



**UiT** Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag

## **Fortelling i et klinisk møte**

En interaksjonistisk studie

Hege Westgaard

Masteroppgave i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi

Mai 2020



*Til alle gode hjælpere*

# Sammendrag

Fortellinger konstrueres som et samarbeid mellom deltakere i samhandlingssituasjoner, og det er ikke uvanlig at pasienter utvikler fortellinger i møter med fagutøvere, for eksempel psykomotoriske fysioterapeuter. Interaksjonistiske forståelser av fortelling har imidlertid fått lite oppmerksomhet innenfor norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF), og hvordan fortellinger utvikles i kliniske møter mellom pasient og fysioterapeut er ikke problematisert. På denne bakgrunn rettes oppmerksomheten i denne studien mot samhandlingens betingelser og betydning for pasientens fortelling.

Det empiriske utgangspunktet for oppgaven er et videoopptak av en førstegangskonsultasjon mellom en psykomotorisk fysioterapeut og en pasient. Studien har fulgt utviklingen av pasientens fortelling om sin sykdom gjennom samhandlingen med fysioterapeuten, og diskutert fortellingens betydning for pasientens muligheter for deltakelse og endring. Observasjon er brukt som metode, og både den kroppslige og verbale interaksjonens betydning for pasientens fortelling har vært gjenstand for analyse. Oppgaven er forankret i teoretiske perspektiver på kommunikasjon som en sosial aktivitet, en interaksjonistisk forståelse av narrativitet, samt innsikter fra kroppsfenomenologi og nærliggende fagtradisjoner. Studien føyer seg slik inn i en hermeneutisk fortolkende tradisjon.

Av materialet kommer det frem at samhandlingen setter premissene for utviklingen av fortellingen i møtet, og at fysioterapeuten som fagutøver har mest innflytelse over prosessen ved å åpne eller lukke for mulighetene for pasientens fortelling. Når kroppen danner utgangspunktet for samhandlingen fremmes kroppslig fremfor narrativ meningsskapning og erfaringskonstituering, og betingelsene for fortelling endres. Pasientens fortelling om sin sykdom gir et innblikk i hennes forståelse av sykdommen og henne selv, og når nye kroppslige erfaringer kommer i konflikt med fortellingen hennes settes selvforståelsen på spill. NPMF anbefaler langsom omstilling og endring i et tempo pasienten makter, med utgangspunkt i tema som er relevante og håndterbare for den enkelte. En tilnærming hvor nye kroppslige erfaringer knyttes til erfaringsnære begreper kan dermed gi pasienten anledning til å utvikle nye forståelser av seg selv og sin sykdom, fremfor å fastholde et narrativ som hindrer endring og deltakelse.

Nøkkelord: psykomotorisk fysioterapi, fortelling, narrativ, narrativitet, samhandling, erfaringsdannelse, klinisk praksis

# Summary

Stories are construed in interaction as a cooperation between participants, and it is not uncommon for patients to develop narratives in meetings with professionals, for instance psychomotor physiotherapists. However, interactionist narrative perspectives have been given little attention within Norwegian Psychomotor Physiotherapy (NPMP), and how stories are developed in clinical encounters between patient and physiotherapist is not addressed. The attention of this study is therefore directed towards the conditions and significance of interaction on the patient's narrative.

The empirical starting point for this thesis is a video recording of a first consultation between a psychomotor physiotherapist and a patient. The study observes how the patient's narrative about her illness develops through the interaction with the physiotherapist and discusses the narrative's significance for the patient's possibilities for participation and change. Observation is used as method, and the significance of both bodily and verbal interaction for the patient's story has been subject to analysis. The thesis is rooted in theoretical perspectives on communication as a social activity, an interactionist understanding of narrative, together with insights from phenomenology of the body and related scholarly traditions. The study thereby conforms to a hermeneutic interpretative tradition.

From the material it becomes evident that the interaction sets the premises for the development of the story in the meeting, and that the physiotherapist as the professional is the most influential in the process by encouraging or limiting the patient's possibilities for narration. When the body forms the starting point for the interaction, bodily rather than narrative constructions of meaning and constitution of experience is promoted, and the conditions for storytelling are altered. The patient's narrative about her illness gives an insight into her understanding of the illness and of herself, and when new bodily experiences come into conflict with her narrative, her self-understanding is put at risk. NPMP recommends careful adjustment and change over time at a pace that the patient can handle, focusing on topics that are relevant and manageable for the individual. An approach where new bodily experiences are linked to experience-near concepts may give the patient an opportunity to develop new understandings of herself and of her illness, in favor of maintaining a narrative that prevents change and participation.

