



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for helse- og omsorgsfag

Gutter er nå gutter, da...

Psykomotorisk fysioterapi for unge gutter – terapeutenes erfaringer og refleksjoner

Ellen Mikalsen Hals

Masteroppgave fysioterapi – studieretning psykomotorisk fysioterapi

HEL-3962

5. mai 2022

Det er i øyeblikket alt kan skje.
Det er å stoppe, ikke haste av sted.
Stoppe opp og bare være til,
la tida fly presis som den vil.
Fange opp og være der og da,
nært og tett, og føle alt er bra.

Så du etterpå at noe glapp?
Var du borte, var du alt for kjapp?
Var det noe der i stemmen din
som du skulle hørt, sluppet inn?
Var det da du skulle stått parat
til et møte, til en viktig prat?

Der og da, og akkurat du,
trist og glad, vite og tru.
Gripe det som finnes og er,
være varm og være ekstra nær.

Midt i strøm av alt som går fort;
sa du det du skulle sagt og gjort?
Gikk du unna eller stod du støtt?
Var du åpen eller sløv og trøtt?
For i øyeblikket alt kan skje;
Vil du være der og være med?

Bjørn Mikalsen

Forord

Å skrive denne masteroppgaven har vært litt av en reise. En lang reise, gjennom både nysgjerrighet, frustrasjon, lettelse, søvnmangel, stress og av og til litt mestringsfølelse. Jeg hadde lyst å skrive om noe som har utfordra meg i arbeidshverdagen – og jammen har det utfordra meg nå også. Jeg er fremdeles fornøyd med valg av tema, og sitter igjen med masse lærdom. Det er mange, mange som fortjener takk for at jeg nå kan levere.

Jeg vil rette en stor takk til mine informanter, som velvillig stilte opp og ga meg masse god og spennende data å jobbe med. Takk også til dere som tipset meg om de som ble mine informanter.

Takk til veileder Anne Gretland ved UiT for innspill og spennende diskusjoner. Tusen takk til firkløvret, og til alle rundt meg som har gitt motivasjon og heia. Absolutt ikke minst til de tålmodige, gode ungene mine – TAKK!

Takk også til Fysiofondet for økonomisk støtte, og til min veldig greie og fleksible arbeidsgiver som har lagt til rette for at jeg skulle komme i mål.

Dyrøya, 05.05.22

Ellen Mikalsen Hals

Sammendrag

Bakgrunn: Det er mye fokus på ungdom og psykisk helse både i media, i skolesystemet og i samfunnet generelt. Flere undersøkelser viser at spesielt unge jenter strever, samtidig vet vi at guttene troner statistikk for blant annet frafall i videregående skole og selvmord, og at de uttrykker seg og sine plager annerledes. I studien undersøkes hvordan terapeuter forstår og forholder seg til kjønnsforskjeller i behandling.

Problemstilling: Hvilke erfaringer og refleksjoner har erfarne terapeuter med psykomotorisk fysioterapi til unge gutter?

Metode: Kvalitativ studie med intervju som metode. Utvalget besto av fire psykomotoriske fysioterapeuter med erfaring med terapi for ungdom og unge gutter. Analysearbeidet foregikk i en hermeneutisk spiral – hvor jeg vekslet mellom del og helhet; teori, empiri og analyse, i en tematisk innholdsanalyse.

Resultater og funn: Jeg fant og drøftet tre hovedtema: (1) «hvor blir det av guttene?»; få gutter henvises til PMF, noe som kan handle både om guttenes egen forståelse av seg selv og sine plager, og tilbudet som viser seg å være ukjent for samarbeidspartnere. Informantene fikk flest henviste gutter fra spesialisthelsetjenesten – det vil si at de har vært gjennom en prosess i forkant, som kan forme forståelsen. (2) «Mange jenter er litt guttete» viser til forventninger og normer, både terapeutenes tanker om hvordan maskulinitet spiller inn, og hva de tenker guttene forventer. For eksempel skam uttrykkes ulikt mellom gutter og jenter. Forventninger til maskulinitet og roller påvirker møtene. (3) Språk og uttrykk; Det fremkommer at terapeuter justerer tilnærming og språk i møte med gutter. Det brukes mindre tid på samtale, språket blir kulere og tilnærmingen mer aktiv, konkret og tydelig. Materialet viser at selv om kjønn er lite fokusert i fysioterapi har det betydning; det viktigste er å møte individet som kommer – men kjønn er en faktor som spiller inn, og gjør oss til de vi er.

Nøkkelord: Psykomotorisk fysioterapi, ungdom, unge gutter, maskulinitet, samhandling

Abstract

Background: There is considerable focus on youth and mental health both in media, in the educational system and in society at large. Several surveys show that particularly young girls struggle, at the same time, we know that boys top statistics for school dropout and suicide, and that they express their problems differently. In this study it is focused how experienced therapists understand and deal with gender differences in their psychomotoric treatment.

Issue: Which experiences and reflections do experienced therapists have with psychomotor physiotherapy for young boys?

Methodology: Qualitative designed study using interview as a method. The study is conducted in a phenomenological-hermeneutic understanding. The sample consisted of psychomotoric physiotherapists having experience with therapy for youth and young boys. The analysis was done in a hermeneutic spiral, where I alternated between part and whole; theory, empiricism and analysis, in a thematic-content analysis.

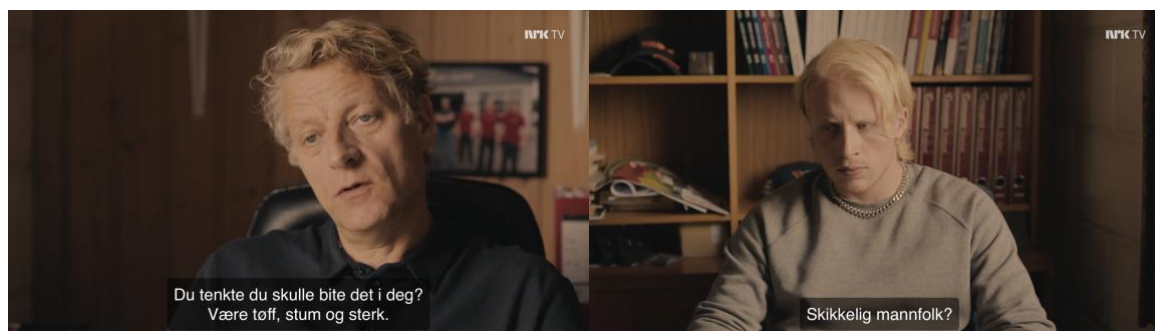
Results and findings: The data gave me three main findings for discussion: (1)“Where are the boys?” Few boys are referred to PMF, which may be due to their own understanding of themselves and their problems, and the available offering which turn out to be unknown for partners. The interviewees received the most boys referred from the specialist health service, which means they have been through a process beforehand, possibly influencing their understanding. (2) “Many girls are a bit boyish” refer to expectations and norms, both the therapists’ views on the role of masculinity, and what they believe the boys expect. Shame is shown to be expressed differently between boys and girls, but more room to express gender seems to be developing, yet it is nevertheless “permitted” to be a girl in more ways than to be a boy. (3) Language and expressions; it is clear that the therapists adjust both approach and language when meeting boys; less time is spent on conversation, the language becomes cooler and the approach more active, specific and clear. The material shows that even if gender has little focus in physiotherapy, it has relevance. Meeting the individual is most important, but gender is a factor which has an influence, and makes us who we are.

Key words: Psychomotoric physiotherapy, adolescents, young boys, masculinity, interaction

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Sammendrag	4
Abstract.....	5
1 Innledning	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema	3
1.2 Hensikt med studien	4
1.3 Problemstilling	4
1.4 Bakgrunn for studien	4
1.4.1 Ungdom har det stort sett bra – men gutter og jenter har det vanskelig på ulike måter	5
1.4.2 Gutter i behandling	6
1.4.3 Kjønn i fysioterapi	8
1.5 Tidligere forskning	9
1.6 Utforming av oppgaven	11
2 Teoretiske perspektiver	12
2.1 Psykomotorisk fysioterapi	12
2.2 Ungdom, kjønn og språklige uttrykk	13
2.3 Bevegelse, normer og kjønn	18
2.4 Ungdom, helse og kjønn	19
3 Metode og materiale	21
3.1 Vitenskapsteoretisk forankring	21
3.2 Valg av metode	21
3.2.1 Utvalg og rekruttering	22
3.2.2 Forforståelse og forventninger	22
3.3 Fremgangsmåte	23
3.3.1 Forberedelse og gjennomføring	23
3.3.2 Bearbeiding; transkribering og analyse	25
3.3.3 Presentasjon av materialet	26
3.4 Metodiske vurderinger	27
3.4.1 Etske overveielser	27
3.4.2 Validitet og reliabilitet	28
3.4.3 Metodekritikk	29
4 Resultat og drøfting	31
4.1 «Hvor blir det av guttene?» – få gutter henvises, og unge gutter utgjør en liten andel	31
4.1.1 «Det har gått så langt» – guttene henvises sent i utredning/behandlingsforløp	32
4.1.2 «Vi representerer noe annerledes» – psykomotorisk fysioterapi i helsevesenet	37
4.2 «Mange jenter er litt guttete» – kulturelle normer og forventninger	41
4.2.1 «Er det noe spesielt med guttene, da?» - møtet med guttene	42
4.2.2 «Slutt og vær så gay!» – maskulinitet og feminitet i behandling	44
4.2.3 «Skammen hos en guttekropp uttrykkes annerledes» – kjønnsforskjeller i uttrykk	48
4.2.4 «opplevelsen er mer avhengig av hvem som møter hvem» – interaksjon og samhandling	52

4.3	«Språket blir annerledes» - andre tilnærminger i behandling	55
4.3.1	«...blir mer handlende» - en mer aktiv tilnærming	56
4.3.2	«De har ikke helt det språket» - guttenes uttrykk.....	57
4.3.3	«...blir litt kulere og mer effektiv» - terapeutens språk og uttrykk.....	59
5	Sammenfatning og avslutning.....	63
6	Litteraturliste.....	66
	Vedlegg 1: godkjenning NSD	72
	Vedlegg 2: Informasjons-eposter	76
	Vedlegg 3: informasjonsskriv.....	77
	Vedlegg 4: Intervjuguide.....	80



Skjermdump; NRKs Rådebank, sesong 1 episode 8 (12:30)

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

De seneste årene har jeg jobba i kommunehelsetjenesten, nært sammen med helsesykepleier og andre som jobber med ungdom – både skole, fastleger og ungdomsarbeidere. Jobben innebærer vurdering, behandling og oppfølging av både barn, ungdom og voksne, helt til de aller eldste. Ungdom har hele veien vært ei fascinerende og utfordrende gruppe å jobbe med – med store forskjeller og noen likheter. Etter at jeg starta på utdanninga i psykomotorisk fysioterapi, har denne gruppa også skilt seg ut i min arbeidshverdag – og virkelig utfordra meg – spesielt de unge guttene. Jeg opplever ofte at det er utfordrende å «komme gjennom» til guttene – det er vanskelig for dem å sette ord på følelser og opplevelser, og det blir fort «et mas». Samtidig har jeg lagt merke til at det er kjønnsforskjell både i henvisningstekster og i hvordan guttene presenterer seg selv. Guttene henvises – og kommer – med konkrete plager eller smerter; en vond skulder, vondt i ryggen, et kne som «ikke fungerer» - og de forventer ofte en «utenforstående» forklaring – en skade, noe noen andre kan gjøre noe med, mens jentene henvises med mer sammensatte problematikker; hodepine, søvnproblemer, uro i kroppen, angst- og depresjonsplager.

I et møte med en nyutdannet kollega sa hun «*det er så vanskelig med disse unge guttene, jeg når liksom ikke inn – jeg forstår ikke helt hvordan de forstår kroppen sin og klarer ikke sette meg inn i deres verden*». Det er en følelse jeg kan kjenne meg igjen i, og som jeg har reflektert mye over. Det har blitt mer tydelig for meg at gutter ofte møtes med andre forventninger, og uttrykker andre forventninger til helsetjenesten enn jentene gjør.

Jeg tror sitatene i skjermdumpen fra Rådebank (NRK 2020) viser hvordan mange unge gutter opplever at de skal møte utfordringer; de skal helst være tøffe og sterke, bite i seg det vanskelige, være stille om det og helst lage lyd om noe annet – skikkelige mannfolk. Serien er

en av flere som setter fokus på psykisk helse, men en av få som har gutter i fokus. I serien blir vi kjent med gutter i et rånemiljø, som møter ulike utfordringer – kjærlighetsproblemer og kjærlighetssorg, pengeproblemer, utfordringer med å følge opp forpliktelser i inngangen til voksenlivet, motstand fra politi og kommunale myndigheter. Serien viser både pågrepelse og fengselsstraff, et selvmord og hvordan vennene følges opp i etterkant. Det beskrives vennskap og omsorg som ofte kommer i skyggen av det negative som «forventes» av ungdom – de bryr seg om hverandre, viser omsorg og støtter andre i å finne hjelp på ulike måter, blant annet i helsevesenet – «på gutters vis» (NRK 2021). Og gutters vis – det forbindes da med noe annet enn «på jenters vis». I denne oppgaven¹ har jeg lyst til å undersøke mer hva dette kan handle om; hvordan guttene kan forstås og hvilke konsekvenser det kan gi i kontekst psykomotorisk fysioterapi (heretter også kalt PMF).

1.2 Hensikt med studien

Målet er å få større forståelse og bevissthet rundt kjønnsperspektiver, spesielt hos ungdom i psykomotorisk fysioterapi. Gjennom intervjuer av erfarne psykomotoriske fysioterapeuter vil jeg søke å forstå hvilke forståelser og normer som ligger til grunn i møte med unge gutter.

1.3 Problemstilling

Ut fra dette, har jeg valgt følgende forskningsspørsmål og problemstilling;

Hvilke erfaringer og refleksjoner har terapeuter med psykomotorisk fysioterapi for unge gutter?

Relevante forskningsspørsmål har vært på hvilken måte kommer kjønnsforskjeller til uttrykk i behandling, hvilke ulikheter er det i tilnærming til unge gutter og unge jenter, og på hvilken måte forholder terapeutene seg ulikt til ungdommene?

1.4 Bakgrunn for studien

I det følgende vil jeg gjøre rede for bakgrunnskunnskap for oppgaven; først litt om ungdommers plager generelt, litt om guttenes plager og kontakt med helsevesenet, og til slutt litt om kjønn i fysioterapi.

¹ Oppgaven bygger på og trekker med seg elementer fra tidligere innlevert og godkjent prosjektskisse, som eksamen Hel3161 våren 2021.

1.4.1 Ungdom har det stort sett bra – men gutter og jenter har det vanskelig på ulike måter

Ungdomstida er krevende på mange vis – overgangen fra barn til voksen, med alle endringer det fører med seg; kroppslig, sosialt og relasjonelt. Ungdommene skal bli mer selvstendige, «rive seg løs» og etablere en ny forståelse av seg selv. (Løkke, 2021) Det forskes relativt mye på psykisk helse, og på ungdom og psykisk helse. Flere studier tar for seg «flinke piker», jenter med depresjons- og stressplager (Folkehelseinstituttet, 2018).

Ungdata-undersøkelsen viser at de fleste ungdommer har det bra – men også at mange strever. Undersøkelsen har blitt gjennomført på ungdoms- og videregående skoler siden 2013, og her bes ungdom rapportere egen situasjon på flere områder, deriblant helse, holdninger og rus. Den siste rapporten (Bakken, 2020) viser at 85% av ungdommene har det bra og er fornøyd, men også en økning i selvrapporterte psykiske helseplager for begge kjønn, i større grad for jenter enn gutter. Samtidig viser den en økning i andel gutter som har begått kriminelle handlinger og prøvd rusmidler. (ibid.) SSB har flere statistikker som viser kjønnsforskjell i begåtte lovbrudd, der unge gutter langt hyppigere enn jenter anmeldes. Gutter fullfører sjeldnere enn jentene videregående opplæring (Statistisk sentralbyrå, 2020).

Folkehelse rapporten fra 2018 viser en stadig økning i diagnostisering av psykiske lidelser hos ungdom, men også denne mest økende for jenter (Folkehelseinstituttet, 2018), og også bruk av antidepressiva og reseptfrie smertestillende medikamenter øker med samme tendens – for ungdom generelt, men mest for jentene (Dagens medisin, 2018).

De seneste årene har fokus på psykisk helse økt; det ønskes større åpenhet og psykisk helse tematiseres som en sentral del av folkehelsearbeidet – spesielt med fokus på forebygging av plager hos barn og unge (Helsedirektoratet, 2018). Flere instanser som Mental helse, Kirkens SOS og Helsesista melder om økt pågang fra unge gutter som ønsker noen å snakke med i etterkant av mediefokus eller kampanjer, for eksempel etter at Rådebank ble sendt. De kontaktes av ungdom som har behov for å sette ord på følelser og opplevelser, og mange opplever at det er til hjelp (TV2, 2021).

Både myndigheter og helsevesenet snakker om «fysisk og psykisk helse» som to kategorier – noe som vitner om en dualistisk forståelse. Dualisme innebærer en todeling mellom «kropp og sinn», «kroppslig og mental» eller til og med «hode og kropp». I dette forstås kroppen som objekt – noe man som sjel og tenkende vesen *har*, og dette er i tråd med reduksjonistiske og biomedisinske rammer som flere påpeker er rådende i vestlig tenking. Også i psykiatrien har

det historisk sett rådet en biomedisinsk forståelsesramme; psykisk sykdom forstås på samme måte som somatisk sykdom, med vekt på å finne årsaker som kan påvises gjennom blodprøver eller røntgenbilder (Gretland, 2007). Thornquist (2018) hevder at dualismen kropp/sjel er blitt en del av vår virkelighet – vi er opplært til ureflektert å tenke kropp og sinn som separate enheter. Dette gjør kroppen *upersonlig og meningsløs* (Gretland, 2007, s. 20). Det er imidlertid andre forståelser som har fått fotfeste de seneste tiårene, som i større grad tillegger erfaringer og livshistorie betydning; ikke bare verbal kommunikasjon, men kroppslige uttrykk for menneskets opplevelser og erfaringer. I fenomenologisk kontekst vektlegges kroppen som en integrert del i mennesket – som erfarende og meningsbærende. Først når vi tar inn over oss at mennesket kommuniserer *mening* også med kroppen, ikke bare verbalt, kan vi se en slik helhet. (Thornquist, 2018)

1.4.2 Gutter i behandling

Det har over tid vært slått fast en kjønnsforskjell i sykdom og levealder; kvinner lever lengre enn menn, men kvinner er også mer syke enn menn. Kjønnsforskjellene starter tidlig i livet, og blir tydeligere i tenårene og ungdomstida. Guttene er ofte utsatt for skader og ulykker, mens det ses økt forekomst av psykosomatiske sykdommer hos jentene. Pubertet og tidlige tenår har stor betydning for utvikling av psykisk helse – og her blir det også tydeliggjort en kjønnsforskjell i rapporterte plager; langt flere jenter enn gutter oppsøker hjelp og diagnostiseres oftere med angst og depresjon. Guttene diagnostiseres oftere med adferdsproblematikk (eks ADHD og andre hyperkinetiske lidelser) og utviklingsforstyrrelser, autisme, Tourettes mv. Jenter har hyppigere selvskadingsproblematikk og selvmordsforsøk, mens gutter langt oftere enn jenter tar selvmord. Kjønnsforskjellene er størst for psykiske lidelser og somatiske sykdommer hvor årsaken er psykisk betinget – for eksempel ved overgrep, kanskje fordi det langt oftere avdekkes hos jenter enn hos gutter (Mæland & Haugland, 2007) (Grøholt, Garløv, & Weidle, 2015) For å forklare kjønnsforskjeller i «sykelighet» trekker Mæland og Haugland (2007) frem både biologiske, sosiale og kulturelle faktorer. De skriver at noen forskjeller kan forklares i biologien, men at det sjelden er nok; eksempelvis osteoporose som kan ses på med biologiske parametre, men samtidig sjelden kan frakobles livsførsel, arbeidsbelastning og fysisk aktivitet (ibid. s 79). For menn kan det i sammenhengen ses på en høyere risiko for hjerte- og karsykdom; dette kan forklares med biologisk sårbarhet – men ofte spiller også her livsførsel inn – blant annet at flere menn enn kvinner røyker. Rapportering av egenopplevd helse forsterkes også i ungdomstida – da jenter og kvinner hevdes å være mer våre for signaler fra kroppen – de har større bevissthet, og det

antas også en generell forskjell i å tolke og beskrive hva de opplever (ibid. ref Wool og Barsky 1994). Tendensen har vært at jenter internaliserer vanskelige følelser – «reagerer innover» og får helseplager, mens guttene «reagerer utover» - eksternaliserer med aggressiv og utagerende adferd. Noen av kjønnsforskjellene forklares også i kultur – guttene leker hardere, driver mer med tøffere fysisk aktivitet og er dermed mer utsatt for skader. Også det at menn har høyere alkoholkonsum enn kvinner kan forklare dette, spesielt i ungdomsårene (Mæland & Haugland, 2007).

Med bakgrunn i statistikken vist tidligere, kan vi tolke en kjønnsforskjell i handlingsmønster og uttrykk, som kan kreve ulik tilnærming i behandling. Psykisk helsehjelp har i stor grad vært forbundet med samtaleterapi. I Kroppens spor (Gretland, 1999) fremheves fysioterapi som et nyttig verktøy i psykiatrien – nettopp for å få kontakt med kroppen. En psykiater (ibid. s 20) sier for eksempel at selv pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser blir mer tilgjengelige i seg selv og for behandling når de ved hjelp av fysioterapeuten får lære seg å kjenne kroppen sin bedre. En annen fremhever fysioterapeutens bidrag som mer konkret, en aktiv tilnærming som er lettere for pasientene å håndtere enn deres «verbale teknikker», og en tredje, «psykolog Ø» (ibid. s 21) *«kroppsbehandling kan gi økt avgrensing, og gi pasienten bedre forståelse for hvordan grenser er blitt forstyrret. Ved at fysioterapeuten kan arbeide med pasienten og respektere de kroppslige grensene kan pasienten få en bedre fornemmelse av at her er en person som jeg kan være i nærheten av, men som respekterer ens grenser»* - altså gi pasientene erfaring med en egen autonomi, tilby et begrepssett for å forstå seg selv i sin verden.

Jenter oppsøker helsetjenesten i alle ledd langt oftere enn gutter (Folkehelseinstituttet, 2018), og min erfaring er også at når guttene gjør det, er det gjerne med et konkret fysisk problem. Ytreberg mfl skriver i kronikken «På talefot med ungdom» (2015, 02/11) at *«vår erfaring er at fysioterapeuter oppfattes som en "ufarlig" yrkesgruppe å oppsøke for ungdom, kanskje særlig for unge gutter. Fysioterapeuter kommer, med sin kroppslige tilnærming, på talefot med ungdom om vanskelige ting. Vi snakker, men samtidig gjør vi noe aktivt sammen. Samtalen kretser rundt noe konkret kroppslig, mens erfaringer, følelser og tanker trekkes inn. Dette åpner muligheter, og fysioterapeuter opplever at ungdom relativt ofte forteller om vold, overgrep og andre vanskelige erfaringer uten at det er fortalt til noen før»*.

Flere jenter enn gutter søker hjelp for sine problemer, og de både forstår selv og blir forstått annerledes (Folkehelseinstituttet, 2018). Granrud (2019) fant i sin phd-forskning at guttene

ikke oppsøker helsesykepleier og skolehelsetjeneste i særlig grad, og når de gjør det er det ofte med et «fysisk problem» - de bruker lang tid på å etablere tillit for dypere samtale. Fysioterapeuter skal være en del av skolehelsetjenesten og tverrfaglige samarbeid for barn og unge, men det finnes lite oversikt over hvordan dette tilbudet praktiseres og benyttes. Ottesen (2016) og flere etterlyser tilgang på fysioterapeuters kompetanse i skolehelsetjenesten; ikke bare for å veilede på fysisk aktivitet og trening, men for å bidra til at ungdommene kan forstå sine plager på en større måte – slik at ungdom fremfor å få medikamenter for sine plager kan tolke kroppslige signaler og behov, og gjennom større forståelse få bedre hjelp.

1.4.3 Kjønn i fysioterapi

Fysioterapeuter skal som en viktig del av helsetjenesten ta imot pasienter av begge kjønn, uavhengig av om terapeuten er mann eller kvinne. Dahle (2001) tar likevel til orde for at det er formålstjenlig med en større forståelse av og bevissthet rundt kjønn i fysioterapi. Hun trekker frem at tradisjonelle normer for fremtoning og oppførsel i stor grad er rådende, spesielt når vi ikke har bevissthet rundt det. Hun hevder det er forskjellige forventninger til mannlige og kvinnelige terapeuter.

