



**PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI FOR ”FLINKE PIKER”
– fysioterapeuters erfaringer og refleksjoner fra klinikken**

Stine Kvammen Bjørlykhaug

**Mastergradsoppgave i helsefag,
studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi.**

**Institutt for helse og omsorgsfag
Det helsevitenskapelige fakultet
Universitetet i Tromsø**

Mai 2016

FORORD

*Hei, sa Sniff, Jeg har funnet min egen vei. Den ser farlig ut.
Hvor farlig? spurte Mummitrollet.
Jeg ville nærmest si enormt farlig, svarte det vesle dyret Sniff alvorlig.
Da må vi ha med oss niste, sa Mummitrollet, og saft.*

- Tove Jansson -

Dette masterstudiet og arbeidet med denne oppgaven har vært en berikende prosess. Å få et utvidet blikk for menneskers kompleksitet kan på mange måter komplisere ytterligere. Og jeg som trodde ting skulle bli lettere av å vite mer... #denfølelsen

Tusen hjertelig takk til min veileder, Eline Thornquist. Dette er andre gangen jeg har fått muligheten til å bryne meg på ditt kloke hode og skarpe tunge. Din grundighet, ditt engasjement og din fagkunnskap har vært uvurderlig. Sa jeg takk? TUSEN TAKK!

Takk til Norsk Fysioterapeutforbund som gjennom Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter har gitt økonomisk støtte til studiet. I tillegg vil jeg takke for stipend til masteroppgaven fra Senter for kvinne- og kjønnsforskning (Kvinnforsk) ved Universitetet i Tromsø.

Til slutt vil jeg takke min kompanjong, Ingvild Teigen, for det første for å ha gitt meg Simone De Beauvoirs tjukke bok i tredveårs-presang, og for det andre: Uten deg ville oppgaveskriving vært en meget mye mer kjedelig affære.

Og til meg selv, Stine, du har vært en usannsynlig flink pike.

Tennfjord, 10.mai 2016

Stine Kvammen Bjørlykhaug

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Ungdom, og spesielt unge jenter, med psykiske helseplager har fått stor dekning i mediebildet og mye omtale fra politisk hold den siste tiden. Det har blant annet sammenheng med at stadig flere unge jenter oppsøker helsevesenet med plager og bekymringer. Dette aktualiserer behovet for en dypere forståelse av disse unge jentenes situasjon for kunne møte dem på en god måte og finne frem til adekvat behandling.

Formål: Hensikten med denne studien har vært å få et innblikk i psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer og refleksjoner fra klinisk praksis: Hvordan forstår fysioterapeutene jentenes situasjon, og hva legger de vekt på i behandling av dem?

Materiale og metode: Kvalitativt semistrukturert intervju ble valgt som metode. Utvalget består av tre fysioterapeuter med spesialistkompetanse innen tradisjonell norsk psykomotorisk fysioterapi. Analyseprosessen har foregått i en såkalt hermeneutisk spiral, som en kontinuerlig bearbeidelse mellom deler og helhet, der jeg har vekslet mellom teori, empiri og analyse.

Kunnskapsbidrag: Informantene uttrykker bekymring for det de oppfatter som en notorisk og selvkritisk overvåking av egen kropp, utseende og prestasjoner hos unge jenter. I sin tilnærming legger informantene vekt på å fremme subjektiv opplevelse av egen kropp for at jentene skal få mer ”grep” om seg selv og en opplevelse av utvidet handlingsrom. Det gjøres ved å sette bevegelser, stillinger og holdninger inn i meningssammenhenger ved hjelp av samtale. I tillegg ønsker informantene å normalisere hvordan de unge jentene tenker om og forholder seg til egen kropp, følelsesmessige svingninger i ungdomstiden og til kroppslige reaksjoner på belastninger. Resultater og refleksjoner er organisert som tre hovedtema: *Kjønn i klinisk praksis*, *Kontakt med kroppen* og *Normalisering og ufarliggjøring*. For å belyse det komplekse ved unge jenters situasjon er oppgaven bredt perspektivsatt med inspirasjon fra både fenomenologi, utviklingspsykologi, kjønnsfilosofi og sosialvitenskap. Informantene gir uttrykk for en kropps-, sykdoms- og helseforståelse som har klare fellestrekk med en grunnleggende fenomenologisk tenkning ved at de legger vekt på betydningen av tilknytning, tilhørighet og bekreftelse fra andre som ivaretar grunnleggende kjennetegn ved mennesket. De representerer et kroppssyn som innebærer at kroppen preges av *både* mekaniske krefter og meningsverdener *samtidig*.

Nøkkelord: Psykomotorisk fysioterapi, ungdom, psykiske helseplager, identitet, kjønn, kontakt med kropp, refleksjon, normalisering

ABSTRACT

Background: Lately, young adults, and especially young women, who suffer from mental health complaints have been on a public and political agenda. This is connected to an increased use of health services amongst the young women. This actualizes the need for a wider understanding to meet the challenges imposed by the situation of girls and to be able to provide adequate treatment.

Objective: The aims of the present thesis is to enhance knowledge from PsychoMotor Physiotherapists clinical experiences and reflections: How do the Physiotherapists understand the situation of young women, and what do they emphasise in their treatment?

Material and Method: This is a qualitative study based on in-depth interviews. Three physiotherapists specialized in traditional Norwegian PsychoMotor Physiotherapy were conducted in the study. The material was analysed with applying principles from hermeneutics, the interpretation of meaning is emphasised as a reciprocal influence between presupposition and understanding, as well as between parts and the whole.

Knowledge Contribution: The informants express concern of what they characterize as a notorious and self-critical observer's perspective of one's own body, appearance and achievements in young women. In their approach the informants add emphasis on promoting subjective experience of one's own body for girls to get a better "hold" of themselves and to experience an expanded sense of latitude. Through conversation and reflection, they intend to set movements, positions and attitudes into meaningful contexts. In addition, the informants seek to normalize how the young women think about, and relate to, their own bodies, emotional stress in adolescence, and bodily reactions to load and stress. Results and reflections are organized as three main themes: *Gender in clinical practice*, *Contact with the Body* and *Normalization and defusing*. To illustrate the complexity of young women's situation, the thesis is broad applied with theoretical perspectives with inspiration from phenomenology, developmental psychology, gender philosophy and social science. Taking into account how the informants emphasise the importance of affiliation, belonging and confirmation from others, their body and health view seem to have commonalities with a basic phenomenological understanding. In their view the body is characterized by both the mechanical function and the world of experience and meaning *simultaneously*.

Keywords: PsychoMotor Physiotherapy, youth, mental health complaints, identity, sex, bodyawareness, reflection, normalization

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	1
1.1	PROBLEMOMRÅDE OG BAKGRUNN	1
2	HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	2
2.1	HENSIKTEN MED STUDIEN	2
2.2	PROBLEMSTILLING	3
3	NORSK PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI	3
4	TEORETISKE PERSPEKTIVER	5
4.1	UNGDOM – IDENTITETS- OG UTVIKLINGSPERSPEKTIV	5
4.2	KJØNNSTEORETISK PERSPEKTIV	6
4.3	FENOMENOLOGISK PERSPEKTIV	9
5	METODISKE OG ANALYTISKE STRATEGIER	11
5.1	VALG AV METODE	11
5.1.1	VALG AV INFORMANTER	11
5.1.2	FORBEREDELSE OG GJENNOMFØRINGEN AV INTERVJUENE	12
5.2	ANALYSESTRATEGIER	13
5.2.1	TRANSKRIBERING AV INTERVJUENE	13
5.2.2	ANALYSE AV MATERIALET	14
5.3	METODISKE OVERVEIELSER	15
5.4	ETISKE BETRAKTNINGER	17
6	RESULTATER OG REFLEKSJONER	18
6.1	KJØNN I KLINISK PRAKSIS	19
6.1.1	HENVISNINGER OG HENVISNINGSGRUNNLAG	19
6.1.2	FYSIOTERAPEUTENES FORSTÅELSE AV "DE FLINKE PIKENE"	21
6.2	ANALYSE OG DRØFTING AV "KJØNN I KLINISK PRAKSIS"	25
6.3	KONTAKT MED KROPPEN	32
6.3.1	BEKREFTELSE PÅ PLAGENE - TILLIT TIL BEHANDLINGEN	32
6.3.2	KROPPEN SOM KILDE TIL INNSIKT	35
6.3.3	Å FÅ BEDRE GREP OM SEG SELV – GRENSER OG BEHOV	37
6.4	ANALYSE OG DRØFTING AV "KONTAKT MED KROPPEN"	41
6.5	NORMALISERING OG UFARLIGGJØRING	50
6.5.1	"LIVET – DET SVINGER"	50
6.6	ANALYSE OG DRØFTING AV "NORMALISERING OG UFARLIGGJØRING"	54
7	SAMMENFATNING OG AVSLUTTENDE KOMMENTAR	59
8	REFERANSELISTE	63

VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV OG INFORMERT SAMTYKKE	68
VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE	70
VEDLEGG 3: GODKJENNING FRA NSD	74

1 INNLEDNING

1.1 Problemområde og bakgrunn

I dag får unge jenter med psykiske helseplager stor dekning i mediebildet. Jentene blir fremstilt som stresset og utslitt av alle kravene om å være snille, flinke og attraktive. Kravene knyttes blant annet til skoleprestasjoner, popularitetspress fra sosiale medier og et utpreget kroppsfokus (Flåm, 2014, Gran, 2014, Lindgren, 2014). Noe av oppmerksomheten bygger på en epidemiologisk studie fra Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), som tyder på at en av fire jenter i ungdomsalderen sliter med psykiske helseplager, og det er tre ganger så mye som hos guttene (NOVA, 2014). Samtidig viser tall fra reseptregisteret en markant økning i bruk av antidepressiva blant unge de siste årene (Folkehelseinstituttet, 2014, s.161), og uttalt bruk av reseptfrie smertestillende medikamenter (Lagerløv et al., 2009).

Det mest fremtredende symptomet er at særlig jentene opplever ”alt som et slit”, samt stor grad av bekymring for fremtiden (NOVA, 2014). En annen undersøkelse viser at hver sjette kvinne i slutten av tyveårene har vært hos psykolog for problemer som depresjon og angst, selvbilde- og identitetsproblemer, samt ettervirkninger av traumer (Wichstrøm, 2009). En annen side som er tankevekkende er at selv om det tyder på at flere unge sliter med psykisk helse er trenden at de er stadig mer loyldige, de ruser seg mindre, flere fullfører skolegang og de fleste har et godt forhold til foreldrene sine (NOVA, 2014). Så hva peker dette fenomenet på?

Det sies lite om hvem disse jentene *er*, bortsett fra at mange av dem sliter med helsen sin, men likevel ser det ut til at de fungerer i samfunnet i den forstand at det ikke er noe trøbbel med dem. Informasjonen bygger på statistikk, og en må på dette grunnlag spørre seg om det er forhold som ikke kommer til syne i denne form for studier. Et nærliggende spørsmål er for eksempel hva slags helse- og sykdomsforståelse jentene som svarer på selvrapporteringsskjemaer selv har, og hvordan dagens kulturelle klima med en uttalt kropp- og helseopptatthet kommer inn i bildet. Som fysioterapeut ved et rehabiliteringssenter og fra privat praksis opplever jeg også en økning i yngre pasienter. Det er hovedsakelig jenter med diagnoser som utmattelse, tretthet, angst- og depresjon og generaliserte smertebilder. Det

samme inntrykket får jeg av å snakke med kolleger i kommunal fysioterapitjeneste. Dette aktualiserer behovet for en dypere forståelse av disse unge jentenes problemer for kunne møte dem på en god måte og finne frem til adekvat behandling.

2 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING

2.1 Hensikten med studien

I mitt studie- og praksisforløp innen psykiatrisk- og psykosomatisk fysioterapi har det blitt tydelig for meg hvordan ”(...) kroppslige vaner og væremåter har en funksjon i psykologisk og sosial forstand” (Thornquist, 2006, s.30), og derigjennom hvordan kroppen kan benyttes for å regulere følelser, som for eksempel å kompensere for en opplevelse av mangel på kontroll, tydelighet og grenser (Binder, 2002, Skårderud, 2004). Dette er en grunnleggende annen kroppsforståelse enn den som dominerer i media. Der fremstilles presset som ungdom blir stilt ovenfor - både når det gjelder kropp og prestasjon - som et ytre fenomen som sliter ungdommene ut. Fra dette perspektivet kan de unge jentenes utfordringer lett forenkles til en lineær årsak-virknings-assosiasjon mellom ytre krav og press og deres psykiske og fysiske helseplager.

Valg av tema for oppgaven springer derfor ut av et ønske om å dokumentere hvordan man med en kroppslig innfallsvinkel gjennom psykomotorisk fysioterapi går fram for å forstå og hjelpe disse unge jentene. Hensikten med studien er å få et innblikk i psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer i møte med unge jenter med psykiske helseplager: Hvordan forstår terapeutene de utfordringer som disse unge jentene står ovenfor, og hva tenker de er viktige bidrag fra Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF)? NPMF skiller seg ut fra tradisjonelle helsetjenester i sin tilnærming til sykdom, plager og lidelser. Fysioterapitradisjonen representerer en utvidet forståelse av kroppens betydning i menneskelig liv. Hvordan vi beveger oss er i denne forståelsen tett forbundet med opplevelsen av forankring og evne til deltakelse og selvregulering. Gjennom å synliggjøre hva de psykomotoriske fysioterapeutene legger vekt på i behandlingen ønsker jeg å undersøke om hvorvidt denne tilnærmingen kan være et aktuelt bidrag til å forstå unge jenters situasjon og fremstå som en mulig adekvat behandlingstilnærming.

2.2 Problemstilling

Hvilken forståelse har erfarne psykomotoriske fysioterapeuter av unge jenter som sliter med psykiske helseplager? Og hvilke elementer ved NPMF legger terapeutene vekt på i møte med denne pasientgruppen?

3 NORSK PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI

Norsk psykomotorisk fysioterapi, heretter NPMF, har sin opprinnelse fra et samarbeid mellom psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen på 40-og 50-tallet (Thornquist, 2012). De begynte å utforske sammenhengen mellom tilbakeholdte følelser, pust og muskelspenninger (Bunkan et al., 1995, Øvreberg og Andersen, 2002). Tilnærmingen brøt med den biomedisinske forståelsen ved å forstå kroppen som uttrykksfull. Den grunnleggende forståelsesrammen innen NPMF er at kropp og følelser står i et gjensidighetsforhold til hverandre (Thornquist og Bunkan, 1995 [1986], Thornquist, 2006). Kroppen ses på som en funksjonell og samspillende enhet, og en tenker at mennesket påvirkes av fysiske, psykiske og sosiale faktorer i et kontinuerlig samspill. Det er mennesket som helhet som får betydning, diagnoser og symptomer blir mindre viktig (Thornquist og Bunkan, 1995 [1986], Thornquist, 2006).

Behandlingsprosessen baseres på en utforskning av kroppslige uttrykksmåter både i holdning og i bevegelse. Kroppen er i sentrum og innfallspunkt for behandlingen, og målet er, *via* en omstilling av kroppsholdning, muskulatur og pust, å få frem pasientens potensialer for endring (Thornquist, 2012). Tenkningen baseres på at kroppen ikke bare uttrykker hvordan vi har det følelsesmessig, den regulerer også vårt følelsesliv. Det vil si at følelser og opplevelser ikke bare uttrykkes i kroppen, men som mennesker kan vi regulere følelseslivet vårt *med* kroppen: gjennom spenninger, bremset pust og bevegelser. Når vi tar oss sammen bremser vi kroppslige uttrykk (Thornquist og Bunkan, 1995 [1986]). Kroppslig bremsing og beredskap har i en slik sammenheng en funksjon som tilpasning til påkjenninger, vanskelige livssituasjoner og/eller tidligere erfaringer (Thornquist, 2006).

Selv om NPMF skiller seg ut fra den tradisjonelle måten å tenke om sykdom, plager og lidelser (Thornquist, 2006), så finnes det likevel noen ankepunkter å ta med idet teori overføres til praktisk fagutøvelse (Steinsvik, 2008). Steinsvik peker på hvordan en antakelse om kroppens som uttrykksfelt kan miste sin kompleksitet i praksisfeltet dersom fenomenet brukes utelukkende til å forklare hvordan psyken viser seg på bestemte måter i kroppen, og som vi kan få tilgang til *gjennom* kroppen. Altså, en antakelse om at ”den kroppslige, mekaniske balansen i prinsippet er identisk med den psykiske balanse” (ibid, s.45). På denne måten kan psykomotorisk fysioterapi i praksis bli kritisert for å være individ- og følelesorientert. For å oppklare dette forholdet har sentrale psykomotoriske fysioterapeuter argumentert for viktigheten av å vende tilbake til grunnlagstenkningen i faget, og de har ansett den fenomenologiske tradisjonen i filosofi som en inspirasjonskilde med potensialer til å forankre psykomotorisk fysioterapi på en måte som er i tråd med faktisk praksis (Gretland, 2007, Øien, 2010, Thornquist, 2012), noe jeg kommer tilbake til i kapitlet om teoretiske perspektiver.

Hovedpoenget til forfatterne nevnt over er at NPMF er en fysioterapitradisjon som har en kvalitativt annen kroppsforståelse enn den dominerende biomedisinske. Farene for forenklinger og feiltolkninger er likevel mange når dagens helsepolitiske agenda i stor grad er preget av å kategorisere og standardisere kartleggingsverktøy og behandling. Innad i den psykomotoriske fagtradisjonen er også dette en aktuell problemstilling fordi generell helsefaglig språk- og begrepsbruk i stor grad stammer fra biomedisinsk tenkning. Dersom en i praksis baserer seg på en erkjennelse av at mennesket er et biologisk, sosiokulturelt og historisk vesen samtidig, er det meningsløst å lage standardiserte fortolkningsmodeller for å forstå kropp-psyke-sammenhenger.

4 TEORETISKE PERSPEKTIVER

4.1 Ungdom – identitets- og utviklingsperspektiv

Å gå fra barn til ungdom, eller ung voksen, er krevende. Det skjer store endringer med kropp, seksualitet og identitet (Erikson, 2000 [1968], Tetzchner, 2012). Ungdom står ovenfor flere valg, samtidig som de i stor grad skal hevde sin autonomi og individualitet. De starter på løsrivelsen fra familien og barneidentiteten, og ungdommene former nye relasjoner med jevnaldrende i sin søken etter identitet og mening. Erik H. Eriksons (2000 [1968]) teori er mye anvendt i forståelsen av ungdoms utvikling. Han beskriver ungdomsfasen som en psykososial krise som skal bringe individet frem til voksen identitet. Erikson kaller det et psykososialt *moratorium*, og det er dermed ikke en *krise* i ordets direkte betydning, men en beskrivelse av en spesiell fase hvor ungdom skal ta yrkesvalg, verdimeslige standpunkt og finne ut hva de vil bli som voksne. I denne fasen skal ungdommer prøve ut ulike roller og det innebærer ofte stadige skifter i holdninger og væremåter som kan prege fasen av rolleforvirring og usikkerhet om egen identitet. På denne måten er det rimelig å forvente at ungdomstiden preges av følelsesmessige svingninger.

I et utviklingsperspektiv vil måten en forstår og møter ungdommer på med sine små og store utfordringer, være vesentlig i forhold til hvilken mening de tillegger sine plager og hvordan de lærer å håndtere dem. Eriksons teori gav i sin tid en utvidet erkjennelse av hva menneskelig utvikling vil si, og ikke minst, hvilken betydning den historiske, kulturelle og samfunnsaktuelle konteksten som denne utviklingen skjer innenfor har. Psykologen Mary Theophilakis (s.11-21, i Erikson, 2000 [1968]) tar til orde for hvordan denne tenkningen høyst sannsynlig har preget senere utviklingspsykologiske teorier der menneskers *relasjonelle behov* står sentralt i utviklingen, blant annet representert ved Daniel Stern og Donald W. Winnicott.

Flere har rettet søkelyset mot strukturelle endringer ved det senmoderne samfunn som kan se ut til å komplisere ungdommers utvikling og identitetssøking (Giddens, 1997, Bauman, 2001, Malt, Retterstøl og Dahl, 2009, Vetlesen, 2009). Økt grad av individualisering og et ideal om

selvrealisering forsterker kravet om å lykkes på stadig flere områder. Særlig blir forholdet til egen kropp, helse og prestasjoner preget av disiplinering. NOVA-forskerne Hegna, Ødegård og Strandbu (2013) viser bekymring for denne fremtidsdisiplineringen med tanke på unges psykiske helse. I tillegg til denne utviklingen kan en også rette oppmerksomheten mot helsevesenets rolle for disse ungdommene. Når stadig flere ungdommer oppsøker helsevesenet blir det nærliggende å stille følgende spørsmål: Hva skjer med ungdommene dersom de i møte med helsevesenet får omgjort sine følelsesmessige svingninger til diagnoser? Vår tids diagnosetenking og oppfatning av psykiske symptomer kan være et hinder for å forstå hva unge mennesker sliter med, og dermed kan også sykdomsskapende forhold i omgivelser og samfunn tilsløres (Kringlen, 1995, Kirkengen og Thornquist, 2013, Løkke, 2014). *Medikalisering* er et mye brukt begrep som ofte ”betegner sykkeliggjøring av naturlige og normale livsprosesser” (Thornquist, 2009, s.79). Når stadig flere problemer og plager blir oppfattet som tegn på sykdom overlates det til medisinen og helsevesenet å finne løsninger, og dermed blir også stadig flere mennesker definert som behandlingstrengende (Illich, 1975, Kringlen, 1995). Flere hevder at det er gått inflasjon i diagnosekategorier som er med på å forsterke denne utviklingen, slik at de ”behandlingstrengende” i økende grad vil definere seg selv innenfor medisinsens egen logikk, og det vil bli desto vanskeligere å finne en adekvat behandling (Illich, 1975, Welch, Schwartz og Woloshin, 2011, Frances, 2013). Faren ved alle diagnoser er å bruke dem til å forklare ulike – iblant *alle* – aspekter ved en persons være- eller levemåte (Thornquist, 2009).

4.2 Kjønnsteoretisk perspektiv

Kjønnsperspektivet i denne oppgaven får betydning på to plan. Det ene er hvordan kjønn har relevans for hvordan fysioterapeutene forholder seg til de unge jentene og deres helseplager: I hvilken grad og hvordan skapes kjønn i denne samhandlingen? Sagt med andre ord, hvordan kan kjønnete forestillinger ha betydning for fysioterapeutenes holdninger og handlinger? Den andre dimensjonen er hvordan en kan se forståelsen av de unge jentenes helseplager i et historisk og sosiokulturelt perspektiv, og dermed spørre hva kjønn har med kropp, sykdom og helse å gjøre? Når mange unge jenter strever med opplevelsen av å aldri bli gode nok med hensyn til utseende, prestasjoner og personlighet er det nærliggende å løfte dette frem i kjønnsteoretiske perspektiv.

