



**Slitenhetssyndrom i lys av  
en psykomotorisk undersøkelse**

**Ida Elise Hansen**

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

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

**Mai 2016**

## Forord

Tre års studieforløp er snart over. Etter en intens periode med oppgaveskriving er jeg nå utrolig stolt over og glad for at jeg snart har fullført dette studiet. Det har vært tre krevende og lærerike år jeg ikke ville vært foruten.

Først vil jeg takke informantene i denne studien. Takk til pasienten som lot meg få et innblikk i hennes liv. Tusen takk til fysioterapeuten som stilte sin fagkunnskap og fagutøvelse til rådighet, og tok seg tid til deltakelse i studien.

Takk til Fond for etter- og videreutdanning av fysioterapeuter for økonomisk støtte under dette studieforløpet.

Tusen takk til mine kolleger i Kristiansund kommune som har støttet og oppmuntret meg underveis i studiet.

Tusen hjertelig takk til min veileder Britt-Vigdis Ekeli for uvurderlig god hjelp og støtte. Ditt engasjement, optimisme og interesse har vært hjulpet meg gjennom denne prosessen. Tusen takk for all oppmuntring og god veiledning.

Og til slutt; tusen takk til venner og familie som har vært støttende gjennom hele studieforløpet. Takk til pappa som har lest korrektur. Og spesielt takk til Christian – min klippe. Uten deg ved min side hadde jeg aldri kommet i mål. Tusen takk for at du alltid er der for meg.

Ida Elise Hansen

Kristiansund, mai 2016

## **Sammendrag**

Vedvarende utmattelse og slitenhet er et stort helseproblem i Norge. Usikkerhet rundt diagnostisering, og utrednings- og behandlingsprosedyrer som preger dagens medisin, skaper forvirring for både pasient og helsevesen.

Hensikten med studien var å belyse hvordan man gjennom en psykomotorisk undersøkelse kan forstå vedvarende slitenhet som helseproblem. Et overordnet mål var å bidra til kunnskap om hvordan en psykomotorisk undersøkelse kan utvide forståelsen for slitenhetssyndrom. Studiens empiri er fra en observasjon og videoobservasjon av en psykomotorisk undersøkelse, samt semistrukturert intervju med både pasient og fysioterapeut. Utvalget består av én fysioterapeut med kompetanse innen psykomotorisk fysioterapi og én kvinnelig pasient med vedvarende slitenhet. Funnene fra undersøkelsen har blitt diskutert i lys av teori knyttet til psykomotorisk fysioterapi, vitenskapsteori og forskning rundt ulike utmattelsestilstander.

Funnene fra undersøkelsen viser hvordan den psykomotoriske kroppsforståelsen og tilnærming til pasientens helseproblem er forankret i kroppens flertydighet. Slitenheten blir sett i lys av pasientens historie og levde liv, samtidig som framtiden og hennes livssituasjon blir tatt i betraktning. Slitenheten pasienten opplever kan forstås som en bilde på en belastet kropp; kroppen er et forsvarsverk både overfor andre personer og for egne følelser, den er bærer av bekymring og usikkerhet, og samtidig en kropp i kontinuerlig beredskap. Undersøkelsen viser et belastende vanemessig kroppsmønster som kan ses i forlengelse av pasientens levde liv. Gjennom undersøkelsen fremmes det bedre kontakt med egen kropp og kroppslige signaler, og samtidig legges det til rette for nye kroppslige erfaringer. På den måten kan et mer hensiktsmessig bevegelses- og vanemønster etableres.

Funnene viser hvordan slitenheten ikke kan avgrenses til ett enkelt kroppsfunn, men må ses i lys av pasientens liv – både forut for sykdommen og livssituasjonen i dag. Dette viser også hvordan de biomedisinske tilnærminger blir begrenset for å favne alle aspektene et slikt helseproblem medfører.

*Nøkkelord: Psykomotorisk fysioterapi, slitenhet, kronisk utmattelse, refleksjon, samhandling.*

## **Abstract**

Chronic fatigue and persistent fatigue in general is a major health problem in Norway. The uncertainty in regards to diagnosing, reporting and treatment of these problems in medicine today create confusion for both the patients and the healthcare providers.

The purpose of this study was to elucidate how one can understand fatigue as a health problem in light of a psychomotor examination. A main objective of this study was to contribute to knowledge of how a psychomotor physiotherapy examination can increase the understanding of persistent fatigue. This empirical study includes an "in person" observation and video observation of the psychomotor examination in addition to semi-structured interviews with both the patient and physiotherapist. The selected participants consist of one physiotherapist with higher education within Norwegian Psychomotor physiotherapy and one female patient with persistent fatigue. The studies findings are discussed in light of psychomotor physiotherapy theory, epistemological theories and research on several different states of fatigue.

The findings identified from the examination portray how the psychomotor body comprehension and approach in relation to the patient's health problem is embedded in the body's ambiguity. The fatigue is seen in light of the patient's history, whilst also taking into consideration her life situation at present and future. The fatigue experienced can be interpreted as an image of a strained body; the body is a defense mechanism against other people and ones own emotions, it is a bearer of concern and uncertainty whilst always being constantly prepared. The examination shows a strained habitual body pattern that can be interpreted as an extension of the patients past. The examination promotes increased contact with the body and the bodily signals while facilitating new bodily experiences and thereby establishing a more appropriate movement and habitual pattern.

The presented findings indicate how fatigue cannot be limited to one single bodily sign but must be viewed in light of the patient's life – both prior to the illness and present life situation. This also highlights how the traditional biomedical approaches are limited to encompass aspects of these health problems.

*Keywords: Psychomotor physiotherapy, fatigue, chronic fatigue, reflection, interaction.*

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>6</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	6
1.1.1 <i>Formål og problemstilling</i> .....	7
1.2 PRESENTASJON AV FORSKNINGSFELTET .....	8
1.2.1 <i>Vedvarende slitenhet – en av flere "diffuse" lidelser</i> .....	8
1.2.2 <i>Bruk av slitenhetsrelaterte diagnoser i Norge</i> .....	9
1.2.3 <i>Aktuell medisinsk forskning på utmattelsestilstander</i> .....	10
1.2.4 <i>Psykomotorisk fysioterapi og funksjonelle lidelser, utmattelse og tretthet</i> .....	12
1.3 DIAGNOSEN SOM UTTRYKK FOR BIOMEDISINSK TENKNING .....	13
1.3.1 <i>En diagnoses funksjon</i> .....	13
1.3.2 <i>Kritisk blikk på diagnosen</i> .....	14
<b>2.0 TEORETISK REFERANSERAMME</b> .....	<b>16</b>
2.1 INNLEDNING.....	16
2.2 PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI – HISTORIKK OG UTVIKLING.....	16
2.3 KROPPSFENOMENOLOGI OG PSYKOMOTORISK BEHANDLING.....	18
2.4 SOSIALT PERSPEKTIV PÅ KROPPEN OG PSYKOMOTORISK BEHANDLING.....	20
2.5 KROPPSSYNN I PMF – PRINSIPPER I UNDERSØKELSE OG BEHANDLING .....	22
2.5.1 <i>Kroppen som funksjonell og samspillende enhet</i> .....	22
2.5.2 <i>Kroppen som sentrum for erfaring</i> .....	23
2.5.3 <i>Kroppen som uttrykksfelt – verbal og kroppslig dialog</i> .....	24
2.5.4 <i>Psykomotorisk behandling</i> .....	24
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>26</b>
3.1 INNLEDNING; BAKGRUNN FOR METODEVALG .....	26
3.2 FORSKNINGSVITENSKAPELIG FORANKRING .....	26
3.3 DATAINNSAMLINGSPROSESSEN.....	27
3.3.1 <i>Rekruttering</i> .....	27
3.3.2 <i>Observasjon og videoobservasjon</i> .....	28
3.3.3 <i>Kvalitativt intervju med pasient</i> .....	29
3.3.4 <i>Kvalitativt intervju med fysioterapeut</i> .....	29
3.4 BEARBEIDING AV DATAMATERIALET .....	31
3.4.1 <i>Transkribering av intervju med pasient</i> .....	31
3.4.2 <i>Transkribering av intervju med fysioterapeut</i> .....	32
3.4.3 <i>Transkribering av video</i> .....	32
3.4.4 <i>Sammenstilling av rådata</i> .....	33
3.5 ANALYSE .....	33
3.6 ETISKE BETRAKTNINGER.....	35
3.7 GYLDIGHET AV METODE OG MATERIALE.....	37
<b>4.0 RESULTAT OG DISKUSJON</b> .....	<b>39</b>
4.1 INNLEDNING.....	39
4.2 PRESENTASJON AV INFORMANTENE .....	40
4.2.1 <i>Fysioterapeuten</i> .....	40
4.2.2 <i>Pasienten</i> .....	40
4.3 HOVEDTEMA 1: KROPP.....	40
4.3.1 <i>Kroppslige vanemønstre</i> .....	40
4.3.2 <i>Diskusjon: Kroppslige vanemønstre</i> .....	45
4.3.3 <i>Kontakt med egen kropp</i> .....	49
4.3.4 <i>Diskusjon: Kontakt med egen kropp</i> .....	54
4.3.5 <i>Oppsummert hovedtema Kropp</i> .....	59

4.4	HOVEDTEMA 2: LEVD LIV .....	59
4.4.1	<i>Relasjonelt</i> .....	60
4.4.2	<i>Diskusjon: Relasjonelt</i> .....	63
4.4.3	<i>En undersøkelse i livsløpsperspektiv</i> .....	66
4.4.4	<i>Diskusjon: En undersøkelse i livsløpsperspektiv</i> .....	70
4.4.5	<i>Oppsummert Levd liv</i> .....	73
5.0	AVSLUTNING.....	74
	REFERANSELISTE.....	75

**Vedlegg 1: Infoskriv og samtykkeskjema fysioterapeut**

**Vedlegg 2: Infoskriv og samtykkeskjema pasient**

**Vedlegg 3: Intervjuguide - pasient**

**Vedlegg 4: Intervjuguide - fysioterapeut**

**Vedlegg 5: Godkjenning fra NSD**

**Vedlegg 6: Tilbakemelding fra REK**

## 1.0 Innledning

Denne mastergradsoppgaven omhandler vedvarende slitenhet og hvordan dette helseproblemet kan forstås ut fra en psykomotorisk undersøkelse. Empirien i oppgaven er forankret i en pasientundersøkelse og to intervju; ett med pasient og ett med fysioterapeut.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet er valgt ut fra personlig interesse for pasienter med vedvarende utmattelse og slitenhet, kombinert med følelse av utilstrekkelig kompetanse til å hjelpe denne pasientgruppen. I klinisk praksis som fysioterapeut opplever jeg ofte at henvisningen er uklar med hensyn til pasientens helsemessige problemer, og diagnosene varierer i stor grad. Fra legen foreligger det ofte få entydige svar på spørsmål om årsak, behandling og prognose, noe som skaper frustrasjon for pasientene. Mange av pasientene jeg har møtt har vært til utredninger hos flere spesialister og forsøkt ulike behandlingstilnærminger. Til tross for dette har de ikke fått klare svar eller helsemessig bedring. Fellestrekket er at pasienten sitter igjen med diffuse forklaringer og uklar diagnose på helseplager de selv opplever som konkrete, reelle og svært utfordrende.

Gjennom masterstudiet har jeg i økende grad sett viktigheten av å ta utgangspunkt i *personen du har foran deg*, og ikke navnet på diagnosen. Selv om jeg ser bort i fra diagnosen, lytter til pasientene og utforsker slitenheten sammen med dem, føler jeg fortsatt at det er mye jeg ikke forstår. Jeg har stilt meg mange spørsmål og reflektert rundt møtene med pasientene. Hvordan kan vi forstå denne slitenheten? Hvordan kan vi forstå disse menneskene? Hva *er* slitenheten, og hva handler den om? Hvordan skal jeg gjennom undersøkelsen finne svar på den utfordringen pasienten opplever? Og hvordan kan psykomotorisk fysioterapi hjelpe disse pasientene?

Min erfaring fra klinisk praksis danner grunnlaget for den forforståelsen jeg tar med meg inn i dette prosjektet. Jeg har positive erfaringer med psykomotorisk fysioterapi (PMF) for denne pasientgruppen. Mange har opplevd det som helsefremmende å komme i bedre kontakt med seg selv og på den måten etablere mindre belastende vanemønstre. Jeg har erfart at slitenheten kan omhandle mer enn behov for å slappe av. Slitenhet har ofte vært et ytre bilde på en generell ubalanse i kroppens funksjoner, samtidig som mange av disse pasientene har et anstrengt forhold til egen kropp. Slitenheten kan medføre en opplevelse

av utilstrekkelighet og begrensning – noe som kan styrke pasientenes negative forhold til seg selv og sin kropp. Den helhetlige tilnærmingen i PMF, som vektlegger både utforskning og undring sammen med pasienten synes å være hensiktsmessig for denne pasientgruppen. Ved at pasienten får reflektere rundt kroppslige reaksjoner og funksjoner, fremmes det en større kroppsbevissthet. Denne bevisstheten gjør det samtidig enklere for pasienten å forstå hva slitenheten kan handle om, og hva som kan gjøres for at situasjonen kan bedres.

### 1.1.1 Formål og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å se slitenhetssyndromet i lys av en psykomotorisk undersøkelse. Hvordan kommer slitenheten til uttrykk i pasientens kropp? *Hva* kan psykomotoriske undersøkelser avdekke som ikke kommer fram gjennom en medisinsk undersøkelse? *Hvordan* kan vi forstå funnene fra en psykomotorisk undersøkelse?

Jeg vil i denne oppgaven prøve å svare på problemstillingen:

***Hvordan kan slitenhetssyndrom forstås i lys av en psykomotorisk undersøkelse?***

Problemstillingen springer ut fra en forforståelse om at PMF belyser og tematiserer viktige faktorer i en pasients liv, og at PMF kan være en hensiktsmessig tilnærming til helseproblemet. Med utgangspunkt i empiri fra en klinisk situasjon analysert i et psykomotorisk perspektiv vil denne oppgaven kunne fremme faglig dokumentasjon. Beskrivelser av praksisnære situasjoner er nyttig for faglig utvikling, og kan bidra til å bevare, videreutvikle og fornye faglig kunnskap (Gretland, 1999; Thornquist & Gretland, 2003). Målet er å få økt forståelse av vedvarende slitenhet som helseproblem. Et overordnet mål er samtidig å bidra til kunnskap og dokumentasjon om hvordan en psykomotorisk undersøkelse kan utvide forståelsen for slitenhetssyndrom. Den psykomotoriske tilnærmingen står i kontrast til medisinske undersøkelser og biomedisinske tenkning fordi den bygger på en annen kroppsforståelse. Jeg ønsker derfor at denne oppgaven også skal være en stemme i diskusjonen om medisinsk diagnostikk rundt dette helseproblemet.



## 1.2 Presentasjon av forskningsfeltet

Dagens helsevesen er i stor grad bygget på et biomedisinsk sorteringssystem, der diagnoser spiller en avgjørende rolle. Helseplager som faller utenfor de klare diagnostiske kategoriene innebærer utfordring for både helsepersonell og pasient. Pasientene opplever at de ikke blir forstått, og helsepersonell føler at de kommer til kort (Thornquist, 2009). I denne delen av oppgaven vil jeg først gi en kort oversikt over det som regnes som uklare eller diffuse diagnoser. Dernest se på de diagnosene hvor slitenhet er et framtreddende symptom. Til slutt vil jeg trekke fram forskning om psykomotorisk behandling av mennesker som har fått disse diagnosene.

### 1.2.1 Vedvarende slitenhet – en av flere ”diffuse” lidelser

Nevrasteni, utbrenthet, kronisk utmattelsessyndrom (CFS) og myalgisk encefalopati (ME) er noen av diagnosene som omhandler utmattelsesproblematikk. Dette er også diagnoser uten klare diagnostiske kriterier<sup>1</sup> og kategorier (Malt, Malt, Blomhoff, & Refnin, 2002). Sykdommene omtales både som funksjonelle somatiske lidelser og som medisinsk uforklarte sykdommer (Fors, Jacobsen, Borchgrevink, & Stiles, 2014; Malt et al., 2002). Utredningen av CFS/ME baseres på to prinsipper: utelukke andre sykdommer og identifisere et karakteristisk sykdomsbilde (Hareide, Finset, & Wyller, 2011). En utfordring knyttet til å dette er diagnosenes komorbiditet. Eksempelvis viser en studie at 70% av pasienter med diagnosen fibromyalgi også tilfredstilte diagnosekriteriene for CFS (Aaron & Buchwald, 2001). Myofacialt smertesyndrom, irritabel tarm, depresjon, kjemisk hypersensitivitetssyndrom er andre eksempler på komorbide lidelser (Malt et al., 2002).

CFS/ME er biomedisinsk og klassifiseringsmessig en ”diffus” lidelse. Likevel har den virkelige symptomer og opplevelser som knyttes til den: Hodepine, svimmelhet, balanseproblemer, overømfintlighet for sanseinntrykk, søvnforstyrrelser, nedsatt hukommelse og konsentrasjon (V. Wyller, 2008). I tillegg rapporteres det om muskel- og leddsmerter, magesmerter og tarmproblemer, ortostatisk intoleranse og hjertebank. Utmattelsen medfører også relasjonelle og sosiale utfordringer (Hareide et al., 2011; Jason, Witter, & Torres-Harding, 2003).

---

<sup>1</sup> Det finnes flere ulike diagnosekriterier for CFS. Langvarig utmattelse over 6 mnd. og som reduserer aktivitetsdeltakelsen, anses som hovedkriteriet (Fønhus, Larun, & Brurberg, 2011).

Nevrasteni er i klassifikasjonssystemet ICD-10 lagt under psykologiske lidelser (Helsedirektoratet, 2016). Det er to ulike typer Nevrasteni. Den ene er kjennetegnet ved økt trettbarhet etter psykiske anstrengelser. Den andre vektlegger utmattelse etter anstrengelse, ledsaget av opplevelse av smerter i muskler og redusert evne til å slappe av. Eksklusjonskriterier for Nevrasteni er ME og utbrenthet (ibid.). Nevrasteni er altså, i følge det medisinske diagnosesystemet, en psykisk lidelse, mens CFS/ME er somatisk lidelse. Dette kan tas som uttrykk for den dualistiske tenkningen som medisinen bygger på. Ut fra symptombildet kan det være relevant å spørre om hva som er forskjellen på de to diagnosene. Det er også tankevekkende at kognitiv adferdsterapi viser behandlingseffekt ved CFS/ME – en lidelse som i utgangspunktet omtales som somatisk (Larun & Malterud, 2011; Loge & Hem, 2002; V. B. Wyller, Reme, & Mollnes, 2015).

### 1.2.2 Bruk av slitenhetsrelaterte diagnoser i Norge

Jeg innhentet talldata fra Norsk Pasientregister (NPR)<sup>2</sup> for å se hvor utbredt ulike utmattelsestilstander var i Norge. Jeg kjente ikke til pasientens diagnose i forkant av datainnsamling av empirisk materiale og innhentet derfor talldata for tre ulike diagnoser; *Utbrenthet*, *ME* og *Nevrasteni*. Tallene viser antall personer med de tre ulike diagnosene som hoved- og bidiagnose i tidsperioden 2008-2014 i Norge. Tabell 1 viser samlet antall personer med de tre nevnte diagnosene. Det framkommer store forskjeller mellom kvinner og menn. Den samlede andelen kvinner var ca. 75% av alle tilfellene.

Diagnose-kode	Diagnose	Menn	Kvinner	Ikke spesifisert	Totalt	Ant. flere kvinner enn menn
Z73	Utbrenthet hoveddiagnose	529	1420	0	1949	891
	Utbrenthet bidiagnose	223	762	1	986	539
G93.3	ME hoveddiagnose	2523	8032	0	10555	5509
	ME bidiagnose	523	1917	0	2440	1394
F48	Nevrasteni hoveddiagnose	1712	4312	2	6026	2600
	Nevrasteni bidiagnose	410	1139	0	1549	729
	<b>Totalt</b>	<b>5920</b>	<b>17582</b>	<b>3</b>	<b>23505</b>	<b>11662</b>

Tabell 1: Samlet antall personer med diagnosene utbrenthet, ME og Nevrasteni

<sup>2</sup>Jeg er eneansvarlig for tolkning og presentasjon av de utleverte data. NPR har ikke ansvar for analyser eller tolkninger basert på de utleverte data. Dataen var innhentet fra somatiske sykehus, psykisk helsevern for voksne, private rehabiliteringsinstitusjoner, avtalespesialister - somatikk og psykisk helsevern.

Tabell 2 viser antallet personer med de tre diagnosene som hoveddiagnoser, fordelt på kjønn og alder. Både utbrenthet og Nevrasteni har flest tilfeller i aldergruppen 30-49. ME har jevn forekomst i de ulike aldersgruppene, men også iøynefallende høy forekomst blant de yngre – helt ned til 10-19 årsalderen.

		Menn					Kvinner				
		10 – 19 år	20 – 29 år	30 – 39 år	40 – 49 år	50 – 59 år	10 – 19 år	20 – 29 år	30 – 39 år	40 – 49 år	50 – 59 år
<b>Z73.0</b>	<b>Utbrenthet</b>	13	26	94	177	169	16	85	323	549	360
<b>G93.3</b>	<b>ME</b>	695	414	504	487	290	1506	1369	1954	1865	1028
<b>F48.0</b>	<b>Nevrasteni</b>	169	205	359	388	363	335	552	940	1213	889

Tabell 2: Antall personer med én av de tre diagnose, fordelt på kjønn og alder.

### 1.2.3 Aktuell medisinsk forskning på utmattelsestilstander

For å utforske kunnskapsgrunnlag rundt temaet vedvarende utmattelse/slitenhet søkte jeg etter litteratur i databasene PubMed, Google Scholar og Medline. Søkeordene var ”tiredness”, ”burnout”, ”fatigue”, ”chronic fatigue syndrome” og ”myalgic encephalomyelitis”. Litteraturen om CFS og ME representerer i stor grad en biomedisinsk tilnærming, med forsøk på å finne årsak og sammenheng i tilstandene. Samtidig omhandler flere publiserte studier den subjektive opplevelsen av kronisk og vedvarende utmattelse (Hareide et al., 2011; Ickmans et al., 2013; Winger, Ekstedt, Wyller, & Helseth, 2014). Jeg utvidet søkene til studier om funksjonelle somatiske lidelser og funksjonelle lidelser. Søkeordene var da ”functional somatic disorders”, ”functional disorders” og ”medically unexplained disorders”.

Studiene om utmattelses- og slitenhetsproblematikk tematiserer i all hovedsak diagnosene CFS og ME. Ofte omtales de to diagnosene som én og samme lidelse. Det er også uenighet om hvorvidt ME er en underliggende faktor for CFS eller om det er en egen distinkt sykdom (Smith et al., 2015). Årsaksforholdene for CFS/ME ser ut til å variere. For flertallet av pasientene er det en kombinasjon av både biologiske, psykiske og sosiale forhold som med ulik vekt bidrar til utvikling og opplevelse av sykdomsbilde (V. Wyller et al., 2006). Denne forståelsen har to vesentlige konsekvenser: CFS/ME bryter med den tradisjonelle todelingen av sykdommer som enten ”somatiske” eller ”mentale”. Samtidig er pasientgruppen heterogen med hensyn til årsaksfaktorer. Fellestrekket er en invalidiserende utmattelse som dominerer det kliniske bildet (ibid.). Forskningen rundt

CFS/ME er problematisk på grunn av all usikkerheten. Forskingen kan ikke vise entydig behandlingseffekt på grunn av de usikre diagnostiske kravene til disse sykdommene. Når inklusjonskriteriene ikke er presise nok blir heller ikke studiegruppen tilstrekkelig homogen til å gi sikre konklusjoner (Lian & Bondevik, 2013).

En ny studie ved Haukeland universitetssykehus utredet 365 pasienter med antatt CFS/ME. Målsetningen var å rapportere endelig diagnose for disse pasientene og vurdere nytten av omfattende medisinsk utredning (Owe, Næss, Gjerne, Bødtker, & Tysnes, 2016).

Utredningen foregikk på nevrologisk avdeling, og totalt estimert tidsbruk var åtte timer per pasient. Resultatene viste overraskende få som fikk diagnosen CFS/ME av det samlede utvalget. 13,2 % fikk diagnosen CFS, 4,9 % fikk påvist postinfeksiøs utmattelse, mens 46,3% av pasientene fikk diagnoser innenfor F-kapittelet i ICD-10 som omhandler psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. ”*Angst og depresjon var hyppige årsaker til symptombildet hos pasienter der det var mistanke om CFS/ME*” skriver forfatterne (ibid., p. 227).

Den subjektive opplevelsen av CFS/ME er nært knyttet opp mot å oppleve fravær av forståelse av andre, sosial støtte og anerkjennelse (Hareide et al., 2011; Jason et al., 2003; Lutgendorf et al., 1995). Forskingen viser at pasienter med vedvarende utmattelsesproblematikk opplever mindre sosial støtte enn befolkningen for øvrig. Det gjør at optimisme og sosial støtte blir assosiert med lavere sykdomsbelastning og bedring i helsetilstand (Jason et al., 2003; Lutgendorf et al., 1995). Jason m.fl. (2003) sammenlignet i sin studie optimisme, mestringsstrategier og sosiale støtte hos fire ulike grupper og fant at personer med klar årsak for utmattelsen fikk større anerkjennelse for tilstanden.

En studie viser at unge personer med CFS opplever møter med helsepersonell som mer stressende enn støttende (Hareide et al., 2011). Forfatterne mener det relasjonelle perspektivet må vektlegges for å forstå hvilke faktorer som samspiller i disse tilstandene. Helsepersonell må lytte til pasientenes erfaringer og bidra til støtte framfor å skape ytterligere stress for pasientene, mener forfatterne. Dette kan ses i kontrast til Malt m.fl. (2002, p. 1379) som mener legen skal lytte til pasientens ytringer, men komme med rasjonelle svar på pasientens ”*egne tanker og fantasier om årsak*”.

Larun (2011) belyser hvordan opplevd mestring er vesentlig i behandling av CFS. Hun trekker fram viktigheten av å oppleve sammenheng i helsetilstanden sin. Å oppleve verden som forståelig og forutsigbar, samt tro på at man kan påvirke egen situasjon, styrker sjansen for at man vil mestre framtidens utfordringer. Dette kan overføres til behandlingstilnærming for denne pasientgruppen. Å oppleve sammenheng vil ”*bidra til at utfordringer blir muligheter i stedet for trusler*” (ibid., p. 32).

Studier om CFS/ME innen fysioterapifaget er i stor grad rettet mot trening som behandlingstilnærming. Larun og Malterud (2011) har i en metaanalyse sett på effekten av treningsbehandling for pasienter med CFS. Trening kan gi redusert utmattelse dersom treningen er tilpasset pasienten. Avspenning trekkes også fram som gunstig for rene stressbetingede funksjonelle lidelser, skriver Malt et.al. (2002). Flere studier har rapportert symptomforverring etter treningsbehandling, men Larun og Malterud (2011) finner ingen holdepunkter for at treningsbehandling er skadelig.