I §17 c i forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning slås det fast at *«studentene skal kunne anvende kunnskap om inkludering, likestilling og ikke-diskriminering og kan bidra til likeverdige tjenester for alle grupper i samfunnet uavhengig av kjønn, etnisitet, språk, religion og livssyn, funksjonsnivå, sosial bakgrunn, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og alder.»* (Lovdata, 2019). Likevel er det et lite belyst tema i fagfeltet. I 2020 gjorde Kilden Kjønnforskning en kartlegging av læringsmål om kjønn og kvinnehelse for helseprofesjonsutdanningene. De fant at kjønn oftest ble nevnt som en av flere faktorer (alder, etnisitet mv) kandidatene skulle anvende kunnskap om for å bidra til likeverdige tjenester (Kilden Kjønnforskning.no, 2020) – altså noe vi skal behandle pasienter uavhengig av. Ved gjennomgang av studieplanene for masterutdanningene i fysioterapi, nevnes kjønn på samme måte i to av planene, hvor det i den ene også skrives at *«Alder, kjønn og kultur sees på som viktig for hvordan mennesker handler og samhandler. Studentene skal tilegne seg forutsetninger for å forstå ulike perspektiver på kjønn, kropp, funksjon, helse, sykdom og kommunikasjon.»* (Høgskulen på Vestlandet, 2018)

Dahle (2001) mener at det er behov for fokus på forståelse av kjønnsperspektiv i fysioterapi, og at vi ikke kan behandle pasienter uavhengig av kjønn. Hun skriver at alle selvfølgelig har lik rett til behandling, også uavhengig av hvilket kjønn terapeuten har. Pasientene kommer

som mennesker som ikke handler og opptrer uavhengig av kjønn. Med bakgrunn i både biologi og kultur er dette perspektivet noe må vi ha med oss i forståelsen av det aktuelle mennesket, og hvordan samhandlingen blir. Enger (2001) har i samme tidsskrift skrevet om kjønn og spesialisering i fysioterapi som riktignok omhandler fysioterapeuters valg av spesialisering, men likevel trekker noen linjer til en generell oppfatning av «omsorgsfulle, tålmodige kvinner og effektive, utålmodige menn» innenfor faget. Jeg finner disse artiklene også relevante med tanke på om mannlige og kvinnelige terapeuter møter pasientene på ulike måter.

Er det tabu å snakke om kjønn, eller mangel på kjønnstenking? Kjønn er tematisert i medisinen i årevis; det er fokusert på generell helse med menn som forskningspersoner som har ledet til avkjønnede forståelser. Kjønn kan være en vanlig tankebane i teorien, men likevel kan praksis være annerledes.

Er det noe spesielt med guttene, da?

Spørsmålet ble stilt av kollegaen jeg gjennomførte prøveintervju med, som svarte i samme åndedrag; «det er jo det...men hva er det egentlig?». Dette er et av spørsmålene jeg selv har stilt – mange ganger. Er det gutter, er det ungdom generelt, eller er det personlighetstrekk vi legger til grunn for hvordan vi forstår den vi møter? Sudmann (1998) skriver at fysioterapeuter – og helsevesenet generelt – i stor grad *avkjønner kropp*. Vi er opptatt av å behandle alle likt i et rettferdighetsperspektiv, men kanskje mister vi også noe i den manglende bevisstheten rundt betydning av kjønn?

1.5 Tidligere forskning

Det finnes begrenset litteratur om tilnærming til unge gutter i fysioterapi med fokus på psykisk helse². De jeg finner av internasjonale publikasjoner har i stor grad fokusert idrett og prestasjoner – noe som også er et interessant funn, da det kan si noe om hva som oppfattes og ses som viktig med tanke på gutter, kroppsfokus og psykisk helse. Generelt snakkes det

² Jeg har søkt i databasene Oria, Google Scholar og Cinahl, med søkeord som ungdom/youth, boy*/gutt*, fysioterapi/physiotherapy, psykomotorisk fysioterapi/norwegian psychomotor therapy og psykisk helse/mental health. Jeg søkte også i universitetenes databaser for å få masteroppgaver og doktorgradsavhandlinger.

veldig lite om kjønn i fysioterapi. Jeg har også søkt etter litteratur med kodeord som kom fram av datamaterialet; for eksempel skam, kjønned adferd og bevegelse i relasjon til kjønn.

Det er skrevet masteroppgaver om psykomotorisk fysioterapi for ungdom de seneste årene, som jeg finner relevante å trekke inn. Bjørlykhaug (2016) skriver om *psykomotorisk fysioterapi for «flinke piker» - terapeuters erfaringer fra klinikken*. Denne studien har som hensikt å beskrive hvordan psykomotoriske fysioterapeuter forstår unge jenters situasjon og hva som vektlegges i behandling. Denne oppgaven tar i likhet med min problemstilling utgangspunkt i en del av kjønnsforskjellene, men har altså fokus på jentene. Hun har søkt et dypere innblikk i terapeutenes erfaringer og refleksjoner, og drøfter funn i tre kategorier; *kjønn i klinisk praksis, kontakt med kroppen og normalisering og ufarliggjøring*. Hun finner det viktigst å fremme selvforståelse og evne til å være seg selv i et samfunn med bestemte idealer.

Opaas (2012) gjorde en i sin masteroppgave i psykisk helsearbeid en kvantitativ studie på psykomotoriske fysioterapeuter og arbeid med tenåringer. Han sendte ut spørreskjema til 398 terapeuter og fikk en svarprosent på 46, der de langt fleste (85%) var kvinner, og fant at de som hadde lengst erfaring oftere hadde tenåringspasienter. Selv om et større antall kvinner enn menn behandlet tenåringer, var det høyere andel blant de mannlige respondentene som gjorde det. Han presenterer flere funn jeg finner relevante, både om pasientgruppen tenåringer som henvises for stress, smerter, angst osv – diffuse plager med sammensatt symptombylde, og om PMF som metode for å hjelpe. Han beskriver altså elementer av kjønnsperspektiv hos terapeutene, men ikke i pasientgruppa. Opaas fant at de vanligste grunnene til at ungdom gikk i psykomotorisk behandling var hodepine, muskel- og skjelettplager, angst og andre uspesifiserte kroppslige symptomer. Terapeutene som var hans informanter opplevde flere utfordringer med behandling av tenåringer; blant annet lite refleksjonsevne, å etablere tillit og en god behandlingsrelasjon, og finne en behandlingsform som treffer. De sier også noe om at tilbudet er lite kjent blant samarbeidspartnere. Han finner imidlertid at når det fungerer kan psykomotorisk fysioterapi hjelpe til livsmestring ved å ha en god samarbeidsallianse – over tid. Terapeutene er opptatt av å møte ungdommene med anerkjennelse og bekræftelse og de ser en fordel ved kroppslig tilnærming for å øke ungdommens forståelse av sine plager. Ungdommene får økt trygghet på egne grenser, økt selvtilitt og økt sosial mestring. Alt dette er undersøkt fra terapeutenes perspektiv.

Vestli (2019) sin oppgave er basert på intervju av pasienter – ungdommene selv. Dette gir et annet perspektiv enn terapeutenes refleksjoner. Hun fant at ungdommene som hadde erfaring fra psykomotorisk bevegelsesgruppe hadde nytte av teknikker for stressmestring og kroppsbevissthet, og hun fant en viss kjønnsforskjell på forståelse av stress. «*Guttene er mest opptatt av å legge «skylden» på andre, for eksempel lærere og foreldre, mens jentene legger mer press på seg selv.*» (ibid. s 40).

Ullrich og Underhaug (2021) konkluderte i sin masteroppgave med at PMF er lite kjent for samarbeidende helsepersonell, og i stor grad fraværende som tilbud til ungdom; andre samtalebaserte tiltak gis prioritet som tiltak for unge med psykiske plager. At kroppslig tilnærming er fraværende, kan forstås som at biomedisinsk og dualistisk forståelse ligger til grunn for tjenesten.

1.6 Utforming av oppgaven

Dette er en kvalitativ studie med intervju som metode for datainnsamling. I innledningen presenteres bakgrunn for valg av tema, hensikt og problemstilling. I det videre vil jeg presentere hvilken teori jeg har lagt til grunn før jeg begrunner valg av metode og presenterer fremgangsmåte i prosjektet. Jeg har valgt å presentere og drøfte funn i samme kapittel, og benytter tre nivåer for fremstilling; data fra materialet, min forståelse dataen og drøfting opp mot aktuell teori. Til slutt har jeg sammenfattet funn og gitt en avsluttende kommentar.

2 Teoretiske perspektiver

I dette kapitlet vil jeg presentere teoretiske bidrag brukt for å forstå og belyse datamaterialet. Med bakgrunn i innledning og problemstilling har jeg valgt ut teori og teoretiske begreper om ungdom, bevegelse og helse i et kjønnsperspektiv.

Jeg vil i tillegg trekke veksler på annen teori og litteratur som kan belyse funn – såkalt empirisk drevet teori.

2.1 Psykomotorisk fysioterapi

Norsk psykomotorisk fysioterapi ble utviklet i et nært samarbeid mellom fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen og psykiater Trygve Braatøy i årene 1946-53. Bülow-Hansen erfarte en sterk sammenheng mellom respirasjon, muskelspenninger og adferd, og fant respirasjonens rolle i behandlingsprosessen som sentral; de forsto muskelspenninger, holdning, pust og bevegelser i lys av pasientens livshistorie og erfaringer. Hun fikk utforske og utvikle disse tankene i nært samarbeid med psykiatrien. Braatøy og Bülow-Hansen utforsket hvordan spenninger i en kropp kunne påvirke livet og føre til belastningsskader dersom disse ble opprettholdt; dersom pasienten bremses seg. Målet var å gi omstilling for å oppnå *friere respirasjon og bevegelsesmuligheter* gjennom bevisstgjøring og forståelse av sine bevegelses- og reaksjonsmønstre og holdninger. Når Braatøy døde, hadde de kommet langt i utvikling av forståelsen av disse sammenhengene. Bülow-Hansen innledet senere et samarbeid med psykiater Nils Houge (Bunkan, Bülow-Hansen, Houge, Hødal, & Hansson, 1968). Faget har utviklet seg mye siden den gang, men noen grunnprinsipper ligger fast; man behandler ikke et lokalt symptom, men hele kroppen som en samspillende og integrert helhet. *Symptomet ble sett på som en ubalanse i kroppen, et tegn på at noe er galt i helheten* (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 14). Det har skjedd en relasjonell vending, der en i større grad tar innover seg betydningen av samspill og hvordan mennesker påvirker hverandre, i behandlingsrelasjonen og i livet for øvrig. Et mål er å la pasienten erfare sammenhenger og skape forståelser for følelser og reaksjoner som kommer til uttrykk gjennom kroppen (Gretland, 2007).

Samtale og verbalt språk er en sentral del av psykomotorisk fysioterapi, men med utgangspunkt i kroppen. *Kroppslig dialog og dialog om kroppen* er et uttrykk som beskriver mye; terapeuten tar utgangspunkt i kroppslige uttrykk hos pasienten, og sammen kan de da utforske vaner og muligheter. Dette kan være utfordrende idet en berører pasientens emosjonelle forsvar, og både bevisste, fortrenge og ubevisste traumer og temaer kan komme

opp gjennom bevisstgjøring av den levde kroppen. (Gretland, 2016) Psykomotorisk fysioterapi har siden starten tilbudt en utvidelse av psykoterapi som tilbud i helsevesenet, fordi pasientene i behandling gjennomgår både kroppslig og psykisk omstilling (Thornquist & Bunkan, 1986).

«Den røde tråden i psykomotorisk behandling er å oppleve kroppen og å oppleve via kroppen. Det overordnede målet skisseres som å utvikle vårhet og kontakt med kroppens signaler og reaksjonsmønstre, opplevelse og forståelse av sammenheng mellom kropp og følelser, og å utvikle en forståelse av kroppen som meg.» (ibid. s 72)

Historisk sett har psykoterapi vært samtalerapi og fysioterapi en kroppslig terapi, mens psykomotorisk fysioterapi representerer et skjæringspunkt mellom disse som fører kropp og psyke sammen til en samtidig og uadskillelig enhet.

Psykomotoriske fysioterapeuter jobber i alle tjenestenivåer; som kommunalt ansatte, i privat praksis med og uten driftstilskudd og i spesialisthelsetjenesten. Utdanningen var tidligere gjennom videreutdanning og praksis, fra 2010 er det utdanning på masternivå. (NFF, 2015)

PMF som behandlingstilnærming bryter med tradisjonelle biomedisinske tenkemåter gjennom å tolke mennesket som biologisk, sosiokulturelt og historisk *samtidig*. I det at følelser tillegges mye vekt, sammen med erfaringer og subjektiv opplevelse – som fremheves som det Samulowitz og kollegaer (2018) vil kalle typisk feminine verdier. Det er flest kvinner som henvises og kommer til behandling, og det er flere kvinnelige enn mannlige terapeuter.

Pasienter som henvises til og anbefales psykomotorisk fysioterapi har ofte sammensatte plager – og symptomer som smerter, spenninger og emosjonelle plager. Størstedelen av pasienttilfanget er kvinner. (Breitve, Hynninen, & Kvåle, 2008)

2.2 Ungdom, kjønn og språklige uttrykk

Ungdomstida har alltid vært beskrevet som utfordrende – med en samtidig erkjennelse av at utfordringene ungdommer møter endrer seg med tida. Sosiale og digitale medier trekkes i dag fram som en sentral faktor som fører til stress og press om både prestasjoner, utseende og adferd. Kravene til jenter og gutter er ulike – men mange oppfatter at problemstillingene er mer like i dag – med fokus på kropp; både utseende og prestasjon. Samtidig ligger kulturelle forutsetninger og forventninger til grunn for hvordan gutter og jenter «skal være» og «skal bli». Flere har påpekt at kjønnsroller og -normer er i endring – og noe annet nå enn for noen

tiår siden. Samtidig er det noe som ligger fast, og dypt integrert i oss og i vårt samfunn. (Løkke, 2021) Språk er en dimensjon i utviklingen, og også her ses ulikheter mellom gutter og jenter. Språk bruker vi både til å organisere våre tanker og opplevelser, til å uttrykke oss og til å forstå inntrykk (Sviland, Råheim, & Martinsen, 2010:2) – og ofte er det ulike forståelser av gutter og jenters språkutvikling og -forståelse (Løkke, 2021).

Allerede fra fødsel av forbindes vi med et kjønn – og kjønnsrollesosialiseringen starter i form av hvordan barnet kles, hvilke leker som gjøres tilgjengelig og etter hvert hvordan voksne forventer at barna oppfører seg (Brancazio, 2019). Begrepet *doing gender*, å *utøve kjønn* forbindes med å skape forskjeller mellom jenter og gutter (West & Zimmerman, 1987). Barn lærer seg og læres opp i kjønnsroller, og tilpasser seg forventet oppførsel. Vi lærer at i samhandling med andre kan man ikke fritt velge adferd som i utgangspunktet er «kjønnet». Vi lærer altså en kjønn selvregulering ut fra gitte normer og forventninger i miljøet rundt oss. Denne forståelsen deles inn i tre dimensjoner³; biologisk kjønn (sex), kjønnskategori (sex category) og sosialt kjønn (gender). Biologisk kjønn avhenger av biologi; anatomi, hormoner mv som gjør deg til gutt eller jente. Kjønnskategori handler om hvilket kjønn man «praktiserer» eller «utøver», og sosialt kjønn handler om psykologiske, sosiale og kulturelle normer og forventninger – og ses i sammenheng med Goffmans⁴ begrep «gender display» - å vise kjønn. Både kjønnsroller og «kjønnsutøvelse» refererer til adferd knyttet til forventninger og normer for menn og kvinner. Kjønn som gender er altså dimensjonen jeg vil legge mest vekt på i det videre.

Goffman trekker begrepet roller til metaforen om teatret – vi velger eller blir pålagt en rolle som vi utøver for et publikum som er kjent med forventningene til kjønnsfremføring. (ibid.) Disse teoriene er kritisert for en fremstilling av «rollen» som noe vi fritt kan velge å gå inn og ut av. Bourdieu har blant annet beskrevet hvordan kjønnsrollene er inngrodd i oss, og kommer til uttrykk som *habitus* og *hexis*. Bourdieu bruker begreper som vår andre natur. *Hexis* omhandler våre kroppslige væremåter, en kroppshukommelse; «å te seg passende», og også disse er dypt integrert i oss. *Habitus* skiller seg fra vaner ved at dette ikke er bevisste og

³ Disse begrepene er ikke så lett å skille med norske ord, jeg har derfor satt de engelske i parentes for å tydeliggjøre hvilket begrep jeg refererer til.

⁴ Forfatterne refererer til Goffmann, E (1976): Gender display. Studies in the Anthropology of Visual Communication 3:69-77

valgfrie væremåter og uttrykk. Bourdieu la vekt på samfunnsstrukturer som forsterker og opprettholder denne formen for normer og kulturelle regler og forventninger (Gretland, 2007).

Utvikling av biologisk og sosialt kjønn er en kompleks prosess som for de fleste er ureflektert (ibid.). Vi gjennomgår både biologisk og sosial utvikling som blir spesielt fremtredende i ungdomstida og puberteten. Når en går fra å være barn til voksen, skjer en stor utvikling i prosessen som innebærer utvikling av selvet, «jeg-et» - å finne sin rolle og plass (Gretland, 2007). For mange blir det ekstra viktig å «passe inn», og mange unge er sårbare for å havne utenfor aksepterte grupper. I følge Scheff (2013) kan dette forstås med Goffman⁵ sine begreper om skam – å ikke skille seg ut, hva skam og ydmykelse gjør med oss om vi ikke fyller rollen vi påtar oss. Han hevder at vi har en sosial forpliktelse til å unngå å sette andre i forlegenhet og å bidra til at en sosial situasjon forløper som forventet. Brudd på normer eller på hexis vekker skam, kanskje både hos den som bryter normen og sosiale relasjoner rundt. (Gretland, 2007) Et aspekt av disse normative verdiene, er maskulinitet og femininitet.

Maskulinitet er i følge Store norske leksikon (2019) egenskaper som i liten grad knyttes til biologi, men mer til adferd og kulturelle normer og verdier. Maskuline verdier varierer mellom ulike kulturer, men ofte knyttes det til makt og hierarkiske ordninger. Connell (2005) bruker begrepet *hegemonisk maskulinitet*, en kategori av maskulinitet hvor kjønnsmakt og kulturell dynamikk i sosial kontekst beskrives – og gjøres relevant. Motsetningen er femininitet, som åpenbart underordnes maskulinitet – det sterke over det svake kjønn, og sosiale rangordninger både mellom kjønn og mellom menn – avhengig av hvor maskulin en er. Menn med feminine egenskaper forbindes ofte med homofili (ibid.) Maskulinitet og femininitet knyttes til ulike verdier – hvor manndighet og maskulinitet kan måles i økonomisk status, barskhet og hard kraft, og femininitet knyttes mer til det myke, varme; omsorg, sårbarhet og mer følelsesmessige aspekter ved mennesket. (Thornquist, 2018) I det Young beskriver *hemmet intensjonalitet* – begrensede handlingsrom i feminine bevegelsesmønstre; jenter skal ikke ta ut all kraft, de skal begrense bruk av seg selv i rommet, de skal rett og slett lære seg å holde seg tilbake mens guttene lærer seg å gå på – beskrives tydelige eksempler på kjønnete begrensninger og muligheter.

⁵ Forfatteren tar utgangspunkt i Goffman, E (1959): *The presentation of Self in Everyday Life*. Garden City, NY: Doubleday/Anchor Books

Det finnes mange og ulike forventninger til gutter og jenter, både når det gjelder oppførsel, språk, interesser og bevegelse. Disse normene og forventningene kan variere med ulike geografiske kulturer. I vårt vestlige samfunn jobber vi for likestilling, men fremdeles finnes ulikheter i både normer, akseptert adferd/fremtreden og andre forventninger. Dette sitter dypt i oss kulturelt, og flere hevder at å utøve kjønn på denne måten forsterker rammene. West og Zimmermann (1987) skriver at så lenge menn dominerer og kvinner aksepterer, vil dette forsterkes og videreføres som en innebygd mekanisme for hierarkiske ordninger (ibid s 147). Psykolog Løkke (2021) har skrevet mye om ungdom og utvikling i et samfunnsperspektiv, og i boka «Ungdommens transformasjoner» skriver han blant annet om *Den unge gutten*; hvordan det at unge gutter får større frihet og flere muligheter enn unge jenter har sin pris – *vi verken oppdager eller forstår den unge guttens smerte* (ibid. s 182). Han beskriver hvordan fremgang av feminisme og likestilling sammen med en historisk forståelse av maskulinitet for å overleve – bare de sterkeste har kommet gjennom prøvelsene gjennom tidene. Han viser til Hall⁶ sin beskrivelse av *primitiv maskulinitet* ved vill oppførsel, rampestreker, som fører til at de stemples som pøbler og bøller – men at dette må forstås i lys av at de er nettopp gutter – og *den primitive maskuliniteten var urkilden til den siviliserte mannen*. (ibid. s 183) Menn skal være robuste og sterke – og for å bli det må de få rase fra seg og finne sin plass i barndom og ungdomstid.

Å forstå seg selv som meningsbærende, gjør man som kjønn – i tillegg til andre faktorer som blant annet alder og etnisitet. Som mennesker har vi internalisert kjønnsforventninger som gir mening til både handlinger og intensjoner. Kjønn blir et normativt bidrag i vår sosiale identitet, og det påvirker både uttrykk og hvordan vi forstår oss selv og andre. Fokus på kjønnsperspektiver er nødvendig for å skape bevissthet om hvordan vi som samfunn opprettholder dem gjennom normative internaliseringer og for å kunne se alternativer. (Brancazio, 2019) Kommunikasjon blir også et perspektiv; hvordan man forstår andre og hvordan man uttrykker seg selv preges av kjønnede normer og forventninger.

Brudd på kjønnsroller blir ofte synlige; eksempelvis guttejenter. Det å opptre som – eller være – *guttejente* kan forstås som et beskyttende fenomen (Craig & LaCroix, 2011). Jenter som

⁶ Her refereres til “ungdomsforskningens far”, Ganville Stanley Hall, som her er sitert fra Hall (1904): *Adolescence: Its psychology and its relation to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*. New York: D. Appelton and Company

oppfører seg – er – guttete; velger bråkete leker, røffe aktiviteter og guttete klær, beskyttes mot «begrensninger ved å være jente» (ibid, s 451). I dette ligger større frihet, og en underliggende styrke i å tilhøre den «eksklusive kategorien» menn. Mens guttenes «valgmuligheter» for fysisk utfoldelse er større, gis jenter større normativt spillerom i kjønnsutøvelse enn gutter. Det motsatte av «guttejente» er «jentejente», «jåledukker» og lignende. «Jentegutter» derimot knyttes oftest til feminine og homofile gutter som befinner seg lengre ned i hierarkiet (Connell, 2005). Guttejenter forbindes med aktive barn som liker å være ute og som ikke er «forsiktede og pysete», og skilles fra «typisk jentefokus» på kropp og skjønnhet som kan påvirke både fysisk og mental helse negativt. Her finnes mange tydeliggjøringer av at menn er idealet; for eksempel vil en heller høre at du er «en av gutta» enn at «du spiller som ei jente». Dette signaliserer sterke normer for begge kjønn. Gutter forbindes med et tøffere språk, ofte med «hardere begreper» som kan inkludere banning, *guttaspråket* blir gjerne en akseptert del av ungdomstida som rangerer og plasserer i en sosial kontekst. De uttrykker seg altså tøffere, både kroppslig og verbalt. (NOU 2019:19, 2019).

Kjønn er med andre ord en sentral faktor i vår identitet – og i hvordan vi samhandler og møter andre. Brancazio (2019) refererer til Haslanger⁷ som trekker inn *kroppsskjema* som vi bruker ubevisst, for å være meningsfulle. *Samfunnets normer gir normative kriterier – forventninger – for å vurdere oss selv i lys av en funksjonell sosial rolle via spesifikke kjønnsnormer* (ibid. s 433). Også han hevder at kjønnsroller bidrar til å opprettholde hierarkiske strukturer i samfunnet hvor mannen og det maskuline dominerer kvinnen og det feminine. Kjønn manifesterer seg kroppslig gjennom bevegelse og fremtreden, noe jeg vil presentere teori rundt i neste del.

Implisitt i forståelsen av de tidligere nevnte tre dimensjonene kjønn er teoretisert, ligger at en ikke trenger identifisere seg med sitt biologiske kjønn. I dagens samfunn finnes en større åpenhet rundt kjønnsinkogurens; forståelse rundt at en ikke trenger å være gutt eller jente, en kan være binær eller identifisere seg med noe annet enn sitt biologiske kjønn. De seneste årene har det vært en økning i personer som tar kontakt med helsevesenet med problemstilling

⁷ I artikkelen refereres det til Haslanger, S (2012): *Resting reality: social construction and social critique*. Oxford: Oxford University Press

rundt kjønn og ønske om kjønnskifte. (PKI - pasientorganisasjonen for kjønnsinkogurens, 2021) Dette har jeg valgt å ikke gå inn på i min oppgave.