Kjønn er et biologisk kjennetegn på mennesker. Historisk sett har kjønnsperspektiver vært dominert av forsøk på å identifisere ulikheter mellom jenter og gutter, kvinner og menn, når det gjelder deres følelsesliv, intelligens og handlingsevne. Kjønnrollemønstre ble ofte sett på som virkning og det biologiske gitte som årsak til forskjellene mellom kvinner og menn (NOU 1999:13, Dahle, 2001). Kjønnforskningen i dag er preget av å belyse hvordan forestillinger om kjønn og kjønnforskjeller produseres og reproduseres i hverdagsliv, samfunn og kultur (Arntzen, 2010). Dermed forstås ikke kjønn lenger som biologi alene, men som et dynamisk perspektiv der kjønn blir formet og skapt av sosiokulturelle forestillinger, normer og idealer som ytrer seg i menneskelig (sam)handling (Bourdieu, 1999, Dahle, 2001, Thornquist, 2003). Hvordan gutter og jenter opplever seg selv og hvordan de tilegner seg egenskaper og uttrykk, samt hvordan makt, arbeid og ressurser fordeles i samfunnet, kobles til kjønn. Dette vil også påvirke oppfatninger av kropp, helse og sykdom. Forståelse av unge jenters helseplager forutsetter derfor innsikt i biologi, livsvilkår og sosiokulturelle forhold (NOU 1999:13, Dahle, 2001).

Den tradisjonelle kvinnerollen har gjennom all tid vært gjenstand for omverdenens behov og krav: Kvinner skal vise omsorg, være attraktive og dyktige. Simone de Beauvoir (2000 [1949]) er den som har utviklet den mest omfattende analyse av kvinners sosialisering og rolle som "det annet kjønn". Hun rettet søkelys blant annet mot at kvinners roller og handlingsrom blir begrenset til reproduksjon og det huslige, mens menn knyttes til produksjon og det offentlige liv (ibid.). Det må imidlertid nevnes at utviklingen i dag kjennetegnes av at kvinner erobrer stadig nye samfunnsområder (Frønes og Brusdal, 2001). I Norge som er regnet som et foregangsland i internasjonal sammenheng når det gjelder likestilling, er det blant annet flere jenter enn gutter som tar høyere utdanning, og det er flere kvinner enn tidligere med ledende stillinger i arbeidslivet (ibid.). Deltakelse i den offentlige arena er ikke bare en rettighet, men også et ønske for de aller fleste kvinner. Paradoksalt nok har vi likevel et av de mest kjønnsdelte arbeidsmarkedene i den vestlige verden, også når det gjelder lønn. Forklaringen skyldes *ikke* at jenter ikke får lov til å ta IT-utdanning, bli piloter eller næringslivsledere. Det er en utfordring å forstå hvorfor og hvordan sosiokulturelle normer knyttet til kjønn opprettholdes og påvirker hvordan kvinner og menn tenker og handler som de gjør (NOU 1999:13, Dahle, 2001).

En annen omstridt og mye omtalt side er kvinners status som objekt, og det er her De Beauvoir mener at kvinnen går inn i rollen som *den andre* (2000 [1949]). Kvinnen skal være attraktiv og til behag, og hennes verdi måles til enhver tid med omgivelsenes blikk, og ikke ut fra handling slik en gjør med mannen. Det er i neste runde, når kvinner internaliserer samfunnets blikk på seg med de krav og forventninger dette innebærer, at en kan tenke seg at hun selv vil begynne å betrakte seg som objekt. De Beauvoir skriver følgende: ”Hun vier seg slett ikke til mannen fordi hun vet hun er han underlegen, det er fordi hun har viet seg til ham og godtatt tanken på å være underlegen at hun blir det” (ibid, s.393), og det er gjerne dette hun mener med den berømte setningen: ”Man fødes ikke som kvinne, man blir det”. Ved at kvinner og jenter selv internaliserer objektstatusen med vedvarende fokus og bevissthet på egen kropp, står dette i veien for å bli - og være - et handlende selvstendig subjekt.

Selv om økende bevissthet rundt objektivering av jenter og kvinner kan hjelpe oss til å forstå at problemer knyttet til å ha egne klare grenser og erfaringer som subjekt henger sammen med det som får oppmerksomhet: kroppen som objekt, så er det likevel viktig å stille spørsmålet: Hva er det med det dominerende og objektiverende kroppssynet som får *mindre* oppmerksomhet? Hvilke konsekvenser får det blant annet for hvordan jenter og kvinner handler og beveger seg?

Statsviteren Iris T. Young (2005) hevder i sine bevegelsesanalyser at jenter ikke utnytter sitt fulle bevegelsespotensiale slik som gutter gjør. Hun beskriver og drøfter jenters typiske bevegelsesmønstre, karakterisert ved lukkethet og tilbakeholdenhet med hensyn til engasjement i bevegelser og til bruk av rom og krefter. Å ikke mobilisere sitt fulle bevegelsespotensiale og ta skikkelig i, vil i sin tur føre til at jenter ikke mestrer mange av de fysiske oppgavene de står ovenfor. Dette vil igjen ha direkte følger for hvilke forventninger jenter møtes med og for deres selvfølelse, men også for deres handlingsmuligheter som sosiale aktører (ibid.) Hos de fleste jenter vil dette mønsteret innarbeides ureflektert som følge av at de lever i det som De Beauvoir (2000 [1949]) kaller et patriarkalsk samfunn hvor kroppens verdi er historisk og sosiokulturelt nedfelt i hver enkelt kvinne, og slik vil de befinne seg i et spenningsforhold mellom transendens og immanens, det *overskridende* og det *bevarende*. Når Maurice Merleau-Ponty (1994) beskriver kroppens tvetydighet som grunnleggende ved mennesket, og som en forutsetning for tilgang til verden som et subjekt,

noe jeg vil utdype videre under det fenomenologiske perspektivet, er det nettopp dette spenningsforholdet som poengteres av De Beauvoir som problematisk. Hovedpoenget er at *alle* mennesker, kvinner og menn, formes kulturelt slik at alle forventninger, forestillinger og normer inkorporeres og tas-for-gitt. Disse kulturelt internaliserte holdningene påvirker hvordan kjønnene oppfatter hverandre, og ikke minst hvordan hver enkelt oppfatter seg selv. Så når De Beauvoir skriver at kvinnen forblir hovedsakelig i sin immanens, som passivt objekt, så er det fordi hun selv også bidrar til å holde seg på plass (Beauvoir, 2000 [1949]). Virkeligheten er altså både individuell og samfunnsmessig, en virkelighet som kan forstås fenomenologisk. I boken ”Det annet kjønn” tar Beauvoir utgangspunkt i konkrete, levde erfaringer når hun reflekterer rundt kvinnens situasjon. Hun har en klar fenomenologisk forankring: ”[...] i det perspektivet jeg anlegger her – Heideggers, Sartres og Merleau-Pontys – hvis kroppen ikke er en *ting*, er den en situasjon: vårt grep om verden og utkastet til våre prosjekter” (ibid., s.78).

4.3 Fenomenologisk perspektiv

Fenomenologi er en sentral retning i vår tids filosofi, og kan betraktes som en bevegelse som flere har bidratt til å videreutvikle. Fenomenologi betyr bokstavelig talt ”det som viser seg”, og er opprinnelig en filosofi med et kunnskapsteoretisk anliggende. Grunnleggeren Edmund Husserl (1859-1938) var kritisk til de rådende måter å forstå kunnskap og dets vilkår på som i hovedsak var basert på observasjoner og målinger uavhengig av subjektet (Thornquist, 2003). Ifølge Husserl vil verden alltid oppleves i relasjon til et subjekt, det som viser seg vil alltid vise seg *for* noen, derfor forsøker en å forstå verden slik den konstituerer seg for bevisstheten (Bengtsson, 2006). Bevisstheten i fenomenologi er alltid er rettet *mot* noe, *om* noe, den er aldri tom, og denne rettetheten, *intensjonalitet*, er et kjernebegrep innen fenomenologi (Thornquist, 2003, Bengtsson, 2006).

På denne måten er bevisstheten aktivt utvelgende, og vi legger mening i det vi erfarer på bakgrunn av tidligere erfaringer, verdier og kultur. Holdninger, verdier og normer er ikke noe som tilfeldig oppstår. En slik oppfatning av bevissthet og erfaring er en hjelp til å skjønne hvordan sosialiseringprosesser foregår, når vi, i følge Husserl, sjelden reflekterer over hvordan vi etablerer vår virkelighetsforståelse. Et nøkkelbegrep innen fenomenologien som

beskriver dette er *livsverden*, (Råheim, 2002, Bengtsson, 2006) ”den konkrete, dagligdagse verden vi tar for gitt uten reservasjon og med grunnleggende tillit” (Thornquist, 2003, s.90). Det er snakk om en prerefleksiv verden vi aldri kan unnsnippe, og som vi deler med våre medmennesker. Den er sosial og omtales følgelig av fenomenologer som en intersubjektiv verden (Thornquist, 2003). Dette bringer oss til kroppsfenomenologi siden intersubjektivitet er en relasjon mellom mennesker som i fenomenologisk forstand eksisterer i verden som kroppslige subjekter. Det betyr at vår kropp alltid er, som ikke minst Merleau-Ponty understreker, ”nærværende” - i hvert prosjekt og i hvert øyeblikk.

Den teoretiske plattformen til kroppsfenomenologien, slik den er utviklet av Maurice Merleau-Ponty (1907-1961) tar utgangspunkt i ”at vår forståelse av verden er grunnet på vår kropps forståelse av sine omgivelser eller sin situasjon” (Østerberg, i Merleau-Ponty, 1994, s. VI). Merleau-Ponty (1994) skriver: ”For så vidt som jeg har en krop, kan jeg blive reduceret til genstand for den andens blik og ikke længere blive regnet som person for ham” (s.130). Dette innebærer at kroppen er uløselig knyttet til verden, ”kroppen deltar i menneskelig og meningsskapende liv” (Thornquist, 2003, s. 116). Innenfor kroppsfenomenologien forstås kroppen som sentrum for erfaring og erkjennelse, og dermed blir våre kroppslige vaner og væremåter intensjonale: de er alltid rettet mot noe (Råheim, 2002, Thornquist, 2003, Gretland, 2007). Kroppen er en kilde til kunnskap om verden og dermed også en kilde til kontakt med seg selv, kroppen ”vet”, ”forstår” og ”husker”. Slik blir kroppen sett på som meningsbærende.

Preget av erfaringer, sosialt og kulturelt liv er den [kroppen] et uttrykksfelt for levd liv, og prinsipielt også forståelig for andre mennesker. Men kroppen er ikke bare uttrykk og kommunikasjon, den er også en biologisk organisme som er underlagt naturlover (Gretland, 2007, s.28).

Merleau-Ponty har gått systematisk til verks for å avklare at kroppen aldri kan reduseres til et materielt objekt. ”Kroppen fins i dobbelt forstand: Vi *er* den og vi *har* den. Vi ser og vi er synlige, vi berører og blir berørt. Kroppen eksisterer med andre ord både som subjekt og objekt” (Thornquist, 2003, s.117). Et slikt kroppssyn vil få konsekvenser for fysioterapi fordi det innebærer at kroppen preges av både mekaniske krefter og meningsverdener *samtidig*.

5 METODISKE OG ANALYTISKE STRATEGIER

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for studiens metodiske tilnærming, deriblant hvilke overveielser som er foretatt når det gjelder fremgangsmåte, hvordan det empiriske materialet er samlet inn, analysert og drøftet.

5.1 Valg av metode

Studien har som hensikt å oppnå en forståelse av hva erfarne psykomotoriske fysioterapeuter legger vekt på i sin tilnærming til unge jenter med psykiske helseplager som pasientgruppe. Med utgangspunkt i problemstillingen er dette en kvalitativ studie som søker en dypere forståelse av erfaringsfenomener og sosiale fenomener (Aase, Fuglestad og Fossåskaret, 1997, Kvale og Brinkmann, 2009, Thornquist, 2012). Oppmerksomheten er rettet mot meningsdimensjonen ved unge jenters psykiske helseplager, altså hvilket meningsinnhold psykomotoriske fysioterapeuter tolker inn i jentenes plager, og hvilke konsekvenser disse tolkningene har for deres kliniske arbeid og vurderinger. Den mest egnete metoden for å rette oppmerksomheten mot det subjektive og kontekstuelle med hensikt å synliggjøre fenomeners kompleksitet og flertydighet er det kvalitative forskningsintervju, også kalt halvstrukturerte dybdeintervju (Malterud, 2003, Thornquist, 2003, Kvale og Brinkmann, 2009).

Problemstillingen kunne også blitt besvart gjennom observasjon av behandlingssituasjoner i tillegg til intervju, såkalt triangulering av metode. Av pragmatiske hensyn ble likevel masteroppgaven avgrenset til bruk av intervju for å samle inn det empiriske materialet.

5.1.1 Valg av informanter

Fire erfarne psykomotoriske fysioterapeuter ble strategisk valgt til oppgaven. Inklusjonskriteriene var minst fem års erfaring med ungdomspasienter, samt videreutdanning i tradisjonell norsk psykomotorisk fysioterapi. For å finne aktuelle kandidater tok jeg kontakt med psykomotoriske fysioterapeuter i ulike kommuner for å få råd om hvem som var egnet til studien. En kan i stor grad utvikle like tankesett og begrunnelser innenfor en og samme arbeidsplass, og jeg var bevisst på å velge informanter fra forskjellige steder for å sikre mangfoldet.

I prosjektplanen planla jeg å intervju fem fysioterapeuter, men inklusjonsprosessen tok lengre tid enn forventet. I tillegg ble et av intervjuene seponert av etiske hensyn til informanten, og dermed endte jeg med tre informanter.

Jeg henvendte meg direkte til de aktuelle kandidatene, informerte om studien og kom med en uformell forespørsel om de kunne ha interesse av å delta. Her forsikret jeg meg også om at de oppfylte inklusjonskriteriene. De fikk så en presentasjon av prosjektet og en formell invitasjon til å stille som informanter, her fulgte også informert samtykke, og en adressert og frankert konvolutt som skulle sendes tilbake til meg innen en gitt tid.

5.1.2 Forberedelser og gjennomføringen av intervjuene

I tråd med anbefalinger fra metodelitteraturen utarbeidet jeg en intervjuguide for å sikre uttalelser innenfor de sentrale områdene jeg ville studere (Malterud, 2003, Kvale og Brinkmann, 2009, Tjora, 2012). Samtidig skulle guiden innebære såpass åpne spørsmål at det ga rom for at uttalelsene kunne ta andre veier enn forventet (ibid.). I praksis fungerte intervjuguiden mer som en sjekklister enn som en mal for intervjuet, noe som i utgangspunktet kan anses som hensiktsmessig med tanke på at det var informantenes umiddelbare beskrivelser og refleksjoner som var gjenstand for undersøkelsen.

Intervjuene fant sted der det passet best for informanten. Ett ble gjennomført hjemme hos informanten og de to andre på informantenes arbeidssted. Det var en forutsetning at informanten hadde tilgang til et rom der vi kunne sitte uforstyrret og at det var et sted hvor informanten kunne føle seg trygg (Tjora, 2012). Etter at hvert intervju var gjennomført, lagret jeg opptakene på lydfil på min personlige datamaskin som er beskyttet med passord. Intervjuene varte omtrent 75 minutter, og lydfilene hadde god kvalitet. Transkriberingen ble utført i kort tid etter hvert intervju. Jeg tok notater av tanker og undringer underveis i intervjuene for å forfølge informantenes utsagn uten å måtte avbryte dem der og da for refleksjoner. Samt skrev jeg ned tanker og inntrykk fra hver intervjusituasjon umiddelbart etter.

Det kan være vanskelig å sette ord på hva en gjør i et praksisnært fagfelt (Engelsrud, 1990, Thornquist, 2003, Øberg, 2008, Thornquist, 2009). Forfatterne poengterer vanskeligheter som helsepersonell kan møte på når de skal artikulere og synliggjøre sider ved praksisfeltet, som på sin side er preget av å være mangfoldige, kroppslige og situasjonsspesifikke. Mye av den kunnskapen vi tilegner, viderefører og viser er i og gjennom handling, og sjelden med ord (Thornquist, 2003). Med hensyn til disse utfordringene hadde jeg ønske om at informantene skulle trekke frem eksempler fra sin praksis ved å forberede et par pasientkasuistikker til intervjuet, da det er lettere å si og tenke omkring noe som er konkret.

5.2 Analysestrategier

Bearbeiding av kvalitative data har som anliggende å gi en dypere forståelse av hva som tematiseres. Dette er sjelden en kronologisk bearbeidelse, men heller en dynamisk prosess der en søker å forstå delene ut fra helheten, og helheten ut fra delene (Thornquist, 2012). Jeg vil nå forsøke å gjøre rede for hvordan dette arbeidet foregikk.

5.2.1 *Transkribering av intervjuene*

Jeg startet arbeidet med transkriberingen dagen etter ved alle de tre utførte intervjuene. Informantene har forskjellige dialekter, og jeg valgte å omgjøre talespråk til skriftspråk, nærmere bestemt, i bokmålsform. Dette vurderte jeg som hensiktsmessig av hensyn til anonymisering av informantene, og for å få en mer oversiktlig struktur til videre analyseprosess. Noen kan hevde at materialet kan bli redusert eller i verste fall få en annen betydning av denne handlingen, men jeg har vært bevisst på denne faren og har forsøkt å ivareta hva som blir sagt.

Ved å transkribere intervjuene selv og umiddelbart i etterkant la jeg også i større grad til rette for å huske og reflektere over kontekstuelle aspekter ved intervjusituasjonene. På denne måten kan en si at meningsanalysene allerede ble påbegynt her (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg skrev inn enkelte sosiale og emosjonelle aspekter i tekstene som markerte pauser, latter, sukk og betoning av ord. Eksempelvis blir ord som ble lagt ekstra trykk på markert med kursiv. Her kom også refleksjonene som jeg skrev ned i løpet av intervjuet til nytte. Samtidig

har jeg i hele arbeidsprosessen vært oppmerksom på at den skriftlige teksten alltid vil være en reduksjon av det faktiske møtet.

5.2.2 *Analyse av materialet*

Selv om en overordnet kan se på denne forskningsprosessen som syklisk, er det vanlig å dele inn i to stadier der den første delen består av å forholde seg tekstnært til det innsamlede datamaterialet, og her være åpen for at uforutsette tema kan vise seg. Det andre trinnet har som formål å utvikle en dypere forståelse for mønstre, sammenhenger og særtrekk ved datamaterialet (Thornquist, 2012).

Etter at intervjuene var ferdig transkribert, leste jeg gjennom tekstene gjentatte ganger som helhet uten å tenke tema, dette kalles naiv gjennomlesing. Her var målet å forholde seg åpent til teksten og la den tale for seg, hensikten er å få oversikt over hva som umiddelbart trer frem i teksten. Deretter gjennomførte jeg en innholdsanalyse av hvert intervju der jeg noterte tema som trådte frem av teksten. Utgangspunktet var å få tak i hva informantene la vekt på og hva de anså som vesentlig i sin tilnærming til pasientgruppen unge jenter. Jeg identifiserte til sammen ti tema som jeg fargekodet, og plasserte utsagn fra intervjuene under disse temaene. Eksempler på slike tema kunne være: ”Bekreftelser på kroppslige plager”, ”Grenser”, ”Tillit”, ”Kommunikasjon”, ”Kjønnsfordeling”, ”Kroppslig innfallsvinkel”, etc. Utsagnene fra hvert intervju ble sortert hver for seg for å få et inntrykk av forskjeller og likheter.

Neste steg var å se nærmere på de underliggende betydningene ved de eksplisitte temaene. Intervjutekstene ble igjen bearbeidet flere ganger for å identifisere meningsenheter, som er tekstdeler som skal gi en dypere forståelse av hva som anses relevant (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg valgte ut utsagn som var spesielt interessante eller som informantene virket særlig opptatt av, enten ved at de fremhevet forskjeller eller likheter i datamaterialet, om de overrasket meg eller representerte særtrekk, og til det mest vesentlige, om de var betydningsfulle med tanke på prosjektets problemstilling. Jeg forsøkte også å undersøke om informantene var konsekvente i det de sa når utsagnene ble samlet under samme tema.

Oppgavens problemstilling kan oppfattes som todelt. Den første delen rettes mot informantenes forståelse og oppfatninger av unge jenters helseplager, mens oppmerksomheten

i den andre delen rettes mot elementer som vektlegges i behandlingen. Likevel kan en si at disse delene er nært knyttet til hverandre: Eksempelvis er forståelsen av plagene førende for valg av behandling. Ut fra de ti temaene jeg hadde identifisert etter første del av analysen, så ble det tre hovedtema som utmerket seg. Etter identifisering av meningsenheter ble det også synlig at flere av de ti første temaene overlappet hverandre. De tre temaene jeg stod igjen med var: ”Kjønn i klinisk praksis”, ”Kontakt med kroppen” og ”Normalisering og ufarliggjøring”. Innenfor disse temaene har jeg samlet flere meningsenheter i undertemaer som blir presentert i resultatdelen. Når det gjelder første tema: ”Kjønn i klinisk praksis” ble dette et komplekst tema som det vil vendes tilbake til gjennom hele oppgaven. Det har som formål å belyse informantenes implisitte og eksplisitte holdninger og refleksjoner rundt pasientgruppen. Siden jeg ønsket å fokusere på unge jenter, ble det vesentlig å se informantenes bidrag i lys av kjønnsperspektiver. Tema to, ”Kontakt med kroppen”, belyser mer konkret den psykomotoriske tilnærmingen som informantene legger vekt på i behandlingen. Tema tre, ”Normalisering og ufarliggjøring”, synliggjør hvilken kropps- og sykdomsforståelse som kom til syne gjennom informantenes refleksjoner.

Både i forkant, underveis og i etterkant av innholdsanalysen har jeg brukt aktuell teori for å få en dypere forståelse av de fenomenene som tas opp i intervjuene. I tillegg påvirket analysen valg av teori. Analysen pågikk som en dynamisk prosess, beskrevet som en hermeneutisk spiral. Etter hvert som jeg oppdaget nye momenter under prosessen, ble fortolkningsrammen stadig utvidet og oppdatert. Jeg erfarte med andre ord metodelitteraturens understreking av at det foregår en kontinuerlig bearbeiding både av teori, empiri og analyse gjennom hele skriveprosessen (Thornquist, 2003, Kvale og Brinkmann, 2009, Tjora, 2012).

5.3 Metodiske overveielser

Med tanke på oppgavens validitet, eller gyldighet, mener jeg å ha et stort nok og spennende datamateriale til å belyse problemstillingen på en tilstrekkelig måte. Informantene delte sine erfaringer og refleksjoner i intervjuene. Gjennom deres beskrivelser og fortellinger fra kliniske praksissituasjoner fikk jeg innsyn i hvilke elementer de la vekt på i behandlingen og hvilken kropps- og sykdomsforståelse som preget deres valg av tilnærming. For eksempel er

informantene opptatt av å stimulere til aktiv deltakelse og engasjement hos pasientene. Gjennom berøring, kroppslig interaksjon, nyanser i stillinger og bevegelser søker de å fremme opplevelse av subjektivitet.

