



**UiT** Norges arktiske universitet

**Institutt for helse- og omsorgsfag,**

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Universitetet i Tromsø**

## **Eksternalisering av kvalme- beskyttelse av ens integritet**

En kasusbeskrivelse av kvalmerekasjoner ved avmakt og grenseoverskridelse

**Marianne Madsen Viberg**

Mastergradsoppgave i Psykomotorisk fysioterapi. HEL- 3962.

Mai 2023

Antall ord: 24236

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b>	<b>1</b>
1.1	STUDIENS BAKGRUNN	1
1.2	KVALME OG OPPKAST I HELSEFAGLIG LITTERATUR	3
1.3	KVALMEBESKRIVELSER I PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI	5
1.4	HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	6
<b>2</b>	<b>TEORI</b>	<b>6</b>
2.1	PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI	6
2.2	AVSKY	8
2.3	FENOMENOLOGISK PERSPEKTIV	11
2.4	SOSIOLOGISK PERSPEKTIV	14
<b>3</b>	<b>METODE, FORSKNINGSTILNÆRMING OG MATERIALE</b>	<b>18</b>
3.1	VITENSKAPSTEORETISK FORSTÅELSESRAMME	18
3.2	FORSKNINGSDESIGN	19
3.3	DATAINNSAMLINGEN	21
3.3.1	<i>Informant</i>	21
3.3.2	<i>Datamaterialet fra journalnotater</i>	22
3.3.3	<i>Intervjuene</i>	24
3.4	ETISKE VURDERINGER	27
3.4.1	<i>Forskning på sårbar gruppe</i>	27
3.4.2	<i>Verdifull erfaringskunnskap</i>	28
3.4.3	<i>Forsker og behandler</i>	28
3.4.4	<i>Behandling av pasient- og personopplysninger</i>	29
3.5	METODEKRITIKK	30
<b>4</b>	<b>RESULTAT</b>	<b>31</b>
4.1	BESKRIVELSE AV INFORMANT	32
4.2	KVALME I BEHANDLING	33
4.2.1	<i>Første gang Trude blir kvalm i behandling</i>	33
4.2.2	<i>Andre gang Trude blir kvalm i behandling</i>	35
4.2.3	<i>Tredje gang Trude blir kvalm i behandling</i>	37
4.3	TRUDES TANKER OM KVALMEREAKSJON I BEHANDLING	38
4.4	KVALME I HVERDAGEN	40
4.4.1	<i>Kvalme og oppkast på natt</i>	40
4.4.2	<i>Kvalme i forkant av reise</i>	43
4.5	KROPPSLIG INNSIKT	45
<b>5</b>	<b>DRØFTING</b>	<b>48</b>
5.1	KVALME I BEHANDLING- ET UTTRYKK FOR KONTROLL OG GRENSESETTING	48
5.2	KVALME SOM MENINGSBÆRENDE REAKSJON FOR FORTRENGTE FØLELSER	52
5.3	KVALME SOM FORSVAR	56
5.4	KVALMEN GÅR GRADVIS OVER- MENINGSDANNELSE OG HANDLINGSMULIGHETER	59
5.5	AVSLUTNING	62
	<b>KILDER</b>	<b>64</b>
	<b>VEDLEGG</b>	<b>67</b>
	<b>INFORMASJONSSKRIV</b>	<b>67</b>
	<b>INTERVJUGUIDE</b>	<b>70</b>
	<b>ANBEFALING- BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER</b>	<b>71</b>
	<b>GODKJENNING AV NSD</b>	<b>73</b>



# Forord

Å skrive denne masteroppgaven har vært en innsiktsfull, strevsom og lærerik prosess både i faglig og personlig betydning. Det har vært en intens periode, som nå er over. Nå skal jeg sitte på veranda å se på trærne gro seg grønne.

Jeg vil først og fremst takke informanten som viser slikt engasjement og delevilje av sine erfaringer. Jeg setter stor pris på deg!

Takk til min første veileder, Anne Gretland, som støttet opp om starten av denne masteroppgaven. Det var du som først sendte meg mot den avskyelige teorien. Uten det tror jeg kanskje ikke oppgaven hadde tatt denne form. Lykke til med late dager.

Takk til min andre veileder, Sanna Bostad Kvaal, som sendte meg dypere inn i avskyens verden. Du har virkelig vært en bauta gjennom denne intense perioden. Jeg hadde ikke klart det uten dine rause, omfattende veiledninger og usannsynlig raske tilbakemeldinger! Lykke til inn i ny tilværelse!

Takk til alle venner og kjære som har heia på meg, pusha meg, tatt imot alle mine fortvilelser og skrivesperre. Takk for Tran, Sana Sol og terapihund, takk for vin og Afterski, takk for skitur, joggetur og kjærlighet. Takk for middager og din hardnakka tro på meg, mamma.

Takk Tom, for at du er en nærværende, trygg pappa for våre fine jenter, og takk for dine støttende ord.

No jenter, no har mamma tid til å være med på sprell!

Tromsø, Mai 2023.

Marianne Madsen Viberg

# Sammendrag

## Bakgrunn

Litteratursøk viser at kvalme som reaksjon i et perspektiv der individet også er en kropp som bærer med seg erfaringer som nedfeller seg kroppslig, er lite beskrevet. Studiens mål er å utforske hvordan vi kan forstå kvalmereaksjoner hos en pasient i psykomotorisk behandling og i andre betydningsfulle situasjoner i pasientens liv.

## Metode og materiale

Oppgaven er en singelkasus studie med kvalitativ tilnærming. Det er benyttet to semistrukturerte intervju, hvorav det ene intervjuet tar utgangspunkt i journalutdrag fra pasientens fysioterapibehandlinger. Journalnotater er også en viktig del av datamaterialet. Fokuset er rettet mot pasientens erfaringer og forståelse av kvalmereaksjoner. Epistemologisk og metodologisk tilnærming er fenomenologi og hermeneutikk. Teoretisk forankring er fenomenologisk tilnærming.

## Resultat

Kvalme fremstår som en meningsfull reaksjon. Kvalme og oppkast kan forstås som reaksjoner på at kroppens behov er utilgjengeliggjort. Kvalmereaksjon kan forstås som uttrykk for opplevd trussel av integritet, tap av kontroll og grenseoverskridelser. Tilgjengeliggjøring av kroppslig kunnskap knyttet til personlige fortellinger tilgjengeliggjør fortrenge emosjoner og øker kontakt med selvet.

## Drøfting

Kvalme og oppkast kan forstås som kroppslige følelser av avsky som en proaktiv mekanisme mot å beskytte seg mot en egentlig tilstand av avmakt og invadering i en fastlåste situasjoner. Gjennom psykomotorisk fysioterapi og utforskende samtaler kan økt kroppskontakt og økt emosjonell kontakt føre til meningsskapelse av kvalmereaksjoner. Det kan bidra til endrede måter å forholde seg til vonde ting på, endret reaksjonsmønster og økte handlingsmuligheter.

# Abstract

## Background

A literature search that there is not much written knowledge where nausea as a reaction in a perspective in which the individual is also a body that carries with it experiences that are reflected bodily, is described. The aim of the study is to explore how we can understand the nausea reaction in a patient in psychomotor treatment and in other significant situations in the patient's life.

## Method and material

The assignment is a single-case study with a qualitative approach. The empirical data consists of two semi-structured interviews, of which one interview is based on journal from the patient's physiotherapy treatments. Journal notes are also an important part of the empirical data material. The focus is on the patient's experiences and understanding of nausea reactions. Epistemological and methodological approaches are phenomenology and hermeneutics. Theoretical grounding is phenomenological approach.

## Result

Nausea appears as a meaningful reaction. Nausea and vomiting can be understood as reactions resulting from bodily needs being displaced. Nausea reaction can be understood as an expression of perceived threat of integrity, loss of control and boundary crossing. Making available bodily knowledge linked to personal narratives makes repressed emotions available and increases contact with the self.

## Discussion

Nausea and vomiting can be understood as bodily feelings of disgust as a projective mechanism to protect oneself from an actual state of powerlessness and invasion in a stuck situation. Through psychomotor physiotherapy and exploratory conversations, increased body contact and increased emotional contact can lead to meaning making of nausea reactions. It can contribute to changed ways of relating to difficult things in life, changed reaction patterns and increased options for action.

# 1 Innledning

## 1.1 Studiens bakgrunn

Jeg jobber som psykomotorisk fysioterapeut på et regionalt, medisinfritt behandlingstilbud for voksne personer med alvorlig psykiske lidelser som ønsker et behandlingsforløp uten bruk av nevroleptika. Behandlingen har som formål å støtte pasientene i deres bedringsprosess (recovery). Bedringsprosessen dreier seg om å gjenskape tilhørighet i nærmiljøet og bygge en identitet utenfor problemene de opplever, altså å skape seg et liv på tross av den situasjonen de er i og de plagene de har. Pasientenes egen aktive innsats anses som svært viktig i bedringsprosessen og kan oppleves som svært betydningsfull. Pasientene kommer til planlagte innleggelses som en del av et helhetlig medisinfritt behandlingstilbud som fokuserer på recoveryorienterte prosesser i et relasjons- og nettverks perspektiv.

Psykiske plager, psykisk smerte og livsbelastninger kommer til uttrykk på ulikt vis. Autonome reaksjoner og endringer i autonome funksjoner er noe som ofte kommer til uttrykk i fysioterapibehandlingen. Svette, rødme, endring i respirasjon, hjertebank, svimmelhet eller kvalme er vanlige reaksjoner fysioterapeuten møter i klinikken. I psykomotorisk fysioterapi tillegges kvalme betydning, som et tegn på at pasienten er belastet på en eller annen måte (Thornquist & Bunkan, 1995). Jeg husker fra grunnutdanningen at jeg hadde en oppfatning om at pasienter som fikk autonome reaksjoner under, eller etter behandling skulle man være «forsiktig» med. På en eller annen måte var de som mer skjøre og sårbare å regne.

Jeg har erfart at pasienter blir uvel eller kvalme i behandlingen. Beskrivelsen fra pasientene varierer. Hva som utløser kvalme, er ofte uklart både for pasient og meg. Jeg har aldri opplevd at pasienter som bli kvalme eller uvel blir redd eller engstelig, eller har ønsket å avslutte fysioterapi behandlingen. De blir som regel nysgjerrige. Kroppslige reaksjoner i behandlingen som dukker opp gjentatte ganger utforskes gjerne videre på andre arenaer i det tverrfaglige behandlingstilbudet på avdelingen jeg jobber på. Hva som trer frem som viktig i disse møtene avhenger av hva pasienten og mine kolleger med andre profesjoner tillegger betydning. Disse erfaringene må videreformidles, tillegges betydning og forstås som meningsfull gjennom å løfte frem, synliggjøre og utforske reaksjonene.

I Anne Gretlands(1999) rapport «Kroppens spor - en utfordring i psykiatrien» fant hun at den relasjonelle, erfarende og funksjonelle kroppens betydning har fått lite plass i psykiatrien. Kroppen som uttrykksfelt har falt ut fra mye faglitteratur og forskning historisk sett, skriver hun. Jeg har en oppfatning av at det teoretisk sett er kommet mer kunnskap på området, men det lar seg kanskje vanskelig omsette i praksis på andre felt enn de som jobber spesifikt med kroppslig tilnærming. Gretland (1999) finner økt interesse for kroppslig tilnærming som behandling i psykiatri hos andre faggrupper enn fysioterapeuter i senere tid (Gretland, 2016, referer til Dalelid, 2015 og Følstad, 2013).

Når jeg har diskutert kvalme med medstudenter, veileder, kolleger, venner og min mor, så har alle erfaringer, ofte personlige erfaringer, med kvalme hvor de selv tenker at det handler om en reaksjonsmåte på noe. I samtale med min mor kom hun med en historie fra da min bror var baby. Han gråt mye, sov lite og min far var ikke den som håndterte det godt. Min mor dro til lege fordi hun var kvalm og kastet opp. Ifølge henne, var ikke legen interessert hvordan hun hadde det, men var opptatt av objektive målinger som ikke gav noen svar. Det at mor knytter livssituasjonen til kvalme med hvordan tilværelsen var da, sier meg at hun ser det i en sammenheng.

Det som kanskje vekker sterkest assosiasjon til kvalmereaksjon av emosjonene hos meg, er avsky. Til forskjell fra hva som utløser andre ubehagelige emosjoner og kroppslige følelser, har avsky mange ulike utløsende eller triggende objekter. Jeg spurte mine to barn hva som fikk de til å «vrenge seg i avsky». Mitt eldste barn på tolv år proklamerte at hennes eget hår i dusjsslukken iblandet såperester, gav henne brekningstrang. Mens mitt barn på åtte år fortsatt har et klart minne fra hun var fem år. Hun sprang over et tre meter bredt belte av tang på stranda som var i fullstendig forråtnelse, for å hente badedyret vinden hadde løftet opp og kastet av gårde. Med forråtnelse var det også lukt som vinden holdt borte fra stranda, men på andre siden av tanga, hvor hun sto, var den intens og tilsvarte den sterkeste lukten fra et utedo. Hun sto der med det som så ut som avføring klint oppover til knærne og lukta blåste rett i ansiktet hennes. Jenta på fem, var overbevist om at det var bæsje, og kastet opp på stedet mens hun gråt hysterisk. Jeg har ingen problemer med å rense sluk fylt med såperester, og hår, eller intimvask av barn, eller eldre for dens sags skyld. Overraskelsen var stor når jeg oppdaget at å pusse tannproteser vekker reaksjon av avsky hos meg, brekningsreaksjon kommer umiddelbart.



Kvalme ligger i språket vårt når vi vil uttrykke at noe frastøter oss, er moralsk forkastelig, smertefullt eller overveldende. Det er jo gjerne slik at når en er opptatt av noe, så fremtrer det lettere for oss i omgivelsene. Slik har det også gjort meg oppmerksom på bruk av kvalme i media denne våren. Et raskt søk i Dagbladets nettavis eksemplifiserer dette gjennom overskrifter: «*Kvalme før reises slutt*» står det om valget i USA i en politisk kommentar. «*Reagerte med kvalme, gråt og klump i magen*» er en overskrift om raset i Gjerdrum. «*De må bli kvalme bare ved synet av meg*» sier Wayne Rooney om at han har scoret flest mål mot Arsenal i Premier League. «*Fellesforbundet lager støy og kvalme*» sier NHO om Fellesforbundets streik tilbake i 2016. «*Kvalm, sint og forrådt*» står det om en politisjef i en drapssak der gjerningsmannen er politi. Noen ganger vekker bruken av ordet kvalme sterke reaksjoner hos andre. Trump bobler regelrett over av raseri når FBI sjefen James B. Comey uttrykte at han ble kvalm av Trump under en høring i den amerikanske kongressen. Comey fikk faktisk sparken av Trump for å ha uttrykt seg så billedlig. Dette viser at kvalme er et allment fenomen for de fleste av, og har betydning av noe som krysser en grense.

## 1.2 Kvalme og oppkast i helsefaglig litteratur

Fra 1930 tallet ble all kronisk kvalme/oppkast kalt «psykogen», men er siden delt inn i ulike kategorier basert på det kliniske bildet; syklisk oppkast syndrom, funksjonell oppkast, kronisk idiopatisk kvalme (Reddy, Varambally & Vigneshvaran, 2017, s. 241). Begrepet «psykogen kvalme» er emosjonelt betinget, knyttet til en mer dyptgående psykisk tilstand, der hvor annen organisk patologi er helt utelukket (Pooja, Gupta, Khan, Chaudhury & Saldanha, 2021; Reddy et al., 2017, s. 241).

I en vurdering av kvalme i et flerdimensjonert perspektiv argumenterer Muth, Stern, Thayer og Koch (1996, s. 511) for at kvalme bør forstås som et syndrom som involverer flere reaksjoner som svette, blekhet, spyttutskillelse, gastroparese, diaré eller forstoppelse. Dette aktiverer komplekse reaksjoner i ulike psykologiske og fysiologiske systemer og endring i autonom aktivitet som resultat av kvalme utløsende stimuli. Omfanget av de erfarte symptomene, skriver de, er direkte proporsjonal med aktivitet i det autonome nervesystemet og graden av involvering av viscerale efferente nerver.

I medisinsk litteratur beskriver R. M. Stern, Kenneth L. Koch, Paul Andrews og Paul Andrews (2011) kvalmens ulike mekanismer i boken «Nausea: Mechanisms and Management». Boken gir en omfattende forklaring på kvalme gjennom forskningsresultater om årsaker og behandling. Boken er et samarbeid mellom forskere fra psykologi, gastroenterologi og fysiologi. Kvalme introduseres blant annet som en beskyttende kontrollmekanisme med individuelle dynamiske terskler som forklaring av funksjonen til kronisk kvalme. De gjennomgår tidligere og nåværende forestillinger om kvalme, og beskriver utbredelsen av kvalme under ulike tilstander. Boken tar for seg hva som er kjent om fysiologiske grunner til kvalme og utforsker med det rollene til sentralnervesystemet, det autonome nervesystemet, det endokrine systemet og gastriske dysrytmier.

Reddy et al (2017) viser til studier hvor ulike tilnærminger og perspektiver har vært benyttet i forsøket på å forstå kvalme som ikke har en klar fysiologisk eller biomedisinsk årsak. De trekker frem eksempler med barn, der kasus belyses gjennom systemteori og tilknytningsteori med behandling rettet mot familierterapi og sosial tilpasning i barnehage. I samme artikkel trekker de frem behandling av eldre som vektlegger endring av fokus fra pasientenes kvalme/oppkast, til å fremme adferd som ikke handler om sykdom. I andre studier de viser til, blir kvalme forstått direkte knyttet til angst. Behandlingen rettes mot angst med en kombinasjon av kognitiv terapi, avspenningsteknikker, farmakologi og støttende psykoterapi. Kognitiv adferdsterapi benyttes i tilfeller der kvalmen forstås i sammenheng med emosjonell stressbelastning, hvor målet er å skape adaptive tankemønstre som fremmer mestringsstrategier og øker evnen til å løse problemer i et bredt personlig aspekt (Reddy et al., 2017). Reddy et al konkluderer med at beste behandling beskriver bruk av omfattende og tverrfaglig tilnærming inkludert farmakologisk (antipsykotika, betablokker og antidepressive) og psykoterapeutiske teknikker. Mens andre forskere fremmer en kombinasjon av medisin og psykoterapi, adferdsterapi og autogen trening (Paidi et al., 2022; Pooja et al., 2021).

En forskergruppe (Srivastava, Pattanayak & Mehta, 2017) finner ikke konkret bevis på at det er sammenheng mellom psykiatriske diagnoser og kronisk, uforklarlig kvalme og oppkast. De trekker frem stress som en modulator via hjerne- tarm, og at assosiasjonen mellom funksjonell og psykososiale aspekt burde undersøkes nærmere. Paidi et al. (2022), Pooja et al. (2021) og Srivastava et al. (2017) finner at kriterier for psykogent oppkast ikke er etablert, men at det må skilles fra syklisk, funksjonell og kronisk idiopatisk kvalme og forstås som et

resultat av en emosjonell eller psykiske plager. Paidi et al (2022) etterlyser litteratur om kvalme belyst et i annet perspektiv enn det biomedisinske.

Det ligger en implisitt dualistisk forståelse av mennesket til grunn her. Psykogen kvalme forstås som psykologisk betinget, altså i en psykisk/emosjonell forståelseshorisont i motsetning til en fysiologisk betinget kvalme. Jeg synes også det ligger implisitt i litteraturen jeg har undersøkt, at såkalt psykogen kvalme forstås som et symptom som skal tas bort, fjernes. Slik sett er det ikke rom for at kvalme kan være en reaksjon på noe betydningsfullt og være meningsbærende. Heller ikke at det for noen kan være hensiktsmessig å reagere med kvalme/oppkast. Slik blir kvalme noe negativt. Oppgaven blir å behandle den bort, fremfor å søke forståelse av kvalme som en potensielt meningsbærende og intensjonell reaksjon. Med det som utgangspunkt mener jeg det er grunnlag for å gå videre med et fenomenologisk perspektiv av kvalme, som presenteres i teori kapitlet.

### **1.3 Kvalmebeskrivelser i psykomotorisk fysioterapi**

Det er skrevet noe om fenomenet kvalme i faglitteratur for fysioterapi. Kristen Eker holt og Mia Falck har skrevet boka «Fotfeste: En kroppsbasert behandlingsprosess» (Ekerholt & Falck, 1995). De beskriver et behandlingsforløp i psykomotorisk fysioterapi sett fra to ulike perspektiv; fra fysioterapeutens ståsted og fra pasients ståsted. Kvalmereaksjon beskrives i denne studien flere ganger gjennom behandlingsforløpet og det kommer også frem i Mias egne dagboknotater. Kvalme blir tematisert, tillagt mening og gjøres noen ganger til rettesnor i behandlingen. Sigrid Karine Paulsen har skrevet masteroppgaven «Fra kvalme til grensesetting- En videoanalyse om selvhjelpsprinsippet i psykomotorisk fysioterapi»(Paulsen, 2016, s. 30-31). Kvalmereaksjon beskrives flere ganger i resultatet og pasient forteller om erfaringer med kvalmereaksjon og oppkast i behandling og utenfor behandlingssituasjoner. Kvalme er ofte listet opp sammen med andre kroppslige og vegetative reaksjoner i litteraturen (Bergland, Olsen & Ekerholt, 2018) uten å gå i dybden. Jeg har ikke funnet noe faglitteratur innenfor psykomotorisk fysioterapi som har undersøkt kvalme som et eget fenomen.

Litteratursøk viser at det eksisterer lite skrevet kunnskap som tar utgangspunkt i at kvalme og oppkast kan ha meningsbærende og intensjonell betydning, og som forstår kvalme som reaksjon i et perspektiv der individet også er en kropp som bærer med seg erfaringer som nedfeller seg kroppslig. Det er et tydelig kunnskapshull som jeg ønsker å utforske i denne

oppgaven. Å forså kvalmerekasjon i et slikt perspektiv vil kunne være kilde til bedre innsikt og forståelse både for pasient og hjelper.

## 1.4 Hensikt og problemstilling

Tema er valgt med bakgrunn i klinisk praksis og pasientmøter på min arbeidsplass. Jeg ønsker å få bedre innsikt og forståelse av kvalmerekasjoner i fysioterapibehandling og i andre betydningsfulle situasjoner. Det har vært lite forsket på kvalme hvor en forsøker å forstå hensikten, meningen og hvilken nytte en slik reaksjon kan ha for den det gjelder. Jeg ønsker med dette prosjektet å få frem pasientens erfaringsbeskrivelser, og ved hjelp av relevant teori og metode skape økt innsikt og forståelsesgrunnlag av fenomenet, ikke bare til hjelp for psykomotorisk fysioterapi, men også andre fagpersoner og på tvers av ulike fagmiljøer. Formålet med undersøkelsen er å gå i dybden på hvilken funksjon og betydning kvalmerekasjonen kan ha for pasienten og med det også undersøke hva som kan være til hjelp i en endringsprosess.

### **Problemstilling:**

Hvordan kan vi forstå kvalmerekasjon hos en pasient i psykomotorisk behandling og i andre betydningsfulle situasjoner i pasientens liv?

## 2 Teori

### 2.1 Psykomotorisk fysioterapi

Psykomotorisk fysioterapi (PMF<sup>1</sup>) er en fysioterapeutisk tenke- og tilnæringsmåte, som ble utviklet rundt 1950 tallet som følge av et klinisk samarbeid mellom fysioterapeut Aadel Bülow- Hansen og psykiater Trygve Braatøy (Ekerholt & Gretland, 2018; Thornquist & Bunkan, 1995).

---

<sup>1</sup> Også kjent som Norsk psykomotorisk fysioterapi, til forskjell fra ellers Europa hvor «psychomotor physiotherapy» er betegnelse på terapi med fokus på avspenning (Bunkan, 2010).

Fra -70 tallet fulgte utviklingen av tradisjonen den psykoanalytiske arven fra Braatøy(Thornquist & Bunkan, 1995).