Keywords: Norwegian psychomotor physiotherapy, narrative, narrativity, interaction, constitution of experience, clinical practice

# Forord

Oppgaven tar utgangspunkt i et filmet møte. Jeg vil derfor begynne med å takke de to som har latt seg bli dokumentert for ettertiden, og slik gitt meg tilgang til et materiale som har vært inspirerende og lærerikt å arbeide med.

En stor takk til veileder Gunn Kristin Øberg for hennes tydelige, detaljerte og generøse tilbakemeldinger.

Og sist, men på ingen måte minst, vil jeg takke Eline Thornquist og Bente Gullveig Alver for kritisk lesning, verdifulle innspill og for alle de kunnskapsrike og inspirerende tekstene de har bidratt med i sine respektive fag.

Bergen, mai 2020

Hege Westgaard

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Valg av tema, hensikt og problemstilling.....	1
1.2	Kommunikasjon og samhandling i kliniske møter.....	4
1.2.1	Fortelling i kliniske samhandlingssituasjoner.....	5
1.3	Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF).....	6
1.4	Oppgavens disposisjon.....	6
2	Teoretisk forankring.....	7
2.1	Kommunikasjon som en gjensidig utveksling av mening.....	7
2.2	Et interaksjonistisk perspektiv på fortelling.....	9
2.2.1	Kort om begrepsbruk.....	10
2.3	Narrativ og kroppslig erfaringsdannelse.....	11
3	Metodologi og metode.....	14
3.1	En kvalitativ tilnærming.....	14
3.1.1	Ikke-deltakende observasjon av et foreliggende videomateriale.....	14
3.2	Transkribering og analytisk tilnærming.....	15
3.2.1	Transkribering av samhandlingssituasjonen.....	15
3.2.2	Lokalisering og avgrensning av fortellinger.....	16
3.2.3	Bruk av ikke-narrative sekvenser og utdrag fra samhandlingen.....	18
3.3	Metodiske refleksjoner.....	19
3.3.1	Studiens pålitelighet og gyldighet.....	20
3.4	Etiske betraktninger.....	21
4	Resultat og diskusjon.....	23
4.1	Presentasjon av filmen.....	23
4.2	Presentasjon av pasienten.....	24
4.3	Et klinisk møte.....	25
4.3.1	Møtets oppbygning og forløp.....	25

4.4	Anamnesen .....	25
4.4.1	«Jeg har vært i noen bilulykker» - Marias sykdomsfortelling .....	25
4.4.2	«Det er bedre å sleppe smerten» - om tilpasninger og tiltak .....	28
4.4.3	«Jeg orker nesten ingenting» - to fortellinger om en belastet og uforutsigbar kropp.....	29
4.4.4	«Jeg har jo vært sjuk siden treogåtti» - en fortelling om et liv med sykdom .....	31
4.4.5	Oppsummering og diskusjon av anamnesen .....	32
4.5	Kroppsundersøkelsen.....	34
4.5.1	«Tenker ikke over det» - møte med en ny erfaring .....	34
4.5.2	«Den er jo ikke helt god, da» - gamle forklaringer på nye erfaringer .....	36
4.5.3	«Jeg har lært meg å fungere der jeg er» - om å tilpasse seg.....	37
4.5.4	«Jeg gjorde det nesten før du skulle ta på meg!» - synliggjøring av habituelle væremåter .....	39
4.5.5	«Sånn er jeg, ferdig med det» - er det muligheter for endring? .....	40
4.5.6	Latterens rolle i samhandlingen .....	42
4.5.7	Oppsummering og diskusjon av kroppsundersøkelsen .....	43
4.6	Avsluttende samtale – en fortelling om ikke å bli trodd.....	45
4.7	Hva står på spill? Fortelling, samhandling, erfaring .....	47
5	Avsluttende kommentarer .....	50
	Referanseliste .....	52
	Vedlegg 1: Kjernefortellinger ad modum Labov .....	57
	Transkripsjonssymboler: .....	57
	Fortellingene: .....	57
	Vedlegg 2: Informert samtykke pasient .....	60
	Vedlegg 3: Informert samtykke fysioterapeut.....	61