Det var ikke uttalte forskjeller mellom intervjuene, og visse mønstre og tema var gjennomgående. At intervjuene hadde mange likhetstrekk gjorde også at jeg kunne presentere resultatene uten å spesifisere hvilke informanter som kom med utsagnene. Å ikke skille informantene fra hverandre gjorde jeg som tidligere nevnt, primært for å ivareta anonymiseringen av dem, siden det er et lite fagfelt.

Temaet for oppgaven ”Unge jenter med psykiske helseplager” er et mangefasettert fenomen. På grunn av en økende opptatthet av ungdom og psykisk helse både fra media og fra politisk hold er det et tema som mange mener mye om. En kan si at det er satt høyt på samfunnsmessig dagorden. Det som blir løftet frem i det offentlige vil påvirke alle samfunnsdeltakere både på et reflektert og et ureflektert plan. Det gjelder selvsagt både for meg som intervjuer og for informantene mine. Før jeg startet prosjektet hadde jeg lest meg bredt opp på ulike perspektiver som kunne bidra til å forstå hvorfor stadig flere unge jenter oppsøker helsevesenet med psykiske helseplager. Siden temaet preges av ulike synspunkter og perspektiver valgte jeg å ikke definere pasientgruppen nærmere nettopp på grunn av kompleksiteten ved fenomenet, og min hensikt var å få informantenes erfaringer og refleksjoner. Oppgaven bredt perspektivsatt med inspirasjon fra både fenomenologi, utviklingspsykologi, kjønnsfilosofi og sosialvitenskap. Likevel blir fenomenologien stående som et overordnet perspektiv, som en rød tråd gjennom hele oppgaven: En forståelse av at mennesker preges av sine erfaringer og sin historie, og kroppen preges også av samfunn og miljø.

For å si noe om et komplekst fenomen så ønsket jeg at informantene hadde forberedt kasuser, det vil si, pasienteksempler fra sin kliniske praksis. Det ble informert om muntlig og i informasjonsskrivet. Jeg opplevde blandete erfaringer av hva informantene hadde forberedt. Den ene informanten trakk frem praksiseksempler gjennom hele intervjuet og bidrog med konkrete beskrivelser om hvordan hennes kliniske tilnærming foregikk. De to andre informantenes beskrivelser og refleksjoner fremholdte i større grad allmenne og generelle

prinsipper ved deres tilnærming og gav et innsyn i *hva* som ble lagt vekt på. De sistnevnte støtte i større grad på utfordringer med å si noe konkret om *hvordan* de elementene de la vekt på ble anvendt. Slik kan en lett komme til å helgardere sine utsagn. For eksempel snakker en av informantene om kosthold og forhold til egen kropp, og hun tar opp tidstypiske trender. Hun sier at det er viktig å alminneliggjøre fokus på mat, kropp og følelser. Men i neste vending får hun assosiasjoner til pasienter med spiseforstyrrelser og sier: ”Men det spørres litt, ja, hvis du tenker på spiseforstyrrelser og sånn, så spørres det jo litt hvor syk denne personen er, og det er mange ting som spiller inn i forhold til hvilket fokus jeg skal ha i timene.” Dette er ikke nødvendigvis uheldig, for det er mange aspekter ved informantens vurderinger som kommer frem i disse utsagnene. Blant annet belyser det prinsippet om individualisert behandlingstilnærming, noe som var et viktig funn i oppgaven. Men selve intervjusituasjonen kunne oppleves som ustrukturert, og i det ene tilfellet, som beskrevet over, skapte det antagelig usikkerhet hos informanten. Jeg kunne oppfatte det som at informanten var usikker på hvilke svar jeg var ute etter. Som Kvale og Brinkmann (2009) påpeker er intervjusituasjoner en mellommenneskelige møter der kunnskap *skapes* (egen utheving). En kan lett tolke intervjusituasjoner som at man *henter ut* data fra informantene, men intervjuet er alltid relasjonelt. I ettertid ser jeg at det ville vært hensiktsmessig å ta en pause, spørre informanten hvordan hun opplevde situasjonen, og oppklare eventuelle uklarheter.

Å stille ”naive” spørsmål kan også skape usikkerhet og forvirring. Enkelte ganger opplevde jeg at informantene avvek fra å gå dypere inn i noen resonnementer om sine tilnærminger. Men dette kan også vise tilbake på at det er vanskelig å sette ord på hva en gjør i klinisk praksis, fordi erfaringene er, som Thornquist (2003) poengterer, mangfoldige, kroppslige og situasjonsspesifikke. Dette tatt i betraktning kunne en metode basert på observasjon av faktisk praksis vært mer hensiktsmessig.

5.4 Ethiske betraktninger

Ethiske hensyn ved intervjuer omhandler behandling og presentasjon av innsamlede data, krav til anonymisering, og generelt hensyn til informanter (Tjora, 2012). Prosjektet ble meldt inn til Nasjonal Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (NSD) for godkjenning i henhold til personopplysningsloven (vedlegg 3).

Siden jeg henvendte meg personlig til informantene kan de ha følt det som et press å delta. Jeg presiserte at det kun var en forespørsel, og at de skulle få betenkningstid om ønskelig. De ble informert om retten til å trekke seg, både umiddelbart og underveis i studien. Dette ble også presisert skriftlig i informert samtykke. En av informantene valgte å trekke seg i etterkant av intervjuet, og dermed ble opptaket av intervjuet umiddelbart slettet.

Ved intervjuer kommer en tett inn på folk. Det er viktig å være oppmerksom på at dette kan skape et tillitsforhold mellom forsker og informanter, noe som i sin tur kan forårsake visse forventninger om at forskeren skal gi noe tilbake til informantene (Tjora, 2012). Jeg var for eksempel bevisst på å ikke gi forventninger om resultater. Slike forventninger kan skape lojalitetskonflikter mellom å være tro mot materialet som fremkommer og informantenes egne interesser som eksempelvis selvfølelse.

Både lydopptak og transkriberte intervjuer er oppbevart på pc med personlig passord. Ved prosjektets slutt vil materialet bli slettet. Alle personlig data har blitt anonymisert i den grad det er mulig, i transkripsjonene er stedsnavn og arbeidsted anonymisert, og disse er ikke presentert i selve oppgaven. Dersom jeg skulle presentert informantenes bakgrunn med utdanninger, kurs, videreutdanninger og arbeidserfaringer ville anonymiteten oppheves. Jeg valgte derfor å presentere intervjuene uspesifisert.

6 RESULTATER OG REFLEKSJONER

I denne delen presenteres de overordnede temaene som kom frem gjennom analyseprosessen: *Kjønn i klinisk praksis*, *Kontakt med kroppen* og *Normalisering og ufarliggjøring*. I etterkant av hvert tema følger en drøfting med utgangspunkt i utvalgte teoretiske perspektiver.

Jeg har valgt å gjengi utvalgte sitater for å belyse tema som utpreget seg i oppgaven. Korte sitater står i fortløpende tekst markert med anførselstegn. Lengre sitater er markert med

innrykk i teksten. Gjentakelser, ord og lyder fra utsagnene som ikke påvirker meningen er fjernet for bedre syntaks i teksten.

6.1 Kjønn i klinisk praksis

I dette kapitlet vil jeg forsøke å svare på første del av studiens problemstilling: ”Hvilken forståelse har erfarne psykomotoriske fysioterapeuter av unge jenter som sliter med psykiske helseplager?” Forestillinger og forventninger knyttet til kjønn kommer til uttrykk i hvordan informantene reflekterer over spørsmål knyttet til å være gutt eller jente, kvinne eller mann.

Det kom frem av datamaterialet i denne oppgaven at jenter og kvinner er hovedrepresentert i pasientgrunnet. En av informantene sa for eksempel: ”Det er vel flest jenter som kommer, nei, det ER flest jenter som kommer”. Hva som ligger til grunn for at langt flere jenter enn gutter henvises til dem har informantene litt ulike betraktninger om, og deres betraktninger presenteres under første undertema: ”Henvisninger og henvisningsgrunnlag”.

Det er gjennomgående at informantene ser unge jenters plager i sammenheng med krav til vellykkethet knyttet til kropp og utseende, skoleprestasjoner og til sosiale relasjoner. På dette grunnlag gjøres kjønnsperspektivet seg gjeldende i informantenes forståelse av hva de unge jentene sliter med. Det neste undertemaets overskrift er: ”Fysioterapeutenes forståelse av ”De flinke pikene”.

6.1.1 Henvisninger og henvisningsgrunnlag

Det er nærliggende å anta at de pasientene som henvises til psykomotoriske fysioterapeuter er vurdert til å ha utbytte av en tilnærming som er orientert mot sammenhengen mellom psykologiske belastninger og kroppslige plager. Alle informantene er tydelige på at jenter og kvinner utgjør hovedandelen av pasientgrunnet i deres praksis. Av ungdom er jenter høyest representert i alderen fra ungdomsskole til videregående, det vil si fra tretten og opp til nitten år.

Når det gjelder henvisningsgrunner nevnes hovedsakelig trøtthet, utmattelse, ME, hodepine/migrene, muskel-og skjelettplager, magesmerter, angstplager, depresjon,

selvskading, spiseforstyrrelser, mobbing og søvnplager. En av informantene antyder at det er en endring i henvisningene med at det er flere diagnoser, og mer udefinert hva som er hovedproblemet. Hun sier blant annet:

”(...) før var det litt mer bare nakke, vondt i hodet, eller litt mer ren psykiatri, eller ren psykisk problematikk” og nå er det ”mer udefinert problematikk der det gjerne er flere diagnoser som kan stå på henvisningen, før stod det mer angst eller nakke”.

Det kommer også frem at detaljnivået på henvisningen er avhengig av hvem som skriver dem. En av informantene beskriver henvisningene til en lege som hun samarbeider godt med der det fremgår at ”at han tankemessig har vært innom de aller fleste aspekter”, og hun peker på at henvisningsgrunnet som regel er i tråd med hennes egne vurderinger. ”Fra fastlegen så kan det lett stå myalgi, sant, nakkevondt, mens jeg kan se at der er det mange andre ting ved det (...)”.

Informantene mottar hovedsakelig henvisninger fra fastleger, barne- og ungdomspsykiatrien, både fra sengeposter og fra polikliniske avdelinger, fra barneavdelinger på sykehus, privatpraktiserende leger, psykiatere og psykologer, barnevern, helsestasjoner, og direkte fra pårørende. Informantene poengterer også at kjennskapen de ulike instansene har til deres praksis er avgjørende for hvor mange henvisninger de får. Eksempler på typiske utsagn følger: ”Det kan ha litt med at jeg jobbet i psykiatrien å gjøre så de visste at jeg var i privat praksis så dermed henviste de til meg”, og ”Jeg samarbeider med en migreneklinikk, (...) så jeg får mange pasienter her fra”.

Informantenes oppfatning av hvilke faktorer som gjør at flest jenter blir henvist til psykomotorisk fysioterapi kan tolkes litt ulikt. En informant sier følgende: ”(...) det er kanskje lettere for jenter å prate med andre jenter når de har det vanskelig, eller gå til helsesøster (...) og presentere problemene sine, enn det er for gutter”. Informanten tror at foreldre og andre som møter ungdommer oftere blir mer oppmerksomme på jentene når de har det vanskelig rett og slett fordi de har lettere for å snakke om problemene sine. Til forskjell fra ”om gutter sier det (les: om de er trist eller lei) til andre gutter, så tror jeg det nesten blir litt rart, altså de vi ikke snakke om sånt”. Hun er her inne på hva som er akseptabelt å snakke om som jente og som gutt. Hun poengterer at det er helsepersonell og voksne sin oppgave å

spørre mer om hvordan også guttene har det, og ikke bare ta for gitt at det går fint fordi de ikke sier noe: ”Jeg tror kanskje vi glemmer å spørre de for tilsynelatende så ser det ut som de kanskje har det all right”.

Hva som blir ansett som avvik i ulike aldre og hos ulike kjønn kan være en av forklaringene.

En informant sier: ”Det virker som kanskje ”gutteproblematikk” blir tydeligere i

barneskolealderen, (...), det er jo kanskje noe med uro som blir tydelig i klassesituasjon”.

Informantene påpeker imidlertid at gutter og jenter kan slite med de samme problemene, men at de tar det ut på en annen måte, guttene blir mer fysiske og jentene prater mer.

Selv om kjønnsfordelingen blant henvisningene er tydelig, antyder to av informantene likevel at det er en utvikling mot at flere gutter/menn henvises til behandling. En av informantene sier følgende: ”det som er nytt er at det er mange unge menn, som ikke før søkte hjelp, men som nå takker ja til det. Unge menn med høyt arbeidspress, og angstplager og brystmerter.”

Hennes erfaring er at det gjelder menn i 30-45 års alderen som er i ferd med å stifte familie og har karriere i tillegg. To av informantene uttrykker det som positivt å se flere gutter og menn i behandling, og ut fra det de har sagt om forskjeller, så kan én av grunnene for dette være at de har klart å uttrykke et behov for hjelp, noe som tradisjonelt sett kan ha vært vanskelig for gutter og menn å gjøre. Dette aktualiserer mer grunnleggende spørsmål om hvordan kjønn kan gjøres relevant på en mer fruktbar måte i klinisk praksis slik at en bedre kan forstå pasienters plager og kunne gi en mer adekvat behandling. For eksempel hvordan helsepersonell kan bidra til å støtte opp under eller utfordre tradisjonelle kjønnsnormer i samfunnet, som videre har betydning for vår forståelse av kropp, sykdom og helse. Dette er spørsmål jeg kommer tilbake til i diskusjonen.

6.1.2 Fysioterapeutenes forståelse av ”de flinke pikene”

Alle informantene antyder en sammenheng mellom helseplager og å strekke seg etter høye krav til kropp og prestasjon: ”For ofte har de presset seg så langt, de har kanskje strukket seg i skolen fordi det er forventet, eller de selv forventer av seg selv at de skal være flinke og så har de hodepine, og så skal de trene, og så skal de..., jeg mener, de skal være så perfekte da”. En annen informant sier følgende:

”(…) når en begynner å snakke med dem så er det jo veldig ofte det at en ikke er god nok, det at en ikke klarer, det at en må være veldig forberedt for å, for å klare alt, for å tørre. Det er jo umenneskelig, en går jo på skolen for å lære, ikke for at en burde ha lært alt før en begynte på skolen på en måte, før du begynte med noe nytt, det er litt sånne voldsomme krav som kanskje mange av dem stiller til seg selv da.”

På spørsmål om hvordan hun tror disse kravene henger sammen med jentenes plager, sier hun: ”Nei, det henger veldig ofte sammen da, med spenningsmønsteret som er veldig oppstrammet og som gir veldig naturlig mye smerter i nakke og hodepine.”

Å være flink utad kan i lys av dette forstås som et viktigere prosjekt enn å ivareta egne behov og grenser:

”(…) de er stille, litt sjenerte, flinke jenter som yter og yter og yter. Sånn at de nesten er på grensen til å være litt sånn selvutslettende, altså: ”Hvem er jeg, og hvor skal mitt behov får lov til å ta plass?” Og de er veldig god på å se andre, men de klarer ikke å se sitt eget.”

Hun undrer seg over hva dette handler om, om det er smertene som har tatt overstyringen eller om det er for vanskelig å skulle åpne opp for å kjenne på egne behov. Hun poengterer at ”smertene er betydelige, muskelsmerter, daglig hodepine i perioder, søvnvansker, prestasjonsangst på skolen, og igjen dette: De blir aldri god nok.”

En av informantene fremhever hvordan manglende regulering kan vise seg som en ambivalens i kroppslige uttrykk. Hun sier:

Jeg tenker at en også ofte kan se denne ambivalensen, eller, litt sånn blandingsmønster, at en er veldig enten-eller. At det er, altså hva ligger under denne oppstrammetheten, der er det på en måte lite, det er lite mellom, enten veldig høy tonus eller veldig lav.

Det er litt vanskelig å være sikker på hva hun mener her, men et alternativ er å trekke det til å sette grenser eller vite hvor ”jeg ønsker å være”. Så de ”skjuler” denne usikkerheten ved å fjerne seg fra kroppen, med å enten stramme seg helt til eller ved å ”gi helt etter”. De mangler kontakt med egne følelser, og det reguleres med full kroppslig aktivering eller motsatt, kroppslig avmakt.

Det med å like seg selv var et tema informantene tok opp. Selv om det var tydelig at jentene kunne lykkes på enkelte områder, så er ikke det tilstrekkelig for å oppleves seg selv som *god nok*. Eksempelvis kunne karakterene bekrefte at de var flinke på skolen, og det kunne gi selvtillit, men det var ikke en tilstrekkelig bekreftelse til å kunne tro på seg selv generelt, for å kunne oppleve en god selvfølelse. Her berøres spørsmål om hva som skaper trygghet på et dypere nivå enn ytre tidstypiske krav om vellykkethet. I dette utdraget peker en av informantene på hvordan en slik trygghet, eller mangelen på en slik trygghet, kunne kroppslig erkjennes:

”Flere av disse strevde jo også med å like seg selv. Og da tenker jeg at det gir, når vi snakket om det, og kjente litt på reaksjoner i kroppen når de fortalte det så kunne de kjenne på hvor sant det var, altså hvor liten de følte seg innerst inne, til tross for at alle andre synes de var så flinke og skjønne, og pene og gode og fine personer, men å tro på det, ta det til seg, og bruke det, som gjør at de ble trygg i selv å, kunne bli litt mer selvhevdende til å stå for det de var, det var ikke tilstede.”

Informantene er klare på at dette handler primært om jentene, selv om de ser at symptombildet hos gutter som henvises til behandling på mange måter ser likt ut. En informant sier det slik: ”Jeg synes ofte at symptomene, sånn utad, går mye i det samme (hos gutter og jenter), det er hodepine, vondt i nakke/skuldre, vondt i magen, ikke at fordøyelsen er problemet, men magevondter, og vondt i nedre del av ryggen, eller stivhet i nedre del av ryggen”. En annen informant som svarer på spørsmålet om gutter og jenter søker hjelp for de samme problemene, sier at hun tenker at noe av det kan handle om det samme, og hun trekker spesielt frem at det ”handler om relasjoner”. Hun påpeker at følelsen av å bli sett og forstått er like betydningsfull og viktig for gutter som det er for jenter, men poengterer hvordan gutter og jenter uttrykker seg forskjellig, med ord og med kropp. Eksempelvis hevder hun at

”jentene har lettere for å snakke med andre jenter” mens ”guttene gjerne havner i konflikt”, og hun tror dette handler om hvordan de har lært å håndtere disse følelsene.

En av informantene trekker frem dem hun kaller ”hypersensitive”:

Og så er det dette som er litt i tiden, de hypersensitive (...) som tåler mindre og er veldig følsom for ting som vibrerer i en venninneflokk, eller tar til seg alt som en svamp, (...) og klarer ikke å stenge for at ”det er ditt og det er mitt, dette skal jeg forholde meg til, men dette får du ta”, (...) de tar bare inn alt ufiltrert.

Alle informantene argumenterer for hvordan dagens ungdom er mer synlige nå enn tidligere på grunn av økende bruk av sosiale medier, samt også hvordan media bygger opp under ”det perfekte” kroppsidealet. En informant beskriver hvordan bruk av facebook kan forsterke sårbarhet med tanke på kroppsoppfatning:

De er stygge med hverandre på facebook, ikke sånn at de skriver ting om hverandre, men de tagger mislykkede bilder av hverandre på facebook. Og de som har dårlig kroppsoppfatning fra før synes jo at dette er en katastrofe at noen har lagt ute et dårlig bilde av dem(...).

På spørsmål om kroppsfokus og kroppspress blant unge jenter og hva informantene tenker om dette, svarer hun: ”Det handler jo på en måte om det samme, det å være god nok har med manglende regulering å gjøre det også. Jeg tenker at det handler veldig ofte om det eksterne blikket en har på seg selv og omgivelsene, og hvordan det blir formidlet av media.” Hun trekker frem treningsfokus i kulturen vår i dag, og sikter til sin egen generasjon av foreldre i førtiårsalderen som er opptatt av slanking, kurer og trening, og hvordan dette blir ansett som prestisjefulle områder å være vellykket på. Hun mener det kan være uheldig at barna ”våre” får med seg alt dette, og vil ta etter foreldrene, de kan jo få ”et veldig unormalt forhold til både mat og kropp. Å være god nok og å gjøre ting riktig blir et sånt gjennomgående fokus”. En annen informant påpeker hvordan media og treningskulturen skaper press om å skulle forme kropp. Hun sier for eksempel: ”Jenter vil veldig gjerne være som et glansbilde, og tror at det er det guttene vil ha, og det å fremstå så vellykket som mulig handler også om det hvordan kroppen ser ut.” Hun mener at denne problemstillingen er bekymringsverdig og et

anliggende som bør tas tak i på samfunnsnivå. Hun trekker frem eksempler med jenter i 15-16 års alderen som vil ha brystkonstruksjon eller som ikke tror at underlivet ser normalt ut.

6.2 Analyse og drøfting av ”Kjønn i klinisk praksis”

Henvisninger og henvisningsgrunnlag

I denne delen vil jeg analysere og drøfte flere sentrale problemstillinger når det gjelder forventninger og forestillinger knyttet til kjønn i helsearbeid. Det første jeg vil dvele ved er hva som påvirker hvilke pasienter som i utgangspunktet blir henvist til psykomotorisk fysioterapi (PMF). Det er en allmenn oppfatning at flest jenter og kvinner oppsøker eller blir henvist til psykomotorisk fysioterapi. Noe av forklaringen på det kan nok være at kvinner er overrepresentert med det som ofte betegnes som diffuse muskel- og skjelettplager eller psykosomatiske og psykiatriske plager (NOU 1999:13), som er nedslagsfeltet for den psykomotoriske tilnærmingen.

Henvisningene er ifølge informantene svært forskjellige: Noen er informasjonsfattige der det kun står for eksempel ”myalgi” eller ”spenningshodepine”, mens andre bærer preg av en mer omfattende vurdering. En av informantene beskriver et eksempel på sistnevnte hvor henviser ”tankemessig har vært innom de aller fleste aspekter”. Det er nærliggende å tro at det hun mener med ”de aller fleste aspekter” er en mer helhetlig vurdering der henvisningen også inneholder vurderinger knyttet til psykologiske og sosiale forhold ved pasientens vansker. Informantene oppfattet at tett samarbeid med henviser hadde betydning for henvisningen: Er det et nært samarbeid har henviser bedre forutsetninger for å vite hva slags informasjon de som fysioterapeuter anser som nyttig. Men det handler i tillegg om hvilket blikk henviserne har vurdert pasienten med.