Tradisjonen fremstår i dag som mer relevant og aktuell, særlig ved at den teoretiske forankringen både har endret og styrket seg. Dette har bidratt til nye forståelseshorisonter der hvor behandlingstradisjonen har beveget seg fra et emosjonelt og individuelt psykoanalytisk ståsted til en teoretisk forankring i en fenomenologisk- og kroppsfenomenologisk forståelse(Ekerholt & Gretland, 2018). I fenomenologien rettes oppmerksomheten mot verden slik den fremtrer for subjektet (Thornquist, 2018). I kroppsfenomenologien forstås kroppen som relasjonell, der våre erfaringer blir skapt i kommunikasjon og relasjon med andre (Merleau-Ponty, 2012).

PMF er mindre symptomorientert, mer helhetlig orientert der kroppen forstås som et fysisk, psykisk og sosialt fenomen som ikke kan løsrives fra hverandre (Thornquist & Bunkan, 1995). Den levde kroppen er innfallsvinkelen til personen (Gretland, 2016). I PMF tilpasses behandlingen ut ifra en forståelse av sammenhenger mellom funn knyttet til pust, muskulatur, spenningsmønstre, kroppsholdning og emosjonelle og fysiske belastninger (Gretland, 2016; Thornquist & Bunkan, 1995).

Gretland (2016) refererer til Thornquist og Bunkan(1986), og skriver at ved å utvikle innsikt i egne symptomer gjennom reaksjoner og uttrykk i behandlingssituasjonene kan pasienten få kontakt med egne følelser og sette ord på dem. For at det skal oppnås, poengterer Gretland, må psykomotorikeren anerkjenne det pasienten formidler kroppslig og verbalt.

Fysioterapeuten må forholde seg til pasientens kroppslige uttrykk og samtidig underbygge dette med verbal kommunikasjon (Dragesund & Øien, 2019). Pasientens muligheter for endring – også forstått som omstilling – står i fokus, der en ønsker å jobbe mot et fleksibelt og nyansert bevegelses- og handlingsrepertoar (Thornquist & Bunkan, 1995). Målet er «å utvikle varhet og kontakt med kroppens signaler og reaksjonsmåter, opplevelse og forståelse av sammenhengen mellom kroppen og følelser, å utvikle en opplevelse av kroppen som MEG» (Gretland, 2016, s. 141, siterer Thornquist og Bunkan, 1986, s. 72). PMF kan rette seg mot å bringe frem nyanser av kroppsfunksjoner i tid og rom, å fornemme, respektere og markere personlige grenser (Ekerholt & Gretland, 2018).

I PMF er følelser alltid knyttet til en subjektiv opplevelse, bevegelse og pust. De forstås som avhengige og samtidige faktorer (Thornquist, 2012, s.30). Gretland (2016) skriver om

hvordan det ved alle følelser også er en kroppslig bevegelse og reaksjon som enten bremses eller slippes fri (Gretland, 2016). Det innebærer, ifølge Thornquist og Bunkan (1995), at pasienter som ikke viser følelser kan være dårligere enn pasienter som viser følelser.

Registreringen av vegetative reaksjoner og funksjoner er en viktig del av en psykomotorisk undersøkelse (Bunkan, 2008). Vegetative reaksjoner og eventuelle forstyrrelser kan i likhet med pusten og muskulære spenninger fortelle noe om pasientens følelsesmessige belastninger og kan oppstå som ledd i den generelle kroppsomstillingen (Bunkan, 2008).

I psykisk helsevern er det vanlig at pasienter henvises til PMF med bakgrunn i at psykisk lidelse kommer til uttrykk kroppslig, for eksempel dissosiasjon, anspenhet, kroppslig usikkerhet og påfallende bevegelsesmønstre (Gretland, 2016). Gretland (1999) fremmer i sin rapport «Kroppens spor- en utfordring i psykiatrien» at psykomotorisk kunnskap kan være avgjørende for at pasienter med psykiske lidelser får et riktig behandlingstilbud (Gretland, 1999)

## 2.2 Avsky

Den emosjonen som assosieres mest ved kvalme og oppkast, er kanskje avsky.

Brodal (2013) henviser til antropologen Ekman når han skriver om avsky som en grunnleggende emosjon. De andre emosjonene er glede, tristhet, sinne, frykt, overraskelse og forakt. Avsky kan minne om frykt og gi følelse av sterk motvilje (Brodal, 2013). Sara Heinämaa (2020) skriver at følelsen kan gi en voldsom og intens kroppslig reaksjon i form av kvalme, brekningstrang og oppkast, fremkalt av noe som er gitt enten perseptuelt (sansene smak, lukt, taktilt er mest vanlig) eller imaginært ved for eksempel assosiasjon, minner eller forestillinger. Heinämaa (2020) viser til stor enighet om at måten vi kroppslig reagerer på avsky er likt for alle mennesker.

Fenomenologiske beretninger om avsky skiller seg fra forklarende tilnærminger, både kausale og funksjonelle (Heinämaa, 2020). Heinämaa (2020) skriver at fenomenologer etterstreber å gi en omfattende beskrivelse som dekker alle fremtredende opplevelser av emosjonen og deres ulike intensjonelle objekter, det vil si det som vekker avsky hos en. Heinämaa skriver videre at slike beretninger ser etter felles strukturelle trekk som deles av alle tilfeller av avsky,

både av deres subjektive og objektive. I stede for å forklare avsky med en felles opprinnelse, fremmer fenomenologien påstander om en felles strukturlikhet, en overenstemmelse i formen den fremstår i (Heinämaa, 2020, s. 4-5). Altså på tvers av kulturelle og sosiale vilkår fremstår avsky likt hos individer. Vi kan rynke på nesen, trekke opp øvre leppe, gape, brekke oss og blir kvalm (Heinämaa, 2020, s. 1). Fenomenologene fremmer at avsky er basert på persepsjon og ikke handlinger, tro eller fordømming. Dette utelukker involvering av fordommer eller tro om objektet, eller objektets rolle som en smittekilde (Heinämaa, 2020).

Filosof og politisk teoretiker Aurel Kolnais (2003) fenomenologiske tilnærming til avsky tar utgangspunkt i at avsky er en del av kroppens beskyttelsesmekanismer. I følge Kolnai (2003) ligger kompleks psykologi til grunn for avsky. Det er en kognitiv følelse som gir informasjon og angir trekk ved den ytre verden som ikke er lett tilgjengelig på andre måter. Avsky avslører noe om kompleksiteten og skygger<sup>2</sup> i vårt indre psykiske liv, der funksjonen er å opprettholde vår sosiale og kulturelle virkelighet. Avsky hjelper oss å gripe fatt i hierarkier av verdier og å håndtere mer moralsk sensitive situasjoner og kulturell orden (Korsmeyer & Smith, 2004).

Klinisk psykolog, Susan Beth Miller har skrevet boken «Disgust: The gatekeeper emotion» (2004). Miller trekker frem at vi overfører vår opplevde avsky til de rundt oss med våre reaksjoner, gjennom ansiktsuttrykk, tilbaketrekking o.l. Det gir en kollektiv beskyttelse, og en tillært og opplært kulturelt betinget avsky. Avsky er ikke medfødt (S. Miller, 2004). Barnet er i de første måneder beskyttet av sine omsorgspersoners oppfattelse av avsky. På den måten sikres barnet i å få i seg nok næring, fordi muligheten av matsorter er bredere (S. Miller, 2004, s. 2). Miller argumenterer for at hadde dette vært hovedformålet hadde det holdt at vi lærte oss å avstå fra visse lukter og smaker for å unngå råttene og fordervet mat.

I «Powers of horror: an essay on abjection» beskriver Julia Kristeva (1982) begrepet *abject*. Slik jeg forstår Kristeva, er *abject* en beskrivelse av frastøting av det avskyelige. Hun skriver at det avskyelige er et sted hvor mening kollapser. Hun viser til at det ikke bare er mangel på renslighet eller helse som forårsaker avsky, men inkluderer det som måtte forstyrre ens identitet, system og orden. Det som ikke respekterer grenser, posisjoner, regler og det som impliserer tvetydighet forårsaker også avsky (Kristeva, 1982). Menneskeofring, kroppslig

---

<sup>2</sup> Skygger forstår jeg her som det som ikke ligger helt tilgjengelig for oss i vår bevissthet.

sløsing, død og perversjon er aspekter ved menneskeheten som anses som usselt i samfunnet. Det foraktelige sees på som noe som truer livet selv, og må ekskluderes fra det levende subjektets plass, drives bort fra kroppen og avsettes på den andre siden av en tenkt grense som skiller jeget fra det som truer den (Andreasson & Johansson, 2019, s. 125 referer til Creed, 1993, s. 65). Andreasson og Johansson utdyper den mulige grenseoverskridelsen, som truer med å oppløse selvet og gjøre grensen mellom selvet og miljøet til noe variabelt, betinget og usikkert (Andreasson & Johansson, 2019, s. 126, refererer til Longhurst, 2001).

Våre mellommenneskelige og selvbeskyttende behov har utvidet funksjonen til avsky (S. Miller, 2004, s. 4). Avsky har, ifølge Miller, tilpasset seg en mer kompleks måte å leve på. Den har ikke bare som funksjon å beskytte oss mot inntak av farlig mat eller truende dyr, men også, som Miller påpeker, mot menneskelig adferd. Hun skriver:

*«It is the self, not the body per se, whose vulnerability to invasion and degradation is at issue when disgust arises. The self is vulnerable to agents as diverse as foodstuffs, feces, slimy messes that touch the skin, disturbing ideas and visions, immoral acts, and repellent people»(S. Miller, 2004, s. 4).*

Heinämaa(2020) skriver også om hvordan avsky vekkes av menneskelig adferd og handlinger, som kompromiss, forræderi og svik, latskap, besettelse og utspekulerte kriminelle. I Millers perspektiv beskytter og opprettholder avsky selvet (Miller, 2004 s. 5).

Susan Miller(2004) beskriver variasjoner av avsky, og mener intrikatheten og variasjonene til emosjonelle reaksjoner gjør det vanskelig å plassere dem inn i et system. Hun understreker at full avsky inkluderer både affekten avsky (emosjonen) gjennom bevissthet over hvilke følelser som dukker opp rettet mot noe, i tillegg til den faktiske handlingen; å brette seg eller å kaste opp. Andre typer, beskriver Miller videre, er typer avsky som bare gir kroppslig avstand fra det som er ekkelt, mens affekt uteblir og heller ingen bevissthet om andre følelser. Der imellom ligger også den type avsky som fører direkte til oppkast (kroppslig avsky), uten kompleks affekt, men hvor en akutt bevissthet om en sårbarhet av en eller annen art dukker opp, og en type som gir oppkast (kroppslig avsky), men ingen affekt eller bevissthet om sårbarhet (S. Miller, 2004).

Thomas Fuchs (2017, s. 2) introduserer begrepet om legemliggjort (embodied) affektivitet. der følelser ikke oppfattes som indre mentale tilstander som i bor enkelt individer.



Legemliggjort affektivitet omfatter romlige fenomener som forbinder det legemliggjorte subjektet og situasjonen med dets affektive muligheter i en sirkulær interaksjon. Emosjoner oppleves gjennom hva Thomas Fuchs (2013) kaller kroppslig resonans. Fuchs (2017) fører det videre til et begrep om legemliggjort interaffektivitet: i ethvert møte ansikt til ansikt, er hverandres subjekt kropper sammenvevd i en prosess med kroppslig resonans, koordinert interaksjon og "gjensidig inkorporering" som gir grunnlaget for en intuitiv empatisk forståelse. Det kan også gi opphav til selvoppretholdende interaksjonsmønstre som går utover adferds disposisjoner til isolerte individer. Ifølge dette konseptet kan ikke følelser primært være lokalisert i et enkelt individ, men bør snarere oppfattes som fenomener av et delt interkroppslig rom der de samhandlende partnere er involvert. Vi kan ikke oppleve emosjoner uten samtidig kjenne det kroppslig gjennom fornemmelser eller bevegelser av noen slag (Fuchs, 2013). Vi føler avsky for noe, om vi er kvalme avgjøres av typiske kroppslige fornemmelser som for eksempel, kuldegys, sammensnøring i hals/ svelg, økt spyttproduksjon i munn, og utslag i en mer motorisk retning, handlingsrettede bevegelser. Handlingene fremtrer ikke som bi- produkter, med det faktiske medium for intensjonalitet, vi kommer oss unna det som gir opplevelsen av avsky (Fuchs, 2013).

## 2.3 Fenomenologisk perspektiv

I en vitenskapelig sammenheng, handler forståelse av kropp om hvordan vi forstår virkeligheten, og fenomenet man ønske å beskrive. Pasienter med sammensatte kroppslige plager relatert til belastende livserfaringer, blir ofte misforstått i helsevesenet (Gretland, 1999). Siden biomedisinen studerer objektet kroppen og ikke etterspør subjektive erfaringer, overses dette også ofte innen klinisk medisin (Kirkengen & Næss, 2015; Rønneberg, Mjølstad, Hvas & Getz, 2022). Det subjektontologiske førsteperspektivet er like relevant i både somatikken og i psykisk helsevesen (Ekeland, 2021, s. 49).

### *Livsverden*

Kroppsphenomenologisk tilnærming tar utgangspunkt i en forståelse av at kroppen står i sentrum for erfaringer og samtidig bærer av vår historie. Maurice Merleau- Ponty blir kalt kroppens filosof, og med utgangspunkt i tenkningen om livsverden viser han til et inkarnert subjekt som i dyp samhørighet til omverdenen retter seg forstående og intensjonal mot den (Merleau-Ponty, 2012). Livsverden er et sentralt begrep i fenomenologien. Livsverden leves, erfares konkret, praktisk og mellommenneskelig der samfunnets sosiale strukturer, kulturelle

forestillinger og språket påvirker måten å erfare på (Råheim, 2003, s. 2479). Det er den hverdagslige verden som erfares som ønskes å beskrives gjennom begrepet livsverden (Merleau-Ponty, 2012). Den levde kroppen har en iboende evne til å oppfatte, skape og uttrykke mening med utgangspunkt i sansende erfaringer. Merleau-Ponty (2012) gir gjennom kroppsfenomenologi kroppen forrang i erkjennelse og erfaring.

### *Embodiment (legemliggjøring)*

Fuchs og Schlimme (2009) redegjør for hvorfor fenomenologiske og økologiske begreper om *embodiment* (heretter skriver jeg legemliggjøring i teksten) bør kombineres for å muliggjøre en ny, avansert forståelse av psykiske lidelser. Jeg tenker det vil også være gyldig for alle former for psykiske plager som forstyrrer ens væren i verden. Slik jeg forstår begrepet legemliggjøring kan det noe forenklet defineres som levd liv informert gjennom kroppslig sanseerfaringer. Begrepet innebærer alle dynamiske prosesser i organismen og integrerer alle aspekter ved det å være menneske (Fuchs & Schlimme, 2009). Legemliggjøring er handlingen av å ekspandere ens bevissthet til å inkludere kroppslige opplevelser som sensoriske, sensasjonelle, emosjonelle og fysiske opplevelser, og innlemme denne informasjonen i ens generelle oppfatning og oppførsel av seg selv, ens identitet, tro, adferd og væremåter (Fuchs & Schlimme, 2009).

I et utviklingspsykologisk og historisk perspektiv utvikles vår identitet og en følelse av et selv som en skapelse av og i subjektet, i en kulturell og sosial kontekst (Fuchs & Schlimme, 2009). Mennesket blir seg selv gjennom fortolkning av seg selv og å bli et subjekt der hovedessensen er å være et selv- ansvarlig *jeg* (Fuchs & Schlimme, 2009). Fuchs og Schlimme skriver at fra et fenomenologisk ståsted er både subjektiv opplevelse og hjerneprosesser uatskillelig knyttet til miljøet. Fra fødselen er det hovedsakelig gjennom vår kroppslige interaksjon med verden og andre mennesker at hjernen modnes og utvikler seg. Relasjonene og betydningen av dem blir sedimentert i organismen i form av nevralt kretsløp og eksitasjonsmønstre (Fuchs & Schlimme, 2009).

### *Sammenbrudd av selvet*

Den levde kroppen formidler den praktiske kunnskapen om hvordan man samhandler med andre og hvordan man forstår deres uttrykk og handlinger på bakgrunn av den vanlige situasjonen. Det gir en flytende, automatisk og kontekstsensitiv forforståelse av hverdagslige situasjoner, og forbinder dermed selvet og verden gjennom en grunnleggende vane og fortrolighet. Hvis dette legemliggjorte engasjementet i verden forstyrres, vil dette resultere i

en grunnleggende fremmedgjøring av sunn fornuft og intersubjektivitet; den grunnleggende følelsen av å være-med-andre erstattes av en følelse av løsrivelse som kan gå over i en truende fremmedgjøring (Fuchs & Schlimme, 2009). Erfaringer med opplevelser som fører til maktesløshet forstås som subjektets kamp for å bevare mening og orden, en reaksjon på total hjelpeløshet med trussel om oppløsning av ens integritet (Ekeland, 2021, s. 61). Hvis det er for smertefullt å forholde seg til ens verden, skriver Ekeland, kan en for eksempel forstå psykose som en måte å beskytte seg selv på fordi virkeligheten er for vanskelig å bære. Psykose kan forstås som et sammenbrudd av selvet og en blir en objektivert ikke-person (Ekeland, 2021, s. 61). Jeg tenker at slik kan en også forstå andre former for psykiske plager hvor en står maktesløs og hjelpeløs i en situasjon som oppleves uhåndterbar fordi den psykiske smerten blir for stor å bære.

#### *Kvalme i et kroppsfenomenologisk perspektiv*

Vi lever ikke bare i en fysisk verden; det opplevde rommet rundt oss er alltid ladet med affektive egenskaper (Fuchs, 2017). Fuchs eksemplifiserer med hvordan vi kjenner det igjen i det morsomme ved en fest, tristhet ved begravelse, det iskalde klimaet på en konferanse, den fryktinngytende auraen til en gammel katedral eller det uhyggelige i en dyster skog om natten. Slike atmosfæriske effekter fremkalles av fysiognomiske eller ekspressive egenskaper til objekter, så vel som av intermodale trekk ved persepsjon som rytme, intensitet, dynamikk, osv (Fuchs, 2017, s. 3). Ting fremstår med ulike affektive egenskaper, skriver Fuchs videre, og han beskriver hvordan ting kan fremstå for oss mennesker som "interessante", "ekspressive", 'attraktive', 'frastøtende', 'uhyggelige' og så videre (Fuchs, 2017).

Fuchs og Schlimme (2009) skriver at grunnleggende kroppslige følelser er på samme tid følelser av en kroppslig tilstand og en måte å erfare verden på. Disse kroppslige bakgrunnsfølelsene er ikke rettet mot spesifikke objekter eller situasjoner, men setter farger på og strukturerer ens opplevelse som en helhet. Med utgangspunkt i dette tenker jeg at kvalme påvirker vår oppfatning av verden rundt oss. Når vi føler oss kvalme, kan omgivelsene oppleves som mer truende eller farligere enn vanlig. Kroppens forsøk på å beskytte seg selv mot skadelige påvirkninger, kan føre til handlinger som skaper avstand, fjerner individet fra truende situasjoner eller markere grenser. Når vi går fra helse til uhelse virker det på oss som kroppslige vesen uavhengig av om plagene manifesterer som psykisk eller fysisk. Drew Leder (1990) bruker begrepet *dys-appearing* om kroppen som kommer i forgrunn og kan komme i veien for vår væren- i- verden. Med utgangspunkt i dette vil kvalme

påvirke hvordan du og jeg forholder oss til omverdenen, enten det er det kroppslige ubehaget ved kvalme i seg selv, eller om det er angsten for kvalmen som gjør at vi ikke klarer å gjøre det vi ønsker å gjøre.

Slik jeg forstår det kroppsfenomenologiske perspektiv kan kvalme betraktes som en opplevelse som utgår fra kroppen og påvirker våre bevissthetsprosesser og vår reaksjon på omgivelsene. I denne sammenheng sees kroppen som en levende organisme som kontinuerlig utfører ulike funksjoner og prosesser. Kvalmen kan være et tegn på at noe ikke fungerer som det skal i individet, men kvalme forstår jeg også som en intensjonell reaksjon på noe i omgivelsene. Dan Zahavi (2003, s. 17) skriver at vi er intensjonale subjekter som retter oss mot noe, og tar inn en virkelighet som i sin beskaffenhet fremtrer ulikt fordi vi møter den ulikt. Mer spesifikt er det det kroppslige subjektet fenomenet fremtrer for, forklarer han. Det som er interessant her er hvordan kvalme vekkes i oss av ulike ting. Hva er det som gjør at jeg blir kvalm av noe, mens du blir det av noe annet? Kanskje fenomenologien kan bidra til å belyse dette i lys av vår livsverden? Dette kommer jeg tilbake til under kapitlet som redegjør for avsky.

## **2.4 Sosiologisk perspektiv**

Fenomenologisk sosiologi har sin bakgrunn fra Edmund Husserls filosofi (Aakvaag, 2008). Husserl ville gjøre en fenomenologisk reduksjon ved å sette ett parentes rundt hverdagskunnskap, forutinntattheter og fordommer, og slik beskrive bevissthetens rene virkemåte (Aakvaag, 2008). Aakvaag (2008) skriver at sosiolog Alfred Schutz derimot, ønsket nettopp å undersøke konstitueringen av hverdagsmening, og førte prosjektet videre inn i 1960 tallet. Fenomenologisk teori er opptatt av handling i samspill med mening, med vekt på meningen (Aakvaag, 2008, s. 77). Aakvaag (2008, s. 76) skriver at det handler om hvordan subjektet konstruerer en meningsfull livsverden gjennom hverdagsverden. Fenomenologisk sosiologi er, ifølge Aakvaag, opptatt av subjektets konstruksjon av mening, og hvordan vi skaper en forståelig verden det er mulig å orientere seg i. Utgangspunktet, skriver han, er at fenomenologisk sosiologi ønsker å begrepsfeste sosialt liv, der kompetente aktører refleksivt skaper en meningsfull, sosial verden med orden.

Videre kom nye tenkere til med ønske om mer rettferdige sosiale ordninger. Blant dem den franske sosiologen Pierre Bourdieu som gjennom hans samfunnsteori ville overskride skillet mellom subjektivistisk og objektivistisk sosiologi (Aakvaag, 2008, s. 148-149).

### *Sosialt rom, sosialt felt og kapital*

Subjektivismen peker tilbake til sosialfenomenologi, med selvstendige aktør som konstruerer verden nedenfra og opp. Objektivismen viser til objektive sosiale strukturer som eksisterer uavhengig av aktør. Ifølge Aakvaag (2008) mente Bourdieu (1990) at slike strukturer styrer aktørens handling ovenfra og ned. Bourdieu ville forene viktige innsikter fra disse to tradisjonene (Aakvaag, 2008, s. 149). Aakvaag skriver at i følge Bourdieu er det den objektive sosiale sammenhengen, relasjonene og avhengighetsbånd som skal forstås, det kan vi ikke gjøre med hverdagskunnskap som er full av uklarheter og feiloppfatninger. Bourdieu kaller på et objektivistisk brudd fra hverdagskunnskapen (Aakvaag, 2008, s. 150). For å forstå slike sosiale strukturer benytter Bourdieu to begrep: sosialt rom og sosialt felt, som begge bygger på begrepet kapital (Aakvaag, 2008).

Med sosialt rom mener Bourdieu samfunnet og fordelingen av ressurser (Bourdieu, 1990). De ulike objektive posisjoner er hierarkiske ut ifra hvilke ressurser og kapital de besitter. Det sosiale rom er relasjonelt strukturert der hver enkelt posisjon defineres ut fra ens relasjoners posisjon, noe som ifølge Bourdieu er vanskelig å endre på (Aakvaag, 2008, s. 151).

Det sosiale rom består av mange ulike sosiale felt; økonomisk felt, politisk felt, vitenskapelig felt osv. Også her er posisjonene objektive, med at de eksisterer og påvirker aktørene uten at aktørene nødvendigvis er seg bevisst dette eller ikke. Posisjonene kan være urettferdig, men symbolsk makt holder orden ved at de oppståtte fenomener får bestå fordi de oppfattes som selvfølgelige og naturlige (Aakvaag, 2008, s. 158).