#### **1.2.4 Psykomotorisk fysioterapi og funksjonelle lidelser, utmattelse og tretthet**

I søk etter studier om PMF og utmattelsestilstander benyttet jeg søkeordene ”psychomotor physiotherapy” ”Norwegian psychomotor physiotherapy” og ”Norwegian psychomotor physical therapy” sammen med søkeordene tilknyttet slitenhet og utmattelse. Jeg fant ingen studier som omhandlet PMF for denne pasientgruppen. Slitenhet og utmattelse trekkes fram ved flere av de sammensatte lidelsene man ofte møter i psykomotorisk behandling, noe som også blir belyst i litteraturen.

Breitve, Hynninen og Kvåle (2008) så i en tverrsnittstudie på typer og alvorlighet av problemer hos pasienter som oppsøker psykomotorisk behandling. Studien sammenlignet én gruppe som var henvist PMF, og én ikke-hjelpsøkende gruppe. 82,7 % av pasientene som oppsøkte psykomotorisk behandling var kvinner, snittalder på 44 år. PMF-gruppen hadde fire ganger flere helseplager enn sammenligningsgruppen. De hadde hyppigere legebeseøk og behandling hos psykolog, rapporterte fire ganger mer depressive symptomer og var to ganger mer tilbøyelig for angst, tretthet og søvnproblemer. 57 % av PMF-gruppen var tilbøyelig til vedvarende tretthet, sammenlignet med under 10 % hos sammenligningsgruppen.

I en senere studie så Breitve et.al. (2010) på effekten av psykomotorisk behandling for pasienter med subjektive helseplager og psykologiske symptomer. To grupper ble sammenlignet, én gikk i psykomotorisk behandling, den andre stod på venteliste. De fleste var kvinner, med snittalder på 44,3 år. Helseproblemene hadde gjennomsnittlig vart i 9 år. Studien viser signifikant bedring av depresjon, angst, søvnvansker, livskvalitet og utmattelse i behandlingsgruppen. Ingen signifikant bedring hos ventelistegruppen. Studien dokumenterer at PMF har potensial til å hjelpe pasienter med langvarige og diffusere helseplager.

Kåresen skrev i 2006 masteroppgave om kronisk tretthetssyndrom ut i fra et fysioterapeutisk perspektiv. Hun intervjuet leger og fysioterapeuter med kompetanse inne psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Formålet var å utdype forståelsen av hva kronisk tretthetssyndrom er og hvordan sykdomsforståelsen er påvirket av tankemåter om kropp, livssammenheng og sykdom (Kåresen, 2006). Ett av hovedfunnene var forskjellen på hva leger og fysioterapeuter vektla i møter med pasienter med kronisk utmattelse. Legene hadde størst interesse for klassifisering, biomekaniske forhold og behandlingsnivå. Fysioterapeutene vektla pasienterfaringer, en kroppslig innfallsvinkel og hvordan dette påvirket mulighetene for å kunne hjelpe pasienten. Hun trakk fram viktigheten av å ta utgangspunkt i den uttrykksfulle kroppen, med observerbare endrede pustemønstre, spenninger, stramme holdningsmønstre og andre uttrykk for kroppslige ubalanse. I studien påpekte fysioterapeutene særtrekk ved denne pasientgruppen:

*... [de] er flinke, stiller krav til seg selv og som har problemer med å sette grenser for seg selv og oppleve de kroppslige uttrykkene for dette. Som eksempel kan nevnes ufunksjonelt pustemønster, kalde og klamme hender og føtter, irritabel tarm og vonde muskler (ibid., p. 98).*

### **1.3 Diagnosen som uttrykk for biomedisinsk tenkning**

#### **1.3.1 En diagnoses funksjon**

En diagnose fremkommer ved at symptomer samles, avgrenses og klassifiseres.

Diagnostisering baseres på naturvitenskapelig kunnskaper om biologiske årsaks-sammenhenger som er utprøvd eksperimentelt og teoretisk forklart (Lian & Bondevik,

2013). Navnet, altså diagnosen, er startstedet for noe som kan fortolkes og forklares, og som skal gi forventet prognose og behandlingstiltak. Tilstanden oppfattes da som reell, og diagnosen blir et autorativt godkjenningstempel: godkjent som syk (Lian, 2014).

Diagnosen er også en viktig del av det økonomisk-byråkratiske rettighetsystemet i helsetjenesten. Med ”riktig” diagnose får en rett til offentlige helsetjenester og økonomiske ytelser. Diagnosen har fordeler som de ”navnløse” plagene ikke har (Lian & Bondevik, 2013).

Diagnoser har ulik prestisje, og innen medisin er det et diagnostisk hierarki. Kroniske sykdommer uten spesifikk kroppslig lokalisasjon og uklare behandlingsprosedyrer har lavest prestisje (Album & Westin, 2008). Diagnoser har samtidig kulturelle røtter og implikasjoner som gjør at de har lav prestisje i samfunnet. Kulturen definerer i stor grad hva som er *virkelige* diagnoser og lidelser. Helsemessige avvik fra det som anses som normalt, blir derfor enten kulturelt akseptert eller medfører stigmatisering og skam for den enkelte (Lian, 2014). På den måten definerer diagnosen i stor grad hvem vi er og hva vi er. Diagnosen påvirker både slik både egen selvfølelse og sosial identitet.

### 1.3.2 Kritisk blikk på diagnosen

I et samfunnsvitenskapelig perspektiv kan diagnosen forstås som en sosial konstruksjon<sup>3</sup> og et temporært medisinsk navn på en bestemt type helseplage. Den har dermed ingen ontologisk eksistens, men framstår som et speilbilde av en eksisterende tilstand (Lian & Bondevik, 2013). Dette gir rom for fortolkninger og misforståelser. I klinisk praksis oppstår det manglende samsvar mellom diagnose fra lege og pasientens egenopplevelse av situasjonen (Thornquist, 2009). Diagnosene indikerer verken tilstrekkelig eller tilfredsstillende informasjon om hvilken behandlingstilnærming pasienten trenger (Thornquist, 1995). Den har dermed ingen veiledende funksjon – slik intensjonen er.

Medisinsk uforklarte lidelser har i stor grad overlappende symptomer og fellestrekk. Hvilken diagnose pasienten får etter møte med helsevesenet er avhengig av hvilken lege og spesialitet de oppsøker. For å gjøre det lettere å forholde seg til overlappende symptomer,

---

<sup>3</sup> Sosial konstruksjonisme refereres til som epistemologisk posisjon der verden forstås som konstruert gjennom menneskelige fortolkning. Språk, kategorisering og klassifikasjonssystemer er sosialt konstruerte verktøy som definerer og overfører mening til ulike fenomener og handlinger (Thornquist, 1995).

er det etablert metadiagnoser (Eriksen & Risør, 2014). ”Medisinsk uforklarte plager og symptomer” (MUPS), ”subjektive helseplager” (SHC), ”sammensatte symptomlidelser”, ”funksjonelle somatiske lidelser” og ”Chronic fatigue syndrome” (CFS) er eksempler på slike diagnoser (Fors et al., 2014). Vi sitter igjen med overlappende symptomer, samlebetegnelser for diagnoser, og akronyme meta-diagnoser – noe som skaper forvirring for både pasient og helsevesen.

Sykdomskategoriene, klassifikasjonssystemene og evidensideologien styrer i stor grad den medisinske undersøkelsen i dag. Hvilke retningslinjer og ”kart” helsevesenet benytter seg av ”bestemmer *hva som trer frem ved kroppen/mennesket og hva som betraktes som viktig, relevant og gyldig informasjon når man skal forstå plager og lidelser*” (Thornquist, 2009, p. 55). Det er systemets retningslinjer, prosedyrer og diagnostiske hierarki som legger grunnlaget for å betrakte noen som syke og behandlingstrengende, og som også gir grunnlag for å definere symptomer uten kroppslige sykdomstegn som psykiske. Dette viser hvordan medisinen er bærer av en dualistiske kroppsforståelse. Dette anses som en motpol til den psykomotoriske kroppsforståelsen og tilnærming til pasientens plager, der mennesket forstås som et meningsfullt og meningsskapende subjekt, hvor kropp og levd liv påvirker hverandre.



## 2.0 Teoretisk referanseramme

### 2.1 Innledning

PMF<sup>4</sup> som fagtradisjon bygger i stor grad på praksiskunnskap, samtidig som både biomedisinske, nevrobiologiske og filosofiske teorier belyser og forankrer faget på ulike måter (Øien, 2013). I dette kapitlet vil jeg synliggjøre de teoretiske perspektivene jeg skal se på slitenheten ut fra. Hovedperspektivet er fra den psykomotoriske grunnlagstenkningen om gjensidigheten mellom kropp og liv og kroppen som en samspillende, funksjonell og meningsbærende enhet. Teorier knyttet til kroppsfenomenologi og kroppens sosiale dimensjoner blir også trukket inn for å gi den psykomotoriske kroppsforståelsen en vitenskapsteoretisk forankring. Den teoretiske referanserammen danner grunnlag for de brillene vi har på når vi leser materialet fra datainnsamlingen og identifiserer mønstre som framtrer (Malterud, 2011).

### 2.2 Psykomotorisk fysioterapi – historikk og utvikling

Norsk Psykomotorisk fysioterapi ble utviklet av fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen på 1940-50-tallet i samarbeid med psykiater Trygve Braatøy, og senere med dr. Nils Houge (Thornquist & Bunkan, 1995). Som fysioterapeut oppdaget Bülow-Hansen hvordan den spente krigssituasjonen nedfelte seg i kroppen hos pasientene, og hun oppdaget sammenheng mellom muskelspenninger og respirasjon. Gjennom flere år med observasjon, undersøkelser og behandling av belastede pasienter ved Braatøys psykiatriske avdeling, ble de psykomotoriske prinsippene utviklet i samarbeidet mellom Bulow-Hansen og Braatøy (Bunkan, 1995). Mange av de prinsippene som ble etablert på den tiden, var i strid med den medisinske autoriteten og det dualistiske menneskesynet i helsevesenet.

*”Psykomotorisk fysioterapi er grunnlagt på et interessant forsøk på å etablere en ny forståelse av forholdet mellom kropp og psyke i norsk helsevesen på 1940-tallet i Norge”* skriver Kari Steinsvik (2008, p. 39).

Bülow-Hansen utviklet en retning innen fysioterapi som var basert på de erfaringene og refleksjonene hun gjorde i behandling av pasienter (Bunkan, 1995). Gjennom systematisk

---

<sup>4</sup> PMF refereres ofte til som Norsk Psykomotorisk fysioterapi (NPMF), da dette er en norsk fagtradisjon (Thornquist, 2012a). I denne oppgaven brukes ”PMF ” for å omtale fagretningen.

arbeid av flere etterfølgere har Norsk Psykomotorisk fysioterapi blitt en voksende retning innen fysioterapien. De primære bærebjelkene Bülow-Hansen presenterte, blant annet om at levd liv forankres i kroppen, at følelser både uttrykkes og kontrolleres via kroppen, og at det er en nær sammenheng mellom respirasjon og muskelspenninger, er fortsatt sentrale (Thornquist, 2012a). Behandlingen er derfor mer enn symptomorientert, den tar sikte på en helhetlig behandling av kroppen (Øvreberg & Andersen, 1986).

I det psykomotoriske fagmiljøet har flere sentrale personer bidratt til faglig utvikling gjennom forskning og dokumentasjon. Berit Heir Bunkan, som gikk i lære hos Bülow-Hansen, har vært en nøkkelperson for både utvikling og anerkjennelsen av PMF. Bunkan har blant annet med utgangspunkt i psykomotoriske prinsipper utviklet *Den ressursorienterte Kroppsundersøkelsen (ROK)* og *Den Omfattende Kroppsundersøkelsen (DOK)* (Bunkan, 2003). Gjennom dette utviklingsarbeidet synes Bunkan å ville gjøre PMF mer tilgjengelig for forskning, med psykometrisk baserte instrumenter for kroppsundersøkelser. Ut i fra PMF tradisjonens prinsipper om tilpasning til den enkelte, kan de standardiserte måleinstrumentene anses å være i kontrast til individualiseringen i PMF. Eline Thornquist framholder at individuelle tilpasninger gjelder både i undersøkelse og behandling (Thornquist, 2005).

Eline Thornquist har hatt, og har fortsatt en viktig rolle i den faglige utviklingen av PMF. Hun har med stor tyngde rettet oppmerksomhet mot kommunikative aspekter ved PMF og fysioterapi praksis generelt. Gjennom flere bøker, artikler, debattinnlegg og leserinnlegg har hun også bidratt til utvikling og anerkjennelse av psykomotorisk tradisjon utover fagmiljøet. Hun tar et oppgjør med det biomedisinske og reduksjonistiske kroppssynet i helsevesenet, og viser hvordan disse tilnærmingene går på bekostning av meningsbærende og viktige fenomener i møte med andre mennesker. Gjennom mange bøker og artikler reflekterer hun og løfter praksisnære erfaringer opp på et høyere teoretisk nivå ved å forene tenkningen om bevegelse og kommunikasjon, persepsjon og handling, og erfaringer og kognisjon (Thornquist, 1996, 1998, 2005, 2006, 2012a).

De siste årene har flere psykomotorikere frembrakt ny kunnskap om PMF gjennom forskning. Kari Steinsvik (2008) skriver i sin doktorgrad om sin egen opplevelse av uro og

tvil rundt sin faglige utøvelse som fysioterapeut. Etter videreutdanning i PMF opplevde hun en ”faglig renessanse”, med innsikt i et helt nytt fag. I klinisk praksis oppdaget viktigheten av å la *pasientenes forskjellighet bli en ledetråd i behandlingen* (ibid., p. 13). Hennes fagessay er et bidrag til refleksjon over grunnleggende tenkemåter om kropp, liv og kunnskap i fysioterapi.

Randi Sviland analyserer PMFs grunnlagstenkning i lys av Braatøy og Løgstrups filosofi, og viser hvordan de teoretiske prinsippene og forståelsen kan benyttes for å forstå pasienters kroppslige plager og levde erfaringer (Sviland, 2014). Hun legger vekt på at pasientens historie er viktig for å forstå de muskulære og emosjonelle perspektivene.

Aud Marie Øien har fokusert på endringsprosesser og kommunikasjon i psykomotoriske behandlingsforløp for pasienter med kroniske muskelsmerter (Øien, 2010). Artikkene som inngår i hennes avhandling bidrar med viktig kunnskap om kommunikasjon og samhandling i PMF. Kommunikasjonen i behandlingssituasjonen er både verbal og kroppslig, ut fra en forståelse av kroppen som uttrykksfelt. Å skape en felles forståelse mellom pasient og terapeut er en avgjørende i den terapeutiske samhandlingen (Øien, Steihaug, Iversen, & Råheim, 2011). I en tidligere studie viser de samme forfatterne til endringsprosessen i behandlingen (Øien, Råheim, Iversen, & Steihaug, 2009). Pasientene som oppnådde størst endring var de som så på seg selv som både et erfarende subjekt og et objekt de kunne observere og reflektere rundt. De opplevde økt kroppsbevissthet og kontakt med egen kropp, og lærte seg å legge til rette for mer hensiktsmessige bevegelse- og belastningsmønstre i hverdagslivet.

De bærebjelkene fra Bülow-Hansens tid fortsatt sentrale i dagens PMF. Den psykomotoriske kroppsforståelsen med *Kroppen som funksjonell og samspillende enhet, kroppen som sentrum for erfaring* og *kroppen som uttrykksfelt* er det primære og grunnleggende i PMF. I denne oppgaven vil det bli lagt på kroppsfenomenologi som vitenskapelig retning, samt den sosiale dimensjonen ved mennesket.

### **2.3 Kroppsfenomenologi og psykomotorisk behandling**

Kropp, følelser og liv forstås i PMF som sammenvevd og nedfelt i kroppslige og vanemessige spennings-, reaksjons- og handlingsmønstre. Dette har i de senere tiår

tydeligere blitt knyttet til en fenomenologisk kroppsforståelse (Thornquist & Bunkan, 1995; Øien, 2010). Kroppsfenomenologien ble utformet av filosofen Maurice Merleau-Ponty (MP) og utgjør et viktig alternativ til en dualistisk kropps- og menneskeforståelse (Gretland, 2007). MP knytter subjektstatus til kroppen. Dette er i kontrast til dualismen, hvor kroppen anses som rent naturfenomen og subjektløst objekt, uavhengig av tid, sted og sammenheng. MP beskriver kroppen som sansende, erfarende, persiperende, følende, handlende og talende fenomen, og det vår væren-i-verden, som gjør oss en del av verden.

*”Kroppen kan ikke sammenlignes med en fysisk genstand, men snarere med et kunstværk. Ideen i et maleri eller i et musikkstykke kan ikke kommunikeres på anden måte end gjennom udføelse av farver og toner”* (Merleau-Ponty, 1994, p. 107).

Her understreker MP at kroppen ikke en sammenføyning av vilkårlige deler. Den er en enhet hvor alle deler står i et indre forhold til hverandre. Kroppen er ikke noe utenpå personen, men er en del av mennesket. MP trekker fram hvordan vi både har og er en kropp (ibid.).

Som kropper er vi integrert i sosialt liv og i kontakt med andre. *”Vi blir fortrolige med våre omgivelser og oss selv gjennom en aktiv prosess av meningsskapende (sam)-handling,”* skriver Gretland (2007, p. 24). Kroppen er av natur erfarende, sansende og åpen for omverden. Med kroppen persiperer vi våre omgivelser, både via sanser og bevegelser. Det er i handlingen at kroppens romlighet fullbyrdes, og ved å betrakte egen kropp i bevegelse ser man hvordan den bebor rommet, skriver Merleau-Ponty (1994). Gjennom den fenomenologiske erkjennelsen tenker man at kroppens persepsjon av selv-selv-i-verden innebærer både at vi persiperer oss selv umiddelbart og ureflektert, og samtidig danner oss et grunnlag for et forhold til oss selv. Merleau-Ponty ser dette i forlengelsen av hvordan vi intensjonalt er rettet mot verden. *”Oprindeligt er bevidsheten ikke ”jeg tænker at”, men ”jeg kan”* (ibid., p. 91). Dette forankres til kroppen som et naturlig jeg, der vi går verden i møte meg et *”jeg kan!”*

Kroppslige vaner og væremåter er i et fenomenologisk perspektiv intensjonale og dannes av vår subjektive oppfatning av omverdenen. *”Vanen er udtryk for vor evne til at udvide vor væren-i-verden eller ændre eksistens ved at indlemme nye redskaber”* (ibid., p. 99). De

kroppslige vanene og væremåtene vi tilegner oss er dannet på bakgrunn av tidligere læring. De lærte væremåtene videreføres i livet og kommer til uttrykk når en situasjon har fellestrekk med en tidligere erfaring (Gretland, 2007). I den psykomotoriske tilnærmingen vil derfor innsikt i pasientens kroppslige vaner og væremåter alltid være en innsikt i pasientens levde liv.

#### 2.4 Sosialt perspektiv på kroppen og psykomotorisk behandling

MP framhever at vi som kropper er innvevd i sosiale relasjoner og strukturer. ”*Den levde kroppen er en biologisk mulighet som virkeliggjøres i en sosial virkelighet, som en formidlende instans mellom person og omverden*” (Gretland, 2007, p. 32). Men kroppsfenomenologien er ikke tilstrekkelig for å forstå hvordan objektive sosiale prosesser og strukturer danner grunnlaget for menneskers subjektive erfaringer. Sosiologen og antropologen Pierre Bourdieu poengterer hvordan levd liv, historie og samfunn preger menneskene og deres opplevelse av verden og seg selv, og kritiserer fenomenologien for at sosialt liv faller utenfor deres synsfelt;

*”Vi må derfor ta opp igjen analysen av nærværet i verden, men vi må historisere det, dvs. at vi må stille spørsmålet om den sosiale konstruksjonen av strukturer og skjemaer som aktøren iverksetter for å konstruere verden. Vi må videre undersøke spørsmålet om de helt særegne sosiale betingelser som må oppfylles for at erfaringer av den sosiale verden skal kunne fremstå som en selvfølge”* (Bourdieu, Prieur, & Ringen, 1999, p. 153).

For å forstå menneskers kompleksitet og sammenhengen mellom sosial og individuell utvikling, må det legges til teorier knyttet til hvordan historiske og sosiokulturelle samfunnsforhold innvirker på enkeltpersoners væremåter og handlinger, så vel som deres selvforståelse, skriver Gretland (2007). Som mennesker er sosialiteten et grunntrekk, og vår personlige utvikling er avhengig av ulike former for nærende fellesskap og relasjoner. Gjennom hele livet er erfaringer av felles oppmerksomhet og innlevelse i hverandres kroppslige væremåter forutsetninger for intersubjektivitet. Meningsbærende relasjoner og fellesskap former oss som sosiale vesener og integrerer oss i sosialt liv i tilknytning til andre (ibid.). Og det er som kropper, av biologi og som sosiale vesener vi møter verden og andre.

Bourdieu framhever at sosiale ulikheter, interessekonflikter og maktforhold påvirker oss som mennesker og er en del av den sosiale virkeligheten (ibid.). Sosial orden blir en del av vår kropp, skriver Bourdieu. Ekskludering og inkludering, sammenslutninger og atskillelser, samfunnets strukturer og klassifikasjoner, og hverdagens interaksjoner påvirker hvordan vi oppfatter den sosiale verden (Bourdieu, 1995). Hvordan vi blir en del av samfunnet bestemmes ut av vår symbolske kapital. Dette omhandler vår sosiale betydning og eksistensberettigelse i samfunnet, som sosiale aktører (Bourdieu et al., 1999). Eksempelvis vil det å være ventet og etterspurt dreie seg om å oppleve at man betyr noe for andre. Å være viktig for andre innebærer derfor også å være viktig i seg selv. En forutsetning for den symbolske kapitalen er at den blir oppfattet av andre som verdi. Symbolsk kapital er derfor en kapital basert på det kognitive, skriver Bourdieu. Den hviler på kunnskap og anerkjennelse (ibid.).

Som sosiale aktører i verden bruker vi praktisk kunnskap for å handle ”fornuftig”. Denne praktiske kunnskapen er kroppsliggjort kunnskap, og er en del av oss utover vårt bevissthetsfelt. Disse måtene å møte verden på, omtaler Bourdieu som *habitus* (Bourdieu, 1995). Habitus innebærer handlinger som er så virkningsfulle at de er utenfor vår bevissthet og ikke kan granskes eller styres med viljen.

*”Habitus er en sosialisert kropp, en strukturert kropp, en kropp som har inkorporert de immanente strukturene i en verden eller i en del av denne verden, i et felt, og habitus strukturer både persepsjon av og handling i denne verdenen”*  
(Bourdieu, 1996, p. 137)

Den er en del av oss, som en pre-perseptuell foregripelse av verden grunnet på tidligere erfaringer. Det er gjennom levd liv og som en del av et samfunn eller en sosial gruppe vi tilegner oss slike vanemessige mønstre. Det blir en kroppsliggjøring av samfunnets normer internalisert som kroppslige handlingsskjema (ibid.). Habitus omhandler en kroppslig orientering over de mest automatiske gester og ubevisste kroppsteknikker. Måten vi setter oss på, ganglag, håndbevegelser eller munnbevegelser når vi prater (Bourdieu, 1995). Slike vaner dreier seg om kunnskap som sitter i kroppen, som gjør at de har makt over oss nettopp fordi de er en del av oss (Thornquist, 1998).

For å favne den kompleksiteten, de fundamentale sammenhengene og kroppens flertydighet er disse perspektivene sentrale. På lik linje med at vi er biologi og av natur, er vi også sosiale vesener som lever i samspill med andre mennesker og verden. Samtidig som vi er en kropp, har vi også en kropp med både følelser, historie og erfaringer. Ser vi kroppen som både biologi, som uttrykkfelt, som sosialt og meningsbærende fenomen rommer vi hele menneskets flertydighet (Gretland, 2007). Dette er essensielt i den psykomotoriske kroppsforståelsen.

## **2.5 Kroppssyn i PMF – prinsipper i undersøkelse og behandling**

### **2.5.1 Kroppen som funksjonell og samspillende enhet**

Medisinens reduksjonistiske perspektiv på kropp og helse reduserer kroppen til noe utenpå personen, og behandlingen orienteres mot symptomer og lokale plager. Kroppen frarøves liv og sosial mening, følelser anses som irrelevante, og psykososiale forhold blir ikke tatt med i betraktningen (Thornquist & Bunkan, 1995). PMF representerer en forståelse av kroppssyn og tilnærming til kroppslige plager som står i kontrast til den medisinske reduksjonismen. Pasientens plager og symptomer ses i sammenheng med kroppens totale balanse, der både fysiske, psykiske og sosiale belastninger gjennom et levd liv påvirker kroppen som en funksjonell enhet. Dette er i tråd med MPs erkjennelse av at kroppens funksjoner ikke er tilfeldig sammensatt, men er i et gjensidig avhengighetsforhold (Merleau-Ponty, 1994). Fysioterapeuten tar utgangspunkt i sammenhengen og gjensidigheten mellom kroppens ulike funksjoner og dens flertydighet (Thornquist & Bunkan, 1995).

### ***Respirasjon og kroppslig samspill***

Respirasjonen<sup>5</sup> er sentral i PMF og blir ansett som kjernen i behandlingen. Det er sammenhengen mellom respirasjon, muskelspenninger og følelser som er i sentrum. Utgangspunktet er at vi både uttrykker og regulerer følelser via pusten (Thornquist & Bunkan, 1995). Vi puster ulikt ut i fra hvilken situasjon vi er i og hvordan vi har det følelsesmessig. Observeres det en holdt og bremset pust, kan dette være et forsøk på å undertrykke følelser og redsel (Thornquist, 2005). Observasjon av pustens leie, frekvens og rytme gir derfor viktig informasjon i en klinisk situasjon for å påse at undersøkelsen

---

<sup>5</sup> *Respirasjon og pust* omtales i denne oppgaven som samme fenomen.

ikke overskrider hva pasienten tåler. Muskelspenninger kan ha et følelsesmessig innhold. Observasjon av respirasjonen og palpasjon av muskulære forhold kan gi kjennskap til om pasienten er emosjonelt belastet, eller om det er respirasjonsbremsene som er det primære problemet. Muskulære spenninger er i seg selv respirasjonsbremsere, og det er derfor en gjensidighet mellom pust og muskulatur (Thornquist & Bunkan, 1995). Denne gjensidigheten er avgjørende å spille på for å oppnå frigjøring av respirasjonen, som er et mål i behandlingen. Reduseres muskulære spenninger vil også respirasjonen kunne slippes til, som igjen vil kunne slippe følelser til. Men muskulære spenninger og respirasjonen skal ikke til en hver tid frigjøres. Dersom spenningsmønstrene er nødvendige for selvbeskyttelse må en gradvis tilnærming skje. Brytes vante væremåter, kan det som ligger latent true med å bryte gjennom, og pasienten må finne nye måter å beskytte seg på (Gretland, 2007). I PMF anses alle slags kroppslige og verbale reaksjoner som potensielt viktige. Valg og tilpasning i undersøkelse og behandling skjer ut i fra hvordan pasienten svarer med pusten på det som gjøres og skjer underveis (Thornquist, 2005).