Henvisninger, som annen skriftlig informasjonsformidling, er med på å prege annet helsepersonells inntrykk og forståelse av pasienten plager, og kan være førende for valg av tiltak (Thornquist, 2007, Thornquist, 2009). Informantene fremstår likevel som selvstendige fagutøvere ved at de gjennomfører sin egen undersøkelse og fastholder sine vurderinger som grunnlag for valg av tiltak. De understreker at de legger vekt på andre aspekter ved pasientens plager enn det henvisende leger gjør, og de viser også til forskjeller i orientering mellom

forskjellige faggrupper. Dessuten har det ofte gått en tid siden henvisningen er skrevet, på grunn av lange ventelister, og at dermed kan omstendighetene rundt og tilstanden til pasienten ha endret karakter. Disse utsagnene synes å være basert på en oppfatning av at de har en annen sykdoms- og kroppsforståelse enn andre faggrupper. Denne forståelsen kommer frem gjennom intervjuene som helhet. Informantene legger blant annet stor vekt på pasientenes egen sykdomsforståelse. For eksempel sier den ene informanten at hun bruker tid på å sette seg inn i ungdommens egen oppfatning av plagene sine, samt hvilken forventning de har til henne som terapeut:

”Hva tenker du at jeg kan hjelpe deg med? Hva trenger du hjelp til?” Det er jo for det første å sjekke ut hvor er de i forhold til det som står i henvisningen da. Hvor er de hen i forhold til det som blir formidlet av andre og forstår de seg selv slik?

Hva og hvem som blir henvist er også avhengig av flere faktorer. Henvisningsdiagnosene som blir brukt på de jentene som kommer til psykomotorisk fysioterapi hos informantene er som nevnt hovedsakelig trøtthet, utmattelse, ME, hodepine/migræne, muskel- og skjelettplager, magesmerter, angstplager, depresjon, selvskadning, spiseforstyrrelser, mobbing og søvnplager. Dette er i stor grad symptom- og syndromdiagnoser. Og det er svært stor overlapping mellom disse plagene og det som Eriksen, Kirkengen og Vetlesen (2013) beskriver som symptomer innenfor de medisinske uforklarlige tilstandene. Men om en ser tilbake i tid så er ikke dette et nytt fenomen. Bülow-Hansen (i Bunkan et al., 1995) beskriver blant annet stor usikkerhet rundt diagnosen ”yrkesnevrose” på 1930-40-tallet. Det var en lidelse som en visste lite om, og følgelig ble det vanskelig for helsepersonell å yte adekvat behandling. Hun skriver videre hvordan diagnosen ”yrkesnevrose” ble satt ”på alle pasienter med smerter i skuldre, nakke og armer når ingen patologiske forandringer kunne påvises” (ibid, s. 4). Slik kan en si at til alle tider har både leger og fysioterapeuter operert med uklare diagnoser. Det som er nytt i dag er at det stadig blir flere av slike ”uforklarlige” diagnoser, og samtidig flyttes grensene for normalitet slik at avvik fra ”normalen” i større omfang gjøres til gjenstand for helsevesenet (Illich, 1975, Eriksen, Kirkengen og Vetlesen, 2013, Frances, 2013, Kirkengen og Thornquist, 2013). Jeg vil komme tilbake til helseutfordringer ved økende grad av medikalisering i drøftingen av siste tema som jeg kalt: Normalisering og ufarliggjøring.

Men hva har dette å si for den økende forekomsten av unge jenter med psykiske helseplager? Det er verdt å undre seg over om hvorvidt det symptomorienterte diagnosesystemet kan få spesielle følger for jenter og kvinner. Som nevnt innledningsvis til drøftingen er det flest kvinner som får plager knyttet til muskel- og skjelettsystemet, samt psykosomatiske og psykiatriske plager. Når kvinner i større grad enn menn får symptomdiagnoser (Thornquist, 2001a, Werner, 2005), er det nærliggende å se det i sammenheng med anvendelsen av diagnosesystemet. Ved å tolke eksempelvis hodepine, trøtthet, utmattelse og ”uspesifiserte” muskel- og skjelettplager som objektive symptomer, løsrives disse plagene fra jentene selv, deres erfaringer og situasjon. Mens det ifølge De Beauvoir er nettopp det enkelte subjekts erfaring og situasjon vi må forstå uttrykkene i lys av (Beauvoir, 2000 [1949]). Dette får konsekvenser for hver enkelt jente, og ikke minst, for samfunnet som helhet, fordi det skjer en tilsløring av sykdomsskapende forhold i omgivelser og samfunn når oppmerksomheten rettes kun mot symptomer og til hvilke diagnosekategorier symptomene kan plasseres i. De unge jentene får her diagnostiske merkelapper fremfor at vi faktisk prøver å forstå hva de sliter med.

Det er rettet innvendinger mot at diagnosesystemet er kjønnet ved at leger oftere fortolker kvinners plager som psykosomatiske og menns plager som somatiske (Malterud, 1999). En forklaring på en dette fenomenet er at det tradisjonelt sett er blitt forsket mer på menns sykdommer enn kvinners. Medisinsk forskning ble hovedsakelig utført av menn og på menn (ibid.). Slik kan en også si at kvinners lidelser er forsøkt forstått gjennom menns syn på kvinner. Men denne debatten inneholder trolig flere lag av forklaringer. Blant annet hvordan kvinner og menn uttrykker seg ulikt når det gjelder plager. Generelt kan en si at menn uttrykker seg i mer saklige og objektive termer, mens kvinners uttrykk er preget av mer emosjonell og relasjonell karakter. Blant annet er kvinner og jenter mer spørrende, lyttende og sensitive ovenfor samtalepartneren enn menn og gutter (Thornquist, 2001a). Dette er påvirket av, og fortsatt påvirker, både hvordan kvinner og menn forstår seg selv samt hvordan de forstås av andre (Dahle, 2001, Thornquist, 2001a).

Tatt i betraktning at informantene argumenterer for at en viktig del av utredningen og vurderingen deres er å få frem de unge jentenes egne opplevelser og oppfatninger av plagene sine, så kan en si at de tar hensyn til det Thornquist og Dahle (ibid) etterlyser: Viktigheten av

å være sensitiv for og bevisst på hvordan kjønnete forestillinger og forventninger preger hvordan menn og kvinner uttrykker plagene sine. På et overordnet nivå kan vi kanskje si at det er dette også Simone De Beauvoir etterlyser: Å forstå et uttrykk ut ifra den enkeltes erfaring og situasjon. Informantene har også noen tanker om hvordan fortellingene til gutter og jenter er forskjellige nettopp på grunn av kjønnete forestillinger. Informantene beskriver hvordan gutter og jenter uttrykker seg ulikt, og hvordan jenter har lettere for å sette ord på vanskelige følelser og plager enn hva gutter har. Som nevnt over har dette fenomenet flere nivåer av forklaringer. Hvordan jenter og gutter presenterer seg uttrykker også deres situasjon som preges av kulturens verdier og idealer. Dette kan forstås ved det fenomenologiske begrepet livsverden, de forhold som vi tar for gitt. Jeg tenker at dette kan få betydning for begge kjønn på følgende måte: Overrapportering av plager hos jenter og underrapportering av plager hos gutter.

To av informantene antyder at det er en tendens til økende grad av menn som blir henvist til psykomotorisk behandling. Kanskje er en i ferd med å tillate menn å være mer følelsesorienterte til å kunne uttrykke at livet kan være vanskelig, noe som tradisjonelt sett har vært forbeholdt det feminine kjønn? En studie som er gjennomført i Sverige blant småbarnsforeldre antyder at økende likestilling på hjemmebane og i arbeidslivet fører til økt risiko for sykefravær blant menn (Försäkringskassan, 2013). Studien peker mot at høye krav både på hjemmebane og i arbeidslivet kan oppleves som en belastning og føre til økt stress. Slike studier vitner om at den pågående sykefraværdebatten bør romme flere forhold, som for eksempel rollefordeling, sosiale og kulturelle normer, fremfor at det handler om kvinners- og menns medfødte forskjeller i motstandsdyktighet mot sykdom og plager. Spørsmålet blir om dette på sikt kan bidra til å normalisere belastningshypotesen til å gjelde for alle, og ikke bare er forbeholdt kvinnen som ”det svake kjønn”?

”Flink pike” – noe du er eller noe du gjør?

Begrepet ”flink pike” har glidd inn i dagligspråket, ”hun er en typisk flink pike”, sier vi og lar det stå som en forklaring på hvorfor hun er blitt syk og uslitt av alle kravene til henne. Ofte kan en se at begrepet blir benyttet som en årsak-virkning-forklaring på hvorfor så mange unge jenter og kvinner generelt får helseplager og sliter i skole, arbeidsliv og sosialt liv. Den flinke

piken er hardtarbeidende, sosial, omsorgsfull, pliktoppfyllende, perfektjonistisk på alle livets området. Hun trener og spiser sunt for å ta vare på seg selv, og hun sjonglerer flere oppgaver samtidig, eller ”multitasker” disse. Samtidig som, og det er nå det blir spesielt problematisk, ”flink-pike”-syndromet blir sett på som sykdomsskapende, for eksempel ved utmattelse, så virker det som om *tilstanden* ”flink-pike” gir en form for status i dagens moderne samfunn. Flere unge jenter kan derfor oppleve å få anerkjennelse og omsorg for å opptre med egenskapene nevnt over. Ergo blir flink-pike-begrepet tvetydig: Det assosieres både med noe negativt og noe positivt for den enkelte.

Hos informantene ble ikke ”flink-pike” brukt som begrep, men når de skulle forklare hvordan de forstod hva unge jenter sliter med, så trakk de nettopp frem at disse jentene var flinke, perfektjonistiske, pliktoppfyllende, og hadde stor omsorg for andre enn seg selv. Dette ble ansett som en del av problembildet. For informantene var det opplagt at disse høye opplevde kravene henger sammen med jentenes plager. De pekte spesielt på at jentene ikke har kontakt med egne behov. Videre fremholdt de at det kan være en motsetning mellom å skulle være flink og å lytte til seg selv og egne behov. Her er det noen forhold som er verdt å dvele ved. Hva innebærer det når den ene informanten kaller disse kravene som mange jenter stiller til seg selv for ”umenneskelige”? Det kan tolkes som at kravene som stilles befinner seg på kollisjonskurs med noen grunnleggende menneskelige livsvilkår. Alle informantene poengterer at ungdom befinner seg i en sårbar periode i livet hvor det skjer store endringer, og dette vil jeg utdype videre under tema ”Normalisering og ufarliggjøring”. I denne sammenheng vil jeg løfte frem noen aspekter ved å være en ung jente.

Ungdomstiden handler i stor grad om identitetsutvikling (Erikson, 2000 [1968], Tetzchner, 2012), men hva er å finne seg selv og hvordan gjør en det som jente? Slik informantene beskriver sine erfaringer med å snakke med jentene under behandling får vi et inntrykk av at det foregår en notorisk og selvkritisk overvåkning av egen kropp, utseende og prestasjoner. Eriksons teori om identitetsutvikling innebærer at subjektivitet skapes gjennom integrering av utallige selverfaringer med andre (ibid.). Og da kan en spørre seg: Står unge jenters selvovervåkning i veien for å skape identitetsutviklende erfaringer sammen med andre?

En av informantene beskriver jentene ”nesten på grensen til å være [...] selvutslettende”. Hva er det som gjør at begrep som ”flink-pike” oppstår, og hva er det som skaper denne atferden hos unge jenter? Prosjektet til Simone De Beauvoir, slik jeg forstår det, er å ansvarliggjøre den enkelte kvinne slik at hun kan bli i stand til å foreta aktive valg og handlinger for sitt eget liv; å *være* og *fremstå* som et selvstendig vesen – et subjekt. Hun skriver blant annet at om en kvinne er ”produktiv og aktiv, kan hun gjenvinne sin transcendens, i sine prosjekter beskjeffer hun seg konkret som subjekt [...]” (Beauvoir, 2000 [1949], s.785). Informantene er tydelig bekymret for hvordan unge jenter ikke har kontakt med egne grenser og behov, og det er noe de legger vekt på å endre i behandlingen. De reflekterer imidlertid lite over hva som ligger bak dette mønsteret som de ser hos de unge. Det er forunderlig hvordan mange unge jenter ser ut til å forbli passive betraktere av seg selv og sin situasjon. Det vil si: Det synes som de overveldes av kravene til kropp, utseende og prestasjon som om det er *noe som bare skjer dem*, og som de ikke selv har kontroll over. For å forstå unge jenters situasjon, deres *levde erfaring*, må en rette oppmerksomheten mot deres *livsverden*. De Beauvoirs poeng i sine analyser er at jenters opplevelse av seg selv og sin kropp disiplineres og konstitueres innenfor dominerende systemer for normer og idealer, men som ureflektert oppleves av individet som autonome og egendefinerte prosjekter. Dahle (2001, s. 2) skriver at De Beauvoir bidrag til kjønnsdebatten ”førte til innsikten at kvinneundertrykkelsens årsaker blant annet ligger i dens konsekvenser”. Unge jenters ureflekterte forhold til en notorisk selvovervåkning gjør at de ikke stiller spørsmålstegn *hvorfor* de gjør det, men oppmerksomheten rettes utelukkende mot *konsekvensene* av at de gjør det. Uten et kjønnsperspektiv, som kan bidra til innsikt i jenters situasjon, kan helsetjenesten i følge NOU 1999:13 (Kvinnens helse i Norge), komme til å fastlåse og forsterke kvinners problemer. Kulturelle normer, verdier og idealer kan legge et konformitetespress på unge jenter. Er dette, trolig ureflekterte, konformitetespresset med på å skape verdikonflikter i unge jenters identitetsskaping? Og er det dette informantene ønsker å hjelpe jentene til å reflektere over når de vektlegger kontakt med egne behov og grenser i behandlingen?

Anthony Giddens’ (1997) teori om selv-identitet går ut på at individet konstruerer sin selvoppfatning som svar på de utfordringer det senmoderne samfunn gir. Han understreker at med en økende løsrivelse fra tradisjoner og stadig hurtigere og mer omfattende samfunnsmessige endringer er det moderne mennesket på søken etter identitet, noe som

stimulerer en selvrefleksiv virksomhet. Denne selvgranskende prosessen knytter Giddens direkte til modernitetens allmenne tendens til økende refleksivitet. ”Refleksivitet [kjennetegner] all menneskelig handling. Alle mennesker holder regelmessig kontakten med grunnen til det de gjør som en integrert del av det de gjør” (ibid., s.33-34). Sammen med Pierre Bourdieu og hans kjente habitus-begrep, som innebærer at ”enkeltindividets handlinger verken er determinerte eller et resultat av frie valg [...] (Thornquist, 2003, s.137), søker Giddens å forklare hvordan handlingsmønstre videreføres selv om verdier og ideer forandres. Et vesentlig poeng hos Bourdieu er nettopp at ”individer representerer alltid mer enn seg selv, de er alltid bærere av sin sosiale gruppes verdier og meningsverden” (ibid., s.137). Hvordan kan jentenes tendens til ”selvutslettelse” forstås i lys av dette?

Informantene beskriver et risikopreget handlingsrom: Der er ingen rom for å feile, og *om* du feiler så definerer feilen deg som person. En av informantene oppfatter opplevelsen av et redusert handlingsrom som reguleringsproblematikk, hvor hun ser det hun kaller et ”enten-eller”-mønster både i tankegang og i det kroppslige uttrykket. Enten er du perfekt eller så er du mislykket, og det kroppslige uttrykket blir preget av høyt spenningsmønster eller manglende tonus. Hva mener informantene med at ”reguleringen mangler” og ”det er lite imellom”? Jeg blir stående igjen med spørsmålet: Har jentene reelle valgmuligheter?

Et sted å søke svar på disse spørsmålene fra de to ovenstående avsnittene er å gå til Simone De Beauvoirs begrep ”kroppen som situasjon” og se nærmere på hvilke konsekvenser den fortsatt utpregete objektiveringen av kvinnekroppen har for unge jenter. Dette er også vesentlig for de neste temaene som blir presentert i oppgaven der formålet er å svare på hvilke elementer ved psykomotorisk fysioterapi informantene legger vekt på i behandlingen av unge jenter. Og her kommer kroppssynet tydelig frem. Beauvoir skriver at: ”Hvis kroppen ikke er en *ting*, er den en *situasjon*: vårt grep om verden og utkastet til våre prosjekter” (Beauvoir, 2000 [1949], s.78). Situasjonbegrepet viser ikke bare til en konkret kropp, men det rommer også de faktiske forhold for en jente/kvinne og dermed også den grad av frihet som er reell for henne. Kroppen er ikke tilstrekkelig til å definere en kvinne/jente, men den utgjør vårt perspektiv mot verden. Dette knyttes igjen til begrepene immanens og transcendens, siden en ikke utelukkende kan snakke om hva verden gjør *mot* henne, og må også se på hva hun selv *gjør* (Merleau-Ponty, 1994, Beauvoir, 2000 [1949], Young, 2005). For å forstå hvorfor unge jenter tilsynelatende forblir i en passivitet, som ”selvutslettende”, er det nærliggende å

spørre: Hva er det som gir kvinner verdi? For når dette ikke aktivt reflekteres over, vil jenter fortsette å være dominert av immanens. Beauvoir skriver: ”Ved siden av ethvert individs krav om å befestes seg selv som subjekt [...] finnes det også en fristelse til å flykte fra friheten og bli en ting [...] bli offer for fremmede viljer, avskåret fra sin transcendens, berøvet enhver verdi” (Beauvoir, 2000 [1949], s.40). Frykten for å overskride tradisjonelle kjønnsnormer er reell også for dagens unge jenter, noe vi kan se tendenser til i informantenes beskrivelser av hva jentene selv presenterer i sine sykdomsfortellinger.

6.3 Kontakt med kroppen

Kontakt med kroppen er et komplekst tema innenfor psykomotorisk fysioterapi. Det kan innebære å bli kjent med sine egne reaksjonsmåter, bli i stand til å reflektere over og forstå egne reaksjoner og dermed også bedre kunne mestre kroppslige plager og utfordringer de står ovenfor i dagliglivet (Dragesund og Råheim, 2008, Øien, 2010, Gabrielsen, 2013).

Informantene snakker om kontakt i flere og ulike betydninger som dels er overlappende. Det ene er hvordan de bruker utforskning av kontakt med kropp som utgangspunkt for å få ungdommene interessert i behandlingen. De viser til at intensjonen er å møte dem på det området som de selv er opptatt av og har søkt hjelp for (det kroppslige). Det andre er hvordan informantene understreker at kontakt med kroppen kan åpne for kontakt med følelser og omvendt. Dessuten legger de vekt på kroppslig bevisstgjøring for å komme i kontakt med egne behov og egne grenser.

6.3.1 Bekreftelse på plagene - tillit til behandlingen

Å ha tillit til behandlingen er avgjørende for pasienters motivasjon. Informantene legger vekt på pasientens tillit og motivasjon som en viktig faktor for endringspotensialet i behandlingen. I undersøkelsen benytter informantene seg bevisst av utforskning av kroppslige vaner, bevegelser og spenningsmønstre for å bekrefte og forklare hvordan disse kan være med på å fremme og/eller opprettholde pasientens plager:

”Å, jøss, det er jo ikke rart at du er sliten i lårene! For du står jo og spenner deg hele tiden.”. Og du kan nesten se at noen får et slikt lettelsens sukk: ”Aah, er det endelig noen som skjønner at jeg er sliten!”

Informanten tror dette bidrar til å skape tillit til behandlingen og til henne som behandler fordi det er en indirekte bekreftelse på at hun ”skjønner hva de snakker om”.

Informantene tror den kroppslige innfallsvinkelen gjør at det er lettere å få kontakt med ungdom. En informant sier: ”Jeg prøver å være veldig konkret da i forhold til dette her med kropp og sammenheng, og gjøre det enkelt og gjøre det ufarlig på en måte.” Når behandlingen tar utgangspunkt i det som oppleves kroppslig *her og nå* er det gjerne lettere å relatere seg til det som blir gjort, til ”å plassere reaksjonene i kroppen”, som en informant beskrev det. Spesielt poengteres dette i forbindelse med psykiske helse:

Det [psykiske helseplager] er kanskje vanskeligere for en ungdom å skjønne seg på da, og at det kan gå over til den mer mystiske biten, som jeg er redd for at ungdom detter av lasset på [...] Men at kroppen er mer konkret, og lettere for dem å få tak i. Mindre abstrakt og rart.”

At kroppen er konkret er selvsagt, den tar opp fysisk plass i rommet. Men jeg tror informantens poeng er å ta utgangspunkt i reaksjoner og de kroppslige uttrykkene som dukker opp underveis i behandlingen, og at de blir gjenstand for samtale og refleksjon. Det blir noe som er felles og konkret der og da som de kan utforske sammen. En informant tror det kan være vanskelig å sette ord på hvordan en har det, og at en da trenger litt ”hjelp til å finne språket”. Hun gir et eksempel på en slik situasjon:

Hvis jeg gir et smertegrep og ser at pasienten holder igjen, så er det jo et fint utgangspunkt for en samtale om regulering, sant, at en relaterer det til livet og at ”det er litt vanskelig for deg å si ifra”. ”Ja, det synes jeg er pinlig, jeg kan ikke stå og sparke, å nei”, og da er det jo utgangspunkt for et tema da i forhold til hvordan en kan relatere det til andre situasjoner og livet generelt.

I avsnittet over kan en få et inntrykk av hvordan informanten aktivt tar utgangspunkt i pasientens egne kroppslige uttrykk som en kilde til innsikt om egne holdninger til seg selv og til livet generelt. Dette vil jeg komme tilbake til i neste undertema som jeg har kalt: Kroppen som kilde til innsikt”.

Selv om informantene er orientert mot det som skjer *her og nå* i hver enkelt situasjon så poengterer de hvor viktig det er at en forklarer hva som gjøres og hva som skal skje i behandlingen. En av informantene sier at hun pleier å spørre pasienten om hun ”vil være med på et eksperiment”. Basert på egen erfaring forteller hun at mange unge kan synes at psykomotorisk fysioterapi er en rar behandlingsform, og at hun har blitt ekstra oppmerksom på å informere godt om hva som skal skje: ”Du må være klar over at dette nok er litt annerledes enn det du har vært borti før, men jeg skal prøve å gjøre det sånn passe uvanlig”. Det handler om å avklare forventninger til behandlingen både som et ledd i å skape en god relasjon til pasienten, og for at de skal få en tiltro til behandlingen. To av informantene poengterer at mange av pasientene deres har prøvd flere andre typer behandlinger tidligere uten hell, og dermed begynner de å miste motivasjon og tro på at dette skal være noe annerledes.

Å benytte seg av en kroppslig innfallsvinkel beskrives av informantene både som konkret og lett tilgjengelig, men også som spesielt utfordrende. Dette kan umiddelbart fremstå noe paradoksalt, men den ene informanten utdyper problemstillingen med at noen ungdommer har en kropps- og sykdomsforståelse som skaper visse forventninger til behandlingen: ”Noen bare intellektualiserer, alt skjer over snippen, men de er overhodet ikke tilstede i kroppen (...) alt skjer i hodet. De skal ha en forklaring, nesten en sånn naturfaglig forklaring på hvorfor.”