I dette systemet er kapital makten, kapital er ulike ressurser hver enkelt har til rådighet og som kan gi fordeler i det sosiale liv (Aakvaag, 2008, s. 152- 153). Spillet går ut på å karre til seg så mye kapital en kan for å klatre seg opp på den hierarkiske rangstigen. Det kan være penger (økonomisk kapital), men det kan også like gjerne kulturell kapital, at en mestrer den dominerende kulturelle koden i samfunnet og den tredje formen er sosial kapital; alt sosialt nettverk som kan mobiliseres ved behov (Aakvaag, 2008).

I den sosiale sammenhengen skriver Bourdieu (1984) at lignende smak, oppførsel, kvalifikasjoner osv. definerer ens posisjon i samfunnet og skaper en følelse av delt identitet slik sosial klasse gjør. I følge Bourdieu (1984) vil fornemmelsen av at ting bringes sammen i strid med den vanlige klassifiseringen, som er grunnlaget for kollektiv og individuell identitet, svare med visceral, morderisk redsel, absolutt avsky og metafysisk raseri. Slik jeg forstår Bourdieu er visceralt raseri en reaksjon på forsøk på å utfordre den inkarnerte sosiale ordenen og sosialt konstruerte prinsipper.

I et samfunnsteoretisk perspektiv er det den etiske og den estetiske smak Bourdieu (1984) er opptatt av. Smak er først og fremst avsmak, avsky og visceral intoleranse av andres smak, skriver han. Jeg forstår Bourdieus (1984) beskrivelse av avsky, som den paradoksale opplevelsen av nytelse presset frem av vold, en nytelse som vekker redsel. Denne redselen, ukjent for de som overgir seg til sensasjonen, er et resultat av fjerning av avstanden fordi det er en ambivalens i avskyens natur. En kan føle avsky, men samtidig trekkes mot det som ved noe ekkelt en ser, men klarer ikke dra øynene vekk fra det. Jeg forstår dette i sammenheng med å overgå klasseskiller. Bourdieu (1984) skriver at i møte med denne todelte utfordringen til menneskelig frihet og kultur, er avsky den ambivalente opplevelsen av den grufulle forførelsen av det avskyelige og nytelse, som reduseres til dyrlighet, kroppslighet, magen og sex, det vil si til det som er vanlig og derfor vulgært. Det fjerner enhver forskjell mellom de som motsetter seg avskyen med all kraft, og de som velter seg i det avskyelige i nytelse (Bourdieu, 1984).

Alt som kan betegnes som lettvinnt i betydninger som borgerlig etikk og estetikk, i det kulturelle (musikk, litteratur, teater og kunst) vekker følgelig avsky hos de borgerlige (Bourdieu, 1984, s. 487). Bourdieu knytter her avsky til begrepet visceral fordi det gjør en syk og kaster opp. For å forstå visceralitet i denne sammenheng trekker jeg inn Drew Leders beskrivelse av det. Leder (1990, s. 65) knytter visceralitet til automatiske og semi-automatiske prosesser i kroppens som ikke er tilgjengelig for bevisstheten, som fordøyelses- og respirasjonssystemet. Både det å brette seg og å tømme seg ukontrollert, er ubehagelige kroppslige responser som vekker bevisstheten om indre prosesser (Leder, 1990). Det som er lett i betydningen enkelt, grunt, og billig, fordi det er lett avkodet og kulturelt ukrevende i etisk eller estetisk forstand blir i følge Bourdieus teori fordømt som lav, nedverdiggende og nedsettende, og metoden for forførelse vekker avsky.

### *Habitus*

Gjennom begrepet habitus, bringer Bourdieu aktøren inn i sin samfunnsteori (Aakvaag, 2008). Ifølge Aakvaag (2008, s. 160) definerer Bourdieu (1990) begrepet som et «*integrert system av varige og kroppsliggjorte disposisjoner som regulerer hvordan vi oppfatter, vurderer og handler i den fysiske og sosiale verden*». Habitus er det sosiale inkorporert som legemliggjorte vaner (tanker, følelser og sosiale praksiser) og tilegnes av individet gjennom praktisk deltakelse i livsverdenen, gjennom interaktive opplevelser, mimetisk læring, implisitte rutiner, ritualer osv (Bourdieu, 1990). Legemliggjorte vaner som har blitt så vanlig at de er mer eller mindre automatiserte. Siden habitus er kroppsliggjort er vaner heller ikke umiddelbart tilgjengelig for bevisstheten. Det gjør at habitus både påvirker hvordan individet er til stede i verden og hvordan individer i en gruppe skiller seg fra andre grupper i samfunnet (Bourdieu, 1990).

Bourdieu (1984) skriver at tre fjerdedeler av våre verdier som ligger til grunn for hvordan vi lever og tar valg ut ifra aldri er noe annet enn kroppens primære, primitive disposisjoner, 'visceral' smak og motvilje, der gruppens mest vitale interesser er innebygd. Vår tilbøyelighet til å handle er kroppsliggjort, hvilket betyr at vi er lite bevisst vår habitus. Habitus er en del av vår identitet, og viser seg gjennom forutsigbarhet, sammenheng og regelmessighet på tvers av situasjoner og over lang tid (Bourdieu, 1990). Jeg forstår det slik at vårt grunnlag for handling og livsvalg generelt kommer fra legemliggjorte disposisjoner. Habitus blir dermed grunnlaget for sunn fornuft, nemlig som en praktisk følelse av legemliggjorte sosiale skikker og interaksjoner som utgjør det sosiale livets pre-reflekterende bakgrunn (Fuchs, 2017).

### *Habitus' handlingsmuligheter*

Habitus er det som gjør at vi som aktører kan delta sosialt, med de muligheter det gir oss til å orientere oss med en praktisk sans. Vi besitter handlingskompetanse gjennom habitus (Bourdieu, 1990). Aakvaag (2008) skriver at i Bourdieus teori kan aktørene bidra til å forme og forandre de sosiale omgivelsene, og med kollektiv handling også sosiale rom og felt. Slik jeg forstår teorien er vår praksis og virkelighetsoppfatning påvirket av alle tidlige erfaringer som kroppslige vaner, ikke alltid tilgjengelig på et høyere bevissthetsnivå, og påvirker vår måte å oppfatte, vurdere og handle på. Habitus skaper altså en stabilitet for våre handlinger over tid. Kroppen blir gjennom dette følsom for visse former for sosiale spill og gjenkjenner situasjoner emosjonelt og vekke emosjoner.

## 3 Metode, forskningstilnærming og materiale

### 3.1 Vitenskapsteoretisk forståelsesramme

Studien bygger på en fenomenologisk tilnærming. Jeg drøfter sammenhengen mellom den levde kroppen og fenomenet kvalme og adresserer verdien av å gjøre pasienters livserfaringer relevant i forståelsen av kvalme som reaksjon og hvordan det oppleves. I og med at jeg er ute etter informantens erfaringer og forståelse av et fenomen, er det naturlig å velge en kvalitativ tilnærming. Kvalitative metode er vitenskapsteoretisk forankret i fenomenologisk og hermeneutisk kunnskapstradisjon hvor mennesket forstås som helt og formet av sine erfaringer.

Fenomenologien er en filosofisk tradisjon hvor oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfarer av subjektet og påvirkes av forforståelse og hva vi velger å rette vår intensjon mot (Zahavi, 2003). For fenomenologene er vitenskap noe som utføres av noen, en teoretisk innstilling til verden med forutsetning og opprinnelse fra kulturen den formes i.

Fenomenologien forsøker å gjøre vitenskapeligheten forståelig via en detaljert analyse av de former for intensjonalitet subjektet benytter seg av. (Zahavi, 2003, s. 33). Zahavi (2019) argumenterer for en heller anvendt fenomenologi enn en filosofisk fenomenologi til forskning, der eksisterende antakelser av fenomen som del av en tatt- for- gitt- verden utfordres. Det setter forforståelsen som en forutsetning for å oppnå ny innsikt, for å unngå vanetenkning og utdype fenomenet utover fysioterapi fagets selvforståelse. I denne oppgaven knyttes fenomenologien til den måten jeg innstiller meg mot fenomenet kvalme. Zahavi (2003, s. 15) skriver:

*«Ønsker vi å fatte genstandens virkelige beskaffenhet, bør vi tværtimod interessere os for den måde, som den manifesterer og fremtræder på, det være sig i sanseerfaringen eller i de videnskabelige analyser. Genstandens virkelige beskaffenhet er ikke skjult bag fænomenet, men udfolder sig netop heri».*

Det fenomenologiske ståsted i denne oppgaven setter meg i stand til å undersøke og analysere fenomenet kvalme slik det fremtrer, erkjennes, oppleves og forstås for pasienten og for meg som forsker. Jeg ønsker å sette fenomenet i en sammenheng med informantens og hennes erfarte verden.



Det hermeneutiske perspektivet hjelper oss å forstå hvordan vi forstår og hvordan verden gir mening (Thornquist, 2018, s. 167). Hermeneutikkens domene er meningsfulle fenomener som dreier seg om all menneskelig aktivitet, og resultater eller produkter av dem. Inkludert i dette er normer, regler, verdier og forestillinger, bevisste eller ubevisste (Thornquist, 2018, s. 169-170). Thornquist (2018, s. 171 skriver:

*«Vi kommer til sakene, tekstene, handlingene, omgivelsene, situasjonene med en tankemessig og erfaringsmessig bagasje som er med å bestemme det vi forstår- og fortolker. Poenget er å erkjenne at vi aldri er forutsetningsløse; at vi alltid allerede har en forutforståelse».*

Det hermeneutiske perspektivet er i denne sammenheng knyttet til forståelse og tolkning av datamaterialet. Mitt arbeid er ikke forutsetningsløst, jeg har en faglig interesse og en forforståelse basert på teoretisk og erfaringsmessig viten som må legges til grunn for dette arbeidet. Teorien jeg har lagt til grunn i oppgavens første del, redegjør for de rammer og fortolkningsrammer jeg arbeider innenfor. På den måten synliggjør jeg for både meg og leser mine verdier, synspunkt, forståelsesgrunnlag og perspektiver som ble styrende i min tolkning og analyse av resultatet. I tillegg forsøker jeg å redegjøre for min forforståelse, og gjennom den gjøre det mest mulig tilgjengelig for leseren.

## **3.2 Forskningsdesign**

Kasusstudier studerer noe med mye informasjon med få enheter eller en enhet i en avgrenset kontekst (Flyvbjerg, 2006). Fordelen med kasusstudie er at en kommer tett på fenomenet en skal forske på (Flyvbjerg, 2006, s. 235). Den retrospektive medisinske kasuistikken kan bygge på journalnotater, men den kasuistiske formen fritar ikke forskeren fra systematisk innsamling og analyse av data (Malterud, 2017).

I denne oppgaven ønsker jeg å utforske ett enkelt kasus der kvalme belyses som fenomen med utgangspunkt i journalnotater fra fysioterapibehandlinger og to intervju. Denne oppgaven tar for seg kvalme i samhandlingssituasjoner hvor jeg er involvert, og i en kontekst av andre situasjoner fra pasientens liv fordi jeg leter etter en større kontekstuell sammenheng i hennes personlige livshistorie. Det stilles dermed store krav for min redegjørelse.

Den kasuistiske tilnærmingen stiller krav til forskeren om redegjørelse for hvilken plass den aktuelle kasus har i en større sammenheng (Malterud, 2017, refererer til Thorne, 2009). Forskeren må redegjøre for hvorfor akkurat denne historien er valgt som presentasjon og analyse (Flyvbjerg, 2006).

Robert K. Yin (2009, s. 47) skriver at én enkeltkasus kan bekrefte, utfordre eller utvide teori. Enkeltkasuser kan bli brukt til å avgjøre om et teoretisk forslag er rett, eller om en må se seg om etter andre mer relevante forklaringer. Hovedmålet for forskeren er å studere et fenomen, og kasus er utgangspunktet for det empiriske grunnlaget for å utvikle forståelse (Thagaard, 2018, s. 51). Yin (2009, s. 18) skriver: *“The case study is an empirical inquiry that investigates a contemporary phenomenon in depth and within its real life context, especially when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident.*

Kasusstudier er velegnet til å fremme ny kunnskap fordi vi kan lære noe av dem, ikke nødvendigvis fordi vi skal bevise noe (Flyvbjerg, 2006, s. 224, refererer til Eysenck, 1976). Den vitenskapelig verdi i kasusstudie ligger i å bidra inn i en kollektiv prosess av kunnskapsinnsamling innen et felt (Flyvbjerg, 2006, s. 227). Det handler om å få tilgang til erfaringer som kan føre til utvikling av nye hypoteser, begreper, forståelsesmåter og nye spørsmål (Flyvbjerg, 2006). Gjennom kasusstudier kan vi få kunnskap om et fenomen gjennom formidling av lærerike situasjonsbilder, der andre fagpersoner kan ta inn profesjonell annenhåndserfaring i sin egen forståelse. Jeg liker selv å lese kasusstudier fordi det ofte presenteres i en kontekstuell sammenheng der en kan få en annen nærhet til tema eller fenomenet gjennom gode beskrivelser belyst på en narrativ måte hvor jeg kan relatere innholdet til egne erfaringer.

Jeg mener enkeltkasus kan ha en særlig klinisk nytteverdi, fordi enkeltkasusstudier gjerne beskriver noe som skiller seg ut, noe utenom det vanlige eller ikke forventet. Forskeren må vurdere historiens gyldighet, og på hvilken måte den bidrar til innsikt utenfor seg selv (Malterud, 2017, s. 147). Denne oppgaven har ikke som mål å generalisere. Jeg støtter meg på Bent Flyvbjerg(2006, s. 228) som sier at nettopp generalisering som mål i forskning er overvurdert i utviklingen av forskning og kraften av et eksempel er undervurdert. At kunnskap ikke kan inngå i en formell generalisering betyr, ifølge Flyvbjerg, ikke at kunnskapen ikke kan inngå i den kollektive prosessen av kunnskapssamlingen innen et fagfelt eller samfunn (Flyvbjerg, 2006). En ren deskriptiv, fenomenologisk kasusstudie uten forsøk

på å generalisere kan absolutt være av verdi og har ofte vært til hjelp på veien til vitenskapelig innovasjon (Flyvbjerg, 2006, s. 227).

Det som er spesielt i denne kassstudien er at informant samtidig er en pasient som går i fysioterapibehandling hos meg. I tillegg er jeg en del av et tverrfaglig team i informantens behandlingsforløp. Det vil jeg si at jeg har en grunninnsikt om fenomenet og hennes historie. Dette kommer jeg tilbake til i 3.3, 3.4 og 3.6.

### **3.3 Datainnsamlingen**

Her beskriver jeg valg av informant og hvordan jeg har gått frem i datainnsamlingen og videre utarbeidelse av datamaterialet. Analyse beskrives underveis og i slutten av 3.3.2 og 3.3.3.

#### **3.3.1 Informant**

En tradisjonell tilnærming til en kassstudie er at en har et fenomen en ønsker å forske på, for så å finne en informant som kan gi informasjon om det (Thagaard, 2018, s. 51-52). I denne oppgaven har jeg snudd på det. Jeg fattet interesse for akkurat denne informanten fordi hun har erfaringer med kvalme og oppkast over veldig mange år, og i flere ulike situasjoner. Hun erfarer også en bedringsprosess. Tove Thagaard (2018, s. 54) hevder at et strategisk utvalg baserer seg på at vi velger informant som har egenskaper og kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen. Kjennskap til informantens situasjonsforståelse og hennes handlingsvalg er essensielt for å få den innsikt jeg søker i dette prosjektet. Dette valget gjorde jeg fordi jeg har fulgt henne over en periode på flere år. Som følge av det har jeg innsyn i hennes endringsprosess som jeg ikke ville ha hatt om jeg hadde valgt en ukjent informant.

Jeg er sikker på at informanten er trygg på meg som en fagperson og medmenneske, og at hun tror på at jeg vil henne vel. Jeg er sikker på at informanten har egenskapene og kvalifikasjon er som skal til for å gi den dype innsikten i erfaringer problemstillingen etterspør.

Å være informant krever at hun ønsker å dele og at hun klarer å huske tilbake til egne erfaringer fra perioden som oppgaven omhandler. Temaet i oppgaven er i seg selv krevende fordi det vil berøre vanskelige perioder i livet til informanten og erfaringer som jeg allerede er kjent med har vært utfordrende for henne.

En formell henvendelse med et detaljert informasjonsskriv, ble sendt til informanten per e-post av avdelingens leder i september 2021. Jeg sikret meg at hun ikke følte et press til å delta, ved å informere om at et eventuelt avslag ikke ville få betydning for verken det medisinfrie behandlingsforløpet eller videre fysioterapibehandling. Informanten fikk tid til å tenke seg nøye om, da det ikke var brått om tid, men hun takket raskt ja til å delta. Pasienten kom til innleggelse etter samtykket forelå. Jeg henvendte meg til henne i rolle som forsker, på et forhåndsavtalt tidspunkt og rom, for å gi henne muligheten til å stille spørsmål, og planlegge tidspunkt for intervju. Informanten var innforstått med, fra henvendelsen ble mottatt, at prosjektet ville pågå parallelt med vår relasjon som fysioterapeut-pasient. Hun fant ikke dette problematisk. Hun poengterte senere i samtale at vi allerede har snakket mange ganger før om temaet studien skulle undersøke.

### **3.3.2 Datamaterialet fra journalnotater**

#### *Utvelging av utdrag fra journalnotat*

Journalnotater fra fysioterapibehandlingen er en viktig del av datamateriale. Det var til hjelp for informanten i intervjuet til å huske tilbake til behandlingssituasjoner. Det var også til hjelp for meg i utarbeidelse av intervjuguide og i intervjusituasjonene. Journalnotatene bringer i tillegg mitt perspektiv, min forståelse og mine vurderinger av det som skjer i behandlingssituasjoner inn i datamaterialet på en mer utfyllende måte enn det hadde blitt gjort uten bruk av journalnotater.

Utover dette gir journalnotatene også viktige situasjonsnære beskrivelser av fenomenet jeg ønsker å forske på. Journalnotatene er ført i et annet formål enn forskning. Med det mener jeg at de er ikke skrevet med tanke på forskning, men som journalføring i journalsystemet til helseforetaket for å dokumentere pasientens behandling. I metodelitteratur betegnes denne type tekstdata som «naturally occurring data» (Thagaard, 2018, refererer til Silverman, 2014, s. 316). I dette tilfellet består rådata av 38 journalnotater i ulik størrelse. Det vil si journalnotatene fra alle fysioterapibehandlingene fra tidlig 2018 til september 2021.

Gjennomlesing og utvelgelse av utdrag var starten på analysearbeidet av data, og gikk ut på at jeg hentet ut utdrag som kunne knyttes opp mot fenomenet jeg ønsket å undersøke.

Utvelgelsen av data fra journal er gjort i perioden fra hun samtykket i september og frem til intervju 2 som foregikk i desember. Det var et omfattende arbeid, selv om det var jeg som

hadde skrevet dem. Fremgangsmåten var tidkrevende. Her var det en fordel at jeg hadde innsikt i kasus. Jeg leste gjennom journalen mange ganger for å sikre at jeg ikke utelot noe viktig.

Inklusjonskriteriene i denne delen av prosessen var bred. Jeg leita etter data som presenterte både erfaringer, tanker, betraktninger, undringer og beskrivelser av viktige hendelser som kunne gi informasjon knyttet til problemstillingen. Jeg var opptatt av at det skulle være av betydning for informanten i situasjonen den oppsto i, men også av betydning sett i sammenheng med livserfaringer og i forhold til mine vurderinger i forhold til hva jeg erfarte i behandlingen. Jeg var også opptatt av beskrivelser av den terapeutiske samhandlingen. Jeg trakk ut beskrivelser fra situasjoner der kvalme oppstår, konteksten rundt, hva skjer når hun blir kvalm, hvordan påvirker det behandlingen, hvilke tanker gjør hun seg og hvilke tanker gjør jeg meg. Jeg trekker også ut utdrag hvor kvalme kommer opp i samtale i behandlingen. Utover trakk jeg også ut utdrag som beskrev en utvikling som kunne si noe om informantens bedringsprosess. For å ivareta informantens personvern, tok jeg ikke utskrift fra journalen. Jeg var ganske mange ganger frustrert over at jeg ikke hadde beskrevet bedre når jeg fant noe som var viktig og spennende innenfor studiens tema.

Noen ganger gikk jeg tilbake for å sikre at jeg har forstått det riktig i en større sammenheng. Det var nødvendig for å sikre at jeg ikke tok utdragene ut av sin kontekst i det videre analysearbeidet. Analysen av data fra journal starter i arbeidet med utvelgelse. Jeg gjør valg av hva som er viktig i forhold til tema.

### *Transkribering av utdrag*

Jeg transkriberte utdragene i anonymisert form inn på min private datamaskin, og lagret på en kryptert minnepenn. I dette arbeidet innstilte jeg datamaskin på flymodus på grunn av datasikkerhet. Dette foregikk på et kontor på min arbeidsplass. Anonymiseringen innebar at jeg utelot alle detaljer som kunne føre til gjenkjenning. Jeg transkriberte aldri journalnotater i sin helhet. Det varierte hvor mye jeg hentet ut fra hvert enkelt journalnotat og utvelgelsen var i starten stor og omfattende. Noe av rådataen var lang og innholdsrik, mens andre var kortere og mindre detaljert. Etter hvert som analysearbeidet tok til, bearbeidet jeg datamaterialet, slik jeg også beskriver at jeg gjør med transkripsjon av intervju i 3.3.3. Det betyr at jeg noen ganger sammenfattet, og forkortet der jeg så det hensiktsmessig og det ikke gikk ut over meningsinnholdet.

### *Analyse av utdrag fra journalnotat*

Å analysere betyr å dele opp noe i mindre deler, men i praksis beveger en seg mellom det å dele opp og bryte ned (analysere) og å sette sammen (syntetisere). Målet kan være å se materialet i nye sammenhenger som ikke var åpenbart fra begynnelsen eller en kan få et blikk for motsetninger og diskontinuiteter (Brinkmann, Tanggaard & Hansen, 2012, s. 37). Som allerede nevnt, pågår analysearbeidet av datamaterialet helt fra starten. Det betyr at det fremgangsmåten jeg har beskrevet ovenfor er en del av analyseprosessen. Den videre analyseprosessen fulgte ingen fast oppskrift. Jeg sorterte dataen inn i temaer, hvor jeg rett og slett klypte ut utskrift og plasserte i temaer sammen med data fra intervju, som jeg beskriver i det neste. Noen ganger fikk data fra journal stå på egne bein, mens andre ganger utfyller eller underbygger det ting kom opp i intervju. Analysearbeidet pågikk under hele prosessen av å skrive oppgaven.

### **3.3.3 Intervjuene**

Med utgangspunkt i problemstillingen er det naturlig å benytte kvalitativt, semistrukturert dybdeintervju som metode som gjør det mulig å gå i dybden av problemstillingen og frembringe utfyllende beskrivelser for å belyse subjektive erfaringer med kvalme (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg ønsker å få frem erfaringer, skildringer og refleksjoner om viktige hendelser i informantens liv, på godt og vondt, om sykdom, kroppslige plager med prosesser etterfulgt. Jeg ønsker også å få innsikt i hennes erfaringer og refleksjoner fra fysioterapibehandlingen og den omfattende prosessen hun står i, i sin bedringsprosess.

Det er intervjueren som må vise fleksibilitet i forhold til tidspunkt og sted (Dalland, 2017). Dalland (2017) skriver at valg av sted for intervjuet kan bety mye for kvaliteten på intervjuet. Det ble gjort med hensyn til at det skulle være enkelt for informanten. Det skulle være trygge rammer og vi ikke skulle bli forstyrret. Informanten ønsket at intervjuet skulle gjennomføres hjemme hos henne. Intervju 1 ble gjennomført november 2021 og tok to timer.

