellinger

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i møtet 09.02.2012.

**Forskningsansvarlig:** Universitetet i Oslo  
**Prosjektleder:** Hilde Bondevik

### Prosjektomtale (revidert av REK):

*Prosjektet er en kvalitativ studie av pasienters erfaringer med den "kliniske fortellingen" i psykomotorisk fysioterapi. Denne inkluderer syke- og livshistorie, slik den fortelles ved første møte, og den fortløpende dialogen mellom pasient og behandler. Bakgrunnen for studien er en interesse for fortellingens bevisstgjørende kraft og samtalens potensiale i forhold til å få fram og tolke spesielle symptomers budskap. I psykomotorisk fysioterapi står man ovenfor symptomer og kroppslige tegn som er sammensatte, vedvarende og ofte vanskelige å relatere til biologiske forhold. I slike sammenhenger synes pasientens egen opplevelse og fortolkning av sin sykehistorie viktig. Formålet med prosjektet er å innhente pasientperspektivet på samtalen som element i psykomotorisk behandling. Med kunnskap om pasienters erfaringer, og hvordan de opplever betydningen av den kliniske fortellingen, kan det legges til rette for samtaler som bidrar til økt bevissthet, selvforståelse og positive endringer.*

### Forskningsetisk vurdering

Komiteen har ingen forskningsetiske innvendinger til designet i denne studien, men påpeker at prosjektleder ikke kan rekrutterende fysioterapeuter oppmuntre pasienter til deltakelse, slik det nevnes i søknadens punkt **4.b: Ulemper**. Komiteen forutsetter at all informasjon om studien gis på en nøytral måte.

### Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Det bes om at punktet om stedfortredende samtykke fjernes fra selve samtykkeerklæringen, da dette ikke har relevans i denne studien.

Ut fra dette setter komiteen følgende vilkår for prosjektet:

1. Stedfortredende samtykke skal fjernes fra selve samtykkeerklæringen.

### Vedtak

Prosjektet godkjennes under forutsetning av at ovennevnte vilkår oppfylles.

I tillegg til vilkår som fremgår av dette vedtaket, er tillatelsen gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

**Besøksadresse:**  
Gullhaug torg 4A,  
Nydalens, 0484 Oslo

**Telefon:** 22845511  
**E-post:**  
post@helseforskning.etikkorn.no

**Web:**

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

Tillatelsen gjelder til 31.12.2013. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helseinspektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren».

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jfr. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK sør-øst. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jfr. forvaltningsloven § 29.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til: [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no).

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen,

Arvid Heiberg  
Prof. dr.med  
Komitéleder REK Sør-Øst C

Tor Even Svanes  
Seniorrådgiver

**Kopi til:** Universitetet i Oslo: [j.h.magnus@medisin.uio.no](mailto:j.h.magnus@medisin.uio.no)

# Vedlegg 2

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet ”Kliniske fortellinger i psykomotorisk fysioterapi”

### Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å undersøke pasienters erfaringer med samtalen i psykomotorisk fysioterapi. Formålet med studien er å få vite noe om hvordan pasienter i psykomotorisk fysioterapi opplever dialogen med fysioterapeuten og det å skulle fortelle sin historie. Samtalen regnes som viktig i psykomotorisk fysioterapi, og denne studien vil fokusere på pasientens opplevelse av dette.

”Kliniske fortellinger” favner både sykehistorien og deler av livshistorien, slik du fortalte den i første time, men også samtalene mellom deg og fysioterapeuten underveis i behandlingen.

Sentrale spørsmål vil være: ”Hvilke erfaringer har du med å skulle fortelle?” og ”Hvilken betydning har samtalen for deg?”

Bakgrunnen for å stille disse spørsmålene er tanken om at kunnskap om pasientens egne erfaringer er vesentlige for å kunne hjelpe. Ved å få vite noe om hvordan pasienter opplever samtalen, og det å skulle fortelle sine historier, kan vi lære noe om hvordan det kan legges til rette for den gode samtalen, slik at den kan bli et positivt element i behandlingen og bidra til bedring.

I denne studien henvender vi oss til kvinner som har gått i psykomotorisk behandling i minimum tre måneder. Den retter seg mot deg som har vedvarende smerter fra muskel - og skjelett-apparatet, hodepine og svimmelhet, søvnproblemer, energitap og/eller lettere angst- og depresjonstilstander. Et utgangspunkt for studien er at slike symptomer, som ofte ikke har klare og entydige medisinske forklaringer, gjør samtalen og pasientens erfaring spesielt viktig.

Studien er del av en mastergradsoppgave i Helsefagvitenskap. Veileder vil være førsteamanuensis Hilde Bondevik ved Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

### **Hva innebærer studien?**

Studien innebærer et personlig intervju, der du forteller om dine erfaringer med samtalen i din behandling. Intervjuet vil bli anonymisert med et fiktivt fornavn, tatt opp på lydbånd og skrevet ut. Intervjuet med deg, sammen med tilsvarende intervjuer av 7 andre pasienter vil utgjøre den datamengden som studien skal bygge på.

Du vil ikke bli spurt om hvor du går til behandling, eller hvem din behandler er, men blant annet om hvorfor du valgte psykomotorisk fysioterapi blant andre former for behandling. Du blir også bedt om å si noe om bakgrunnen for å søke hjelp.

Du kan selv bestemme hvor intervjuet skal foregå, men det kan gjerne foregå på Bærum Fysikalske Institutt i Sandvika hvor jeg arbeider, hvis du ønsker det. Tidspunkt avtales slik det passer for deg, i løpet av våren 2012. Det bør settes av 1 til 1 1/2 time.