Videre utdyper hun:

Om det går den ene eller den andre veien, det synes jeg handler vel så mye om den du har foran deg, om vi skal gå gjennom kropp for å komme til tankene, eller om du skal gå gjennom tankene for å komme til kropp. Og noen ganger må jeg kanskje gjøre begge deler alt etter hva det handler om.

Med dette kan en tolke informanten som at det ikke finnes en standardoppskrift for hvordan en kan hjelpe ungdom til å se sammenheng mellom kroppslige uttrykk, plager og hvordan en har det følelsesmessig. Dette blir en vurdering som terapeuten må foreta i møte med den enkelte ungdommen.

6.3.2 Kroppen som kilde til innsikt

Alle informantene fremhever at de har en utforskende tilnærming til kroppslige vaner, holdnings- og bevegelsesmønstre. Et annet eksempel på en slik situasjon er fra en undersøkelse: Informanten viser til at hun observerer hvordan pasienten hviler på benken i ryggliggende stilling. Etter sin observasjon bruker hun en generalisert beskrivelse av holdning i liggende stilling for å få pasienten med. Hun forklarer ”hvordan veldig mange ligger med helt samlede ben og hvor tærne peker rett opp”. Hun kan videre be pasienten selv utforske hvordan det kan kjennes ut å endre stilling: ”Se hva som skjer hvis du plasserer bena litt fra hverandre nå, og tillater tærne å få lov å duppe litt ut til siden.” Her legger informanten vekt på betydningen av at pasienten kan begynne å reflektere over hvordan de vanligvis pleier å ligge, og kanskje bli mer bevisst et spenningsmønster som de ikke før var klar over. Slike oppfordringer kan åpne for at pasienter ser nye sammenhenger. Kroppen blir en kilde til innsikt som både kan gjøre behandlingen mer meningsfull for pasientene og åpne opp for at de blir mer bevisst egne kroppslige vaner og spenningsmønstre.

Hvilken mening kroppslige vaner og spenningsmønstre har er preget av den enkeltes liv og historie. I eksempelet over kan pasienter reagere ulikt på å gi etter for spenningene i bena: Informanten forteller videre:

Noen kan da umiddelbart si: ”Nei, å, det ble ekkelt, nei det ble for åpent”, mens andre sier: ”Åå, det var jo mye bedre!” Og så begynner de å reflektere over at ”Ja, for når jeg legger meg så ligger jeg jo alltid sånn, og jøss, tenk hvor anspent jeg ligger da uten at jeg vet om det!”

Det informantene illustrerer med dette utsagnet er at en bevegelse eller kroppslige spenninger kan ha forskjellig betydning for forskjellige pasienter. For noen kan det oppleves svært ubehagelig og ”ekkt”, mens for andre kan det være godt. Dette er en grunnlagsforståelse

som får avgjørende implikasjoner for klinisk praksis. Det understreker blant annet behovet for individualisering: Å forstå og møte den enkelte pasient som bærer av sitt liv og historie, ikke kun som et eksemplar av en bestemt biologisk art. Jeg vil utdype dette i drøftingen. En annen informant beskriver det på denne måten:

Stoppe opp når en ser reaksjonene til pasientene. En blir ofte vár på reaksjonene, og det å stoppe opp og sette ord på det, og spørre rundt hva den personen opplevde da: ”Jeg ser at du får gåsehud... kjenner du ...?” eller ”Kjenner du noen endringer som skjer?”. En kan begynne med at pasienten kan kjenne etter selv selvfølgelig, men veldig ofte trengs det å bli pekt på.

”Stoppe opp” kan her forstås som tid til ettertanke hvor terapeuten inviterer pasienten til å dele sin opplevelse. Ved å gi pasientens egen reaksjon oppmerksomhet sier hun også implisitt: Din opplevelse er viktig. Samtidig er hun spørrende og utforskende. Med dette viser hun at hun ikke sitter på noen fasit, og at det er pasientens egen opplevelse som er i sentrum. Likevel kan det oppstå utfordringer i denne utforskningen. Som nevnt over kan psykomotorisk behandling oppleves som en annerledes behandlingsform enn hva pasienter er vant med. Det kan tenkes at pasienter tradisjonelt sett er orientert mot plagene sine og har forventning om at disse skal ”fjernes” gjennom behandlingen. Dette er en tenkning som stammer fra den biomedisinske tradisjon, der kroppen i stor grad er objektivert og redusert til ”noe som kan fikses”. Denne tenkningen preger fortsatt både lekfolks og helsepersonells kropps- og sykdomssyn i dag. Det har konsekvenser blant annet ved at pasienter vanligvis ikke er vant til å kjenne etter egne opplevelser. På spørsmål om informanten opplever det som en utfordring å få pasienter til å kjenne etter, svarer hun:

Veldig ofte kan det ta litt tid, det er litt avansert. Men litt ut i behandlingen kan det ofte endre seg, men det kan være sånn at en kjenner veldig lite første gangen, og alt er greit. Det kan jo ofte henge litt sammen med dette med å være på, være flink, holde seg oppe og det å være i spenn hele tiden at en kjenner litt mindre av hva som skjer.

Her sier informanten at kontakt med egen kropp er «avansert», og at det kan ta tid. Hun trekker frem at fokus på egen prestasjonsevne, ”å være flink”, kan vanskeliggjøre kontakt

med kroppslig og subjektiv opplevelse. En annen informant beskriver en annen ung jente som: ”klassisk flink, flott jente, flink på skolen, skulle bli advokat, ekstrajobb for å tjene seg penger, alt dette her.” Hun var plaget med nakkesmerter og migrene, og foreldrene var fortvilet. Informanten forteller videre hva som skjedde i møte med denne jenta:

Så når jeg begynte å antyde at summen av ting også kunne bli en belastning, så merket jeg at blikk-kontakten forsvant litt, eller hun tok ikke helt inn det jeg sa, det var ikke dette hun ville høre. Så jeg spurte henne heller aldri om det, for så langt kom jeg ikke. Jeg tror rett og slett at hun ikke dukket opp igjen.

I dette eksempelet får vi inntrykk av en jente som har lite kontakt med egen kropp og sin subjektive opplevelse. Informanten hadde forsøkt å presentere henne for en tanke om at ”summen av ting også kunne bli en belastning”, men opplevde motstand fra jenta. Det er nærliggende å tolke informantens utsagn som uttrykk for at hun mente at en jente som er vant med å presse seg og kanskje underkjenner følelser, også har begrenset kontakt med hva hun gjør kroppslig. Utforskning og bevisstgjøring av kroppslige vaner og væremåter poengteres som et viktig element ved psykomotorisk fysioterapi, og det er tydelig at dette frembringes som et vesentlig bidrag i møte med unge jenter som et ledd i at de skal få bedre grep om seg selv. Som nevnt i første tema har informantene en oppfatning av at de unge jentene har lite kontakt med egen kropp, men at de til gjengjeld har mye oppmerksomhet rettet mot tanker, grubling og bekymringer *om* kropp og prestasjonsevne. Dette aktualiserer spørsmål om det er slik at økt fokus på egen kropp og prestasjoner kan gjøre at en mister kontakt med egenopplevelsen. Dette kan umiddelbart fremstå som paradoksalt: Fokus *på* kropp kan gi manglende kontakt *med* kropp. Kroppens tvetydighet blir følgelig nødvendig å dvele ved. Dette vil jeg komme tilbake i drøftingen.

6.3.3 Å få bedre grep om seg selv – grenser og behov

Alle informantene snakker om viktigheten av å fremme unge jenters kontakt med egne grenser og behov. En av informantene sier at hun ofte begynner tidlig i behandlingen med å bevisstgjøre pasienten på å øve seg på å sette grenser for hva som er greit og ikke. Hun forteller at unge jenter ofte kan synes at det eksempelvis er vanskelig med avkledding i en undersøkelsessituasjon: De vil som oftest ha klærne på, mener hun. Og da pleier hun å

oppfordre dem til å kjenne etter: ”Det med å lytte til om det er greit å kle av seg kan være en første innfallsvinkel til å lytte til hva det er jeg *egentlig* synes”. Det er nærliggende å tenke at unge jenter som vil fremstå pliktoppfyllende og flinke, kan ha større vansker med å si imot en behandler som ber dem om å kle av seg. Når informanten her bevisst tematiserer avkledningen, tyder det på at hun er bevisst denne strategien hos de unge jentene. På denne bakgrunn åpner hun opp for en mulighet for jentene selv å kjenne etter som er start på bevisstgjøring.

En annen informant tror at det er noe med dagens samfunn som gjør at det er liten tid til å kjenne etter, og at en derfor blir mindre bevisst på at det har betydning. Hun legger til at det er viktig å ikke forhaste seg og videre at det er lov å *ikke* kjenne noe også. Hun sier: ”For det er veldig fort gjort at en føler at en *må* kjenne noe, og da har en på en måte hoppet over det som er det viktige i behandlingen.” Det virker som informanten mener at det er avgjørende at denne delen av behandlingen foregår på pasientens egne premisser. På spørsmål om utdypning svarer hun følgende:

[En]må bruke fagligheten sin til å regulere det å dosere på forskjellige måter underveis: Om det så er måten en berører på, måten en snakker på, variasjoner i det en gjør, ja, at en hele tiden følger med reaksjoner og regulerer slik at det blir passelig for pasienten for hun må jo tåle at hun får reaksjoner [...] Men jeg tenker at det er viktig å følge pasienten hele veien om det skal være noe meningsfylt samtidig som en skal formidle at man er en fagperson som ser hva som skjer og kan hjelpe å regulere slik at det blir okei og passelig for pasienten.

Informantens beskrivelser fremstår som en anerkjennende holdning ovenfor pasientens reaksjoner. Når hun sier ”det som er det viktige i behandlingen”, er det nærliggende å forstå det som at pasientens grenser og egne opplevelser får gyldighet. Når terapeuten anerkjenner pasientens grenser, så kan pasienten selv bli i bedre stand til å erkjenne og akseptere dem, og det kan bidra til en mer hensiktsmessig selvregulering. I denne sammenheng blir det også nærliggende å reflektere over hvilke konsekvensene det kan få dersom helsepersonell *ikke* tar hensyn til pasienters grenser, eller kanskje mer vanlig: Helsepersonell kan komme utfor å

overskride pasienters grenser uten å være klar over det dersom en ikke er bevisst og observant på kroppslige uttrykk og reaksjoner underveis i behandlingen.

Det er kun én av informantene som benytter regulering som begrep. Hun omtaler det som en vesentlig side ved psykomotorisk fysioterapi:

Ja, jeg tenker at det [regulering] er psykomotorisk behandling jeg, hele tiden, i det vi gjør, i det å komme ned og kjenne på forskjeller, klare å gi beskjed om hva som er bra og ikke bra for en. Og når en gir slipp: passe på at en ikke gjør ting som blir for mye for en sånn at det blir for voldsomt, så jeg må hele tiden passe litt på i forhold til regulering underveis da.

Som tidligere nevnt opplevde en av informantene unge jenter i klinikken ”nesten på grensen til å være selvutslettende”. En motsetning til å være selvutslettende er å være selvhevdende. Selvhevdelse er noe som aktivt fremmes av alle informantene gjennom kontakt med kroppen og kroppslige fornemmelser:

Å jobbe med å få bedre kontakt med pust, med bena. Det å kunne gi beskjed, å tørre å sparke litt ifra, ja. Altså, det ble tydelig når de klarte å hente litt krefter fra senter.

Informantene sier at de oppfordrer pasientene til å si ifra om det er noe som oppleves ubehagelig, og poengterer at det ”det er lov å si au, altså, alt er lov. Ikke steng det inne, prøv å få det ut. Men det er jo nettopp dette de strever med, sant, disse som holder ting inni seg. De strever med å være tydelig og gi beskjed, hva er mitt behov nå.” Å klare å si ifra, tror informantene, har betydning for pasienten følelse av kontroll og at de kan bestemme selv.

”Å komme ned og få litt bakkekontakt” og ”Lite kontakt med bena: Bruker energi på å holde seg oppe” er to utsagn som brukes ofte i det psykomotoriske fagfeltet. Å stå godt på bena har betydning i dobbel forstand. Det ene er opplagt: Det er å ha en bevegelig balanse i vekt bærende stilling, dvs. å holde seg oppreist uten å bruke mye krefter og uten å miste balansen. En av informantene antyder hvordan ”bakkekontakt” kan henge sammen med evne til å ta avgjørelser, og at de som ikke har kontakt med bena sine kan være ”skjøre, og lette å vippe av pinnen”. En får inntrykk av at hun mener de mangler stødighet, trygghet og

fleksibilitet: ”Altså, det er nødvendig for reguleringen da, å ha kontakt med underlaget og kjenne hvor en står”. Hun mener at kroppslig fleksibilitet, det å kjenne at en både kan stå oppreist, men også kunne slippe seg ned, kan overføres til fleksibilitet i livet generelt. En annen informant har et eksempel fra en ung jente som hun har hatt i behandling som trolig kan belyse det informantene prøver å formidle:

Alt var vondt, avspenningsevnen var veldig nedsatt, høy muskulær stivhetsgrad, nedsatt fleksibilitet, alt var stivt, holdt og smertefullt. Prøvde [behandling] fem-seks ganger, men det var ikke noen endring. Evaluering: Jeg mente omstillende behandling var kontraindisert fordi hun hadde panseret på konstant. Pasienten kunne kjenne det igjen da jeg formidlet mine inntrykk, men hun ville fortsette. Hun kom til mer samtale og aktive øvelser for å se om jeg kunne lære henne noen redskap hun kunne benytte selv: Pusteøvelser, refleksjon rundt det som er vanskelig. For det var ikke mulig å ta på henne, det var en sånn beredskap i den kroppen at, nei, det er noe av det sterkeste jeg har vært borti.

Ut fra dette utdraget kan vi ane en unge jente med lite handlingsrom og i full beredskap. Informantens vurdering var at jenta forble ansent i sitt kroppslige mønster og en omstillende behandling ble ansett som kontraindisert. I begrepet ”omstillende behandling” ligger det et mål om en inngripende endring. Det vi kan forstå ut fra informantens beskrivelser er at denne jenta trengte sitt forsvar, sitt ”panser”. Muskelspenningene hadde en funksjon for henne. Hun var ikke i stand til å endre seg på en mer fundamental måte. Her viser informanten hvordan hun lar kroppen, og ikke bare ordene være veiviser i behandlingen.

For å oppklare eventuelle spørsmål som leseren kan sitte med: Denne jenta var over atten år, og dermed myndig. Hun kom fra et hjem med høyt konfliktnivå. Det var for øvrig konferert med barnevernet, men jenta ønsket ikke å gå videre med saken for så lenge situasjonen holdt seg ”stabil” så kunne hun beskytte sitt yngre søsken. Det informantene løfter frem som viktig her var å ha ”en å prate med som kunne ha det kroppslige perspektivet med seg, [...], en som kunne hjelpe henne med å plassere reaksjonene i kroppen”, og ikke minst: ”Som kunne anerkjenne at å være i den situasjonen hun var i, var vanskelig”.

Informantenes beskrivelser og utsagn tyder på at de ønsker å gi ungdommene støtte og hjelp til å ta regi over eget liv, men samtidig poengterer de hvordan en slik endring kan være vanskelig å få til. Det inviterer til en varhet i forhold til de reaksjonene som dukker opp i behandlingen. Alt skal ikke nødvendigvis gjøres noe med, og en kan forstå at forankring, eller ”fotfeste” er et ledd i å gjøre pasienten bedre rustet til å håndtere det livet som hun står i.

6.4 Analyse og drøfting av ”Kontakt med kroppen”

Bekreftelse på plagene - tillit til behandlingen

Informantene understreker at det er viktig å møte ungdom på det de er opptatt av, og ofte er det de kroppslige plagene de oppsøker eller henvises til fysioterapeut for. Det er dermed viktig, sier informantene, å åpne for noe meningsfylt som ungdom kan kjenne igjen og relatere seg til. Selv om plagene har sammensatt karakter og psykomotorisk tradisjon ikke skiller mellom kropp og psyke, så har de aller fleste pasienter visse forventninger når de kommer til fysioterapi. Aadel Bülow-Hansen påpekte at *all* undersøkelse og behandling skulle ta utgangspunkt i pasientens kroppslige plager (Øvreberg og Andersen, 2002). Informantene fremhever hvordan fysioterapeuter står i en særstilling med tanke på den kroppslige innfallsvinkelen. De tror at den kroppslige tilnærmingen kan gjøre det lettere for ungdom å åpne seg nettopp ved at det oppstår noe konkret å snakke *om* gjennom en kroppslig utforskning. Ut fra en slik forståelse trenger ikke ungdommene i utgangspunktet å være bevisst sine kroppslige uttrykk, men perspektivet benyttes som en start på en utforskende bevisstgjøringsprosess som kan oppleves som motiverende for videre behandling.

Den ene informanten forteller at når hun møter ungdom på ”det kroppslige” med følgende eksempel: ”Å, jøss, det er jo ikke rart du er sliten i lårene!” så bidrar det også til å skape tillit til behandlingen fordi ungdommene dermed kan få en opplevelse av å bli bekreftet på sine plager. Erikson argumenterer for at ungdom må ha evne til å relatere til signifikante andre med basis i et visst mål av tillitsfull fortrolighet for å kunne mestre identitetskrisens påkjenninger (Erikson, 2000 [1968]). Dette handler om anerkjennelse og ivaretar det faktum at vi er alle avhengige av de reaksjonene vi får fra andre mennesker ”for å bygge opp et bilde av hvem vi er, for å skape oss selv, for vår egen selvrespekt og selvaktelse” (Thornquist, 2009, s.125). Dette gjelder for alle mennesker, men tatt i betraktning drøftingen under første

tema, er det spesielt viktig for ungdom å oppleve anerkjennelse siden de befinner seg i en sårbar periode av livet.

Når anerkjennelse tematiseres er det også vesentlig å løfte frem et sentralt kjennetegn ved møter i kliniske fysioterapisammenhenger. I et møte mellom terapeut og pasient skjer det både kroppslig og verbal kommunikasjon. Forholdet mellom det vi sier og det vi kommuniserer kroppslig er svært komplisert. Det vi kan enes om er at vi til en viss grad kan velge hva vi *vil* si og hva vi ønsker å *ikke* si, men kroppen derimot, kan aldri *ikke* kommunisere. Slik sett er kliniske møter å betrakte som kroppslige møter (Thornquist, 2009).

For å kunne knytte følelser og erfaringer til bevegelser i konkrete her-og-nå situasjoner er det en forutsetning at både pasient og terapeut har et felles engasjement og kroppslig oppmerksomhet som utgangspunkt for tolkning. La oss bruke den ene informantens eget eksempel med smertegrep for å belyse dette: Informanten gir et smertestimulus ved å knipe i pasientens legg: Først må terapeuten være sensitiv for å oppdage at pasienten holder igjen/bremser et uttrykk, deretter må hun gjøre pasienten selv oppmerksom på denne bremsingen ved hjelp av samtale: ”Kan du kjenne at du holder igjen/bremser?” Dersom pasienten blir oppmerksom på sin egen reaksjon kan det åpnes opp for å utforske meningsinnholdet i denne reaksjonen ved å følge opp med spørrende utsagn som ”Det er litt vanskelig for deg å si ifra?” Og slik kan det konkrete kroppslige møtet frembringe nye refleksjoner om sammenhenger mellom plager, holdninger og livshistorie. Fra å ha oppmerksomhet rettet *innover* mot egne reaksjoner og følelser, kan en rette oppmerksomheten *utover*, gjennom å få innsikt i meningsdimensjonen og hvordan dette påvirker pasientens evne til deltagelse og engasjement i sosialt liv. Kroppen blir en kilde til innsikt.

Kroppen som kilde til innsikt

Tenkningen i psykomotorisk fysioterapi er basert på at kroppen ikke bare uttrykker, men også *regulerer* vårt følelsesliv. Dette innebærer at ubehag holdes borte fra bevisstheten ved at vi bremser oss kroppslig, med pust, muskulatur og bevegelser (Thornquist, 2005). Når informantene beskriver undersøkelsen bærer den i stor grad preg av å være utforskende. De understreker at de ønsker å danne seg et inntrykk av pasientens kroppslige vaner, holdnings-

og bevegelsesmønstre, og de sier at i praksis legger de vekt på å invitere pasientene med på utforskningen ved å være spørrende og anerkjennende til deres opplevelser av det som skjer og det som observeres. Basert på dette er det nærliggende å tillegge informantene et kroppssyn i tråd med en fenomenologisk forståelse, der kroppen forstås som uttrykksfelt, meningsbærende og som sentrum for erfaring (Leder, 1990, Merleau-Ponty, 1994, Thornquist, 2003).

Et slikt kroppssyn innebærer at en som terapeut må være var for reaksjoner som kan oppstå under undersøkelser og behandling, men også være seg bevisst at kroppslige uttrykk kan ha ulik betydning for den enkelte. For eksempel kan ”gåsehud”, som informanten selv trakk frem, være en følelsesmessig reaksjon ved berøring, men det kan også være en reaksjon på at det er kaldt i rommet. Psykomotorisk fysioterapi er kritisert av noen som følelsesorientert og alternativt. Forstått som: En praksistradisjon hvor det ikke foreligger tilstrekkelig forskningsbasert viten til å hevde at det faktisk fungerer (Gundersen, 2013). Spesielt kommer dette fra fronter som søker å standardisere undersøkelses- og behandlingsmetoder ut fra medisinsk vitenskapelige idealer. Dersom en oppfatter psykomotoriske tradisjonen som at dens representanter forstår kroppslige uttrykk løsrevet fra personens meningsverden, for eksempel: Spent muskulatur er synonymt med en kropp i beredskap, så kan en forstå en slik kritikk. Det kan følgelig stilles spørsmålstegn ved eksempelvis dette eksempel fra Trygve Braatøy, sitert av Aadel Bülow-Hansen: ”Den [m. soleus, den dype leggmuskelen] er en aggresjonsmuskel og bak angst ligger som oftest aggresjon” (Bülow-Hansen, 1982, s. 18).