Det andre intervjuet, heretter kalt intervju 2, ble gjennomført på avdelingen mens hun var til planlagt innleggelse i desember 2021. Dette varte én time. Som støtte for meg i intervjusituasjonen utarbeidet jeg en intervjuguide delt inn i temaer. En intervjuguide er et

manuskript som er ment til å strukturere intervjuforløpet mer eller mindre stramt ved hjelp av temaer eller spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 162). Informanten fikk tilsendt intervjuguiden noen dager før intervjuet.

Forskning bør komme pasienten til gode og ikke være en større belastning enn pasienten kan tåle (Kvale & Brinkmann, 2015). Det var krevende for henne å gjennomføre intervjuene. Hun forteller om hendelser og erfaringer som har vært vanskelig å ta inn over seg, og som hun gradvis hadde begynt å se i en større sammenheng. Vi var begge forberedt på det gjennom samtaler i forkant om at hun kunne komme til få reaksjoner under eller etter intervju. Hun har i etterkant delt sine erfaringer knyttet til pågående tverrfaglig medisinfritt behandlingsforløp på andre arenaer.

I intervju bruker forskeren seg selv som instrument. Gjennom implisitt kroppslig og emosjonell forståelsesmåte får forskeren unik tilgang til informantens livsverden. Disse relasjonelle og tause aspektene, som for eksempel evnen til å lytte, kan være vanskelig å verbalisere (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 86). Kvalifikasjoner som intervjuer er av betydning for empirien og vil være avhengig av intervjuerens sosiale ferdigheter, altså hvordan skape god kontakt, tillate pauser, og underveis vurdere hvilke spørsmål en kan stille (Thagaard, 2018, s. 94). Min praktiske opplæring som intervjuer har jeg fra ulike arenaer. Jeg har gjennomført en oppgave i forbindelse med grunnutdanning i fysioterapi hvor jeg gjennomførte tre dybdeintervju, i tillegg til to prøveintervju. Samtaler i behandlingssituasjoner, deltakelse i nettverksmøter og andre behandlingssamtaler hvor jeg har lyttet til andres tilnærminger har gitt meg verdifull læring.

I intervjusituasjonen var jeg opptatt av tilstedeværende og å finne egen ro. På den måten forsøkte jeg å ikke påvirke informanten med egen nervøsitet som naturligvis var til stede. Før intervjuet startet, gjorde jeg situasjonen så forutsigbar som mulig, ved å avtale hvor lenge vi skulle holde på, og når vi skulle ta pause. Hvis hun kjente behov for flere pauser skulle hun sier ifra, det gjorde hun en gang i intervju 2. I samtalen var jeg oppmerksom på henne og det hun fortalte. Ved å være både kroppslig rettet mot henne med blikket, kroppsspråk og ved å gi bekræftende tilbakemeldinger viste jeg at jeg lyttet til det hun forteller. Når hun stoppertopp gav jeg rom for at hun kunne fortsette hvis det var uklart for meg om hun er ferdig med sine resonnement. Jeg stilte oppfølgingsspørsmål til det hun fortalte og sjekket at jeg forsto henne ved å gjenta med egne ord. Informanten er glad i humor, og hun brukte humor og ironi i intervjusituasjonen slik at det blir en del latter som i seg selv både er løsgjørende, og en måte

å måle «temperaturen» på situasjonen på. Naturligvis er situasjonens natur med å sette en farge på samtalen, det gir en noe mer formell samtale enn det vi begge kanskje ville kjent på om det ikke var snakk om et forskningsprosjekt. Det er ifølge Kvale og Brinkmann (2015) to trinn hvor viktig informasjon går tapt. Det første er i overføringen fra en fysisk tilstedeværende samtale mellom informant og meg til et lydopptak. Kroppsspråk, holdning, blikk som blir sendt og gester går tapt i lydopptak uten bilde. Det neste er det jeg beskriver videre under, fra tale til skrift. I denne abstraksjonen går stemmeleie, intonasjon og åndedrett tapt.

### *Transkribering av intervjuene*

Jeg har transkribert og analysert materialet fra begge dybdeintervjuene. Intervjuer ble tatt opp på lydbånd og transkribert like i etterkant. Jeg lyttet gjennom begge intervju før jeg startet arbeide med å skrive det ned. Transkripsjon ble på henholdsvis 34 side (Intervju 1) og 18 sider (Intervju 2).

I transkripsjon av begge intervju skrev jeg ordrett ned alt som ble sagt, også fyllord. Pauser ble markert med .... Jeg skrev på normalspråk for å gjøre det mindre gjenkjennbart og mer lesbart. I neste omgang laget jeg et nytt dokument som jeg kopierte inn intervjuene i, og gjorde det mer leservennlig. Jeg tok vekk fyllord som ikke er viktig for meningsinnholdet, og jeg kortet ned hele sitater der hun for eksempel startet med å si noe, for så å ordlegge seg annerledes. Pausene ble fortsatt markert med .... I denne delen av prosessen er jeg opptatt av å beholde meningsinnhold og hennes personlige uttrykk i det sagte. I et tredje trinn koblet jeg sammen sitater hvor hun snakker om det samme. Nå er jeg kommet dit at temaer kommer frem i materialet. I prosessen pågår analysen samtidig ved at jeg har min forståelse og mitt perspektiv med inn i lyttingen, transkriberingen og videre bearbeidelse og tematisering. Slik Kvale og Brinkmann (2015, s. 204) skriver, går materialet fra å være en samtale mellom to personer, der begge er med å påvirke med sin fysiske tilstedeværelse, til å bli abstrahert og fiksert i skriftlig form. Det er tidkrevende og setter krav til konsentrasjonsevne å lytte, spole tilbake, lytte og skrive i timevis: i praksis oversetter jeg en muntlig narrativ til skriftlig narrativ. Et eksempel er informantens humor, den er noen ganger intern, dermed vanskelig å sette i kontekst for andre enn oss to. Et annet eksempel er det usagte i halvferdige setninger, det jeg i intervjusituasjonen skjønner, fremstår usammenhengende i det transkriberte materialet. Det løser jeg i enkelte tilfeller ved å skrive forklaringer inn i parenteser og henviser til at det er mine merknader.



### *Analyse av intervjudata*

Jeg leste intervjuene i sin helhet flere ganger for å få et helhetsinntrykk og for å være sikker på at det skriftlige ikke hadde mistet noe av det jeg husket fra intervjusituasjonen, gjennom denne delen av analyseprosessen. Å lese teksten flere ganger er også viktig for å få en fortrolighet med datamaterialet (Thagaard, 2018, s. 152). I denne prosessen oppstår nye meningsdannelser om hva som trer frem som meningsfullt og viktig i materialet. Det gir oss muligheten til å legge merke til nye sider eller mønstre i materialet (Thagaard, 2018, s. 152). Jeg benyttet personsentrert tilnærming. I denne tilnærmingen er oppmerksomheten rettet mot informant (Thagaard, 2018). Jeg hentet ut sitater og plasserte de under begreper som var beskrivende for meningsinnhold. Thagaard kaller dette for koding og omfatter refleksjoner over sammenhengen mellom kodene. Det hjalp meg å få en oversikt over sentrale temaer i materialet. Videre ble disse kategorisert/ tematisert inn i fire hovedtemaer, med noen undertemaer.

## **3.4 Etiske vurderinger**

### **3.4.1 Forskning på sårbar gruppe**

Et etisk aspekt ved å gjøre et kvalitativt kasus studie innenfor et fagfelt der mennesker betegnes som alvorlig syke er at de regnes for å være en sårbar gruppe. Thagaard (2018, s. 60-61) spør seg om det å bli studert av en forsker kan innebære ytterligere belastning, og trekker frem hvorvidt informanten blir møtt med forståelse eller ikke er avgjørende for om forskningen oppleves støttende og ikke forsterkende av en allerede utfordrende situasjon.

Det er viktig for meg å veie nytteverdi kontra skadepotensiale, gjennom hele prosessen. Det gjelder fra jeg henvender meg til informanten med forespørsel om hun vil dele sine erfaringer, i forberedelsen til datainnsamlingen, selve gjennomføringen av intervju og arbeidet med datamaterialet. Jeg er nøye med å informere om hva forskningen kan innebære for informanten i dette prosjektet. I prosessen med å jobbe frem tema og problemstillingen tenker jeg nøye gjennom om informanten vil kunne si noe om det jeg vil undersøke, slik at pasienten ikke sitter med en følelse av å ikke forstå hva jeg spør etter eller av å ikke kunne svare. Prosjektet stiller krav til at hun har innsikt og evne til å reflektere over fenomenet.

I denne kasus ser jeg en fordel med nærheten jeg har til både forskningsfeltet og informanten. Vår relasjon som pasient- behandler er for en periode skiftet til rollene som informant-forsker. Relasjonen som pasient- behandler er et utgangspunkt som jeg nyttiggjør meg av i forberedelsen og gjennomføringen av datainnsamlingen, og i det videre analysearbeidet. Relasjonen har pågått jevnlig over noen år og jeg tenker det lettet forberedelsen i forhold til hva jeg kunne stille spørsmål om. Det gir meg en fordel med tanke på oppfølgingsspørsmål fordi jeg kan huske ting hun ikke bringer frem.

Jeg forholder meg til de etiske prinsippene for forskning (NESH, 2021). Jeg ivaretar hennes personvern gjennom et hovedfokus på kvalme som fenomen, og ved å benytte korte utdrag fra behandlingsjournal, korte sitat fra intervju, og anonymisering av informant så langt jeg har funnet det hensiktsmessig å gjøre, uten å miste viktig bakgrunnsinformasjon. Selv om informanten er anonymisert, så kan detaljer som kommer frem i dataen kunne gjenkjennes av hjelpere som har jobbet tettest på henne i behandlingsforløpet ved avdelingen.

### **3.4.2 Verdifull erfaringskunnskap**

Min erfaring er at menneskene jeg møter, som opplever sykdom og helseplager, ofte er positiv for muligheten til å bidra til kunnskapsutvikling eller -deling. Det tror jeg kommer av at det føles nyttig og meningsfylt å bidra med sin erfaringskunnskap og kanskje få være med å skape nødvendige endringer i behandlingen i fremtiden, eller løfte frem det som har vært viktig og kanskje avgjørende for deres bedringsprosess. Å delta i forskning kan gi noe tilbake til informant ved at de utvikler en ny eller bredere forståelse av sin situasjon (Thagaard, 2018, s. 64, refererer til Gobo og Marciniak, 2016, s. 12). Informanten i denne oppgaven har bidratt med sin erfaringskompetanse ved å formidle sin historie i flere andre sammenhenger.

### **3.4.3 Forsker og behandler**

Tove Thagaard (2018, s. 104) skriver at interaksjonen mellom forsker og informant preges av begges subjektive trekk, og at det ikke foreligger klare kriterier for å vurdere betydningen av subjektive forhold. I et interaksjonistisk perspektiv er samarbeidet mellom forsker og deltaker i feltet vektlagt som betydning for den kunnskap prosjektet kommer frem til. Thagaard (2018) argumentere for at ved å forske innenfor et miljø en kjenner godt, reduseres en mulig sosial

avstand, og det kan bidra til å styrke tillitsforholdet mellom forsker og informant. Samtidig er forskerens faglige plattform grunnlag for distanse, fordi vi til en viss grad skal vurdere fenomenet utenfra (Thagaard, 2018).

Det gikk en tid fra informanten takket ja til å delta frem til intervjuene ble gjennomført. Hun hadde én innleggelse hvor hun fikk fysioterapi behandling i denne «vente» perioden. Jeg spurte henne om hun opplevde det som vanskelig på noe vis å stå i denne dobbeltrollen, noe hun avviste. Prosjektets gang ble ikke løftet opp som tema etter dette av informanten. Jeg tror det er av betydning at det som kom frem i intervjuene var erfaringer som vi allerede i hadde snakket om i flere av våre samtaler, både i fysioterapi behandling og i andre møtepunkt med resten av behandlingsteamet på avdelingen, og i nettverksmøter.

På forhånd satte jeg en tidsbegrenset periode fra når jeg skulle samle inn data fra. Perioden er fra behandlingens start februar 2018 frem til september 2021. Perioden mellom intervjuene sammenfalt med en periode hun var hjemme, slik at da hadde vi ikke behandling. Arbeidet med å utvikle data fra journalnotater gikk over en lengre periode. Selv om jeg ikke forsker på fysioterapi behandlingen som har funnet sted etter datainnsamlingen, tror jeg det har påvirket meg ved at jeg har blitt mer oppmerksom på reaksjoner og hvordan jeg møter pasienter på dette (ikke bare denne pasienten, og ikke bare i fysioterapibehandlingen). I tillegg har jeg blitt mer bevisst på hvordan jeg journalfører, som et resultat av å ha gått gjennom mine egne notater og sett hva som skulle vært mer synliggjort, hvordan jeg beskriver, og hvordan jeg fremtrer i journal (økt bevissthet mot samhandlingen). Slik sett har forskningen vært med på å påvirke refleksjoner og vurderinger i andre behandlingsprosesser. Jeg skriver også noen betraktninger knyttet til denne doble rollen under 3.4.3.

#### **3.4.4 Behandling av pasient- og personopplysninger**

Prosjektet behandler personopplysninger gjennom lydopptak, transkribert intervju og journalutdrag. Prosjektet ble meldt til, og godkjent av NSD og personvernombudet i helseforetaket avdelingen er under. Interne retningslinjer ved behandlingsansvarlig institusjon er fulgt og materialet er behandlet iht. lov om personvern. Pasientopplysninger er behandlet med taushetsplikt iht. Lov om helsepersonell og Lov om pasientrettigheter. Skriftlige notater er anonymisert og lagret på forskningsserver under tilgang fra UIT hvor også lydfilene ble

lagret umiddelbart etter lydopptak fra diktafon app. Informantens autonomi er ivaretatt gjennom informert samtykke i tråd med NSDs retningslinjer.

### 3.5 Metodekritikk

Noe av kritikken mot kasusstudier er at metoden er mangelfull på grunn av systematikk i datainnsamlingen og dermed gir skjevhet, eller i verste fall bekrefter allerede forutinntatte oppfatning hos forskeren, slik at påliteligheten blir lav (Flyvbjerg, 2006, s. 234).

Det er svært viktig at jeg som forsker er transparent og gir en kritisk vurdering av hva jeg har gjort (Thagaard, 2018). Jeg har etterstrebet å gi en gjennomsiiktig og detaljert beskrivelse hvordan denne oppgaven har blitt til, slik at det kommer frem at forskningen er gjort på en troverdig måte. Som følge av at jeg bruker journalnotater jeg selv har skrevet som data, gjør at det blir ekstra viktig å holde tunga rett i munnen.

Jeg vil trekke frem at å bruke en informant jeg har innsikt om også gir meg fordeler. Jeg har en oversikt over empiri fra journalnotater fordi det er jeg som har skrevet det. Det sparte meg mye tid når jeg skulle lete frem og tilbake, fordi jeg til en viss grad kunne huske perioder hvor spesifikke ting kom frem. Journalnotater kan jo ofte være skrevet i en travel arbeidshverdag, men fordi det var jeg som hadde skrevet notatene, ut ifra situasjoner jeg selv hadde deltatt i, unngikk jeg å mistolke eller misforstå. Jeg vet hvilken mening som ligger i det skrevne ord, fordi jeg også har et kroppslig minne av det hele.

Av samme grunn beskrevet ovenfor måtte jeg være meg selv veldig bevisst i analyseprosessen. Med et mener jeg at informantens prosess har jo ikke stoppet opp. Det er 1,5 år siden jeg gjorde datainnsamlingen og mye har hendt siden da. Jeg har i arbeidet med denne studien måtte være til stede i det datamaterialet jeg hadde å jobbe med, og ikke tenke på informanten i dag. Jeg opplevde at jo lengre jeg jobbet med materialet og jo dypere jeg kom inn i teorien jeg bruker, jo enklere ble det og holde «personen» utenfor. Gjennom arbeidet med resultat og drøftingen fremtrådte informanten for meg kasus Trude og ikke slik hun er i dag. Det gav meg en forskermessig avstand som jeg trengte. Tiden som har gått har også bidratt.

### *Dobbeltrolle*

I dette prosjektet har jeg to roller, forsker og fysioterapeut. Det får frem etiske problemstillinger. Vi har en pasient- terapeut relasjon i perioden journalnotater er hentet fra, når informanten ble forespurt, under gjennomføring av datainnsamlingen og analysearbeidet. Vår relasjon er fremdeles pågående. Vi hadde med andre ord en dobbeltrolle, begge to. Denne spesielle nærheten til det som skal studeres har vært løftet frem gjennom hele prosessen, av veileder, gjennom søknad til NSD, personvernombud og gjennom forberedelse, gjennomføring og i arbeid med oppgaven. Jeg har funnet lite metodelitteratur som tar for seg en slik problemstilling. Jeg må ha en bevissthet om å tre ut av forsker rollen i behandlingsforløpet med pasienten. Jeg erfarer at det i det kliniske arbeidet ikke oppleves vanskelig for meg å skille rollene som forsker og behandler. På samme vis som jeg beskriver ovenfor virket denne forskermessige avstanden motsatt vei også. I det kliniske møtet med informant, eller i andre sammenhenger på avdelingen har ikke studien kommet opp som tema.

## **4 Resultat**

I dette kapittelet presenteres resultatet i temaene «Kvalme i behandling», «Trudes tanker om kvalmerekasjon i behandling», «Kvalme i hverdagen», og «Kroppslig innsikt». Temaene presenteres i første og andre fortolkningsgrad. Første fortolkningsgrad er presentasjon av resultat. I andre fortolkningsgrad legger jeg til min tolkning og forståelse av det presenterte og med synliggjøre hva jeg tenker er viktige funn som jeg tar med videre til diskusjonskapitlet.

Jeg starter med en presentasjon av Trudes bakgrunnshistorie og starten av forløpet av fysioterapibehandlingen, slik at leser kan forstå utdrag og sitater senere presentert i en sammenheng med helheten. Informasjon fra bakgrunnshistorien som presenteres er hentet fra begge intervju og journalnotater.

## 4.1 Beskrivelse av informant.

Trude, (fiktivt navn) er en kvinne i 40 årene. Hun er gift og har en sønn og ett fosterbarn. Trude forteller i intervju 1 om tiden fra barna var små. Hun jobbet, og var aktiv i hverdagen og engasjert i lokalmiljøet.

Trude forteller at å være fostermor viser seg å være svært krevende. Det blir stadig vanskeligere, men hun har ingen tidligere erfaring av det kan bli for mye for henne, og tror det bidrar til at hun ikke kjenner sine egne grenser. Hun opplever at hun på et tidspunkt ikke sover i det hele tatt. Gradvis får hun alvorlige psykiske plager. Hun forteller i intervjuet om mange og lange innleggelser i psykisk helsevern på grunn av depresjon, mani og psykose. Trude prøver ulike medisiner, til slutt får hun Leponex som gjør at hun går fra å ikke sove i det hele tatt til å sove opp mot 20 timer i døgnet, hun sier hun «flater ut». Leponex tar hun høy dose av i mange år. Hun beskriver at de få timene hun er på jobb sitter hun bare på en stol uten å gjøre noe. Hun er avflatet. De få timene hun klarer å være våken plasserer hun strategisk i tiden fra sønnen kommer hjem fra skolen til han legger seg.

Trude legger hurtig på seg 30 kg de første månedene hun tar Leponex. Det er tungt å bevege seg. Hun går fra å være en aktiv dame som liker å gå fjellturer, til å være i svært dårlig fysisk og psykisk form. Hun beskriver at det å ikke klare å gjøre noe i hverdagen endrer synet på seg selv, hun får dårlig selvtillit, føler seg til bry og hun kjenner seg ekkel i kroppen.

Trude søker seg til medisinfritt behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten, med ønske og håp om å få en mer meningsfull hverdag, uten eller med mindre medisin (Leponex). Trude starter behandlingsforløpet januar 2018. Hun har rundt tjue frivillige, jevnlig og planlagte innleggelser med inntil tre ukers varighet, i løpet av de tre årene studien omfatter. Samtidig som hun trapper ned på Leponex deltar hun aktivt i recovery-, relasjons- og nettverksbasert behandling, deltar på fysisk aktivitet i gruppe og går i individuell fysioterapi med meg. Hun jobber videre med sin prosess i nettverket sitt når hun er hjemme. I løpet av 2018 og frem til september 2019 har vi 16 fysioterapibehandlinger. Fra jeg starter på videreutdanning 2019 og frem august 2021 har vi 22 behandlinger. Til sammen 38 behandlinger, 1 gang i uken i de ukene hun er innlagt.

I journalnotat fra første fysioterapi behandling (februar 2018) skriver jeg at bakgrunnen til forespørsel om fysioterapi er Trudes tilbakevendende hoste. Hovedfunn fra denne kroppsundersøkelsen er redusert bevegelse i skuldre og øvre del toraks, i slik grad at hun ikke får til å strekke armer over hodet. Selv det å holde armer mot vegg foran seg opplevdes altfor tungt. Tiden frem til juni 2018 er fokus spesifikt rettet mot å undersøke endringsmuligheter i skulderbevegelser, og bevegelse i øvre toraks. Hun får veiledning i bevegelser som er rettet mot å øke kontakt med aktuell muskulatur, med en progredierende tilnærming. I tillegg understøtter og oppmuntrer hele hennes team hennes ønske om å komme i bedre fysisk form gjennom daglige gåturer og tilrettelagt styrketrening i gruppe under innleggelses. Når hun er hjemme, fortsetter hun med bevegelser og gåturer. Hun tar selv kontakt med lokal fysioterapeut hjemme for støtte til å jobbe med bevegelser det første året. Trude får gradvis bedre arm funksjon og hosten er mindre plagsomt mot våren 2018. Hovedfokus videre i behandlingene frem til våren er kroppskontakt gjennom aktive og passive bevegelser.

Det som spesielt fanger min interesse i behandlingsforløpet med Trude er hvordan hun stadig reagerer med å bli kvalm i behandlingen, og at hun flere ganger forteller om at hun ofte blir kvalm og kaster opp også utenom behandling.

Høsten 2019 startet jeg på mitt masterforløp i psykomotorisk fysioterapi.

Fysioterapibehandlingen med pasienten i denne kasusstudien gikk dermed gradvis over til å følge psykomotoriske prinsipper.

## **4.2 Kvalme i behandling**

Her vil jeg presentere de tre behandlingssituasjonene der Trude opplever kvalmereaksjoner.

### **4.2.1 Første gang Trude blir kvalm i behandling**

#### *Første fortolkningsnivå*

I journalnotat fra kroppsundersøkelsen 7.6.18, er hovedfunn at Trudes holdning er aktivt sammensunket i brystrygg og midt torakalt, kurvatur i korsrygg er avflatet og hun holder setet opp under seg med et aktivt knip. Tyngdelinjen er forskjøvet bakover, hun står på hælene. Hun har innover roterte og armer som hun holder foran tyngdelinjen og hodet holder hun foran tyngdelinjen med kneklordose i nakke. Jeg skriver at selv om hun siden starten av året

har oppnådd bedring i skulderfunksjon, er bevegelse fortsatt redusert i begge skuldre. Hun er palpasjonsømt i store deler av kroppen, men opplever ikke smerteplage i hverdagen foruten noe smerter i korsrygg som hun hadde hatt i større eller mindre grad over flere år.

Trude veksler mellom å bremse og å hjelpe til i bevegelser initiert av meg, men hun kjenner ikke hva hun gjør selv. Hun svarer ofte «vet ikke» på spørsmål om hva hun selv legger merke til. Respirasjonsbevegelse skjer i all hovedsak i toraks. Når hun skyver underkjeve frem, får hun et lite respirasjonssvar med dypere inn pust. I samme undersøkelsesnotatet fra 7.6.18 beskriver jeg første gangen Trude blir kvalm i behandlingssituasjon. Dette er et utdrag fra når jeg undersøker Trudes fleksibilitet gjennom hvordan hun lar seg bevege:

*«Jeg gir Trude et skyv mot korsrygg, hun blir kvalm i det jeg slipper opp skyvet. Hun legger seg i sideliggende på benk på eget initiativ, med knær lett trukket opp og puster rolig, rytmisk og dypere. Nå slipper hun pusten helt ned i magen. Hun sier kvalmen går over. Trude sier hun alltid må legge seg litt etter morgenstell på grunn av kvalme, men blir overrasket av kvalme i undersøkelsen, fordi det er sent på morgenen. På spørsmål om hun legger merke til noe annet sier hun at hun ikke ser sammenheng mellom undersøkelse og kvalme».*

Videre skriver jeg at Trude opplever å ha redusert kroppskontakt. Hun er motivert for fysioterapi og ønsker å fortsette kroppundersøkelsen en annen dag. Endring i respirasjon i ulike stillinger viser noe omstillingsevne. Jeg skriver at hun setter ord på kroppslige fornemmelser som uro og kroppsholdning og jeg forstår det som kroppslige ressurser.