### **2.5.2 Kroppen som sentrum for erfaring**

Den psykomotoriske kroppsundersøkelsen, også kalt prøvebehandling, retter seg mot å beskrive blant annet kroppsholdning og bevegelses- og muskulære spenningsmønstre (Gretland, 2007). Pasientens vanemessige bevegelses- og spenningsmønstre vurderes ut fra flere perspektiv. I et biologisk perspektiv kan spenningsmønsteret være uhensiktsmessige for pasienten med hensyn til overbelastning og muskulære forhold. I et fenomenologisk perspektiv kan de kroppslige uttrykkene gi mening på bakgrunn av pasientens erfaringer og ressurser. Ulike kroppsmønstre kan i et sosialt perspektiv forstås som utviklet gjennom sosialt liv og erfaringer, hvor vanemessige holdnings- og bevegelsesmønstre er dannet for både å beskytte selvfølelse og for å bevare tilknytning til andre (ibid.).

Dette gjenspeiler hvordan kroppssynet i PMF kan ses i lys av kroppsfenomenologi på flere områder. MP beskriver hvordan kroppssynet kan forstås i et historisk perspektiv. Gjennom livet vil alle erfaringer og hele vår historie bli en del av vår kroppslighet (Thornquist, 2009). Væremåter vi har i dag har røtter fra tidligere erfaringer, og forståelsen av at kroppen er sentrum for erfaring legger premisser for å forstå hvordan vår historie blir en del av oss i dag (Gretland, 2007).



### 2.5.3 Kroppen som uttrykkfelt – verbal og kroppslig dialog

Kroppen er aldri taus. Med kroppen, gjennom væremåter og respirasjon formidler vi kontinuerlig til omverden hvordan vi har det (Thornquist & Bunkan, 1995; Øien et al., 2011). Kroppen kan formidle mer enn språket, og samsvaret mellom det som formidles verbalt og kroppslig, er av interesse. I PMF er dialogen en viktig kilde til innsikt, endring og utvikling. Den gir pasienten muligheter til opplevelse og refleksjoner rundt situasjonen, seg selv og livet. Bevissthet rundt egen kropp anses som grunnleggende for å kunne oppleve, akseptere og gjøre seg kjent med egne kroppslige reaksjoner (Øien et al., 2009). Dialogen tar utgangspunkt i kroppen, og den kroppslige innfallsvinkelen kan føre til både utvikling og vekst for pasienten (Thornquist, 2005). Å reflektere over egen kropp, egne funksjoner og egne kroppslige mønstre er hensiktsmessig for å kunne oppnå kroppslig endring og omstilling. Ved å bruke språket vil det etableres nye relasjoner til oss selv. Ved å bevege oss fra det pre-refleksive til det refleksive nivået vil vi kunne legge mening i de kroppslige mønstrene vi har, og samtidig åpne for nye erfaringsfelt (Øien et al., 2009)

#### *Konklusjon på undersøkelsen*

Konklusjonen på undersøkelsen baseres på både kroppslige og verbale informasjonskilder (Gretland, 2007). Enkeltfunnene gir fylldige beskrivelser av kroppslige forhold som åpner for å knytte forbindelse til personens liv. Pasientens belastninger og den totale livssituasjonen vedkommende befinner seg i legger mening og innhold i de kliniske funnene (Thornquist & Bunkan, 1995). Sammenfatningen av kroppsfunnene og delundersøkelsene gir grunnlag for å vurdere om PMF er egnet for pasienten, og i hvilken grad behandlingen bør være støttende og stabiliserende, eller mer utforskende og utprøvende (Gretland, 2007; Thornquist & Bunkan, 1995).

### 2.5.4 Psykomotorisk behandling

Psykomotoriske behandling blir ofte inndelt i omstillende og støttende behandling i forhold til pasientens forsvar (Gretland, 2007). Gjennom omstillende behandling utfordres pasientens kroppslige forsvar. Pasientens vanemessige bevegelser og væremåter blir utfordret gjennom endring i holdningsmønstre, muskulære spenninger og respirasjonsmønstre. Målet i behandlingen er en kropp i bevegelig balanse, uten unødige spenninger som kan virke hemmende på bevegelser og respirasjon (Thornquist & Bunkan, 1995). Arbeid med den kroppslige kontakten med underlaget er derfor sentral i

behandlingen. Tanken er at å være godt forankret i egne ben legger til rette for å etablere gode spennings- og belastningsforhold i kroppen for øvrig.

Å fremme bedre kontakt med eget følelsesliv kan være et annet mål i behandlingen. I erkjennelsen av at muskulære spenninger kan ha et følelsesmessig innhold kan det å gi slipp på muskelspenninger følgelig også innebære å slippe følelser til (Thornquist & Bunkan, 1995). Ved å utvikle kontakt med egen kropp kan pasienten dermed få en bedre nærhet til egen kropp – til seg selv og egne følelser (Gretland, 2007). Refleksjon over det som skjer og uttrykkes kroppslig, følelser og opplevelser av situasjonen og sammenhengen mellom dette er en viktig del av behandlingen.

Har pasienten et ustabil forsvar, vil omstillende behandling anses som kontraindisert. Det vil da være mer hensiktsmessig med støttende behandling hvor en tar sikte på økt selvavgrensning, autonomi og samhandlingsevne. Målet er at pasienten skal få grep om seg selv for å kunne ta hånd om eget liv og få fotfeste i tilværelsen igjen (ibid.). Det legges vekt på forankring og stabilitet med utgangspunkt i de psykomotoriske prinsippene.

## 3.0 Metode

### 3.1 Innledning; bakgrunn for metodevalg

Oppgavens problemstilling er som nevnt ”*Hvordan kan slitenhetsyndrom forstås i lys av en psykomotorisk undersøkelse?*” For å svare på den ønsket jeg å undersøke hvordan en fysioterapeut med psykomotorisk kompetanse undersøker en pasient med slitenhetssyndrom. Jeg ønsket å dokumentere samhandlingen og dialogen mellom pasient og fysioterapeut for å fremme bedre forståelse av slitenhetssyndrom. Jeg ønsket å få tak i både pasientens og fysioterapeutens erfaringer, refleksjoner og tanker omkring en psykomotorisk undersøkelse. Kvalitative forskningsmetoder synes å kunne favne disse aspektene, da dette er metoder som er egnet til å få fram dybdekunnskap og en helhetlig forståelse av et fenomen (Thornquist, 2012b). Kvalitativ forskning gir også mulighet for vitenskapelig innsyn i sykdom og helse som dynamiske prosesser hos mennesket. Denne tilnærmingen anerkjenner at slike prosesser utvikles spesifikt hos det individuelle mennesket i en sosiokulturell sammenheng (Malterud, 2011). Dette samsvarer med psykomotorisk fagtradisjons forståelse av kropp, sykdom og helse (Gretland, 2007; Thornquist & Bunkan, 1995).

Jeg ville benytte observasjon og videoobservasjon som praksisnære forskningsmetoder til innsamling av empirisk data. For å få innsikt i deltakernes refleksjoner og opplevelser av undersøkelsen ønsket jeg å gjøre semistrukturerte forskningsintervju av både pasient og fysioterapeut. Kombinasjon av observasjon og intervju gir grunnlag for ulike typer data. Observasjon åpner for handlingsdata, mens intervju åpner for diskursive data (Fangen, 2010). Hensikten med å kombinere metodene var å få en helhetlig og utdypende framstillingen av helseproblemet gjennom informantenes handlinger, forståelse, tanker og refleksjoner, i tillegg til mine egne observasjoner, refleksjoner og fortolkninger.

### 3.2 Forskningsvitenskapelig forankring

Kvalitativ forskning tar utgangspunkt i fenomenologi (menneskelige erfaringer) og hermeneutikk (fortolkning) og er egnet i studier som søker å belyse menneskelig virksomhet, opplevelses- og meningsverden og (Malterud, 2011; Thornquist, 2012b). Denne studien er derfor forankret i hermeneutisk/fenomenologisk forståelsesramme. Med en fenomenologisk tilnærming ønsker man å la fenomenene selv komme til uttrykk, og

ikke gjennom våre fordommer eller teorier. Det betyr at forskeren, så langt det er mulig, ønsker å forstå menneskelige handlinger ut fra personens eget subjektive perspektiv. Men dette skjer gjennom forskerens fortolkning av handlinger og utsagn. Med denne forståelsesrammen er det gjennom hermeneutisk fortolkning at vi kan forstå *noe* som *noe*, og som gjør at de fenomenene som kommer til uttrykk oppfattes som meningsfulle (Thornquist, 2012b). Grunnlaget for mine tolkninger i denne oppgaven er egen forforståelse, egne erfaringer og holdninger, samt den faglige og vitenskapsteoretiske forståelsen jeg tar med inn i prosjektet.

### **3.3 Datainnsamlingsprosessen**

#### **3.3.1 Rekruttering**

Jeg ønsket et utvalg bestående av én fysioterapeut og én kvinnelig pasient med vedvarende slitenhet som helseproblem. Fysioterapeuten ble valgt av strategisk utvalg. Det vil si at informantene velges ut fra egenskaper som er strategiske med hensyn til studiens hensikt, teoretiske referanseramme og for å kunne belyse problemstillingen (Malterud, 2011). Inklusjonskriteriene var at fysioterapeuten skulle ha kompetanse innen psykomotorisk fysioterapi og arbeide ved et fysikalsk institutt. Jeg ønsket eksempelvis ikke å observere en undersøkelse ved spesialisthelsetjenesten som et ledd i utredning eller diagnostiseringsprosess, men en psykomotorisk undersøkelse slik den utføres i privat praksis. Jeg ønsket at fysioterapeuten hadde minimum 5 års klinisk erfaring innen psykomotorisk fysioterapi for å sikre en erfaren fagutøvelse. Jeg ønsket også at fysioterapeuten hadde erfaring med og interesse for pasienter med utmattelsestilstander. Både feltkunnskap og teoretisk bakgrunn er viktige forutsetninger for å samle data fra relevante kilder (ibid.).

For å komme i kontakt med en aktuell fysioterapeut forhørte jeg med i fagmiljøet i håp om å få navn på noen som kunne være aktuelle. Etter noen ringerunder ble jeg av flere henvist til studiens fysioterapeut. Jeg kontaktet henne via epost og ga henne informasjon om prosjektet. Jeg poengterte at hun måtte rekruttere en pasient til studien. Det var hun positiv til og hun hadde flere pasienter på venteliste som kunne være aktuelle. Brev med informasjonsskriv og samtykkeskjema (se vedlegg 1 og 2) ble sendt til henne og den aktuelle pasienten.

Fordelen med denne rekrutteringsmåten var at pasienten skulle oppleve mest mulig frivillig deltakelse uten påvirkning av meg. Fysioterapeuten informerte pasienten om studien, hva deltakelse ville innebære, at hun når som helst kunne trekke seg, og at det ikke ville påvirke behandlingstilbudet. Inklusjonskriteriene for pasienten var at hun skulle være kvinne over 18 år, henvist til psykomotorisk behandling på grunn av vedvarende slitenhet. Jeg ønsket en kvinnelig pasient fordi 75 % av tilfellene med kronisk utmattelse og slitenhet er kvinner (jmf. punkt 1.2.2). Kvinnen skulle ikke ha startet i behandling da jeg ønsket å observere en førstegangs psykomotorisk undersøkelse. Det var også et ønske at pasienten ikke hadde annen sykdom eller skade som ville påvirke utfallet av undersøkelsen.

### **3.3.2 Observasjon og videoobservasjon**

Den psykomotoriske undersøkelsen ble utført i fysioterapeutens behandlingsrom. Dette ga fysioterapeuten trygge rammer og muliggjorde at datainnsamlingen ble så tidseffektivt som mulig. Tidsrammen ble satt til én time. Dette er vanlige rammer for psykomotorisk behandling (Lovdata, 2015). Rommet var relativt stort, og jeg plasserte kameraet slik at begge informantene var i fokus gjennom hele undersøkelsen. Hele undersøkelsen ble tatt opp på film. Da jeg skulle starte filmen, tok nervene mine som førstegangsforsker overhånd. Dette resulterte i at kameraet ikke stod på REC (opptak) de første 5 minuttene i anamnesen. Disse gikk til å fortelle om henvisning fra lege, frikortordningen og andre praktisk avklaringer. Jeg så det derfor ikke som nødvendig å starte hele anamnesen på nytt, men fortsatte filmingen fra det tidspunktet jeg merket at kameraet ikke stod på REC.

Min rolle var ikke-deltakende observatør. Fangen (2010) beskriver dette som en rolle uten involvering i samhandlingen mellom informantene. På den måten fikk jeg fanget opp inntrykk og erfare situasjonen, samtidig som jeg kunne påse kameraets vinkling. Det ga også muligheten for å notere mine umiddelbare inntrykk og refleksjoner underveis. Ved å filme fikk jeg muligheten til å se undersøkelsen gjentatte ganger. Film muliggjør presis og grundig analyse med stor detaljrikdom i dataetableringen (ibid.) Videoutstyret ble lånt fra en bekjent, og ble testet på forhånd.

Undersøkelsen startet med anamnese der pasienten og fysioterapeuten satt ved pulten. Under kroppsundersøkelsen flyttet jeg kameraet til enden av rommet og satte meg på en krakk ved siden av. Det ble påpekt flere ganger at både fysioterapeuten og pasienten

merket at kameraet var tilstede. Det virket som de ble mer påvirket av kameraet enn at jeg satt i rommet.

### 3.3.3 Kvalitativt intervju med pasient

For å få kjennskap til pasientens opplevelse, refleksjoner og erfaringer etter undersøkelsen utførte jeg et semistrukturert dybdeintervju. Med et slikt intervju kan en få innblikk i informantens erfarings- og meningsverden (Thornquist, 2012b). Utgangspunktet for intervjuet var en intervjuguide (se vedlegg 3) med spørsmål og tema, samt feltnotatene jeg hadde tatt underveis i observasjonen. Jeg ønsket å gi rom for digresjoner og u-planlagte spørsmål. Intervjuet ble utført rett etter undersøkelsen inne på et eget rom. Intervjuet ble tatt opp på en båndopptaker som jeg lånte fra en høyskole i nærheten. Lydkvaliteten på opptakene ble god. Selve intervjuet ble mye kortere enn jeg hadde tenkt på forhånd fordi pasienten var svært sliten. Jeg vurderte det som etisk og faglig uforsvarlig å fortsette intervjuet da jeg registrerte dette, især når det var nettopp slitenhet hun var henvist for. I ettertid ser jeg at pasienten kunne fått mer tid til å hente seg inn etter undersøkelsen, og kanskje heller la seg intervju på et senere tidspunkt. Samtidig var det hennes umiddelbare tanker og refleksjoner jeg var interessert i, noe jeg fikk kjennskap til. Dette ville jeg trolig ville gått glipp av dersom det ble utført ved en senere anledning.

### 3.3.4 Kvalitativt intervju med fysioterapeut

For å få innsikt i fysioterapeutens tanker, opplevelser og refleksjoner i etterkant av undersøkelsen ønsket jeg å intervju henne med utgangspunkt i filmen fra undersøkelsen. Thornquist belyser forskning på fagutøvelse på denne måten (2012b, p. 215):

*Det gjelder å få fram de underliggende forklaringsmodeller og klassifikasjonsskjema som fagutøverne opererer med i valg, vurderinger og konkrete handlinger, og forsøke å se disse i sammenheng både med den lokale konteksten (som eksempelvis sted) og med forhold utenfor denne (som eksempelvis forestillinger knyttet til kropp og helse).*

I psykomotorisk tilnærming følger ikke fysioterapeuten en oppskrift for hvordan undersøkelsen skal foregå, men tar utgangspunkt i det som skjer i samhandlingen mellom terapeut og pasienten (Mathisen & Steinsvik, 2009). Jeg var derfor interessert i hva som lå til grunn for de valgene og vurderingene hun gjorde. Hvordan vurderte hun pasienten og samhandlingen i filmen? Hvordan forstod hun slitenhetsproblematikken pasienten

opplevde? Jeg forventet at fysioterapeutens refleksjoner ville kaste lys over dimensjoner som jeg ikke la merke til, og på den måten bringe inn nye meningsfulle momenter i materialet.

Jeg arbeidet med filmen i en periode før intervjuet. En grov transkribering av filmen ble satt i en matrise med tidsangivelse for hva både pasienten og fysioterapeuten sa og gjorde, og hva jeg lurte på i det gitte tidsrommet. Ut i fra dette laget jeg intervjuguiden (se vedlegg 4) med markering av tidspunkt i filmen der det var egnet å stoppe og stille spørsmål til fysioterapeuten. Avslutningsvis hadde jeg noen generelle spørsmål om psykomotorisk fysioterapi i møte med pasienter med vedvarende utmattelse og slitenhet.

Vi avtalte tidspunkt for intervjuet noen uker etter undersøkelsen. Vi så filmen på min PC med ekstern høyttaler for å få best mulig lyd. Intervjuet ble tatt opp på lydbånd, som fikk med både det som ble sagt på filmen og det fysioterapeuten sa under intervjuet tatt opp. Intervjuet ble et semistrukturert intervju, med utgangspunkt i intervjuguiden og med filmen som visuelt virkemiddel. Fysioterapeuten ble oppfordret til å stoppe filmen dersom hun ønsket å bemerke noe. Utover i intervjuet løsrev jeg meg noe fra intervjuguiden og stilte utdypende spørsmål rundt det fysioterapeuten forklarte. For hver gang jeg stoppet filmen, noterte jeg tidspunkt i filmen for å gjøre det enklere under transkriberingen. Fysioterapeuten stoppet filmen selv kun én gang. Hun ga utfyllende beskrivelser og forklarte hva hun tenkte rundt de situasjonene vi hadde sett, og hvilke refleksjoner hun gjorde underveis, både i undersøkelsen og mens vi så filmen. I etterkant ser jeg at jeg med fordel kunne stilt enda mer utdypende spørsmål.

Vi hadde satt av 2 timer til intervjuet, men å se filmen tok lengre tid enn jeg hadde planlagt. Da intervjuet nærmet seg to timer, var det fortsatt 15 minutter av filmen. De siste minuttene prioriterte jeg å stille de generelle spørsmålene jeg hadde planlagt.

Jeg har vurdert om dette var den mest effektive måten å utføre intervjuet på. En mulighet hadde vært at fysioterapeuten fikk se filmen alene i forkant av intervjuet. Det kunne muligens ført til større utfordring tidsmessig for henne. Fordelen med måten det ble utført på, var at jeg fikk innsikt i fysioterapeutens umiddelbare tanker omkring filmen. Jeg så det

også som en fordel at vi så filmen sammen slik at vi kunne diskutere temaene som dukket opp, og på den måten få en bedre flyt i samtalen. Med utgangspunkt i meningsinnholdet i datamaterialet er jeg fornøyd med datainnsamlingsprosessen.

### 3.4 Bearbeiding av datamaterialet

Etter at alt empirisk materialet var samlet inn, begynte bearbeidingen av rådata. Videoen og de to intervjuene ble fullstendig transkribert, og feltnotatene fra observasjonen ble finskrevet. Jeg fant ingen oppskrift på hvordan jeg skulle transkribere og systematisere empirien best mulig. Jeg laget et eget system hvor jeg tok utgangspunkt i empirien og organiserte den slik at jeg så mønstre komme fram. På denne måten ble bearbeidingen av materialet empiri-nær. Jeg forsøkte med andre ord å ta praksis på alvor og ta utgangspunkt i det situasjons- og erfaringsnære.

#### 3.4.1 Transkribering av intervju med pasient

Transkriberingen av intervjuet med pasienten ble gjort i form av følgende matrise:

*Utdrag fra transkripsjonen:*

Tid start	Tid slutt	Student	Pasient
00:29	00:33	Hvordan opplevde du denne undersøkelsen?	
00:33	00:42		Jo, den var... grundig, ... omfattende. Ja.
00:43	00:46	På hvilken måte da, tenker du?	
00:48	01:09		Eeh, ..., heh, ... nei, hva skal jeg si da? (...) Hun var grundig når hun spurte, altså det var mye spørsmål og eeh, ja. Både når hun snakket og når hun undersøkte kroppen min etterpå da.

Transkripsjonen hadde som formål å fange opp samtalen i en form som representerer det informantene hadde til hensikt å si, slik Malterud formulerer det (2011). Dialekten ble anonymisert. Til min fordel var pasienten tydelig i talen slik at transkriberingen gikk greit. Meningen og innholdet i utsagnene ble bevart etter min beste evne.

Jeg skrev med store bokstaver der pasienten hevet stemmet. Ved lengre pauser skrev jeg "(...)", ved en kortere pause der jeg tolket det som at pasienten tenkte seg om skrev jeg "...". Dersom en av partene avbrøt den andre, skrev jeg eksempelvis: "...men jeg er bedre".



### 3.4.2 Transkribering av intervju med fysioterapeut

Intervjuet med fysioterapeuten ble også transkribert og satt i en matrise med ulike kolonner. ”Tid start” og ”Tid stopp” for intervjuet, og ”Tid stopp i filmen” for tidspunktet i filmen. Jeg hadde kun en kolonne for tidspunkt i filmen, i og med at vi skulle se hele filmen sammen. Da visste jeg at neste sekvens omhandlet det som skjedde fra filmen stoppet sist gang, til den stoppet på nytt. I tillegg hadde jeg to kolonner; hva jeg sa og hva fysioterapeuten sa.

Utdrag fra transkripsjonen:

Tid start	Tid stopp	Tid i filmen - stopp	Student	Fysioterapeut
07:39	10:34	06:36		
10:34	11:38		Hva tenker du om det hun presenterer her?	Nei, det er jo for å få litt tak i om det er en slitenhet som har kommet, tenker hun om det har noe forbindelse med virusinfeksjon, eller tenker hun mer at det har noe med livshistorie og selvfølelse som hun nevner da.

### 3.4.3 Transkribering av video

Transkriberingen av videoen systematiserte jeg i en ny matrise med kolonner som fikk fram hva Fysioterapeuten (F) gjorde og hva pasienten gjorde (P). Kolonnene ble delt opp i ”Tid start”, ”Tid stopp”, ”F gjør”, ”P gjør”, ”F sier” og ”P sier”.

Utdrag fra transkripsjonen:

Tid start	Tid stopp	F gjør	P gjør	F sier	P sier
03:42	05:06	Vender seg mot P.	Ser på FT. Fikler. Legger armene i kryss. Lener seg bak i stolen. Dingler med foten. Beveger overkroppen. Ler	<i>Hvilke tanker har du selv om hvorfor du er sliten ..</i>	<i>.. I grove trekk så har det mye med at jeg fra barns av sikkert aldri følt at en har vært bra nok på noen vis ...</i>

Det som ble sagt i filmen, skrev jeg på linje med det som skjedde i situasjonen da det ble sagt. På den måten kom det fram hva som ble sagt, når det ble sagt og hva som skjedde

akkurat da. Jeg brukte samme teknikk som ved intervjuene for å markere pauser og avbrytelser.

Transkriberingen av videoen var tidkrevende, men også spennende. Det var utfordrende ikke å skulle tolke det som ble gjort eller sagt. Jeg erfarte gjennom denne prosessen at analysen allerede hadde begynt, noe som også poengteres i litteraturen. Analyse av materiale foregår fra første stund man innhenter datamateriale, og omfatter alle nivå av fortolkning og bearbeiding man gjør av materialet (Fangen, 2010)

#### **3.4.4 Sammenstilling av rådata**

Etter at transkriberingen var ferdig, sammenstilte jeg rådataen fra videoobservasjonen og intervjuet med fysioterapeuten til ett dokument. Deler av matrisen fra intervjutranskripsjonen ble limt inn i dokumentet med videotranskripsjonen slik at fysioterapeutens kommentarer kom under det som hadde skjedd i filmen. Dette ga en oversikt over dataen.

### **3.5 Analyse**

Analysen skal danne bro mellom rådata og resultater ved at datamaterialet blir organisert, fortolket og sammenfattet (Malterud, 2011). Etter gjennomgangen av datamaterialet, valgte jeg å fokusere på videoobservasjonen. Intervjuene med fysioterapeuten og pasient ønsket jeg skulle være et supplement og benyttes som kommentarer og utfyllinger til det jeg skulle trekke fram fra videoen.

Katrine Fangen skriver om tre analytiske nivåer som tolkningsarbeid i kvalitative studier kan inndeles etter; førstegrads, andregrads og tredje grads fortolkning (Fangen, 2010). Jeg valgte å følge denne inndelingen i min bearbeiding av materialet.

#### **Førstegrads fortolkning**

Førstegrads fortolkning innebar å konstatere det jeg hadde sett og hørt i filmen. Ut i fra rådataen fra filmen skrev jeg om hele filmen til tekst. Jeg søkte å beskrive aktørene i filmen så nøytralt og erfaringsnært som mulig, med utgangspunkt i det som konkret utspilte seg i filmen. Dette nivået er dermed aktørorientert (Thornquist, 2012b). Jeg brukte begreper nært opp til de deltagerne selv benyttet i undersøkelsen og beskrev handlingene nøytralt, uten fortolkning. For å favne den reflekterte, teoretiske og andreordens

kunnskapen i materialet, er det nødvendig å supplere den erfaringsnære tilnærmingen med erfaringsfjerne begreper, skriver Fangen (2010).

### **Andregrads fortolkning**

Andregrads fortolkning får man ved å benytte erfaringsfjerne analyseformer (Fangen, 2010). I dette nivået blir aktørens handlinger, utsagn og forestillingsverden perspektivsatt ved hjelp av teoretiske begreper (Thornquist, 2012b). På denne måten overskrider man deltagerens common sense-forståelse, perspektiver og fortolkning, og rekontekstualiserer deres verden. Målet på dette nivået er å si noe som informantene selv ikke kunne se eller si (Fangen, 2010; Thornquist, 2012b). I denne prosessen skrev jeg mine fortolkninger og begynnende analyser med en annen skriftfarge inn i den aktørorienterte og erfaringsnære teksten.

Utdrag fra førstegrads og andregrads fortolkning: P = pasient, F = fysioterapeut.

(Sort: Erfaringsnær. Orange: Erfaringsfjern)

*”P sier så at det høres patetisk ut når hun forteller om ensomheten, men at det er realiteten. F ser på P, og spør etter en stund om det er flaut å si det. P bekrefter det, og sier at det ikke er slik det skal være. Sier at man skal ha stor omgangskrets og være dyktig på alle områder. Ut fra kroppsspråket ser ut det til at P skammer seg over at hun er mye alene. F ser ut til å registrere dette, og knytter det P formidler kroppslig opp til en følelse. Hun spør henne konkret om det er flaut å si det. Det ser ut til at P går i forsvar og kontrollerer følelsene. Hun sier at det det er ikke slik det skal være. Kanskje dette også er et område hun ønsker å prestere på?”*

I denne prosessen prøvde jeg å beskrive hva P og F kan ha ment med det de sa og gjorde og hvordan de fortolket situasjonen. Dette kalles tykke beskrivelser (Fangen, 2010). En utfordring med å bruke erfaringsfjerne begreper er at man som forsker går utover den beskrivelsen informantene selv har av handlingene sine og som kan føre til at informantene ikke kjenner seg igjen i beskrivelsen (ibid.). Med forståelse av at mennesker er subjekt – også når de er forskningsobjekt – skal en derfor ta i betraktning at det er meningsbærende og meningsfylte fenomener man tilskriver grunner og forsker på. Målet er ikke å årsaksforklare dem (Thornquist, 2012b). Jeg forsøkte derfor å framstille handlingene og utsagnene som utspilte seg i videoen på en ærlig og respektfull måte.