2.3 Bevegelse, normer og kjønn

«Hun sitter som en kar» eller «han går som ei jente» kan være eksempler på utsagn knyttet til kjønnets bevegelsesmønster – basert på normer og forventninger. Iris Young (1990) sitt essay «Throwing like a girl» beskriver hvordan jenters bevegelsesmønster fra tidlige barneår skiller seg fra gutters ved at de skal ta «mindre plass», «bevege seg mykere». Hun skriver om subtile bevegelsesmønstre som knyttes til kjønn og gir kommunikativ mening. Implisitt i dette ligger motsetningen; gutten og mannen tar plass, han benytter de kroppslige mulighetene han har, han har lov å bruke kraft – og han gis dermed langt flere muligheter for å ta seg frem i verden. Kjønn skriver seg inn i vår kroppslige væremåte, med sine muligheter og begrensninger. Dette faller inn i våre forventninger; hvordan vi interagerer og forstår verden. Bourdieus begreper *habitus* og *hexis* er som nevnt relevante for beskrivelse av våre integrerte og ureflekterte vaner og væremåter i samspill med andre – hvem vi er i en sosial kontekst, og dette kan også ses i sammenheng med kjønn. Habitus gjenspeiler gjensidigheten i at vår væremåte er knyttet til vår identitet – men også at vår identitet knyttes til vår væremåte. Bourdieu beskriver bevegelser som sentralt i utvikling av identitet og sosialisering. (Gretland, 2007)

Eide-Midsand (2007b) viser til nevrologiske forskjeller mellom gutter og jenter – strukturer i hjernen som disponerer for ulike aktiviteter. Han poengterer hvordan maskulinitet biologisk sett knytter læring og trivsel mer til aktivitet og bevegelse enn emosjonelle og verbale faktorer som jentene er mer disponert for – og som jentene forsterker gjennom sine valg av lek og aktivitet. Forskning rundt hjernens strukturer gir også en forklaring på hvorfor «gjennomsnittsgutten» i mindre grad enn jenta klarer å uttrykke tanker og følelser verbalt – det gjør han lettere gjennom bevegelse. (ibid.)

Sense of agency handler om egen opplevelse av selvkontroll – bevegelsesmuligheter og handlingsmuligheter. (Brancazio, 2019) For mange gutter og menn avhenger dette av muskelstyrke og muskelmasse, som også ses på som et parameter for maskulinitet. Flere hevder at dette blir viktigere i tenårene og ungdomstida; mange blir mer opptatt av trening og styrke. Muskelbygging skal vises, og det indikerer at byggeren har kontroll og sterk selvdisciplin; han kontrollerer kosthold og søvn, hvile og belastning; de har kontroll på livet. *Hvordan* kroppen ser ut har altså betydning for hvordan mennesket oppfattes. Ved å skape et

sterkt utseende – en fasade – ved en muskuløs kropp signaliserer han kontroll og styrke, og at han kan innordne seg strenge rammer, selv om han ikke har valgt rammene selv.

Bodybuilding – muskelbygging – handler om å «*se bra ut, ikke å føle seg bra*» skriver Wacquant (1995, s. 169) i den mye anvendte review-artiklen *Why men desire muscles*, basert på boka *Muscles*. Musklene blir en vegg mellom kjønn, men også en vegg mellom mennesker; de blir en mur for følelser. En slik maskulinisering står i kontrast til feminine verdier som tilknytning og emosjonelle uttrykk; det beskytter mot tvil, sårbarhet og redsel for følelsmessig engasjement. Maskulinitet og muskelstyrke kan oppfattes å styrke vår fornemmelse av handlekraft, eller tiltro til egne muligheter; han vet han har krefter til å handle. (Wacquant, 1995) Generelt kan det forstås som at gutter har flere valgmuligheter til både lek, idrett og aktivitet enn jenter har, som følge av normer for bevegelse, å ta plass og bruke kraft – å utfolde seg. Disse normene er internalisert og dypt integrert i oss og i vår kultur.

2.4 Ungdom, helse og kjønn

«Store gutter gråter ikke!» hører vi ofte – i dagens samfunn kanskje mer som en protest og stadfestelse av at sånn trenger det ikke være. Dagens unge gutter skal lære seg å vise følelser, samtidig som maskulinitetsforståelsen er dypt forankret i oss og vårt samfunn. Dette blir for mange motstridende; å vise følelser er å vise svakhet, og det gjør ikke menn.

Løkke (2021, s. 174) poengterer at det er jentene som læres opp til å sette ord på følelser også gjør at det er de som får oppmerksomhet for sine følelser – i motsetning til guttene. Gjennom de seneste generasjonene har jenter og kvinners roller blitt endret – fra å være fanget i en «partriarkalsk struktur» (ibid., s 154) der de skulle ta seg av alt i hjemmet – og stelle for sin mann, til å komme ut i arbeidsliv, men likevel samtidig ha alle sine omsorgs- og husmorsplikter i hjemmet. Disse kvinnene fikk ikke forståelse for sitt slit og etter hvert helseplager, og for mange som søkte hjelp gikk henvisningen til psykiatrien (ibid). Dagens unge vokser opp med et betydelig større fokus på psykisk helse, og «den unge jenta» beskrives som *vår kulturs mest eksponerte pasient* (ibid., s 181), fordi hun kan beskrive sine plager, og dermed både skaper og får økt oppmerksomhet – og hun kan få hjelp for å bedre sin psykiske helse. Han skriver videre om vår kulturs gutter som ikke knyttes til psykiske lidelser, men til utenforskap, kriminalitet og selvmord – når en ikke lykkes i å oppfylle samfunnets forventninger – og ikke skal vise sin svakhet eller sårbarhet – det samsvarer ikke

med normer og forventninger. Dette finner jeg å samsvare med at færre gutter og menn oppsøker helsevesenet.

Menn beskriver også sine smerter og plager annerledes enn kvinner; de finner forklaringer utenfor deres kontroll – slik at de blir ofre for sine omstendigheter. De er for eksempel utsatt for belastning eller arvelige faktorer som gir sykdom (Ahlsen, Solbrække, & Mengshoel, 2012) Dette reflekterer kulturelle normer for maskulinitet; menn beskriver objektivt – de deler informasjon – men lite emosjonelle aspekter, og med lite eierskap og subjektivitet. Når helse i fenomenologisk kontekst oppfattes subjektivt og livshistorien tillegges mening, kan Goffmans begreper fra teatret igjen gjøres relevante. Han skriver om hva den opptredende (her pasienten) presenterer på scenen (kontekst; terapirrommet) for sitt publikum (her terapeuten). Goffman vektlegger *kunsten å kontrollere inntrykk* – å eie sin historie og ha kontroll på prestasjonen. «*En bestemt opptredende vil alltid ha en fortid eller en samlet aktivitet som rommer i allfall en del forhold som ikke må komme frem under en opptreden, da de ville så tvil om påstander om ham selv som den opptredende forsøkte å fremsette som et ledd i definisjonen av situasjonen. Det kan dreie seg om omhyggelig bevarte dunkle hemmeligheter eller kjennetegn med negativ verdi som alle kan se men ingen åpent omtaler. Når slike forhold bringes inn, vil det som regel oppstå en pinlig situasjon. (...)*» (Goffman, [1959]1974, s. 174). Slike situasjoner kan oppstå dersom det tematiseres noe i behandling som er ubevisst eller ikke modent for pasienten. Goffman skriver videre om hvordan dette har betydning både for «den opptredende», for «laget» og for «publikum», noe jeg finner å samsvare med betydningen av vaner og væremåter som forventes – mer eller mindre reflektert.

Historisk sett har medisinske forsøk vært gjort av menn, på menn, og studier som ligger til grunn for behandlingsvalg både for menn og kvinner er basert på disse. Både menn og kvinner måles mot et ideal som kan falle inn under det tidligere nevnte begrepet *hegemonisk maskulinitet*; maskuline verdier som styrke, utholdenhet og selvbeherskelse er vektet tyngre enn feminine verdier som sensitivitet og å uttrykke smerte eller ubehag. Dette innebærer at de også forstås ulikt av helsepersonell; kvinners plager vurderes oftere som psykosomatiske, mens menns plager tolkes somatiske. (Samulowitz, Gremyr, Eriksson, & Hensing, 2018)

3 Metode og materiale

3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Studien er forankret i en fenomenologisk-hermeneutisk forståelse, i en erkjennelse av at det ikke finnes en generell virkelighet. Sannheten er relativ, og avhengig av aktørene og deres fokus, erfaringer og dermed forståelser i en gitt forståelsesramme. Forskeren må erkjenne sin rolle i forskningen, og denne er avgjørende for hvilke sannheter som kommer frem. I fenomenologien er man altså ikke opptatt av hvordan ting er, men hvordan de erfares i den enkeltes livsverden⁸. Hermeneutikken setter fokus på fortolkningsprosessen, også denne avhenger av forskerens subjektive forståelse. (Thornquist, 2018).

3.2 Valg av metode

Jeg ønsket å utforske terapeuters erfaringer, refleksjoner og kliniske resonneringer rundt psykomotorisk behandling av unge gutter, og hva de tenker om kjønnsforskjeller som påvirker behandling og oppfølging av ungdom. I ønsket om å få tak i informantenes subjektive erfaringer og tolkninger av og tanker rundt dette, valgte jeg intervju som best egnet for datainnsamling, i en fenomenologisk kontekst – hvor subjektets erfaring og livsverden vektlegges.

Generelt sies det at kvalitative data beskrives med ord heller enn tall. Data er fra latin «det som er gitt». Intervjudata er imidlertid noe som «blir til» i interaksjon mellom intervjuobjekt og forsker. Johannessen og kollegaer (2018, s. 22) oppsummerer at intervjudata er *nedtegnede erfaringer som bærer preg av hvordan de er blitt til*. Intervjuet er en *interpersonlig situasjon* mellom parter rundt en felles interesse (ibid, s 156). I intervjuet søkes innsikt i intervjupersonens livsverden, for å hente ut og tolke kunnskap om det gitte tema. Kvale og Brinkmann (2015) refererer til *det semistrukturerte livsverdensintervju*, som søker å *innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden med henblikk på å fortolke betydningen av de beskrevne fenomenene* (ibid. s 156). Denne formen for intervju bidrar med data om hva informantene tenker og sier at de gjør, mer enn en observasjon av hva som gjøres. (ibid.)

⁸ Livsverden er et sentralt begrep i fenomenologien, og viser til den verden vi lever i til daglig, som vi har umiddelbar fortrolighet til og erfaring med. (Thornquist, 2018, s. 105)

Intervju kan gjøres i mange former – fra det helt ustrukturerte uten styring fra intervjuers side, til faste spørsmål stilt i en fast rekkefølge. I min undersøkelse finner jeg semistrukturert intervju best egnet – altså en mellomting mellom de to ytterpunktene. Jeg brukte en semistrukturert intervjuguide, med tema, hovedspørsmål og aktuelle oppfølgingsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). Ved semistrukturert guide er det åpent for at informanten kan ta opp tema som menes å være relevante, samtidig som intervjuer kan styre inn på planlagte tema (ibid.).

3.2.1 Utvalg og rekruttering

Oppgaven er basert på kvalitative intervju av 4 fysioterapeuter. Som inklusjonskriterier satte jeg at de skulle ha minimum 3 års erfaring med psykomotorisk fysioterapi for unge gutter i primærhelsetjenesten. Jeg ønsket å intervjuer både mannlige og kvinnelige terapeuter, og ikke noen som jobbet nært hverandre – da det er spennende å høre erfaringer og refleksjoner fra ulike miljøer. Jeg har hatt inntrykk av at flere psykomotoriske fysioterapeuter ikke jobber med ungdom, og dette inntrykket styrkes bla av Opaas (2012) som fant at 60% av respondentene i hans studie jobbet med tenåringer – og at hos disse utgjorde tenåringer en liten del av pasientgrunnet.

Rekrutteringen foregikk direkte – jeg kontaktet noen terapeuter jeg kjenner til, og ba om tips til hvem jeg kunne spørre. Deretter sendte jeg epost direkte til aktuelle informanter, med kort informasjon om prosjektet og forespørsel om å delta – eller om de ville anbefale andre som kunne være aktuelle. Jeg tok for meg en og en forespørsel for å ikke ende opp med for mange. Når jeg fikk positivt svar, sendte jeg informasjonsskriv og avtalte tid for intervju, og når det var avtalt fikk de tilsendt mer informasjon om aktuelle tema for intervjuene (se vedlegg nummerert i kap 3.3.1).

Når jeg rekrutterte via terapeuter jeg kjente til, fikk jeg også en kvalitetssikring av at informantene ble «gått gode for» av noen andre.

Jeg endte opp med et flott utvalg – to kvinner og to menn. Alle fire jobbet på tidspunktet i privat praksis – med driftstilskudd, det vil si i førstelinjetjeneste, og noen hadde i tillegg erfaring fra spesialisthelsetjenesten fra tidligere.

3.2.2 Forforståelse og forventninger

Jeg brukte tid på å klargjøre min forforståelse og mine forventninger både i forkant og underveis, i håp om en større forståelse av materialet. Som forsker i eget fagfelt, har jeg

forsøkt å være bevisst på skillet mellom forsker- og terapeutrollen. (Kvale & Brinkmann, 2015) Dette har åpnet blikket og tillatt meg å ta et steg tilbake, for å få bedre oversikt over fagfeltet enn jeg har når jeg «sitter i det» som fagutøver. Thornquist (2018) skriver at det kreves åpenhet og evne til å være spørrende og kritisk både til materialet og til egen fortolkningsprosess.

Et utgangspunkt for studien, var flere diskusjoner med kollegaer samt et stadig økende fokus fra media på psykisk helse hos unge gutter. Jeg har spurt meg selv mange ganger i prosessen om hva det egentlig er jeg ønsker å finne ut – og brukt mye tid hele veien på å definere og tydeliggjøre. Thornquist (2018) poengterer at *å erkjenne at perspektiv bestemmer blikkretning og oppmerksomhetsfelt, betyr også å erkjenne at det fins andre perspektiver enn ens egne* (ibis., s 259) – implisitt finnes det andre måter å forstå og fortolke tema og funn på. Min bakgrunn – både faglig og personlig – påvirker mitt blikk og hvilket perspektiv jeg kan ta, gjennom både planlegging, gjennomføring og analyse. Jeg har jobbet som fysioterapeut i 10 år, med alle aldersgrupper – også ungdom. Jeg har tatt kurs og videreutdanninger som påvirker min forståelse – fra idrettsterapi til kognitiv adferdsterapi og nå psykomotorisk fysioterapi. Jeg har forsøkt å være bevisst på å ikke bare lete etter bekreftelser på at mine antakelser stemmer, ved å stille åpne spørsmål og legge til rette for at tema kan belyses uten åpenbare eller forventede svar. Å følge informantens interesser og tema de bragte på banen ble viktig, selvsagt innenfor de gitte rammene.

Ved å forske i eget fagfelt får man også tilgang til flere forståelser, som er en nødvendig bakgrunn for både å stille spørsmål og å forstå svar.

3.3 Fremgangsmåte

3.3.1 Forberedelse og gjennomføring

Når prosjektskissa var godkjent fra UiT, sendte jeg søknad til NSD om gjennomføring av prosjektet. Dette ble godkjent med plan for datalagring i Nettskjema (vedlegg 1). I og med at jeg skulle intervju profesjonelle aktører om sine faglige refleksjoner, ble data kategorisert som gule (UiT, Norges arktiske universitet, 2019).

På grunn av begrensninger av Covid19-pandemien, skrev jeg i informasjonsskriv at intervjuene kunne gjøres digitalt – i Teams, som er godkjent av UiT sikkerhetsmessig, og som gir både lyd og bilde – og dette ønsket samtlige informanter. Tid ble avtalt med den enkelte

informant. Informantene ble først gitt generell info i forespørselsmailen (vedlegg 2), før de fikk tilsendt informasjonsskriv (vedlegg 3).

Jeg valgte å skrive aktuelle tema i eposten heller enn å sende ut en liste med spørsmål. Dette for at de skulle kunne forberede seg. Jeg hadde også formulert noen spørsmål for meg selv ut fra dette (vedlegg 4) – som en semistrukturert intervjuguide i tråd med metodelitteratur (Kvale & Brinkmann, 2015). I forberedelsene brukte jeg også Kvale og Brinkmanns (2015) 6 punkter for å øke intervjukvaliteten; å legge til rette for at intervjuet tillater spontane, innholdsrike, spesifikke og relevante svar; korte spørsmål og lange svar; intervjuers evne til å følge opp spørsmål og klargjøre betydningen av de relevante delene av svarene og om intervjuet blir en fortelling i seg selv, eller om det kreves forklaringer og kommentarer (ibid s 194).

I forkant gjennomførte jeg to prøveintervjuer – ett med en fysioterapeutkollega og ett med en kollega som ikke er fysioterapeut, men jobber mye med ungdom. Dette gjorde jeg både for å få gått gjennom og få tilbakemeldinger på formuleringer, rekkefølge ol. Dette var veldig nyttig, også for å få testa teknikken.

Jeg brukte Nettskjema Diktafon, som sender lydfil kryptert til Nettskjema for sikker lagring, og jeg valgte å koble 2 ulike enheter med diktafon-app for å redusere risiko for tap av materiale.

Et moment som trekkes frem i litteraturen er sted for intervju. Det skilles da mellom naturlig – kjent miljø, for eksempel hjemme eller på arbeidsstedet til informant; kunstig – det vil si at informanten forflytter seg til et sted han vanligvis ikke er, for eksempel intervjuerens kontor; eller nøytralt – et sted hvor verken informant eller intervjuer er «på hjemmebane». Valg av sted kan gi *konteksteffekt* – altså påvirke innhold i intervjuet – og forskning viser at kunstig kontekst kan medføre kunstige svar (Jacobsen, 2005, s. 147). I utgangpunktet ønsket jeg å gjennomføre intervju på informantens «hjemmebane», men med bakgrunn i situasjonen med covid19, måtte intervjuene gjennomføres digitalt. Dette er en faktor som kan påvirke intervjuet, ved at det skaper en større distanse mellom intervjuerperson og intervjuer. Det kan være både en fordel og en ulempe. For noen kan det være lettere å fortelle med denne avstanden, mens de oppholder seg i sitt naturlige miljø, mens for andre vil det være mer krevende å fortelle til en PC og en skjerm. 3 av informantene satt på sin arbeidsplass, den siste var hjemme, og jeg satt på hjemmekontor. Det vil si at alle befant seg på en

hjemmebane, men samtidig begrenset til et bilde av ansiktet. Kvale og Brinkmann (2015) skriver at selv om en ikke vektlegger kroppslige uttrykk i materialet, spiller det inn på hvordan vi fortolker det som sies, og denne muligheten begrenses av skjermene mellom oss.

Jeg avsluttet alle intervjuene med spørsmål om hvordan det opplevdes å gjennomføre digitalt, og hva de eventuelt trodde ville vært annerledes med fysisk intervju. Samtlige sa at det var betydelig lettere å planlegge «i disse tider» og at det var bedre enn med bare telefon (uten bilde), «det gjør jo noe med samtalen når man *ser* den man snakker med».

Intervjuene tok mellom 40 og 70 minutter, og jeg syns selv jeg satt igjen med et rikt og nyttig datamateriale. Terapeutene jeg intervjuet fylte inklusjonskriteriene, og hadde til sammen god variasjon i erfaring fra klinikken i faglig bakgrunn med tanke på kurs og utdanninger innenfor fagfeltet.

3.3.2 Bearbeiding; transkribering og analyse

Det er mange fordeler med å transkribere eget materiale; det skaper en større nærhet, en har et bedre bilde av hele situasjonen. Man kan få med flere betydningsfulle elementer enn dersom transkriberingen gjøres av andre eller av maskinvare, og man starter ofte en meningsanalyse allerede her (Kvale & Brinkmann, 2015). Fra før gjennomføring hadde jeg bestemt meg for å gjøre transkriberingen mest mulig direkte, ta med «eh», «hm», pauser, latter, vektlegging av enkelte ord, og lignende som ble vurdert som meningsbærende (Kvale & Brinkmann, 2015). Også dette fordret at jeg kunne «gjenoppleve» intervjusituasjonen, og huske elementer som ikke kommer fram i teksten. Når intervjusituasjonen tekstliggjøres, reduseres også den faktiske situasjonen og interaksjonen, og dermed mister flere nivåer, og om man kun legger transkripsjonen til grunn vil analysen fragmenteres (ibid). Jeg har forsøkt å være bevisst på dette i analyseprosessen, og dermed forholdt meg mer til intervjuene i situasjonen enn til bare transkripsjonene. Intervjuene ble transkribert til bokmål uavhengig av dialekten til informantene – både for at teksten skulle bli lettere å jobbe med, med hensyn til oversikt og struktur, og av hensyn til informantenes anonymitet.

I analyseprosessen ønsker en å finne et dypere meningsinnhold i det informantene sier og en dypere forståelse av fenomenene som trekkes frem. (Thornquist, 2012) Jeg valgte å gjøre en *tematisk innholdsanalyse* av det skriftliggjorte materialet. (Johannesen, Rafoss & Rasmussen, 2018).

Jeg brukte god tid på å bli kjent med materialet; jeg leste transkripsjoner, lyttet til intervjuene, og la stadig merke til nye momenter eller forståelser. Mens jeg gjorde en slik «naiv gjennomlesing» (Thornquist, 2012), gjorde jeg meg mye både tanker og notater. Jeg forsøkte å ikke tenke tema og kategorisere mens jeg leste, men jeg leste med fokus på kjønn og kjønnsperspektiver – jeg forsøkte å bearbeide materialet og oversette med dette perspektivet.

Neste steg ble å gjøre en innholdsanalyse av hvert intervju, hvor jeg noterte tema som ble trukket frem i intervjuene. (Johannesen, Rafoss, & Rasmussen, 2018) Her forsøkte jeg å finne tak i hva informantene vektla i sine refleksjoner rundt problemstillingen, og koble konkrete sitater til disse temaene. Dette ga meg et bokstavelig talt fargerikt materiale – jeg fargekodet utsagn til aktuelle tema. Jeg valgte å lage en firedelt tabell for å få bedre oversikt; i første kolonne satte jeg den transkriberte teksten, i andre laget jeg en meningsfortetning (Kvale & Brinkmann, 2015). I tredje kolonne satte jeg min fortolkning, hvor jeg forsøkte å hente ut hva informanten tematiserte, og i siste kolonne skrev jeg nøkkelord/koder som inneholdt det sentrale tema. Den siste kolonnen har jeg brukt for å gjøre noen litteratursøk for å få større innsikt rundt disse temaene (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg endte opp med tre hovedtema; henvisningspraksis, kjønn i fysioterapi med fokus på samhandling, og uttrykk.

3.3.3 Presentasjon av materialet

I kapittel 4 presenteres resultater fra intervjuene. Jeg har valgt å skrive sammen resultat og drøfting, i et forsøk på å gjøre teksten mer empirinær. I og med at jeg har intervjuet fagpersoner, og lagt deres begreper og formuleringer til grunn, har jeg valgt å ikke sortere i et eget resultatkapittel før drøfting. Temaene er delt i tre hovedkapitler, med underkapitler der det fremkommer andre tema eller perspektiver. Kapitlene er innledet med en generell introduksjon. For å gi leseren et større innblikk i materialet, har jeg valgt å bruke lengre sitater, i tillegg til å beskrive hva som fremkom i materialet.

Sitatene er sammenfattet for meningsfortetning, og jeg har forsøkt å fremstille resultater i tre nivåer; utsagn direkte fra informantene, min fortolkning av det og en drøfting opp mot aktuell teori. Sitatene er skrevet i kursiv med innrykk, og det er angitt hvilken fysioterapeut som har sagt hva. Kortere sitater står skrevet i kursiv i teksten. Utdrag fra litteratur er skrevet i samme stil, med kildehenvisning.

Datamaterialet gir to perspektiver; det ene er å hva terapeutene sier om seg selv, sine refleksjoner og sine erfaringer og det andre nivået er hva de sier om hva de tenker og erfarer at pasientene opplever og uttrykker.

3.4 Metodiske vurderinger

3.4.1 Ethiske overveielser

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2021) fremhever noen saksområder som gjøres relevante for mitt prosjekt; personverd og personvern, nytteverdi kontra skadepotensialer og etterrettelighet for å kunne vurdere prosess – blant annet med hensyn til kildebruk. Jeg vil i det videre redegjøre for hvordan jeg har ivaretatt dette.