## **På utrygg grunn**

### *Andre fortolkningsnivå*

I utdraget beskriver jeg første gang Trude blir kvalm i behandling. Jeg ser i holdningsanalysen og delundersøkelser at hun står med vekten bakpå hæl. For å ikke falle bakover og for å kunne bruke blikket hensiktsmessig trekker hun armer fremover og hodet trekkes frem som gir ekstensjon i nakke. Hun får respirasjonssvar med dypere inn pust når hun skyver underkjeve frem. Respirasjon er i følge PMF ansett å ha en vital rolle i å regulere sine emosjoner og minner, og er derfor i fokus i undersøkelse og behandling (Ekerholt & Gretland, 2018). Spenninger og bremset pust kan, skriver Ekerholt og Gretland, i mange tilfeller være en kroppslig beskyttelsesmekanisme for personens emosjoner. Jeg vurderer at det at Trude



slipper pusten til i bevegelsen av å skyve kjeve frem, kan det være knyttet til at hun i utgangspunkt strammer kjeven, biter tennene sammen. I det hun skyver underkjeve frem et øyeblikk for så å slippe opp, kan noe av spenningen slippe taket, og pusten slipper bedre til.

I behandlingssekvensen gir jeg Trude et skyv mot korsrygg. Trude sier hun blir kvalm når jeg slipper opp. Med skyvet fører jeg henne ut av vanestilling. Ut ifra denne delundersøkelsen kan jeg tolke at Trude har vanskelig for å la seg bevege av meg. Jeg forstår kvalmereaksjon som motstand på tilpasningen, i bevegelsen jeg leder henne inn i. Å reagere med å bli kvalm fremstår som en kjent reaksjon for Trude, men hun blir overrasket over at det kommer på denne tiden av døgnet. Det kom i en annen situasjon enn hun var vant med. Hun tar selv initiativ til stillingsendring og å bruke pust for å lette ubehaget kvalmen gir.

Det fremstår som at stillingsendringen til sideliggende med beina trukket opp og å trekke pusten dypere bidrar til at kvalmen går over. Trude visste hva hun skulle gjøre for å slippe ubehaget. Det tolker jeg som at hun erfarer med nettopp den stillingen som god og trygg. Når hun legger seg i denne stillingen og slipper pusten til er det grunn til å anta at hun gir etter for tyngdekraften og slipper noe av den muskelaktivitet som jeg ser i stående. Jeg beskriver at hun får et respirasjonssvar i det hun selv inntar den stilling som hun spontant kjenner er bra, hun slipper pusten mer til. Jeg tolker det dit hen at det er sammenheng mellom hvordan hun både slipper opp i muskulære spenninger og slipper pusten samtidig. Det virker som pust og muskelspenninger påvirker hverandre her. Trude viser i denne situasjonen en evne til å kjenne hva hun trenger og gjør det hun har behov for slik at kvalmen går over, selv om hun ikke har noen tanker om hva som utløste reaksjonen.

#### **4.2.2 Andre gang Trude blir kvalm i behandling**

##### *Første fortolkningsnivå*

I journalnotater fra det neste året beskriver jeg fokus på tilstedeværelse, å gjenkjenne og erfare behag/ubehag, kontakt med muskulatur rundt skulder bue og øvre del toraks, fremside og bakside bein og setet gjennom massasje, egenbevegelser, kraftregulering og veksling mellom aktivering og slipp. Jeg beskriver i journalnotater at Trude forteller om positive kroppslige erfaringer. Hun kommer gradvis aktivitet, med daglige gåturer og styrketrening.

I journalnotatene 6.6.19 beskriver jeg at Trude jobber med kontaktøvelse i stående. Jeg skriver at jeg ser muskelaktivitet i setet og fremside lår. Trude kjenner selv at hun står med vekten på hæler. Hun kan kjenne at hvordan hun spenner lår, setet og mage forandrer seg ut ifra hvordan hun flytter på tyngdepunktet. Vi jobber med at Trude skal stramme og slippe fremside lår, samt gradere aktivering i fremside lår, i både stående og sittende. Bevegelsen er enklere for henne i sittende, i stående blir bevegelser mer krevende. Hun får det bedre til med høyre kne når jeg hjelper henne ved å gripe om muskelen og slik sett tydeliggjør den. I utdraget fra juni 2019 står det fra denne situasjonen:

*«Hun sier hun ikke skjønner hvordan hun skal få det til på venstre side og hun blir kvalm. Trude setter seg på benken og sier hun trenger å sitte i et par minutter. Kvalmen går over. Jeg spør om hun har noen tanker omkring hva som gjorde henne kvalm, om det var noe annet ubehag knyttet til denne bevegelsen. Hun synes det er rart at å jobbe med knær kan gjøre henne kvalm, hun ble ikke oppmerksom på noe annet enn den plutselige kvalmen».*

Jeg skriver videre at kvalmen går raskt over og at vi går over til å jobbe med passiv mobilisering av rygg, segment vis, i mageliggende.

## **Å ikke få til**

### *Andre fortolkningsnivå*

I journalnotatene kommer det frem at Trude gjør seg gode kroppslige erfaringer og opplever å være i bedre fysisk form enn tidligere. Fra behandlingssituasjonen beskriver jeg at Trude skal stramme og slippe kne. Hun må altså slippe opp spenningen i lår for å slippe kneskål, og strekke kne for å stramme opp. Når hun skal gjøre denne bevegelsen i stående, krever det mer stabilitet, balanse og fleksibilitet av henne. Trude sier det er uforståelig for henne hvordan hun skal gjøre bevegelsen med å løfte og slippe kneskål når hun står oppreist, særlig venstre er vanskelig for henne å få tak. Hun prøver, så blir hun kvalm. Det kan virke som om hun reagerer med å bli kvalm når bevegelsen vi jobber med er uforståelig for henne og hun ikke får det til. I denne situasjonen tar hun igjen initiativ til å finne måter å få kvalmen til å gå over på, og hun virker umiddelbart å vite hva hun skal gjøre. Hun setter seg på benken og blir sittende noen minutter. Denne gangen er det nok at hun setter seg litt ned for at kvalmen skal gå over, mens for et år siden måtte hun legge seg i fosterstilling for å oppnå det samme. Det

kan altså virke som hun trenger mindre støtte fra underlaget denne gangen, sammenlignet med forrige gang, for at reaksjonen skal gå over.

Gjennom å trekke frem at det er rart å bli kvalm av å jobbe med strekk og slipp av knær knytter Trude kvalmen til den konkrete bevegelsen vi jobber med.

### **4.2.3 Tredje gang Trude blir kvalm i behandling**

#### *Første fortolkningsnivå*

I journalnotat fra 31.10.20 skriver jeg at Trude har gradvis hatt det tyngre de siste tre uken. Det er mange gamle ting som dukker opp igjen og bringer frem sterk skamfølelse hos Trude. Hun beskriver at hun for tiden blir svett og varm, trang i pusten og kjenner en form for kvalme som ikke gir en trang til å kaste opp. Hun har holdt inne sterke ubehagelige følelser, som hun ikke har gitt uttrykk for, men heller forsøkt å skyve bort. Hun er overrasket over hvor fort ting har gått nedover kroppslig de siste tre ukene. I behandlingen kjenner jeg at hun har spenninger i bindevev bak høyre overarm, og over brystkasse. Selv lette strykninger er så øm at hun gir uttrykk for dette med sukk og stønn, grimaser og bevegelser av føtter. I journalnotatet refererer jeg tilbake til for ett år siden, hvor dette ofte ble forverret ved lett palpasjon, det blir det ikke i dag. Spenningen slipper, slik at jeg gradvis kan massere litt dypere.

Fem dager senere har vi ny behandling. Etter å ha jobbet med å legge merke til kroppen i stående gjennom bevegelser, legger Trude seg på benken på rygg. Jeg justerer henne med mine hender for at hun skal slippe seg ned på benken, i lengde og bredde. Jeg skriver i journalnotatet 31.10.20:

*«Jeg flytter meg opp til hodeenden og gjør justeringer i nakke ved å dra lett i nakke. Hun blir akutt kvalm. Det går ikke over, hun legger seg på siden og vi avslutter. Hun kaster ikke opp, men går og hviler i sengen 1,5 timer. Trude føler seg bedre etter dette. Jeg vurderer at det kanskje var spenninger som ble påvirket, som bidro til at hun ble kvalm. Sist gang ble hun lett svimmel når jeg jobbet lett med nakke.»*

## **Å gi seg hen til tyngdekraft og meg**

### *Andre fortolkningsnivå*

Trude knytter kroppslige opplevelser til skam, som hun har forsøkt å fortrenge de siste tre ukene. Det snører seg i halsen, hun har trangt for å puste, hun blir varm, svett og kvalm. Hun opplever at det har ført til et kroppslig forfall. Kroppslig funn som spenhet i hud over brystkasse og armer er merkbart for meg gjennom berøring. Vevet og brystkasse og armer lar seg påvirke i større grad nå enn for ett år siden. Det kan bety at belastningen ikke har vært langvarig, og understøtter Trudes beskrivelse av en avgrenset periode som har vært vanskelig.

Fra behandlingen uken etter beskriver jeg at hun jobber med å gi etter for tyngdekraften i ryggliggende. Det krever at hun klarer å kjenne etter og legge merke til hvor hun eventuelt holder igjen, og så slippe spenninger. Jeg sitter i hodeenden og er med det fysisk nær. Jeg gir ett lett drag i nakken hennes for å utforske om hun kan gi etter for mitt drag og la nakke og halsmuskulatur forlenges. Når jeg gjør det, blir Trude kvalm. Denne gangen virker det som kvalmereaksjonen kommer kraftigere enn tidligere, og hun virker ikke å ha samme umiddelbare respons for å få den til å gå over som hun har hatt tidligere. Kvalmen går ikke over selv om hun legger seg over på siden, og det blir nødvendig å avslutte behandlingen slik at hun får hvile 1,5 time før kvalmen går over. Gjennom dette fremstår kvalmereaksjonen både kraftigere og mer inngripende, sammenlignet med de andre situasjonene. I situasjonen forstår jeg reaksjonen i sammenheng med at hun tidligere har blitt svimmel når vi har jobbet med nakkespenninger. Jeg skriver at det kanskje er påvirkningen av spenninger som gjorde at hun ble kvalm. Sett i lys av det som er kommet frem til i resultatdelen, forstår jeg det annerledes nå. Jeg tenker det kan forstås i lys av samhandlingen. Med en fysisk nærhet oss imellom, skal hun la seg lede inn i en bevegelse av meg. Hun må gi slipp på kontroll, og gi seg hen til både tyngdekraften (slippe seg ned på benk) og til mine hender som drar i nakken hennes.

## **4.3 Trudes tanker om kvalmereaksjon i behandling**

### *Første fortolkningsnivå*

I intervju 2 forteller Trude hvordan hun nå forstår kvalmereaksjonene i behandlingssituasjonene:

*«Hvis jeg blir veldig sliten, eller blir veldig utfordret på ting, jeg tror vi kan gå i ettertid og si, husker du at det og det skjedde den dagen (behandlingen, min anm.). Og kanskje at noen eller jeg tenker at vi snakket jo om det, så det kan jo være det som trigget. Men jeg var jo skikkelig dårlig på å plukke opp signaler, så da ble det til at jeg ikke skjønnte hvorfor».*

På spørsmål om Trude erfarte behandlingen som belastende, forteller hun i intervjuet at hun ikke kan huske å ha kjent seg dårlig eller uvel i etterkant av behandlingen (bortsett fra de gangene hun ble kvalm). Hun har kjent at hun har blitt bevegde på og trykket på, i form av muskulær ømhet. Når jeg spør om hun noen gang har kjent og tenkt at vi har gjort noe «vi ikke skulle» når hun ble kvalm svarer Trude med hjertelig latter: *«Jeg har vel heller tenkt at nå har vi gjort noe som virket».* På spørsmål om hvordan hun opplever å jobbe med et kroppslig fokus når hun har det vanskelig svarer hun: *«Når jeg er sårbar og følsom, og blir sett og utfordret litt på hvorfor det er sånn, og hva tenker jeg da ... Det er mer strevsomt når jeg ikke har det så bra».*

### **Fra kvalmerekasjon til mening**

#### *Andre fortolkningsnivå*

Perioden fra behandlingene som beskrives og frem til tidspunkt for intervjuene strekker seg over en tid. I intervjuet klarer hun i større grad å si noe om hvordan hun forstår kvalmerekasjonene.

Trude erfarer at de gangene hun har blitt kvalm har hun enten blir utfordret med spørsmål knyttet opp mot hva hun erfarer, eller at jeg ber henne gjøre noe som utfordrer og kjennes vanskelig, fordi det gjør henne sliten. Slik jeg tolker det, tenker Trude at hun blir sliten av å bli utfordret på å gjøre bevegelser som er vanskelige eller at jeg stiller vanskelige spørsmål. Slik det fremstår i 4.2.3 tematiseres også kvalme, andre kroppslige reaksjoner og vanskelige følelser i samtale i starten av behandling. Trudes opplevelse er at det er strevsomt å bli møtt med oppmerksomhet på sine emosjoner og kroppslige reaksjoner når hun kjenner seg sårbar og følsom. Jeg tolker det slik at oppmerksomheten fører til økt fokus på kvalme, og er dermed en trigger. På den andre siden beskriver hun at når hun blir kvalm, har vi gjort noe som har virker. Det forstår jeg som at hun ser kvalmerekasjon som noe meningsfullt, at hun tenker

kvalmen som oppstår i behandlingen er et tegn på at behandlingen treffer viktige tema. Kvalmereaksjonen er ikke bare et ubehag som oppstår ute av det blå, det har en mening for Trude.

Trude har, slik jeg vurderer det, fått tid til å prosessere det hun har erfart og gjøre seg nye erfaringer som hun ser i sammenheng. Hun har hatt mange samtaler med meg, og andre i teamet hennes. Dette har, etter min vurdering gitt henne mer innsikt i egne reaksjoner enn det som kommer frem i journalnotatene fra da situasjonene kvalmen oppsto.

## 4.4 Kvalme i hverdagen

Her beskriver jeg kvalme og oppkast i to ulike situasjoner, kvalme på natt og kvalme i forkant av reise. I empirien kommer det frem at det skjer ofte i nettopp disse to sammenhengene, og har pågått over mange år.

### 4.4.1 Kvalme og oppkast på natt

#### *Første fortolkningsnivå*

I begge intervju og i journalnotater forteller Trude om situasjoner i hverdagen hvor hun de siste 20 årene har vært plaget med både kvalme og oppkast. I journalen skriver jeg i flere behandlingsnotater at Trude har kastet opp på natten. I journalnotatene fra høsten 2019 skriver jeg at hun ikke ser noen sammenheng med hvorfor hun ble dårlig og kastet opp. I journalnotat fra 12.11.19 skriver jeg at Trude «kjente på ettermiddagen at det kom til å bli en sånn natt». I de natlige situasjonene kunne Trude veldig ofte «vite det» på forhånd at det ble en «slik natt». I intervju 2 forteller hun at hun ble bevisst på at det kom til å skje, det var en «fornemmelse» og at hun «må ha senset» noe inni seg.

På spørsmål om hvordan Trude selv forstår kvalmereaksjonene hun får på natten svarer hun i intervju 2, med utgangspunkt i journal: «Jeg gikk å la meg med spy bøtta hver dag i årevis, uten at jeg visste hvorfor. Det ble på en måte en vane. Når klokka nærmet seg 24, da måtte jeg bare kaste opp».

Trudes kvalmerekasjoner tematiseres i andre behandlingssamtaler i det medisinfrie behandlingsforløpet. Trude forteller i intervju 1 at hun og behandler på avdelingen begynte å snakke om tiden som fostermor. Om disse årene sier hun: «*hen (fosterbarn, min anm.) krevde meg mye om natten og jeg forbandt mye negativt med nettene hvor hen var dårlig.*»

Fosterbarnet hadde store plager som det var vanskelig for Trude og mannen og håndtere. De opplevde å få lite hjelp fra barnevernet og kommunen og Trude tok på seg mye av ansvaret for barnet. Hun sier i intervju 1: «*jeg kunne jo ha sagt at dette klarer vi ikke, men jeg følte at hvis vi sa at dette klarer vi ikke, så tok de ikke bare (fosterbarn, min anm. istede for navn) da tok de (sønnen, min anm. istede for navn) også*». Frykten for at hun skulle miste sønnen ble en sterk drivkraft for å ikke gi opp, Trude sier: «*jeg ble drevet av redsel hele tiden*». Hun er glad for at de ikke ga hen opp i ettertid, sier hun, da det har gått veldig bra med fosterbarnet som nå har jobb, familie og hus, men ettertenksomt sier Trude: «*det å gå å være redd for at noen skal ta ungen din fra deg, det er tungt, en grusom følelse*».

I intervju 1 trekker Trude frem sinne som en sterk følelse knyttet til denne perioden i livet: «*Jeg har brukt veldig mye tid på å ikke være sint på hen (fosterbarn, min anm.) for det var jo ikke hen som sa ja til oss, det var jo vi som sa ja til hen*», sier hun. I journalnotat fra 6.12.18 2018 skriver jeg fra innledende samtale at Trude kjenner seg sint for tiden, men hun skjønner ikke hvorfor. I denne sammenhengen forteller hun om erfaringer med sinne fra oppveksten, hun har få erfaringer med å uttrykke sinne. Hun vokste opp med å ofte høre at hun var snill og oppførte seg fint i motsetning til søsken som var mer utfordrende for mor. I journalnotat 6.12.18 skriver jeg: «*Hun husker at søsken fikk mye oppmerksomhet, fikk viljen sin og at det alltid neste gang skulle bli Trudes tur. Det ble aldri hennes tur.*» I voksen alder kjennes det skremmende for Trude å skulle uttrykke sinne. Hun er redd for å kjenne på følelser som kan utløse gråt og hun sier følelsene setter seg i brystet. I journalnotatet skriver jeg «*Hun undrer seg om følelsen i brystet er konstant.*»

Trude sier i intervju 1 at selv om det i starten er fosterbarnet som trigger kvalme på natt, så er det der likevel når hen flytter for seg selv. I intervju 2 forteller Trude at tiden som fostermor har satt spor. Hun sier: «*å være fostermor har på en måte brent seg litt fast*». Hun kan fremdeles, nesten på kommando hente frem følelsen av frykt for at noen skal ta fra henne sønnen, 20 år etter. Trude sier bevisstgjøringen gjennom samtaler bidrar til at hun får nøstet opp i det.

Hun sier i intervju 2: «når jeg fikk tatt litt på det, og sett litt på det, da sluttet jeg å kaste opp på natta». Senere i samme intervju går hun litt nærmere inn på dette: «Det er vel bare det at jeg har vært i en prosess. Oppdaget ting, forandret meg, fått svar på ting og ... ja, og det at jeg har bedre selvtillit.» I intervju 1 forteller Trude: «Det er klart, når du har mestringsfølelse så kommer selvfølelsen».

I intervju 1 beskriver hun et bedre forhold til seg selv. Hun sier:

*«Det er jo fordi jeg har blitt tryggere på meg selv, og.. på en måte bevist for, både for meg og dere at det går an å ha et helt okey liv selv om jeg har den her raringen på skuldra. Det går faktisk an å kombinere det, det er ikke enten eller».*

### **Fortrengte emosjoner**

#### *Andre fortolkningsnivå*

Det kommer frem i resultatene at Trudes kvalmreaksjoner utenom fysioterapibehandlingen tillegges betydning og tas med i vurderingen av Trudes tilstand. Kvalmen i behandlingssituasjoner kommer når hun er uforberedt. Til forskjell, vet Trude når hun kommer til å bli dårlig om natten. Hun fornemmer det, men det er uklart hvordan fornemmelsen trår fram for henne. Kanskje er det en kroppslig fornemmelse, av at noe bygger seg opp, som fører til et behov for å være forberedt med å ha spybøtten klar. Hun har ikke tilgang til emosjoner knyttet til det å kaste opp på natten. Slik jeg forstår det blir det heller ikke gjennom samtaler tydelig for Trude at følelser er knyttet til selve kvalmreaksjonen, men hun knytter emosjonene frykt, redsel, en grusom følelse og sinne til den perioden hun begynte å kaste opp. Dette, og at hun husker at hun forbandt nettene med noe negativt og krevende, gjør at hun i samtaler med behandler på avdelingen ser en sammenheng mellom å spy på natt og emosjonelle belastninger knyttet til det å være fostermor.

I samtaler får hun hjelp til å sette ord på hvor vanskelig nettene var, og at hun over mange år gikk med en sterk frykt for å miste sønnen hvis de måtte gi opp å hjelpe fosterbarnet. Hun sier at det var en grusom følelse av frykt som gjorde at hun holdt ut. Jeg tolker beskrivelsen som at hun kjenner på avmakt i en situasjon som er fastlåst over mange år. I ettertid har hun vært sint på fosterbarnet for den belastningen det medførte, men Trude har forsøkt å fortrenge sinne. Hun tenker det er hennes skyld at det ble som det ble, ut ifra de valget om å være



fosterhjem. Trude beskriver at hun i oppveksten ikke forholdt seg til emosjonen sinne, hun holdt sinnet tilbake. Jeg forstår det slik at hun bidro til ro hjemme, og hjalp mor ved å være snill og medgjørlig. Jeg tolker ut ifra det at det var mindre plass til hennes emosjonelle uttrykk i familien. Som voksen kjenner hun ubehag knyttet til kroppslige følelser knyttet til sinne og andre følelser hun knytter til gråt. Kvalmeplagene med oppkast stopper ikke, selv om fosterbarnet ikke lenger bor med dem. Plagene vedvarer selv om årsaken til belastningen ikke er til stede lenger.

Trude opplever å få hjelp til å se sette ord på erfaringene som fostermor og hjelp til å få tak i de følelser hun fortrenger og setter det i sammenheng med at hun slutter å kaste opp på natten. Slik jeg tolker det er Trude i en endringsprosess hvor hun oppdager ting med seg selv, får tak i noe inni seg selv som gjennom erkjennelse gir henne innsikt hun ikke hadde før. I denne prosessen får hun bedre selvtillit. Hun blir tryggere på seg selv og får bedre selvfølelse gjennom mestring.

#### **4.4.2 Kvalme i forkant av reise**

##### *Første fortolkningsnivå*

I intervju 1 og 2 kommer det frem at Trude og mannen flere ganger avlyser reiser som følge av at Trude kaster opp natten i forkant. Trude sier i intervju 1: *«hvis vi skulle ut å reise, eller noe som ikke var hverdagen ble jeg kjempedårlig»*. I journalnotat 9.9.19 skriver jeg at Trude forteller at det tidligere har skjedd tidvis ofte at hun ble dårlig, og at hun tenker *«det er reaksjoner på noe utenom det vanlige»*. Hun tenker det handler om en følelse av å miste kontroll. I intervju 1 sier hun:

*«Det var sånn at vi måtte slutte å reise med morgenflyet for jeg klarte det ikke, da bare kastet jeg opp og fikk feber ... helt merkelig, jeg kunne ikke gjøre noe. Det var så ekkelt for i utgangspunktet så er jeg ganske spontan. Så ble det sånn at jeg måtte ha kontroll på et eller annet vis. Og det hadde jeg ikke klokka 5 om morgenen. Det var helt umulig og komme meg av gårde. Da ble jeg sjuk, også måtte vi være hjemme»*

Trude sier videre i intervju 1 at hun synes det var ekkelt at det er slik. Trude sier: *«i utgangspunktet så er jeg ganske spontan, og jeg kjenner at jeg fortsatt har lyst å være det»*.