# 1 Innledning

## 1.1 Valg av tema, hensikt og problemstilling

Tidlig i praksisen som utdanningskandidat i psykomotorisk fysioterapi ble jeg opptatt av mine pasienters fortellinger. De kunne komme spontant i løpet av behandlingen, gjerne som scener fra barndommen eller som minner som plutselig fløt opp i bevisstheten. De kunne ta form som forberedte redegjørelser under anamnesen, eller de kunne bli fortalt etter at timen var avsluttet og pasienten stod med hånden på dørklinken. Jeg begynte å notere meg disse fortellingene og undret meg over hva det var som egentlig skjedde i situasjonene når fortellingene kom. Hva var det ved det vi foretok oss sammen som åpnet for at pasientene fortalte det de gjorde?

Jeg ble interessert i å undersøke dette nærmere. Jeg innså at det ville bli etisk og metodisk problematisk å ta utgangspunkt i mine egne konsultasjoner, og lurte på hvordan jeg kunne få tilgang til kliniske møter hvor fortellinger dukket opp på den måten jeg opplevde i egne pasientmøter. I undervisningen på masterstudiet ble det en dag vist en film av en førstegangskonsultasjon med en pasient med langvarige og omfattende muskel- og skjelettrelaterede smerter og en psykomotorisk fysioterapeut. Situasjonen var gjenkjennelig for meg, og filmen aktualiserte lignende spørsmål jeg stilte til mine egne pasientmøter. Jeg fikk tillatelse til å bruke opptaket, og fikk slik den adgangen til praksis jeg søkte. På filmen formulerer pasienten gjennom flere fortellinger en beretning som setter smertene og symptomene i sammenheng med konkrete hendelser tidligere i livet og som synes å skape en indre logikk og sammenheng mellom dem. En slik narrativisering, det vil si å gjøre hendelser om til fortellinger, er beskrevet som en måte å bidra til orden og sammenheng i opplevelser og erfaringer på. Dette er særlig omtalt i møte med sykdom eller andre vanskeligheter i livet, når behovet for mening er stort (Bülow, 2003; Kleinman, 1988; Riessman, 1993, s. 1-5).

Sett som sosial praksis, utvikles fortellinger som et samarbeid mellom deltakere i samhandlingssituasjoner. Situasjonens kontekst og rammer, relasjonen mellom lytter og forteller, måten fortellingen fremføres på og deltakernes vilje og mulighet til å skape rom for hverandres fortelling er faktorer som har betydning for hvordan fortellingen blir fortalt og forstått i den aktuelle sammenhengen (Jefferson, 1978; Norrick, 2007; Polanyi, 1981; Riessman, 1993). En fortelling er således ikke et ferdig produkt man bringer inn i samhandlingen, men kan forstås som en meningsbærende størrelse som utarbeides i et samspill mellom mennesker. Som relasjonell

virksomhet utøves fysioterapi i konkrete samhandlingssituasjoner (Gretland, 2007, s. 95). Den fysioterapispesifikke samhandlingssituasjonen utgjør dermed pasientfortellingenes kontekst og betingelser, men hvilken betydning interaksjonen har for fortelling i fysioterapisammenhenger er lite problematisert innenfor faget. Søk i litteraturen<sup>1</sup> viste at flere har diskutert og studert fortelling innenfor norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF), men søket gav ikke resultater med hensyn til studier med et *samhandlings*perspektiv på fortelling, altså studier som har tatt sikte på å utforske fortelling med interaksjonen som utgangspunkt. Det synes som om det ikke har vært vanlig å stille spørsmål om hvorfor pasientens fortellinger ble akkurat slik de ble, i det aktuelle kliniske møtet (se Riessman, 1993, s. 2).