All fortolkning av handlinger og ytringer må ses i lys av den konteksten de forekommer innenfor (Fangen, 2010). Alle handlinger springer ut av en bestemt sammenheng, samtidig som handlingen i seg selv bestemmer hvilken kontekst som skapes. Handlinger er derfor både kontekst-skapt og kontekst-skapende (Thornquist & Gretland, 2003). Handlingene som utspiller seg i filmen må derfor forstås ut i fra den konteksten de faktisk skjedde i. Forståelsen av kroppen som meningsbærende og uttrykksfull kom tydelig fram i denne delen av analysen. Når man forstår handlinger som meningsbærende, leser vi de ut fra den forforståelsen man som forsker er bærer av (Fangen, 2010).

### **Tredjegrads fortolkning**

Fortolkning av underliggende, skjulte agendaer, behov og interesser, og kritisk fortolkning regnes som tredjegrads fortolkning av et materiale (ibid.). Jeg forsøkte på dette nivået å gå dypere inn i materialet og stille meg kritisk til det jeg allerede hadde fortolket i situasjonene. Jeg prøvde å se etter skjulte agendaer ved de handlingene og utsagnene som utspilte seg. Målet var å beskrive mønstre som utspilte seg, men som ikke ble verbalt artikulert. Man kan her utvikle begreper som kan beskrive mønstre for sosiale fenomener, som skaper brudd med den allmenne hverdagslige forestillingen av fenomenene (ibid.).

I denne prosessen gikk jeg fram og tilbake i materialet, både transkripsjonene og den rene teksten jeg hadde skrevet på nivå 1 og 2. Jeg bearbeidet materialet og lette etter underliggende tema og meninger i materialet. Etter hvert var det to hovedtema som utkrystalliserte seg på bakgrunn av analytisk tilnærming til materialet. *Kropp og Levd liv*. Disse hovedkategoriene danner grunnlaget for presentasjonen av resultat- og diskusjonsdelen i oppgaven.

I oppgavens skriveprosess har jeg benyttet programmet Endnote for organisering av referanser og litteratur. Programvaren er innstilt på Engelsk, derav sidehenvisningene ”p.” framfor ”s.”, og ”et.al” framfor ”med flere” ved flere forfattere.

### **3.6 Ethiske betraktninger**

Prosjektet ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) (se vedlegg 5). Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vurderte

prosjektet som ikke framleggspliktig, på bakgrunn av innsendt framleggsvurdering (Se vedlegg 6). Personidentifiserende materiale har blitt oppbevart nedlåst og utilgjengelig for andre, som følger krav fra Datatilsynet (Skolbekken, Sogne-Møller, Ruyter, & Hovland, 2010). Det er kun min veileder og meg som har hatt tilgang til det dette. Filmen, all personinformasjon, feltnotater og lydfilene makuleres så snart oppgaven er godkjent og prosjektet ferdigstilles.

I medisinsk og helsefaglig forskning skal deltakernes samtykke ifølge §13 i Helseforskningsloven være ”informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbar” (Helseforskningsloven, 2009). Fysioterapeuten fikk tilsendt informasjonsskriv og samtykkeskjema både per post og epost. Fysioterapeuten og pasienten skulle sende skriftlig samtykke i retur til meg i forkant av datainnsamlingen, men dette ble ikke gjort. Samtykkeskjemaet fikk jeg signert dagen observasjonen ble utført. Det kan ses som kritikkverdig at informantene ikke hadde signert samtykke før selve observasjonsdagen.

Ved observasjonsstudier kan informantene oppleve at deres privatliv blir invadert av forskeren (Fangen, 2010). Informasjonen jeg fikk gjennom både intervjuene og observasjonen måtte behandles med varsomhet. Jeg ønsket gjennom hele prosessen å ivareta informantenes konfidensialitet. Alle personopplysningene har derfor blitt anonymisert, og spesielle opplysninger er utelatt av hensyn til anonymisering. Dette har ikke gått ut over kvaliteten på materialet. I presentasjonen av det empiriske materialet ønsker jeg å presentere funnene så ærlig og troverdig som mulig, samtidig som informantenes respekt og integritet blir bevart. Dette har vært en balansegang, og som i all forskning skal risiko veie tyngre enn nytten (Skolbekken et al., 2010). Undersøkelsen avdekte informasjon om pasienten som både var personlig og privat, og som hun kanskje ikke var bevisst forut for undersøkelsen. Selv om oppgavens mål er å belyse slitenhet som helseproblem, vil trolig mine drøftinger og tolkninger belyse sider ved pasientens liv som hun selv ikke er klar over eller som kan være uventet å se dersom hun leser oppgaven. Samtidig trekker oppgaven frem sider ved klinisk praksis som for fysioterapeuten er personlig. Hvordan hun framstår som terapeut i møte med denne pasienten blir belyst, noe som nødvendigvis også kan påvirke henne dersom hun leser denne oppgaven.

På den andre siden er målet med oppgaven å fremme ny kunnskap om vedvarende slitenhet. Dette vil komme både pasienter og helsepersonell til gode. Pasienten fikk oppleve en ordinær psykomotorisk undersøkelse som i seg selv har til hensikt å hjelpe henne med det helseproblemet hun kom for. Det var også nærliggende å tro at den felles erfaringen av observasjonen som pasienten og fysioterapeuten fikk, ville kunne styrke deres terapeut – pasient-relasjon i den videre behandlingen. Nyttens vurderes derfor å veie opp for den eventuelle risikoen eller belastningen informantene kan oppleve.

### 3.7 Gyldighet av metode og materiale

Hvilke briller man har på når en leser sine data, hvilken teoretiske tradisjonen man står for eller hva man *ønsker* å finne i materialet, påvirker det man ser i et forskningsprosjekt (Malterud, 2011). Gjennom hele prosjektperioden og fram til det endelige resultatet har jeg forsøkt å stille spørsmål til egne framgangsmåter og konklusjoner for å opprettholde refleksiviteten i oppgaven. Min forforståelse, mine hypoteser, indre motiver og forestillinger har vært med og påvirket mine tolkninger og konklusjoner i materialet. Jeg har derfor så langt i oppgaven forsøkt å redegjøre for hvordan jeg har gått fram, hvilke valg jeg har foretatt og diskutert hvorvidt dette har hatt betydning for studiens gyldighet.

Malterud (2011) skriver om intern og ekstern validitet. Intern validitet handler om hva studien sier noe om, og hvilken overførbarhet funnene har ut over den sammenhengen der studien er utført. Forskningsdesignet og de metodene som ble valgt, mener jeg har gitt anledning til å si noe om temaet og besvare problemstillingen i oppgaven. Observasjonen ga meg nærhet til en virkelig situasjon og fikk fram mange detaljer fra praksis. Størrelsen på utvalget begrenser generaliserbarheten av funnene i oppgaven, men den kan forhåpentligvis bidra med informasjon om slitenhetsproblematikk og antyde hvilket potensial psykomotorisk behandling har til å hjelpe mennesker som lever med slitenhet. Jeg mener at datamaterialet gir et nyansert bilde av virkeligheten og at meningsinnholdet i materialet belyser de fenomenene jeg ønsket å fokusere på. Med studiens omfang og tidsramme mente jeg at et utvalg på én pasientsituasjon var tilstrekkelig og overkommelig, og ga meg mulighet til å gjøre grundige analyser. Samtidig utfyller observasjon og intervju hverandre, og gir detaljert og forskjelligartet informasjon. Dette styrker validiteten i materialet. Det empiriske materialet er situasjonsorientert og det meningsorienterte perspektivet er nært knyttet til min forståelse og valg av teoretisk perspektiv. Med målet til

oppgaven som utgangspunkt mener jeg at kunnskap som kommer fram i studien, kan bidra til økt innsikt og forståelse for både fysioterapeuter og annet helsepersonell som møter denne pasientgruppen.

## 4.0 Resultat og diskusjon

### 4.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg innledningsvis presentere studiens informanter. Deretter trekker jeg fram funnene fra undersøkelsen og intervjuene fram. Den psykomotoriske kroppsforståelsen framstår som svært sentral gjennom hele undersøkelsen. Helhetlig tilnærming får fram meningsbærende fenomener i pasientens liv og fremmer en nyansert sykdomsforståelse. Gjennom databearbeidingen, med vitenskapsteoretisk forankring i bunn og problemstillingen som ledesnor, er det to hovedtema som utkrystalliserer seg i materialet; *Kropp* og *Levd liv*. Hvert hovedtema har to underliggende tema.

Hovedtemaet ***Kropp*** omhandler noen av de kroppslige funnene fra undersøkelsen. Pasientens vanemessige holdnings- og bevegelsesmønster framstår som vesentlige elementer i undersøkelsen. I dette inngår hvordan pasienten bruker og forholder seg til egen kropp og det fysiske rommet, samt hvordan hun via kroppen uttrykker budskap fysioterapeuten fanger opp. Hovedtemaet *Kropp* er inndelt i to undertemaer; *Kroppslige vanemønstre* og *Kontakt med egen kropp*.

Hovedtemaet ***Levd liv*** omhandler pasientens relasjoner og hennes levde liv. Som følge av slitenheten opplever pasienten utfordringer knyttet til egne relasjoner til andre. Hennes forhistorie og tidligere erfaring påvirker både dagen i dag og hvordan hun ser på framtiden. Disse elementene framstår som sentrale og aktuelle for å forstå helseutfordringen pasienten opplever. Hovedtemaet *Levd liv* er inndelt i to undertemaer; *Relasjonelt* og *En undersøkelse i livsløpsperspektiv*.

Hvert undertema konkretiseres med eksempler fra den kliniske situasjonen og utdrag fra intervjuene. Utdragene blir presentert i tabell-utskrift direkte fra transkripsjonene, eller i tekst-form. Tabell-utskriftene viser den kroppslige og verbale samhandlingen parallelt. Sitatene skrives i kursiv. De ulike empiri-eksemplene introduseres før de presenteres, med påfølgende situasjonsnær kommentar. Dette er deler av første- og andregrads fortolkning av materialet. Den empirinære tolkningen danner grunnlaget for den videre diskusjonen av funnene fra undersøkelsen. Hvert undertema vil deretter bli diskutert i lys av utvalgt teori.



## 4.2 Presentasjon av informantene

### 4.2.1 Fysioterapeuten

Fysioterapeuten (F) er en kvinne i 40 årene med kompetanse innen psykomotorisk fysioterapi. Til daglig arbeider hun med pasienter med ulike utmattelsestilstander, både individuelt og i gruppe. Hun samarbeider med flere yrkesgrupper i behandling av denne pasientgruppen. Hun har bred erfaring innen feltet, og hun har et sterkt ønske om å bidra til fagutviklingen i Norsk psykomotorisk fysioterapi.

### 4.2.2 Pasienten

Pasienten (P) er en kvinne i 40 årene, skilt og har flere barn. Hun har stått på venteliste til fysioterapeuten før undersøkelsen. Henvisningsdiagnosen var P29 – slitenhetssyndrom. P har fast jobb, ingen utdanning. Har hatt lengre perioder med sykemeldinger og jobber nå i redusert stilling. Slitenhet og utmattelse har vedvart de siste 8 årene, i noe varierende grad. Tidligere har hun prøvd flere former for behandling: psykomotorisk fysioterapi, samtalerterapi, tradisjonell fysioterapi med styrketrening og naprapat. Ingenting har hjulpet, til hennes store frustrasjon. Har vært utredet for ME, men ikke fått konstatert sikker diagnose. Har i lengre tid hatt smerter i korsryggen og hoftene. Undersøkelsen som ble filmet var det første møte mellom P og F.

## 4.3 Hovedtema 1: Kropp

I PMF vurderes pasientens holdnings-, bevegelses- og spenningsmønstre (Gretland, 2007). Med observasjon av pasientens respirasjon og reaksjoner får fysioterapeuten innsikt i pasientens vanemessige kroppsmønstre. Erkjennelsen av at kroppen både er sentrum for erfaring og et uttrykksfelt er et fundamentalt aspekt ved PMF. Det P formidler kroppslig blir meningsbærende fenomener som gir grunnlag for hvordan vi kan forstå slitenheten hun opplever. I det følgende hovedtema tematiseres Ps kroppslige vanemønstre. Det hun uttrykker kroppslig, både understøtter og motsier det hun formidler verbalt. Hennes forhold til egen kropp blir belyst i det andre undertemaet.

### 4.3.1 Kroppslige vanemønstre

Ps vanemønstre tydeliggjør kroppens funksjon som uttrykksfelt. Med kroppen formidler til budskap uavbrutt (Thornquist & Bunkan, 1995). Pasienten har et gjennomgående urolig kroppsuttrykk, både under anamnesen og kroppsundersøkelsen. Vi får med det et inntrykk



P forteller at hun trolig ikke har vært en god nok mor, samtidig som hun smiler og ler forsiktig. Latteren er forsiktig og usikker, og gir inntrykk av at dette er noe hun opplever som vanskelig å prate om. Inntrykket av at dette er et vanskelig tema forsterkes gjennom det kroppslige uttrykket med motorisk uro.

I undersøkelsen er motorisk uro gjennomgående. Jeg var interessert i hva F tenkte omkring dette. Følgende utklipp er fra intervjuet med F. I forkant har vi sett en del av filmen hvor pasienten sitter urolig når det samtales om et tema som er vanskelig for P.

F = Fysioterapeut      S = Student

F: ... Ja, det er en dame som jeg ikke har kommet helt inn på enda. (...) Jeg opplever også at hun har en slags ... hardhet, en sånn ... du kommer ikke helt inn på. ... (...)

S: Er det personlighet du tenker på da?

F: Ja, hun lar meg ikke komme ordentlig nær. Det er en slags kontroll i følelser og mimikk og... Du ser hun har en del motorisk uro. Det la jeg ikke så godt merke til da jeg undersøkte henne. Så, jeg tenker at det er en del som skjer inni henne og som hun prøver å kontrollere. Og det lykkes hun ganske godt med. ... Så hun viser lite ... slik som jeg har blitt kjent med henne, så er det lite sårbarhet ... Hun er ikke typen som blir blank på øynene eller begynner å gråte ... Men hun smiler litt sånn kjekt innimellom. (...) Så jeg tenker jo kanskje at det er et mønster som hun har lært seg tidlig da.

F forstår uroen som forsøk på å kontrollere følelser. Hun mener P framstår med en hardhet for å skjule sin sårbarhet overfor andre. F forteller videre at P har hatt noen behandlinger etter undersøkelsen. Hun opplever fortsatt at hun ikke kommer helt nær P og ser mønsteret med å holde følelser tilbake og framstå som lite sårbar. Mønsteret virker godt etablert.

### **Smertereaksjon – det å kunne si i fra**

Hvordan P forholder seg til egen kropp, kroppslige signaler, ønsker og behov blir en sentral del i undersøkelsen. F vektlegger Ps kontakt med egen kropp og kroppslige signaler, samt hvordan hun evner å uttrykke seg i forhold til dette. P har vanskelig for å uttrykke seg verbalt dersom noe er ubehagelig, og det virker mer naturlig for henne å reagere kroppslig. Dette gjelder både ved smerte og ubehag i kroppsundersøkelsen, så vel som i samtaler rundt vanskelige tema. Under palpasjonen i kroppsundersøkelsen blir dette synlig. Palpasjonen avdekker flere smertefulle og ømme områder, særlig i beina, setet og ryggen. Ved smerte er det Ps kroppsuttrykk, bevegelser og respirasjonen som gir F informasjon om hvordan P opplever situasjonen - ikke hva hun formidler verbalt.

I forkant av den neste sekvensen er P i mageliggende på benken. F palperer Ps høyre hoftebøyer. P ligger urolig med fingrene, trommer lett i benken og holder pusten mens F palperer. Plutselig rykker P til i ryggen, og F fjerner grepet spontant. Bevegelsen indikerer et smertefullt område. P kommer seg unna smertene ved å svaie nedre og ekstendere i øvre del av ryggen. Etter at grepet fjernes, puster P lettet ut og ler forsiktig. Etter en stund går F til hoftebøyeren på motsatt side. P knytter neven og ser ut til å forberede seg på en ny runde med smerte.

- F: *Sånn, da skal jeg gjøre det samme som på andre siden. På framsiden her. Står ved siden av benken.*
- P: *Mhm.*
- F: *Dersom du lager lyd, så forsvinner fingrene mine med en gang. Smyger hånden inn under hoftebøyeren.*
- P: *Rykker til på samme måte som tidligere. Svaier i ryggen og løfter bekkenet opp. Ler forsiktig.*
- F: *Fjerner grepet, tar et steg tilbake. Observerer P. Det var en slags lyd det og. Hva var det du kjente nå?*
- P: *Nei, ikke kjempegodt. Ligger urolig.*
- F: *Ikke kjempegodt nei.*

P sitt reaksjonsmønster ved smerte ser ut til å være å spenne muskulaturen og binde respirasjonen. Hun rykker til med ryggen. Bevegelsen skjer i det området P opplever smerte til vanlig. Ps strategi er kroppslig reaksjon framfor å si i fra til F om at grepet er ubehagelig. Samtidig ler P litt forsiktig rett etter reaksjonen. Latteren kan indikere at det er uvant for P å vise reaksjoner utad og overfor andre. F tematiserer ikke latteren, men justerer grepet og framgangsmåten for palpasjonen ved å berolige og forberede P på hva som skal skje. F bruker den kroppslige informasjonen P kommer med som rettleiding for å vurdere videre tilnærming i undersøkelsen. Samtidig etterspør hun gjennom dialog hvordan P opplever situasjonen.

I forlengelsen av denne situasjonen sier F at hun skal være mer forsiktig og se om hun kan palpere uten at P slutter å puste. F forøker på nytt, og P blir palpert uten å rykke til. F endrer grepene med utgangspunkt i Ps tidligere reaksjoner. F viser dermed at reaksjonene blir anerkjent og akseptert. Gjennom denne samhandlingen får P ny erfaring av

palpasjonen. Hun får en ny kroppslig opplevelse der det legges til rette for å kunne etablere et mindre belastende reaksjonsmønster enn det hun hadde.

### Respirasjon

Respirasjonsmønsteret gir mye informasjon om P gjennom undersøkelsen. I neste sekvens sitter P på en krakk og F ved siden av. De utfører ryggbevegelser for å løsne i det området av ryggen der P opplever smerte. Respirasjonen bindes når P utfører bevegelsene, noe F observerer. Hun stopper og spør henne så hvor hun har tunga i munnen. ”Den er nedi munnen, det har jeg lært” svarer P. Videre bes P om å bevege på kjeven fra side til side, mens F observerer hva som skjer:

Tid: 00:00 – 01:59 (Film 4)

<b>F gjør</b>	<b>P gjør</b>	<b>F sier</b>	<b>P sier</b>
Lener seg fram. Viser kjevebevegelse side til side. Ser på ryggen, magen, kjeven til P. Slipper hånden ned. Puster tydelig ut.	Trommer med fingrene. Ser på F. Ser rett fram. Ser på F. Ser rett fram. Beveger kjeven side til side. Holder magen inn. Avslutter bevegelsen.	<i>Tunga kan bare henge der litt. Og så tar du nå og rører litt på kjeven sidelengs.</i> ... .. <i>Og slipp .. Bra.</i>	
Ser på P.		<i>Ble rene øvelsen det der. Kan du kjenne hva du gjorde nå når beveget kjeven?</i>	
Lener seg litt fram og ser på P.	Ser i taket. Trommer med fingrene.	<i>... egentlig er det en liten avspenningsøvelse, men jeg tror ikke det var det som skjedde med deg.</i>	<i>... nei. Ikke sikker.</i>
Ser på ryggen. Ser på magen.	Beveger kjeven på nytt. Trommer. Rister på hodet. Ser på F. Trommer.	<i>Nei. Nei. ... Hvis du tar det, gjør det en gang til. Så kjenner du litt hva som skjer i kroppen mens du gjør det.</i>	
Stryker midjen til P. Ler.	Beveger kjeven. Ser rett fram. Magen holdes inne. Ler forsiktig.	<i>... Her stopper du nesten å puste altså. ...</i>	<i>Jeg konsentrerer meg om hva som skjedde, jeg.</i>
Ler.	Ser rett fram.	<i>Du konsentrerte deg. Og da sluttet du helt å puste. Stivnet du litt til i magen.</i>	
Ser på P.	Ser på F. Trommer med fingrene.	<i>Ja, mulig. Det kan vi se nærmere på; hva skjer når du konsentrere deg.</i>	<i>Ja. Mulig?</i>

F observerer at pusten bindes når P utfører bevegelsen, og legger til rette for en friere respirasjon ved å gi P en kjeveøvelse. Ved gjentakelse av øvelsen bindes pusten på nytt, og P forklarer det med at hun konsentrerte seg. Når hun er ferdig med øvelsen trommer hun med fingrene på lårene og sitter urolig på krakken. En får inntrykk av at hun er ”klar” for neste prøve. Respirasjonen ser ut til å være situasjonspåvirket. Den bindes ubevisst når hun utfører øvelser, samtidig som den inngår i hennes reaksjonsmønster på smerte og ubehag. Ved å samtale rundt dette og gjøre P oppmerksom på hva hun gjør, legger samtidig F til rette for at P kan etablere mer hensiktsmessige reaksjons- og respirasjonsmønstre.

#### **4.3.2 Diskusjon: Kroppslige vanemønstre**

##### ***Dagligkroppen***

I denne delen av undersøkelsen har F fått fram funn som kan tolkes som kroppslige vanemønstre. Med grunnlag i den kroppsforståelsen PMF bygger på (Gretland, 2007; Thornquist & Bunkan, 1995), er det viktig å danne seg et bilde av hvordan P bruker kroppen sin i det daglige. Her ser vi en pasient som under undersøkelsen er urolig, og som virker utilpass i situasjonen. Dette kan selvsagt skyldes usikkerhet knyttet til første møte med F og med observatør til stede. Men i lys av den videre undersøkelsen er det grunn til å tolke denne kroppslige uroen som en del av Ps vanemønster.

Bourdieu (1996) omtaler våre vanemessige måter å handle i verden på som habitus. Vår habitus – og våre habituelle væremåter – dannes på grunnlag det samfunnet og det feltet vi omgås i dagliglivet. På den måten er våre handlingsmønstre sosialt konstruert blitt internalisert, og gjør det mulig for oss å handle ”fornuftig” i den aktuelle kulturen. Samfunnets normer og praksiser har derfor betydning for vår personlige og kroppslige utvikling og identitet (Bourdieu, 1995). Gjennom undersøkelsen får F kjennskap til og innsikt i P sin habituelle væremåte, både når det gjelder vanestillinger, spontane bevegelser og reaksjonsmønstre. Ps motoriske uro inngår i hennes vanemessige bevegelsesmønstre. Uroen er mest framtrædende når hun oppfordres til å kjenne etter i egen kropp, når det er stille i den verbale kommunikasjonen og når samtalen omhandler tema som oppleves vanskelig for henne. Uroen kan indikere et ønske om å skifte tema og slik komme videre i samtalen. Verbalt sier hun ikke hvordan situasjonen oppleves, men ler det litt vekk og kommer med utsagn som skal dempe inntrykket av at dette er vanskelig for henne. F opplever at P har en form for hardhet, hvor hun ”stålsetter” seg for ikke å vise svakhet.

Selv om P velger å blottlegge tema som hun tilsynelatende skammer seg over, gir hun samtidig uttrykk for at dette ikke er belastende for henne. I denne diskrepansen vi kan ane i utsagn som ”*men det er bare sånn det er*” og ”*men det går bedre nå*”.

P handler ut i fra internaliserte normer som tilsier ”ikke syte, men tåle”. Palpasjonen viser et reaksjonsmønster preget av å bite tenne sammen, og holde ut smerten – uten å si fra verbalt.

### **Forholdet kropp og følelser**

Forholdet mellom følelser og kropp står sentralt i PMF med forståelsen av at vi både regulerer vårt følelsesliv med kroppen, og formidler følelser med kroppen. Spenn av muskulaturen og bremsing av respirasjonen kan være ledd i vårt sosiale og emosjonelle forsvar, for å holde det som er vanskelig på avstand, skriver Thornquist (2009).

Gjensidigheten mellom pust, muskulatur og følelser er derfor sentral i undersøkelsen (Thornquist, 2005). I dialogen framstår P lite emosjonelt påvirket av situasjonen. Ut i fra de samtaletemaene som dukker opp, er det nærliggende å tro at dette er tema som påvirker henne følelsesmessig, men som hun ikke vil vise utad. F trekker i intervjuet fram at hun forstår P sin motoriske uro og hennes kroppslige forsvar som en form for beskyttelse mot å komme nær P. Dette indikerer samtidig at det er noe i situasjonen som P ønske å holde avstand fra, sier F.

Den kroppslige følelsesreguleringen ser ut til å være godt etablert hos P. Ved hjelp av muskelspenninger, binding av pusten og motorisk uro holdes livet og det som oppleves vanskelig, på avstand. Med andre ord så bruker P egen kropp for å hindre både seg selv i å vedkjenne seg følelse hun opplever, samtidig som hun forhindrer at F får kjennskap til dem. Kroppen blir et forsvarsverk mot egne følelser og en fasade som ikke ønskes å bli brutt.

Ved respirasjonsfrigjørende øvelser, som å lirke på kjeven, forsøker F å fremme endring i respirasjonen hos P. P responderer på øvelsen med hold av pusten og oppnår ingen avspennende effekt. I PMF er det likevel ikke slik at funnene forstås som enten - eller. I dette tilfellet er måten P svarer på, med påholden pust og liten endring i respirasjonen et funn i seg selv. Trolig ønsker P å være flink og gjøre denne øvelsen godt nok, noe som

medfører at pusten bindes. Det er en kroppslig beredskap som ligger i bunn og som påvirker de fleste øvelsene P utfører. Denne beredskapen ser ut til å forhindre frigjøring av både muskulatur og respirasjon, og dermed gjør det vanskeligere å komme i kontakt med eget følelsesliv.

### **Belastende vanemønstre**

I PMF vurderes pasienters vanemønstre som hensiktsmessige eller ikke. Å videreføre uhensiktsmessige væremåter kan være et hinder for å gjøre nye erfaringer, knytte nye sosiale bånd og etablere andre og bedre relasjoner (Gretland, 2007). Dette gjelder også kroppslige forhold som statiske og mekaniske kroppsholdninger. Kroppslig kontroll og bremsing over tid kan bidra til å utvikle lokale, samt generelle helseproblemer (Thornquist, 2005).