I intervju 1 snakker Trude om en mestringsstrategi hun har hatt i mange år, og som hun til tider kan føle tar litt overhand og blir for intens, hun sier: *«Tellingene tror jeg er en måte å mestre hverdagen på, så når det blir for mye så teller jeg litt ... ja, tellingene må bare få lov å være der».*

I journalnotat fra 5.11.2019, skriver jeg fra samtale i forbindelse med fysioterapibehandling, at Trude og mannen har vært på flere reiser i inn- og utland. Hun er fornøyd med å ha klart det, uten å bli syk med oppkast og feber. Noe har endret seg. I intervju 1 sier hun at nå (to år senere, i 2021) går det mye bedre når hun skal forholde seg til aktiviteter utenom hverdagslige rutiner: *«jeg kjenner at det henger fortsatt litt i, så hvis vi skal noe som ikke er hverdagen så må jeg psyke meg opp på en måte, tenke litt på det og kjenne litt på det».*

### **Behov for kontroll**

#### *Andre fortolkningsnivå*

Trude trekker frem erfaringer med kvalme og feber når hun skal ut å reise tidlig på morgenen og i andre situasjoner som ikke er hverdagslige. Trude setter det i sammenheng med mangel på kontroll. Jeg tolker det som at i situasjoner som ikke er rutinepregede, gjentakende eller velkjente hverdagssituasjoner mister Trude opplevelsen av kontroll. Trude forstår kvalme og feber som reaksjoner på en opplevelse av å ikke ha kontroll i forestående situasjoner hvor hun ikke føler hun har oversikt.

Trude forteller at hun har en mestringsstrategi for slike situasjoner. Med bakgrunn i dette forstår jeg det slik at når Trude opplever at hun ikke kommer til å klare det som kreves av henne i gitte situasjoner, og mestringsstrategien ikke er til nytte, reagerer hun med kvalme, oppkast og feber.

Det kommer frem i datamaterialet at Trude i løpet av de første halvannet til to årene i behandlingsforløpet etter hvert reiser flere ganger uten å bli dårlig. Reaksjonene er ikke helt borte, for hun kjenner fortsatt at hun må mentalt forberede seg på ikke- hverdagslige aktiviteter. Reaksjonene er så lite plagsomme høsten 2019 at det ikke hindrer henne i å gjøre mer av det hun har lyst til. Med bakgrunn i dette tenker jeg at hun er i en prosess som bidrar til at hun er i bedre stand til å håndtere situasjoner nå, sammenlignet med tidligere. Det gir

grunn til å tenke at Trude er i en prosess hvor hun opplever økt kontroll, og det gir henne større handlingsrom til å være slik hun ønsker å være, nemlig spontan.

## 4.5 Kroppslig innsikt

### *Første fortolkningsnivå*

Tidlig i forløpet viser Trude begrenset innsikt i hva som påvirker henne kroppslig og hvordan hun blir påvirket. I journalnotat 12.11.19 løfter jeg frem variasjoner i vevsspenning, tålegrense for berøring fra uken før og hennes forståelse av det. Jeg skriver: «*Jeg undrer meg ovenfor Trude om hvordan hun hadde det i tiden rundt forrige behandling. Hun kommer ikke på noe som kan ha hatt innvirkning. Hun kan ikke huske å ha vært spesielt sliten eller plaget forrige uke*».

Ett år etter, i journalnotat 30.10.20, kommer det frem at Trude selv begynner å se sammenhenger. Jeg skriver:

*«Hun har de siste tre ukene hatt det gradvis tyngre. (...) Hun sier hun har holdt inne sterke ubehagelige følelser, som hun ikke har fått gitt uttrykk for, men heller forsøkt å skyve bort. (...) Hun tror det vil gå over når hun har bearbeidet disse følelsene».*

Jeg skriver videre: «*Hun har vondt i bindevevet over brystkassen, høyre side av hals (trapezius og scaleni), opp mot kjeve. (...) Aktuelle muskler er involvert i forsert respirasjon, en påtvunget og ufri pust, og kan sees i sammenheng med Trudes opplevelse av å ikke få til å puste fritt*». I samtale knyttet til det vi holder på med sier Trude at hun tenker at de kroppslige spenningene «*kommer fra hodet*». Jeg skriver i journalnotatet at jeg vurderer det kroppslige uttrykket i sammenheng med at hun holder tilbake følelser hun ikke vil forholde seg til.

I intervju 1 forteller Trude at når hun og behandler har samtaler om vanskelige tema, for eksempel skyld og skam, kan hun etterpå i fysioterapien relatere det til dette når jeg stiller spørsmål omkring hva hun selv tenker stramheten i hud og vev handler om. Hun sier: «*Ja, da kan jeg selv se sammenhengen. Dere trenger ikke fortelle meg det, for jeg skjønner det selv, sier hun*». Det er tydelig at spenning i vev trer frem samtidig som hun har det strevsomt emosjonelt og strever med å håndtere sine psykiske plager. Trude reflekterer over

sammenhengen i intervju 2: *«Hvis det skjer endringer, enten det er positivt eller negativt, så sitter det også veldig i kroppen hos meg. Har jeg det kjipt og vanskelig så er det veldig fort at jeg trekker sammen brystkassen og blir veldig ufri på en måte»,* sier hun. Min forståelse samsvarer med Trudes erfaringer. I journalnotat 25.3.21 skriver jeg: *«Når hun ikke har det bra, gir det seg tydelig til kjenne kroppslig ved en økt spenhet, ikke bare i muskler, men i vevet og huden».*

Trudes gradvis økende kontakt med seg selv involverer også emosjonell kontakt. I journalnotatet 30.7.20 skriver jeg at Trude forteller i fysioterapibehandlingen at hun føler seg mer skjør i denne runden med nedtrapping. Hun har grått mye, og oppsøker selv gråten med bøker. Hun sier det er flere år siden hun har grått. Hun kjenner seg litt overveldet, men sier at hun opplever å ha kontroll, og det kjennes godt å gråte.

Når Trude har det bedre med seg selv merker hun det også kroppslig. I journalnotatet 25.3.21 skriver: *«Trude sier at hun har det veldig bra med seg selv for tiden, og mener dette gjenspeiler seg i kroppen».* I intervju 2 beskriver Trude at kroppen er avslørende hvordan hun har det, og at hennes kropp er god på å si ifra nå. Hun forteller: *«Min teori er kanskje det at hvis jeg får snakket om ting og det kommer ut i dage, så tror jeg at jeg ganske raskt får resultater av det i form av at jeg føler meg bedre. Jeg tenker det kan være forskjellen fra uke til uke».* Trude sier i intervju 1 at hun opplever at hun får til *«å høre etter kroppen».*

Hun beskriver at den kroppslige tilnærmingen i fysioterapi har bidratt til økt kroppskontakt og bevisstgjøring. Hun trekker frem betraktninger om fysioterapibehandlingen i intervju 1:

*«Det har jo kanskje vært med på å bevisstgjøre meg, at det som er inni hodet mitt, det setter seg i resten av kroppen. Det holder seg ikke bare i hodet. Jeg kan kjenne det på føtter og armer, og blir mer bevisst min egen kropp og takknemlig for at kroppen sier ifra».*

Trude sier i intervjuet at det har vært nødvendig med fysioterapi og samtaler knyttet til det, og samtaler med behandler og andre fagpersoner for å håndtere til de utfordringer hun har støtt på i endringsprosessen. Hun utdyper: *«Jeg hadde vært mye mer engstelig og redd, ikke skjønt hva som skjer med kroppen, og ikke skjønt hva som skjer med hodet, når medisinen forsvinner, hvis jeg hadde vært alene om det».*

## **Kroppslig innsikt**

### *Andre fortolkningsnivå*

I resultatet beskriver jeg Trudes prosess hvor hun først ikke legger merke til hvordan hun reagerer emosjonelt eller kroppslig, til gradvis å få mer kontakt med sine emosjonelle sider og hvordan ubehagelige følelser som hun holder tilbake, skyver bort og ikke gir uttrykk for gir seg til kjenne kroppslig. Jeg forstår det slik at Trude i økende grad er oppmerksom på både emosjonene, følelsene hun opplever som ubehagelig, og de kroppslige reaksjonene som gir seg til kjenne. Slik jeg tolker det, erfarer Trude underveis at når hun ikke klarer eller vil forholde seg til det ubehagelige med emosjonene, så fører det til at hun gjør noe annerledes med kroppen, hun trekker seg sammen og spenner seg til slik at hun kjenner seg ufri.

Jeg forstår det slik at i språkliggjøring bidrar til at Trude oppnår mer innsikt i betydningen av reaksjonene og setter det i sammenheng med vanskelige følelser. Hun uttrykker takknemlighet for at hun har en kropp som sier ifra. Hun legger også merke til når hun det bedre.

Når Trude strever, har hun lite rom for fleksibilitet. Hun er kroppslig aktivert gjennom å spenne seg og bremse pust. Med økt emosjonell og kroppslig innsikt viser Trude også tegn til bedre kroppslig regulering. Jeg beskriver at spenninger slipper lettere taket. Jeg knytter det til gradvis økt evne til å legge merke til kroppen og følelser, har hun større evne til å kjenne etter og regulere aktivering etter behov. Hun er mer fortrolig med kroppen, den forteller henne noe og hun lytter. Samtidig opplever Trude gradvis mindre plager med nattlig kvalme og kvalme ved reise.

Trude opplever å ha fått støtte og trygghet i hennes prosess fra fagpersoner på medisinfri avdeling som gjennom samtaler og fysioterapi behandling har viet hennes komplekse symptombilde oppmerksomhet og validitet. Det har gitt henne mulighet til å forstå den kroppslige og emosjonelle omstillingen hun har erfart samtidig med kognitive prosesser.

## 5 Drøfting

I dette kapittelet utforsker jeg hvordan resultatene kan forstås opp mot teoretiske perspektiver, og gi ny forståelse av hvorfor kvalmereaksjonen oppstår i gitte situasjoner. Drøftingen er bygget opp rundt funn fra resultat kapitlet som drøftes i lys av teori presentert i teorikapittelet. Med utgangspunkt i dette, er kapitlet delt inn i fire nye temaer: «Kvalme i behandling- et uttrykk for kontroll og grensesetting», «Kvalme som meningsbærende reaksjon på fortrenge følelser», «Kvalme som forsvar» og «Kvalmen går gradvis over- meningsdannelse og handlingsmuligheter».

### 5.1 Kvalme i behandling- et uttrykk for kontroll og grensesetting

I resultatene fremtrer behov for kontroll som et gjennomgående tema i de kliniske situasjonene hvor Trude blir kvalm.

Ekeland og Gretland skriver at gjennom PMF forstås fornektning og fortrenkning av følelser og å bremse pust og bevegelser, som uadskillelige prosesser. Våre bevegelses- og spenningsmønster er nært knyttet til hvordan vi regulerer oss selv følelsesmessig (Gretland, 2016). Vurdering må derfor gjøres på forståelse av denne gjensidigheten (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 21). Trudes holdning er tilbaketrukket og øvre del av overkropp holder hun i aktivt fleksjonsmønster. Holdningen viser til en kropp i ubalanse, og hun bruker mye muskelaktivitet for å holde seg oppreist. Thornquist og Bunkan (1995) skriver at vi ikke kan si noe om pasientens plager har emosjonelt innhold eller er mekanisk betinget bare ut fra holdningsanalyse. Når jeg ser holdning i sammenheng med Trudes respirasjon som ikke slipper til mage, og funksjonsprøver som forteller at hun bremser bevegelse, tolker jeg det slik at hun er hindret i fri bevegelser og fri pust. Resultatene gir et bilde av en kroppslig og emosjonelt belastet kvinne. Jeg forstår det forhøyede spenningsnivået som emosjonelt betinget, som et uttrykk av å holde tilbake følelser og opprettholde kontroll.

Når jeg leder Trude inn i bevegelser, skyver jeg henne samtidig ut av sin habituelle vanestilling. Thornquist og Bunkan (1995, s. 41) skriver:

*«I en forandringsprosess fra én etablert balanse mot en annen balanse, ser vi svært ofte vegetative forstyrrelser, og vi erfarer at pasientene oftest reagerer med sine sårbare deler. Med det menes at det er de organene og funksjonene som tidligere har vært i ubalanse, som er spesielt utsatt».*

Vegetative reaksjoner betraktes som uttrykk for emosjonell og psykisk belastning (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 39). Empirien viser at selv om Trude ser kvalmereaksjon i sammenheng med noe vi gjør sammen den andre gangen hun blir kvalm, får hun ikke tak i fornemmelser eller følelser som kan gi en dypere forståelse av hvorfor hun blir kvalm. Jeg ønsker her å undersøke hvordan vi kan forstå kvalmereaksjonen Trude får i behandlingen.

I behandlingssituasjonene presentert i resultatkapittelet virker det å være en fellesnevner at Trude reagerer med kvalme i situasjoner der jeg gjør noe med henne som hun ikke har kontroll over eller at hun må gi slipp på noe av kontrollen. Det krever en omstilling av henne. Omstilling av pust, muskulatur, holdning og dermed følelser som PMF har som mål om å fremme, har en inngripende virkning på pasient (Thornquist & Bunkan, 1995). Det er i situasjoner hvor jeg ber henne overlate kroppslig kontroll til meg ved å la seg bevege, la seg lede og gi seg hen til meg. Det krever av Trude at hun føler trygghet og har tillit til meg, at hun tillater seg å stole på meg. Det er først når kroppen begynner å omstille seg og trygghet mellom pasient og terapeut utvikles ved at det gis rom for det, at følelser kommer (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 115).

Kontroll av kroppen henger sammen med kontroll og distansering til eget følelsesliv (Ekerholt & Gretland, 2018). Ved å fjerne oss fra kroppens egentlige behov og signaler fjerner vi oss fra det levelige og sanselige og bidrar til kroppslig fremmedgjøring (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 103).

Når jeg skyver henne ut av vanestillingen ved å skyve med en hånd mot korsrygg, tolker jeg det som at jeg vipper henne av pinnen. Det kan bety for Trude at hun opplever at hun mister kontrollen. Selv setter hun ikke bevegelsen i sammenheng med kvalmereaksjonen, hun knytter det heller til tidspunktet det skjer på. Det er en ny situasjon for henne kvalmen oppstår i.

Jeg tenker at når noen blir kvalm er det vel ikke mest naturlig eller ønskelig å søke nærhet, man vil ha avstand til andre. I situasjonen med Trude stopper jeg opp, trekker meg unna og gir henne rom. Hvis jeg legger til grunn at kvalme kan forstås som grensesetting, bidrar det til å holde meg på fysisk avstand. Ved at jeg trer tilbake får hun mulighet til å gjenvinne kontroll over seg selv og sin kropp gjennom å bruke måter å regulere seg på som gjør at kvalmen går over, og hun kan igjen koble seg på seg selv og omverdenen (her og nå situasjonen). Ved å følge sine behov inntar Trude en tryggere stilling, puster på en spesiell måte og henter seg inn. Stillingen hun legger seg i første gang hun får kvalmereaksjon er i fosterstilling på benk med knær trukket opp mot mage. En stilling som i utgangspunktet er mindre krevende enn vekt bærende stilling fordi understøttelsesflaten er stabil og stillingen tilrettelegger for basal pust (Bunkan, 2008, s. 340) og som jeg tror for Trude handler om trygghet. Den er mer lukket og beskyttende, både kroppslig og mentalt. Jeg tolker det dithen at det er sammenheng mellom hvordan hun slipper opp i muskulære spenninger, slipper pusten samtidig og får en opplevelse av å gjenvinne kontroll over situasjonen og seg selv.

Neste gang Trude blir kvalm, har det gått en tid. Trude blir kvalm når hun skal aktivt strekke og slippe kne mens hun står og jeg holder om lårmuskelen hun skal aktivere. Når hun skal gjøre denne bevegelsen i stående, krever det stabilitet, balanse og fleksibilitet av henne. Trude trekker frem at det er rart å bli kvalm av å jobbe med strekk og slipp av knær. Med det tolker jeg at Trude knytter kvalmen til den konkrete bevegelsen å stramme og slippe kneskål. Hvorfor blir Trude kvalm av en bevegelse hun utfører selv?

Ved strekk og slipp av kne blir det veldig tydelig at Trude ikke får til det jeg ber henne gjøre, selv om jeg bruker mine hender på låret hennes for å hjelpe henne. Hun vet ikke hva hun skal gjøre for å få det til heller, og det kan oppleves avslørende at hun ikke har kontroll på bevegelsen, og kroppen sin. Slik sett kan jeg tolke det videre til at det er potensiale for at hun kan føle seg utilstrekkelig, og det blir avslørt at hun ikke mestrer? Det kan være at hun kjenner seg forlegen. I følge Susan Miller (2004, s. 77) kan situasjoner som antyder en negativ holdning til hendelsen fremkalle avsky gjennom at det ledes frem gjennom skam, forlegenhet, forakt, hat, redsel eller angst. Susan Miller skriver at avsky ikke bare beskytter våre kroppslige barrierer (kroppsåpninger), men også våre grenser utover kroppslige grenser (S. Miller, 2004).



Til tider går lite tapt og mye oppnås ved å distansere en negativ opplevelse gjennom avsky, skriver Susan Miller (2004). Avsky er fremfor alt et forsøk på å ta avstand fra noe, og vi må se det i lys av nettopp distansering eller frakopling (S. Miller, 2004, s. 77). Våre mellommenneskelige og selvbeskyttende behov har utvidet funksjonen til avsky (S. Miller, 2004, s. 4). Det som avgjør om vi er kvalme når vi føler avsky, er typiske kroppslige fornemmelser som for eksempel, kuldegys, sammensnøring i hals/svelg, økt spyttproduksjon i munn, utslag i en mer motorisk retning i handlingsrettede bevegelser. Handlingene fremtrer ikke som bi- produkter, med det faktiske medium for intensjonalitet, vi kommer oss unna det som gir opplevelsen av avsky (Fuchs, 2013). Når Trude blir kvalm er det naturligvis kvalmen som får fokus igjen for oss begge og hun kan forholde seg til den fremfor følelsen av å ikke mestre og ikke ha kontroll på egen kropp. Hvis en forstår kvalmen som Trude opplever i behandlingssituasjonene slik, kan kvalmereaksjonen være en måte å sette grenser på, og skaper avstand.

I den siste behandlingssituasjonen Trude blir kvalm utforsker jeg om hun kan gi etter for drag og la nakkemuskulatur forlenges, og jeg krever med det at hun skal gi seg hen til min bevegelse. I denne situasjonen ligger Trude strak ut på rygg. En stilling hun allerede nå er utfordret i, til å gi etter for tyngdekraften. Stillingen hun ligger i er noe ganske annet enn den fleksjonspregede fosterstillingen hun selv inntok for å bli kvitt kvalmen og få tilbake kontrollen over seg selv. Hun ligger på rygg, åpen og utstrakt på benk. En stilling som kan forbindes med å gi fra seg sitt forsvar (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 48). Thornquist og Bunkan (1995, s. 106) ser åpenhet og godtakelse av egne følelser i sammenheng med frie bevegelser og det å strekke seg og å åpne seg kroppslig. Med mine hender ber jeg henne om å gi fra seg ytterligere kontroll. Kvalmen fremstår både kraftigere og mer inngripende ved drag i nakke, sammenlignet med de andre situasjonene. Hun virker ikke å ha samme umiddelbare respons for å få den til å gå over, som hun hadde tidligere, og hun må hvile en stund etterpå for at ubehaget skal gi seg. Kanskje er nakken et mer sårbart område for Trude. Det kan forstås som at utgangsstillingen, og å gi etter for tyngdekraften i tillegg til at hun skulle la meg dra henne ut av kanskje sine siste forsøk på å holde igjen på noe, bidro til økt behov for kontroll. Så kan det hende at jeg i denne situasjon, når hun ble kvalm, dvelte med mine hender, ikke umiddelbart trakk meg tilbake og gav henne pusterom. I en stilling der hun ligger og jeg sitter ved hodet, kan nærheten føles påtrengende og kvalme trer frem som signal på behov for sterkere forsvar av sine grenser. Sammenlignet med de to andre situasjonene hvor hun gjør det hun kjenner hun har behov for, for at kvalme skal gå over, kommer det ikke frem

at hun klarer å gjøre tilsvarende i denne situasjonen før en lengre hvil. Kan det forstås som at Trude ble handlingslammet?

Bourdieu (1977, s. 78) forståelse av individets handlingskraft er i stor grad knyttet til habitus, og i liten grad til bevisstheten. Siden habitus som følge av det kan være vanskelig å endre, vil et forsøk på endring sette habitus i krise. Habitus vil i følge Bourdieu (1977, s. 78) bruke kroppslige praksiser som er velkjente og gjør motstand mot store endringer. Slik jeg forstår det kan en habituell krise føre til nye handlingsmuligheter. Sett i en klinisk sammenheng kan kroppslig og emosjonell omstilling forstås som habituell krise. Motstand kan komme i form av reaksjoner, det være seg økt spenning, autonome reaksjoner eller emosjonell. Pasientens omstilling gir nye handlingsmuligheter, nye måter å føre seg på, nye måter å reagere og bevege seg på, nye måter å være i verden på, et nytt utgangspunkt for kroppslig persepsjon. I Trudes tilfelle forstår jeg det slik at når hun blir rykket ut av vanestilling (første gang kvalm), og dratt ut av kontroll (tredje gang kvalm) så kommer hun i en habituell krise. I stede for at krisen fører til nye handlingsmuligheter, fordi hun ikke oppnår en emosjonell og kroppslig omstilling, fører det til handlingslammelse. Trude har ikke makten eller styrken, og heller ikke et bevisst forhold til de emosjoner som følger med, og hun blir handlingslammet. Habitus må yte motstand på annen måte, og Trude blir kvalm.

For noen mennesker er avsky en foretrukket "first responder"-følelse, og de vil bruke den hvis de er i stand til det (S. Miller, 2004, s. 77). Trude erfarer at jeg responderer når hun blir kvalm ved at jeg stopper opp med det jeg gjør med henne og gir henne rom til å gjøre det hun har behov for. Trudes historie gir inntrykk av at kvalmereaksjonen ligger lett tilgjengelig for henne i ulike situasjoner hvor hun, antakelig ikke bevisst, blir kvalm for å slippe unna noe.

## **5.2 Kvalme som meningsbærende reaksjon for fortrengete følelser**

Trude står i en fastlåst situasjon over flere år med et fosterbarn som skaper stor belastning for Trude og familien. Lilleaas og Fehr (2011) skriver om kjønnede vaner og påpeker at plikt og ansvarfølelse erverves i større eller mindre grad gjennom sosialiseringprosessen og kommer til uttrykk gjennom kjønnede vaner. Omsorgen ovenfor fosterbarnet som Trude tar hovedansvaret for, foregår mye på natten. Det går ut over Trudes mulighet til å dekke viktige basalbehov som søvn og hvile. Et dypt engasjement til familiens omsorgsbehov for å

balansere familiens emosjonelle budsjett, gjelder hele døgnet og er et krevende arbeid som aktiverer kroppen på spesielle måter (Lilleaas & Fehr, 2011). Trude beskriver at nattlig oppkast startet i denne perioden av livet. Hun beskriver frykt og redsel som drivkraft til å holde ut, det er mye som står på spill. Å innrømme at fosterbarnet er for mye for henne vil føre til at de må gi opp å hjelpe et barn som trenger en familie, med de emosjonelle omkostninger det innebærer for både hen og Trude. Hun ville måtte gå på tvers av sine holdninger, og hun vil måtte forholde seg til brutte forventinger fra omgivelsene. Trude tror sterkt på, at da vil systemet rundt også tenke at hun heller ikke egner seg som mor sønnen heller.