Eksempler på forskning med narrative perspektiver innenfor NPMF er arbeidene til de psykomotoriske fysioterapeutene Randi Sviland (2012), Aud Marie Øien (2013) og Birgitte Ahlsen (2014). Sviland har i sitt arbeid konstruert en pasientfortelling fra journalnotater etter et langvarig psykomotorisk behandlingsforløp. Hun viser hvordan kroppslig forandring ledsages av endring i pasientens forståelse av og fortelling om seg selv slik den er dokumentert gjennom pasientens journal. Øien på sin side diskuterer hvordan pasienters retrospektive fortellinger kan være en kilde til informasjon om endringsmuligheter i psykomotorisk behandling. Ahlsen har i sin forskning anlagt et kjønnsperspektiv på fortelling fra en rehabiliteringskontekst. Med utgangspunkt i menns fortellinger om sykdom og smerte, viser hun hvordan de narrativt forhandler om tema som maskulinitet, uavhengighet og styrke (2014; Ahlsen & Solbrække, 2018).

Felles for denne forskningen er en forståelse av fortelling som konstituerende for erfaring og virkelighet hos fortellerne, og bidrar slik til viktige innsikter. Ahlsen med flere har også studert hvordan fysioterapeuter skaper egne fortellinger om pasienter som en del av sine kliniske resonnementer og i forbindelse med utarbeidelse av tiltak (2018). De nevnte studiene baserer seg dermed på en forståelse av fortelling som en kilde til pasienters indre verden, eller som et verktøy for fagutøvere for å forstå og kategorisere sine pasienter.

---

<sup>1</sup> Litteratursøk i Bibsys, Ovid og Cinahl med emneordene psykomotorisk fysioterapi/norwegian psychomotor physiotherapy, fortelling/narrativ, samhandling/interaction, samt flere fritekstsøk og gjennomgang av referanselister.

Forståelser av fortelling som samhandling faller utenfor disse studienes fokus, og hvordan fortelling foregår som sosial praksis i konkrete samhandlingssituasjoner mellom pasient og fysioterapeut blir ikke problematisert. En undersøkelse med et perspektiv på fortelling som noe som utvikles gjennom interaksjon i kliniske kontekster vil derfor kunne videreutvikle kunnskapsgrunnlaget om fortelling i psykomotoriske sammenhenger. Et mål for oppgaven er å fremheve et aspekt ved fortelling som har fått lite oppmerksomhet innenfor norsk psykomotorisk fysioterapi, men som er dokumentert og diskutert innenfor sosiolingvistisk forskning og kulturvitenskapelige disipliner som folkloristikk, antropologi og kulturelt orientert sosiologi (se f.eks. Bauman, 1986; Jefferson, 1978; Kaivola-Bregenhøj, Klein & Palmenfelt, 2006; Labov & Waletzky, 1967; Norrick, 2007; Riessman, 1993; 2008).

Norsk psykomotorisk fysioterapi, som utgjør den kliniske konteksten for denne oppgaven og rammen for pasientens fortelling, har tradisjonelt hatt som sitt indikasjonsområde alle former for belastningslidelser og funksjonsproblemer i muskelskjelett-systemet, psykosomatiske tilstander og lettere psykiske helseplager. Tilnærmingen har vist seg gunstig for andre problemer også, og det psykomotoriske arbeidsområdet er i dag preget av stor variasjon. Psykomotoriske fysioterapeuter jobber med alt fra kroniske smertetilstander, revmatiske lidelser, astma og andre respirasjonsproblemer, psykiske lidelser av ulik alvorlighetsgrad, spiseforstyrrelser, angst, depresjon og traumer (Ekerholt & Bergland, 2004; Thornquist & Bunkan, 1986; Thornquist, 2003; 2006b). Pasienter med langvarige muskel- og skjelettrelaterte smerter og plager har gjerne levd lenge med problemene sine. Ofte har de vært gjennom mange utredninger og undersøkelser før de kommer til psykomotorisk fysioterapi (Bergland, Olsen & Ekerholt, 2018; Dragesund & Råheim, 2008; Thornquist & Bunkan, 1986).