Personverd innebærer for eksempel samtykke, som skal være frivillig, informert, utvetydig og dokumenterbart. Informantene ble kontaktet direkte, noe som kan medføre risiko for at de opplever det vanskelig å si nei. Jeg tok kontakt per epost for å skape nok avstand til at det skulle være greit, og jeg presiserte at dette kun var en forespørsel. Når de aktuelle hadde takket ja til å delta, sendte jeg informasjonsskriv hvor det blant annet sto at jeg ville be om muntlig samtykke – som gir mindre risiko ved at jeg ikke trenger å ivareta et underskrevet ark med navn og kontaktinfo. Eposter ble skrevet ut og oppbevart i låst skap, og slettet fra epostkonto. Mine data ble klassifisert som gule – med begrenset risiko siden jeg pratet med profesjonelle aktører og faglige anliggende, og ikke med privatpersoner om personlige erfaringer el. Informantene ble oppfordret til å stille spørsmål om noe var uklart. Ved starten av intervjuene ba jeg om bekreftelse på at de hadde fått, lest og forstått informasjon, og videre samtykket til deltakelse – noe alle gjorde. De ble også informert at de når som helst kunne trekke seg og sitt bidrag fra prosjektet uten grunn eller ulemper.

Personvern inkluderer krav til innhenting, lagring og sletting av personinformasjon og data. Jeg gjennomførte som tidligere skrevet intervjuene via Teams, som er godkjent for bruk. Lydfiler ble lagret via Nettskjema diktafon, til Nettskjema med tofaktorautentisering for innlogging. Lydfilene lagres til etter sensur er forelagt, og slettes deretter. Når jeg transkriberte, lyttet jeg til lydfilene direkte fra nettleser uten å laste ned. Transkripsjoner er skrevet uten personlig informasjon – jeg unnlot for eksempel å skrive navn, stedsnavn ol, og dermed klassifiseres de som grønne data – uten behov for beskyttelse, og disse ble lagret på privat pc med passord, samt at de ble delt med veileder. Jeg har vurdert at det er liten risiko ved deltakelse i et slikt prosjekt, og forhåpentligvis vil nytteverdien være til stede.

Psykomotorisk fysioterapi er et relativt lite fagfelt i Norge, og jeg har derfor vært bevisst på å ivareta informantenes anonymitet i oppgaven. Jeg har derfor ikke laget noen presentasjon av informantene, men kalt de Fysioterapeut A/B/C/D når jeg har gjengitt sitater, for at leseren skal kunne følge hvilken informant som sier hva. NSD oppfordret i sin godkjenning til å begrense bruk av eksempler som kunne identifisere personer, og dette ble informantene gjort oppmerksomme på i starten av intervjuene – men jeg ba dem gjerne bruke eksempler uten å trekke inn detaljer om pasienter eller situasjoner de refererte til, og dette hadde de forståelse for.

Det har naturligvis vært viktig for meg å være tro mot materialet, og forsøke å forstå informantenes intensjon i en helhet. I intervjusituasjonen kommer man tett på andre mennesker, og når jeg søker innsikt i deres erfaringer og refleksjoner, kan det også tenkes at de har tanker om hva jeg forventer å få til svar. Det var viktig for meg å legge til rette for deres tanker og i minst mulig grad legge forventninger i spørsmålene med hensyn til hva de skal tematisere eller hva som er «rett» eller «feil» måte å utøve faget.

Gjennom hele prosessen har jeg vært nøye på kildebruk og å referere korrekt.

I og med at studien ikke innebærer utprøving av nye behandlingstiltak eller ny form for behandling, men heller evaluerer eksisterende praksis faller det utenfor lovens virkeområde, og det er ikke nødvendig å søke godkjenning fra Regionale etiske komiteer (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK, 2015)

3.4.2 Validitet og reliabilitet

Metodelitteraturen beskriver flere faktorer som påvirker validitet, både intern og ekstern. Thagaard (2018) bruker begrepene reliabilitet om pålitelighet, validitet om gyldighet og overførbarhet om hvorvidt resultatene fra en enkelt undersøkelse kan overføres til andre sammenhenger (ibid. s 181). Intern validitet handler om troverdighet i prosessen, hvorvidt årsakssammenhenger støttes innenfor valgte metoder. Videre handler det om hvorvidt informasjon som både finnes og skapes henger sammen med valgt problemstilling og hensikt med studien. Reliabilitet handler om å redegjøre for forskningsprosessen, og for våre forforståelser og forventninger. Jeg har forsøkt å redegjøre for egen rolle og forforståelse, og å begrunne hvorfor jeg har gjort de valgene jeg har gjort i prosessen. (ibid.) Jeg har også valgt ut mange og lengre sitater fra informantene for å synliggjøre hva jeg har lagt til grunn for min fortolkning, og jeg har forsøkt å vise hvilke valg jeg har gjort – og hvorfor.

Ekstern validitet handler om i hvilken grad resultater fra en studie kan overføres til andre områder – om forståelsen som utvikles gis større gyldighet enn i den konkrete studien de oppstår i eller om det kan gjøres en teoretisk generalisering. Dette innebærer om teksten tilbyr leseren en dypere forståelse for tidligere kunnskap (Thagaard, 2018). Kvale og Brinkmann (2015) peker på antall informanter som sårbarhetsfaktor. Jeg valgte 4, og fikk et fint utvalg som med sin varierte erfaring og kompetanse ga meg et godt materiale å jobbe med. I kvalitativ forskning anses et slikt utvalg som anvendelig, all den tid en forsøker å finne ut mye om lite – heller enn å finne ut litt om mye som er mer fokus i kvantitativ forskning. Det er drøfting og fortolkninger av materialet som gir grunnlag for å vurdere overførbarhet.

3.4.3 Metodekritikk

I etterkant av intervjuene har jeg tenkt at intervjuene kunne fått større dybde hvis samtalerne hadde foregått ansikt til ansikt heller enn ansikt til skjerm. Intervjuene ble avsluttet med en liten samtale rundt dette, og samtlige informanter uttrykte at det var enklest å gjøre det sånn praktisk – mindre tidkrevende enn fysiske intervjuer som kanskje måtte endres med tanke på covid 19-pandemien, og det var bedre enn å gjøre intervjuer bare per telefon. Situasjonen tatt i betraktning vurderte jeg det som best å planlegge og gjennomføre digitale intervjuer, og jeg tror ikke det ville vært vesentlig forskjell i resultat ved fysiske intervjuer. I analyseprosessen har jeg flere ganger tenkt at «det skulle jeg fulgt opp», eller «det ville jeg hatt utdypet», men samtidig vurderte jeg å ha tilstrekkelig data og ikke behov for å gjøre oppfølgingsintervjuer.

I forkant vurderte jeg også å forsøke gruppeintervjuer, for at informantene skulle kunne spille mer på hverandre – men samtidig kan det være mer krevende å få dyp innsikt i den enkelte informants bidrag i en slik sammenheng. Når jeg måtte gjennomføre intervjuene digitalt, ble det også mest praktisk hensiktsmessig å gjøre individuelle intervjuer.

Intervjuer gir informasjon om hva vi sier vi gjør, våre intensjoner, ønsker og refleksjoner. For å finne ut noe om hva som faktisk skjer, må en gjøre observasjonsstudier for å finne ut om det er samsvar mellom intensjon og handling. (Kvale & Brinkmann, 2015) For å få tak i refleksjoner og erfaringer, som ved min problemstilling, vurderte jeg det som hensiktsmessig og tilstrekkelig med intervjuer.

Thagaard (2018) tematiserer også betydning av forskerens kjønn for intervjusituasjonen, som sammen med andre faktorer spiller inn på hvordan intervjusituasjonen blir. Hun trekker fram at det forekommer «tatt for gitt»-heter når intervjuer og informant er samme kjønn – når en

kvinne intervjuer en kvinne eller en mann intervjuer en mann kommuniseres det med implisitte forståelser. Hun trekker også fram studier som tematiserer maktforhold; når en kvinne intervjuer en mann kan han bruke situasjonen til å styrke sin posisjon, og dersom han oppfatter at intervjueren har en kritisk holdning forekommer det ofte et behov for å gjenvinne kontroll over situasjonen – og dersom en mann intervjuer en mann vil han få annen informasjon «...som intervjupersonen ønsker å dele med andre menn.» (ibid. s 107). Slik bringes også makt inn i metodediskusjon. I min studie var jeg ganske tydelig på at jeg som forsker og student ønsket å få innsikt i erfarne terapeuters refleksjoner og erfaringer, og ga dem deres åpenbare posisjon som mest kunnskapsrike. Jeg opplevde informantene som ydmyke og villige til å dele uten behov for å posisjonere seg på en måte som påvirket resultatene.

4 Resultat og drøfting

I denne delen vil jeg presentere resultater fra datamaterialet, og analysere og drøfte disse opp mot teori. Jeg har delt inn i tre hovedtemaer med undertemaer. Noen av sitatene er forkortet med hensyn til meningsfortetning, og jeg har valgt å presentere noen lengre sitater for å vise mer av materialet. Det er angitt hvilken av fysioterapeutene (A/B/C/D) som har sagt hva, for å gi leseren mulighet til å følge utsagnene.

Etter å ha gjort en naiv gjennomlesing, hvor jeg forsøkte å forstå og sortere sitater og utsagn i termer relevant for problemstillingen – for å peke retning for analysen – valgte jeg ut tema. Informantene tematiserte mye av det samme, og ga flere ulike perspektiver. Jeg fikk ingen åpenbare uenigheter rundt noen tema.

Informantene var som tidligere sagt fire erfarne terapeuter med variert og relevant erfaring. De belyste spesielt tre tema, som jeg har valgt å jobbe med i drøftingsdelen. Det første var at det er få gutter som henvises og kommer til behandling. Dette har jeg forsøkt å belyse både fra terapeutenes oppfatning av guttenes perspektiv, og fra behandlingens perspektiv – hvorfor få kommer, hvorfor de kommer seint i sin utredning eller behandlingsprosess og dermed om psykomotorisk fysioterapi sin plass i helsevesenet. Det andre tema handler om kulturelle normer og forventninger – både hvilke forventninger guttene møtes med, og hva terapeutene tenker rundt guttenes eller pasientenes forventninger, og om terapeutenes refleksjoner rundt og forståelse av tema som maskulinitet, skam og om samhandling med unge gutter. Det siste tema som trådte fram, handler om uttrykk og språk; både guttenes uttrykk og språk, og terapeutenes språk i møte med dem.

Kapitlene har fått tittel fra informantens utsagn, da jeg synes disse illustrerer tematikken godt.

4.1 «Hvor blir det av guttene?» – få gutter henvises, og unge gutter utgjør en liten andel

Informantene erfarer at ungdom utgjør en liten andel av pasienter som kommer til behandling, og at blant alle aldersgrupper er det langt flere jenter og kvinner enn gutter og menn som utgjør pasienttilfanget i PMF. Tanken med å rekruttere terapeuter fra kommunehelsetjenesten eller førstelinjetjenesten som informanter, var at de skulle kunne ha erfaring med å se guttene

tidlig i et forløp, i motsetning til terapeuter i BUP⁹ som møter guttene til – og underveis i – utredninger, etter henvisning fra for eksempel fastlege. Det viste seg imidlertid at alle informantene fikk flest pasienter henvist *fra* BUP; få fra fastlege, noen fra foreldre som tok kontakt og enda færre fra helsesykepleiere. Samtlige terapeuter forteller også at unge gutter utgjør en veldig liten del av det totale pasienttilfanget. Kanskje handler det både om guttene og om behandlingsformen?

«Nå har jo jeg bare sett de som faktisk kommer, da, og jeg tenker jo vi har mer å bidra med...så, hvor blir det av guttene?» (Fysioterapeut C)

Når vi kjenner til ungdoms utfordringer, og til fagfeltet – og informantene erfarer at de guttene som kommer ofte har god effekt – hvordan kan det forstås at mange ikke henvises?

4.1.1 «Det har gått så langt» – guttene henvises sent i utredning/behandlingsforløp

Informantene forteller at de fleste guttene de får henvist, henvises fra spesialisthelsetjenesten. De forteller også at det innebærer at guttene allerede har vært gjennom et forløp av utredninger og behandlinger, ofte over tid, før de kommer til psykomotorisk fysioterapi. Informantene reflekterer over om det kan handle om at guttene kommer i kontakt med helsevesenet og presenterer plager som ikke åpenbart er sammensatte eller peker i retning psykoterapeutiske tiltak for legen eller helsesykepleieren, men det kan også handle om at samarbeidende instanser ikke kjenner godt nok til hva psykomotorisk fysioterapi representerer.

«De kommer ikke så ofte fra helsesøstre engang, det er som regel BUP – det har gått så langt.» (Fysioterapeut D)

Dette utsagnet kom med et sukk – og flere av informantene erfarer at det kan være forskjell på de ungdommene som henvises fra BUP og de som kommer tidlig med sine plager.

Alle informantene forteller også at de har noen som kommer etter forespørsel fra foreldre – og de fleste av disse er foreldre som selv har gått i behandling hos psykomotorisk fysioterapeut

⁹ BUP er barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, organisert i spesialisthelsetjenesten i alle helseregionene. BUP får henvist barn og unge med behov for utredning/behandling utover kommunale tjenester (Helsedirektoratet, 2020)

«...og vet hvordan vi jobber» (Fysioterapeut B). Dette vil jeg si noe mer om i neste delkapittel.

Hva skjer med guttenes forståelse av seg selv og sine problemer når det har «gått så langt»? Informant B forteller at når ungdommene har vært gjennom prosessen før de kommer til BUP, og deretter blir henvist til PMF kan det påvirke ungdommens forståelse av seg selv og sine plager – de kan påvirkes i å tenke på helsevesenets premisser, de kan formes av hva helsepersonell har fokus på, og skoles i begrepsbruk. Det har historisk vært en tendens til å søke biomedisinske forklaringer til psykiske helseplager (Gretland, 2007), som innebærer fokus på kroppen som objekt og ting som kan måles og ses – ikke nødvendigvis erfaring og egne opplevelser. Teoretiske rammer sier også en del om hvordan guttene uttrykker seg; de kan ha avstand til sine plager og ikke selv sette det i sammenheng med erfaring og *se kroppen som seg* (Thornquist & Bunkan, 1986).

I sin masteroppgave fra 2012 fant Opaas som tidligere nevnt at relativt mange psykomotoriske fysioterapeuter ikke jobber med ungdom, og at få ungdommer går i behandling. Et av elementene han trekker frem som styrke for de ungdommene som går i behandling, er mulighet til en trygg samarbeidsallianse preget av tillit, og at ungdommene kan følges opp av en voksen over tid. Dette er kanskje en særlig fordel for terapeuter i kommunene som både er nær pasientene, og kan følge dem opp over tid. Informantene fortalte at ungdom sjelden har behov for langvarig oppfølging, men at det er viktig å kunne tilpasse intervallene mellom behandling etter symptomtrykk og behov hos den enkelte.

Å forstå seg selv har blitt et sentralt tema når man snakker om å styrke ungdoms psykiske helse. I det økte fokus på psykisk helse og livsmestring¹⁰ i skolen skal elevene – ungdommene – lære om blant annet grensesetting, følelser og å håndtere medgang og motgang. Relasjoner og selvbilde er også vektlagt (Utdanningsdirektoratet, 2017). Det står imidlertid lite konkret om hvordan man skal jobbe med dette. Madsen (2020) drøfter fokuset som settes på *mestring* helt fra barnehagealder. Begrepet *mestring* innebærer *at en person håndterer oppgaver og utfordringer som vedkommende møter i livsløpet* (Svartdal, 2018). Madsen (2020) poengterer at med dette fokuset legges mye ansvar for både individuell helse og folkehelse på den enkelte, helt fra barna er små skal de lære seg å ta valg og handtere utfordringer – og dermed

¹⁰ Folkehelse og livsmestring er et tverrfaglig tema i ny læreplan fra 2020

ta ansvar for helse. Madsen peker på at flere stiller spørsmål ved å pålegge barn og unge enda en ting å mestre, blant allerede eksisterende krav i både skole og fritid. Også gjennom dette fokuset ses psykisk og fysisk helse som adskilt, og et spørsmål kan kanskje være *blir man et sunnere menneske av å lære seg om følelser?*

I lys av teori om hvordan maskulinitet relateres til gutter og menns forståelse av kropp som objekt, og at menn ofte forklarer sine smerter og plager med faktorer utenfor sin kontroll (Ahlsen, Solbrække, & Mengshoel, 2012), kan det tenkes at PMF ikke er et åpenbart tilbud for å nå denne gruppa. Både barnefysioterapeuter og psykomotorikere etterlyser større plass for fysioterapeuter i tverrfaglige samarbeid. (Lund, Skogseth-Stevens, & Vindenes, 2021) De skriver at fysioterapeuter ofte undersøker og følger opp *ved siden av* – eller uten orientering til – BUP om ungdommen henvises dit. På grunn av høyt press og mange henviste til BUP, er det begrensede muligheter for oppfølging over tid – og flere henvises da til terapeuter i kommunene; også fysioterapeuter. Psykomotoriske fysioterapeuter jobber som tidligere nevnt i alle ledd av helsetjenesten, men de fleste jobber i privat praksis med driftstilskudd, og mange har lange ventelister. (ibid.)

Informantene forteller at de får få henviste fra skolehelsetjenesten. Skolehelsetjenesten (inkludert helsestasjon) skal jobbe tverrfaglige – de *skal* ha helesykepleier og lege, de *bør* ha fysioterapeut, og *kan* ha samarbeid med psykisk helsetjeneste – enten med kommunepsykolog, psykiaritjenesten eller via samarbeid med spesialisthelsetjenesten. (Helsedirektoratet, 2019) Slik også Ytreberg og kollegaer (2015, 02/11) poengterer, har fysioterapeuten ofte en mindre skremmende rolle enn for eksempel en psykolog – selv om problemet ungdommen opplever handler om det samme.

«Jeg tror det er mer ufarlig å komme til en fysioterapeut enn å koble på dette psykologbegrepet, det er mer skummelt å skulle koble på hodet, tror jeg.» (Fysioterapeut B)

Mental helse (2021) har utarbeidet en fagressurs for helsesykepleiere med tema *hvordan hjelper vi gutta*, som anerkjenner at det behøves et annet fokus og andre tilnærminger for å nå guttene, og kunne hjelpe på en annen måte enn jentene. Utvalget som har jobbet med tema skriver blant annet at å tilrettelegge for «*guttevennlige tiltak*» (ibid. s 16) ikke krever så store omlegginger – men en annen forståelse og bevissthet rundt for eksempel ordvalg og strategi for å informere. De skriver at det eksempelvis kan være nyttig å bruke begreper om «*trening*» og «*mestring*» fremfor «*stress*» og «*angst*», selv om innholdet kan gå på det samme. De

fremhever også viktighet av å informere på kanalene guttene befinner seg på, for eksempel i sosiale medier. Også samarbeidspraksis trekkes frem som viktig for å «gjøre tilbudet mer guttevennlig», og samarbeid med fysioterapeuter fremheves, og «*det kan oppleves som mindre «skummelt» å besøke en fysioterapeut enn en helsesykepleier. Eventuelle smerter og spørsmål knyttet til kropp og aktivitet er en fin inngangsport for å snakke om hvordan de har det.*» (ibid. s 20). Det er imidlertid snakk om fysioterapeuter generelt, ikke psykomotoriske fysioterapeuter.

Informantene sier at det ikke er noen tydelig ulikhet i henvisningsårsak for gutter og jenter, men at det er forskjell i hvordan gutter og jenter forstår og presenterer sine plager – og at det ikke trenger være samsvar mellom henvisning og presentasjon. Det er også avhengig av hvem som henviser; foreldre som tar kontakt forteller mer på personlig plan, en fastlege skriver ofte kort mens BUP har lengre utredninger og utgreiinger i sine henvisningstekster.

Henvisningene fra legene og BUP er preget av diagnostiske termer, mens fysioterapeutene beskriver plagene mer erfaringsnært og hverdagslig; kroppslig uro, smerter, hodepine, stress. Informantene ser også en kjønnsforskjell der guttene kommer med mer smerter – konkrete eller diffuse, mens jentene kommer med depresjonsplager, stress, søvnproblemer mv. Det er større forskjell mellom henvisningsårsak og hva ungdommen selv beskriver hos guttene enn hos jentene; spesielt med tanke på hvordan de årsaksforklarer og forstår sine plager;

«...ofte så kommer jentene med mer fortellingene; mer følelser, mer tanker...og kanskje litt sånn intellektualiserer problemstillingene, mens menn, eller gutter, presenterer mer konkret kroppslig; en uro i brystet, en hodepine eller en vond rygg.»
(Fysioterapeut C)

Dette forstår jeg i lys av teori rundt gutter og jenters generelle forståelse av seg selv, hvor guttene i større grad distanserer seg til følelser og relasjonelle forståelsesrammer.

«Hos jentene er det mer tankestøy, mens hos guttene går det mer på konkret fysikk.»
(Fysioterapeut B)

«Det er kanskje lettere å si at en har vondt i ryggen eller vondt i et kne, de snakker mer mekanisk om det da. Eller i skulder. På den måten der...» (Fysioterapeut D)

Det er altså noe som går igjen i hvordan informantene oppfatter at guttene forholder seg til og beskriver sine plager. De forklares gjerne med utenforliggende årsaker; det skyldes noe de er påført eller har fått på grunn av noe de ikke rår over, mens jentene i større grad «tar på seg skyld»; eksempelvis

«hvis det er snakk om hva som har vært belastning, hva som har vært vanskelig, da er det mer...det må du kanskje grave litt mer etter da, for å finne den sammenhengen, eller...meningssammenhengen i plagene. De kan være sinte for andre ting; at det er mye på skolen, eller at treneren er urettferdig eller...ja. De kobler det ikke så ofte til hva de kjenner i kroppen da.» (Fysioterapeut C)

I flere sekvenser forteller informantene om at guttene reagerer med sinne, de er irriterte og blir mer aggressive når de uttrykker og forteller om sine plager – og for meg gir det mening om en forstår plagene skyldes en utenforstående årsak. Skårderud (2001) skriver at skam ofte kan føre til aggresjon – og kanskje kan det handle om det; en skam for å plages; et brudd på en forventning. Drøfting av begrepet skam kommer jeg tilbake til senere.

Det finnes flere mulige forklaringer på disse forskjellene mellom gutter og jenter. NOU 2019:19 «Jenterom, gutterom og mulighetsrom» presenterer tre av disse forklaringene; at jentene er mer sårbare enn guttene biologisk sett; at sosialiseringen i samfunnet i større grad tillater jenter enn gutter å sette ord på og fortelle om sine plager; og at «*jenter faktisk utsettes for større belastninger, rent objektivt sett, fordi de er jenter.*» (ibid. s 30) I dette forstås både skolestress og kroppspress. Utvalget skriver at det er godt dokumenterte forskjeller hvor jentene opplever større stress og press, som gir flere psykiske helseplager – blant annet i form av kroppsbildeforstyrrelser og spiseforstyrrelser. Det ses imidlertid en økning i gutter som også utsettes for kroppspress som påvirker helsa, men at det uttrykkes på andre måter enn hos jentene – og kan derfor være vanskeligere å se og forstå i kontekst. Psykiater og forfatter Skårderud har skrevet mye om spiseforstyrrelser. Han har blant annet skrevet en artikkel kalt «*Gutter har også kropper*» (Skårderud, 2007), som omhandler helsevesenets – og kanskje også guttene selv – sine forståelser av sine problemer. Han antyder at spiseforstyrrelser kan være en uhensiktsmessig reguleringsadferd i møte med krav og forventninger til både utseende og prestasjon, men at kjønnsforståelsen kan begrense forståelsen med hensyn til hva en spør om og ser etter i møte med disse guttene. Skårderud (2006) tematiserer forskjellen mellom jenters selvvurdering av tynn/tykk, pen/stygg, i kontrast til hvordan guttene forholder seg til kroppen som sterk/svak, musklene som hard/bløt (ibid. s 54-55); han beskriver som Waquant (1995) hvordan muskelbygging handler om bygging av identitet og selvtilit.

Informantene påpeker en kjønnsforskjell i at guttene vurderer og vurderes altså i motorisk «kjønnede» fenomener, mens jentenes presentasjoner handler mer om relasjonelle aspekter. Jeg tenker at måten helsevesenet møter ungdommene ved å vurdere de samme faktorene, opprettholde og kanskje til og med forsterke et slikt mønster. Dersom målet er at flere gutter

skal få mulighet til en tilnærming som setter pasientens erfaring og opplevelse i sentrum, må en annen forståelsesramme gis rom.