Trude har fått høre gjennom oppveksten at hun er snill, og at det er bra hun ikke var krevende. Implisitt her forstår jeg det som at Trude tok lite plass i familien sammenlignet med søsken. Denne velutviklede følelsen av ansvar for andre, skyldes atferd som er bestemt i vår kultur etter kjønn, og som mange kvinner anser som meningsfull (Lilleaas, 2003). Det gir en type beredskap som ikke advarer individet om egne behov. Behov for å ta vare på egen kropp overskygges av en følelse av plikt overfor og ansvar for andre. Trude opplever at kvalmereaksjon som kommer på natten er en vane. Ifølge Lilleaas og Fehr (2011), ser folk etter hvert på kroppsliggjorte, kjønns spesifikke vaner som varig og forutbestemt av skjebnen. Slik jeg forstår det, forsterker familiens tilbakemeldinger Trudes væremåte. Trude lærer gjennom sosialisering i familien og familiedynamikk å tidlig ta ansvar. En slik rolle i familien gir lite rom til å selv ta plass.

Gjennom en antakelse av at Trudes nattlige kvalme med oppkast på «slaget 12» er blitt etablert som en ubevisst vane forankret dypt i henne som individ og kropp, må det sees i relasjon til at vi er intensjonelle vesen, og våre reaksjoner kommer ikke uten en kontekst, det er reaksjoner på noe eller av noe. Et fenomenologisk perspektiv kan hjelpe å forstå kvalme som noe dypere enn bare en enkel vane.

I et fenomenologisk perspektiv bebor den levde kroppen en praktisk kunnskap om hvordan man samhandler med andre, forstår deres uttrykk og handlinger på bakgrunn av situasjonen (Fuchs & Schlimme, 2009). Habitus forbinder selvet og verden gjennom en grunnleggende vane og fortrolighet (Bourdieu, 1990). Hvis det legemliggjorte engasjementet i verden forstyrres, kan det føre til en grunnleggende fremmedgjøring av sunn fornuft og intersubjektivitet; den grunnleggende følelsen av å være-med-andre erstattes av en følelse av

løsrivelse som kan gå over i en truende fremmedgjøring (Fuchs & Schlimme, 2009).

Erfaringer med opplevelsen av maktesløshet forstås som subjektets kamp for å bevare mening og orden, hvor total hjelpeløshet truer om oppløsning av ens integritet (Ekeland, 2021, s. 61).

Sett i lys av Bourdieus (1990) teoretiske kontekst om sosial kapital, viser resultatet at Trudes kapital består blant annet av empati, tålmodighet, støtte og engasjement. Ressurser som er til familiens fordel og som Trude verdsetter og erfarer er en del av hennes måte å forholde seg til livsverden på. Slik jeg forstår Trudes erfaringer fremstilt i resultatet, blir hennes kapital svært påvirket av denne overbeskatningen av ressurser mens hun er fostermor og i tiden etter. Det får langsiktige følger ved at hun ikke klarer å være til stede for sin sønn slik hun ønsker det. Hun kan ikke lengre ta del i familielivet eller i samfunnet slik hun er vant med. Den hverdagslige verden som erfares og bebos av vår kropp er, ifølge Merleau- Pontys (2012) begrep livsverden, endret. Psykiske plager og endret kroppslig utgangspunkt for å erfare verden, i den forstand at hun i mange år sover, står på store mengder medisin, endres eller begrenser hennes måte å oppfatte, skape og uttrykke mening med utgangspunkt i sansende erfaringer.

Alle former for tvingende relasjoner, og miskjennelse gir følelse av avmakt og krenkelse av integritet og verdighet hos den dominerte (Thornquist & Kirkengen, 2020). Det er naturlig å tenke at Trude føler på avmakt og føler seg invadert. Invadert av et system som ikke trår støttende til for fosterbarnets behov, som lar henne og familien stå alene i en vanskelig og langvarig situasjon. Invadert av fosterbarnets behov. Trude er fratatt sine muligheter til å sette de grenser hun trenger for å ivareta sin egen integritet. Kan kvalme være en reaksjon på å være invadert?

Mellommenneskelig avsky eksisterer og manifesterer seg ofte som en kraftig avvisning av emosjonell eller fysisk kontakt med noen som det eksisterer en nær tilknytning til. Avsky i slike situasjoner er en reaksjon og en forsvarsmekanisme på de proksimale sansene, smaken og berøringen. (S. B. Miller, 1993).

Følelser relaterer seg til det som er spesielt verdifullt og relevant for subjektet, følelsene har en kroppslig intensjonalitet, en spesifikk rettethet mot noe og gir oss en kroppslig handlingsberedskap ved at vi blir «bevegde» gjennom ulike kroppslige sanser og dermed velger om vi vil bevege oss mot eller bort fra noe (Sheets-Johnstone, 1999, s. 267). For eksempel handling ved å gjemme seg, unngå den andres blikk, "synke ned i gulvet" fra skam.

Andre tendenser er tilnærming (begjær, sinne), unngåelse (frykt), å være-med (glede, selvtillit), avvisning (avsky), dominans (stolthet) eller underkastelse (ydmykhet, resignasjon) (Frijda, 1986). Dette er viktig å poengtere i Trudes presenterte livssammenheng, kvalmen er intensjonell, den formidler noe meningsfullt for Trude.

I følge Brodal (2013) er emosjonell reaksjon er følelsesmessig farget adferd som respons på stimuli. Ulike deler av hjernen er engasjert i emosjonelle reaksjoner og styrer de autonomt innerverte organers funksjon som for eksempel, rødme, svette, hjerteklapp og oppkast. Det antas at hypothalamus først og fremst koordinerer de emosjonelle reaksjonene, men synes også å påvirke selve emosjonene (Brodal, 2013). Emosjonelle reaksjoner påvirkes av oppdragelse, sosiale normer og bevisste fornuftsgrunner (Brodal, 2013). Trude har gjennom sosial læring lært seg å ikke vise følelser hun kan ha hatt nytte av i grensesetting. Hun har føyd seg, vært medgjørlig og ikke vist sinne. Selv nå i voksen alder er ubehaget for stort for henne til å tolerere følelsen av sinne, og holder den på god avstand. I tillegg har hun vært så redd for at familien skulle bli oppløst, som følge av sosiale forventinger (klarer du ikke ta vare på fosterbarnet, så klarer du ikke ta vare på sønnen din), at hun har skjult for omverdenen hvor stor belastningen var. Overbeskatning som følge av forhøyet kroppslig beredskap vil tære på kroppens ressurser og tilpasningssystemer og det kan oppstå sykdomstegn på celle-, hormon- og vevsnivå, gi sårbarhet for infeksjoner og inflammasjon (Thornquist & Kirkengen, 2020).

Et annet perspektiv på kvalme er knyttet til sosial eller moralsk avsky. Avsky avdekkes først og fremst, i følge Kristeva (Kristeva, 1982), av de som utøver umoralske handlinger skamløst, med god samvittighet, og de som tenker om seg selv at de er frelsere. Altså er det av betydning hvordan handlingene er utført og hvilken måte den som utfører gjør det. Hvis jeg skal legge denne teorien frem som grunnlag må det forstås som at moralsk avsky også kan rettes mot seg selv.

Grunnen til at jeg løfter dette frem er at Trude har i årene som fostermor har stått i ett moralsk dilemma. Jeg går ut ifra at hun og mannen gikk inn i rollen som fosterhjem med et stort ønske om å hjelpe, og dette endret seg nok ikke selv når det ble vanskelig. Hun er glad for at de gjorde det, for det har gått bra med fosterbarnet. Årene med fosterbarnet og årene etter med egen sykdom har bidratt til at Trude kjenner på at det har gått på bekostning av sønnen. Miller (2004, s. 78) stiller spørsmålet: hva om triggeren til avsky er mer kompleks, med både

elskede og hatede egenskaper eller aspekter som vi er knyttet til av lojalitet eller plikt? Da kan vi ikke svare med ettertrykkelig avsky uten å betale en pris i forstyrret intimitet. Da kan det ifølge Miller være mindre kostbart å føle og vise underholdt forakt, eller mild irritasjon, som ikke forstyrrer vårt forhold til den andre så radikalt. Trude holdt ut årene som fostermor, til fordel for fosterbarnet og deres relasjon, men med store kostnader for egen helse og tid med sønnen. Miller (2004, s. 78) skriver videre at avsky kan bare brukes hvis det som fører til denne emosjonen er noe spesifikt som man kan kvitte seg med. Henämaa (2020, s. 2) referer til Nussbaum (2006) og skriver at avsky er en skadelig emosjon fordi dens projektive mekanisme tillater oss å se bort fra, eller bagatellisere vår faktiske tilstand og avvise den som svakhet hos andre. Trude klarte ikke å si ifra om at de ikke følte seg i stand til å ivareta fosterbarnet og hans behov, fordi hun var redd barnevernet også kom til å ta sønnen. Kanskje førte dette til at fortrengt avsky og sinne mot situasjonen hun var låst til i flere år kom ut som en kroppslig reaksjon, utenfor hennes egen bevissthet, og dermed kastet hun opp hver natt i flere år.

### 5.3 Kvalme som forsvar

Her vil jeg diskutere kvalmereaksjonen Trude erfarer i andre situasjoner som er utenfor hverdagens rutine pregede virksomhet, ved blant annet reiser. Jeg vil også forsøke å se det i sammenheng med de andre situasjonene.

I resultatene fremkommer det at Trude ofte opplever kvalme og feber når hun skal ut å reise tidlig på morgen, og i andre uspesifiserte situasjoner ut over rutinepregede, gjentakende og velkjente hverdagssituasjoner. Hun forstår det i lys av en følelse av mangel på kontroll.

Å falle ut av hverdagens rytme, ikke klare å gå på jobb og ikke klare de sosiale plikter kan undergrave selvtilliten og opplevelsen av å ha valg. Råheim (2003) skriver: «*Det dreier seg om å ikke kunne delta og gi sitt bidrag som før. Det handler om tap av friheten til å handle. Og det hele har bakgrunn i et endret kroppslig perspektiv*». Trude tolker kvalme og feber som reaksjon på situasjoner hun ikke føler hun har tilstrekkelig kontroll og oversikt over. Å begi seg ut på reise innebærer at en må planlegge, være fokusert og krever at en klarer å få til en viss grad av oversikt. Å være på reise kan bety at en må klare å forholde seg til at ikke alt er forutsigbart til enhver tid, det kan oppstå uforutsette ting. En flyplass medfører mange

sanseinntrykk i form av lyder og støy, synsinntrykk, mennesker å manøvrere seg mellom og informasjon å forholde seg til. Det vil kunne gi en følelse av kaos. Jeg forstår det slik at når Trude står foran situasjoner der hun knytter det som venter henne til ikke- mestring, reagerer hun med kvalme og blir syk med feber.

I resultatet kommer det frem at Trude ikke lengre får til å være spontan, og relaterer det til å ikke kunne reise fordi hun blir syk. Hun savner å være spontan, og det er noe hun trekker frem som en viktig del av henne. I et fenomenologisk perspektiv forstår jeg det som dette var en betydningsfull del av hennes habituelle væremåte og identitet. Handlingsrommet hennes er mindre, fremtiden er uforutsigbar og utrygg. Fortroligheten til en ellers kjent virkelighet opphører.

Fuchs og Schlimme (2009) viser til at bevis fra nevreradiologiske studier av psykoterapi og placebobehandling viser at tro og forventninger i betydelig grad kan modulere nevrofysiologisk og nevrokjemisk aktivitet i hjerneregioner involvert i persepsjon, bevegelse, smerte og ulike aspekter ved emosjonsbehandling. Fuchs og Schlimme (2009) skriver at den subjektive naturen og det tilsiktede innholdet i mentale prosesser har en innvirkning på ulike nivåer av hjernefunksjon så vel som på hjernens plastisitet. Variabler for subjektiv opplevelse må tas seriøst i betraktning for å oppnå en korrekt forståelse av de nevrerale basene for atferd hos mennesker. Våre mentale tilstander er produkter av en sirkulær årsakssammenheng som består av nevrofysiologiske, miljømessige og subjektive eller tilsiktede påvirkninger som interagerer med hverandre i en serie av feedforward- og tilbakemeldingssløyfe (Fuchs & Schlimme, 2009).

Metaforisk sett kan alle erfaringer Trude har med seg danne bakgrunnsfarger på nye situasjoner. Det kommer ikke frem i resultatet om når og hvordan hennes første erfaring med kvalme i forkant av reise var. Hvis tro og forventning legges til grunn, slik Fuchs og Schlimme viser til, så kan Trudes erfaring med visse kroppslige følelser, blant annet avmakt, tap av kontroll, mangel på forutsigbarhet og oversikt påkalle respons i form av kvalme, fordi det har skjedd før. Tro og forventning vil være med å farge Trudes persepsjon av og tanker om det å skulle dra ut på reise, og alt det det innebærer. Hun kan tro og forvente at det blir «som sist gang». Som en del av kroppens forsvarsmekanismer, og det er ikke ukjent at en kan reagerer immunologisk på mentale og kroppslige påkjenninger som i sum står på over tid (Kirkengen & Næss, 2015). Dette kan være en forklaring på hvorfor hun også ofte reagerer med feber.

Med grunnlag i det jeg har drøftet i de to foregående kapitlene forstår jeg det slik at når Trude står foran en planlagt reise, knytter hun det som venter henne til ikke- mestring og reagerer med kvalme og blir syk med feber. Det kan forstås som uttrykk for at hun står foran en situasjon hun tenker hun ikke makter, noe hun kommer seg ikke unna. Andres forventinger kommer igjen foran hennes, kanskje oppleves det invaderende og hun føler på avmakt. Kanskje kan det at hun kaster opp også handle om at hun ikke kommer seg unna. Her vil jeg trekke inn Millers perspektiv om avsky.

Susan Miller (2004) beskriver flere variasjoner av avsky, både med og uten følt avsky og noen ganger er det vanskelig å analysere blandinger av forskjellige typer avsky. Trude uttrykker ikke følt avsky, men hun fornemmer noen ganger at hun kommer til å bli kvalm og kaste opp.

Trude føler imidlertid ikke avsky, bare behovet for å kaste opp. Dette er i følge Miller (2004, s. 42), et tilfelle av kroppsavsky, uten affekt. Miller ser på slike tilfeller som manglende evne til å oppnå defensiv avsky. Miller sier videre at det kan være en tilbøyelighet til å gå direkte til den dypere følelsen, sårbarhet, uten å kalle på defensiv avsky. Det er ganske likt forløp de ganger Trude ikke kommer til det å kaste opp, da beveger hun seg mot delvis kroppslig avsky, men kommer ikke helt frem.

Trudes kroppsavsky (oppkast) kan også peke på et mindre sterkt forsvar mot full avsky, beskrevet av Miller (2004), enn at det peker på et mislykket forsøk på å mobilisere full avsky i forsvar mot en dyp sårbarhetstilstand. Jeg forstår kvalmreaksjon til Trude, uavhengig av om hun faktisk kaster opp eller ikke, som følge av kvalme, som en ufullstendig avsky.

Bakgrunnen for dette er som tidligere løftet frem, at Trude ikke har bevisst tilgang på følelser i situasjon, og det forstår jeg i sammenheng med at det er for vanskelig for Trude å erkjenne og forholde seg til det smertefulle.

Det er ingenting Trude kan gjøre for å komme seg unna kvalmen hvis den forestående reisen gjennomføres. Her vil jeg trekke parallell til behandlingssituasjonene. Jeg tenker at fordi Trude kan hun si ifra om at hun er kvalm og føler seg trygg på å bli respektert for det, oppnår hun avstand og mulighet til å finne ut hva hun kan gjøre for at kvalmen gir seg. Hun kommer seg slik sett unna i behandlingssituasjonen mens i forkant av forestående reiser gjør hun det potensielt ikke.



## 5.4 Kvalmen går gradvis over- meningsdannelse og handlingsmuligheter

Resultatet viser at kvalmereaksjonen melder seg gradvis sjeldnere for Trude, men den er ikke helt borte. Hun kjenner fortsatt at hun må forberede seg på ikke- hverdagslige aktiviteter. Reaksjonene er så lite plagsomme at det ikke lenger hindrer henne i å gjøre det hun har lyst til. Det kan gå måneder mellom hver gang hun blir kvalm på natt og det beskrives ikke flere behandlingssituasjoner der hun blir kvalm. Jeg vil her drøfte hvordan vi kan forstå denne endringen hos Trude.

Jeg har i det forestående drøftet at Trude ikke klarer å forholde seg til det smertefulle i livet, hun har fortrenget følelsene knyttet til det. Det har gjort at hun ikke har hatt tilgang til å kunne reflektere over det, bearbeide og integrere det underveis. Tenkningen i PMF er at vi ikke bare uttrykker oss, men også regulerer oss gjennom kroppen (Thornquist, 2005). Der individet ikke klarer å forholde seg til det smertefulle eller reflektere over det, fortrenkes følelser til det ubevisste og individet går glipp av muligheten til å erkjenne og integrere det som en del av oss (Kirkengen & Næss, 2021). Erfaringen blir skjult for ettertiden fra bevisstheten, men kan komme til uttrykk som kroppslige plager, fordi vi bremser oss selv både kroppslig og sosialt (Kirkengen & Næss, 2021). Det oppstår et behov for følelsesmessig kontroll, som igjen gir følelsesmessige konflikter. Disse konfliktene kommer til uttrykk på ulikt vis, og er uttrykk for forsøk på å mestre livssituasjonen (Kirkengen & Næss, 2021). Dette stemmer med det som kommer frem i resultatene. Trudes bremsing av følelser kommer frem som gjensidig kroppslig brems. Slik jeg forstår det har Trudes følelsesfortrenging ført til redusert kontakt med kroppen og et behov for følelsesmessig kontroll. Det har gitt følelsesmessige konflikter. Ofte lykkes ikke Trude å holde på forsvaret og hun blir kvalm og kaster opp. Slike tilstander må sees som konsekvens av og som en integrert del langvarig beredskapstilstand (Thornquist, 2005).

I resultatet kommer det frem at Trude i mange år har vært svært begrenset i hvordan hun levde livet sitt. Råheim (2003) skriver at når hvile og innsats er forstyrret, handler det om tap av friheten til å handle. Slik Råheim skriver videre, kan også Trudes situasjon forstås med bakgrunn i endret kroppslig perspektiv. I et kroppsfenomenologisk perspektiv og en livsverden-tenkning forstås individets eksistensielle status i dyp samhörighet med omverden, påvirket av dens kulturelle forestilling (Merleau-Ponty, 2012). I følge Merleau- Ponty er den levde kroppen intensjonal, med det forstår jeg at den retter seg mot verden, og gjennom

sansenessige erfaring i bor kroppen en evne til å oppfatte, skape og uttrykke mening. Sett i dette perspektivet er Trudes livsverden innsnevret fordi det levde rom, Trudes handlingsrom, er mindre og samhørighet til hennes praktiske virkelighet trues. Sett i et kroppsfenomenologisk perspektiv vil altså utgangspunktet for erkjennelseskilden være kroppen (Merleau-Ponty, 2012). Med dette får erfaringer med å være i kontakt med kroppen stor betydning for måten en er i verden på. Engelsrud (2001) viser til kroppsfenomenologi, og skriver at som følge av kroppskontaktens betydning er en persons helsetilstand relatert til hva slags kroppslig nærvær og hvilke refleksjoner personen har hatt mulighet til å utvikle.

Økt emosjonell bevissthet, økt forståelse av sammenhenger gjennom språkliggjøring, og samtidig prosess med økt kontakt med kroppen har bidratt til at Trude er i bedre stand til å håndtere situasjoner nå sammenlignet med tidligere hvor hun har opplevd ikke mestring. Breitve, Hynninen og Kvåle (2008) skriver at ved å forstå plager i en større sammenheng kan pasienten oppnå endret syn på en tilsynelatende uløselig situasjon. Der hvor plagene handler om komplekse negative interaksjoner og involverer flere områder i livet, kan en endring i ett av områdene påvirke de andre. I resultatet beskriver jeg at Trude gjennomgår en langsiktig omstillingsprosess som innebærer alle deler av henne som individ. Å oppleve at en kan påvirke det som skjer, gir en følelse av kontroll over tilværelsen og på den måten gi nye handlingsmuligheter (Breitve et al., 2008). Trude er i en prosess hvor hennes intensjonalitet, den begripende og erfarende rettethet mot livsverden endres, den gir større mening, og det gir henne større handlingsmuligheter i tråd med hvordan hun ønsker å være. Hun er mer spontan, mer fleksibel, mer utadrettet og utforskende og har økt kapasitet til å håndtere egne følelser og adferd. Hun skaper med det nye endrings- og handlingsmuligheter.

Å anerkjenne og søke innsikt i den virkelighet pasienten opplever er et viktig utgangspunktet for å kunne hjelpe (Kirkengen & Næss, 2021). For klinikerer er en viktig kilde til innsikt nettopp fortellingen om det å være syk, konsekvenser og de sammenhenger det forbindes med (Råheim, 2003). Dessuten har sykehistorien viktige funksjoner for den det gjelder. Det er snakk om å gjøre ens erfaringer av å være syk mer begripelig, å forankre den i livshistorien, og på den måten gi erfaringene ny mening (Råheim, 2003, s. 2478). For at det skal få status som virkelig må individets virkelighet deles språklig med andre. Her har terapeuten en viktig funksjon, som en meningsbærende annen (Gretland, 2007). Gretland (2007, s. 145) beskriver en pasients kvalmereaksjon som oppstår i behandling. Fysioterapeuten stiller åpne spørsmål slik at pasienten kan fortelle det som tidligere hadde ikke har vært fortalt. Gretland (2007)

tydeliggjør her hvordan språkliggjøring av de kroppslige opplevelsene kan sees i direkte sammenheng med at reaksjonene avtok. Resultatet viser at Trudes kvalmereaksjon blir møtt med nysgjerrighet og undring både i fysioterapi og samtaler med behandler. Implisitt og eksplisitt understreker stadig tematiseringen av kvalme ovenfor Trude, at den er meningsfull og en uadskillelig del av hennes måte å håndtere det uhåndterbare på. Kvalmen får gjennom kroppslig tilnærming og samtaler en gyldighetsposisjon, og løftes opp som viktig og meningsfull.

Slik jeg forstår PMF, gjør vi om tegn til mening, ikke til symptom på sykdom gjennom utforskning og samarbeid med pasienten. Gretland (2007) kaller kroppslige tegn «meddelelser». Bare gjennom innsikt i tolkningsgrunnlaget og meningsdannelse kan reaksjoner og handlinger forstås ut fra et dypere nivå (Gretland, 2016). Med andre ord, for å forstå hvorfor kvalme trer frem som reaksjon må pasient og terapeut utforske når, hvordan og i hvilke situasjoner kvalme først gjorde seg til kjenne.

Om forutsetningene for at kroppen styrkes gjennom nye erfaringer, erkjennelser på et høyere bevissthetsnivå og innsikt ligger til rette, vil kroppslig tilnærming kunne hjelpe (Råheim, 2003). Slik jeg forstår det var ikke innsikten tilgjengelig for Trude på bevissthetsnivå og hun hadde ikke kontakt med følelsene sine. Gjennom psykomotorisk fysioterapi og utforskende samtaler har hun fått tilgjengeliggjort kroppslig kunnskap og kroppslig erfaring gjennom personlige fortellinger og hjelp til tolkning av. I Trudes prosess får hun kontakt med emosjoner som har gitt større innsikt, økt forståelse av og meningsdannelse av kroppslige erfaringer. For at det skal være mulig å romme det utålelige er det i mange tilfeller nødvendig å lete etter betydningen av kroppens uttrykk for vonde livserfaringer. Bare slik kan nye måter å håndtere de situasjoner som har vist seg vanskelig, kunne skapes for Trude, ved først å bli kjent med hvilke tegn hun i utgangspunktet har hatt, hvordan hun har tolket dem i den kontekst de oppsto i, og hvilke konsekvenser det har fått. Jeg forstår den beskrevne endringen som et resultat av at Trude gjennom økt kroppslig nærvær, og økt emosjonell bevissthet har gjenopprettet en opplevelse av kontroll og påvirkningskraft i hennes livsverden. Hun har oppnådd kjennskap og tiltro til egne evner til å gjøre gode handlingsvalg ut ifra et emosjonelt og kroppslig utgangspunkt.