I forlengelsen av denne type debatter oppstår behovet for å avklare utfordringer knyttet til å redegjøre for komplekse kliniske praksiserfaringer. En fysioterapeutisk undersøkelse og vurdering er ikke bare en observasjon og kartlegging av pasientens vanskebilde, det er en samhandlingssituasjon. Det vesentlige her er igjen å poengtere hvordan kroppslige og verbale tilnærmingsmåter kan utfylle hverandre, noe som også var Braatøys anliggende (Thornquist, 2006), men som ikke kommer frem ved å se på utsagn løsrevet fra sin kontekst. Informantene innhenter informasjon på mange måter: Ved å utforske bevegelser, respirasjon- og spenningsmønstre, kroppskontakt, reaksjoner og vaner. Disse konkrete hendelser og reaksjoner kan betraktes som *kilde til innsikt*, men det må *tolkes* før det kan få *mening* for den enkelte. Med utgangspunkt i at kroppen er flertydig bør en aldri tolke enkeltfunn. Derfor blir

det også meningsløst å lage standardiserte sannheter med formål å plassere følelser til bestemte steder i kroppen. Likevel bør det poengteres at detaljerte beskrivelser fra praksiserfaringer, som eksempelvis Trygve Braatøys (1979) bok ”De nervøse sinn”, bidrar til å skjerpe sansene i kliniske møter. Og, ikke minst, er det vesentlig å løfte frem at kvalitative og detaljerte beskrivelser fra praksis bidrar til å dokumentere hva som faktisk skjer i komplekse kliniske møter. Som Thornquist poengterer: ”Det er [dessuten] forskjell på å vite *at* og å vite *hvorfor*, og på å vite *hva* som skal gjøres og *hvordan* de skal gjøres” (Thornquist, 2009, s.87).

Informantene uttrykker også utfordringer med å få ”koblet på kroppen”, spesielt hos unge jenter. Manglende tilstedeværelse i egen kropp, men tilsvarende stor oppmerksomhet mot tanker, grubling og bekymringer. Jeg får inntrykk av at informantene finner disse pasientene som spesielt utfordrende. Kanskje denne problemstillingen er av samme art som fysioterapeut Kari Steinsvik (2008) gjør et forsøk på å beskrive i sin doktoravhandling ”Kunnskap om kroppen mellom grep og begrep”. Steinsvik beskriver en behandlingssekvens der pasienten aktivt kobler ifra kroppen for å kunne holde ut behandlingen. Steinsvik tenker seg en dialog med denne pasienten hvor hun sier: ”Og det er jo ikke egentlig dette du ønsker, siden ditt kroppslige problem er at du i det hele tatt eksisterer som kropp” (ibid, s. 92). Hun beskriver hvordan hun som terapeut stod i en situasjon hvor hun blir tvunget til å på nytt tenke gjennom sin egen forståelse av kroppen, og hvor det ble tydelig for henne at pasienten hadde en helt annen forståelse. Hun skriver videre:

Jeg har å gjøre med erfaringer av et fravær av kroppen som vanskelig kan løsrives fra den som erfarer. For disse pasientenes problem er at kroppen allerede er objektivert og fremmedgjort, slik at de søker en slags ”resubjektivering” av kroppen (ibid, s. 93).

Konsekvensene av manglende kontakt med subjektiv opplevelse av egen kropp kan forstås utfra fenomenologiske og sosialvitenskapelige perspektiver. Flere sentrale klinikere og forskere innen fysioterapi har gitt viktige bidrag til denne forståelsen (Thornquist, 2003, Sviland, 2005, Gretland, 2007, Øien, 2010, Thornquist, 2012). Likevel kan det se ut til at det er en utfordring å overføre denne tenkningen til praktiske handlings- og behandlingsmåter i konkrete kliniske møter. Det er nærliggende å tenke at dette igjen henger sammen med

hvordan vi sosialiseres inn i ulike handle- og væremåter: At innlæring av verdier og normer er innvevd i kroppslig oppførsel og væremåter. Dette inkluderer også innlæring av hvordan vi forholder oss til vår egen kropp.

Den generelle samfunnsutviklingen bærer preg av økende kropps-, helse-, og sykdomsopptatthet i befolkningen. Kroppen får i denne forståelse en varekarakter, den gjøres til objekt for andre. Og som vi har vært inne på tidligere: Det du er for andre, påvirker hvordan du er/blir for deg selv. Thornquist poengterer i denne sammenheng: ”I en slik tid får forholdet mellom å *være* og å *ha* kropp en spesiell betydning” (Thornquist, 2001b, s. 6). Jeg vil komme tilbake til drøfting av kroppsforståelse i fysioterapi og utfordringer i lys av samtidens økende kroppsfixering under siste tema: ”Normalisering og ufarliggjøring”.

For å sammenfatte: Mange unge jenter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi har et utpreget betrakterblikk på egen kropp, og informantene kan oppleve det utfordrende å invitere jentene med på en forståelse av kroppen som opplevende og erfarende, som subjekt. De ønsker å gi jentene en mulighet til å sette ord på erfaringer og få en fortolkningsramme å forstå dem i forhold til. Når en av informantene uttrykker: ”Om det går den ene eller den andre veien, det synes jeg handler vel så mye om den du har foran deg, om vi skal gå gjennom kropp for å komme til tankene, eller om du skal gå gjennom tankene for å komme til kropp” så kan en tolke det som at hun er opptatt av å knytte kropp, følelse og kognitive aspekter sammen for å forstå seg selv på en ny måte. Men informantene er også ute etter å skape noen nye og annerledes erfaringer.

For å fullt ut forstå hva ”å skape nye erfaringer” innebærer, kan det være hensiktsmessig å dvele ved begrepene kroppsbilde og kroppsskjema. Begrepene presenterer to ulike, men nært relaterte systemer. Kroppsbilde består av de oppfatninger, holdninger og syn hver av oss har knyttet til egen kropp. Det innebærer med andre ord at vi kan tenke, føle, snakke om og betrakte egen kropp som objekt (Gallagher, 2005). Begrepet kroppsskjema innbefatter et system av sensomotoriske input, som proprioseptiv, kinetisk og vestibulær informasjon, som konstant regulerer holdning og bevegelser. Tidligere bevegelseserfaringer ”sitter i kroppen”, i kroppsskjemaet, og handlinger skjer dermed prerefleksivt (ibid.). Eksempelvis tenker vi ikke over *hvordan* vi sykler, løper eller svømmer, når vi først har lært det. Faktisk, så kan

spontanitet og bevegelseskvalitet forringes om en aktivt retter oppmerksomheten mot vår egen kropp og hvordan vi beveger oss. På denne måten kan vi si at kroppsbildet kan forstyrre funksjonen til kroppsskjemaet (Gallagher, 2005, Thornquist, 2012).

Kroppsskjema kan forstås som det tause, kroppslige repertoar som utfoldes i samspill med verden. Slik kan vi forstå hvordan betrakterblikket mot egen kropp kan hindre fullt engasjement i bevegelser, og videre: den situasjonen vi befinner oss i. Eksempelvis er det først når vi har lært å håndtere bilen: styre, skifte gir, bremse og gi gass etc., at vi kan begynne å konsentrere oss fullt ut om trafikken og omgivelser langs veien. Men for å lære å håndtere bilen må vi rette oppmerksomheten mot kroppen, kroppsbildet, for å lære hvordan vi skal holde i rattet, bruke bena adekvat for å bremse og gi gass osv. Et eksempel, nevnt av informantene, ”å få bedre bakkekontakt”, kan da forstås som at man endrer kroppsbildet gjennom sensomotoriske stimuli. Å ha oppmerksomheten rettet *mot* kroppen for å lære nye kroppslige væremåter: Å stå bedre på bena, med større understøttelsesflate, ved mer hensiktsmessig kraftbruk etc. Slik endres informasjonen fra proprioseptorer, hudreseptorer og det vestibulære system, og kroppsskjemaet oppdateres. Kroppsbilde og kroppsskjema fungerer dynamisk, og kan endres, men poenget er at kroppsskjema fungerer best ureflektert. Ergo: Å ha et mangfoldig og variert bevegelsesrepertoar gjør at vi i større grad kan engasjere oss utover mot omgivelsene og være aktivt deltagende subjekter i et større fellesskap utenfor oss selv. Gjennom erfaringer og opplevelser får individet bedre grep om seg selv, og hva som skiller meg fra deg.

Å få bedre grep om seg selv – grenser og behov

”Hvem er jeg, og hvor skal mitt behov få lov å ta plass?” Informantene er tydelige på at egne grenser og egne behov er noe som tematiseres i behandling av unge jenter. Informantene legger som tidligere nevnt vekt på at det er viktig å gyldiggjøre pasientens egen opplevelse i behandlingen og at dette kan skje gjennom kontakt med kropp. Sviland, Råheim og Martinsen (2012) beskriver i sin studie hvordan økt kontakt med egen styrke, og evne til å gjøre motstand, gav pasienten følelsen av å ha egne grenser og kjenne seg virkelig her og nå. For pasienten i studien ble dette nye og jeg-styrkende opplevelser. Det informantene oppfatter som selvutslettende strategier vitner om en opplevelse av håpløshet og manglende

handlingsrom. En kan derfor forstå at tiltak rettet mot å kjenne styrke og motstandsevne i egen kropp kan være en motpol til disse utfordringene, og en slik tilnærming kan kanskje bidra til å redusere følelsen av håpløshet og matthet. Men hvor kommer denne opplevelsen av håpløshet og manglende handlingsrom fra?

Om vi ser funnene fra Sviland, Råheim og Martinsen (2012) sin studie i sammenheng med Iris Young (2005) sin analyse av jenters og kvinners bevegelsesmønstre kan det være verdt å dvele ved hvordan bevegelser, handlinger og opplevelser også berører kjønnsperspektiver. Youngs beskrivelser av jenter karakteriseres med en lukkethet og tilbakeholdenhet, og hun setter disse inn i en fenomenologisk forståelsesramme inspirert av Simone de Beauvoir og Maurice Merleau-Ponty. Å være et aktivt, handlende subjekt, rettet *mot* oppgaver, innebærer å overskride sin kvinnelige tilbakeholdenhet. Young har blant annet utviklet begrepet ”inhibited intentionality” (ibid., s.37). Det peker på hvordan fenomenologiske perspektiver og egne bevegelsesanalyser kan benyttes for å forstå hvorfor jenter i mindre grad enn gutter utnytter sitt fulle bevegelsespotensiale. Hun argumenterer videre for hvordan bevegelsesmønstre, kroppsbruk og engasjement i oppgaver med hensyn til bruk av rom og krefter har direkte følger for jenters selvfølelse.

For å utdype dette forholdet mellom kontakt med egen kropp og følelse av handlingsmuligheter kan vi igjen dvele ved informantenes fokus på å ”stå godt på egne ben”. I psykomotorisk grunnlagstenkning finner vi at ”(...) kroppslige vaner og væremåter har en funksjon i psykologisk og sosial forstand” (Thornquist, 2006, s.30). Slik kan vi også forstå hvordan opplevelser av manglende kontroll, tydelighet og grenser kan reguleres kroppslig, og på denne måten kan vanskelige følelser ”sette seg i kroppen” (Binder, 2002, Skårderud, 2004). Når det blir en vane å underkjenne følelser og ”bremse seg selv”, kan en miste kontakten med både den subjektive opplevelsen og den kroppslige siden ved opplevelsen (Thornquist, 2005). Å unnlate å kjenne på egne grenser og behov kan handle om regulering av følelser som den ene informanten er inne på. Å hjelpe pasienten til å finne bedre ”fotfeste” kan dermed handle om å gi vedkommende større handlingskraft til å ta regi over eget liv. Gjennom å hjelpe pasienten til å ”komme litt ned og få litt bakkekontakt” legges det til rette for å øke kroppskontakt gjennom proprioceptive impulser. Dersom pasienten kan få opplevelsen av å kjenne seg stødig og stole på egne ben, kan også kroppen få en annen

betydning for den det gjelder. I psykomotorisk fysioterapi er tanken at god forankring og opplevelsen av ”å stå stødig” er en forutsetning for et ledig bevegelsesmønster.

Og i en fenomenologisk forståelsesramme har jeg nå gjort rede for at et ledig og spontant bevegelsesmønster er avhengig av at vi har oppmerksomheten rettet utover. Det er derfor avgjørende at innoverfokuset som pasienten kan stimuleres til i behandling når de blir bedt om ”å kjenne etter”, ikke *stopper opp* der. Kroppens subjektstatus blir det overordnede målet: Å være et handlende, selvstendig individ, blir sentrum for oppmerksomheten i en slik tilnærming. Dette sistnevnte er noe helt annet enn å skulle kjenne etter hvordan en har det til enhver tid.

I denne forbindelse reiser det seg omfattende spørsmål om sammenhenger mellom manglende fortrolighet til egen kropp og de livene som unge mennesker lever. Gjennom lesing av litteratur som Simone De Beauvoirs ”Det annet kjønn”, så innser en at kvinner alltid har vært objektivert i større grad enn menn. Med tanke på det som er belyst over, at et betrakterforhold til egenkroppen kan stå i veien for å evne til å oppleve seg selv som et individ med handlingsmuligheter, kan en forstå at jenter i større grad enn gutter kan streve med å få bedre grep om seg selv og finne ut hvem de er og hvem de ønsker å være. Når vi i tillegg ser dette forholdet i sammenheng med den tiden som unge mennesker lever i dag er det rimelig å tenke at jenter er ekstra sårbare.

Opplevelsen av maktesløshet, beskrives av Giddens (1997) som en konsekvens av vår tids fokusering på selvutvikling. Han henviser til Christopher Laschs ord:

Etter hvert som verden antar en mer og mer truende skikkelse, blir livet en evig søken etter sunnhet og velvære gjennom fysisk aktivitet, kostvaner, pilleinntak, åndelige regimer av ulik art, psykisk selvhjelp og psykiatri. For dem som ikke lenger viser interesse for omverdenen, bortsett fra i den grad den fortsatt er en kilde til tilfredsstillelse eller frustrasjon, blir egen helsetilstand en altopplukkende beskjeftigelse (Laschs, 1977, referert i Giddens, 1997, s. 91).

Det som truer individet er kanskje at vi mangler noe utenfor oss selv å holde fast ved? ”Det handler ikke bare om å finne seg selv, en må bli funnet også, om du skjønner,” sa psykologen Peder Kjøs i en episode av den mye omtalte fjernsynsdokumentaren ”Jeg-mot-Meg” som går

på NRK. Giddens (1997) belyser hvordan det moderne samfunnet blir stadig mer upersonlig, og dette er truende for utviklingen av personlig identitet. Han skriver: ”Vi har et sterkt psykologisk behov for å finne noen andre å stole på, men sammenlignet med førmoderne sosiale situasjoner mangler vi institusjonelt organiserte personlige forbindelser” (ibid, s.89). Når unge mennesker i dag, i betydelig større grad enn tidligere, lever livene sine på sosiale medier, det som Giddens trolig ville kalt ”abstrakte systemer”, skjer det en fremmedgjøring ved at en ikke lenger trenger å møtes ”face-to-face”, vi kan like gjerne sitte på hver vår side av jorden og ha en fortrolig samtale. Vi kan legge ut bilder av oss selv og få bekreftelse gjennom ”likes” og kommentarer. Disse formene for sosial omgang kan foregå uavhengig av hvor kroppen befinner seg. I en slik form for kommunikasjon er det du *presenterer* det som blir stående i søkelyset, det du skriver, de bildene du legger ut av deg selv, men det du *gjør* får mindre oppmerksomhet. Når vi nå har gjort rede for at det du *gjør* har sammenheng med hvem du *er* og din selvfølelse, er det rimelig å dvele ved hvilke konsekvenser dette kan få for helse, og spesielt ungdommers helse, siden ungdom befinner seg i en sårbar periode med identitetsutvikling. I et hverdagsliv som i økende grad preges av upersonlig karakter (Giddens, 1997), blir behovet for et fellesskap der følelser og opplevelser kan deles med et annet menneske særlig stort (Binder, 2002). Binder skriver i denne sammenheng om ”mellommenneskelig svikt”, men det kan tenkes at dette også skjer på et samfunnsmessig nivå når sosiale institusjoner endres blant annet ved at den mellommenneskelige kommunikasjonen skjer på fjernere nivåer, som Giddens (1997) skriver, nivåer som er strukket og reorganisert i tid og rom.

Mennesket har grunnleggende behov for tilknytning, tilhørighet og sammenheng (Erikson, 2000 [1968], Binder, 2002, Stern, 2003). En prestasjonsorientert tilfredsstillelse kan bli en kompensatorisk strategi for manglende dekking av slike grunnleggende behov. Og konsekvensen av en slik ”kompensatorisk selvfølelse” er fremmedgjøring fra selvet og opplevelse av tomhet og meningsløshet (Miller, 1987). Med utgangspunkt i en forståelse av at kroppen ikke bare uttrykker, men også regulerer følelser (Thornquist, 2005), så vil økende kontakt med egen kropp hjelpe frem det som er å være anerkjennende mot egne følelser. Når informantene utforsker meningsinnholdet som ligger til grunn for kroppslige vaner og væremåter er det med en intensjon om at pasientene skal tørre å kjenne på følelser som kanskje er underkjent og undertrykt. I en behandlingssituasjon kan det skapes en arena hvor

det er trygt å dele følelser og opplevelser, og ikke minst, tillate seg selv å kjenne på vanskelige følelser.

6.5 Normalisering og ufarliggjøring

Normalisering og ufarliggjøring nevnes i flere sammenhenger av informantene. De legger vekt på at ungdomstiden er en spesielt sårbar tid hvor det skjer store endringer i livet på flere plan og hvor det vil være normalt å forvente følelsesmessige svingninger. De understreker at det er viktig å ikke sykeliggjøre slike normale livsfaser. I tillegg ønsker informantene å normalisere og ufarliggjøre hvordan de unge jentene tenker om og forholder seg til egen kropp og til kroppslige reaksjoner på belastninger. Dette aktualiserer tenkning om kropp, sykdom og helse. Informantene kan sies å ha en agenda om å motvirke en holdning til at kropp er noe du kan endre på, og at sykdom og plager er noe som alltid kan fikses eller fjernes.

6.5.1 ”Livet – det svinger”

Perioden fra barn til voksen, ungdomstiden, er en sårbar tid. Det poengteres av alle informantene og det koples til store omveltninger og overganger i livet: Det er valg en skal ta om yrke, det er endringer som skjer i kroppen, og det er ofte endringer knyttet til sosiale relasjoner. I denne prosessen mener informantene at måten ungdommene blir sett på og møtt er avgjørende for hvordan de lærer å mestre livet og utfordringer senere. En informant sier det slik:

Det jeg ønsker for ungdommen er at de skal komme i en situasjon der de kan ta litt regi over eget liv. Ja, vi voksne rundt må jo tåle at de unge bruser med fjærene, det er jo sånn de skal lære seg å mestre sitt eget liv. Men da må de jo få tak i det de trenger for å mestre dette livet, og det er jo vanskelig!

Når kravene virker høye, og en ikke alltid føler at en mestrer alle situasjoner og oppgaver mener informantene at det er viktig å realitetsorientere ungdommene. Dette krever etter deres mening å gi seg god tid til å snakke med dem om hva som er vanlig: ”Det er ikke unormalt at ungdom, jeg kaller det kanskje mer som ”å deppe litt innimellom”, det er *helt* normalt. Det er helt normalt å være litt trist og lei seg i perioder, det er litt sånn som livet er, det svinger!” Men hun poengterer at en må lytte til dem og få dem til å reflektere: ”Er det det at du er trist?

Er du lei deg? Tenker du at det går over? Er det noe spesielt som har skjedd?” De påpeker at en ikke skal bagatellisere det faktum at ungdommene kan oppleve livet som vanskelig, men poengterer at det er helt normalt og noe som går i perioder: ”Det er sånn i dag, kan det være annerledes om en time? Eller i morgen eller i overmorgen eller neste uke?”

Informantene opplever at mange ungdommer er engstelige for helsen sin, og som nevnt i presentasjonene av de forrige temaene, er de opptatt av å skape meningsfulle refleksjoner over hvordan kropp og følelser henger sammen. I tillegg til dette sier informantene at en av de viktigste rollene de har er å normalisere kroppens egen evne til å reagere på overbelastning:

Hvordan kroppen sier ifra om ting, og hvor heldige vi er som har en kropp som sier ifra hvordan, ja, å normalisere mye da. Vi vet jo alle at vondt i magen kan handle om at en er redd for noe eller bekymret for noe.

En annen informant sier at det er viktig at hun bruker tid på å forklare hvordan kroppen fungerer og henger sammen, samt hvor viktig det er at pasienten får kjenne dette selv:

Og da snakket vi rett og slett anatomi altså, om at den muskelen går derifra til dit, og når vi bruker den så er det ikke uvanlig at en blir anspent der, og så kan en kjenne på det sånn og sånn, ”legg merke til at når du løfter armen så...”, ”Kjenn selv når du gjør det, kjenn selv at muskelen...”, ja rett og slett tydeliggjøre det (...)

Begge informantene snakker om normalisering og ufarliggjøring, men med ulike nyanser. Det første utsagnet over peker på hvordan følelser kan gi seg utslag i kroppslige symptomer, som at magesmerter kan handle om redsel, og at dette er en hensiktsmessig forsvarsmekanisme. Det andre utsagnet kan tolkes som at informanten har som mål å forklare hvordan anspenhet et sted i kroppen kan bidra til utvikling av problemer andre steder. Ved at pasienten selv får kjenne og erfare hva som skjer med både strukturer og funksjoner når de spenner seg et sted, kan det bli mer forståelig for dem. I begge eksemplene gjøres det tydelig hvordan informantene bruker kroppen som innfallsport til utforskning og oppdagelse av sammenhenger.

Utforsking av kroppslige reaksjoner, holdninger og væremåter er som fremhevet et sentralt element som informantene bruker mye i behandling, jamfør omtalen under forrige tema: Kontakt med kroppen. Det som også er fremtredende er hvordan de angir å bruke samtalen for å få ungdommene til å reflektere over hvordan de tenker om seg selv og om forholdet til plagene sine. En intensjon er trolig å få ungdommene til å akseptere at livet går opp og ned, og forsikre dem om at dette gjelder for alle mennesker. Å ikke føle seg alene med sine plager poengterer informantene som spesielt viktig:

[Slik at] de skjønner at de ikke er den eneste i hele verden som har akkurat det problemet, ”Å, er det virkelig noen andre også!?” [...] bare det å vite at det er andre som har det på samme måten. Det er av betydning.

Å bruke språklige virkemidler i samtalen med ungdom angir informantene som hensiktsmessig. For eksempel bruk av språklige bilder og generaliseringer for å se om det er noe som ungdommen kan kjenne seg igjen i. De poengterer at det må gjøres på en enkel og lettfattelig måte, og at språklige bilder om kroppen kan være en kilde til å lettere forstå:

Ufarliggjøre. Jeg bruker veldig ofte språket vårt [...] Jeg snakker om hvordan veldig mange har erfart hvordan kroppen sier noe om hvordan vi har det. Allerede fra langt tilbake har vi snakket om å ”miste fotfestet” og å bli ”stiv av skrekk”. [...] En kan kjenne seg igjen i hvordan en bruker kroppen i språket da, og at det kan være en okei innfallsvinkel også til å forstå, eller til å se slike sammenhenger som er naturlige da.

Informantene er opptatt av å ikke sykliggjøre ungdom. En av informantene trekker frem hvordan den store informasjonsmengden kan bidra til økende grad av helsebekymring. Hun viser til hvordan en lett kan søke på internett etter symptomer og tegn på sykdom, og slik oppstår større risiko for å definere seg selv inn i et sykdomsbilde. ”De er veldig opplyst sant, det er veldig lett å google ting, og da leser du mellom linjene det du vil lese.” I tillegg har hun en oppfatning om at det er mer åpenhet om psykiske plager innad i familien:

Ja, det er ofte de bare sier det [at de har angst], ”ja, for moren min har angst, og jeg tror det er det samme jeg har, fordi det er ganske likt det som moren min har”. Før var

det kanskje ikke vanlig at en mor fortalte at de symptomene hun hadde var angst, men det er tydelig at mange gjør nå.