P sitt holdningsmønster bærer preg av utrettede fysiologiske krumninger i ryggen, aktiv muskelbruk i både beina, ryggen og magen og anstrengt respirasjonsmønster. Holdningsmønster betyr likevel mer enn de anatomiske forholdene. Kroppslige uttrykk kan både være uttrykk for muskulær aktivitet og personlig innstilling på samme tid (Sviland, Råheim, & Martinsen, 2010). I undersøkelsen møter vi en pasient med ”rak” holdning, noe som kan være påvirket av undersøkelsessituasjonen, med observatør og kamera tilstede. Samtidig er kroppslige vaner, som holdningsmønster, en måte å bære selvfølelsen på (Gretland, 2007). Med en kropp som både er uttrykksfull og meningsbærende gir Ps aktive hold i ryggen og ”rake” holdning inntrykk av en sterk og stødige dame, samtidig som vanemønstret virker belastende på muskler og ledd. Kroppslig har P flere muskulære spenninger og overbelastende muskelbruk. Palpasjonen viser flere områder med smertefull og øm muskulatur. Dette er særlig i områder som anses å være kroppens strekkapparat - ryggen, setet og i beina (Bunkan, 1995). I et sosialt perspektiv kan dette vanemønstret vurderes som hensiktsmessig. P holder seg oppe og oppreist tross alle belastningene hun opplever. Samtidig viser den aktive muskelbruken hvordan P daglig belaster sin kropp for å kunne stå oppreist både i hverdagen og i livet.

I PMF-tradisjonen forstås beina som fundamentet i kroppen. Behandlingen starter alltid med beina – med fundamentet, for så å bygge opp kroppen nedenfra (Thornquist, 2012a; Thornquist & Bunkan, 1995). I undersøkelsen ser vi en pasient med nedsatt kontakt med



egne bein. Videre kan man observere et aktiv hold i overkroppen og setet for å holde seg oppe. Opplever hun ikke å stå godt på beina, kan det også i overført betydning forstås som nedsatt bakkekontakt og forankring i livet generelt.

Ps begrensede bruk av det fysiske rommet, framtoning som lite sårbar, og hennes streben etter å holde F på avstand og ikke vedkjenne seg de emosjonelle påvirkningene slitenheten har, inngår også i vanemønsteret hennes. Til sammen indikerer dette et belastende vanemønster.

Gjennom undersøkelsens gir F P anledning til å reflektere rundt egen kropp og vanemønstre. Hun blir da litt mer bevisst på seg selv, noe som kan legge til rette for et mindre belastende vanemessige kroppsmønster over tid. Refleksjoner P og F gjør underveis i undersøkelsen danner også fundamentet for deres videre samhandling.

#### **Verbalt følelsesuttrykk**

Som sosiale vesener er vi alltid i et kommunikativt forhold til hverandre. Med språket kan vi velge hva og når vi vil formidle noe, og vi kan både avsløre og informere, tildekke og tilsløre. Kroppen er derimot aldri "taus" og formidler budskap uavbrutt (Thornquist, 2009). De kroppslige budskapene P kommer med legger føringer for undersøkelsen. Med språket holder hun informasjon og tanker tilbake, med kortfattede svar og en taleform som tilsier at hun ikke har det vanskelig, mens hun med kroppen formidler både følelser, reaksjoner og opplevelser. Under palpasjonen verbaliserer hun ikke smerte og ubehag, men formidler denne opplevelsen med kroppen. Ved å spenne seg, knytte neven og binde pusten forsøker P å takle smertene. Kroppen forsøker å skjule smertene, og kroppen legger lokk på det verbale uttrykket for smerte.

F motiverer P til å uttrykke seg verbalt, selv om dette er vanskelig for henne. På denne måten kan hun oppleve endringer i sitt reaksjons- og bevegelsesmønster. Hun kan erfare at en kan uttrykke seg via språket, framfor å bite tenne sammen eller rykke til kroppslig. Gjennom PMF opplever P å få nye måter å uttrykke seg på, nye ord for å beskrive kroppslige fornemmelser. Hun får mulighet til å oppleve nye måter å være-i-verden på. Ved å bruke språket kan vi etablere nye relasjoner til oss selv. En beveger seg fra det pre-refleksive til det refleksive nivået. Dette gjør pasienten i stand til å gi ny forståelse og

mening til både tidligere og nye kroppslige erfaringer. Å undertrykke ord og bevegelser påvirker hverandre, på samme måte som å slippe pust og spenning kan fremme kontakt med både uttrykk og ord for egne emosjoner (Øien et al., 2009).

### **Kjønnsperspektiv**

Young (1980) viser i sin fenomenologiske studie at kjønn påvirker kvinner og menns tillærte kroppslige bevegelses- og vanemønstre. Kvinner er mer tilbakeholdne, bruker mindre av fysiske rommet, og viser et bevegelsesmønster preget av lukkethet og usikkerhet. De typiske kvinnelige bevegelsesmønstrene har et kommunikativt innhold ved at de via kroppen signaliserer sin kvinnelighet (Gretland, 2007). Ps vanemønstre som kommer til uttrykk gjennom undersøkelsen, gir inntrykk av et slikt *kvinnelige* mønster. Samtidig kan den slitenheten P opplever, tolkes som et eksempel på en kjønn sykdom (jmf. punkt 1.2.2).

Det kvinnelige bevegelsesmønsteret og de internaliserte normene i Ps vanemessige reaksjon- og holdningsmønster gjør at kjønnsperspektivet er svært relevant og aktuelt for analyser av slitenhetsproblematikk. Det er tydelig ut fra det P snakker om i undersøkelsen, at hun er bærer av de normene og verdiene som samfunnet tradisjonelt har tilskrevet kvinner. Den psykomotoriske undersøkelsen ga funn som blir forståelige i et kjønnsperspektiv. På grunn av denne oppgavens rammer, blir dette temaet for stort til å gå dypere inn i. Det er tydelig at P bærer de kvinnelige verdiene i sitt vesen, som også henger sammen med samfunnets verdier og normer. Gjennom en psykomotorisk undersøkelse vil de funnene som kommer fram gjøre det mulig å knytte forbindelse mellom disse og pasientens sosiale kropp – og opp i mot et kjønnsperspektiv.

### **4.3.3 Kontakt med egen kropp**

Ps forhold til egen kropp er preget av nedsatt kontakt med både ønsker og behov, så vel som kroppsstilling og muskulatur. Å oppleve kroppen, og å oppleve *via* kroppen er en rød tråd i PMF (Thornquist & Bunkan, 1995). I undersøkelsen legges det til rette for nye kroppslige erfaringer knyttet til egen kropp.

### *Forhold til egen kropp*

P er glad i å gå i fjellet, men opplever det tidvis som slitsomt. Den varierende dagsformen og usikkerheten rundt hva som er riktig for henne er en stor frustrasjonskilde. F spør henne hva som avgjør om hun skal gå tur eller ikke. P har vanskelig for å definere dette, men sier at det er slitenheten som i stor grad avgjør det.

F presenterer tanken om å lytte til egen kropp. P sier det er vanskelig å lytte til kroppen fordi det er smertene i hoftene og rygg som er mest dominerende. Det er det hun legger merke til i kroppen. Å ta valg ut fra eget ønske og egne behov virker ukjent. Hun viser heller til alle de ulike rådene hun får fra andre;

*”du må ut og røre deg og det er det beste som er, for da får du brukt kroppen’, så sier de at ’nei, er hvis du er sliten en dag så må du hvile, du må ta det med ro, du må være litt tålmodig. Det er veldig varierende de rådene jeg får av alle sammen,”* sier P.

F forteller i intervjuet at pasienter med slitenhet og utmattelse ofte er nærtagende for andres meninger, og kan lett følge andres råd. Mange har også vanskelig for å ta egne valg eller si i mot andres meninger. På den måten kan de oppleve sekundærgevinster av sykdommen sin. Ved hjelp av sykdommen, eller på grunn av sykdommen, kan det være lettere for dem å si ”nei, det vil jeg ikke for det er jeg for sliten til”, framfor å si ”nei, det har jeg ikke lyst til”. I et terapeutisk perspektiv poengterer F at den refleksjonen P gjør over eget liv er nyttig med tanke på tilfriskning, nettopp ved å få tak i hva P selv tror på og hva hun ønsker.

F: *Hva er det egentlig du tror på da?*

P: *Ja, nei. ... Jeg prøver helst å lytte til min egen kropp jeg da. Prøver å kjenne litt mer på den. ... Svarer forsiktig og ser ned på hånden sin.*

F: *Ja. Og hva er det du lytter til da?*

P: *Nei, da... ja, si det. Sukker tydelig. Sitter urolig. Ler forsiktig før hun fortsetter. Ofte når jeg først har bestemt meg for å komme meg ut, så kommer jeg meg ut. Det er varierende hvordan det føles og hvor lang turen blir. Jeg er ikke så veldig glad i korte turer. Ofte veldig tungt å komme i gang da, for da har jeg jo vondt i hoftene og vondt i ryggen. ... Så gir smertene seg ofte litt etter hvert, så da tenker jeg at det er bedre. Men så er det av og til at det ikke gir seg og det bare blir veldig tungt. (...) Tar en pause. Sukker på nytt.*

*Noen ganger kjennes det kjempe greit ut. ... Men så får jeg meg noen nedturer da, for hvis jeg er på tur sammen med en venninne som er sprek, så er jeg langt i fra god form ... (...) Da er den turen dagen før, hvor du kjente på at kanskje kroppen*

- fungerte ... da er det ikke slik lengre, når jeg går sammen med hun som er veldig sprek. Da merker jeg jo at jeg er i dårlig form. ... For da sammenligner jeg, sant ja.*
- F: *Ja. ... Jeg maser litt likevel jeg. Når du lytter til kroppen, hva er det du lytter til da?*
- P: *(...) Endrer sittestilling. Rister på hodet og sukker. Klarer ikke helt å definere hva det blir. Jeg kjenner, jeg blir vel ... Jeg kjenner på overskuddet? Ser på F.*
- F: *... Blir det litt sånn "har jeg overskudd?"*
- P: *Ja, kanskje. Orker jeg nå?*

P svarer utydelig på spørsmålene F stiller vedrørende å lytte til egen kropp. Mot slutten svarer hun i en spørrende form tilbake til F at det er overskuddet hun kjenner på. Hun viser usikkerhet rundt om dette kan være riktig svar. Det framstår vanskelig for P å definere hva hun kjenner og om hun i det hele tatt kjenner etter noe i kroppen for å avklare om hun har overskudd eller ikke.

I denne sekvensen ser det også ut til at P sier mot seg selv når det gjelder å lytte til kroppen. Først forteller hun at hun er frustrert over rådene hun får fra andre og at hun derfor prøver å lytte til egen kropp. Samtidig forteller hun at når hun først har bestemt seg for å dra på tur, så gjør hun det – selv om hun har smerter og det oppleves tungt. I tillegg går hun ut på tur sammen med andre og sammenligner seg med dem. Det gir kanskje ikke rom for å lytte til egen kropp underveis. Det framstår ikke som at det er *kroppens signaler* som blir avgjørende for valgene hun tar, men de ytre påvirkninger hjelper henne å ta valget om å gå ut.

I undersøkelsen legger F til rette for at P skal få erfare hva det vil si å kjenne etter i egen kropp. Når P ligger på rygg på benken har hun en håndduk plassert i korsryggen. Håndduken er plassert litt langt oppe i forhold til å skulle støtte opp under svaien i korsryggen, og F sier hun vil endre plassering på den. Med ett svaier P opp ytterligere i ryggen ved å presse skulderbladene ned i benken for å gjøre rom til at F kan flytte håndduken. F ber P legge seg ned på benken igjen og sier ” *Skal vi se, nei DU skal kjenne. Nå har jeg den der*” og tar på håndduken. Hun ber så P om å bøye opp i knærne og løfte opp bekkenet. P følger instruksjonen, løfter bekkenet og F flytter håndduken lengre ned. ”*Eller var det bedre å ha den der?*” spør F når P har lagt seg ned på ryggen igjen. ”*Det var bedre*”, svarer P. ”*Da lyttet du til kroppen. Da kjente du på hva som var best,*” svarer F og smiler. P ler litt forsiktig.

### Kroppslig beredskap

Et annet aspekt ved kontakt med egen kropp omhandler Ps fleksibilitet; det å la seg bevege passivt og til å gi etter for tyngdekraften. P har gjennomgående aktive hold i de fleste utgangsstillinger, og hjelper til ved de fleste passive bevegelsene. F utforsker om P kan registrere forskjellen på om hun holder igjen eller hjelper til, og evnen hun har til å endre den muskulære aktiviteten.

Tid: 03:05 – 05:05 (Film 4)

<b>F gjør</b>	<b>P gjør</b>	<b>F sier</b>	<b>P sier</b>
Venstre hånd i korsryggen til P.	Stup stående. Armene samlet. Lett bøy i knærne. Holder hodet ekstendert.	<i>Hvordan kjennes det der ut?</i>	<i>Helt greit.</i>
Rugger overkroppen til P.		<i>Helt greit.</i>	
Kjenner lett på nakken. Rugger på overkroppen.	Slipper armene fra hverandre. Henger nå ned. Kan se ut som hun hjelper til litt.	<i>Nå rugger jeg litt på deg, og da skal du bare prøve å bli rugget og ikke hjelpe meg. Og ikke gi motstand. (...) Ja, hodet dingler med det.</i>	<i>Ja.</i>
En hånd i over TH, andre hånden løfter hø armen til P. Skulderretraksjon. Stopper opp. Løfter hø arm på nytt.	Hjelper til ved skulderretraksjon.  Beveger fingrene.	<i>Kjenner du hva som skjer når jeg gjør sånn?</i>	<i>Jeg ..eh.. holdt i mot eller ett eller annet.</i>
	Rister på armene når de henger nede.	<i>Eller ett eller annet. Ja, og hva var det ett eller annet?</i>	
	Rister på armene.		<i>Holdt i mot, tror jeg</i>
Ler lett. Prøver hø arm igjen. Går rundt. Løfter P sin ve arm. Går tilbake til P sin høyre side.	Rister på armene igjen.	<i>Ja, jeg vil si at du hjalp meg litt jeg da.  Ja, du skal ikke slite meg ut på dette da, skjønner jeg.</i>	<i>Heh. Okei.</i>

P står spontant med armene samlet og aktiv hold i nakken i det hun kommer over i stup stående stilling. F rugger på overkroppen til P og ser på muligheten for passiv bevegelse og hvordan P gir etter for tyngdekraften. Ved skulderretraksjon merker F at P aktivt hjelper til. P mener hun holder igjen mot bevegelsen F utfører.

F utfører skulderretraksjon i stående stilling også. P viderefører mønsteret fra stup stående og hjelper til i bevegelsen. F spør P hva hun kjenner etter å ha utført øvelsen på nytt. ”... nei, holder igjen? (...) kanskje? Hjelp til, kanskje?” sier P forsiktig og ler lett. Det virker som hun er redd for å svare feil. ”Nei, du hjelper litt til ja. Men for deg kjennes det ut som du holder igjen?” sier F og avdramatiserer svaret P ga. P er enig at det kjennes ut som hun holder igjen.

Det framstår ukjent for P å sette ord på hva hun kjenner i egen kropp. Mønsteret ved å gjette seg til svaret går igjen, noe som også kan ses i forlengelse av en nedsatt kontakt med egen kropp. Det virker nytt for henne å ta seg tid til å kjenne på hva hun gjør i de ulike situasjonene rent kroppslig, hvor bevegelsene skjer eller hva som kjennes behagelig og godt ut.

### *Nye kroppslige erfaringer*

P er rask både i bevegelser og i å besvare spørsmålene F stiller. Ofte er svarene enstavelsesord eller korte beskrivelser av hva hun kjenner. Det ser ut til at F observerer at P er rask og bruker ro og tid som virkemidler for å fremme nye kroppslige opplevelser hos P. Det legges til rette med ro både gjennom samtalen og de kroppslige øvelsene for at P kan legge merke til egen kropp. F stiller spørsmål rettet mot kroppen hennes der og da og hvordan hun har det i situasjonen.

I den neste sekvensen observerer F at P ligger beina ligger ulikt mot underlaget i ryggliggende stilling på benken. F spør hvordan P kjenner beina sine og ser på henne.

Tid: 10:18 – 13:23 (Film 5)

<b>F gjør</b>	<b>P gjør</b>	<b>F sier</b>	<b>P sier</b>
Tar på beina til P mens hun ligger på ryggen.	Ryggliggende. Høyre kneet mer flektert. Ser i taket.	<i>Når beina ligger nedpå sånn, Kjenner du noe forskjell på dem?</i>	<i>Nei. ... Nei.</i>
Venter på svar. Ser på P.	Beveger på tærne.	<i>Nei. Og ... hva er det du ikke kjenner forskjell på da? Er det som de er varm eller tung, eller vond eller ... hva kjenner du etter på?</i>	
Ler.	Ler. Løfter hodet litt og ser ned på FT. Tar seg til øret med venstrehånden.	<i>Ja....</i>	<i>Om det kjennes likt ut.</i>

<p>Ser på beina til P.</p> <p>Løfter armene og drar de mot seg, for å ”tegne” undersiden av beina.</p> <p>Stryker under knehasene til P. Først høyre beinet til P, deretter venstre. Måler forskjell på avstand fra knehasene til benken. Markerer forskjell på høyre og venstre side..</p>	<p>Beveger på tærne.</p> <p>Løfter hodet litt, ser ned på FT.</p> <p>Senker venstrehånden sin ned igjen.</p> <p>Ser ned på FT. Nikker.</p>	<p><i>Jeg kan spørre litt mer da. Kjennes de like varm ut?</i></p> <p><i>Ja. Like tung?</i></p> <p><i>Føler du at begge to berører like mye av benken?</i></p> <p><i>Ja. Mhm.</i></p> <p><i>Kommer litt mer under her. ... kjenner du det, på høyrefoten?</i></p> <p><i>Jah. Så kneet ditt er litt mer bøyd. Litt mer luft under her.</i></p> <p><i>Du kjenner det nå?</i></p>	<p><i>Ja.</i></p> <p><i>Ja.</i></p> <p><i>Ja. ... Ja.</i></p> <p><i>Mhm.</i></p> <p><i>Mhm.</i></p> <p><i>Ja, når du sier det så.</i></p>
---	--	--	---

P svarer her spontant at beina kjennes like ut, til tross for en tydelig forskjell. Når hun får spørsmålet, svarer hun kort og konsist at det kjennes likt ut, før hun beveger tærne, tenker seg litt om, og svarer på nytt at det ikke er noen forskjell. Ved å få noen eksempler på hva hun kan legge merke til, oppdager hun at det er forskjell på beina. Når hun får tid til å kjenne, får hun bedre følelse av egen kropp og legger merke til denne forskjellen.

#### 4.3.4 Diskusjon: Kontakt med egen kropp

I PMF er det kroppen og det kroppslige som skjer i undersøkelsen som danner utgangspunktet for dialogen. Det er kroppen som er innfallsvinkelen til samhandlingen. Målet er å la pasienten både erfare kroppen, og erfare *via* kroppen og på den måten komme i kontakt med egen kropp (Thornquist & Bunkan, 1995). For P framstår det som vanskelig og fremmed å kjenne egen kropp. Dette gjelder både å registrere kroppslige signaler, muskelbruk, ønsker og behov. Hun har vanskelig både for å kjenne seg selv mot underlaget - mot noe eksternt utenfor seg selv, men også i seg selv. P forteller om et langvarig løp med smerter og slitenhet som har dominert hverdagen hennes. Det er dette hun kan kjenne på og evner å si noe om.

#### *En kropp i beredskap*

Funksjonsprøvene knyttet til Ps evne til å la seg bevege passivt viser en kropp i beredskap. F kjenner og observerer at P hjelper til ved passive bevegelser, mens hun selv har

vanskelig for å legge merke til hva hun gjør. Beredskapen for å hjelpe kommer også fram når F ønsker å flytte håndduken når P ligger på ryggen. P svaier raskt opp i ryggen for å gjøre det lettere for F. P vil trolig ikke at øvelsene skal være tung for F eller være til bry, dermed løfter hun og hjelper hun til i bevegelsene. I PMF er pasientens fleksibilitet et viktig element i undersøkelsen. I funksjonsprøvene knyttet til passive bevegelser viser dette hvordan pasienten forholder seg til egen kropp, og hvordan hun disponerer egen kropp. Mange som ønsker å hjelpe til ved passive bevegelser, kan ofte formidle en utrygghet i situasjonen. Denne utryggheten kan også være knyttet opp til ”jeg-følelsen”, skriver Thornquist og Bunkan (1995, p. 53): *”Jeg er ikke god nok. Jeg må hjelpe til slik at jeg blir satt pris på. Det er ikke farlig å bli satt pris på, derfor må jeg prestere – være bedre enn jeg er”*.

Den beredte kroppen ønsker å hjelpe til og ikke gi motstand. Alle våre handlinger bærer preg av hvordan vi opplever kravene og forventningene vi har rundt oss. Øyeblikkets opplevelse uttrykkes kroppslig, samtidig uttrykkes uskrevne regler og personenes historie, skriver Thornquist (2009). Hvis P har en forståelse av at det forventes av henne å hjelpe til, å være i beredskap overfor andre, vil hennes kroppslige væremåte bære preg av dette. Samtidig påvirker både kultur og vår historie vårt kroppslige uttrykk. Kroppen blir ”en huskelapp” for sosial samhandling, skriver Gretland (2007). Har P gjennom livet lært seg å hjelpe til og ikke være til bry, blir dette en naturlig del av hennes kroppslighet. I PMF ses derfor hvordan pasientens kroppslige utfoldelse og væremåte i større perspektiv: kroppen som både et historisk, sosialt og kulturelt fenomen (ibid.).

P uttrykker en kroppslig rastløshet og har vanskelig for å finne ro i situasjonen. Når hun eksempelvis er ferdig med en øvelse, gjør hun seg ”klar” for neste. Hun trommer med fingrene, sitter urolig og ser avventende på F for å få neste øvelse. Hun gir uttrykk for at hun er klar for å stå på en gang til, og for å yte en litt mer.

Kroppsuttrykket indikerer gjennom undersøkelsen en kontinuerlig beredskap og liten fleksibilitet. I PMF framholdes det at en fleksibel kropp er hensiktsmessig. Denne fleksibiliteten legger til rette for mykhet i bevegelser, spenst og egenbevegelse. Samtidig innebærer det en reflektert tilpasning av muskel- og kroppsbruk (Thornquist & Bunkan,



1995). Ved å tilpasse belastningen og kroppsbruken etter kravene som stilles, vil personen kunne unngå overbelastning.

### **Den ukjente kroppen**

P trekker i anamnesen fram at hun ofte er rastløs, travel og har vanskelig for å slappe av. Det er nærliggende å tro at denne travelheten kan virke inn på kontakten P har med egen kropp. Å leve en hektisk hverdag påvirker vårt forhold til tid – til egen rytme og eget tempo, skriver Thornquist og Bunkan (1995). Som følge av denne travelheten, lever mange uten kontakt med kroppens signalsystemer. I undersøkelsen og i PMF for øvrig, legges det til rette for å hjelpe den enkelte til kontakt med kroppslige signaler, samtidig som kontakten med mottakerapparatet for disse signalene gjenvinnes.

*”Jo mer et menneske har undertrykket og fornektet kroppens språk, desto mer må vi legge vekt på at hun/han gjenvinner kroppen – gjenvinner seg selv. Vi må hjelpe de til å finne fram til og tilbake til egen rytme” (ibid., p. 108).*

Ved å fokusere på kroppens signaler her og nå, kan kroppens signaler framstå tydeligere og lettere for P å oppfatte. Felles oppmerksomhet mellom P og F, ro og tid til å kjenne etter, legger til rette for at P kan få nye kroppslige erfaringer. Hun kan da finne tilbake til egen rytme og (gjen)vinne seg selv.

I undersøkelsen får P anledning til å registrere egen kropp, eksempelvis ved å gjøre seg opp en mening om hva som kjennes best ut eller ved å registrere hvordan hun ligger på benken. I situasjonen der P ligger på rygg legger hun først ikke merke til at det er forskjell på beina - hvordan de berører benken. Kroppen framstår som fremmed og ukjent. Ved å rette oppmerksomheten mot egen kropp, gjennom både dialog og fasilitering, kjenner hun omsider forskjellen. F legger til rette for at P skal erfare egen kropp, rette oppmerksomheten mot seg selv og kjenne etter i egen kropp. På denne måten erfarer hun også seg selv *via* kroppen.

Den ukjente kroppen gjør det vanskelig å nyansere det hun kjenner. Hun legger ikke merke til om hun er anspent i muskulaturen, om hun holder igjen eller om hun er avslappet. Smerten og slitenheten har vært dominerende i så lang tid at kroppen muligens har mistet sensitiviteten for andre kroppslige følelser. Samtidig er det vanskelig for henne å definere og gi et nyansert bilde av slitenheten. Trolig kan dette ses i lys av at P selv ikke har

aksepterer slitenheten og utmattelsen. Dette kan ha sammenheng med hvordan samfunnets normer uttrykker hva som er aksepterte lidelser og ikke. *"det er jo ikke slik det skal være"*, sier P. Hun gjør det som er forventet av henne – den beredte kroppen – og der er det ikke rom for å slappe av eller ta hensyn til seg selv og egne behov. På den måten kan kroppen bli glemt og oversett, og over tid også bli "ukjent".

### ***Kroppslig betrakterforhold***

I et kroppsfenomenologisk perspektiv framheves kroppen både som subjekt og objekt og at de dimensjonene er uløselig knyttet til og rettet mot verden. Vår rettethet mot verden omtales i fenomenologiske termer som intensjonalitet (Merleau-Ponty, 1994). Det gjør at vår oppmerksomhet er rettet mot en verden der vi persiperer omgivelsene våre ureflektert. Verden er i vårt aktive og bevisste oppmerksomhetsfelt, ikke kroppen (Thornquist, 2012b). Ved sykdom og smerte flyttes oppmerksomheten vår – vekk fra verden og inn mot kroppen (Leder, 1990). Den smertefulle kroppen blir erfart som noe utenfor en selv, og kroppen blir et objekt for vår persepsjon. Jeg "er" ikke lengre min kropp, men "har" en kropp. Det oppstår et betrakterforhold til egen kropp, noe som skaper en intensjonal forstyrrelse.

Ut i fra det dette perspektivet kan Ps forhold til egen kropp forstås som et betrakterforhold. Det er smertene hun kjenner, og det er de som legger føringer for valgene hun tar. Leder skriver at smerte blir forstyrrelser i ens habituelle verden. Man får en ny relasjon til egen kropp, og kroppen oppleves som fremmed. Dette ligger til grunn for at smerte blir beskrevet som "den" og ikke "jeg" både av pasienter og helsefagsutøvere (ibid.). Smerten blir noe fremmed, noe utenfor henne selv og som hun ikke har styring over. Dersom vi trekker inn slitenheten som også oppleves som en begrensning på hennes habituelle verden, hennes mulighet for engasjering i verden som væren-i-verden, kan kroppens objekt-status bli ytterligere styrket. Men slitenheten blir straks vanskeligere å beskrive for pasienten, den er både u-definerbar og varierende. Også slitenheten blir omtalt som "den". Det er ikke "hun" som er sliten, men det er "den" som gjør at hun ikke får vært like sosial og aktiv som hun kunne ønsket.