## 5.5 Avslutning

Denne kasusstudien har gjennom å utforske kvalmereaksjoner i et fenomenologisk perspektiv vist til at individet og hjelpeapparatet kan få økt innsikt og forståelse av hva kvalme og oppkast handler om, og hvilke perspektiv og teori en kan forstå det ut ifra.

I studien har jeg vist at kvalmereaksjoner kan forstås som uttrykk for kontroll og grensesetting i behandlingssituasjon, der kvalme kommer frem som en meningsfull og nyttig reaksjon som skaper avstand når noe er grenseoverskridende. Kvalme og oppkast som kroppslig følelse av avsky fungerer som en projektiv mekanisme når det gjelder å beskytte seg mot den egentlige tilstand av avmakt og invadering i en fastlåst situasjon. Kvalme og oppkast kan forstås som en meningsbærende reaksjon på å føle seg invadert, en reaksjon på trussel av integritet som individet ikke klarer å erkjenne eller forholde seg til på annet vis. I oppgaven synliggjør jeg at kvalme kan forstås som en «first respond»- følelse, et førstevalg, der målet kan være å gjenvinne personlig integritet og å overleve.

Gjennom tilgjengeliggjøring av kroppslig kunnskap ved å knytte det til personlige fortellinger kan kvalme og oppkast tolkes med utgangspunkt i den kontekst den oppstår i. Gjennom psykomotorisk fysioterapi og utforskende samtaler kan økt kroppskontakt og økt emosjonell kontakt føre til meningsskapelse av kvalmereaksjoner reaksjoner. Det kan bidra til endrede måter å forholde seg til vonde ting på, endret reaksjonsmønster og økte handlingsmuligheter.

Jeg vet ikke hva jeg skal kalle denne type kvalme og oppkast som beskrives i studien. Jeg erfarer at det kan være en utfordring å snakke om slike erfaringer på tvers av fagmiljøer og med pasienter. Umiddelbart tenker jeg at det trengs et begrepsapparat slik at man ikke går i den fella hvor man tror man snakker om det samme. Det er behov for et praksisnært begrepsapparat som gir presise formuleringer som forhindrer misforståelser, både i møte med pasienter og helsepersonell. Jeg tenker at utvikling av begrepsapparat kan være til nytte i flere tilstander utover kvalme, som er vanskelig å begripe.

Oppgaven kan inngå i en kollektiv prosess av kunnskapsutvikling av hvordan man på møter pasienter med plager som oppleves uforståelige. Psykomotoriske fysioterapeuter har i tett samarbeid med pasienten, en unik mulighet til å utforske dette kunnskapsområdet videre. Jeg ønsker at andre fagpersoner kan ta inn kunnskapen presentert i denne studien i sin forståelse i

møte med mennesker. Vi jobber tverrfaglig og i kraft av vår profesjon har vi makt til å påvirke forståelsesgrunnlaget til de vi møter.

## Kilder

- Andreasson, J. & Johansson, T. (2019). Triathlon Bodies in Motion: Reconceptualizing Feelings of Pain, Nausea and Disgust in the Ironman Triathlon. *Body & Society*, 25(2), 119-145. <https://doi.org/10.1177/1357034x18798705>
- Bergland, A., Olsen, C. F. & Ekerholt, K. (2018). The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. *Physiotherapy Research International*, 23(4), e1723. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/pri.1723>
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice* (bd. 16). New York: New York: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction. A social critique of the judgement of taste* (8. utg., R. Nice, Overs.). Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Bourdieu, P. (1990). Structures, habitus, practices (R. Nice, Overs.). I *The Logic of Practice* (s. 52-79). Stanford, CA: Stanford University Press.
- Breitve, M. H., Hynninen, M. & Kvåle, A. (2008). Emotional Symptoms and Health Complaints for Patients Seeking Psychomotor Physiotherapy. *Fysioterapeuten*, 75(12), 19-26.
- Brinkmann, S., Tanggaard, L. & Hansen, W. (2012). *Kvalitative metoder : empiri og teoriutvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet* (5. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Bunkan, B. H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde : teori og helsefremmende behandling* (4. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bunkan, B. H. (2010). *A comprehensive physiotherapy* (Aspect of Psychiatric and Psychosomatic Physiotherapy). Oslo: Oslo University College.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dragesund, T. & Øien, A. M. (2019). Demanding treatment processes in Norwegian psychomotor physiotherapy: From the physiotherapists' perspectives. *Physiother Theory Pract*, 35(9), 833-842. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1463327>
- Ekeland, T.-J. (2021). *Psykisk helsevern : en kunnskapsplattform*. Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Ekerholt, K. & Falck, M. (1995). *Fotfeste : en kroppsbasert behandlingsprosess*. Oslo: Pax.
- Ekerholt, K. & Gretland, A. (2018). Norwegian psychomotor physiotherapy, a brief introduction. I M. Probst & L. H. Skjærven (Red.), *Physiotherapy in mental health and psychiatry : a scientific and clinical based approach* (s. 51- 58). Amsterdam: Elsevier.
- Engelsrud, G. (2001). Bevegelse som kunnskapsområde i fysioterapi. I. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219-245. <https://doi.org/10.1177/1077800405284363>
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fuchs, T. (2013). The Phenomenology of Affectivity. I(s. 612-631).
- Fuchs, T. (2017). Intercorporeality and Inter-affectivity. I C. Meyer, J. Streeck & J. S. Jordan (Red.), *Intercorporeality: Emerging Socialities in Interaction* (s. 0). Oxford University Press.
- Fuchs, T. & Schlimme, J. E. (2009). Embodiment and psychopathology: a phenomenological perspective. *Curr Opin Psychiatry*, 22(6), 570-575. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283318e5c>
- Gretland, A. (1999). *Kroppens spor - en utfordring i psykiatrien*. Regionsykehuset i Tromsø.

- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Gretland, A. (2016). Psykomotorisk fysioterapi- Med kroppen som innfallsport til personen. I A. K. Bergem (Red.), *Kroppen i psykoterapi* (s. 139- 159). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Heinämaa, S. (2020). Disgust. I T. Szanto & H. Landweer (Red.), *The Routledge Handbook of Phenomenology of Emotion*. London: Routledge.
- Kirkengen, A. L. & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Kirkengen, A. L. & Næss, A. B. (2021). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (4. utgave. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kolnai, A. (2003). *On disgust* Open Court Publishing Co ,U.S.
- Korsmeyer, C. & Smith, B. (2004). Visceral Values: Aurel Kolnai on Disgust. I B. Smith & C. Korsmeyer (Red.), *Aurel Kolnai's On Disgust* (s. 1-23). Open Court Publishing Company.
- Kristeva, J. (1982). *Powers of horror : an essay on abjection*. New York: Columbia University Press.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg., T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Leder, D. (1990). *The absent body*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lilleaas, U.-B. (2003). *Fra en kropp i ustand til kroppen i det moderne* Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Lilleaas, U.-B. & Fehr, D. v. D. (2011). Chronic Pain Syndrome Explained as a Bodily State of Preparedness for Others and why it is Hard to Cure. *Nordisk sygeplejeforskning*, 1(4), 257-271. <https://doi.org/doi:10.18261/ISSN1892-2686-2011-04-02>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Merleau-Ponty, M. (2012). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Bokklubben.
- Miller, S. (2004). *Disgust : The Gatekeeper Emotion*. London, UNITED KINGDOM: Taylor & Francis Group.
- Miller, S. B. (1993). Disgust Reactions. *Contemporary Psychoanalysis*, 29(4), 711-735. <https://doi.org/10.1080/00107530.1993.10746833>
- Muth, E. R., Stern, R. M., Thayer, J. F. & Koch, K. L. (1996). Assessment of the multiple dimensions of nausea: The Nausea Profile (NP). *J Psychosom Res*, 40(5), 511-520. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(95\)00638-9](https://doi.org/10.1016/0022-3999(95)00638-9)
- NESH. (2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora>
- Paidi, G., Jean, M., Oduwole, A., Gautam, N., Kapoor, K. & Paidi, R. (2022). Chronic Unexplained Vomiting: A Case Report on Psychogenic Vomiting. *Curēus (Palo Alto, CA)*, 14(6). <https://doi.org/10.7759/cureus.25959>
- Paulsen, S. K. (2016). *Fra kvalme til grensesetting- En videoanalyse om selvhjelpsprinsippet i psykomotorisk fysioterapi*
- (Masteroppgave). UIT Norges Arktiske Universitet, Uit Munin. Hentet fra <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/9593/thesis.pdf?sequence=2>
- Pooja, V., Gupta, N., Khan, A., Chaudhury, S. & Saldanha, D. (2021). Psychogenic vomiting: A case series. *Ind Psychiatry J*, 30(3), 252-254. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.328822>

- Reddy, R. P., Varambally, S. & Vigneshvaran, K. (2017). Comprehensive Intervention of Functional Symptoms: A Case Report of Psychogenic Vomiting. *Journal of psychosocial rehabilitation and mental health*, 4(2), 241-246.  
<https://doi.org/10.1007/s40737-017-0096-7>
- Rønneberg, M., Mjølstad, B. P., Hvas, L. & Getz, L. (2022). Perceptions of the medical relevance of patients' stories of painful and adverse life experiences: a focus group study among Norwegian General Practitioners. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 17(1), 2108560-2108560.  
<https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2108560>
- Råheim, M. (2003). Kroppsfenomenologi: innsikt relevant for klinisk praksis. *Fysioterapeuten*.
- Sheets-Johnstone, M. (1999). Emotion and movement. A beginning empirical-phenomenological analysis of their relationship. *Journal of Consciousness Studies*, 6(11-12), 259-277.
- Srivastava, P., Pattanayak, R. D. & Mehta, M. (2017). Chronic unexplained vomiting: A case report with focus on issues relevant for international classification of disease (ICD)-11. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 18(1), 5. Hentet fra  
<https://www.aseanjournalofpsychiatry.org/articles/chronic-unexplained-vomiting-a-case-report-with-focus-on-issues-relevant-for-international-classification-of-disease-icd.pdf>
- Stern, R. M., Koch, K. L., Andrews, P. & Andrews, P. (2011). *Nausea : Mechanisms and Management*. Cary, UNITED STATES: Oxford University Press, Incorporated.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2005). Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling – En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(1), 30-44. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2005-01-04>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Pensumtjenesten.
- Thornquist, E. & Kirkengen, A. L. (2020). *Sammensatte lidelser : et samfunnsspeil* (1. utgave. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research : design and methods* (4th ed. utg., bd. vol. 5). Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Zahavi, D. (2003). *Fænomenologi*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Zahavi, D. (2019). *Phenomenology The Basics* (1. utg.)Routledge.
- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forl.



# Vedlegg

## Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet:

«En kasusbeskrivelse av en pasients endringsprosess ved alvorlig psykisk lidelse- sett fra et psykomotorisk perspektiv».

*Dette informasjonsskriv er gitt til intervjuperson minimum 1 uke før samtykket er gitt, for å minske et mulig opplevd press til å delta. Informasjonsskrivet er sendt pr. epost.*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse dine erfaringer i din endringsprosess i forhold til de utfordringer du har hatt knyttet til psykisk lidelse. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### Formål

Med dette prosjektet ønsker jeg å undersøke en pasients erfaringer og opplevelser av å være i en endringsprosess mot å håndtere/bli bedre av sine plager knyttet til alvorlig psykisk lidelse. Det er lite kunnskap om pasienters erfaringer med psykomotorisk fysioterapi, spesielt knyttet til pasienter med psykiske lidelser. Jeg ønsker å få dypere innsikt om, og på hvilken måte psykomotorisk fysioterapi har påvirket eller bidratt til endring av pasientens utfordringer knyttet til psykisk lidelse i ett behandlingsforløp. Videre ønsker jeg å undersøke i hvilken grad nedtrapping av antipsykotiske medisiner kan ha hatt betydning for det pasienten erfarer i psykomotorisk fysioterapi. Hvilken verdi eller betydning har omstillingsprosesser hatt for pasientens helse? Dette ønsker jeg å belyse ved å intervju deg, og ved å bruke journalnotater jeg har skrevet fra dine fysioterapibehandlinger hos meg underveis i forløpet, fra 2018 til høsten 2021. Journalnotater fra tiden etter du har fått dette informasjonsskrivet vil ikke bli inkludert i prosjektet.

Studien er en avsluttende masteroppgave og vil etter planen være ferdig vår/sommeren 2022.

### Problemstilling

*«Hvordan beskrives endringsprosessen til en pasient med alvorlig psykisk lidelse av pasienten selv. Hvordan kan dette forstås gjennom psykomotorisk kunnskapsforståelse?»*

Underspørsmål:

- *Hvordan opplever og erfarer en pasient med alvorlig psykisk lidelse psykomotorisk fysioterapi som en del av et større tverrfaglig behandlingstilbud?*
- *På hvilken måte fremtrer pasientens utvikling gjennom mine notater, og sammenfaller mine beskrivelser med hvordan pasienten husker å ha opplevd det selv?*

Problemstilling vil kunne bearbeides underveis i prosjektet.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Anne Gretland ved Norges Arktiske Universitet - UIT er ansvarlig for prosjektet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Jeg har valgt å spørre deg, fordi jeg har kunnskap om deg og ditt behandlingsforløp i kraft av å være fysioterapeut. Jeg mener du er representativ for prosjektets tema og jeg tror du vil kunne gi meg data som er relevant til det jeg ønsker å undersøke.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

- Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du stiller til intervju. Intervjuet kan vare opp til 1 time og 30 min, opp til 2 ganger. Hvis du etter intervjuet ønsker å komme med ytterligere informasjon, så vil det være anledning for det innen en viss tid. Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet. Lydopptaket vil så bli skrevet ned i sin helhet av meg. Personidentifiserende opplysninger vil anonymiseres ved å endre på stedsnavn, alder og lignende.
- Jeg ønsker å benytte journalnotater jeg har skrevet i forbindelse med dine psykomotoriske behandlinger du har hatt med meg. Dette kan være en nyttig kilde til å se det du beskriver i lys av hvordan det kom til kroppslig uttrykk i behandlingen. Journalnotatene vil bli hentet fra DIPS journalsystem, anonymisert og lagret i henhold til UITs retningslinjer (se nærmere beskrivelse lengre ned).

Du kan velge å ikke samtykke til journalnotater selv om du samtykker til intervju. Da vil journalnotater ikke bli benyttet.

### **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. All data vil da slettes. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Deltakelse eller trukket samtykke underveis vil ikke påvirke noe av ditt behandlingsforløp ved Medikamentfritt Behandlingstilbud eller.

### **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.

- Min veileder Anne Gretland ved Institutt for helse- og omsorgsfag, UIT vil ha tilgang til lydfilen av intervju samt skriftlig utarbeiding av oppgaven underveis i prosjektet.
- All data (lydfiler, intervju og journalnotater) vil bli lagret på forskningsserver gjennom Tjenester for Sensitive Data.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent. Alt lagret datamateriale vil bli slettet når oppgaven er godkjent, senest mai 2023.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges Arktiske Universitet- UIT har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

Opplysninger fra sykdomshistorie og livshistorie vil bli anonymisert, men det vil kanskje kunne gjenkjennes av de som står deg nærmest. Dette inkluderer familie, behandlere og helsehjelpere som kjenner deg og din historie godt.

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Norges Arktiske Universitet] ved Anne Gretland, telefon: 77 66 06 94 eller på epost [anne.gretland@uit.no](mailto:anne.gretland@uit.no)
- Personvernombud ved UIT Norges arktiske universitet ved Joakim Bakkevold, telefon: 77 64 63 22 eller på e-post: [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no)
- Personvernombud ved UNN Pål Anders Ellefsen, telefon: 77 62 60 00 (sentralbord) eller på epost: [Personvernombudet@unn.no](mailto:Personvernombudet@unn.no)

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](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen  
Marianne Madsen Viberg  
(Forsker)

### Samtykkeerklæring

*Samtykkeerklæring leses opp av undertegnende og samtykkes muntlig av intervjuperson i starten av intervju, for å unngå å lagre data med personopplysninger (navn).*

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «En kasusbeskrivelse av én pasients bedringsprosess ved alvorlig psykisk lidelse- sett fra et psykomotorisk perspektiv», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at Marianne Madsen Viberg kan benytte journalnotater fra fysioterapibehandlinger vi har hatt sammen.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet og oppgave er bestått.

## Intervjuguide

### **Bakgrunn**

Kan du fortelle om tiden du fikk psykiske plager?

Har plagene endret seg i løpet av den tiden du har vært syk?

Har du fått andre plager den tiden du har hatt psykiske plager?

Hvordan har din somatiske/fysiske helse vært?

### **Hjelp og støtte**

Hvordan har ditt møte med helsevesenet vært i løpet av årene med psykiske plager?

Hvilken type hjelp har du fått?

Hvilken plass har dine kroppslige plager fått i møtet med helsevesenet/ støtteapparat?

### **Forståelse av dine plager**

Hva tenkte du om plagene når du ble syk?

Hvor søkte du kunnskap og forståelse?

Har din forståelse av dine psykiske plager endret seg?

Hvordan har du forstått dine kroppslige plager, har dette endret seg?

Hvilke erfaringer opplever du har vært nyttige i din bedringsprosess?

Hadde du erfaring med eller visste du noe om psykomotorisk fysioterapi fra tidligere?

Påvirket psykomotorisk fysioterapi din forståelse og erfaringer av dine plager?

Har det vært nyttig for deg med psykomotorisk fysioterapi i sammenheng med noen av de andre tilbudene på posten, kan du si noe om hvorfor eller hvorfor ikke?

### **Bedringsprosess**

Hva vil det si for deg å «være i bedring» eller å bli bedre?

Hva var dine kriterier for å oppleve at behandlingen av dine plager var virksom?

Har kriteriene/forventingene dine endret seg underveis i din prosess mot bedring?

Er det noen spesielle erfaringer du vil trekke frem, som var spesielt viktig for at du opplevde endring i din tilstand?

Hvilke ressurser hos deg har vært verdifull? Har du opplevd å oppdage ressurser du ikke var klar over at du hadde?

Har du gjort noen endringer i livet ditt på bakgrunn av erfaringer du har gjort deg i denne prosessen?

Har du vært eller er du redd for å bli syk igjen?

Med de erfaringer du har gjort deg, hva tenker du har bidratt til at du håndterer dine plager annerledes i dag?

# Anbefaling- behandling av personopplysninger



Masterstudent Marianne Viberg, UNN Prosjektleder Anne Gretland  
UIT Norges Arktiske Universitet

Deres ref.: Vår ref.: Saksbehandler/dir.tlf.: 2021/7883 Kristin Andersen/77626506

## ANBEFALING – BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Dato: 20.9.2021

Det vises til Meldeskjema for forsknings- og kvalitetsprosjekt og annen aktivitet som medfører behandling av personopplysninger, mottatt 5.7.2021 og senere avklaringer pr. telefon og e-post, siste e-post .

Meldingen gjelder prosjektet:

### **Nr. 02791**

**Navn på prosjektet:** *En kasusbeskrivelse av én pasients bedringsprosess ved alvorlig psykisk lidelse- sett fra et psykomotorisk perspektiv*

**Prosjektperiode:** *1.9.2021 – 1.7.2022*

Prosjektet er et **forskningsprosjekt**/masteroppgave for Marianne Viberg ledet fra Norges Arktiske Universitet hvor Universitetssykehuset Nord-Norge HF bidrar med rekruttering av pasient og eventuell tilgang til pasientjournal på bakgrunn av pasientens samtykke.

**Formål:** *«Prosjektet undersøker en pasient erfaring og opplevelser av å være i en bedringsprosess mot å håndtere/bli bedre av sine plager knyttet til alvorlig psykisk lidelse. Det er lite kunnskap om pasienters erfaringer med psykomotorisk fysioterapi, spesielt knyttet til pasienter med psykiske lidelser. Jeg ønsker å få dypere innsikt om, og på hvilken måte psykomotorisk fysioterapi har påvirket eller bidratt til bedring av pasientens utfordringer knyttet til psykisk lidelse i ett behandlingsforløp. Videre ønsker jeg å undersøke i hvilken grad nedtrapping av antipsykotiske medisiner kan ha hatt betydning for det pasienten erfarer i psykomotorisk fysioterapi. Hvilken verdi eller betydning har omstillingsprosesser gjennom psykomotorisk fysioterapi hatt for pasientens helse? Dette ønsker jeg å belyse gjennom intervju av en pasient jeg har hatt i behandling de siste to år, og ved å bruke fysioterapinotater jeg har skrevet underveis i forløpet.»*

NSD har på vegne av UiT vurdert prosjektet og har (i et udatert svar, mottatt i e-post fra studenten 6.9.2021) gitt følgende tilrådning:

### **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 nr. 11*

*og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a. For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).*

Personvernombudet på UNN har vurdert at behandling av personopplysninger vil være hjemlet etter helsepersonelloven § 22:

*Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at opplysninger gjøres kjent for den opplysningene direkte gjelder, eller for andre i den utstrekning den som har krav på taushet, samtykker.*

Det vil si at pasienten samtykker til deltakelse på intervju, og eventuelt også samtykker til oppslag i DIPS for studentens notater. Informasjonsskriv vil bli sendt til pasienten i god tid på forhånd slik at pasienten får god tid til å tenke seg om og ikke føler press til å delta.

PVO skal ha melding når prosjektet er avsluttet og data er slettet. PVO skal også ha melding hvis prosjektet endrer formål.

Ved tilgang til DIPS skal Docmap-prosedyre [«PR53215 Bruk av DIPS i forsknings- og kvalitetsprosjekter i UNN»](#) følges.

Med hjemmel i Personvernforordningens artikkel 39, anbefaler PVO at behandlingen kan iverksettes.

PVOs anbefaling forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med de opplysningene som er gitt, samt i henhold til Personopplysningsloven og Helseregisterloven med forskrifter.

Med vennlig hilsen  
UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

for Personvernombudet

Kristin Andersen personvernrådgiver

Kopi: Klinikksjef Eirik Stellander

Om personvernombud  
Personvernombudet er utpekt av Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og meldt til Datatilsynet. Personvernombudet har som oppgave å bidra til at UNN følger gjeldende regelverk for behandling av personopplysninger. Oppgaven innebærer blant annet å kontrollere overholdelsen av regelverket, informere og gi råd til virksomheten og de ansatte, og gi råd i vurdering av personverskonsekvenser. Personvernombudet er uavhengig og kan ikke instrueres av UNN i gjennomføring av sine oppgaver.

Om uttalelsen  
Personvernombudets uttalelse er ikke selvstendig juridisk bindende og du kan selv velge hvordan du ønsker å forholde deg til denne. Du er imidlertid selv ansvarlig for at du følger

gjeldende personvernregler innenfor ditt ansvarsområde. Velger du å avvike fra personvernombudets uttalelse bør du begrunne dette skriftlig i ditt arbeid.

#### Klageadgang

Personvernombudets uttalelse er har ingen selvstendig juridisk virkning og det finnes ingen adgang til å klage på uttalelsen. Dersom uttalelsen konkluderte på annen måte enn du ønsket kan personvernombudet bistå.

#### Taushetsplikt

Personvernombudet har taushetsplikt ovenfor opplysninger om personlige forhold, enkeltpersoners varsling om mulige brudd på personvernlovgivningen, forretningshemmeligheter eller sikkerhetstiltak som det får kjennskap til i utførelsen av sitt arbeid. Dersom slike opplysninger er nødvendig for å gjennomføre lovpålagte oppgaver kan den registrerte bli bedd om samtykke til å gi nødvendige opplysninger videre.

For mer informasjon om personvernombud se [Datatilsynets sider om personvernombud](#) For mer informasjon om pasientens rettigheter se [Dine rettigheter på Datatilsynets sider](#) For mer informasjon om virksomheten (UNN) sine plikter se [Virksomhetenes plikter](#)

## Godkjenning av NSD

Behandlingen av personopplysninger er vurdert av NSD.

Vurderingen er: Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 05.09.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helse frem til 31.05.2023.

#### 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 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a. For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

#### 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 viderebehandles 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

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. 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). 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). TSD er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med 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 hvilken type endringer det er nødvendig å melde: [nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema](https://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: Karin Lillevold

Lykke til med prosjektet!