Informanten svarer ikke direkte på hva hun mener om økende grad av åpenhet om psykiske plager i familien. Foreldres forhold til ungdom ble tematisert, som nevnt tidligere, når det gjaldt holdninger til trening og kosthold. Det er rimelig å anta at også foreldrenes holdninger til sykdom og plager påvirker ungdommene. I tillegg skjer det en forskyving av roller dersom foreldre inntar en mer ”kameratslig” posisjon til sine ungdommer, der alt kan deles.

Informantene er tydelige på at en viktig del av behandlingen er å være tilstede, lytte og tåle det som unge kan slite med. De vil på denne måten stimulere til økt åpenhet om følelser og psykiske helseplager.

Å føle at en står alene om ting er kanskje et gjennomgående tema. En kjenner at en har psykiske problem som er veldig skremmende, som angst, kjenner seg depressiv, ikke glad, ja, at en blir på en måte, en kjenner på disse symptomene som en står med, en står alene, og veldig ofte handler det om å få dele det med noen, et rom der en kan dele det med noen.

Når det gjelder bruk av diagnostiske termer tar alle informantene opp at de er forsiktige med å eksempelvis bruke benevnelsen ”angst”. Psykomotorisk fysioterapi er tradisjonelt sett en fagtradisjon som har vært lite opptatt av diagnoser. Informantenes utsagn tyder på samme holdning: ”(...) jeg stiller ikke diagnosen, og jeg tenker at om en kaller det angst eller ikke kaller det angst, så gjør det ikke noe, behandlingstiltaket er det samme.” Informanten påpeker at det er ikke nødvendig å skape større engstelse hos ungdommen ved å kalle det ”angst”. Hun mener en bør bruke språket på en enkel måte, på et forståelig nivå. Som for eksempel at en snakker mer konkret om de fornemmelsene som pasienten selv har: ”Hvis hun eller han bruker hjertebanken og trang i brystet, så bruker en jo gjerne det.”

Det siste som påpekes i forbindelse med normalisering og ufarliggjøring er hvordan dagens økende kroppsfixering, der hvor alt kan fikses og formes, kan få en definisjonsrolle for hva som blir ansett som normalt. En informant er tydelig i sin bekymring: ”Altså, når folk kan fjerne ribben for å få smalere midje, og legge inn implantater i biceps, og i glutealmuskulatur

for å få sprettrumpe (...) altså, alt kan fikses på, og hva blir da det normale?” Som tidligere nevnt, trekker en av informantene frem hvordan ”det eksterne blikket en har på seg selv og omgivelsene, og hvordan det blir formidlet av media” bidrar til økt kroppsfokus og kroppspress. Det skjer en overvåkning både på individnivå og på samfunnsnivå.

Informantene ønsker å formidle et alternativ til det kroppssynet som blir formidlet av media.

Ja, det blir jo å prøve å normalisere kropp på en måte, der er jo ikke noe A4 for en kropp, kropper er forskjellige. Ehm, prøve å beskrive at det viktigste er å ha en kropp som fungerer, en kropp som du kan få til å yte det du vil kroppen din skal yte, og kjenne glede ved det.

Men informantene kan oppleve at å endre kroppssyn kan være spesielt utfordrende med tanke på ungdom som er lettpåvirkelige for hva som rører seg i media. De oppfatter at det er noen grunnleggende vrangforestillinger om kropp blant ungdom, som dette utsagnet er et eksempel på: ”Er det ikke mulig å høvle av litt på hoften så jeg blir smalere?” Informanten mener dette vitner om en ”manglende forståelse for hvordan kropp er blitt til”. Hennes oppgave tror hun er å få sådd noen tanker om at: ”Den kroppen du har foran deg, den er unik”. Hennes ønske er at ungdommen skal få et mer avslappet forhold til den kroppen de har og ikke hele tiden sammenligne seg med andre. Et poeng er nok at media i stor grad fremmer forestillingen om ”idealkroppen”, og ungdom påvirkes av media. Når informanten sier ”manglende forståelse for hvordan kropp er blitt til” kan det tolkes i retning av en holdning om at alle kropper er født forskjellige, og er derfor ”unike”. Jeg tror nok at alle ungdommer vet dette, men at problemet er å akseptere ”sine skjevheter og mangler”. Det er ikke lett i et samfunn som hele tiden gir uttrykk for at kropp kan endres og formes slik at *du* kan bli fornøyd. Det informantene ser ut til å ha som intensjon er å endre *deg* (les: Dine holdninger og tanker) slik at du kan bli fornøyd med kroppen din.

6.6 Analyse og drøfting av ”Normalisering og ufarliggjøring”

Begrepene normalisering og ufarliggjøring kan skape en assosiasjon til at noe i utgangspunktet er sykeliggjort. Det samme inntrykket kan en få av regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (Norge, 2003). Her understrekes et mestrings- og

normalperspektiv for å hindre unødig sykeliggjøring. En bør unngå å fokusere på problemer og symptomer, og heller sette personen med dens muligheter og håp i fokus (ibid.). Ut fra datamaterialet tenker jeg at informantene ivaretar et mestrings- og normalperspektiv som den daværende regjeringen etterlyser i sin strategiplan. De er opptatt av å sette plager og ubehag inn i meningsfulle kontekster. Likevel er det noen vesensforskjeller på fokusering ”bort fra plager” og fokusering på ”allminneliggjøring av plager” som er verdt å dvele ved. Om en bruker den mye omtalte Ungdata-studien (NOVA, 2014) som utgangspunkt, består denne av selvrapporing av subjektive helseplager. Det er selvsagt urovekkende når et økende antall unge rapporterer at de strever med psykiske helseplager i hverdagen. Men det er også verdt å se denne utviklingen i sammenheng med den tiden og det samfunnet som de unge lever livene sine i.

Vi befinner oss i er en tid hvor fokus på kropp, helse og sykdom er utpreget. Likevel er ikke dette et nytt fenomen. Allerede i 1975 kom Ivan Illich med krass kritikk av ”medisinsk imperialisme” som en trussel mot folkehelsen i boken ”Medical nemesis: The expropriation of health”. En av grunnene til kritikken var at befolkningen ble avhengig av helsevesenet på stadig flere områder i livet. Denne medikaliseringen skapte en holdning om at all helserisiko burde fjernes og tas hånd om av helsevesenet. Fokus på å beskytte seg mot sykdom og ulykke har eksistert til alle tider gjennom religion, tro på skjebne og overtro, skriver forsker og lege, Reidun Førde (1996). Hun viser til at dagens medisin og forskning i stor grad har overtatt denne rollen, ”en rolle som vi langt på veg ikke greier å fylle” (ibid., s. 113). Flere røster uttrykker bekymringer for denne utviklingen som kan bidra til at vi underkjenner egne erfaringer og menneskers egne mestringssevner (Førde, 1996, Thornquist, 2003, Løkke, 2011).

Når informantene antyder en tilbakeholdenhet for bruk av diagnostiske termer på plager kan dette forstås som et uttrykk for at de ønsker å motvirke en økende sykeliggjøring som kan forekomme ved å sette diagnoser på normale belastninger og livsvansker. Diagnoser kan oppleves stigmatiserende og menneskets egen erfaring ligger fortsatt utenfor forståelseshorizonten i denne tenkningen. Kroppen som objekt og gjenstand forblir biomedisinsens primære interessefelt. Det som er faren, og i seg selv sykdomsskapende, er at mennesker også vil definere seg selv innenfor denne logikken (Illich, 1975, Welch, Schwartz og Woloshin, 2011, Frances, 2013). I stedet for å utvikle et språk for kroppslige forhold ved å

sette reaksjoner og erfaringer inn i en meningsbærende sammenheng, er det en tendens til å utvikle et diagnosespråk som er med på å skjule egne opplevelser (Kirkengen og Thornquist, 2013). Så når den ene informanten sier: ”Hvis hun eller han bruker hjertebanken og trang i brystet, så bruker en jo gjerne det.”, så kan en forstå det som et uttrykk for pasientens egen erfaring er det primære interessefeltet, og ikke den medisinske terminologien.

Informantene uttrykker spesiell bekymring over hvordan unge jenter tenker og forholder seg til egen kropp. De viser til utsagn fra jentene som vitner om en mekanisk og objektivert kroppsforståelse. Overdrevent kroppsfokus kan forstås som en ”kulturbundet lidelse” i dagens samfunn, skriver psykiateren Finn Skårderud (Skårderud et al., 2010). Dominerende mediebudskap preges av at ingen skal måtte leve med en kropp de ikke trives i, og med holdning og innsats, så kan du bli den beste versjonen av deg selv (Gill, 2007, Shilling, 2012). Informantenes budskap om holdning til egen kropp kan likevel virke tvetydig. For eksempel kan utsagn som ”Ha en kropp du er fornøyd med” og ”Ha en kropp du kan få til å yte det du vil kroppen din skal yte” assosieres til et objektivt syn på kropp. En rekke spørsmål reiser seg i forlengelsen er dette: Hva skal en gjøre om en *ikke* er fornøyd med kroppen sin? Hvordan skal den enkelte forholde seg hvis kroppen *ikke* fungerer i tråd med ønsker og idealer?

Trass dette inntrykket av et objektiverende kroppssyn så har jeg tidligere i oppgaven vært inne på at informantene også gir uttrykk for et kvalitativt annet kroppssyn som ivaretar meningsaspektet gjennom en fenomenologisk forståelse av mennesket: De viser for eksempel til at stillinger og bevegelser kan vekke følelser og minner som gir grunnlag for refleksjon og erkjennelse. Det som er vesentlig å løfte frem i denne sammenheng er at vi *alle* preges av tidens kroppssopptatthet, også fysioterapeuter. Som yrkesgruppe bør vi være spesielt bevisst hvordan vi har fokus på kropp i behandling av unge mennesker. Siden fysioterapeuter arbeider tett på folks kropper, kan vi sies å stå i fare for å forsterke samtidens kroppsfiksering (Thornquist, 2001b). Hvordan pasientenes oppmerksomhet spores eller avspores blir dermed avgjørende for hvilket budskap helsepersonell viderefører med tanke på holdninger til kropp, helse og sykdom (Thornquist, 2001b, Gretland, 2007).

Dette åpner også for å dvele ved hvordan samtidens kropps- og sykdomsopptatthet preger den allerede sårbare ungdomstiden. Ungdomstiden er som fremhevet, en fase hvor det skjer mye.

Ikke bare kroppslige forandringer, men også emosjonelle og sosiale. Fasen er preget av forvirring og forviklinger (Erikson, 2000 [1968]). Den ene informanten er inne på at voksne ”må tåle at de unge bruser med fjærene”. Det kan tilsynelatende virke som et overfladisk utsagn, men jeg mener det ligger noe mer i det. Det er en tendens i dag til at vi ikke skal tåle negative følelser. Utvidet bruk av kognitive teknikker og atferdsterapi er uttrykk for det (Løkke, 2011). Negative tanker og følelser blir noe som ”står i veien” for livsutfoldelse. Hjelpen består i å redusere disse ”symptomene”, og slik kan en komme til å overse viktige erfaringer fra ungdommenes emosjonelle verden. For at barn og unge skal lære å kjenne seg selv, så trenger de noen støttende voksne eller jevnaldrende som kan være der for dem, og som de kan se seg selv i lys av (Binder, 2002, Stern, 2003). Dette gjelder selvsagt også for vanskelige følelser og kriser som ofte oppstår i ungdomstiden. Informantene presiserer at det er viktig å anerkjenne følelsene til ungdommene, og ikke avlede eller bagatellisere dem. Det er dette jeg tror informanten mente med utsagnet å ”tåle at ungdommen bruser med fjærene”, det vil si at voksne må tåle at ungdom er triste og sinte, at de kan slamre med dører og tester grenser. Ungdom lærer, og de utvikler seg ved å *leve gjennom* kriser sammen med støttende andre, ikke gjennom å forsøke å unngå vanskeligheter og kriser.

I tillegg er det grunn til å stille spørsmål ved foreldres rolle og hva slags relasjoner det er mellom dagens ungdom og deres foreldre. Mye tyder på at foreldre i økende grad opptrer som venner overfor sine barn, blant annet ved å fortelle om sine egne plager og vansker til ungdommer. Foreldrerolle og vennsrolle kan fort forveksles, og det kan bli de unge som må tåle foreldrenes kriser. Åpenhet om psykiske plager er noe som fremmes fra flere hold og er trolig preget av at slike typer plager historisk sett har vært tabubelagt. Det er likevel en vesensforskjell på at voksne tåler å høre om ungdommens plager, og på at barn og unge skal måtte tåle og ta hensyn til de voksnes. I tillegg er det forskjell på å tenke: ”Mor har angst, og derfor har trolig jeg det også” og ”Symptomer på angst og depresjon er normalt å ha”. Det første sitatet kan virke definerende for den det gjelder, mens det andre sitatet kan virke normaliserende. Med andre ord kan åpenhet (mis)brukes ved at det tolkes som ”alles rett” å fortelle om sine personlige plager til hvem som helst. Problemer kan også oppstå dersom åpenhet praktiseres til fordel for grenser mellom hva som er privat og kan deles i nære relasjoner og hva som kan deles i det offentlige rom. Spesielt er dette aktuelt i dag hvor folk i

stor grad lever livene sine på sosiale media. Det er barn og unge som spesielt blir utsatte for dette siden deres identitetssøken er på et annet nivå og mer sårbart enn de voksnes.

Så hva er det normaliseringen dreier seg om? Mitt inntrykk er at informantene bekymrer seg for en økende grad av ungdom, og spesielt jenter, som oppsøker helsevesenet med sine helseplager. Alle informantene begrunnet denne store andelen helseplager blant annet med at ungdom står ovenfor så mange valg og skal mestre på så mange livsområder samtidig. Og i tillegg legger informantene vekt på at disse plagene, som i stor grad kan sies å være et tegn på overbelastning, ikke bør forveksles med sykdom. Anthony Giddens' samfunnsanalyser, som nevnt tidligere i oppgaven, er basert på en forståelse av at individ og samfunn står i et gjensidighetsforhold til hverandre. Det innebærer at endringer i det private hverdagsliv, som angår selvoppfatning og sosiale relasjoner ikke kan betraktes uavhengig av institusjonelle samfunnsendringer. Det blir derfor nærliggende å løfte frem sider ved det moderne samfunn som kanskje kan bidra til å forklare et økende behov for normalisering av helse- og sykdomsbegrepene.

Sosiologen Zygmunt Bauman (2001) er en av flere samfunnsvitere som redegjør for strukturelle samfunnsendringer. Gjennom økt globalisering har vi de senere tiårene – fra 1970- og 80-tallet levd i et *konsumsamfunn*. Et slikt samfunn er et *individualisert samfunn* ved at det gir individet mulighet til å velge sin egen identitet gjennom det frie forbrukervalg. Han poengterer at valgmulighetene er overalt, og det er bare å gripe dem. Endringen til et individualisert samfunn gjorde at individet blir ansett som *ahistorisk*, frisatt fra kollektive størrelser som klasse, kjønn, nasjon, religion, etnisitet osv. Men hvilke konsekvenser får individualiseringen? Bauman (2001) og Vetlesen (2009) peker på at nettopp valgfriheten kan forstyrre ungdoms identitetsutvikling. Identitet er ikke noe som lenger kan tas for gitt, og det er opp til deg selv hvorvidt du lykkes eller ikke med oppgaven. Så hvordan kan unge finne seg selv i et hav av muligheter? Det er frihetsbegrepet som blir satt i søkelyset i sosialfilosofisk litteratur. Har friheten endret karakter til å bli *disiplinerende*? Vetlesen (2009) spør: Har valgfrihet blitt valgtvang? Også NOVA-forskerne Hegna, Ødegård og Strandbu (2013) mener at en bør spørre seg om det ensrettede presset på utdanning og fremtidsdisiplinering er så sterkt at det skaper økt psykisk stress blant ungdom. Vetlesen (2009) etterlyser mer oppmerksomhet mot menneskelige grunnvilkår som at vi er sosiale

vesen, sårbare og avhengige av hverandre i et samfunn der normene nå preges av at vi skal være selvhjulpne, selvtilstrekkelige og uavhengige. Som vi har vært inne på består selvrealiseringen av at skolen må mestres, helsen må være god og kroppen skal trenes, og mestres ikke dette, så har en bare seg selv å takke. Når idealene for selvrealisering blir standardisert resulterer det i mindre frihet for den enkelte. Noe som kan hjelpe oss til å forstå stadig flere ungdommers opplevelse av indre tomhet, følelse av overflødighet og mangel på fremtidsmål og mening i tilværelsen. Ved å fokusere utelukkende på individet i denne sammenhengen kan vi bidra til å tilsløre sykdomsskapende forhold i omgivelser og samfunn. Her kan økt fokus på normalisering av kropp, helse og sykdom være et hensiktsmessig alternativ.

7 SAMMENFATNING OG AVSLUTTENDE KOMMENTAR

Ungdom, og spesielt unge jenter, med psykiske helseplager har fått stor dekning i mediebildet og mye omtale fra politisk hold den siste tiden. Det har blant annet sammenheng med at stadig flere unge jenter oppsøker helsevesenet med plager og bekymringer. Dette aktualiserer behovet for en dypere forståelse av disse unge jentenes problemer for kunne møte dem på en god måte og finne frem til adekvat behandling. Hensikten med denne studien har vært å få et innblikk i psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer og refleksjoner i møte med unge jenter med psykiske helseplager: Hvordan forstår fysioterapeutene jentenes situasjon, og hva legger de vekt på i behandling av dem. Med denne hensikten og problemstillingen som utgangspunkt har jeg intervjuet tre fysioterapeuter som har spesialistkompetanse i norsk psykomotorisk fysioterapi.

Oppgaven har fått tittelen *Psykomotorisk fysioterapi for "flinke piker"*. Begrepet "flink pike" gjenspeiler informantenes forståelse av unge jenter med psykiske helseplager. Gjennom utforskning av jentenes egne opplevelser og oppfatninger av plagene har informantene fått innblikk i deres situasjon som preges av høye krav og forventninger til kropp og utseende, skoleprestasjoner og sosialt liv. Informantene uttrykker bekymring for det de oppfatter som en notorisk og selvkritisk overvåking av egen kropp, utseende og prestasjoner hos unge jenter.

For å belyse det komplekse ved unge jenters situasjon er oppgaven bredt perspektivsatt med inspirasjon fra både fenomenologi, utviklingspsykologi, kjønnsfilosofi og sosialvitenskap. Resultater og refleksjoner presenteres i tre hovedtemaer i oppgaven: *Kjønn i klinisk praksis*, *Kontakt med kroppen* og *Normalisering og ufarliggjøring*.

Vanlige henvisningsdiagnoser som informantene anga som typiske for unge jenter som ble henvist til psykomotorisk fysioterapi var trøtthet, utmattelse, ME, hodepine/migrene, muskel- og skjelettplager, magesmerter, angstplager, depresjon, selvskading, spiseforstyrrelser, mobbing og søvnplager. Dette er i stor grad symptom- og syndromdiagnoser som ofte blir betegnet som medisinsk uforklarlige tilstander (Illich, 1975, Førde, 1996, Eriksen, Kirkengen og Vetlesen, 2013, Frances, 2013, Kirkengen og Thornquist, 2013). Informantene er imidlertid mindre opptatt av diagnoser, og de legger mest vekt på jentenes egen kropps- og sykdomsforståelse i sine vurderinger. Deres vurderinger og refleksjoner rundt unge jenters psykiske helseplager vitner om en fenomenologisk kroppsforståelse. Denne kroppsforståelsen innebærer at kroppen forstås som uttrykksfelt og sentrum for erfaring. Ved å anerkjenne unge jenters eget bidrag kan fysioterapeuter få en bredere forståelse for hvordan disse plagene henger sammen med jentenes situasjon og hverdagsliv. På denne måten blir også det ”medisinsk uforklarlige” som nevnt over, forklarlig fra et annet perspektiv på kropp. Thornquist (2001b) argumenterer for betydningen av å løfte frem kroppssyn for å utvide det tradisjonelle kunnskapsbegrepet, for derigjennom å forstå hvordan terapeuters blikk og kroppssyn er avgjørende for hvordan terapisisuasjoner kan åpne opp for nye erfaringer og innsikter for pasienten selv. På denne måten kan en også si at informantenes tilnærming fremstår som et brudd med en utpreget diagnosetenkning og opptatthet av symptomer der en kan risikere å underkjenne egne erfaringer og menneskers egne mestringsevner.

Å være ungdom innebærer store endringer med hensyn til kropp, seksualitet og identitet, det er en fase som er preget av rolleforvirring og usikkerhet om egen identitet (Erikson, 2000 [1968], Tetzchner, 2012). Informantenes tilnærming vitner om en bevissthet om at disse endringene kan skape komplikasjoner i unge jenters liv. Blant annet er de opptatt av å anerkjenne og bekrefte ungdommene på sine plager og følelsesmessige svingninger. For å kunne mestre identitetskrisens påkjenninger trenger ungdom å bli møtt med anerkjennelse og fortrolighet fra signifikante andre (Binder, 2000, Erikson, 2000 [1968], Stern, 2003,

Thornquist, 2009). I tråd med det forfatterne over understreker er informantene av den oppfatning at ungdom lærer, og de utvikler seg ved å *leve gjennom* kriser sammen med støttende andre, ikke gjennom å forsøke å unngå vanskeligheter og kriser.

Informantene understreker hvordan en kan bruke kroppen som kilde til innsikt for å hjelpe pasienter til å knytte følelser og erfaringer til bevegelser i konkrete her-og-nå situasjoner, og de henter informasjon på mange måter: Ved å utforske jentenes bevegelser, respirasjons- og spenningsmønster, kroppskontakt, reaksjoner og vaner. Med felles oppmerksomhet rettet mot det konkrete kroppslige som erfares, mener de at denne tilnæringsmåten kan stimulere til refleksjon hos jentene om sammenhenger mellom plager, holdninger og livssituasjon. Det blir tydelig ut fra informantenes beskrivelser at de har en individualisert behandlingstilnærming. De fremholder at kroppslige funn og reaksjoner må tolkes før det kan få mening for den enkelte, og dette gjøres gjennom *samtale*. Ved at fysioterapeuter retter oppmerksomheten mot at bevegelser, stillinger og kroppslige reaksjoner kan vekke følelser og minner som gir grunnlag for refleksjon og erkjennelse bidras det til å forankre den enkelte i eget kroppssubjekt. Ved å koble kropp og subjektivitet kan behandlingstilnærmingen åpne opp for en kvalitativt annen opplevelse av verden og egen verdi enn dersom hovedkilden til opplevelse av verdi synes å avhenge av ytre faktorer som for eksempel kroppens utseende og prestasjoner (Merleau-Ponty, 1994, Beauvoir, 2000 [1949], Gallagher, 2005, Thornquist, 2012). På denne måten kan en fysioterapisituasjon være en god og trygg arena for å bygge opp under evnen til selvregulering (Thornquist, 2001b).