4.1.2 «Vi representerer noe annerledes» – psykomotorisk fysioterapi i helsevesenet

Informantene fremholder at psykomotorisk fysioterapi representerer en annen tilnærming enn mange andre instanser i helsevesenet, og lurer på om det at guttene henvises til PMF seint i forløpet kan handle om at psykomotorisk fysioterapi er lite kjent blant våre samarbeidspartnere, og at organisatoriske rammer kan begrense samarbeid. De fremhever en annen tenkemåte; helsevesenet preges i stor grad av dualistisk og reduksjonistisk tenkning, mens i psykomotorisk fysioterapi fokuseres helheten, og en anerkjenner at pasientene kommer med sin historie, sine erfaringer og sine forventninger.

«Det virker å være lite kunnskap i spesialisthelsetjenesten om PMF, at de tenker ikke i den retningen. (...) De vi får henvist har kanskje spesialisthelsetjenesten ikke kommet i posisjon til å nå inn til psykoterapeutisk, de har kanskje ikke språket, og da kan fysioterapi og en kroppslig tilnærming være hensiktsmessig for å få kontakt med barnet eller ungdommen.» (Fysioterapeut C)

Her sies det noe om manglende språk for å komme i posisjon til å hjelpe – slik jeg tolker det å få kontakt, og å la ungdommen komme i kontakt med seg selv gjennom erfaring.

Fysioterapeut C fortsetter;

«Psykologifaget står jo sterkt, og litt denne denne psykologiseringen...altså, det er dette med at du skal lære om, du skal lære å håndtere, du skal få informasjon, du skal lære å regulere deg gjennom ord du skal bli fortalt, og du skal reflektere intellektuelt... Det vi representerer som fysioterapeuter som handler mer om det å erfare, å kjenne, stole på, utforske gjennom konkret kroppslig opplevelse, det er ikke like fremstående som førsteprioritert tiltak.» (fysioterapeut C)

Jeg undres over hvordan ungdommenes egne erfaringer og forståelser vektlegges – hva ligger i å «få kontakt», og hvordan møtes guttene i helsevesenet ellers?

Informanten fokuserer begrepet å *regulere seg*, og påpeker en polaritet mellom samtaleterapi med intellektualisering og refleksjon, og å erfare gjennom kroppen, som informantene knytter til PMF. Psykiatrisk sykepleier Pål Solhaug (2021) skriver om helsevesenets bruk av dette begrepet, og han stiller noen kritiske spørsmål rundt det. Solhaug kobler regulering til en termostat; som i en mekanisk konstruksjon kan øke eller redusere temperatur. I psykoterapi snakker man om blant annet affektregulering og selvregulering – og teknikker for dette.

Solhaug gir alternative begreper – *«jeg vil ikke regulere andre – jeg vil trøste, støtte, hjelpe»*.

Å lære å regulere seg gjennom ord blir for meg ganske erfaringsfjernt, og jeg oppfatter at informanten sier det samme – det er en stor kontrast til hva psykomotorisk fysioterapi kan tilby; nemlig kroppslig erfaring. Å erfare hva en følelse gjør med meg, og hva som trigger den – når en har etablert en trygg relasjon og kan ta imot trøst og støtte, og sammen skape en forståelse av den kroppslige reaksjonen som gir mening for pasienten. I PMF snakker vi også om å regulere følelser, gjennom bevissthet rundt spenningsmønstre og en forståelse av sammenhengen mellom – og samtidigheten i – følelser og spenninger. Tiltak handler ofte om å regulere opp eller ned spenninger for å gjøre følelsen handterbar og forståelig – å åpne opp for forståelsen av følelsen (Thornquist & Bunkan, 1986). Jeg tror det er viktig som Solhaug (2021) presiserer; at *innholdet* i begrepet er hensiktsmessig og viktig, men at selve begrepet bør man være bevisst på bruken av.

En annen ting som tematiseres av informanten er intellektualisering i verbalterapien, som blir en tydelig kontrast; mellom å snakke om og lære seg å forstå følelser, kontra å erfare kroppslig – reaksjoner, handlingsmønstre og knyttet til emosjoner. Nettopp det å erfare og oppleve kroppslig trekkes generelt frem som en fordel med fysioterapi i psykisk helsearbeid (Gretland, 1999). Å fremme subjektstatus hos ungdommen gjennom kroppslig bevisstgjøring; å kjenne på og bli bevisst på *hva gjør det med meg å gjøre dette*, etter hvert også kunne overføre til andre situasjoner i livet og hverdagen.

Gretland (1999) skriver om samarbeidspartneres erfaring med fysioterapi for pasienter i psykiatrien. Det kommer flere utsagn om verdifulle bidrag, blant annet sier en psykiater at

«det er jo sånn med denne unge gruppen, at det kan være vanskelig å få dem inn i et verbalterapiforløp – både fordi de kan være i opposisjon til voksne, og fordi en del av dem ikke har forutsetningene i begrepsapparat eller tålmodighet til å gå inn i det. Det er noe i fysioterapien som er tiltrekkende for vår aldersgruppe.» (ibid. s 22).

Her gis et eksempel på at fysioterapi kan ses som et nyttig bidrag for pasientene og for samarbeidende profesjoner. Som nevnt i forrige avsnitt er fysioterapeuter nevnt som viktige samarbeidspartnere for også helsesykepleiere og i skolehelsetjenesten, men psykomotorisk fysioterapi er lite kjent for andre i kommunehelsetjenesten (Ullrich & Underhaug, 2021).

I følge Pasient- og brukerrettighetsloven §2-3 (Lovdata, 2001) skal pasienten *ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand*. Slik dette står, skal legen

(eller andre i helsevesenet) *gi* pasienten *informasjonen* som trengs for å *få* innsikt i sin egen situasjon. I dette *gis* pasienten, med sin historie, forståelse, erfaring og refleksjon, lite betydning; man skal bare ta imot. Dette er en annen forståelse av hva som er relevant kunnskap enn det som tillegges betydning i psykomotorisk fysioterapi, hvor terapeut og pasient *sammen* definerer opplysninger om pasientens helsesituasjon, nettopp basert på egen historie, erfaring og opplevelse, sammen med terapeutens kunnskap om kroppens funksjon. I dette samspillet er relasjon og kommunikasjon avgjørende. Kroppen blir viktigste kilde til utvikling av kunnskap (Thornquist, 2018). Thornquist (2003) skriver om forskjellen på *informasjon* og *kommunikasjon*; avhengig av senderens intensjon. Informasjon *gis* eller formidles uavhengig av motpartens respons; og det *mottas* passivt. Kommunikasjon – både verbal og nonverbal – også kroppsspråk – foregår *mellom* flere. *God kommunikasjon forutsetter at noen deler noe*, skriver Thornquist (2018, s. 117). Språk og kommunikasjon kommer jeg tilbake til i siste del av drøftinga.

Medikalisering versus normalisering av følelser i ungdomstida tematiseres av blant andre Bjørlykhaug (2016) som skriver om en tendens til at vi begrenser ungdommers muligheter til å erfare normale følelser og reaksjoner – fordi det tilbys teknikker for å unngå disse delene av følelsesaspektet. Kognitiv adferdsterapi, psykologisk førstehjelp og tankevirus brukes ofte i møte med ungdom – for å kjenne igjen, sortere bort og lære seg å unngå «negative følelser» som «står i veien for livsutfoldelse (ibid. s 57). Bjørlykhaug uttrykker en bekymring for at ungdom i stadig større grad oppsøker «eksperthjelp» i helsevesenet for i utgangspunktet normale følelsesmessige og kroppslige utfordringer som følger med ungdomstida (Løkke, 2021). Fysioterapeut C trekker frem denne tematikken, spesielt med tanke på foreldre som tar kontakt for å få hjelp til ungdommen sin;

«Foreldre har en litt økende tendens til å dramatisere, eller sånn at... ungdommene sine følelser blir så voldsomt dramatiske og uhandterbare at de må ha hjelp i helsetjenesten, mens egentlig så er dette dramatiske uttrykket og dette voldsomme, det er egentlig bare en måte å prøve å finne seg fram her i verden på. Men hvis unge skal lære å regulere seg, så må de se at vi voksne, altså de nære voksne også klarer å tåle det sammen med dem, at de ikke trenger å sendes til en terapeut for å bli fikset.»

Et nært og støttende nettverk anses å være en stor ressurs (Bunkan, Bülow-Hansen, Houge, Hødal, & Hansson, 1968). Foreldre med god erfaring fra behandling som ønsker at ungdommen sin skal få samme hjelp og nytte, vitner om dette. Samtidig antyder informanten her en passiv tilnærming – et ønske om å *bli fikset*. Jeg forstår informantens utsagn til å være i retning medikalisering fremfor normalisering. Bjørlykhaug (2016, s. 55) fremhever

normalisering som å «*unngå fokus på problemer og symptomer, og heller sette personen med dens muligheter og håp i fokus*», og viktighet av å unngå diagnostiske termer men heller bruke erfaringsnære begreper, og jeg forstår også informanten dithen at det er viktig å la ungdom erfare anerkjennelse og bekreftelse på at ting er vanskelig – men at det ikke er farlig og heller støtte dem gjennom det. Medikalisering beskrives slik;

«fenomenet at stadig flere av menneskers problemer søkes forklart gjennom (bio)medisinske (individuelle) årsaksforhold og behandlet av helsevesenet. Medikalisering kan blant annet knyttes til den forvitringen som har skjedd av samfunnets tradisjonelle strategier for å gi mening til sentrale menneskelige erfaringer og eksistensielle grensesituasjoner som (...) smerte og lidelse». (Kirkevold, 2020)

Dette ser ut til å være en tendens i samfunnet, som kan være en følge av både medias fokus på psykisk helse. Målet er å redusere tabuene som råder rundt psykisk sykdom. Ungdoms økte bevissthet rundt egen helse kan knyttes til både skole og sosiale medier. Det påvirker sannsynligvis hvordan ungdommene forstår sine følelser og opplevelser – og kanskje bidrar det mer til hvilke termer og begreper ungdommene beskriver i. I følge UngData (Bakken, 2020) rapporterer jentene i større grad psykisk lidelse enn guttene. Ungdommene får spørsmål om et stort spekter av tema, fra skole og lekser, lokalmiljø og fritidstilbud, venner og familie, og om fysisk helse og psykisk helse. Spørsmålene er formulert med funksjonelle begreper, for eksempel «i hvor stor grad har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette; følt at alt er et slit, hatt søvnløshet, følt deg stiv eller anspent, følt deg ulykkelig, trist eller deprimert» - med 4 svaralternativer fra «ikke plaget i det hele tatt» til «veldig mye plaget», for så å rapportere i mer diagnostiske termer som «depressive plager» og «psykiske helseplager» avhengig av score, og denne statistikken brukes som en viktig kunnskapskilde om «dagens ungdom». Slike generelle presentasjoner kan også prege ungdommenes opplevelse av seg selv – og jeg tror kjønnsforskjellene som presenteres også spiller en rolle i å fremheve hva som er vanlig for gutter og jenter – og dermed forsterke normene. I psykomotorisk fysioterapi legger terapeutene vekt på å la ungdommene erfare og etablere et eget språk om seg selv, «...med kunnskap som kommer innenfra, ikke fra media» (Fysioterapeut D). Selv om de bekrefter at det er annerledes mellom gutter og jenter, er de enige om at tilnærmingen er viktig for begge – at å styrke forståelse av seg selv for både gutter og jenter.

I Pasient- og brukerrettighetsloven (PBRL) §3-1 står det at «*Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal gis informasjon og høres*». Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet. (Lovdata, 2001). Her finner vi igjen en passivitet for pasientens del; det legges opp til at en ekspert – legen eller noen i helsevesenet – skal fortelle pasienten om hans eller hennes helse. Eksperten eier informasjonen – og den informasjonen er ofte gitt av objektive målinger. Slik møtes kanskje spesielt guttene dersom de presenterer sine problemer mer konkret og fysisk enn jentene gjør. I psykomotorisk fysioterapi er som tidligere nevnt fokuset på å *forstå seg selv som seg*, og utvikle kunnskap i samspill – med kroppen som utgangspunkt.

Flere studier viser at kvinner og jenter i betydelig større grad enn gutter og menn plasseres i et psykosomatisk forståelsesfelt med sine plager – de psykologiseres. Sammen med at gutter i liten grad oppsøker lavterskel-tilbud som for eksempel skolehelsetjeneste kan en tenke seg at psykomotorisk fysioterapi ikke er et tiltak som tenkes så ofte på for disse unge guttene, spesielt når de kommer med konkrete fysiske plager. Måten guttene både forstår og uttrykker sine plager, kan begrenses av snevre normer og rammer for maskulinitet. (NOU 2019:19, 2019, s. 20)

Både medikalisering, krav om og eventuell mestring av regulering og forventninger skapt av media kan spille inn på hvordan guttene forstår og presenterer sine problemer. Jeg tror at når det tar lang tid med mange instanser før de kommer til psykomotorisk behandling, kan det kreves enda mer innsats for å etablere en god allianse å jobbe i. Det er viktig å skape en forståelse *innenfra* – mindre preget av forventninger. Jeg tror informantenes utsagn om at behandlingen tar tid og at det ofte kommer i gang en god samtale slik at pasient og terapeut sammen kan skape en mer helhetlig forståelse handler også om dette – og kanskje ville det vært lettere å få tilgang til dette om behandlingen ble startet tidligere – før andre forståelser blir utgangspunkt.

4.2 «Mange jenter er litt guttete» – kulturelle normer og forventninger

I intervjuene kom det frem mange spennende erfaringer med kjønnsforskjeller i behandling. Samtidig som alle informantene var opptatt av å si at behandling og møter tilpasses individene som kommer, uavhengig av om det er gutter eller jenter, gir de eksempler på hva som er typiske forskjeller på hvordan pasientene. Informantene gir eksempler på hvordan de

som terapeuter forholder seg til dem, og hvordan både terapeut og pasient forstår møtet og behandlingen i lys av kjønn.

Begrepene informantene bruker, sier også at her er det ganske klare normer, forventninger og rammer til hva som er «guttete» og «jentete» - slik jeg ser det knyttet til maskuline og feminine verdier. Slike forventninger og normer kan ligge så dypt integrert i oss at de er ureflekterte.

4.2.1 «Er det noe spesielt med guttene, da?» - møtet med guttene

Informantene var tydelige på at de forholdt seg ulikt til gutter og jenter, og alle snakket om de samme tingene; «vi prater mindre, og går forttere i gang med å gjøre noe», «når vi gjør noe sammen, som de mestrer – det kan være alt fra styrketrening til ballkast – kommer samtalen godt i gang». De beskriver at når de gjør prøvebehandling i liggende, er de mer tydelige og konkrete i grep og instruksjoner; de forteller hva de gjør, og de holder ikke på like lenge. Dette kan refereres til typisk maskuline verdier som effektivitet, konkrete grep, mindre prat og mer handling (Connell, 2005). For mange kan dette være en nødvendig tilpasning for at behandlingen skal fungere for den enkelte. Psykolog Eide-Midsand skriver om boltrelek og lekeslåssing i flere artikler, og han framhever også denne ulikheten i preferanser hos gutter og jenter; gutter tenderer til å velge fysisk lek; slåssing, konkurranser, «herjing», mens jentene velger de mer relasjonelle; rollelek, familie ol. (Eide-Midsand, 2007b) Dette stemmer med hva informantene sier om hvordan ungdommene definerer sin identitet og hva de har fokus på;

«Identiteten til unge gutter går på hva de mestrer, forbundet til hva de gjør og får til med kroppen – ikke så mye hva de sier eller hva de kan, men å springe fort, kaste langt, klatre høyt, ha store muskler. En overtrente uten at det ga resultat på muskelmasse, når han la inn litt restitusjon skjedde store endringer og når vi snakka rundt det sa han at han følte seg sterkere og tryggere. Mens jenter ofte føler seg sterke hvis de kan reparere et forhold til en venninne, mer relasjonelle ting.» (Fysioterapeut A)

Samtidig hevder både informantene og litteraturen at det blir flere likheter mellom jentene og guttene, noe som også kan være et resultat av et økt fokus på likestilling de seneste årene (Folkehelseinstituttet, 2018). Fysioterapeut D ser samme tendens;

«jeg syns guttene er blitt mer og mer opptatt av hvordan de ser ut, av fokuset på kropp gjerne som en ting og prestasjon, og de har på en måte fulgt opp det jentene hele tiden har strevd med, og i og med at vi lever i et prestasjonssamfunn.»

Sosiale medier og skole, kropp- og utseendepress, posisjonskamp i ungdomsmiljøene kan bidra til utfordringer for ungdom mer generelt, når gutter og jenter i større grad enn tidligere deltar på samme arena – både digitalt, i skole- og fritidssammenheng. Kropps- og utseendepress har vært forbundet med jenter, men det ses altså i større grad å være en utfordring for mange gutter nå. (NOU 2019:19, 2019) Det kan tyde på en dreining også i kroppsforståelsen og oppfattelsen i hva kroppen er og en mindre kjønnsavhengig fremstilling og forståelse.

«En del unge gutter er mer like unge jenter enn hva de liker å innrømme. (...) Det er mange av de samme problemstillingene, men ut fra deres kjønn liksom. Jeg bruker å si at i utgangspunktet er jo gutter og jenter ganske like da. (...) Det går jo på prestasjon, problematikken de kommer med er ofte ganske lik. Frafall på skole er mer gutter enn jenter, men årsaken er ofte noe jenter også kan streve med.» (Fysioterapeut D)

Informantene sier at det er flere likheter, samtidig som de fastholder noen forskjeller mellom gutter og jenter, som stemmer med for eksempel NOU 2019:19. Både i guttenes presentasjon og informantenes utsagn kan man se antydninger til skalering i «maskulint nok». Rammene for hva som er maskulint nok er trange, og de legger antakelig begrensninger for hva guttene «har lov til» og hvordan de lever sine liv. Det er mye fokus på å styrke jenters muligheter til for eksempel deltakelse i idrettsaktiviteter som er mest typisk for gutter. Det er mindre på å legge til rette for gutters deltakelse på aktiviteter typisk flest jenter deltar på (NOU 2019:19, 2019). Begrepet «inhibert intentionality» - hemmet intensjonalitet – kan belyse dette; der Young (1990) skriver dette i en kontekst at jenter blir begrenset fordi de er normativt begrenset. De kjenner ikke mulighetene de ikke kan utnytte; jentenes vanegjorte forventninger til hva de ikke kan gjøre bekreftes uten noen forsøk. Intensjonalitet innebærer bevisste eller ubevisste intensjoner i oss, i både handlingsmønster og bevegelsesmønster (Brancazio, 2019). Kanskje blir det litt det samme for guttene – det er en grunnleggende begrensning i forståelsen av at de ikke vil ha fokus på sårbarhet, følelser eller å sette ord på vanskelige opplevelser at de ikke kan prøve?

Informantene understreker betydningen av at man møter pasienter på samme måte uavhengig av kjønn, alder, etnisitet og så videre. Samtidig gir de flere eksempler på at møter gutter og jenter ulikt. Dette trenger ikke forstås som en motsetning, og jeg tror det oftest skjer ureflektert, med bakgrunn i dypt integrerte normer og forventninger. Disse normene kan være så dypt integrert i oss at vi ikke er dem bevisst – Bourdieu kalte det «vår andre natur» - det sosiale *jeg* som skapes i samspill med miljøet rundt oss (Gretland, 2007) – det vi læres opp i, bevisst og ubevisst. Jeg tror det er viktig å reflektere over informantenes eksempler på

hvordan man møter pasienter av ulike kjønn på ulike måter. Det ligger mye erfaringskunnskap i dette, som viser en utvidet forståelse av individuelle tilpasninger som tar høyde for kjønn.

4.2.2 «Slutt og vær så gay!» – maskulinitet og femininitet i behandling

Informantene bruker maskulinitet og femininitet som begreper. Selv om det ikke utdypes konkret hva de legger i begrepene, bruker de flere andre ord som faller inn under disse «kategoriene». Flere av terapeutene tematiserer også maskulinitet og femininitet hos terapeutene, uavhengig av kjønn – menn har noen feminine kvaliteter og kvinner har noen maskuline kvaliteter, og det trekkes frem som noe vi kan spille på for å tilpasse og å etablere en god relasjon til pasientene – og å møte deres uttrykk. De knytter det altså mer til maskulinitet og femininitet enn til gutter og jenter. Hvordan kommer det til uttrykk i møtene?

«Mange jenter er også veldig tøffe og rå, de er litt guttete. Ei syns jeg ble for myk, og sa «åh slutt å vær så gay da». Da tøffet jeg det opp, hun lo og sa «du er så jævlig lett å styre». Så har jeg også hatt gutter som ikke tåler at jeg blir for tøff i måten å snakke på, for eksempel en litt som liker å spille piano og tegne, har frøs til hvis jeg ble for brå.» (fysioterapeut A)

Dette utsagnet tematiserer flere forhold; forventninger til gutter og jenter – det antydes et brudd i at ei jente er «tøff og rå» og at en gutt «liker å tegne og spille piano», og dette kan belyses av av bla Connell (2005) i et hegemonisk maskulinitetsperspektiv; jenter som opptrer annerledes enn forventet – «litt guttete» - tøffe og rå. Ei som devaluerer terapeutens mykhet til å være «gay», for så å slakte forsøket på å tøffe det opp med å poengtere at hun kan styre han. Videre en gutt som har andre interesser enn man forventer; han liker å spille piano og tegne – og han liker ikke at terapeuten blir for brå – eller for hard. Her disharmonerer forventninger til både maskulinitet og femininitet slik terapeuten presenterer det. Å kalle en mann for *gay* degraderer han i et hegemonisk maskulint perspektiv.

Jenta som var «litt guttete» kan assosieres med definisjonen av «tomboy» eller guttejente. Slik adferd kan forstås som en forsvarsmekanisme; ved å opptre «guttete» er man mindre sårbar og har større spillerom både i språk og framtoning. (Craig & LaCroix, 2011)

«Det jeg tror, eller det som jeg har observert, er at gutter er mer sårbare for mestrings. Det virker som at mestrings for gutter ligger veldig på å være, altså, sterk, rask, flink, ehm, attraktiv, et eller annet med den kropp...hehe, tja, gutter er så opptatte av kropp på yttersida kanskje. At du kan hoppe langt, løpe langt, at du er sterk, har, begynner å få muskler, ja det er mye prestasjon som er retta til kroppen da...» (Fysioterapeut A)

En tydelig kjønnsforskjell som kommer fram i materialet er guttenes eget fokus på «*kropp på yttersida*». Det gis flere eksempler i materialet på at guttenes kroppsfokus omhandler

prestasjon, i kontrast til jentene som vurderer sine relasjonelle prestasjoner mer. I artikkelen som omhandler boka *Muscles; Why men desire muscles* gis flere forklaringer som knytter et slikt fokus nettopp til maskulinitet (Wacquant, 1995).

Som tidligere nevnt, kan det tolkes en endring i kroppsfokus og -forståelse av og for ungdommene. Kanskje gis det større spillerom for kjønnsforståelse, en tendens til at spektret av måter man kan være gutter eller jenter på, blir større? Tradisjonelt har det vært antydning større spillerom for kvinner enn for menn; om en kvinne er tøff, sterk, «barsk» rangeres hun høyere i et slags sosialt hierarki enn en mann med «mykere kvaliteter»; fokus på for eksempel omsorg, relasjoner og emosjoner vil bli degradert her (Langeland & Schjerpen Hoel, 2016).

Fysioterapeut B trekker fram det feminine i behandlingen som en årsak til at færre gutter henvises og kommer til behandling;

«Noen gutter, når de først kommer så sier de at de egentlig ikke har tid, mens jentene tar imot omsorgen litt annerledes kanskje. Kanskje jentene i større grad forstår hva de kan hente ut av behandling, mens guttene synes det blir for pjuskete – kanskje det er kulere å gå til kiropraktor?» (Fysioterapeut B)

Maskulinitet og femininitet som normer beskrives som statiske, og gir ofte tydelige kontraster: sterk vs svak, hard vs myk, tøff vs mild. Omsorg er en feminin verdi, og det forventes i større grad fra kvinnelige terapeuter. Dette vil jeg komme litt tilbake til i neste del.

Gutter henvises med urolig kropp, ADHD, mindre med spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser enn jenter. Dette kan forstås som at guttenes plager med eksternaliseres mens jentene internaliserer (Mæland & Haugland, 2007). Også dette forstår jeg i lys av teori som poengterer det objektive i maskuliniteten; kroppen er et objekt vi har som skal prestere.