### **Mulige fordeler og ulemper**

Fordelen for deg som informant er at du bidrar til økt kunnskap om pasienterfaringer, som i beste fall kan føre til økt samtalekompetanse for fysioterapeuter, på lengre sikt. Selv om du primært blir bedt om å si noe om det å fortelle, og hvordan du opplever samtalen generelt, er det vanskelig å unngå å komme inn på selve historien til en viss grad. Dette kan for noen oppleves belastende. Det er imidlertid viktig å påpeke at det ikke er historien i seg selv som er tema, og at informanten selv velger hva hun ønsker å svare på, og på hvilken måte. Intervjuet skal ha en åpen karakter, på informantens premisser.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det betyr at opplysningene om deg er aidentifisert. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. All registrert informasjon vil slettes når prosjektet er avsluttet.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Det vil i det ferdige produktet kun gjengis deler og bruddstykker av selve intervjuet, som vil inngå i en sammenheng der en forsøker å tolke meningsinnholdet og betydningen av utsagnene. Det vil gjennom hele prosjektet, og ved publisering av resultatene arbeides for at informasjonen fra deg ikke skal kunne identifiseres av andre.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side og tar kontakt med prosjektleder for avtale. Også hvis du har spørsmål til studien, eller siden skulle ønske å trekke deg, kontakter du prosjektleder:

Kari Irene H. Busvold,  
Bærum Fysikalske Institutt  
Rådmann Halmrastsv. 18  
1337 Sandvika  
tlf. 67542713, mobil: 99031981, e-post: irebusvo@online.no

Vennlig hilsen

Kari Irene H. Busvold

# Vedlegg 3

Til fysioterapeuter i psykomotorisk praksis

Dette er en henvendelse til deg/dere som er utdannet i og praktiserer psykomotorisk fysioterapi. Jeg ber om hjelp til å rekruttere informanter til en studie som omhandler pasienters erfaringer med samtalen i psykomotorisk behandling.

Undersøkelsen er del av et mastergradsprosjekt ved Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, ved Det medisinske fakultet. Oppgavens tittel er: ”Kliniske fortellinger i psykomotorisk fysioterapi”. Problemstillingen lyder: ”Hvilke erfaringer har pasienter med den kliniske fortellingen i psykomotorisk fysioterapi?”

Kliniske fortellinger favner syke- og livshistorie, slik pasienten formidler dem ved første møte, men også beretninger om hendelser og reaksjoner gjennom behandlingsforløpet. Utgangspunktet for undersøkelsen er en interesse for den verbale kommunikasjonen som del av psykomotorisk fysioterapi. Sentrale spørsmål er:

- på hvilken måte kan den kliniske fortellingen, og fortolkningen av den, bidra til å få fram ”kroppens tause kunnskap”?
- på hvilken måte kan den kliniske fortellingen bidra til at pasienten, i dialog med terapeuten, kan tyde symptomer og reaksjoners budskap, og derigjennom fremme en positiv endring?

Jeg ønsker i denne sammenheng og ta pasientens perspektiv, og få deres opplevelse og erfaring med å fortelle og samtale i behandlingsrommet. Hvordan er det å fortelle sin historie, høre seg selv sette ord på den, bli lyttet til? Hvilken betydning har dette, kan det bidra til selvforståelse, opplevelse av sammenheng, identitet, aksept, tilheling?

Det er pasientens erfaring med å fortelle som er studiens fokus, og ikke selve fortellingen.

Det vil imidlertid bli vanskelig, og unaturlig, å ikke komme inn på historien til en viss grad.

Det vil bli spurt om hvorfor informanten har valgt psykomotorisk fysioterapi som behandling, og hvordan hun opplever samtalen i denne behandlingsformen i forhold til eventuell annen

behandling hun har gjennomgått. Informanten vil også bli bedt om å gi eksempler på gode og meningsfulle opplevelser av samtale. Jeg ønsker kontakt med voksne kvinner som har gått til behandling i 3 mnd. eller mer. Det er en forutsetning at samtaledelen av behandlingen er vektlagt av terapeuten, slik at pasienten har forutsetninger for å uttale seg.

Alle henvisningsdiagnoser kan være aktuelle, og symptomene kan omfatte:

- lokaliserte eller globale smertetilstander
- energitap og utmattelse
- svimmelhet og hodepine
- søvn - og konsentrasjonsvansker
- lettere angst – og depresjonstilstander.

Primært ønsker jeg informanter som har symptomer med kronisk eller tilbakevendende preg, som ikke har klare biologiske årsaksforhold, og som ved laboratorieundersøkelser ligger innenfor normalverdiene. Tid og sted for intervjuer vil jeg i størst mulig grad la informanten bestemme, men håper å gjennomføre undersøkelsen i løpet av vårsemesteret 2012. Dersom ikke informantene selv vil velge sted for intervju, kan disse foregå på Bærum Fysikalske Institutt i Sandvika (se kontaktinformasjon under).

Informantene vil bli anonymisert under intervjuet, og datamaterialet aidentifisert. Det vil heller ikke spurt om hvor eller til hvem informantene går til behandling. Jeg håper det kan være interessant for pasienter å bidra til kunnskapsutvikling på dette området, og jeg håper terapeutene vil være behjelpelige med å spørre aktuelle pasienter og dele ut vedlagte informasjonsskriv/forespørsel. Pasientene bes selv å melde seg hvis de er interessert i å delta. Påmelding skjer ved henvendelse på e-post, pr. post eller pr. telefon. Ta gjerne kontakt for utfyllende informasjon.

På forhånd takk, og vennlig hilsen

Kari Irene H. Busvold

Kontaktinformasjon

Kari Irene H. Busvold, Bærum Fysikalske Institutt, Rådmann Halmrastsvei 18, 1337 Sandvika,

Tlf. 67542713, mobil 99031981, e-post: irebusvo@online.no