Å fremme subjektstatus hos jenter og kvinner er også noe som har vært prosjektet til Simone De Beauvoir (2000 [1949]). For å forstå hvorfor unge jenter tilsynelatende forblir i en passivitet, i en betrakterposisjon, som ”selvutslettende”, er det nærliggende å spørre: Hva er det som gir kvinner verdi? For når dette ikke aktivt reflekteres over, vil jenter fortsette å være dominert av immanens, de forblir i seg selv. Beauvoir skriver: ”Ved siden av ethvert individs krav om å befeste seg selv som subjekt [...] finnes det også en fristelse ti å flykte fra friheten og bli en ting [...] bli offer for fremmede viljer, avskåret fra sin transcens, berøvet enhver verdi” (Beauvoir, 2000 [1949], s.40). Frykten for å overskride tradisjonelle kjønnsnormer er reell også for dagens unge jenter, noe vi kan se tendenser til i informantenes beskrivelser av hva jentene selv presenterer i sine sykdomsfortellinger. Hovedpoenget er at *alle* mennesker -

kvinner og menn - formes kulturelt. Forventninger, forestillinger og normer inkorporeres, og de tas som regel for gitt. Slike kulturelt internaliserte holdninger påvirker hvordan jenter og gutter, kvinner og menn oppfatter hverandre, og hvordan hver enkelt oppfatter seg selv. Informantene er bevisste på at kjønnsnormer hos ungdom kan ha betydning for hvordan gutter og jenter uttrykker og formidler sine plager. I drøftingen blir kjønnsperspektivet løftet opp som et bidrag til å forstå hvordan kjønn kan påvirke selvfølelse, identitet og opplevelse av handlingsrom, noe som informantene fremhevet som viktige aspekter i møte med unge jenter.

Informantene ønsker å fremme et mangfoldig og variert bevegelsesrepertoar hos ungdommene slik at de i større grad kan engasjere seg utover mot omgivelsene og være aktivt deltagende subjekter i et større fellesskap utenfor seg selv. Gjennom forskjelligartete erfaringer og opplevelser kan individet få bedre grep om seg selv, og en større klarhet i hva som skiller meg fra deg. Jeg har forsøkt å se denne tilnærmingen i sammenheng med trekk ved vårt senmoderne samfunn som er påvirket av omfattende strukturelle endringer der økende globalisering frigjør individet fra kollektive størrelser som klasse, kjønn, nasjon, religion, etnisitet etc. Samfunnet preges dermed av upersonlig karakter og individualisering (Giddens, 1997, Bauman, 2001, Vetlesen, 2009). Individualiseringen innebærer at hver enkelt må skape seg selv. Selvrealisering og selvkontroll blir stadig viktigere i et slikt samfunn: Vi skal være selvhjulpne og selvtilstrekkelige. Med en forståelse av at kjennetegn ved menneskelige grunnvilkår har å gjøre med tilknytning, tilhørighet og bekreftelse fra andre mennesker (Binder, 2000, Erikson, 2000 [1968], Stern, 2003, Thornquist, 2009, Vetlesen, 2009), er det grunn til å stille spørsmål om hvorvidt disse samfunnstrekkene er med på å påvirke ungdoms identitetsutvikling og selvforståelse i negativ retning.

Psykomotorisk fysioterapi kan bidra til at den enkelte får bedre ”grep” om seg selv, bedre kroppslig kontakt og forankring. Likevel bør det poengteres at det er vesentlig *hvordan* kropp får oppmerksomhet i behandlingssituasjoner. Som nevnt, er vi *alle* preget av tidens kroppsoptatthet. Når en erkjenner at kroppen er et sammensatt og historisk fenomen, og preges av erfaringer og biologi *samtidig* vil oppmerksomheten rettes mot opplevelsesaspektet ved *å være* og *å ha* en kropp. Slik knyttes kropp og mening sammen, og dette gjør noe med oss som mennesker på mange og forskjellige vis.

8 REFERANSELISTE

- Arntzen, C. (2010) Kjønn, hverdagsliv og ergoterapeuters fagforståelse. *Ergoterapeuten*, Nr.1
- Bauman, Z. (2001) *The individualized society*, Cambrigde, Polity Press.
- Beauvoir, S. D. (2000 [1949]) *Det annet kjønn*, Oslo, Pax. Oversatt av Bente Christensen.
- Bengtsson, J. (2006) *En livsverdenstilnærming for helsevitenskapelig forskning. I: Bengtsson J. (red.) Å forske i sykdoms – og pleieerfaringer. Livsverdensfenomenologiske bidrag*, Kristiansand, Høyskoleforlaget.
- Binder, P.-E. (2000) *Individet og den meningsbærende andre*, Doktoravhandling. Institutt for klinisk psykologi, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen,
- Binder, P.-E. (2002) *Individet og den meningsbærende andre : en teoretisk undersøkelse av de mellommenneskelige forutsetningene for psykisk liv og utvikling med utgangspunkt i Donald W. Winnicotts teori*, Oslo, Unipub.
- Bourdieu, P. (1999) *Meditasjoner*, Oslo, Pax.
- Braatøy, T. (1979) *De nervøse sinn: medisinsk psykologi og psykoterapi*, Oslo, Cappelen.
- Bunkan, B. H., Bülow-Hansen, A., Houge, N. H., Hødal, T. & Hansson, H. (1995) *Psykomotorisk behandling ad modum Braatøy/Bülow-Hansen*, Oslo, Pensumtjeneste.
- Bülow-Hansen, A. (1982) Psykomotorisk fysioterapi. I: BUNKAN, B. H., THORNQUIST, E. & RADØY, L. (Red.) *Psykomotorisk behandling : festskrift til Aadel Bülow-Hansen*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Dahle, R. (2001) Forståelse av kjønn i fysioterapi. *Fysioterapeuten*, nr.11.
- Dragesund, T. & Råheim, M. (2008) Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients perspective on body awareness. *Physiotherapy Theory and Practice*, 24 (4), s. 243-254.
- Engelsrud, G. (1990) *Kjærlighet og bevegelse: fragmenter til en forståelse av fysioterapeutisk yrkesutøvelse*, Phd. Universitetet i Oslo, Oslo
- Eriksen, T. E., Kirkengen, A. L. & Vetlesen, A. J. (2013) The medically unexplained revisited. *Med Health Care Philos*, 16, 587-600.
- Erikson, E. H. (2000 [1968]) *Barndommen og samfunnet*, Oslo, Gyldendal.
- Flåm, K. (2014) *Hver femte student sliter psykisk VG* [Internett] Tilgjengelig fra: <<http://www.vg.no/nyheter/innenriks/helse-og-medisin/hver-femte-student-sliter-psykisk/a/23286749/>> Lastet ned: 01.05.2015

- Folkehelseinstituttet (2014) Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge. 4 utg. Oslo, Folkehelseinstituttet.
- Frances, A. (2013) *Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life*, New York, William Morrow.
- Frønes, I. & Brusdal, R. (2001) *På sporet af den nye tid: kulturelle varsler for en nær fremtid*, København, Gyldendal Uddannelse.
- Førde, R. (1996) Har Illich fått rett? *Nordisk Medicin*, nr. 4 (111), s. 113-5.
- Försäkringskassan (2013) *Kvinnors sjukfrånvaro* Stockholm: Socialdepartementet [Internett] Tilgjengelig fra: <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/97e7d6c5-8223-45aa-ae82-a840049e87e7/kvinnors_sjukfranvaro_20131107.pdf?MOD=AJPERES> Lastet ned: 26.05.15
- Gabrielsen, J. (2013) *Kontakt med egen kropp i psykomotorisk fysioterapi - kroppslige opplevelser, meningsdannelse og mestring*, Mastergradsoppgave i helsefag - studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Univetsitetet i Tromsø,
- Gallagher, S. (2005) *How the body shapes the mind*, Oxford, Clarendon Press.
- Giddens, A. (1997) *Modernitetens konsekvenser*, Oslo, Pax.
- Gill, R. (2007) Postfeminist media culture: elements of a sensibility. *European Journal of Cultural Studies* 10 (2), s. 147-166.
- Gran, S. (2014) *Diagnose: Overveldelse* Morgenbladet [Internett] Tilgjengelig fra: <http://morgenbladet.no/ideer/2014/diagnose_overveldelse_-_VQg4ymbFg14> Lastet ned: 26.09.2014
- Gretland, A. (2007) *Den relasjonelle kroppen: fysioterapi i psykisk helsearbeid*, Bergen, Fagbokforlaget.
- Gundersen, K. (2013) *Snåsakoden : en kunnskapsbasert guide til alternativ medisin*, Oslo, Aschehoug.
- Hegna, K., Ødegård, G. & Strandbu, Å. (2013) Unges liv og levekår - En "sykt seriøs" ungdomsgenerasjon? . *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 50 (4) s. 374-377.
- Illich, I. (1975) *Medical nemesis : the expropriation of health*, London, Calder & Boyars Ltd.
- Kirkengen, A.-L. & Thornquist, E. (2013) Når diagnoser gjør blind. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, nr.14 (133), s.1466-8.
- Kringlen, E. (1995) Diagnostikk som ideologi. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 115 (5), s. 630-632.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- Lagerløv, P., Holager, T., Helseth, S. & Rosvold, E. (2009) Selvmedisinerer med reseptfrie smertestillende legemidler hos 15 – 16-åringer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 129 (15), s.1447-1450.
- Leder, D. (1990) *The absent body*, Chicago, University of Chicago Press.
- Lindgren, L. (2014) *Å være ung er ikke for jævlig* Morgenbladet [Internett] Tilgjengelig fra: <http://morgenbladet.no/samfunn/2014/a_vaere_ung_er_ikke_for_jaevlig_-_VQhY72bFg15> Lastet ned: 15.08.2014
- Løkke, P. A. (2011) Ungdommens følelser og møtet med den instrumentelle fornuften. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, nr.48 (3), s.242-250.
- Løkke, P. A. (2014) Jenters stumme raseri - i diagnosenes tidsalder. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, nr.51 (9), s. 767-772.
- Malt, U. F., Retterstøl, N. & Dahl, A. A. (2009) *Lærebok i psykiatri (2.utg)* Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (1999) The (Gendered) construction of diagnosis interpretation of medical signs in women patients. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 20, s.275.286.
- Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*, Oslo, Universitetsforl.
- Merleau-Ponty, M. (1994) *Kroppens fenomenologi*, [Oslo], Pax Forlag A/S.
- Miller, A. (1987) *Barneskjebner : tre foredrag om narsissisme og psykoanalyse*, Oslo, Gyldendal.
- Norge (2003) *Sammen om psykisk helse...Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet [Internett] Tilgjengelig fra:<<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/bro/2003/0004/ddd/pdfv/187063-s.pdf>> Lastet ned: 23.04.16
- Nou 1999:13 *Kvinnens helse i Norge* Oslo: Sosial- og helsedepartementet [Internett] Tilgjengelig fra:<<https://www.regjeringen.no/contentassets/4f30e0da65db42549ab37eaa491d4445/no/pdfa/nou199919990013000dddpdfa.pdf>> Lastet ned: 25.05.2015
- Nova (2014) Ungdata. Nasjonale resultater 2013. *NOVA Rapport 10/14*. Oslo, NOVA.
- Råheim, M. (2002) Kroppsfenomenologi - innsikt relevant for klinisk praksis. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 25: 122.
- Shilling, C. (2012) *The body and social theory. Third Edition*, London, Sage.

- Skårderud, F. (2004) Den kommuniserende kroppen - spiseforstyrrelser og kultur. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr.18, s. 2365-2368.
- Skårderud, F., Stänicke, E., Haugsgjerd, S. a. M. D. & Engell, S. (2010) *Psykiatriboken: sinn - kropp - samfunn*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- Steinsvik, K. (2008) *Kunnskap om kroppen mellom grep og begrep*, Doktoravhandling. Kungliga Tekniska Högskolan, Stockholm
- Stern, D. N. (2003) *Spedbarnets interpersonlige verden*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- Sviland, R. (2005) *Om å komme til seg selv gjennom sansing, bevegelse og forståelse*, Hovedfagsoppgave, Institutt for samfunnsmedisin. Universitetet i Bergen,
- Sviland, R., Råheim, M. & Martinsen, K. (2012) Touched in sensation - moved by respiration: embodied narrative identity - a treatment process. *Scand J Caring Sci*, 26, 811-9.
- Tetzchner, S. V. (2012) *Utviklingspsykologi*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2001a) Helsearbeid i kjønnsperspektiv. *Fysioterapeuten*, nr.11.
- Thornquist, E. (2001b) Kroppssyn og faglige utfordringer idag. *Fysioterapeuten*, nr.14.
- Thornquist, E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*, Bergen, Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2005) Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling. En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2, s. 31-44.
- Thornquist, E. (2006) Psykomotorisk Fysioterapi - tenkning og tilnærming. Del 1: kjennetegn, prinsipper, fremgangsmåter. *Utposten*, Nr.5.
- Thornquist, E. (2007) Fysioterapeuters journaler - en sykehusundersøkelse. *Fysioterapeuten*, 74 (3), s. 19-24.
- Thornquist, E. (2009) *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2012) *Movement and interaction: the Sherbourne approach and documentation*, Oslo, Universitetsforl.
- Thornquist, E. & Bunkan, B. H. (1995 [1986]) *Hva er psykomotorisk behandling?*, Lillehammer, Universitetsforlaget.
- Tjora, A. H. (2012) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- Vetlesen, A. J. (2009) *Frihetens forvandling/ essay og artikler 2002-2008*, Oslo, Universitetsforlaget.

- Welch, H. G., Schwartz, L. M. & Woloshin, S. (2011) *Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health*, Boston, Mass., Beacon Press.
- Werner, A. (2005) *Kampen for (tro)verdighet. Kvinner med 'ubestemte' helseplager i møtet med legen og dagliglivet*, Universitetet i Oslo,
- Wichstrøm, L. (2009) Hvem går til psykolog? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, nr. 46 (11), s.1036-1043.
- Young, I. M. (2005) *On female body experience: "Throwing like a girl" and other essays*. New York, Oxford University Press.
- Øberg, G. K. (2008) *Fysioterapi til for tidlig fødte barn : om sensitivitet, samhandling og bevegelse*, Phd. Universitetet i Tromsø, Tromsø
- Øien, A. M. (2010) *Change and Communication. Long-Term Norwegian PsychoMotor Physiotherapy Treatment for Patients with Chronic Muscle Pain*, Phd. Universitetet i Bergen, Bergen
- Øvreberg, G. & Andersen, T. (2002) *Aadel Bülow-Hansens fysioterapi. En metode til omstilling av anspent muskulatur og hemmet respirasjon*, Skarnes, Compendius forlag AS.
- Aase, T. H., Fuglestad, O. L. & Fossåskaret, E. (1997) *Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data*, Oslo, Universitetsforl.

VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV OG INFORMERT SAMTYKKE

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

”Psykomotorisk fysioterapi for unge jenter med psykiske helseplager”

Bakgrunn og formål

Jeg er student ved Universitetet i Tromsø, og tar masterutdanningen i psykiatrisk- og psykosomatisk fysioterapi. Jeg skal nå i gang med masteroppgave som skal handle om ”Psykomotorisk fysioterapi for unge jenter med psykiske helseplager”. I den forbindelse er dette en forespørsel om du kunne tenke deg å stille som informant til min studie.

Planen er å inkludere 4-5 psykomotoriske fysioterapeuter som har erfaringer i arbeid med ungdom, og spesielt unge jenter som har ulike psykiske helseplager. Studien vil ha som hensikt å utforske hvorvidt Norsk Psykomotorisk fysioterapi kan være til nytte for denne pasientgruppen.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Jeg ønsker å gjennomføre et intervju av varighet på ca. 60 minutter med vekt på dine erfaringer, refleksjoner og oppfatninger i arbeid med pasientgruppen.

For å få mer dybde i datamaterialet er det ønskelig at du forbereder to eksempler/historier, der du brukte NPMF i behandling av en ung jente med psykiske helseplager. Trekk gjerne frem et eksempel hvor du opplevde at behandlingen gav gode resultater, og en hvor du opplevde at det ikke fungerte så bra.

Intervjuene vil bli tatt opp på lydfil ved bruk av pc.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun student og veileder vil ha tilgang til disse opplysningene. Informert samtykke vil bli oppbevart adskilt fra datamaterialet for øvrig, og det vil derfor ikke kunne linkes. Datamaterialet vil ikke inneholde personopplysninger som kan identifisere verken informant eller pasienteksempler.

Deltakerne skal med andre ord ikke kunne gjenkjennes i masteroppgaven.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2016. I forbindelse med et masterstipend fra Senter for kvinne- og kjønnsforskning ved UiT vil jeg også skrive en artikkel i etterkant av oppgaven. I denne prosessen er det også kun meg som student og veileder som vil ha tilgang, og materialet anonymiseres. Når denne er avsluttet, vil alt datamateriale bli slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med Stine Kvammen Bjørlykhaug, tlf. 97618977, eventuelt veileder for oppgaven, fysioterapeut, professor ved Høgskolen i Bergen og professor II ved UiT – Norges arktiske Universitet, Eline Thornquist, tlf. 55 58 49 29.

Dersom du ønsker å delta i studien ber jeg deg om å signere under og returnere brevet ved hjelp av vedlagt og merket konvolutt.

Med vennlig hilsen,

Stine Kvammen Bjørlykhaug

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE

Forberedelse før intervjuet:

Forbered to eksempler/historier, der du brukte NPMF i behandling av en ung jente med psykiske helseplager. Trekk gjerne frem et eksempel hvor du opplevde at behandlingen gav gode resultater, og en hvor du opplevde at det ikke fungerte så bra

Problemstilling:

Hvilken forståelse har erfarne psykomotoriske fysioterapeuter av unge jenter som sliter med psykiske helseplager. Og hvilke elementer ved NPMF legger terapeutene vekt på i møte med denne pasientgruppen?

Innledning	Kan du fortelle litt om deg selv: <ul style="list-style-type: none">- Alder- utdanningsforløp- arbeidserfaringer
Arbeidssituasjon: bruk av NPMF	Hvordan jobber du nå, rammer? (Hvordan får du brukt PMF kompetansen din?) Hva består arbeidsoppgavene dine av? Påvirker du selv hvilke pasienter du får henvist, og når de skal henvises?
Unge jenter	Hva er dine erfaring ift kjønnsfordelingen blant ungdom som kommer til psykomotorisk fysioterapi? Og har du kjennskap til dine kollegers oppfatninger?

Er det forskjeller i hvilke problemer/plager du finner hos guttene versus jentene? Forskjeller i hva de søker hjelp for?

Kan du nevne eksempler på psykiske helseplager som er typiske for ungdom – noen spesielle som utmerker seg hos jentene?

”Hvem” er jentene?

- Hva blir de henvist for?
- Hvor blir de henvist fra?
- Har pasientgruppen ”unge jenter med psykiske helseplager” noen fellesnevner? Er det f.eks spesielle mønstre som går igjen mtp kroppsundersøkelsene/diagnoser? Hvilke? Kan du si litt mer om disse?
 - o Forhold til egen kropp – NB FORFØLGE HVA SOM BLIR SAGT.
 - o EKS : (Kroppsbevissthet –kontakt med egen kropp)
 - o Angst, depresjon
 - o Fremtidsutsikter
 - o Familieforhold/relasjonelle aspekter
 - o Rusproblemer
 - o Skole/mobbing

Hvordan vurderer du forholdet mellom henvisningsdiagnosen og dine funn etter undersøkelse/funksjonsdiagnose/samtale?

Kan du nevne noen målsetninger som går igjen for disse pasientene? Hvilke målsetninger har jentene selv? Hvordan er forholdet mellom deres og dine målsettinger?

Hva er tilbakemeldingen fra pasienter som har fått fysioterapi/PMF?

Får du inntrykk av at dette er en behandling pasientene har utbytte av?

Hva er det som fremholdes som viktig og hjelpsomt?

	Er det en behandling de ønsker å komme til?
...med psykiske helseplager	Du nevnte i sted "xxx" at din vurdering ofte er "xxx" ift henvisningsdiagnose. Har du gjort deg noen tanker om hvordan dette virker inn på din behandling og hva du vektlegger og hvordan? Og hva med pasientens oppfattelse av seg selv/sitt problem, pasientens forventning, utfallet av behandlingen?
PMF - behandlingen	Hvordan bruker du PMF i behandlingen av unge jenter med psykiske helseplager?
Potensialer og begrensninger	<p>Bruker du PMF på tradisjonell måte i behandlingen av unge jenter med psykiske helseplager?</p> <p>Ut fra din erfaring med denne pasientgruppen, hva vil du si at er viktig å inkludere i behandlingen for at unge jenter med psykiske helseplager skal bli bedre?</p> <p>Hvilke elementer av PMF er spesielt egnet? Hvilke elementer i PMF vil du si er viktig i behandlingen av unge jenter med psykiske helseplager Hvilke elementer av PMF er ikke egnet i behandlingen?</p> <p>Tenker du at det er viktig med en kroppslig behandlingstilnærming for denne pasientgruppen, og hvorfor/hvorfor ikke?</p> <p>Hva tenker du om en kroppslig behandlingstilnærming for unge sammenlignet med voksne?</p> <p>Er det viktig at fysioterapi/PMF inkluderes i behandlingstilbudet til unge jenter med psykiske helseplager? Hvorfor?</p> <p>Hvor opplever du at du som psykomotorisk fysioterapeut har</p>

Oppsummering

mest å bidra med i den jobben du har nå? Hvorfor? Eksempler?

Er det tilfeller hvor du opplever at denne kompetansen ikke strekker til, eller ikke passer inn ift det du møter. Eventuelt når, hvorfor?

Hva regner du som effekt av PMF-behandling? Eksempler på dette

Har jeg forstått deg riktig?

Er det noe i intervjuet du vil utdype?

Eventuelt andre ting som er viktig for dette temaet, som ikke er nevnt i intervjuet?

VEDLEGG 3: GODKJENNING FRA NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr. 985 321 884

Eline Thornquist
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 19.11.2015

Vår ref: 45503 / 3 / AGL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.11.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

45503	<i>Psykomotorisk fysioterapi for unge jenter med psykiske helseplager</i>
Behandlingsansvarlig	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Eline Thornquist</i>
Student	<i>Stine Kvammen Bjørlykhaug</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Audun Løvlie

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf: 55 58 23 07

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektur: 45503

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Data innhentes ved personlig intervju. Vi minner om at det av hensyn til fysioterapeuters taushetsplikt ikke kan fremkomme identifiserbare opplysninger om enkeltpasienter. Vi anbefaler at forsker minner informanten om dette ifm. intervjuet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 30.06.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)