Langeland og Schjerpen Hoel (2016) som har jobbet med den kjente kjønnsforskeren Connell sitt arbeid rundt tema maskulinitet – har som tidligere omtalt presentert begrepet *hegemonisk maskulinitet* (Connell, 2005). De trekker inn begreper som et annet perspektiv; stereotyp maskulinitet som kjennetegnes av handlekraft, rasjonalitet og heteroseksualitet – og ifølge forfatterne minner om hegemonisk maskulinitet. I en kontrast presenteres *refleksiv maskulinitet*; en maskulinitet som gir rom for kjønnsfleksibilitet og aksept for at også menn kan ha det som tradisjonelt har vært tolket som feminine kvaliteter og vise sårbarhet, være mer frittenkende og autonome – og de kan også se seg selv i en kontrast til «andre menn» som

anses å være homofobe og mer fordomsfulle. (Langeland & Schjerpen Hoel, 2016) Alle disse perspektivene anerkjenner et makthierarki, implisitt statusvurdering hvor noen er rangert over andre. Også Sudmann (1998) peker på hvordan maktperspektivet trer frem i kjønnsfokus og -forståelse. Hun skriver om *de sosiale konsekvensene* av kjønnsforståelsen – både biologisk og sosialt, og hvordan betydningen av kjønn – av «å være mann eller kvinne» – oppstår i relasjoner mellom kvinner og menn, mellom menn og mellom kvinner, men også at det skjer over tid. Når vi strukturerer individer struktureres også samfunnet i en gjensidig avhengig prosess. «*Menns relative makt og kvinners relative selvforminsking er kjernen i kjønnssystemet*» (Sudmann, 1998, ss. 3-4) – og strukturene i samfunnet bygger i stor grad på hvordan vi opptrer, forstår oss selv og andre, som kjønn. (ibid.) Bourdieu var opptatt av samfunnsstrukturer og klasser, men også av hvordan samfunnet etableres og skapes av *aktører* – hvordan vi utgjør et samfunn og hvordan samfunnet definerer individene. Alt som gjør oss til oss, deriblant kjønnsfølelsen som er dypt inngrodd i oss – og uttrykkes ofte ureflektert og ubevisst (Gretland, 2007).

I forståelsen av at gutter av natur, biologi og nevrologi er mer aktive og uttrykker seg mest motorisk, hevder Eide-Midtsand (2007b) at en del gutter som får ADHD/ADD-diagnoser rett og slett mangler erfaring med boltrelek og fri utfoldelse gjennom motorisk aktivitet, og han viser til nevropsykolog Panksepp¹¹ som sier mange diagnoser som er gitt, er «*et symptom på det moderne samfunnet og de måtene vi regulerer barns atferd på, heller enn et symptom på en nevrobiologisk ubalanse eller forstyrrelse i barnas hjerne*». Både Eide-Midtsand og Panksepp ser økningen i diagnostisering i sammenheng med det de kaller et feminint system i oppvekstsektoren; med rammer der «gutteenergien» fort blir problematisk idet de ikke kan sitte stille eller lære intellektuelt og verbalt. Spørsmålet som kommer frem da, er «skal vi tilpasse systemet til guttene, eller guttene til systemet» - der det siste blir sett på som mest hensiktsmessige løsning. Iris Young (1990) skriver hvordan en forskjell i utvikling skjer fra 4-5årsalder, og finner det lite sannsynlig at dette har en biologisk forklaring. Hun finner det

¹¹ Forfatteren viser til følgende to artikler; Panksepp, J. (1998a). Attention deficit hyperactivity disorders, psycho stimulants, and intolerance of childhood playfulness: A tragedy in the making? *Current Directions in Psychological Science*, 7, 91–98 og Panksepp, J. (1998b). The quest for long-term health and happiness: To play or not to play, that is the question. *Psychological Inquiry*, 9, 56–65.

lite sannsynlig på grunn av at for eksempel hormonelle endringer ikke starter så tidlig. Dette kan ses som en bekreftelse på kulturelle forståelser og at barna tidlig lærer og forstår hva som er passende oppførsel. Denne forståelsen trekkes kanskje også til helsevesenet og psykoterapien – hvor det også ligger flere tradisjonelt «feminine verdier» til grunn; å sitte og snakke, sette ord på følelser og opplevelser, og å dele forståelser.

Wacquant (1995) poengterer hvordan *den kollektive illusjonen av «det spillet som skal spilles»* skrives inn i den individuelle biologien, og påvirker både mentalt og kroppslig skjema. Også Connell (2005) påpeker at virkeligheten organiseres, forstås og gjøres meningsbærende gjennom kontraster som symboler; vi forstår svart mot hvit, sterk mot svak, myk mot hard og så videre. Ifølge informantene, og i forskningen som tilsier mindre klare rammer, ser vi kanskje konturene av flere nyanser?

I både litteratur og forskning er jentene i stor grad i fokus – naturlig nok når statistikk viser at det er jentene som er mest plaget av psykisk uhelse. (Bakken, 2020) (Folkehelseinstituttet, 2018) (Helsedirektoratet, 2018) Tiltak, både i forebygging og behandling vil ses i lys av det. Materialet mitt inneholder flere kontradiksjoner i refleksjoner rundt kjønnsforskjeller i behandling av ungdom, en tvetydighet mellom holdninger og handlinger som beskrives. Kan det være at kjønn er lite tematisert i fysioterapi eller i terapi generelt?

Det er generelt lite skrevet om kjønn og kjønnsforskjeller i fysioterapi. I studieplanene for utdanningene (både bachelor og master) er det skrevet i to av planene at fysioterapeuter skal behandle mennesker uavhengig av kjønn, religion mv, mens det i én skrives at studentene skal få forutsetninger for å se flere perspektiver på blant annet kjønn og helse – og kjønnsperspektivet vektlegges som en faktor som påvirker hvordan «mennesker handler og samhandler» (Høgskulen på Vestlandet, 2018). Vårt vestlige samfunn er opptatt av likestilling og å unngå diskriminering og forskjellsbehandling. Samtidig viser både teori og erfaring at det finnes forskjeller i adferd og forståelse hos gutter og jenter, og informantene gir flere eksempler på situasjoner hvor forskjeller fremkommer i praksis; både hvordan en som terapeut møter gutter og jenter ulikt og hvordan gutter og jenter uttrykker seg ulikt i behandling.

Informantene belyser ved flere sitater og eksempler hvordan maskulinitet og femininitet spiller inn i møtet i psykomotorisk fysioterapi. Jeg tror slike refleksjoner er nyttige for å

utvikle slike møter – i en forståelse av at maskulinitet og femininitet ikke er faste kategorier som tilhører kvinner eller menn, men kan gi en større forståelse av hvordan vi samhandler.

4.2.3 «Skammen hos en guttekropp uttrykkes annerledes» – kjønnsforskjeller i uttrykk

Skam er et sentralt tema i terapi, og det drøftes i mange ulike perspektiver. Flere av terapeutene trekker frem skam som begrep, og hvordan de erfarer kjønnsforskjell i uttrykk knyttet til skam og ydmykelse. De forteller om hvordan det er skamfullt å ha blitt utsatt for noe – eksempelvis overgrep, og de beskriver skam for reaksjonene som oppstår når slike tema berøres i terapien. Samtidig uttrykker terapeutene en form for skam ved å berøre slike tema – at det er vanskelig å handtere både for terapeut og pasient, men at det også bidrar til å styrke relasjonen og behandlingsalliansen når terapeuten opplever å nå inn til pasienten i situasjonen. Skam er ofte et usnakket tema, i stor grad tabubelagt – kanskje spesielt i møte med gutter og menn? Terapeutene sier at skammen uttrykkes annerledes i en guttekropp – og derfor møtes de annerledes. Kanskje sier det også noe om hva vi forventer – hva vi ser etter og hvordan det tolkes?

«Når det er snakk om overgrepssproblematikk, eller andre tema som er utfordrende for meg, tar jeg på meg mer en beskytterrolle, blir en omsorgsperson. Det er annerledes med gutter og jenter, for gutter er det mer knyttet til skam. De tøffe guttene som skal være sterke og ikke sårbare. Det er mye skam både i å ha blitt påført noe, og å reagere på det, det kommer til uttrykk både i det de sier og hvordan de reagerer. Det kan være utfordrende også som terapeut å stå i, og da kan det å gjøre noe fysisk være fint. Gutten får være maskulin samtidig som han får kjenne på sårbarhet og at det er greit.»

(fysioterapeut D)

Jeg tenker det informantene sier om at å ta på seg en beskytterrolle, kanskje kan forstås som å definere en avstand og kontroll over situasjonen, å tydeliggjøre posisjonene i relasjonen; «jeg vil ikke at du skal ha det vanskelig». Scheff (2013) tematiserer også skam som utenforskap – å ikke være «innafor», noe terapeutene tar ansvar for å unngå – de gir pasientene rom for å komme og være som de er. Sudmann (1998, s 11) beskriver hvordan pasienten blir sårbar når de blir sett; forsvarsløs idet kroppen settes i risiko for å såres uten å kunne forlate. Dette er et viktig perspektiv for terapeutene å ha med seg. Roller og relasjoner drøftes mer i neste kapittel.

Skårderud (2001) skriver om *den gode* og *den dårlige* skammen (s 1613), der den gode skammen omtales som regulerende og beskyttende - den sørger for at vi følger gjeldende normer; beskytter både oss selv og de andre. Den dårlige skammen innebærer blottstilling,

avsløring - eller frykten for å bli avslørt. Jeg forstår dette i retning kontroll, eller behov for kontroll - viktig for selvfølelse og selvkontroll. Skårderud beskriver også hvordan skammen påvirker behandling i psykoterapi, og relasjon til behandler. Han skriver at *skammen er antidialogisk, og terapeuten kan kjenne seg stengt ute. (...) Pasientens skam kan ramme behandlerens ære: man mister troen på seg selv som en god hjelper.* (ibid. s 1614). Videre skriver han at *selvkontroll er attraktivt, mens tap av selvkontroll er tabuisert.* Det kan være et opplevd tap av kontroll, et brudd på forventninger til seg selv. Skårderud trekker også inn kroppsfokuset som et sentralt signal på selvkontroll - hvordan vi tenker at kroppen skal både se ut og fungerer relateres til skam når vi ikke får det til.

«...jeg ser også stor forskjell mellom kjønnene når det gjelder for eksempel de som har opplevd overgrep. Det er mye skam i begge leire, men skammen hos en guttekropp uttrykkes annerledes; man må jobbe annerledes og gi en slags muskulær empowerment. Mens jentene kan føle mer trygghet ved å kunne trekke seg unna.»
(Fysioterapeut A)

Informanten belyser her begrepet *empowerment*, som er blitt et mye brukt begrep i både psykoterapi og forebyggende helsearbeid. I SNL (Lønne, 2021) beskrives det slik;

«Empowerment kan oversettes med å «ta styring eller makt over» et fenomen eller objekt. Bruken av begrepet (...) innebærer et mål om at individer kan få bedre helse ved å utvikle kunnskapen om å ta styring over de faktorer som er helsefremmende eller gjør frisk.»

Slik jeg forstår terapeuten, vektlegges det å styrke, eller å gi pasienten erfaring med egen kraft. Det kan ses i sammenheng med å *stå godt på beina*, som er et mye brukt uttrykk i PMF, og refererer til beina som vår forankring i verden. Av denne grunn starter ofte behandling med fokus på stabilitet, kontakt og kraft i beina (Bunkan, Bülow-Hansen, Houge, Hødal, & Hansson, 1968).

I Goffmans ([1959]1974) terminologi kan vi se det som at terapeuten forsøker å skape rom for å la pasienten «kaste maska» ved å etablere en trygg relasjon og situasjon. Gretland (2007, s. 188) skriver

«Bevisst eller ubevisst vil vi ha kontroll over inntrykket andre får av oss, og vi kan være redde for at det blir pinlig hvis vi blir avslørt. På den annen side er det godt å bli sett slik vi er på en uforstilt måte; det er vondt å tape ansikt, men det kan være godt å la masken falle om situasjonen tillater det.»

Jeg oppfatter terapeutene som opptatt av å skape en situasjon og la pasientene erfare å bli sett på en god måte, og å gi rom for å la masken kunne falle. Fysioterapeut D sa noe om å justere seg – gå inn i en rolle – for at den andre skal kunne oppleve trygghet nok til å kjenne på sårbarhet uten å miste kontroll over hva den andre tolker. I psykomotorisk fysioterapi jobber en ofte med å finne og utforske pasientens grenser i bevegelsesmønster og holdninger (Thornquist & Bunkan, 1986), og når pasienten tåler det kan man utforske grenseoverskridelser. Dette fordrer at pasienten *er med* – som subjekt, og at terapeuten følger pasientens signaler. Å bryte grenser utfordrer både hexis og habitus, og det gir kontakt med våre normative rammer; det synliggjør hva vi anser som passende adferd og handling i situasjonen (Gretland, 2007) – og det krever en trygg situasjon og relasjon for at dette bruddet ikke skal utgjøre en uhandterlig skamsituasjon.

I sitatet fra informanten belyses betydningen av å håndtere både sin egen skam – eller sitt ubehag – i situasjonen, og ivareta pasienten. Goffman beskriver *det konvensjonelt forbudte* (i Gretland, 1999); det som er faglig forbudt å snakke om – for ikke å frembringe skam. Dette oppfattes som faste bestemmelser for hva som kan snakkes om, og hvordan det tematiseres. I sitatene fra terapeutene, erkjenner de at det er krevende å stå i som terapeut, men desto viktigere for pasienten å få utforske i behandling. Skårderud (2001) fremhever viktigheten av å *tematisere* skam i behandling, for å lære pasienten å gjenkjenne og forstå reaksjonen, og dermed kunne overføre forståelsen til sin hverdag. Dersom fysioterapeuten kan hjelpe den unge gutten til å forstå og håndtere sine reaksjoner i hverdagen, er det et uttrykk for *fleksibilitet*, som er et kjernebegrep i psykomotorisk fysioterapi, og som også Skårderud trekker frem som et «uttrykk for mental sunnhet». Skårderud (ibid) tematiserer også *den flinke pasienten* (ibid. s 1615); den som på bakgrunn av frykt for å svikte og belaste holder tilbake sine plager for ikke å skuffe, og bagatelliserer sine problemer – i en *streben mot prestasjon og velfungering* (ibid.). I det en jobber med grenser i PMF, vil en kunne komme inn på erfaringer og skape reaksjoner pasienten ikke er forberedt på – kanskje med bakgrunn i fortrenge eller glemte minner. *At kroppen husker* er et anerkjent fenomen i psykoterapi, og kanskje oftere når man involverer kroppen kan det dukke opp reaksjoner. En bevegelse, å se en ny sammenheng (for eksempel ved undersøkelse eller berøring av kjeve), å bli *berørt* – verbalt eller kroppslig, kan utløse en slik reaksjon. Derfor er det, som tidligere nevnt, avgjørende at terapeuten er vår på pasientens signaler og reaksjoner, og søker å skape en forståelse.

Fysioterapeut A tematiserer gutter som er utsatt for overgrep i sammenheng med skam. I PMF kommer terapeutene tett på pasientene både kroppslig, emosjonelt og relasjonelt. Mange er

ikke vant til det, og også her oppfatter jeg informantene som bevisst på at ungdom er ekstra sårbare i denne relasjonen, noe som kan forstås både i tråd med kunnskap om ungdomstida (bla Løkke, 2021), og i lys av faget (Thornquist & Bunkan, 1986; Gretland 2007).

En rapport med kunnskapsstatus og anbefalte tiltak for gutter og menn utsatt for seksuelle overgrep (FMSO og REFORM, 2017) peker også på at skammen som følger med å være utsatt for seksuelle overgrep uttrykkes ulikt hos gutter og jenter. De skriver blant annet at

«i tråd med normative mannlighets- idealer eller kjønnsstereotyper forventes ikke menn å være ofre. De skal være store, sterke og i stand til å forsvare seg selv. Å innrømme at man har blitt utsatt for et seksuelt overgrep, kan dermed synes å skade gutter og menns maskulinitet.» (FMSO og REFORM, 2017, s. 34)

Rapporten nevner flere instanser som aktuelt hjelpeapparat, men fysioterapi og psykomotorisk fysioterapi er ikke tatt med. Jeg tror likevel, gjennom fokuset informantene har på skam og hvordan de møter og forstår det i behandling, at PMF er en nyttig inngangsport for å la guttene bli kjent med og møte også denne reaksjonen.

«Når guttene møter skam, blir de rå, aggressive og handlende mens jentene blir mer passive og stille. Gutter reagerer mer med en kampholdning i kroppen når man kommer borti noe som er skamfull eller gir skyldfølelse. Jeg tror dette er en sunn avstandsskaping og deres måte å handtere noe vanskelig.» (Fysioterapeut A)

Denne kontrasten i hvordan terapeutene ser gutter og jenters håndtering av skam, passivitet og aggresjon kan forstås i det Mæland og Haugland (2007) skriver om hvordan guttene eksternaliserer og jentene internaliserer vanskelige følelser. Gutten reagerer utover – med sinne, aggresjon og sammenknytting, mens jentene heller tar avstand, lukker seg inne og blir lei seg og redde. Det som beskrives kan karakteriseres som «typiske trekk» relatert til kjønn, og informantene er tydelige på at «variasjon forekommer» - noen jenter har «typiske guttereaksjoner» og motsatt. Terapeutens bevissthet og fokus spiller inn – og det at informantene sier at de møter først og fremst individet og ikke «gutten» eller «jenta», gir en åpning for å forstå reaksjonen i lys av personen mer enn av kjønn. Dette tror jeg også er en fordel i PMF idet hele mennesket fokuseres – ikke bare et begrenset problemområde. Dersom en terapeut ikke registrerer en jentes «guttete» uttrykk for skam, kan det forstås som noe annet. Hvis vi begrenser oss til disse kjønnede forventningene, heller enn å styrke en opplevelse av handlingsmuligheter for pasienten, vil en forståelse av «typisk kjønnet mønster» opprettholdes og videreføres. Å bidra til at ungdommen kan oppleve økte

handlingsmuligheter, utforske andre reaksjonsmønstre eller holdninger, styrkes opplevelsen av at «jeg kan» - *sense of agency* utvides og utvikles (Gretland, 2007; Brancazio, 2019).

I det Skårderud (2001) beskriver som *moderne skam* sier han at vi skammer oss over å realisere oss for lite – «*man skammer seg over å ha en rekke muligheter, men ikke evne å bruke dem*» (ibid s 1615). Når informantene gir eksempler på gutter som er opptatt av prestasjon, kan også denne formen for skam tre frem – når prestasjonene ikke oppfyller egne forventninger.

«For eksempel ved omsorgssvikt hvor gutten har kjent på egen verdiløshet, og man kommer borti det, og hvis man da roser for mye – det blir feil. Jeg hadde en hvor det var tilfelle, han ble veldig utilpass når jeg ga ros for at han fikk til på bosu-ball. Da ble det viktig for meg å anerkjenne og se at han reagerte på det, og han sa «det blir for dumt om du roser meg for alt». Da spurte jeg hvordan han ville ha ros, og da svarte han at det holder om du sier at nå gikk det bra. Gutter er litt mer «fair and square»». (Fysioterapeut A)

Dette eksemplet illustrerer godt hvordan man forsøker å tilpasse og justere situasjonen for en sårbar pasient, men får en forståelse av at det ikke fungerer helt for denne gutten. Å rose for mye, kan gi pasienten inntrykk av at terapeuten forventer *for lite* – som igjen kan sette pasienten i forlegenhet. Det at terapeuten spør hvordan han kan tilpasse seg, og at gutten klarer å svare vitner om en etablert trygg allianse. Å anerkjenne og bekrefte pasientens reaksjon er sentralt, men det at pasienten lar seg bekrefte krever en etablert relasjon – kanskje spesielt for gutter, hvis det er sånn at det er vanskeligere for dem å vise sårbarhet. Terapeutisk bevissthet rundt skam vil dermed kunne utfylle behandlingsprosessen med en hensiktsmessig dimensjon.

4.2.4 «opplevelsen er mer avhengig av hvem som møter hvem» – interaksjon og samhandling

Fysioterapeutens kjønn i møte med guttene ble også tematisert i intervjuene. Informantene er enige om at kvinnelige og mannlige terapeuter møter gutter og jenter ulikt – og de møtes ulikt av gutter og jenter. Informantene framholder at møtene i all hovedsak er individuelle, men erkjenner at det er noen «typiske forskjeller». Spørsmålet de alle svarte raskest «ja!» på, var om de trodde det var annerledes for en ung gutt å komme til en mannlig enn en kvinnelig terapeut, og samtlige nevnte at det forventes en annerledes omsorg hos kvinnelige terapeuter.

Informantene reflekterer både over egen rolle som mannlig eller kvinnelig terapeut, og hva de tenker ville vært annerledes hos en terapeut av motsatt kjønn – det vil si at de tenker terapeutens kjønn har betydning for ungdommens erfaring.

«Kvinnelige terapeuter har en fordel med at de har lov å gi omsorg, mer implisitt i rollen sin. Menn har ikke det, det er mange som forventer at den mannlige terapeuten mer skal gi grenser, opplæring, nesten være et forbilde.» (fysioterapeut A)

Her var det tydelig at alle informantene reflekterte likt – de erfarer at guttene forventer noe annet av kvinnelige enn av mannlige terapeuter. De forteller også at dette endrer seg når relasjonen er etablert;

«De syns etter hvert det er overraskende hyggelig å være hos en mannlig terapeut, en voksenperson som byr på omsorg og humor og et rom der guttene kan være seg selv, fullt og helt.» (Fysioterapeut A)

Videre sier informanten, i likhet med Fysioterapeut B, at dette handler om forventet maskulinitet og femininitet hos terapeutene – men at uttrykkene tilpasses den man møter. En behandlingsrelasjon mellom terapeut og ungdomspasient vil alltid være asymmetrisk – og terapeuten har størst ansvar for at møtet skal bli en trygg og utviklende opplevelse for pasienten – både som profesjonell og som voksen.

Som nevnt tidligere, er det avgjørende at terapeuten er vår for pasientens signaler og reaksjoner. I PMF brukes respirasjonen som rettesnor og guide i behandlingen – og idet respirasjon og emosjoner anses å være nært knyttet må fysioterapeuten også være oppmerksom på pasientens reaksjoner; det kan være signaler som kommuniseres med ord, kroppslige reaksjoner eller subtile reaksjoner som må forstås i sammenheng. (Øvreberg & Andersen, 1986) Også Gretland (2007) fremhever terapeutens *oppmerksomme tilstedeværelse* som avgjørende for hvorvidt behandlingssituasjonen kan være meningsfull for pasienten – og gi en ny forståelse av både plager og reaksjoner.

Informantene forteller både at det tar tid å etablere relasjon og å «få pasienten med» i behandling, oftere med gutter enn med jenter, og spesielt når ungdommen har hatt relasjonelle problemer tidligere. Men samtidig – når relasjonen er etablert, er den mer stabil med guttene enn med jentene;

«Spesielt for gutter som har hatt issue med far, eller en mannlig lærer, må jeg som mannlig terapeut jobbe mer for å komme i posisjon for, for å bygge bro og vise at jeg vil dem vel. Men når de skjønner det, og ser at her er det noen som vil hjelpe, så åpner de opp. Faktisk mer enn jenter. Jenter kan bruke lang tid etter de har åpna opp på å

teste deg ut, det gjør ikke guttene. Det er mer et spill, på hvem hun er og hvem du er, mens for guttene er det mer sånn at når de har åpna opp så er det sånn» (Fysioterapeut A)

Å kunne *tone seg inn* på pasienten, finne noe felles en kan jobbe med, krever både varhet fra terapeuten og åpenhet fra pasienten. I stedet for å ta utgangspunkt i henvisning eller noen andres oppfatning av problemet, tar terapeuten utgangspunkt i hva gutten selv ser behov for og hva de sammen kan forstå som viktig og hensiktsmessig. Thornquist (2003) poengterer at i et fenomenologisk perspektiv utvikles kunnskap gjennom samhandling. For at denne samhandlingen skal fungere, må pasienten være motivert og åpen, og slik terapeutene beskriver det, er det et viktig element for dem å legge til rette for å skape det rommet de nevner flere ganger – et rom der gutten kan være seg selv.

«Det er ofte en uvant situasjon for guttene – kanskje litt kleint. Det er vel noe i at man ikke skal være svak, ikke vise sårbarhet...de uttrykker er at «dette her, det er ikke tøft» liksom. De er mer «jeg har vondt i kroppen» - litt mer irritert på en måte.»
(Fysioterapeut B)

Samtidig forteller de at PMF som konsept kan være en utfordring å få til å «treffe». Dette kan handle om at gutter *ikke er forberedt på en terapi som dreier seg om kroppen – om dem* (Fysioterapeut D). Gutter er ofte lukkede når de kommer til behandling, og de har ofte et «distansert» forhold til sine plager – og som tidligere nevnt presenteres det som noe de er utsatt for eller påført, som irriterer dem. Samtlige informanter trekker personlighet og modenhet inn som en faktor som predikerer mer hvorvidt behandling kan nyttiggjøres, enn kjønn.