F utforsker hva P legger i det å lytte til egen kropp, eksempelvis i forbindelse med å ta avgjørelse om hun skal gå tur eller ikke. For P er dette vanskelig å definere, og sier det er smertene og slitenheten som i stor grad avgjør om hun skal gå tur eller ikke. Det framstår

likevel nokså tilfeldig om hun velger å gå eller ikke; ”når jeg først har bestemt meg, så drar jeg på tur”.

Øien et.al (2009) viser i en studie at pasienter som ser seg selv som et objekt, der kroppen skal repareres, opplever mindre kroppslig endring i et PMF- behandlingsforløp enn de som ser kroppen som både subjekt og objekt. Å fremme kontakt med egen kropp og kroppslige signaler kan styrke subjektstatusen av seg selv – noe som kan være hensiktsmessig også i dette pasienttilfellet.

### **Den upålitelige kroppen**

I et sosial og kulturelt perspektiv kan ulike helseproblemer være hensiktsmessig. F trekker i intervjuet fram hvordan sykdom og slitenhet kan gi sekundærgevinster. Ved at *den*, *slitenheten*, setter begrensninger for hva P skal gjøre. Det er *den* som setter begrensninger, ikke *hun* som ikke ønsker å gå de turene, eller være i de sosiale settingene. At slitenheten omtales som noe utenfor *hennes* selv, kan gjøre det enklere å si ifra dersom det er noe hun ikke ønsker. Dette kan forstås som en sekundærgevinst. I mange medisinske tilfeller kan slike sekundærgevinster som følge av sykdom forekomme, og somatiske plager ofte blir en inngangsbillett til helsevesenet (Kringlen, 2012).

Kroppen har som følge av slitenheten en varierende dagsform. Kroppen framstår som en upålitelig følgesvenn som gjør det vanskelig for henne å gjøre valg i hverdagen. Hva som kjennes best ut, hva som er fornuftig og hva hun har lyst til er ikke alltid samsvarende med det kroppen vil. P trekker også fram de sprikende rådene hun får fra alle rundt seg. Det eneste som framtrer som stabilt i hennes situasjon, er kroppens pålitelige upålitelighet. Kroppen kan alltid være en unnskyldning når det trengs. På den måten kan den varierende dagsformen og slitenheten være en unnskyldning for å ta det ene eller andre valget.

I lys av den biomedisinske tradisjonen er ikke slitenhet en ”skikkelig” diagnose, men et symptom som framkommer ved mange ulike tilstander og i ulike former (Hareide et al., 2011; Malt et al., 2002). P har trolig ikke opplevd den sekundærgevinsten som F trekker fram, nettopp på grunn av den fraværende legitimiteten ”slitenhetssyndrom” har som diagnose, i medisinsk forstand. P har heller ikke dratt nytte av helsevesenet eller brukt diagnosen som inngangsbillett: hun har blitt en kasteball i systemet med flere utredninger

og behandlingstilnærminger uten klare funn eller bedring i helsetilstand. Betrakterforholdet til egen kropp og til egen slitenhet er fortsatt gjeldende for henne. Det er ikke *hun* som er sliten eller ikke mestrer utfordringene i livet sitt, hun har uheldigvis blitt rammet av denne slitenheten.

#### 4.3.5 Oppsummert hovedtema Kropp

Pasienten har et urolig kroppsuttrykk som kan forstås som en strategi for å holde følelser tilbake og forhindre at hun framstår som sårbar. Hun har vanskelig for å la seg bevege passivt, samtidig som hun selv ikke kan skille mellom å hjelpe til eller gi motstand. Kroppskontakten anses som redusert, både med utgangspunkt i det som kan observeres i situasjonen og det pasienten verbalt formidler. Ved smertefulle grep eller vanskelige samtaletema uttrykker kroppsspråket noe som kan forstås, noe som et ønske om å fjerne seg fra situasjonen. Utfordringer til å uttrykke seg framstår som et mønster hos henne, som kan gjenspeile både hvordan hun uttrykker seg i livet for øvrig. Kroppslig har pasienten et aktiv holdning- og bevegelsesmønster. Hun holder seg aktivt oppe ved hjelp av ryggen – noe som gir inntrykk av behov for kontroll og liten sårbarhet. Respirasjonen blir holdt både ved smertefulle grep under palpasjonen og ved konsentrasjon. Alt dette framkommer som en del av pasienten vanemessige holdnings- og bevegelsesmønster, og er delfunksjoner som samlet skaper det helhetlige inntrykket man får av pasientens helseproblem.

#### 4.4 Hovedtema 2: Levd liv

Forståelsen av at levd liv forankres i kroppen står sterkt i PMF. Kroppen kan aldri forstås løsrevet fra sin historie (Gretland, 2007; Thornquist & Bunkan, 1995). De handlinger som utspiller seg i dag er preget av vår fortid og tidligere erfaringer (Gretland, 2007).

Pasientens levde liv og erfaringer framtrer som vesentlige for å forstå den slitenheten hun opplever i dag. En viktig del av hennes historie er også hennes forhold til nære relasjoner – som hun i dag opplever utfordringer med.

Dette hovedtemaet belyser hvordan slitenheten pasienten opplever påvirker også hennes sosiale liv og relasjoner. I tillegg vil pasientens forhold til egen forhistorie, erfaringer og forventninger til framtidien bli belyst. Undersøkelsen legger vekt på at pasienten skal få muligheten til å selv knytte forbindelse mellom levd liv og kropp, med relasjoner, erfaringer og opplevelser.

#### 4.4.1 Relasjonelt

P trekker fram relasjonelle og sosiale sider ved de helseutfordringene hun opplever. Gjennom hele undersøkelsen får en inntrykk av at det relasjonelle og sosiale er viktig for henne. Hun føler ofte at hun ikke strekker til og at hun ikke mestrer å framstå slik hun *bør* og *skal* i disse relasjonene.

#### *Samspill med andre*

P forteller at hun ofte faller tilbake til negativt tankemønster rundt ensomhet og seg selv i møte med venner og familie. P har gått i samtalerapi for å bearbeide dette, men opplever at hun fortsatt faller tilbake til disse negative tankene.

- P: ... *Nei, jeg faller gjerne tilbake til mønster med ensomhet og det å være alene og ... føle at en ikke strekker til. Ikke er bra nok.* Ler litt forsiktig. Fikler med fingrene sine.
- F: *Snakker du om en ensomhetsfølelse, eller er du mye alene?*
- P: *Jeg er veldig mye alene.* Fikler med fingrene.
- F: *Mhm.* F sitter rolig og ser på P. Holder blikkontakt.
- P: *Ja ... folk går jo ikke på besøk til hverandre lengre. Så det ... jeg har aldri besøk.* Ler litt forsiktig. Ser i taket, ser på F. Klør seg i hodet, dingler med foten. Sitter urolig.  
*Off, det høres så patetisk ut når jeg sitter og snakker sånn, men det er faktisk realiteten.* Ler forsiktig, noe usikkert. Rister på hodet. Ser vekk fra F.
- F: ... *Ja, er det litt sånn flaut å si det eller?* Sitter rolig, ser på P.
- P: *Ja, for det er jo ikke sånn det skal være. ... Man skal jo ha stor, flott omgangskrets og være dyktig på alle områder, så det er jo litt sjangeren det med store hageselskap og ... Og når du hele tiden er alene eller hele tiden hjemme alene, så det er jo klart det at ...* P tar en pause. Ser vekk.  
*Men jeg har jo flyttet mye, så jeg har på en måte aldri fått den basen som mange har, de som har bodd på samme plass i mange, mange år. De har den gjengen de har vokst opp sammen og den mister du ikke, og så ... Da tror jeg ting er litt annerledes.* Sitter urolig når hun snakker om dette. Veksler på å se på F og se i gulvet og i veggen.

Ensomhetsfølelsen er utfordrende for P. Hun er mye alene og har sjeldent besøk. Hun gir uttrykk for at dette er noe hun synes er trist og som hun ønsket var annerledes. F holder oppmerksomheten rettet mot P. Etter en stund sier P at det høres patetisk ut når hun forteller om dette, og sitter da urolig på stolen. F plukker opp det kroppslige uttrykket, og spør om det er ”flaut” å fortelle at hun er ensom. P bekrefter at det er flaut fordi det ”ikke er sånn det skal være”. P knytter flyttingen til at hun ikke har fått den stabile omgangskretsen som mange har, og ser dette i sammenheng med ensomhetsfølelsen. Det

er tydelig at dette er et sårt tema for P på bakgrunn av hennes kroppslige uttrykk og framtoning. F holder tråden og utforsker P sin omgangskrets.

- F: *Har du én god venn, eller noen gode venner da?*  
P: *Jeg har en damegjeng som treffes innimellom. Der har jeg to-tre stykker som jeg er litt mer sammen med. De har jeg nærere kontakt med og kan snakke litt med, men det begrenser litt hvor mye du kan drive og bruke de der venninnene dine og på en måte, med de tingene, det blir sånn at du gjentar deg selv. ... Pasienten ler og ser vekk. Sitter urolig. Ser vekk fra F.*  
F: *Men når du sier at du gjentar deg selv, hva er det du typisk gjentar da?*  
P: *Nei, si det. Godt spørsmål det da. Vet ikke helt hva jeg skal si om det egentlig, om det er noe med ... Trekker pusten og ser på F. Når du får sånne runder der ting ikke er helt OK, så trenger du kanskje ikke å bruke bestevennene dine på det hver gang. Ser i gulvet og dingler med foten.*  
F: *For hvis du bruker bestevennene dine på det, hva skjer da? F sitter rolig og ser på P.*  
P: *Nei, jeg vet ikke hva som skjer, men det kan jo være at de får litt nok og. Trommer med fingrene. Ser ned.*  
F: *Ja, at de blir lei av deg?*  
P: *Kan kanskje være hyggelig å høre noe annet enn at ting ikke er OK. ... synes jeg da.*  
F: *Ja? Du blir lei hvis folk kommer til deg og forteller om problemene sine?*  
P: *Nei, det er sjeldent de gjør da. Kunne godt tenkt meg at de gjorde det. Ler litt forsiktig. Rister lett på hodet.*  
F: *Du kunne det ja? Og hvorfor det da?*  
P: *Nei, det er en tillitserklæring da, tenker jeg.*  
F: *Det er en tillitserklæring. Som du ikke skal belaste andre med å få?*  
P: *Ja. Ler og ser vekk. Klør seg på armen sin og fikler med armbåndet.*  
F: *Men tenker du at du er redd for å belaste vennene dine, at de skal bli lei av deg?*  
P: *Jeg vil gjerne være litt annerledes enn jeg er, kanskje. Være sånn som jeg egentlig skulle vært. Full av energi og humor og, eller godt humør da. Litt overskudd og godt humør. Litt ovenpå. Litt artigere å være sammen med sånne enn sånne som hele tiden synes ting er tungt.*  
F: *(...) Ja, så det er mer at du prøver å tenke deg til hva som er deres behov enn egentlig hva som er ditt behov?*  
P: *Kombinasjon sikkert.*  
F: *Så, hva er ditt behov i møte med dem?*  
P: *... Det er jo generelt å ha det hyggelig, koselig, ha tid til å sette seg ned. Ja, diskutere helt andre ting. Det er jo fint det og.*

P har et ønske om å være sosial med vennene sine, men opplever at det ikke blir helt slik hun kunne tenkt seg på grunn av slitenheten. Hun ønsker at både situasjonen og hun selv skal være annerledes. Hun vil gjerne framstå full av energi og godt humør, men får det ikke til. Når F spør henne om hun har behov for å snakke med noen om de tingene i livet som er tøft og vanskelig trekker hun fram at hun er redd vennene ”får litt nok”. Det virker

som P har et ambivalent forhold til vennene sine. På den ene siden snakker hun litt med de nærmeste om problemene sine. På den andre siden vil hun ikke belaste dem. Hun synes det er fint å ha det hyggelig sammen med dem, samtidig som de får henne til å ønske at hun var annerledes. Det uttrykkes et ønske om ikke å framstå som sårbar eller at hun har noen behov – verken i møte med venner eller i denne undersøkelsessituasjonen.

Jeg var interessert i hva F tenkte rundt dette. Det følgende sitatet er fra intervjuet med fysioterapeuten etter å ha sett denne sekvensen på filmen.

*... slik jeg forstår det så har hun jo egentlig behov for at det er noen som vil møte henne og som vil høre litt hvordan hun har det. Men det vil hun egentlig ikke innrømme. Og når du ikke vil innrømme det for seg selv, så skal det litt til å be om å få det du trenger hos andre. ... Antakelig er hun litt redd for at andre skal bli lei av henne, at hun ikke er vellykket nok eller blid nok, at de skal bli belastet ...*

#### **“... hvis jeg hadde blitt støttet”**

Slitenhetsproblematikken har vedvart de siste 8 årene. Hun har vært av og på med sykemeldinger, noe som i seg selv har vært utforende. For noen år siden toppet det seg, og hun ble 100% sykemeldt. P forteller i neste utsnitt rundt støtten fra jobb.

*Jeg hadde en runde for fire år siden hvor jeg også var veldig gåen. Men jeg ble ikke trodd, vet du, sant nei. Det er noe med dette, på jobben. Så ... For hvis jeg hadde fått, men det er jo HVIS, sant ja, det vet jeg jo ikke, men hvis jeg kanskje den gangen hadde blitt ... blitt støttet da, så kan det jo hende at jeg hadde blitt frisk den gangen. Men det vet en jo ikke.*

P uttrykker seg her med en utydelighet, og er forsiktig med å si at hun ville blitt frisk om hun hadde blitt støttet. Hun forteller lite om hvordan hun gikk fram for å få den støtten hun sier hun hadde behov for. Hun opplevde at hun ikke ble møtt med forståelse og presset seg da videre i jobb. I intervjuet med fysioterapeuten spurte jeg om hun ser igjen opplevelsen av ikke å bli trodd og støttet hos andre med slitenhetsproblematikk. F svarte:

*... jeg vil absolutt si at de (pasienter med slitenhetsproblematikk) ofte har mye relasjonelle problemer, påstår at andre ikke forstår dem, andre ikke er interessert i å høre på hvordan de har det. ... Det vil de ikke innrømme, men jeg oppfatter de ofte som bitter, skuffet over andre mennesker. Så jeg jobber en del med det å få dem til å tørre og innrømme og kjenne på at de faktisk har noen behov. Ikke skamme seg over dem, men helle bruke den informasjonen til å komme inn i bedre samspill med andre mennesker.*

F forteller at opplevelsen av ikke å bli forstått og trodd av andre er noe hun ser igjen hos pasienter med slitenhetsproblematikk. Det kan det være vanskelig å uttrykke behovet for støtte dersom en ikke har kontakt med dette selv. Opplevelsen av ikke å bli støttet på jobb kan derfor ses i sammenheng med hvilken evne P har hatt for å be om denne støtten eller hvordan hun har gått fram for å få hjelp dersom hun hadde bedt om det.

#### 4.4.2 Diskusjon: Relasjonelt

##### *Den sosiale kroppen*

Som sosiale vesener lever vi mennesker i samspill med andre og omgivelsene. Helt fra barndommen lærer vi å se oss selv ut fra andres oppfatning av oss (Bourdieu et al., 1999). Vi forstår oss selv i lys av andres reaksjoner, bekreftelser, forventninger og avvísninger. For å bygge opp det bildet vi har av hvem vi er, vårt selvbylde og vår egen selvrespekt er vi avhengige av andres reaksjoner (Thornquist, 2009). P forteller at hun er mye alene og føler seg ensom. Dette forklarer hun med at folk ikke går på besøk til hverandre lenger. Hun flytter fokus vekk fra *følelsen* av å være ensom og alene til at det er *slik det er*. Hun snakker med rolig tempo og tydelig stemme og gir verbalt uttrykk for at dette er noe hun har akseptert. Det kroppslige uttrykket oppleves på samme tid motstridende i forhold til det hun verbalt forteller. F oppfatter Ps uttrykk som en følelse av at dette er flaut og noe hun skammer seg over.

Ps opplevelse av å være ensom vil trolig påvirke hennes syn på seg selv og hvordan hun opplever å bli oppfattet av andre. Hennes selvfølelse kan ses i lys av Bourdieus begrep symbolsk kapital. Å bety noe for noen, å være viktig for noen inngår i vår symbolske kapital, og påvirker på mange måter hvordan vi anser vår eksistensberettigelse (Bourdieu et al., 1999). Selvfølelse, manerer og talemåter, utdannelse, rikdom og sosial posisjon markerer sosiale forskjeller. Dette er former for sosial kapital, og gir oss bedre grunnlag for å nå våre ambisjoner om å beherske verden (Gretland, 2007). Våre verdier er likevel verdiløse dersom de ikke blir verdsatt av menneskene rundt oss, slik at vi kan nyte deres anerkjennelse og aktelse, skriver Bourdieu (1999). Denne anerkjennelse ønsker vi fra personer som vi i utgangspunktet har mye til felles med.

P forteller ved flere anledninger at hun sammenligner seg med personer som i utgangspunktet er lik henne selv. Dette er både kollegaer, naboer og venninner. Hun har et



ønske om å være annerledes – mer lik dem. Hun trekker fram det å ha overskudd, flotte hageselskap og stor vennekrets. Det er det hun, i Bourdieus termer, anser som symbolsk kapital. Den symbolske kapitalen blir et tegn på at man betyr noe, at man er viktig eller god nok. P omtaler disse personene som vellykkede, sammenlignet med seg selv; som er skilt, ikke har utdanning og er sykemeldt. Å anse seg selv med mindre kapital og mindre verdi enn andre kan forståelig oppleves som en belastning. Hennes opplevelse av ikke å hevde seg eller strekke til er en utfordring, og en belastning. Dette vil også være en byrde på kroppen som P må bære. Og det er nettopp den *sosiale* kroppen P trekker fram som knyttes til slitenheten. Om det er den sosiale kroppen som bidrar mest til, eller påvirkes mest av slitenheten, er vanskelig for P å si. Kanskje er det to sider av samme sak.

### **Den lukkede kroppen**

P beskriver normativt hvordan man som sosiale *skal* være; blid og fornøyd, ha stor omgangskrets og ikke prate om de tingene i livet som er vanskelig. Som sosiale vesener er likevel det å bli lyttet til og få bekreftelse av andre, viktig gjennom livet. ”*Ethvert menneske må bli hørt, dersom det skal kunne betrakte seg selv som meningsberettiget*”, skriver Thornquist (2009, p. 128). P ønsker ikke å dele sine bekymringer med andre, men holde det for seg selv, bite det i seg. På den ene siden gir hun uttrykk for at hun har valgt å ikke dele bekymringene sine. På den andre siden kan det tenkes at hun ikke tror hun kan dele det, eller at andre ikke vil lytte til henne og på den måten redd for å falle i deres aktelse.

Å uttrykke behov, ønsker og i det hele tatt ta plass i de relasjonene man er i, kan ses i lys av Bourdieus perspektiver. Han understreker at vår relasjon til verden og vår plass i verden uttrykkes gjennom den tiden og det rommet vi føler oss berettiget til å kreve av andre (Bourdieu, 1995, p. 229). Han omtaler dette som vår menneskelige stedsans - en praktisk måte å erfare og uttrykke følelsen av sosial verdi på. P begrenser sin bruk av både det sosiale og fysiske rommet i møte med andre. I møte med vennene sine ønsker hun ikke å belaste dem med sine plager og vanskeligheter. I undersøkelsen tar hun liten plass i det fysiske rommet, med liten understøttelsesflate og et lukket kroppsuttrykk. Samtidig tar hun liten plass i undersøkelsen ved ikke å greie ut om sine problemer, lar F ta styringen i samhandlingen og er tilbakeholden med egne utfordringer. Hun begrenser bruken av de omgivelsene hun er i. Dette kan også ses i lys av hvordan hun kroppslig begrenser egne

følelser i å komme til uttrykk, og gjennom det begrenser kontakten med sitt eget følelsesliv. Det er en lukkethet i kroppsmønsteret som bærer preg av å ta liten plass, holde andre på avstand, og holde egne følelser på avstand. Et slikt kroppsmønster kan forstås å være belastende, også om det er ubevisst.

### **Støtte og forståelse**

Flere studier viser sammenheng mellom sosial støtte og sykdomsbelastning for pasienter med utmattelsesproblematikk (Jason et al., 2003; Lutgendorf et al., 1995). I all medisinsk behandling er det en forutsetning med anerkjennelse av at pasientens symptomer er virkelige og skaper subjektivt ubehag (Malt et al., 2002). Flere pasienter med utmattelsesproblematikk har erfart at det å ikke bli trodd eller tatt seriøst i helsefaglige møter (Hareide et al., 2011). Samtidig er det flere som rapporterer at de ikke blir støttet eller trodd verken av familie eller venner. Ofte er dette på grunn av sykdommens upresise fremtredelsesform som i medisinsk terminologi gjerne uttrykkes som diffuse symptomer og kategoriseres som ”diffus lidelse”, slik det ble redegjort for i innledning. P har prøvd flere utredninger og behandlingstilnærminger som verken har gitt forklaring på slitenhet eller hjelp til bedring. Disse erfaringene kan også styrke opplevelsen av ikke å bli anerkjent, lyttet til eller respektert. Pasienter ønsker anerkjennelse og forståelse for helseplagene de opplever. P framstiller egne utfordringer med beskjedenhet. Dette kan ses i sammenheng med de negative erfaringene hun har gjort av å ikke bli støttet og trodd tidligere, og har nå en tillært strategi for å ikke bli skuffet igjen.

P trekker i intervjuet fram at det var godt å møte tydelighet hos F i undersøkelsen. Hun opplevde at undersøkelsen var grundig og at hun ble tatt på alvor, noe som kan være en ressurs for pasientens utforskning i egen utydelighet. P framstår som utydelig i sin væremåte og i sine beskrivelser. F sin tydelighet gjør det enklere for P å reflektere rundt de kroppslige funnene som kommer fram. Samtidig blir det hun opplever som utfordrende forstått som viktig og reelt. F bagatelliserer ikke de utsagnene P kommer med, selv om hun selv tidvis ler det vekk. Opplevelsen av F som tydelig kan også forstås i lys av hvordan F får fram tydelige kroppsfunn hos P som tidligere har blitt ansett som diffuse og utydelige. P presenterer tilstanden diffust selv, og hun har et uklart bilde av hvilke symptomer hun kjenner, hva som gjør at hun blir sliten, hvordan det kjennes ut og oppleves. Gjennom refleksjon og dialog med P, får F tilstanden til å bli mer konkret –for P.

#### 4.4.3 En undersøkelse i livsløpsperspektiv

Ps forhold til eget levde liv og erfaringer byr på frustrasjon og oppgitthet. P formidler både verbalt og kroppslig deler av sin historie, noe som setter hennes helseutfordring inn i en større kontekst. Forventninger til framtiden framstilles med en motløshet. I et sosialt perspektiv kan forventninger for framtiden bli forstått i lys av tidligere erfaringer (Gretland, 2007). Fortid og framtid ses derfor i sammenheng, noe som også kommer tydelig fram gjennom den psykomotoriske undersøkelsen.

#### Å se kroppens funksjoner i sammenheng

Slitenheten blir utforsket i lys av flere aspekter ved pasientens liv. F innehar en forkunnskap og faglig kunnskap rundt vedvarende utmattelse og slitenhetsproblematikk, og etterspør i anamnesen hvilke andre plager P opplever ut over slitenheten. Informasjonen P kommer med blir gjennom undersøkelsen en del av et helhetlig bilde av pasienten – ikke bare sykdommen eller lidelsen hun kommer for.

Tid: 00:00 – 03:50 (Film 1)

- F: Fortell litt mer om hva slags andre plager du har, som du tenker har forbindelse med slitenheten. Sitter rolig på stolen. Ser på P.
- P: Ehm. ... ja, muskelsmerter da. Fikler med fingrene sine.
- F: I hele kroppen eller?
- P: Spesielt føtter og hofter. Mest i store muskelgrupper.
- F: Store muskelgrupper ja. ... Fungerer magen?
- P: Nei, jeg har bestandig slitt med mage-tarm. Det er noe som bestandig på en måte... Så der prøver jeg faktisk en sånn low-food-diett akkurat nå da, for å prøve å se om det er noe mat jeg kan holde meg unna. For jeg har fått beskjed om at jeg har nervøs tarm. Det burde jeg ha gjort noe med det for lenge siden, men det har liksom aldri blitt så veldig tema.  
Ser ned. Sitter urolig.
- F: Du sa bestandig. Er det fra barndommen eller?
- P: Ja, det tror jeg må være fra barndommen av. Bestandig hatt litt sånn urolig mage. ... Jeg har både vært på coloskopi og gastroskopi, men de sier jo bare at det er ... ja, nervøs tarm.
- F: mhm. Nervøs tarm ja... Ja, er det noe annet du kommer på?
- P: Nei.
- F: Bryst?
- P: Ja, jeg har jo ... men det er bedre nå ... siste halvåret kanskje da. Tar seg på brystet med høyrearmen. Sukker, ser ned.
- F: Ja?
- P: Sånn ... Banker seg på brystet forsiktig med høyrearmen ... Men jeg har ... slitt ganske mye med det da. Men det er sikkert i perioder der det er ekstra mye. Ler

forsiktig. ... *Og så sliter jeg selvfølgelig med nattesøvn. Det er jo noe som følger med.*

F: *Ja? Er det vanskelig og sovne, eller våkner du?*

P: *Jeg sovner greit stort sett, våkner tidlig. Sover veldig, veldig lett.*

Videre spør F om faktorer som syn, hud, hår, mage og immunforsvar. Dette er relevant informasjon både om kroppens totale balanse, men også i forhold til symptom bildet ved de ulike utmattelsestilstandene.

På spørsmålet om hvilke andre plager P opplever utover slitenheten, er det smertene i legg og hofta som umiddelbart bli presentert. P greier ikke ut om problemene hun opplever i hverdagen, men opprettholder en slags fasade med lite sårbarhet gjennom kroppsuttrykket. Likevel kommer det fram at hun både har smerter, utfordringer med mage-tarm som hun har slitt med siden barndommen, hjertebank og problemer med nattesøvnen. F ser kroppens funksjoner i sammenheng og viser en helhetlig tilnærming til helseproblemet. Gjennom dialog og samspill får hun innsikt i hvor helhetlig P selv ser sine plager. P presenterer ikke helseplagene sine i en sammenheng, men trekker heller linjer tilbake til plager tidligere i livet. ”*Det alltid har vært sånn*”, sier hun. Selv snakker P mest om utfordringer i sin ”sosiale kropp”, med tilkortkommenhet, gale valg, forventninger fra andre og ønske om å være annerledes. Dette ser hun i sammenheng med slitenheten hun opplever i dag, men presenterer ikke en innbyrdes sammenheng mellom de ulike utfordringene.

### **Levd liv – fortidens spor**

F søker å få kjennskap til P sitt liv forut for sykdommen og faktorer som kan ha medvirket til helsesituasjonen hennes i dag. Det kommer fram flere forhold fra Ps forhistorie som kan ses i sammenheng med slitenheten. F og P utforsker disse forholdene sammen. P belyser tanker, frustrasjoner og bekymringer både over fortiden og det som venter i framtiden.

P får spørsmål om hvilke tanker hun selv har om hvorfor hun er så sliten. P ytrer frustrasjon over mangel på klart svar, og forteller om omfattende runder med behandling hos flere instanser uten helsemessig bedring. Frustrasjonen er også rettet mot at hun ikke har blitt frisk, både fordi hun har ”*prøvd alt*” og fordi hun har brukt mye penger på ”*denne kroppen*”.

F spør henne videre om hvilken retning P tror slitenheten handler om. P svarer følgende:

*I grove trekk så har det mye med at jeg fra barns av sikkert aldri følt at en har vært bra nok på noen vis, og tatt ganske mange valg oppgjennom som har vært valg som kanskje ikke skulle tatt, som jeg ikke har tatt ut fra egne ønsker, men fordi jeg trodde andre forventet at jeg skulle gjøre det. Og det har jo endt med mer enn én skilsmisse, barn med ulike menn, ikke en ordentlig utdanning og en jobb som jeg kanskje ikke trives kjempegodt i. I grove trekk så har nok det... og da sitter du igjen med en veldig følelse av at du er mislykket.*

P sitter veldig urolig når hun forteller om dette og gir på nytt inntrykk av å holde følelser tilbake. F oppsummerer og spør om det startet med at hun ikke var god nok, og sluttet med at hun var mislykket. P bekrefter, og ler det hele litt bort.

I stor grad har P negative tanker rundt seg selv, eget liv og egen situasjon. Slike negative tankemønstre har fulgt henne i store deler av livet. Dette ser hun i dag i sammenheng med slitenheten. Gjennom livet har hun ofte ikke tatt valg ut fra egne ønsker, men ut fra det hun har trodd har vært forventet av henne. Hun har ikke aktivt tatt styring over seg selv, men latt andres meninger og forventninger vise vei. Dette mener hun har resultert i den situasjonen hun befinner seg i, i dag. Flere skilsmisser, ingen utdanning eller jobb hun trives i gir henne en følelse av å være mislykket. Kroppsspråket tyder på at dette er belastende for henne. F gir henne bekræftelse ved å nikke og holde fokuset mot henne og gir henne rom for å fortelle om disse tingene.

F presenterer i intervjuet hvordan ulike personlighetstyper forholder seg til å ta egne valg, noe som hun anser svært relevant for P sitt tilfelle. Mange pasienter med utmattelses- og slitenhetsproblematikk kan være mer nærtagende sammenlignet med andre:

*Hun (P) sier at hun har gjort en del ting, tatt en del valg i livet, ikke fordi hun har lyst til det selv, men fordi det har vært forventet av henne. Og den her litt nærtagende personlighetstypen er veldig sensitiv i forhold til hva andre ønsker og vil, og kan ha dårligere kontakt med sine egne ønsker og behov.*

F antyder her at personer med denne type helseproblematikk kan falle inn i et mønster av å føye seg for andre, ta mer hensyn til andres forventninger og ønsker framfor sine egne. Dialog og nye kroppslige erfaringer av hvordan hun forholder seg til seg selv kan bidra til at P kan gjøre bedre og mer hensiktsmessige valg i framtiden. Refleksjoner rundt

forhistorie, nåtid og fremtid kan bidra til ny innsikt som på sikt kan virke positivt både på helsen og evnen til å ta selvstendige valg.

### *Framtidens muligheter*

Parallelt med frustrasjon over fortiden har P bekymringer for framtiden. Hun har en forventning om at framtiden vil bli vanskelig og tøff for henne. Hun forteller at hun skal flytte, og bekymrer seg for hvordan hun skal få overskudd til det. Bekymringene tar energi og påvirker både humør og helse.

*Jeg blir veldig sliten på jobb. ... Men jeg synes det er så vanskelig å vite om det er jobben som tapper meg eller om det er andre ting. Kanskje skulle jeg funnet meg en annen jobb, men jeg har ikke noe utdannelse. Og så ... får jeg ikke noe annet, og så tenker jeg nei, ... så gir du opp den prosessen, og tenker at ingen vil ha deg når du er sykemeldt allikevel. Det blir en vond sirkel det der.*

Hun ser på jobben som utfordrende helsemessig. Det virker som hun har et ønske om ny jobb, men tror ingen vil ha henne da hun ikke har utdannelse og er sykemeldt. På nytt trekker P inn at hun er fanget i en *vond sirkel* hun ikke kommer ut av. De vonde sirklene P presenterer og bekymringene tapper henne for energi. F spør hva hun legger i det at noe *tapper* henne for energi:

- P: *Ja, det må jo være ett eller annet som tapper meg, som gjør at jeg ikke kommer meg ovenpå igjen. ... (...) Det er klart at, når du sover litt for dårlig og tenker litt for mye og kanskje ikke 100 % på jobb ... det suger jo sikkert energi.*
- F: *Når du sier at du tenker litt for mye, vi du si at det er tanker rundt det som har vært og grubling over det, eller er det mer bekymring for det som ligger framover? Ser på P.*
- P: *Nei, nå er det mer framover. Det jeg har gjort må jeg bare gjøre sånn med. Kaster hendene bakover, viser at hun kaster det bak seg. Det har jeg på en måte lært meg. Det kan jeg ikke gjøre noe med. Nei. ... dessverre.*
- F: *Nei. ... Ja. Så når du sier dessverre, så er det ting der som du .. (avbrutt)*
- P: *..ja. Mye det. Ser ned.*
- F: *... Når det er ting framover hvilke ting er det som ligger der framme og er det alt mulig småtteri eller er det særlig ting knyttet til nåtiden nå?*
- P: *Ja, det er det jo. Helsa mi er jo en stor bekymring. ... Økonomien er en stor bekymring, jeg er jo alene, ... Hva gjør jeg i forhold til jobb, det er en stor bekymring. Hvordan skal jeg klare å flytte, hvordan skal jeg klare å finne overskuddet til å flytte når jeg nå har solgt hus og kjøpt meg nytt hus? Det er slike ting. Småting har jeg sluttet og bekymret meg for.*
- F: *Men det er noen store spørsmål der. Litt sånn, "hvordan skal det gå"?*
- P: *Ja.*

P skisserer et tydelig bilde av hvor hun ser seg selv stå i dag. Hun har store bekymringer for framtiden og er usikker på hvordan hun skal håndtere disse. Bekymringene påvirker energien hennes, og på nytt ser hun sin totale livssituasjon i sammenheng med slitenheten. Hun er bevisst på hvilke faktorer hun mener spiller inn, men ser det hele er et mønster ikke kommer seg ut av.

F hadde under intervjuet med meg flere tanker rundt hva slitenhet og energi kan handle om. Etter å ha sett den foregående sekvensen på filmen, forteller F i intervjuet:

*Det hun beskriver er egentlig mye motløshet, ikke vet jeg (P) om det er riktige jobben, ikke har jeg noe utdannelse, ikke vet jeg hvor jeg skal, om jeg skal få energi til å flytte. (...) Hun har også en formening om at hun kommer til å bli sliten av å flytte. Så det ligger masse negative forventninger der. Jobben er ikke noe hun gleder seg å gå til, relasjonene er ikke noe som frister å møte. Det er egentlig veldig lite som frister framover. Tvert i mot så er det heller ganske mye som bekymrer framover. Så det er jo ikke noe som stimulerer energifrigjøringsystemet i hjernen akkurat det der.*

F forteller videre om sin terapeutiske tilnærming til energi. Hun jobber ut fra at energi frigjøres framfor at det er noe vi fyller på. Når noe frister foran oss, frigjøres energi slik at vi kan nærme oss det, eller dersom det er noe skummelt vi må fjerne oss fra. For å kjenne på energifrigjøring må vi derfor ha noe positivt å se fram til, noe vi ønsker å nærme oss. Hun forteller at i behandlingen av pasienter med slitenhetsproblematikk i stor grad er rettet mot å få pasientene til å spille på lag med forventningssystemet vi har i kroppen. ”Hvordan skal man gi seg selv noen positive forventninger til morgendagen”. Man kan dermed få pasientene til å kjenne på kroppen hva som føles riktig. Ikke bare tenke at noe høres riktig ut, men bruke de kroppslige signalene til å kjenne hva en egentlig har behov for og ønsker. På den måten kan fysioterapi bidra til å gi gode forventninger til framtiden, til tross for mange negative minner og bekymringer fra fortiden. Hun trekker tråden til P sitt liv og stiller spørsmålene:

*Kan det være noen gode relasjoner i framtiden, kan det være noen gode opplevelser?  
Eller blir det bare den samme traurige jobben og de samme lite givende relasjonene?  
Og den samme slitenheten og den samme ufriheten i forhold til hvilke valg jeg tar?*

#### **4.4.4 Diskusjon: En undersøkelse i livsløpsperspektiv**

Den sentrale forståelsen av kroppen som funksjonell og samspillende enhet er grunnleggende for den psykomotoriske undersøkelsen (Thornquist & Bunkan, 1995). I PMF ses pust, muskulatur, reaksjoner, holdning og bevegelsesmønster i et innbyrdes

gjensidighetsforhold, samtidig som det er pasientens sosiale og historiske kontekst som gir fortolkningsramme for de symptomene pasienten opplever (Øien et al., 2009). Sammen danner de ulike informasjonskildene et helhetsbilde av pasientens helseproblem.

I anamnesen starter F med å spørre P hvilke andre plager hun opplever utover slitenheten. F etterspør både autonome funksjoner, som mage-tarm, immunforsvar og hormonelle tilstander. Ved å få informasjon om dette får fysioterapeuten innblikk i pasientens generelle balanse (Thornquist & Bunkan, 1995). Tidligere undersøkelser har konkludert med nervøs tarm, uten at det har blitt stilt spørsmål ved årsaken eller psykiske og emosjonelle faktorer som kan ha spilt inn. I PMF-perspektiv kan sykdommer og plager som er knyttet til naturlige funksjoner forstås som et resultat av lengre tids dysfunksjon og ubalanse. Dette kan også omhandle følelsesmessig ubalanse med begrunnelse i den nære sammenhengen mellom vegetative funksjoner og følelser (ibid.). I lys av de belastningene P opplever og har opplevd, er det nærliggende å tro at hennes mage- tarmproblemer kan ses i sammenheng med disse livsbelastninger. I undersøkelsen ser vi en pasient som forstår at slitenheten handler om noe mer enn bare det å være sliten. Selv ser hun ikke den innbyrdes gjensidigheten i kroppens funksjoner. Begrensningene knytter hun til sin sosiale kropp, med tilkortkommenhet og begrensninger, og trekker linjer tilbake til barndom og oppvekst. Funnene fra den psykomotoriske undersøkelsen gir inntrykk av en kropp under stor belastning.

De kroppslige tegnene P viser til som kan ha forbindelse med slitenheten, gir et bilde på hvordan denne helsetilstanden påvirker kroppen som helhet. Nedsatt konsentrasjon, muskelsmerter, hjertebank og mage-tarm-problemer kan pasienten forstå som belastning i sin livssituasjon. De kroppslige funnene fra undersøkelsen viser at det ikke kan skilles mellom psyke og soma i slitenheten. Slitenhet er en tilstand som påvirker hele mennesket – med hele dets flertydighet og alle dets kroppslige funksjoner. Dette samsvarer med forskningsfunn som viser til symptomer, for henholdsvis CFS/ME, som kommer til uttrykk både i nervesystemet, bevegelsesapparatet, sirkulasjonsorganene, fordøyelsesorganene og immunforsvaret (V. Wyller, 2008).



### *Levd liv og framtid – den usikre kroppen*

I PMF tenkes det at våre tidligere erfaringer påvirker både vår psykiske utvikling, sosiale funksjon og våre kropper (Thornquist & Bunkan, 1995). Dette svarer til det historiske perspektivet i kroppsfenomenologisen, hvor kroppen er bærer av vår historie (Thornquist, 2009). Bourdieu trekker også fram hvordan vår habitus er et produkt av vår historie og gjenspeiler normer og praksiser i det samfunnet vi har vokst opp i. Vår habitus viderefører tidligere erfaringer gjennom både tanker og handlinger (Bourdieu & Nice, 1990). I den psykomotoriske undersøkelsen blir derfor Ps historie og levde liv av interesse, og gir en ramme for å forstå hennes helseproblem i dag.

I undersøkelsen ser vi en pasient med en fortid som har vært preget av mange usikkerhetsmomenter. Med flere flytterunder og skilsmisser har P mistet sitt sosiale nettverk, og ser selv ensomheten i forbindelse av dette. Nå er hun i ferd med en ny flytterunde. Sett i forlengelse av P sitt sterke ønske om at *”ting skulle vært annerledes”* kan flyttingen være uttrykk for dette. Et behov for å komme seg bort fra noe og starte med nye ark. Hun har flere store bekymringer som tapper henne for energi: ny flytterunde, helsemessig utfordring, økonomisk usikkerhet og lite tilfredsstillende jobbsituasjon. Disse store bekymringene møter hun med en forventning om at det vil bli vanskelig og tøft. Hun tror flyttingen blir problematisk, hun har liten forhåpning til at behandlingen vil hjelpe og tror ikke selv hun kan få seg ny jobb.

Bourdieu (1999) mener at det å oppleve trygghet i tilværelsen, inneha en sosial posisjon og stabile økonomiske og sosiale forhold, impliserer en trygg framtid. Bekymringene til P framstilles med en motløshet og oppgitthet. Hun uttrykker liten optimisme for framtiden. Ambisjonene våre for å mestre framtiden styres av hvordan vi behersker de objektive mulighetene i verden, mener Bourdieu. Dette henger igjen sammen med vår sosiale kapital (Gretland, 2007). Alt P sier om sin sosiale posisjon indikerer mangel på symbolsk kapital. Hun omtaler seg selv som mislykket, lite å være stolt over og lite å se fram mot. *”Jeg har prøvd alt, og ingenting hjelper”*, som P selv forteller.

Usikkerhetsmomentene blir ytterligere belastninger som P må bære, og hun uttrykker stor usikkerhet om hun er kapabel til å mestre eller endre på. Hun anser seg selv fanget i vonde sirkler hun ikke kommer seg ut av. Med usikkerheten knyttet til egen kropp, egne ressurser

og muligheter, i tillegg usikkerhet i forhold til egne behov og ønsker, bærer livet preg av belastning og negative forventningene til både nåtid og framtid.

#### **4.4.5 Oppsummert Levd liv**

Den psykomotoriske undersøkelsen ser Ps fortid, nåtid og framtid i sammenheng. Gjennom undersøkelsen kommer det fram at det kan knyttes linjer mellom pasientens levde liv og tidligere erfaringer, og den slitenheten hun opplever i dag. De relasjonelle utfordringene, som framstår som viktige for P, ses også i lys av hennes tidligere erfaringer. Samtidig viser denne delen av undersøkelsen hvordan fortiden også virker inn på hvordan P går framtiden i møte. Hun presenterer flere negative både handlings- og tankemønstre og en framtid fylt med mange bekymringer, noe som gjør P motløs.

## 5.0 Avslutning

Formålet med denne studien har vært å belyse slitenhetssyndrom i lys av en psykomotorisk undersøkelse. Hensikten var å undersøke om funnene fra denne undersøkelsen kan bidra med ny og bedre forståelse for dette helseproblemet.

Gjennom dette mastergradsarbeidet har jeg lært mye om både slitenhet som helseproblem og psykomotorisk fysioterapi som fagtradisjon. For å forstå denne helsetilstanden har jeg sett behovet for å bruke andre perspektiver og innfallsvinkler enn det biomedisinen kan tilby. Jeg har lært hvordan kroppen er bærer av egen livshistorie og hvordan samfunnets normer og krav internaliseres. Slitenhetssyndrom kan ut i fra denne undersøkelsen forstås som et bilde på hvordan livsbelastninger som et kroppslig uttrykk. Helsetilstanden gjenspeiler hvordan pasientens historie har blitt en del av hennes kroppslighet, der kroppslige bevegelses- og vanemønstre framstår som belastende.

Utgangspunktet for denne studien var personlig interesse for denne helsetilstanden, samt frustrasjon fra klinisk praksis med følelse av utilstrekkelig kompetanse i møte med denne pasientgruppen. Gjennom dette arbeidet har jeg erfart at jeg både fått skjerpet mitt kliniske blikk i praksis, samtidig som den kliniske og teoretiske kompetanse har blitt styrket. Dette viser hvordan det er gjensidighet og samspill mellom teori og praksis i utvikling av helsefaglig kompetanse. Jeg har også styrket min oppfatning av psykomotorisk fysioterapi som hensiktsmessig tilnærming for å forstå og for å møte denne pasientgruppen.

Denne studien er ikke stor nok, eller tilstrekkelig, for å kunne dokumentere psykomotorisk behandling for pasienter med vedvarende slitenhet. Videre ville det vært interessant med flere kvalitative og større studier om psykomotorisk behandling for denne pasientgruppen. Det ville også vært interessant med forskning på vedvarende utmattelse og slitenhet og psykomotorisk fysioterapi i et kjønnsperspektiv.

## Referanseliste

- Aaron, L. A., & Buchwald, D. (2001). A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. *Ann Intern Med*, 134(9 Pt 2), 868-881.
- Album, D., & Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social science & medicine*, 66(1), 182-188.
- Bourdieu, P. (1995). *Distinksjonen : en sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo: Pax.
- Bourdieu, P. (1996). *Symbolisk makt : artikler i utvalg*. Oslo: Pax.
- Bourdieu, P., & Nice, R. (1990). *The logic of practice*. Oxford: Polity Press.
- Bourdieu, P., Prieur, A., & Ringen, E. (1999). *Meditasjoner*. Oslo: Pax.
- Breitve, M. H., Hynninen, M., & Kvåle, A. (2008). Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 19-26.
- Breitve, M. H., Hynninen, M. J., & Kvale, A. (2010). The effect of psychomotor physical therapy on subjective health complaints and psychological symptoms. *Physiother Res Int*, 15(4), 212-221.
- Bunkan, B. H. (1995). *Psykomotorisk behandling: ad modum Braatøy/Bülow-Hansen : kompendium til bruk i forbindelse med kurs*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Bunkan, B. H. (2003). *Den omfattende kroppsundersøkelsen: manual*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eriksen, T., & Risør, M. (2014). What is called symptom? *A European Journal*, 17(1), 89-102.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Fors, E. A., Jacobsen, H. B., Borchgrevink, P. C., & Stiles, T. C. (2014). Somatiske symptomer uten vesentlig medisinsk forklaring: bakgrunn, nosologi og kliniske betraktninger med relevans for psykologer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(5), 365-377.
- Fønhus, M. S., Larun, L., & Brurberg, K. G. (2011). *Diagnosekriterier for kronisk utmattelsessyndrom* (978-82-8121-417-0). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10143/199732>  
<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Diagnosekriterier+for+kronisk+utmattelsessyndrom.12751.cms>
- Gretland, A. (1999). *Kroppens spor : en utfordring i psykiatrien*. Regionsykehuset i Tromsø, Tromsø.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen: fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Hareide, L., Finset, A., & Wyller, V. B. (2011). Chronic fatigue syndrome: a qualitative investigation of young patient's beliefs and coping strategies. *Disabil Rehabil*, 33(23-24), 2255-2263.
- Helsedirektoratet. (2016, 05.04.16). ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og belektede helseproblemer. 11. Retrieved from <https://finnkode.helsedirektoratet.no/-|icd10|ICD10SysDel|-1|flow>
- Helseforskningsloven. (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven)*. <http://www.lovdato.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskningsloven>: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Ickmans, K., Meeus, M., Kos, D., Clarys, P., Meersdom, G., Lambrecht, L., . . . Nijs, J. (2013). Cognitive performance is of clinical importance, but is unrelated to

- pain severity in women with chronic fatigue syndrome. *Clin Rheumatol*, 32(10), 1475-1485.
- Jason, L. A., Witter, E., & Torres-Harding, S. (2003). Chronic fatigue syndrome, coping, optimism and social support. *Journal of Mental Health*, 12(2), 109-118.
- Kringlen, E. (2012). *Psykiatri* (Vol. 10). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kåresen, S. (2006). *Kronisk tretthetssyndrom: et fysioterapeutisk perspektiv*. S. Kåresen, [Tromsø].
- Larun, L. (2011). *Kronisk utmattelsessyndrom : kunnskap, aktivitet og utfordringer*. (PhD PhD), University of Bergen, Bergen.
- Larun, L., & Malterud, K. (2011). Treningsbehandling ved kronisk utmattelsessyndrom. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 231-236.
- Leder, D. (1990). *The absent body*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lian, O. S. (2014). Hva ligger i navnet? Psykiatriske diagnoser og diagnosenes sosiologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51, 723-728.
- Lian, O. S., & Bondevik, H. (2013). Diagnosenes sosiologi: Medisinske forståelser av utmattede kvinner – før og nå. *Sosiologisk tidsskrift*, 21(04), 329-352.
- Loge, J. H., & Hem, E. (2002). Kronisk tretthet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 1352.
- Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m., (2015).
- Lutgendorf, S. K., Antoni, M. H., Ironson, G., Fletcher, M. A., Penedo, F., Baum, A., . . . Klimas, N. (1995). Physical symptoms of chronic fatigue syndrome are exacerbated by the stress of Hurricane Andrew. *Psychosom Med*, 57(4), 310-323.
- Malt, U. F., Malt, E. A., Blomhoff, S., & Refnin, I. (2002). Funksjonelle somatiske lidelser - en oversikt *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122(14), 1379-1384.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Mathisen, B. R., & Steinsvik, K. (2009). Praktisk erfaring må få mer plass. *Fysioterapeuten*, 16-17.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax.
- Owe, J. f., Næss, H., Gjerne, I. O., Bødtker, J. E., & Tysnes, O.-B. (2016). Utredning ved mistenkt kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 3(136), 227-232.
- Skolbekken, J.-A., Sogne-Møller, v., Ruyter, K. W., & Hovland, B. I. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Forskningsetiske komiteer Retrieved from <https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>.
- Smith, M. E., Haney, E., McDonagh, M., Pappas, M., Daeges, M., Wasson, N., . . . Nelson, H. D. (2015). Treatment of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: A Systematic Review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. *Ann Intern Med*, 162(12), 841-850.
- Steinsvik, K. (2008). *Kunnskap om kroppen mellom grep og begrep*. Dialoger, Stockholm.
- Sviland, R. (2014). Norwegian Psychomotor Physiotherapy and Embodied Narrative Identity. A theory generating study: The University of Bergen.

- Sviland, R., Råheim, M., & Martinsen, K. (2010). Språk - uttrykk for inntrykk. *Matrix*, 2(27), 132-156.
- Thornquist, E. (1995). Musculoskeletal suffering: diagnosis and a variant view. *Sociology of Health & Illness*, 17(2), 166-192.
- Thornquist, E. (1996). Dokumentasjon: Mål(ing) og mening. *Fysioterapeuten*, 9, 14-22.
- Thornquist, E. (1998). Kroppslig erfaring, språk og tenkning. *Fysioterapeuten*, 14, 8-13.
- Thornquist, E. (2005). Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling – En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(01), 30-44.
- Thornquist, E. (2006). Face-to-Face and Hands-On: Assumptions and Assessments in the Physiotherapy Clinic. *Medical Anthropology*, 25(1), 65-97.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2012a). *Movement and interaction: the Sherbourne approach and documentation*. Oslo: Universitetsforl.
- Thornquist, E. (2012b). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. [Bergen]: Fagbokforl.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Pensumtjenesten.
- Thornquist, E., & Gretland, A. (2003). Kropp, samtale og deltakelse. Del 1. To praksissituasjoner - en sammenligning. *Fysioterapeuten*(7), 18-24.
- Winger, A., Ekstedt, M., Wyller, V. B., & Helseth, S. (2014). 'Sometimes it feels as if the world goes on without me': adolescents' experiences of living with chronic fatigue syndrome. *J Clin Nurs*, 23(17-18), 2649-2657.
- Wyller, V. (2008). *Kronisk utmattelsessyndrom hos barn og ungdommer : myalgisk encefalopati (CFS/ME)*. Oslo: Barneklubben, Rikshospitalet.
- Wyller, V., Bjørneklett, A., Brubakk, O., Festvåg, L., Malt, I. F. U., Malterud, K., . . . Larun, L. (2006). *Diagnostisering og behandling av Kronisk utmattelsessyndrom / myalgisk encefalopati (CFS/ME)*. Retrieved from Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/diagnostisering-og-behandling-av-kronisk-utmattelsessyndrom-myalgisk-encefalopati-cfs-me>
- Wyller, V. B., Reme, S. E., & Mollnes, T. E. (2015). Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati – sykdomsmekanismer, diagnostikk og behandling. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135(23/24), 2172-2175.
- Young, I. M. (1980). Throwing Like a Girl: A Phenomenology of Feminine Body Comportment Motility and Spatiality. *Human Studies*, 3, 19.
- Øien, A. M. (2010). *Change and communication : long-term Norwegian psychomotor physiotherapy treatment for patients with chronic muscle pain*. University of Bergen, Bergen.
- Øien, A. M. (2013). Fortellinger mellom nærhet og avstand til kroppslig erfaring. *Fysioterapeuten*, 80(3), 22-26.
- Øien, A. M., Råheim, M., Iversen, S., & Steihaug, S. (2009). Self-perception as embodied knowledge – changing processes for patients with chronic pain. *Advances in Physiotherapy*, 11(3), 121-129. doi:doi:10.1080/14038190802315073

- Øien, A. M., Steihaug, S., Iversen, S., & Råheim, M. (2011). Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 53-61.
- Øvreberg, G., & Andersen, T. (1986). *Aadel Bülow-Hansen's fysioterapi: en metode til omstilling og frigjøring av respirasjon*. Harstad: Øvreberg.

## Vedlegg: 1

### **Forespørsel om deltakelse i Mastergradsprosjekt, Master i Helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi.**

#### ***"Kronisk utmattelse sett i lys av en psykomotorisk undersøkelse"***

#### **Til deg med kompetanse innen psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi.**

Viser til samtale vi har hatt på telefon. Dette er et informasjonsskriv om prosjektet du muntlig har vist interesse for å delta i. Som avklart, vil din deltakelse i prosjektet innebære:

- Rekruttere en kvinnelig pasient med kronisk utmattelse som ønsker å delta i prosjektet
- Utføre én psykomotorisk undersøkelse av denne pasient med observatør tilstede i tillegg til at det blir videoopptak,
- Se filmen sammen med meg i etterkant hvor vi samtaler rundt det vi ser.

I dette skrivet finner du skriftlig informasjon om prosjektet.

#### **Bakgrunn**

Mitt navn er Ida Elise Hansen. Jeg er utdannet fysioterapeut og studerer for tiden mastergradsstudiet Psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø. Jeg holder nå på med den avsluttende masteroppgaven i studiet som skal være ferdig våren 2016. Temaet for oppgaven er kronisk utmattelse som helsetilstand. Prosjektet vil bli utført av undertegnede under veiledning av Britt-Vigdis Ekeli, førsteamanuensis ved Universitetet i Tromsø.