En informant snakket om at dersom forventninger guttene har før de kommer er negative kan det gjøre at det tar lengre tid å etablere en relasjon. For at ungdommen skal kunne åpne opp for å jobbe med seg selv – når relasjonen er etablert og de finner noe felles å fokusere på. Da kommer det raskere i gang en utvikling. Fysioterapeut A poengterer det samme, at når gutten først er trygg nok er det åpent for god utvikling;

«De er veldig ekte og ærlige, når man kommer gjennom den ytre forsvarsgreia som gjør at de overlever – da er de åpne for å jobbe med seg selv. det er jo en av de tingene jeg syns er så fint med å jobbe med ungdom.» (Fysioterapeut A)

Et av elementene som trekkes frem i dette, er at det er fint å bidra til å gi guttene en god relasjonell erfaring; en trygg voksen som vil en vel.

Flere av utsagnene kan forstås som avhengig av tidligere relasjonelle erfaringer og tilknytning. For noen er det lettere å forholde seg til menn, for andre til kvinner. Fysioterapeut A opplever å måtte jobbe mer for å bygge bro til guttene, spesielt om de har hatt utfordring i relasjon til menn, men at når en klarer å etablere en trygg relasjon er det lettere å holde på den enn med jenter – som tester mer ut om relasjonen er trygg.

«Det kan hende det har noe med terapeutens kjønn å gjøre, at de ser på en mannlig terapeut som en far eller mannlig lærer og dermed innordner seg lettere. Jeg tenker det er veldig individuelt, hvem som møter hvem- både terapeut og pasient.»
(Fysioterapeut A)

Helsevesenet generelt virker å forstå gutter og menn annerledes, kanskje fordi gutter og menn presenterer seg annerledes enn jenter gjør. I dette ligger mange normative forventninger. Informantene uttrykker at det er viktig at guttene er med på prosjektet, idet PMF i stor grad krever at pasienten er motivert for å jobbe med seg selv. Samtidig har de noen forventninger som gjør at de jobber annerledes; blir er effektive, konkrete og tydelige med gutter enn med jenter. Det kan handle både om forventninger, men også om uttrykk;

«Guttene, de har ikke tid, «altså, hva er dette her»...mens jentene, de tar imot omsorgen på en annen måte.» (Fysioterapeut B)

Brudd på forventninger kan føre til brudd i relasjoner og allianser (Thornquist, 2003), og derfor legger terapeutene stor vekt på å sammen skape forståelse og utvikle denne gjennom *kroppslig dialog* (Thornquist & Bunkan, 1986). I psykomotorisk fysioterapi, og i behandling av ungdom generelt, er en god og trygg relasjon og samarbeidsallianse avgjørende for å gi progresjon i behandling, og dette krever bevissthet fra terapeuten.

4.3 «Språket blir annerledes» - andre tilnærminger i behandling

Det tydeligste funnet rundt ulikhet i behandling som fremkom i materialet, omhandlet språk. Samtlige informanter sa at de blir «kulere» i språket, de blir mer konkrete og tydeligere i møte med de unge guttene. De forteller at guttene generelt uttrykker lite interesse for å prate om kropp og følelser; de har få ord og begreper. Samtidig er dette en forventning som har ført til at de bruker lite tid på ren samtale og mer på aktivitet – og får til samtale og kunnskapsutvikling i samspill.

4.3.1 «...blir mer handlende» - en mer aktiv tilnærming

Fysioterapi er trukket frem som en «ufarlig» yrkesgruppe å oppsøke for ungdom, og at det er en kroppslig tilnærming fremfor samtaleterapi er forklaringen. I intervjuene kommer det frem en tydelig forskjell i kroppsforståelse; guttene forstår kroppen som objekt, «*en maskin som skal prestere; løpe fort, kaste langt og hoppe høyt*» (Fysioterapeut D). De er opptatt av fysisk prestasjon og mestring, og et distansert syn på plagene – de ser ikke alltid sammenhenger mellom erfaringer, følelser og smerter;

«Guttene snakker mer mekanisk om sine smerter, de har vondt i ryggen eller i kneet eller i skuldra. Jentene kommer oftere med hodepine og mer diffuse smerter. Jentene kan også mer sette i sammenheng hvorfor de har vondt – mens guttene bruker lengre tid på å se den sammenhengen – hvis de ser den.» (Fysioterapeut D)

Informantene møter dette i en mer aktiv tilnærming, men selv om de sier det er en generell forskjell i hvordan de tilpasser til gutter og jenter, er de opptatt av å finne en aktivitet som treffer den enkeltes interesser; for eksempel styrketrening eller ballkast. At de aktivt søker å finne en aktivitet som treffer, bidrar ifølge informantene til å etablere en god relasjon og situasjon for samhandling. At det er lettere å «komme innpå» pasienten, understøttes også av andre;

Han [terapeuten] satt der og sa «fortell», det var tortur [for pasienten]. Det terapeutiske rom har ofte en feminin karakter, det er tilrettelagt for samtale og mindre for felles aktiviteter. De fleste terapier er basert på samtale mellom to personer som sitter tvers overfor hverandre. Dette er en fremmed samtaleform for mange gutter og menn. (Dyregrov, 2004)

Sitatet over leser jeg som en bekreftelse på det informantene sier om at det er lettere å komme i posisjon for samtale når man *gjør* noe. Atle Dyregrov er psykologspesialist og har i mange år jobbet med traumeutsatte ved Klinikk for krisepsykologi, og sitatet er hentet fra en av hans kronikker. Fysioterapeutene sier at de etter flere års erfaring ikke bruker mye tid på å sitte og prate, spesielt med guttene – da går de raskere over til kroppsundersøkelse eller annen aktivitet, og så kommer samtalen mer etter hvert.

Også psykolog Eide-Midtsand (2007a) erfarer aktiv tilnærming til unge gutter som mer hensiktsmessig, idet han skriver

«Samarbeidet [med guttene] har gitt meg to viktige erkjennelser: For det første har de overbevist meg om at den endrende relasjonelle opplevelsen er det viktigste jeg som terapeut har å tilby dem. For det andre er jeg blitt overbevist om at guttene, hvis de får den tiden og det rommet de trenger, selv er i stand til å finne fram til den beste

måten å skaffe seg de nødvendige legende opplevelsene på – altså til å velge hvilket medium vi skal jobbe gjennom.»

Det samme sier terapeutene noe om; å gi gode og trygge relasjonelle opplevelser er en viktig forutsetning for å utvikle seg i behandling.

Psykomotorisk fysioterapi kan bidra til å begrepsfeste og legge til rette for erfaring og forståelse for sammenhengene mellom følelser, bevegelser og erfaring. Å beskrive erfaring kan aldri fylle hele erfaringen – men å beskrive verbalt kan styrke forståelse av sammenheng rundt en erfaring – og for eksempel knytte følelser, lyd, situasjon og bevegelse til en erfaring i en gitt kontekst. Ved å dele en erfaring verbalt, får erfaringen en ny dimensjon i bevisstheten. Ord og begreper om en erfaring kan være nyttig i behandlingskontekst for å øke forståelsen til den enkelte, dersom begrepene som brukes gir gjenklang hos pasienten – hvis de samsvarer med personlige fornemmelser og følelser. (Gretland, 2007) Å bruke erfaringsnære begreper og uttrykk som gir mening er viktig i PMF (Thornquist & Bunkan, 1986). Dette krever at terapeuten forstår pasientens uttrykk i sammenheng nok til å tilby begrepene; for eksempel kan «å bite i seg» gi mening for pasienter som tåler mye uten å si noe, og har smerter ved palpasjon av kjeven, «å bremse seg» eller «holde igjen» muskulært kan gi mening for ungdom som føler de må begrense seg selv for å agere passende eller lignende. Når begrepene treffer, kan det skape reaksjoner hos pasienten som forløser både spenninger og følelser – som kan skape en forståelse i situasjonen.

4.3.2 «De har ikke helt det språket» - guttenes uttrykk

Alle informantene sa at «guttene har ikke helt det språket» for følelser, og at de bruker mer aktivitet for å skape informasjon og mening – og uttrykker en normativ forventning i det. De var opptatt av å finne pasientens ressurser og ta utgangspunkt i disse.

Thornquist og Bunkan (1986) skriver om PMF sitt utgangspunkt i å forstå kroppen som *seg* – ikke som et objekt som man skal prestere med. Å ha et språk og et begrepsapparat både for å forstå verden og for å gjøre seg forstått, er viktig for utvikling av selvet (Gretland, 2007). Dette innebærer både å forstå emosjonelle reaksjoner i kroppen i en kontekst – og å kunne overføre det til andre situasjoner. Dette synes å være mindre forventet av gutter enn av jenter;

«Det er jo noen gutter som kommer inn og faktisk klarer å sette veldig mye ord på ting, og da glemmer man nesten om det er gutt eller jente...» (Fysioterapeut B)

En av informantene har brukt en boksesekk og jobbet med bokseteknikk med en av sine pasienter – en gutt med spørsmål om ADHD som viser seg å ha en lang historie med

overgrep. Boksingen har åpnet for samtale rundt erfaringer, opplevelser og han kunne etter hvert se sammenhengen mellom sine sår og sine behov for å reagere ut. Alle informantene sier at de oftere med gutter enn jenter går raskt i gang med å gjøre – at de med jentene bruker mye mer tid på å sitte og snakke. Det kan handle om en forventning om at det er vanskelig for ungdommen å snakke; man vil unngå sette pasienten i forlegenhet.

«jeg tror det er litt dette der at de har litt mindre språk for det, de kan uttrykke...smerte, det konkrete kanskje? I det kroppslige...men kanskje ikke det språket for (...) hva som har vært belastning, hva som har vært vanskelig...det må du kanskje på en måte grave litt mer etter, for å finne den sammenhengen, meningssammenhengen i plagene da.» (Fysioterapeut C)

Både bevegelser, holdninger og vaner uttrykkes annerledes hos guttene; at det tar lengre tid for å se en sammenheng kan handle om mer spontanitet og mindre impuls kontroll (Løkke, 2021) – i aktivitet er det kanskje mindre reflektert. Fysioterapeut A viser hvordan guttene kan regulere emosjonell uro ved å stabilisere;

«Jentene bruker andre begreper enn guttene, for de har trent med venninner, har en annen forståelse for at det å åpne opp rundt det ikke er dumt – de er mer vant og de har trent på en annen måte. Guttene kan reagere motorisk hvis du spør for mye eller kommer for tett på, så da regulerer vi det bort – så da anerkjenner jeg det og sier jeg ser det blir for kleint, så da stopper vi – og da blir de letta. En gutt med ADHD som gikk hos meg, sa tydelig at det blir for mye informasjon, for mye kaos og det gjør meg urolig – så da jobba vi heller med kroppen; kjernemuskulatur, grounding og så var det greit. Så jeg kan nok distansere fra sånn utfordrende prat med å forankre kroppslig. De er tryggere på det.» (Fysioterapeut A)

Thornquist (2003) skriver at gutter og jenter – og kvinner og menn – bruker språket ulikt, også i helsetjenestene. Spesielt begrepet «kontakt-prat» og «rapport-prat» finner jeg relevante – og de er beskrivende både for hva informantene forteller om og hvordan teorien beskriver gutter og menns forståelse av helse. Jenter *har* symptomer, gutter *er* plaget; guttene søker og beskriver sine helseplager og smerter med faktorer de «ikke rår over», noe de er påført mens jentene i større grad intellektualiserer og søker sammenhenger. Ifølge informantene kan det ta tid før man kommer dit at terapeutene finner begrepene som treffer, og at guttene slipper til reaksjonen – åpner opp for en endring i forståelsen og opplevelsen av seg selv.

I en fenomenologisk kontekst ser vi kroppen som sentrum for erfaring. Vi er og har kropp, og det er som kropp vi erfarer – sanser, føler og reflekterer. Merleau-Ponty understreket at *det uttrykte og uttrykket* ikke kan forstås separat; det er en samtidighet mellom kropp og følelser. (Gretland, 2007). Når informantene sier at de ikke «maser» for å få til samtale om følelser,

kan de likevel vektlegge denne dimensjonen gjennom kroppen – ved å tematisere og bevisstgjøre, gjennom begreper pasienten kan identifisere med – «minner dette deg om noe», «kan du kjenne hva som skjer», «hvordan er dette for deg» er vanlige spørsmål i PMF (Bunkan, Bülow-Hansen, Houge, Hødal, & Hansson, 1968). På denne måten kan ungdommen erfare sammenhenger og reaksjoner, de kan bli bevisst på sine bevegelsesmønstre og utforske alternativer. (ibid.)

«Jeg tror det er mer naturlig for jenter å uttrykke seg gjennom kroppen (...) slippe ut følelsesuttrykk kroppslig, mens kanskje gutter regulerer seg mer, holder tilbake, det er jo noe mer kulturelt i det tenker jeg. (...) Jeg opplever jo at det skjer endring, at menn kan i større grad også får lov til å vise følelser i dag enn hva det har vært tidligere, så det er økning av menn som søker behandling.» (Fysioterapeut C)

Hvordan vi forholder oss til og forstår våre plager, avhenger både av kulturelle normer og verdier, hva som er akseptert. Flere påpeker, som nevnt i teorikapitlet, at hvordan det møtes bidrar til å opprettholde disse mønstrene. Fysioterapeut C viser her til at det likevel skjer en utvikling i retning av at gutter «har lov» - som tidligere nevnt kanskje et større mulighetsrom i sammenheng med «utøvelse av kjønn». En kan likevel stille spørsmål ved om jenter blir «mal» for hvordan man forstår og behandler psykiske helseproblemer, idet det legges opp til «prat om følelser» - som guttene kanskje må tilpasse seg mye for å få til – og kanskje har det heller ikke samme effekt. Eksempler fra verktøy i skolehelsetjenesten som «psykologisk førstehjelp» hvor hensikten er å sortere tankene i røde og grønne – for så å unngå de røde, kan nesten sies å handle om manipulering av et egentlig følelsesliv.

«Et sted inni der er en liten gutt, og det er vanskelig å slippe maskuliniteten nok. Kvinner er helt klart «above» når det gjelder å vise sårbarhet.» (Fysioterapeut D)

Fysioterapeuten poengterer her at den lille gutten har lov å vise sårbarhet, men at i ungdomstida legges det på mange andre forventninger til blant annet maskulinitet, som begrenser denne muligheten (Connell, 2005). Flere av informantene legger vekt på å etablere trygghet nok til at gutten skal tørre å slippe maska – gjøre seg sårbar og erfare at terapeuten tåler det – slik at han kan tåle det selv også. Hvis ungdommene får erfaring med at det er både lov og normalt å være sårbar, kan de rustes bedre til å tåle og forstå sine følelser.

4.3.3 «...blir litt kulere og mer effektiv» - terapeutens språk og uttrykk

Fysioterapeutene er samstemte i at de gjør justeringer og tilpasninger når de får inn ungdom sammenlignet med når de har voksne i behandling; de forteller om «kulere språk», de bruker andre begreper og de møter ungdom annerledes enn de møter voksne – de har andre

forventninger til de unge pasientene. De forteller også at det er annerledes mellom gutter og jenter; språket blir enda «hardere» og «tøffere» med guttene, og de har mindre fokus på *samtale* generelt – i form av den tradisjonelle anamnesen. Når de går over til å *gjøre noe* sammen, da kommer også samtalen. De forteller at de utvikler forståelse sammen med guttene gjennom aktivitet, men at de stiller mer åpne spørsmål til jentene, og at de generelt blir «kulere» både i språket og i fremtoning.

Det kan tolkes en grunnleggende forståelse at man må snakke med folk først så de blir trygge, før man kan begynne å gjøre noe. Helt fra starten av har det vært presisert at PMF ikke er samtaleterapi – det er en kroppslig terapi, og dette presenterer informantene som en styrke; en grunnleggende annen måte å jobbe på; det er lettere å skape trygghet når man gjør noe sammen, og da kan man åpne for å tematisere og snakke om også vanskelige ting. Thornquist (2003, ss. 246-247) refererer til Malterud (1990) sine *nøkkelspørsmål* for samtaler med kvinnelige pasienter, med hensikt til å *styrke kvinnens posisjon* i møte med legen – som gjerne er mannlig; det bekrefter uansett en forståelse av kvinnens underdanighet. Spørsmålene tillegger kvinnens egne tanker og erfaringer og anerkjennes hennes egen opplevelse. Terapeutene forteller at dette er viktige for dem uansett hvilke ungdommer de møter – å kartlegge deres egne mål og ønsker for behandling, og ta utgangspunkt i det mer enn i hva henvisningen sier. Dette viser at å involvere pasienten, både å ansvarliggjøre og å inkludere, er viktig for terapeutene. Thornquist (ibid.) stiller spørsmål ved å begrense Malteruds spørsmålsformuleringer til kvinnelige pasienter, slik jeg tolker det implisitt en forståelse av at det ikke passer seg å tematisere dette for gutter og menn – tilbake til forventninger og kulturelle normer. I mitt datamateriale fremkom det imidlertid at terapeutene i stor grad vektlegger guttenes ønsker og behov, og som tidligere diskutert toner seg inn for å møte guttene der de er.

«Den emosjonelle delen av oppfølginga, hvor jeg spør sånn «når du kjenner på dette, er det noen følelser, eller er det noe som...», så er jeg litt mer forsiktig med gutter, fordi min erfaring er at hvis du prater for mye om følelser, så låser det seg. Mens med jenter så kan det, det er ikke nødvendigvis, men det kan være lettere å få det på banen og få det til å flyte lettere. (...) Ofte hos gutter, når jeg ser, og observerer, så forteller jeg om hva jeg observerer, mens hos jenter så spør jeg litt mer åpent. Jeg kan spørre «nå ser jeg at det skjer noe hos deg, merker du det selv?», mens hos gutter så styrer jeg det litt mer, «jeg ser at du har hevet skuldrene og knytter hendene, merker du det selv?». Så jeg styrer det nok litt mer når jeg jobber med gutter tror jeg.»
(Fysioterapeut A)

Et element som peker mot en forventning om flere begreper hos jentene, er at terapeutene spør guttene mindre åpent, som i sitatet over. Dette begrunnes med erfaring som tilsier at det låser seg – som forstås som et brudd i samhandlingen; et krav som blir vanskelig for gutten å møte. Flere forteller om valg av begreper og *måte å snakke på* som tilpasses ulikt for gutter og jenter;

«Du bruker kanskje et litt annet språk til guttene. Det er litt det samme med menn og kvinner også, altså med voksne, så merker jeg...jeg prøver jo å treffe de, jeg prøver at det ikke skal bli for mye snakk om følelser og...at det mer dette myke, softe, litt mer feminine måten å snakke og kanskje tenke om følelser på, det fungerer ikke så bra alltid. At jeg heller kanskje gir litt mer eksempler som er litt mer konkret fra livet, «jo klart man blir forbanna hvis en føler at en ikke blir forstått av læreren» for eksempel, at man kan bruke litt sånn ord som du ser at «okei her kan det gi noe gjenklang da»»
(Fysioterapeut C)

Alle informantene forteller at de er opptatt av å møte ungdommene og guttene *der de er*, og forteller at forståelsen av behandlingen avhenger av modenhet mer enn av kjønn og alder. Psykomotorisk fysioterapi er som tidligere nevnt ikke noen fast mal, og dermed kan behandlingen tilpasses behov – og fortsatt ivareta de viktige prinsippene. Det å tilpasse behandling til den enkelte rommer mange muligheter. Blant andre barne- og ungdomsfysioterapeut med utdanning i psykomotorisk fysioterapi Nina Henriksen skriver at dette er en styrke ved faget, muligheten til å for eksempel trekke inn lek i både vurdering og tiltak (Henriksen, 2016). Informantene gir flere eksempler på hvordan de bruker ungdommenes interesser for styrketrening eller ballspill som inngangsport for å komme i gang. Fysioterapeut B beskriver at det kan være en utfordring, men at det er viktig å gi tid til å etablere en trygg relasjon som gir rom for trygg samhandling og utvikling.

«...syns det er en veldig fin gruppe å jobbe med, og det har jeg, litt sånn blanda erfaring egentlig, med...jeg jobber med å få til et godt konsept for å nå ungdommen, det må jeg si...det tar litt tid altså!»

Fysioterapeut D beskriver at språket er et virkemiddel for å tone seg inn og møte den andre;

«jeg tror jeg kan bli litt tøffere i språket da, det blir jeg. Og for å bli litt mer kompis. I allefall sånn når man skal danne en allianse.»

Et annet element i å danne allianse, er å tillegge pasientens egne behov og forventninger betydning:

«jeg pleier alltid å spørre litt om hvilke forventninger de har til behandlingene, jeg spør alltid hva de har lyst til å jobbe med, er det noe som er viktig for deg? (...) Og i starten så er det sånn at man nesten må dra det litt ut av disse guttene, mens noen er

veldig åpne, og sier sånn «jeg vil ha mindre vondt», «jeg vil bli sterkere», «jeg vil føle meg tryggere» og sånne ting, da.» (Fysioterapeut A)

Slik gir informantene eksempler på hvordan de tilpasser behandling og møter til den enkelte, og gjør viktig og relevant hvilke behov som kommer frem, selv om de ikke alltid kommer med en gang og mens man sitter og snakker. Informantene gir eksempler og fokuserer at det er viktig å bruke tid, og å fange opp guttenes behov og interesser – og å spille aktivt på dem. Slik kan behandling i psykomotorisk fysioterapi styrke guttenes opplevelse av mestring og gjøre det lettere å se og å forstå sammenhenger, gjennom både begreper og bevegelser.

5 Sammenfatning og avslutning

I denne oppgaven har jeg forsøkt å belyse erfaringer med og refleksjoner rundt psykomotorisk fysioterapi til unge gutter. Informantene er fire erfarne terapeuter. Som bakgrunn ligger kunnskap om ungdomstida; ungdommene i Norge har det stort sett bra, men noen strever – og av de som strever har guttene andre vanskeligheter enn jentene. Guttene oppsøker i mindre grad alle deler av helsetjenestene, og når de gjør det er det med mer konkrete plager; vondt i ryggen, urolig kropp eller hodepine, mens jentene oftere plages med mer diffuse plager; søvnproblemer, stress og depresjon. Det ses en tydelig kjønnsforskjell i helse for gutter og jenter gjennom hele livet, og teorien viser også hvordan man forstår gutter og jenter ulikt. Maskulinitet er et sentralt begrep, som beskriver typisk mannlige *egenskaper*; muskulær kraft, mørkere stemme, mindre fokus på sårbarhet og følelser. Gutter uttrykker seg annerledes både med bevegelser, språk og adferd.

Etter å ha gjort en kvalitative intervjuer valgte jeg tre hovedtema fra datamaterialet; henvisningspraksis – at få ungdommer og unge gutter henvises og kommer til psykomotorisk fysioterapi, og at de fleste henvises fra BUP – altså sent i behandlingsforløp. Det kom fram faktorer som kan tyde på at dette både handler om guttene og deres forståelse og hvordan de forstås av henvisere, og om at psykomotorisk fysioterapi er lite kjent blant samarbeidspartnere.

Det andre temaet omhandlet hva som er typisk for guttene i behandling. Til tross for at terapeutene sier at det ikke er noen absolutte forskjeller mellom behandling av gutter og jenter, gis det flere eksempler på ulike tilnærminger med bakgrunn i forståelse av maskulinitet og femininitet. I denne delen drøftes blant annet skam og hvordan guttene i større grad eksternaliserer reaksjonene; de blir sinte og handlende mens jentene i større grad blir passive og trekker seg tilbake. Maskulinitet og femininitet i behandling beskriver noen normer og forventninger man har til gutter og jenter, og til kvinner og menn – og det blir kanskje mest tydelig når noen bryter normer og uttrykker seg annerledes enn forventet. Interaksjon og samhandling preger også møter i PMF; her drøftes både kjønnsperspektiver på hvordan terapeutene møter gutter ulikt fra jenter, og hvordan terapeutene tenker deres kjønn påvirker guttene. Språk og uttrykk fremstår også som et sentralt tema – informantene er tydelige på at dette er en ting som skiller behandling av ungdom fra behandling av voksne, og at det også er

typiske ulikheter mellom gutter og jenter. Jeg har drøftet både terapeutenes og pasientenes språk og uttrykk i behandling, og inkludert måter guttene uttrykker seg i behandling.

Jeg har undersøkt dette i en forståelse av ulikheter som presenteres blant annet i media, kort og spissformulert; flinke piker som strever og blir syke, og unge gutter som herjer og ramper som unge gutter skal, men vises i statistikker for kriminalitet, frafall i skolen og dessverre også selvmord.

Informantene bekrefter flere elementer løftet frem i teorien som omhandler kjønnede normer, vaner og forventninger; de snakker i klare binære termer, og om hvordan gutter skiller seg fra jenter i både språk og adferd. Mange av disse normene er så dypt integrert i oss at de fremkommer ureflektert. Rammer for maskulinitet og femininitet sett opp mot forventninger og krav i ungdomstida gir forståelse av at mange unge strever med å finne sin plass og forstå seg og sin rolle. Psykomotorisk fysioterapi kan her bidra med en helhetlig forståelse av *kroppen som meg*; kroppen vi både *er* og *har*, som vi erfarer med og som vi bærer med oss historie og erfaringer i. De jobber med at ungdommen skal få erfare *seg som seg*, uavhengig av hvilket kjønn de er, men bruker samtidig kjønnede begreper – og forstår pasienten også i lys av kjønn.