Kronisk utmattelse er en helsemessig utfordring både for pasient og helsevesen, og en tilstand som stadig øker. Det er en tilstand med uspesifikk diagnostisering hvor årsaken ikke kan bekreftes ved et spesifikt klinisk funn eller en spesifikk test. Jeg arbeider selv ved et privat institutt og har siden jeg startet på studiet innen psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi møtt flere pasienter som opplever kronisk utmattelse. Jeg erfarer at flere pasienter nyttiggjør seg psykomotorisk behandling. På bakgrunn av dette ønsker jeg i mitt masterprosjekt å synliggjøre fagfeltet psykomotorisk fysioterapi sin tilnærming og forståelse av for dette helseproblemet.

#### **Formål og metode**

I prosjektet vil jeg se nærmere på kronisk utmattelse ut i fra en klinisk situasjon. Jeg ønsker å observere og filme en psykomotorisk undersøkelse av en pasient som opplever kronisk utmattelse. Formålet med prosjektet er å fremskaffe ny kunnskap om kronisk utmattelse ved å se hvordan pasientens plager kommer til uttrykk gjennom en psykomotorisk undersøkelse/prøvebehandling. Målet er å dokumentere og analysere det som kommer fram i en klinisk situasjon mellom pasient og fysioterapeut. Hensikten er dermed å få økt forståelse av kronisk utmattelse som helseproblem.

Beskrivelser av praksisnære situasjoner er nyttig for faglig utvikling innen fagfeltet psykomotorisk fysioterapi. Ved å belyse en klinisk situasjon kan dette prosjektet utvikle kunnskap om ulike fysioterapeutiske prosesser og få fram tilstandens kompleksitet.



Prosjektet vil kunne fremme faglig dokumentasjon av psykomotorisk fysioterapi. Samtidig er det ønsket at prosjektet skal bidra til å utvide fagtradisjonens teorigrunnlag og grunnlaget for terapeutisk handlingskompetanse.

Problemstillingen: Hva slags informasjon kommer fram om pasientens helseproblem gjennom en psykomotorisk undersøkelse?

### **Utvalg og deltakere til prosjektet**

Jeg har fått vite at du har kompetanse innen psykomotorisk fysioterapi og jobber med pasienter med denne helsetilstanden. Du har dermed ønsket kvalifikasjoner jeg søker til dette prosjektet. Jeg sender deg derfor denne forespørselen om å delta i mitt mastergradsprosjekt og håper du sier ja til det.

75% av de som opplever kronisk utmattelse er kvinner. I dette prosjektet ønsker jeg derfor å observere en psykomotorisk førstegangsundersøkelse av en kvinnelig pasient som opplever kronisk utmattelse. Kvinnen må være over 18 år og med samtykkekompetanse. Hun må være henvist til psykomotorisk behandling på grunn av kronisk utmattelse. Jeg ønsker også at denne kvinnen ikke har annen sykdom eller skade som kan påvirke undersøkelsens funn og konklusjon i vesentlig grad.

### **Hva innebærer deltakelse i prosjektet?**

Dersom du ønsker å delta i dette prosjektet, vil din deltakelse innebære å rekruttere én kvinnelig pasient til deltakelse i prosjektet, og deretter utføre en psykomotorisk undersøkelse av henne. Inklusjonskriteriene for denne kvinnen er som nevnt over; kvinne over 18 år med kronisk utmattelse som helseproblem. For å kunne gjøre en best mulig analyse av det som skjer i undersøkelsen, ønsker å ta undersøkelsen opp på video. Det er ønskelig at undersøkelsen som blir utført følger ordinære psykomotoriske prinsipper, men din faglige vurdering vil være rådende underveis.

Jeg ønsker å være tilstede i rommet ved undersøkelsen som observatør, og ta feltnotater underveis. Jeg vil ha en passiv rolle der jeg ikke tar del i dialogen eller undersøkelsen som utføres. Etter at undersøkelsen er utført, ønsker jeg å ha en kort samtale med pasienten for å få hennes umiddelbare tanker og refleksjoner rundt undersøkelsen. Deretter vil jeg gå gjennom videoen og transkribere den.

Etter at jeg har sett gjennom videoen av undersøkelsen og reflektert over det jeg ser, vil det være en styrke for resultatet om du vil se videoen sammen med meg. Det vil gi muligheter for å diskutere enkelte sekvenser mer inngående. Jeg ønsker å få kunnskap om praksis, hvordan pasienten framtrer og hvordan du mener hennes helseproblem kommer til uttrykk. Det kan da være aktuelt å diskutere hvordan du tolket situasjonen og funnene og hva som lå til grunn for de valgene du foretok. Som en del av oppgaven ønsker jeg å få fram om, og eventuelt hvordan, psykomotorisk fysioterapi kan være et bidrag i behandlingsprosessen til pasienter med kronisk utmattelse. Mens vi ser videoen vil jeg benytte båndopptaker for å ta opp samtalen mellom oss.

Deltakelse i prosjektet vil ikke medføre noen økonomiske belastninger for deg.

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

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven og prosjektet er ferdig. Prosjektet skal etter planen avsluttes 13.05.16. Resultatene i prosjektet vil bli presentert i masteroppgaven. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Det er kun undertegnede som vil ha tilgang til datamaterialet, men min veileder vil bistå i analysen av det anonymiserte materialet som blir samlet inn. Alle opplysninger vil bli anonymisert, og videoopptak og lydband skal oppbevares separat fra skriftlig materiale. All datamateriale vil bli lagret på passord beskyttet lagringsenhet i låsbart skap. Du vil bli tilsendt den endelige oppgaven.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i prosjektet, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle innsamlede data og opplysninger om deg bli slettet. Dersom du velger å avslutte deltakelsen i prosjektet vil ikke dette medføre noen konsekvenser for deg.

Dersom du har spørsmål til prosjektet, ta kontakt med student Ida Elise Hansen, 926 24 412, eller veileder Britt-Vigdis Ekeli, 776 60 708/ 997 12 196.

Vedlagt i dette brevet ligger det et informasjonsskriv og samtykkeskjema du kan levere til den aktuelle pasienten for prosjektet. Hun returnerer da signert samtykkeskjema tilbake til meg.

Jeg håper du ønsker å delta i dette mastergradsprosjektet. Din deltakelse vil bidra til å belyse et samfunnsaktuelt tema og en helsemessig utfordring. I tillegg vil du bidra til å øke den psykomotoriske fagtradisjonens teorigrunnlag. Dersom du ønsker å delta i dette prosjektet, vil jeg be om at du signerer samtykke for deltakelse og returnerer et signert eksemplar til meg i vedlagt frankert konvolutt innen 30.08.15.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) og vurdert ikke framleggspliktig for Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Mvh,

Ida Elise Hansen

Torskestrøa 30

6515 Kristiansund

E-post: [idaelisehansen@gmail.com](mailto:idaelisehansen@gmail.com)

Tlf.: 92624412

## **Samtykke til deltakelse i prosjektet** ***"Kronisk utmattelse sett i lys av en psykomotorisk undersøkelse"***

For deltakelse i prosjekt i forbindelse med masterprosjekt i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved Universitet i Tromsø.

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

-----  
--

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

***Du kan velge å samtykke til deler av prosjektet uten å delta på alt, dersom dette er ønskelig.***

- Jeg samtykker til å utføre en psykomotorisk undersøkelse som filmes, og med observatør til stede***
- Jeg samtykker til å se filmen sammen med masterstudent i etterkant av undersøkelsen***
- Jeg samtykker til at resultatet fra undersøkelsen kan publiseres anonymt etter prosjektslutt***

## Vedlegg: 2

### **Forespørsel om deltakelse i Mastergradsprosjekt, Master i Helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi.**

#### ***"Kronisk utmattelse sett i lys av en psykomotorisk undersøkelse"***

##### **Til deg som skal starte i psykomotorisk behandling**

Jeg viser til samtale med din fysioterapeut, som har påtatt seg å formidle denne forespørselen til deg. Du er anonym inntil du eventuelt svarer ja på denne forespørselen og samtykkeskjemaet.

##### **Bakgrunn og formål**

Mitt navn er Ida Elise Hansen. Jeg er utdannet fysioterapeut og er for tiden mastergradsstudent innen Psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø. Jeg holder nå på med den avsluttende masteroppgaven i studiet som skal være ferdig våren 2016. Temaet for oppgaven er kronisk utmattelse som helsetilstand og hvordan den kan komme til uttrykk gjennom en psykomotorisk undersøkelse. Prosjektet vil bli utført av undertegnede under veiledning av Britt-Vigdis Ekeli, førsteamanuensis ved Universitet i Tromsø.

Formålet med prosjektet er å fremskaffe ny kunnskap om kronisk utmattelse hvordan dette kan se ut i praksis. Hensikten vil være å dokumentere og analysere det som kommer fram i en klinisk situasjon, med mål om å få økt forståelse av kronisk utmattelse som helseproblem. Problemstillingen vil være: *Hva slags informasjon kommer fram om pasientens helseproblem gjennom en psykomotorisk undersøkelse?*

Kronisk utmattelse er helsemessig utfordring både for pasient og helsevesen. 75 % av de som opplever kronisk utmattelse er kvinner. Det er en tilstand med u-spesifikk diagnostisering der årsaken ikke kan bekreftes ved et spesifikt klinisk funn eller en spesifikk test. Det er også en helsetilstand som stadig øker, noe som gjør dette til et samfunnsaktuelt tema. Jeg arbeider selv ved et privat institutt og har siden jeg startet på studiet innen psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi møtt flere pasienter som opplever kronisk utmattelse. Jeg erfarer at flere pasienter nyttiggjør seg psykomotorisk behandling for sin kroniske utmattelse. Hovedfokus i dette prosjektet vil derfor være å synliggjøre hvordan psykomotorisk fysioterapi kan fremskaffe en bredere forståelse av kronisk utmattelse, samt få fram tilstandens kompleksitet.

##### **Utvalg**

Du blir nå forespurt om å delta i dette prosjektet fordi du faller inn under de kriteriene jeg ønsker i dette prosjektet; at du er en kvinne som opplever kronisk utmattelse, og som på grunn av dette er henvist til psykomotorisk behandling. Dersom du ønsker å delta i dette prosjektet, ber jeg om et skriftlig samtykke. Det gir du ved å fylle ut skjema og signere på siste side av denne forespørselen.

##### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Prosjektet vil gå på at en fysioterapeut utfører en psykomotorisk undersøkelse på deg. Fysioterapeuten har kompetanse innen psykomotorisk fysioterapi. En ordinær

psykomotorisk undersøkelse innebærer først en samtale med din fysioterapeut, før man går videre på en helhetlig kroppsundersøkelse. Det hele vil ta om lag 1,5 – 2 timer.

Jeg ønsker å være tilstede ved undersøkelsen som observatør, og vil ta notater underveis. Jeg vil ha en passiv rolle der jeg ikke tar del i dialogen eller undersøkelsen som utføres. For å kunne gjøre en best mulig analyse av det som skjer, ønsker jeg også å ta undersøkelsen opp på video. Etter at undersøkelsen er utført håper jeg du vil ha en samtale med meg på om lag 15 – 20 minutter. Jeg er interessert i å få høre hvordan du opplevde undersøkelsen, dine umiddelbare tanker og refleksjoner rundt undersøkelsen og eventuelt andre tema du ønsker å belyse. Under samtalen ønsker jeg å benytte båndopptaker.

Etter at undersøkelsen og samtalen er utført vil jeg arbeide en periode med materialet fra undersøkelsen (videofilmen, feltnotatene og opptaket av samtalen med deg). Deretter ønsker jeg å se filmen av undersøkelsen sammen med fysioterapeuten for å drøfte ulike sekvenser av undersøkelsen som skal belyse problemstillingen i prosjektet.

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

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig. Prosjektet skal etter planen avsluttes 13.05.16. Resultatene i prosjektet vil bli presentert i masteroppgaven. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Det er kun undertegnede som vil ha tilgang til datamaterialet, men min veileder vil bistå i analysen av materialet som bli samlet inn. Alle opplysninger skal være anonymisert, og videoopptak og lydbånd vil oppbevares separat fra skriftlig materiale. Alt datamateriale vil bli lagret på passord beskyttet lagringsenhet i låsbart skap. Du vil få tilsendt den ferdige oppgaven.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i prosjektet, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle innsamlede data og opplysninger om deg bli slettet. Dersom du velger å avslutte deltakelsen i prosjektet vil ikke dette medføre noen konsekvenser for deg eller ditt forhold til fysioterapeuten.

Dersom du har spørsmål til prosjektet, ta kontakt med student Ida Elise Hansen, 926 24 412, eller veileder Britt-Vigdis Ekeli, 776 60 708/ 997 12 196.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) og vurdert ikke framleggspliktig for Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Jeg håper du ønsker å delta i dette mastergradsprosjektet. Din deltakelse vil bidra til å belyse et samfunnsaktuelt tema og en helsemessig utfordring. Dersom du ønsker å delta i dette prosjektet, vil jeg be om at du signerer samtykke for deltakelse og returnerer et signert eksemplar til meg i vedlagt frankert konvolutt innen 30.08.15.

Mvh,  
Ida Elise Hansen  
Torsketrøa 30  
6515 Kristiansund

## **Samtykke til deltakelse i prosjektet** **"Kronisk utmattelse sett i lys av en psykomotorisk undersøkelse"**

For deltakelse i prosjekt i forbindelse med masterprosjekt i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved Universitet i Tromsø.

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

-----

--

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

***Du kan velge å samtykke til deler av prosjektet uten å delta på alt, dersom dette er ønskelig.***

<input type="checkbox"/>	<b><i>Jeg samtykker til å delta i en psykomotorisk undersøkelse av fysioterapeut, som filmes og med observatør til stede</i></b>
<input type="checkbox"/>	<b><i>Jeg samtykker til å bli intervjuet/ha en samtale med masterstudent i etterkant av undersøkelsen</i></b>
<input type="checkbox"/>	<b><i>Jeg samtykker til at fysioterapeuten som utførte undersøkelsen kan se videoen sammen med masterstudenten i etterkant av undersøkelsen</i></b>
<input type="checkbox"/>	<b><i>Jeg samtykker til at resultatene kan publiseres anonymt etter prosjektslutt</i></b>

### Vedlegg: 3

## **Intervjuguide – semistrukturert intervju med pasient**

**Hvem:** Pasient

**Når:** Etter utført psykomotorisk undersøkelse

### **1: Umiddelbare tanker/refleksjoner**

- Hvordan opplevde du denne undersøkelsen?
- Gjorde du deg noen uventede erfaringer eller tanker i løpet av undersøkelsen, og eventuelt hva?
- Hvordan har du det nå som undersøkelsen er ferdig?

### **2: Reaksjoner**

- Opplevde du noen kroppslige eller emosjonelle reaksjoner underveis i undersøkelsen?
- Hvordan oppleves disse reaksjonene nå?

### **3: Kronisk utmattelse**

- Er det noe som ble tematisert i undersøkelsen som du kjenner igjen fra ditt daglige liv?
- Fikk du noen uventede tanker omkring din kroniske utmattelse ut fra denne undersøkelsen?
- Fikk du endret/bedre forståelse av din kroniske utmattelse/ ditt helseproblem ut i fra denne undersøkelsen?

### **4: Psykomotorisk behandling**

En psykomotorisk undersøkelse kalles ofte prøvebehandling. Det er fordi at behandlingen omhandler mange av de samme elementene man gjør i løpet av en undersøkelse. Man prøver ut behandling som en del av undersøkelsen.

- Hva tenker du omkring psykomotorisk behandling som behandling for ditt helseproblem, kronisk utmattelse?

### **5: Eventuelt**

- Er det noe annet du ønsker å trekke fram fra denne undersøkelsen?

## Vedlegg: 4

# Intervjuguide - Intervju med fysioterapeut

*Innlede samtalen med hensikten til studien.*

Problemstillingen er: *Hvordan kan slitenhetsyndrom forstås i lys av en psykomotorisk undersøkelse?*

Jeg ser hva fysioterapeuten gjør, men ønsker å få hennes innsikt til å fylle de hullene jeg har med min forforståelse og min tolkning.

Jeg ønsker å få vite hva fysioterapeutens tanker er, hva hun ser, hvorfor hun gjør det hun gjør, og hva som kommer fram om pasientens helseproblem.

Få den infoen jeg trenger for å svare på problemstillingen.

Være konsentrert om filmen, men noen generelle spørsmål avslutningsvis.

### Generelle spørsmål

1. Hvor gammel var pasienten?
2. Hvor mange ganger har hun vært hos deg siden den gangen?
3. Hvilken diagnose stod det på henvisningen, og hva var henvisende instans?
4. Hvilken utredning har pasienten fått tidligere?

### Anamnesen:

- Se gjennom anamnesen – jeg vil stoppe ved enkelte sekvenser i filmen, men du kan gjerne stoppe filmen underveis dersom du får noen tanker.

### Kroppsundersøkelsen:

- Jeg har noen spørsmål jeg vil stille underveis, men gjerne stopp filmen ved de elementene du bemerker deg, eller som du tenker kan svare på problemstillingen.

### Avslutning

- Noen spørsmål om behandlingsforløpet av pasienten og dine tanker rundt psykomotorisk fysioterapi

## ANAMNESE - Intervju med fysioterapeuten del 1

Tid start	Tid slutt	Tema	Spørsmål
FILM 1: 00:00	03:42	P presenterer hvilke plager hun har i forbindelse med slitenheten. Nedsatt konsentrasjon, muskelsmerter, nervøs tarm, nedsatt søvn.	Hva tenker du om de plagene og utfordringene pasienten presenterer utover slitenheten?
05:06	06:36	FT spør om hvilken retning slitenheten handler om - aldri vært bra nok, trives ikke i jobben.	Hva tenker du om det pasienten presenterer her?
06:36	09:07	Samtaleterapi med psykodramatiker når P faller tilbake til gamle mønster. Ensomhet, føler at hun ikke strekker til. Er mye alene.	Hvordan opplever du P når hun snakker om ensomheten sin? Kroppsspråk, latter?
00:00	FILM 2: 01:02	Ønsker ikke å snakke om problemene sine til vennene sine. Vil ikke belaste vennene sine med egne plager, ønsker å snakke om andre ting. Tillitserklæring dersom vennene forteller henne om sine plager.	Hva tenker du om det P forteller her? (Venner og møte med dem, egne behov)  Hvordan ser du dette i sammenheng med slitenheten P opplever?
06:15	08:55	Slitenheten. Forløpet. Ikke støtte på jobb, hanglet lenge. Jobber 40% - sliten på jobb.	Hva tenker du om det P presenterer her om jobbsituasjon og forløpet til slitenheten?



08:57	10:47	Tapper energi. Bekymringer over store ting i framtiden, ikke småting. Nå er det helse, økonomi, jobb, flytting.	Pasienten opplever å ha noen store bekymringer i livet sitt; helse, økonomi, jobb, flytting.  Hva tenker du om bekymringene P presenterer?  Er dette noe du ser du igjen hos andre pasienter med slitenhetsproblematikk?
10:47 FILM 2	--- FILM 3: 04:28	Hva fyller på energi? Ønske om å være sprek. Fjelltur. Blir ofte dårlig, ikke alltid.  Lytte til kroppen.	Hva var din hensikt med å spørre om hva hun lytter til ved egen kropp?  Kan du beskrive hva du legger i ”lytte til kroppen”?  Hva tenker du om det å ”lytte til kroppen” i forhold til pasienter som opplever slitenhet og utmattelse?

## **KROPPSUNDERSØKELSEN – intervju med fysioterapeuten del 2**

<b>Tid start</b>	<b>Tid Slutt</b>	<b>Tema</b>	<b>Spørsmål</b>
FILM 3 06:35	--- FILM 4: 03:05	Sittende på krakk. Holdning. Bekkenbevegelse. Kneløft, slippe ut magen, skyve ryggen bak. Kjeve og tunga. Slutter å puste ved konsentrasjon.	Hvilke tanker gjør du deg når du ser denne delen av undersøkelsen?  Hva var tanken bak det du gjorde i denne delen av undersøkelsen?  Hvordan vurderer du holdningen til P i sittende?
05:12	08:08	Stående holdning. Holder magen inn. Skulderretraksjon. Hjelper til, men hun føler at hun holder igjen.	Hvilke tanker gjør du deg omkring det du ser i denne delen av undersøkelsen?  Hvordan vurderer du kroppsholdningen til P i stående? Respirasjon, holdning.
09:09	--- FILM 5: 03:16	Mageliggende på benk. Palpasjon rygg, bekken, hoftebøyer.	Hva så du etter i denne delen av undersøkelsen?  Hvordan vurderte du P ut fra denne delen av undersøkelsen?
03:16	05:44	Langsetter benken ned til rygliggende. Justere håndduken - lytte til kroppen.	Har du noen tanker om hva som skjedde her?
05:44	--- FILM 6: 01:00	Rygliggende: palpasjon bein. Snakker om idrett- nådde aldri opp. Forskjell på muskelfylde og styrke på beina. Høyre er sterkere.  P sier hun er rastløs. Må alltid opp, gjøre noe. Finner ikke ro.	Hva tenker du om det som skjer i filmen her?  P forteller om at hun har vanskelig for å slappe av hjemme, må opp og opp og opp Hva tenker du om det opp i mot slitenheten hun opplever?

## **Spørsmål etter å ha sett kroppsundersøkelsen**

### **Generelt inntrykk**

- Hva var dine umiddelbare tanker etter at du hadde undersøkt denne pasienten?
- Fikk du noen nye tanker nå etter å ha sett filmen?

### **Psykomotorisk undersøkelse**

- Hva la du mest vekt på i undersøkelsen?
- Hvilke tilbakemeldinger ga pasienten gjennom kroppen under undersøkelsen?
  - o *Hvordan kommuniserte hun med kroppen?*
  - o *Reaksjoner*

### **Vanemønster - kroppsmønster**

- Hvordan vurderer du pasientens holdning- og bevegelsesmønster?
  - o *Evt: Så du noen endring i pasientens kroppsmønster i løpet av undersøkelsen?*

### **Samtalen**

Samtalen er en sentral del av undersøkelsen her, både før og underveis i kroppsundersøkelsen.

- Hva tenker du om det som pasienten fortalte i anamnesen og det som kom fram gjennom kroppsundersøkelsen?
  - o *Evt: Var det tema som det ble snakket om i anamnesen som kom fram tydeligere gjennom kroppsundersøkelsen?*
  - o *Evt: Ikke god nok mor, aldri god nok til idrett, vanskelig å lytte til kroppen*
  - o

### **Helseproblem; slitenhet, vedvarende utmattelse**

- Hvordan forstår du pasientens helseutfordring ut fra denne undersøkelsen?
- Hvordan er pasienten sammenlignet med andre pasienter med vedvarende slitenhet/utmattelse?
- 

### **Psykomotorisk behandling**

Pasienten har nå gått i behandling hos deg siden undersøkelsen?

- Kan du fortelle litt om hvordan behandlingsforløpet har vært så langt?
  - o *Evt: Hva legger dere mest vekt på i behandlingen?*
  - o *Har pasienten fått endret forståelse at sitt helseproblem? Sin utfordring?*
- Hva tenker du om psykomotorisk fysioterapi i møte med denne pasientgruppen?
  - o *Evt: Hva er styrken i en psykomotorisk undersøkelse og behandling i møte med denne pasientgruppen?*
- Hva kan en psykomotorisk undersøkelse få fram om pasientens helseproblem og utfordring, som ikke legene får fram?
- Og hvorfor kommer dette fram i PMF?

## Vedlegg: 5

### Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Britt-Vigdis Ekeli  
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 09.06.2015

Vår ref: 43623 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

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

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.06.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>43623</i>	<i>Kronisk utmattelse sett i lys av en psykomotorisk fysioterapiundersøkelse</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Britt-Vigdis Ekeli</i>
<i>Student</i>	<i>Ida Elise Hansen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding 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, 13.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

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](mailto:nsd@uio.no)  
*TRONDHEIM:* NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)  
*TROMSØ:* NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uib.no](mailto:nsdmaa@sv.uib.no)

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 43623

Formålet med prosjektet er å belyse kronisk utmattelse som helseproblem gjennom observasjon av en psykomotorisk undersøkelse på en pasient.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivene, mottatt 08.06.2015, finner personvernombudet godt utformet.

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 punkt 8 c).

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 13.05.2016. 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)
- slette digitale lyd- og videoopptak

## Vedlegg: 6



<b>Region:</b>	<b>Saksbehandler:</b>	<b>Telefon:</b>	<b>Vår dato:</b>	<b>Vår referanse:</b>
REK nord	Veronica Sørensen	77620758	02.06.2015	2015/1098/REK nord
			<b>Deres dato:</b>	<b>Deres referanse:</b>
			26.05.2015	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Ida Elise Hansen  
Det helsevitenskapelige fakultet

### 2015/1098 Kronisk utmattelse sett i lys av en psykomotorisk fysioterapiundersøkelse

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 26.05.2015.

**Prosjektleder:** Ida Elise Hansen

#### **Bakgrunn og formål (original):**

Kronisk utmattelse er en klinisk og samfunnsmessig utfordring. Den har uklare diagnostiske kriterier, og man vet verken den totale forekomsten, hva årsaken er eller hvilken behandling som har best effekt. 75% av pasientene med kronisk utmattelse er kvinner.

Formålet med prosjektet er å belyse kronisk utmattelse som helseproblem gjennom observasjon av en psykomotorisk undersøkelse av en pasient. Undersøkelsen utføres av en fysioterapeut med kompetanse innen psykomotorisk fysioterapi. Hensikten er å få økt forståelse av kronisk utmattelse og ny kunnskap om helseproblemet. Prosjektet vil også fremme faglig utvikling og utvide fagtradisjonens grunnlag for terapeutisk handlingskompetanse.

Prosjektet er en single-case study med observasjon, videoobservasjon og semistrukturert intervju. I tillegg ønsker jeg å se videoen av undersøkelsen sammen med fysioterapeuten i etterkant. Problemstilling: Hva slags informasjon kommer fram om pasientens helseproblem gjennom en psykomotorisk undersøkelse?

#### **Framleggingsplikt**

De prosjektene som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om "medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger", jf. helseforskningsloven (h) § 2. "Medisinsk og helsefaglig forskning" er i h § 4 a) definert som "virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom". Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

Dette prosjektet er designet som en single case undersøkelse. Det er kun et undersøkelse - tilfelle så man kan heller ikke følge utvikling over tid, REK har således kommet til at prosjektet ikke vil kunne gi generaliserbar ny kunnskap.

Ettersom prosjektet ikke vil skaffe veie ny kunnskap om helse og sykdom, ligger prosjekt på siden av helseforskningsloven.

**Besøksadresse:**  
MH-bygget UiT Norges arktiske  
universitet 9037 Tromsø

**Telefon:** 77646140  
**E-post:** rek-nord@asp.uit.no  
**Web:** <http://helseforskning.etikkom.no/>

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

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

**Godkjenning fra andre instanser**

Det påhviler prosjektleder å undersøke hvilke eventuelle godkjenninger som er nødvendige fra eksempelvis personvernombudet ved den aktuelle institusjon eller Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

**Vedtak**

*Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke fremleggingspliktig, jf. hfl §§ 2 og 9, samt forskningsetikkloven § 4.*

**Klage**

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

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

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll  
sekretariatsleder

Veronica Sørensen  
Seniorrådgiver

**Kopi til:**