Dette står i kontrast til mye annet i helsevesenet som opprettholder en biomedisinsk og reduksjonistisk tilnærming som i stor grad avkjønnes. Eksperten sitter på informasjon – mens det i PMF gjøres relevant å utvikle kunnskap sammen, med utgangspunkt i kroppen og kroppslige uttrykk.

Jeg har forsøkt å sette fokus på unge gutters møte med PMF; hvordan de møtes og forstår, og sammen med terapeut kan skape en styrkende forståelse av seg selv. Jeg er overbevist om at psykomotorisk fysioterapi har mange kvaliteter som kan bidra til å hjelpe unge gutter som har plager – til å forstå, få begreper og grep om seg selv. Fysioterapeut A oppsummerer i stor grad hva som fokuseres;

Gutter har lettere for å være i terapi når man gjør fysiske ting, og kan oppleve kroppen på en større og tryggere måte. De prater ikke så lett om følelsene sine som jentene gjør, fordi «gutter er nå gutter», men de kan også åpne opp når det føles trygt – og altså lettere når vi gjør noe fysisk sammen. Jeg tenker det viktigste er å finne hvor ressursene deres ligger, og hvis de ikke har så mange ord på det er det en fin

form for terapi som har kroppen som utgangspunkt. Da ser vi på hvordan de mestrer balanse, bevegelse, det kroppslige aspektet. De kognitive funksjonene styrkes av at man har god kroppsidentitet, god forståelse av hvordan kroppen er og en god forankring på hvem de er som person. (...) Å kunne gjenkjenne muskelspenning og pust og ikke minst forstå at kroppen reagerer på livet – de oppdager seg selv på en måte de ikke har gjort før. (Fysioterapeut A)

I forlengelsen hadde det vært interessant å undersøke guttenes egne opplevelser, refleksjoner og forståelser rundt både helse, kroppsforståelse og psykomotorisk behandling. Å observere gir en annen type data – og å gjøre en observasjonsstudie med intervju av pasienter, eventuelt også terapeuter, kunne belyst tema på en annen, og spennende måte.

6 Litteraturliste

- Ahlsten, B., Solbrække, K., & Mengshoel, A. (2012, 03). Troubled bodies - Troubled men: A narrative analysis of men's stories of chronic muscle pain. *Disability and Rehabilitation*, ss. 1756-1773.
- Bakken, A. (2020). *Ungdata 2020 - nasjonale resultater*. Oslo: NOVA.
- Bjørlykhaug, S. (2016, 05 10). *Psykomotorisk fysioterapi for "flinke piker" - fysioterapeutens erfaringer og refleksjoner fra klinikken*. Hentet fra Uit Munin: <https://hdl.handle.net/10037/9602>
- Brancazio, N. (2019). Gender and the senses of agency. *Phenom Cogn Sci*, ss. 18:425-440.
- Breitve, M., Hynninen, M., & Kvåle, A. (2008, 12). Emosjonelle plager og symptomer hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*, ss. 19-26.
- Bunkan, B., Bülow-Hansen, A., Houge, N., Hødal, T., & Hansson, H. (1968). *Psykomotorisk behandling*. Oslo: KopiNor Pensum.
- Connell, R. (2005). *Masculinities*. Cambridge: Polity press.
- Craig, T., & LaCroix, J. (2011, 10 05). Tomboy as a protective identity. *Journal of lesbian studies*, ss. 450-465.
- Dagens medisin. (2018, 08 07). *Langt flere tenåringer bruker atidepressiva*. Hentet fra Dagens medisin: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/08/07/langt-flere-tenaringer-bruker-antidepressiva/>
- Dahle, R. (2001, 01). Forståelser av kjønn i fysioterapi. *Fysioterapeuten*.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2021, 12 16). www.forskningsetikk.no. Hentet fra Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Dyregrov, A. (2004, 09 01). *De tause behandlerne; hvordan få bedre kontakt med ungdommer*. Hentet fra Psykologtidsskriftet.no: <https://psykologtidsskriftet.no/for-praksis/2004/09/de-tause-behandlerne-hvordan-fa-bedre-kontakt-med-ungdommer>
- Eide-Midsand, N. (2007a, 12). Boltrelek og lekeslåsning I: Lekens funksjon i psykoterapi og i barns normale utvikling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, vol 44, ss. 1459-1466.
- Eide-Midsand, N. (2007b, 12). Boltrelek og lekeslåsning II: Om å gi gutter rom for å være gutter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, vol 44, ss. 1467-1474.
- Enger, K. (2001, 01). Kjønn og spesialisering i fysioterapi. *Fysioterapeuten*.
- FMSO og REFORM. (2017). *Ser vi gutta? Gutter og menn utsatt for seksuelle overgrep*. Oslo: FMSO - fellesskap mot seksuelle overgrep og REFORM - ressurscenter for menn.

- Folkehelseinstituttet. (2018). *Barn og unge: livskvalitet og psykiske lidelser, i: Folkehelse rapporten - helsetilstanden i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Goffman, E. ([1959]1974). *Vårt rollespill til daglig - The presentation of self in everyday life*. Oslo: Norsk utgave: Dreyers forlag.
- Granrud, M. (2019, 10 16). *Utdanningsforskning*. Hentet fra Gutta skammer seg over å gå til helsesykepleieren: <https://utdanningsforskning.no/artikler/2019/gutta-skammer-seg-over-a-ga-til-helsesykepleieren/>
- Grøholt, B., Garløv, I., & Weidle, B. &. (2015). *Lærebok i barnepsykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gretland, A. (1999). *Kroppens spor - en utfordring i psykiatrien*. Tromsø: Regionsykehuset i Tromsø.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen - fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gretland, A. (2016). Psykomotorisk fysioterapi. I A. Bergem, *Kroppen i psykoterapi* (ss. 139-161). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Høgskulen på Vestlandet. (2018). *Høgskulen på Vestlandet*. Hentet fra Studieplan - master i klinisk fysioterapi: <https://www.hvl.no/studier/studieprogram/klinisk-fysioterapi/2018h/studielan/>
- Helsedirektoratet. (2018, 08 27). *Livskvalitet, trivsel og folkehelsearbeid: Psykisk helse integrert i folkehelsearbeidet*. Hentet fra Helsedirektoratet.no: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/livskvalitet-trivsel-og-folkehelsearbeid/psykisk-helse-integrert-i-folkehelsearbeidet>
- Helsedirektoratet. (2019, 11 11). *Helsedirektoratet.no*. Hentet fra Helsestasjons- og skolehelsetjeneste: nasjonal faglig retningslinje: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/fellesdel-ledelse-styring-og-brukermedvirkning#kompetanse-ledelsen-skal-sikre-tilstrekkelig-fagkompetanse-i-helsestasjon-skolehelsetjeneste-og-helsestasjon-for-ungdom-pra>
- Helsedirektoratet. (2020, 01 20). *Psykisk helsehjelp for barn og unge*. Hentet fra HelseNorge: <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helsehjelp-for-barn-og-unge/>
- Henriksen, N. (2016, 06 20). *Psykomotorisk fysioterapi til ungdom. Å erfare seg selv, det er det viktigste*. Hentet fra UiT Munin: <https://hdl.handle.net/10037/9618>
- Jacobsen, D. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Johannessen, L., Rafoss, T., & Rasmussen, E. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Karlsen, S. (2020, 11 02). *Det viktigste vi gjør nå, i gåseøyne, er massasjen - psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med å støtte ungdom i å utforske og sette ord på kroppslige erfaringer i behandling*. Hentet fra UiT Munin: <https://hdl.handle.net/10037/20084>

- Kilden Kjønnsforskning.no. (2020, 04). *Hva vet vi om kjønn og kvinnehelse i helseprofesjonsutdannigene?* Hentet fra Kilden - kjønnsforskning.no: https://kjonnsforskning.no/sites/default/files/rapporter/rapport_kilden_kjonn_og_kvinnehelse_i_helseprofesjonsutdanninger_2020.pdf
- Kirkevold, M. (2020, 02 03). *Medikalisering*. Hentet fra Store Norske Leksikon: <https://sml.snl.no/medikalisering>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Langeland, F., & Schjerpen Hoel, A. (2016, 08 09). *Sosiologen*. Hentet fra En røff guide til Raewyn Connell: <https://sosiologen.no/essay/roffguide/roff-guide-raewyn-connell/>
- Løkke, P. (2021). *Ungdommens transformasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lønne, A. (2021, 06 20). *Salutogenese*. Hentet fra Store norske leksikon: <https://sml.snl.no/salutogenese>
- Lovdata. (2001, 07 01). *Lovdata.no*. Hentet fra Lov om pasient- og brukerrettigheter: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Lovdata. (2019, 04 01). Forskrift om nasjonal retningslinje for fysioterapeututdanning. Oslo, Kunnskapsdepartementet, Norge.
- Lund, G., Skogseth-Stevens, I., & Vindenes, K. (2021, 11 02). *www.fysioterapeuten.no*. Hentet fra Fysisk og psykisk helse må ses i sammenheng: <https://www.fysioterapeuten.no/barneogungdomsfysioterapi-forbundsleder-fysioterapeut/psykisk-og-fysisk-helse-ma-ses-i-sammenheng/138153>
- Madsen, O. (2020). *Livsmestring på timeplanen - rett medisin for elevene?* Oslo: Spartacus forlag.
- Malterud, K. (1990). *Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter*. Oslo: Tano.
- Mæland, J., & Haugland, S. (2007). Det syke kjønn? I B. Schei, & L. Bakketeig, *Kvinner lider - menn dør. Folkehelse i et kjønnsperspektiv* (ss. 33-49). Oslo: Gyldendal akademisk .
- Mental helse. (2021). *Hvordan hjelper vi gutta? En fagressurs for helsesykepleiere*. Oslo : Mental Helse.
- Montarou, G. (2012). *Hvordan arbeide med psykomotorisk fysioterapi på kommunalt nivå i fruktbar samhandling med et skolevegringsteam i psykisk helsevern i 3.linjetjenesten?* Oslo: Norsk Fysioterapiforbund. Hentet fra *Hvordan arbeide med psykomotorisk fysioterapi på kommunalt nivå i fruktbar samhandling med et skolevegringsteam i psykisk helsevern i 3.linjetjenesten?*: <https://fysio.no/Media/Files/Hvordan-arbeide-med-psykomotorisk-fysioterapi-paa-kommunalt-nivaa-i-fruktbar-samhandling-med-et-skolevegringsteam-i-psykisk-helsevern-i-3.linjetjenesten>
- Nathanson, C. (1975 (9;2)). Illness and the feminine role: A theoretical review. *Social science & medicine*, ss. 57-62.

- NFF. (2015, 01 25). *Om fagfeltet; psykomotorisk fysioterapi*. Hentet fra www.fysio.no: <https://fysio.no/Forbundsforbidden/Organisasjon/Faggrupper/Psykomotorisk-fysioterapi/Hva-er-psykomotorisk-fysioterapi>
- NOU 2019:19. (2019). *Jenterom, gutterom og mulighetsrom*. Oslo: Kulturdepartementet.
- Opaas, B. (2012, 01). *Psykomotorisk fysioterapi til tenåringer - en kartleggingsstudie med fokus på mestring og utfordringer*. Hentet fra Brage INN - Høgskolen i Innlandet: <https://brage.inn.no/inn-xmlui/handle/11250/132510>
- Ottesen, A., Øyehaug, G., & Bjorbækmo, W. (2016). Fysioterapi i skolehelsetjenesten for ungdom - perspektiver og praksis. *Fysioterapeuten* (4), ss. 48-52.
- PKI - pasientorganisasjonen for kjønnsinkogurens. (2021). *Kjønnsinkogurens.no*. Hentet fra *Hvor vanlig er kjønnsinkogurens?*: <https://kjonnsinkongruens.no/kjonnsinkongruens/hvor-mange-er-trans/>
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK. (2015, 06 26). *helseforskning.etikkom.no*. Hentet fra Eksempler på virksomheter som ikke skal søke REK: https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p_dim=34999
- Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., & Hensing, G. (2018, 02 25). Review article: "Brave men" and "emotional women": A theory-guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain. *Hindawi - pain research and management*.
- Scheff, T. (2013, Vol37:1). Goffman on Emotions: The prite-shame system. *Symbolic Interaction*, ss. 108-121.
- Skårderud, F. (2001). Skammens stemmer - om taushet, veltalenhet og raseri i behandlingsrommet. *Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 13*, ss. 1613-1617.
- Skårderud, F. (2006). *Flukten til kroppen - senmoderne skamfortellinger*. I P. Guldbrandsen, P. Fugelli, G. Stang, & B. Wilmar, *Skam i det medisinske rom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Skårderud, F. (2007, 01). Gutter har også kropp. *Tidsskrift for norsk psykologforening* (44), ss. 2-3.
- Solhaug, P. (2021, 11 22). *Mennesker er ikke termostater - de skal ikke reguleres*. Hentet fra RVTSSør: <https://rvtssor.no/aktuelt/395/mennesker-er-ikke-termostater-de-skal-ikke-reguleres/>
- Statistisk sentralbyrå. (2020, 11 26). *SSB - Sosiale forhold og kriminalitet - Straffereaksjoner - tabell 3*. Hentet fra Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/straff>

- Statistisk sentralbyrå. (2020, 06 22). *SSB - Utdanning - gjennomføring*. Hentet fra Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/vgogjen>
- Store norske leksikon. (2019, 05 20). *Maskulinitet*. Hentet fra Store Norske Leksikon: <https://snl.no/maskulinitet>
- Sudmann, T. (1998). Fra ubehag til vitenskap. *Kvinneforskning*, ss. 80-101.
- Svartdal, F. (2018, 08 29). *Mestring*. Hentet fra Store Norske Leksikon: <https://snl.no/mestring>
- Sviland, R., Råheim, M., & Martinsen, K. (2010:2). Språk - uttrykk for inntrykk. *Matrix*, ss. 132-156.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse - en innføring i kvalitative metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2003, 11). *Klinikk - kommunikasjon - informasjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2012). *Movement and interaction -*
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforlaget.
- TV2. (2021, 02 11). *Hjelpetelefoner nedringes etter "Rådebank"-episode*. Hentet fra TV2.no: <https://www.tv2.no/a/11950257/>
- UiT, Norges arktiske universitet. (2019, 04 05). *www.uit.no*. Hentet fra Retningslinjer for klassifisering av data: <https://uit.no/Content/714606/cache=1610450302000/Retningslinjer+for+klassifisering+--vedtatt+5-4-19.pdf>
- Ullrich, M., & Underhaug, I. (2021, 05 28). *Dere har et annet blikk enn oss; Skolehelsetjenesten i videregående skole sitt tilbud til elever med psykiske helseplager og Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) sin rolle*. Hentet fra HVL Open, Brage unit: https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/bitstream/handle/11250/2772122/Underhaug_Ullrich.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Utdanningsdirektoratet. (2017). *Udir.no*. Hentet fra Overordnet del: Verdier og prinsipper for grunnopplæringen: Folkehelse og livsmestring: <https://www.udir.no/lk20/overordnet-del/prinsipper-for-laring-utvikling-og-danning/tverrfaglige-temaer/folkehelse-og-livsmestring/?TilknyttedeKompetansemaal=true>
- Vestli, I. (2019). *Ungdoms erfaringer med psykomotorisk fysioterapi i gruppe*. Hentet fra Oda OsloMET: <https://oda.oslomet.no/handle/10642/8069>
- Wacquant, L. (1995). Review article: Why men desire muscles. *Body & society*, ss. 163-179.

West, C., & Zimmerman, D. (1987, 06). Doing Gender. *Gender and society*, ss. 125-151.

Young, I. (1990). *On female body experience: "Throwing like a girl" and other essays*.
Bloomington: Indiana University Press.

Ytreberg, B., Ringheim, A., & Isaksen, T. (2015, 02/11). På talefot med ungdom. *Avisa Nordlys*, 3.

Øvreberg, G., & Andersen, T. (1986). *Aadel Bülow-Hansens fysioterapi - en metode til omstilling og frigjøring av respirasjon*. Harstad.

Vedlegg 1: godkjenning NSD

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

09.02.2022, 09:56



Vurdering

Referansenummer

568691

Prosjekttittel

Masteroppgave: Psykomotorisk fysioterapi og ungdom - med fokus på gutter

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anne Gretland, anne.gretland@uit.no, tlf: 77660694

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Ellen Mikalsen Hals, ellenhals@gmail.com, tlf: 48077036

Prosjektperiode

01.08.2021 - 31.12.2022

Vurdering (1)

07.10.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 07.10.2021. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet.

Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2022.

about:blank Side 1 av 3

Meldeskjema for behandling av personopplysninger 09.02.2022, 09:56

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

TAUSHETSPLIKT

Informantene i prosjektet er fysioterapeuter, og har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig med å bruke eksempler under intervjuene. Vi anbefaler at dere minner informantene om dette i forbindelse med intervjuene.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Nettskjema er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Ved eventuell bruk av andre databehandlere (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med

about:blank Side 2 av 3

Meldeskjema for behandling av personopplysninger 09.02.2022, 09:56

behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>. Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos NSD: Silje Fjelberg Opsvik Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2: Informasjons-eposter



Ellen Hals

Spørsmål ifbm masteroppgave

Til:

Sendt...@gmail.com 8. november 2021 kl. 11:23

Hei!

Jeg skal skrive mastergradsoppgave om psykomotorisk fysioterapi til ungdom/unge gutter, og er på jakt etter informanter - psykomotoriske fysioterapeuter som jobber/har erfaring med ungdom i primærhelsetjenesten. I den forbindelse lurer jeg på om du kan tenke deg å bidra i intervju, eller om du kjenner til noen andre som kan være aktuelle å spørre?

Sender selvsagt mer informasjon hvis det er aktuelt.

På forhånd takk for tilbakemelding :-)

Vennlig hilsen
Ellen M. Hals
Student, master i fysioterapi ved UiT - Norges arktiske universitet



Ellen Hals

Info master

Til:

30. november 2021 kl. 11:57

Hei igjen,
Sender litt info rundt masteroppgaven :-)

Jeg har med bakgrunn i ulike undersøkelser (ungdata, publikasjoner og masteroppgaver om ungdom og psykisk helse) sett på forskjeller mellom gutter og jenter mht psykisk helse og ungdomstid, og lurer på om vi som fysioterapeuter møter dem ulikt - i såfall på hvilken måte. Jeg er nysgjerrig på hva som erfares og hvordan terapeuter reflekterer rundt dette, og jeg ønsker å forstå det i lys av primært fenomenologisk og relevant sosiologisk teori (Merleau-Ponty, Bourdieu og Goffmann).

Aktuelle tema i intervju kan være henvisninger (hvem henviser/henvises, er det samsvar mellom henvisning og hva guttene selv presenterer) og oppfølging (struktur, hyppighet, varighet), hva terapeutene vektlegger i møte med guttene, annerledes tilnærming, målsettingsarbeid, språk og begreper, forstås og tolkes ressurser og omstillingsevne ulikt?

Legger også ved informasjonsskriv - spør om du lurer på noe mer :-)

Når passer det for deg å gjennomføre intervju? Vi tar det på teams, og det er uansett for meg om det er på dag- eller ettermiddagstid :-)

Tusen takk for at du vil stille opp!



informasjonsskri
v.doc

Hilsen Ellen

Vedlegg 3: informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet Psykomotorisk fysioterapi for ungdom *«psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med og refleksjoner rundt å jobbe med unge gutter»?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut mer om kjønnsdimensjoner i arbeid med ungdom – hvilke erfaringer har terapeuter med å jobbe med unge gutter kontra jenter? Reflekterer og erfarer mannlige og kvinnelige terapeuter ulikt?

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet er en mastergradsoppgave i psykomotorisk fysioterapi, som skal utarbeides i løpet av studieåret 2021/22. Oppgaven skal leveres i mai 2022.

Jeg ønsker å intervjuer både mannlige og kvinnelige psykomotoriske fysioterapeuter med erfaring fra arbeid med ungdom, gjerne i skolehelsetjeneste/primærhelsetjeneste. Intervjuene transkriberes og kategoriseres. Funn fra intervjuene holdes opp mot teori fra fagfeltet – både fenomenologi og andre vitenskapsteoretiske perspektiver.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UiT Norges arktiske universitet er ansvarlig for prosjektet. Veileder er Anne Gretland ved UiT, og student er Ellen Mikalsen Hals.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

For å rekruttere har jeg spurt psykomotorikere om tips til aktuelle informanter ut fra nevnte kriterier. Jeg ønsker 4 informanter – 2 mannlige og 2 kvinnelige fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. Du får spørsmål fordi du anses å ha nyttig kunnskap og erfaring for prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Din deltakelse vil bestå i å gjennomføre et intervju – enten ved fysisk møte eller via Teams som er godkjent for bruk ihht UiTs retningslinjer. Intervjuet vil antakelig ha en varighet på 40-60 minutter, og du bes forberede deg ved å reflektere rundt tema, og et utkast til intervjuguide er vedlagt.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Lydfil spilles inn og lagres i «Nettskjema» - som er en sikker og godkjent plattform for oppbevaring av data. Transkriberingstekst lagres uavhengig av lydfil.

Student og veileder er de eneste som har tilgang til materialet.

All data i prosjektet anonymiseres i ferdig tekst (masteroppgaven) – her gjøres kun generelle presentasjoner av utvalg, og funn/kategorier uavhengig av dette.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er juni 2022. Etter fullføring vil alle personopplysninger slettes.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *UiT Norges arktiske universitet* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- UiT Norges arktiske universitet ved veileder Anne Gretland, tlf 77660694 eller epost anne.gretland@uit.no, eller student Ellen Mikalsen Hals, tlf 48077036 eller epost ellenhals@gmail.com

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Samtykke til deltakelse gis muntlig i intervjuet ved at jeg ber deg bekrefte at du har fått informasjon og ønsker å delta.

Med vennlig hilsen

Anne Gretland

Veileder

Ellen Mikalsen Hals

Student

Vedlegg 4: Intervjuguide

Innledning:

- *Informasjon om opptak*
- *Informasjon om godkjenning fra NSD – begrense bruk av eksempler som inneholder identifiserende opplysninger*
- *Samtykke – lest informasjonsskriv og er kjent med hva det innebærer å bidra, og mulighet til å trekke tilbake sitt bidrag*

Bakgrunn

- Din erfaring som terapeut – hvor lenge har du jobbet som psykomotoriker, på hvilket tjenestenivå og hvor mye erfaring har du med psykomotorisk fysioterapi for ungdom?
- Kan du si noe om hva du tenker rundt tema for prosjektet mitt; psykomotorisk fysioterapi for unge gutter?
 - o Hvem passer det (ikke) for – hvorfor?

Henvisninger, dine erfaringer og refleksjoner

- Kan du si noe om din erfaring med henvisningspraksis for ungdom – er det noen generelle forskjeller mellom henvisninger på gutter og jenter? Hvem henviser, og hva er henvisningsårsaker?
 - o Er det samsvar mellom presentasjon av guttene i henvisningen og hva de selv forteller?
 - o Er det mer eller mindre samsvar mellom henvisninger fra en «instans» og egen presentasjon enn fra andre? Eks fastlege, foreldre, skolehelsetjeneste, BUP?

Oppfølging og innhold

- Er det noen praktiske forskjeller i oppfølging av gutter og jenter; varighet på behandlingsforløp, hvordan timene planlegges og evalueres?
- Tilnærmer du deg annerledes? Vektlegger du spesielle elementer, språklige/kommunikative ulikheter, forståelse (felles forståelse), terapeutisk allianse, målsettinger?

Innhold i møte og samhandling,

- Hva vektlegger du i møtet med guttene, er det noe annet enn hos jentene?
- Kan du gi noen eksempler på hvilken betydning kroppen tillegges i guttenes psykiske helsetilstand? Hva tenker du rundt det?
- (hvordan) er kroppsfokus annerledes hos jenter og gutter, forstår de kroppen ulikt? Hvordan og hvorfor, tror du?
- Hva vektlegges i behandling/møte med gutter sammenlignet med jenter? Jobbes det ulikt med bevisstgjøring av egne ressurser?
- Er det forskjell på hvordan gutter og jenter forklarer, forstår og erfarer sine plager i lys av sin livshistorie og sine erfaringer? Mestringsstrategier?
- Tror du mannlige terapeuter forstår gutter annerledes enn kvinnelige terapeuter?
- Hva hemmer og fremmer effekt av PMF for unge gutter – hvilke ressurser predikerer?

Oppsummering

- Noe du vil tilføye, noe du tenker jeg burde spurt om/tematisert?
- Hvordan opplevde du intervju digitalt, hva ville eventuelt vært annerledes ved fysisk intervju?

Tusen takk for at du ville stille opp!!