Det er vist at sammensatte og langvarige plager fortelles på andre måter enn kortvarige og mindre komplekse problemer (Goldstein & Shuman, 2016; Kleinman, 1988; Riessman, 1993), og flere har belyst hvordan langvarig sykdom ikke kan skilles fra personens livshistorie (Bury, 1982; Bülow, 2003, s. 32; Kleinman, 1988). I disse fortellingene kan det være informasjon som er viktig både for fagutøver og pasient med hensyn til muligheter for deltakelse, endringspotensialer og selvforståelse, slik også tidligere forskning om fysioterapi og fortelling tar til orde for. Den kroppslige tilnærmingen innenfor fysioterapi gjør kroppen til utgangspunktet både for samhandling og samtale, og bidrar til at verbal og kroppslig informasjon har lik status (Thornquist, 1995; 1998; 2006b). Denne likestillingen av verbal og kroppslig kommunikasjon

og informasjon bidrar til andre forutsetninger for pasienters erfaringsdannelse ved at kroppslig og narrativ erfaring er sidestilt. Dette særtrekket gjør at fysioterapikontekster åpner for en annen type interaksjon enn mange andre kliniske møter gjør, og det vil kunne påvirke både fortellingens betingelser og betydning. Hensikten med oppgaven er således å fremskaffe kunnskap om forholdet mellom fortelling, samhandling og erfaringsdannelse i en psykomotorisk fysioterapi-kontekst, ved å følge utviklingen av en pasients fortelling gjennom samhandlingen med en psykomotorisk fysioterapeut. Ut fra dette formuleres følgende problemstilling:

*Hvordan utvikles en sykdomsfortelling i et klinisk møte mellom en pasient og en psykomotorisk fysioterapeut, og hvilken betydning har den aktuelle fortellingen for pasientens deltakelse og muligheter for endring?*

## **1.2 Kommunikasjon og samhandling i kliniske møter**

Kommunikasjon er vevet inn i all helsefaglig praksis. Kommunikasjonen i kliniske møter er vesentlig for hva slags deltakelse pasienten inviteres til, og har betydning for hvilken informasjon helsearbeideren får som handlingsgrunnlag. Studier har vist hvordan samhandlingen også kan være utslagsgivende for hvordan pasienten oppfatter og forstår seg selv og sine plager (Andersen, 2013; Fraas & Thornquist, 2016; Halvorsen, 2016; Thornquist, 1998 og 2009; Thornquist & Gretland, 2003a og 2003b). Helsearbeidere har med andre ord muligheter til både å fremme og hemme pasienters deltakelse i spørsmål som har med deres helse å gjøre. Det gjelder også for situasjonen denne oppgaven tar utgangspunkt i.

Kliniske møter i fysioterapi fokuserer på kroppsundersøkelse- og behandling, men gir også rom for samtale (Fraas & Thornquist, 2016; Gretland, 2007, s. 183ff; Thornquist, 1998). I tillegg til den kroppslige samhandlingen kan fysioterapeuten gjennom verbal dialog innhente relevante opplysninger, få et innblikk i pasientens verden og oppfordre pasienten til å reflektere over egne erfaringer, handlinger, valg og væremåter (Fraas & Thornquist, 2016; Thornquist, 1995; 1998; Thornquist & Gretland, 2003a; 2003b). Slik kan kliniske møter også invitere til fortellinger. Under det første møtet blir pasienten som regel bedt om å gjøre rede for sin sykehistorie. For pasienter som har vært gjennom mange møter, er sykehistorien ofte en forberedt fortelling som kanskje er fortalt mange ganger allerede. Pasienters fortellinger kan romme forsøk på å forklare og forstå plager og sammenhenger, eller gi mening og mot til et vanskelig liv (se f.eks. Bury, 1982; Kleinman, 1988 ; Riessman, 1993, s. 2-3). I kontekster der kroppen er sentral kan man

også oppleve at det spontant blir satt ord på minner og annet erindringsstoff gjennom undersøkelse og behandling, ved at bevegelser eller berøring vekker fornemmelser og følelser (Braatøy, 1948; Gretland, 2007, s. 186ff; Halvorsen, 2016; Myklestad, 2016).

### **1.2.1 Fortelling i kliniske samhandlingssituasjoner**

Som det skulle fremgå over kan fortelling forstås som noe som skapes i samarbeid mellom deltakere i samhandlingssituasjoner, og dette skjer også i kliniske møter hvor deltakerne er pasienter og helsearbeidere (Clark & Mishler, 1992). Langvarig og alvorlig sykdom og smerte kan føre til at synet man har på seg selv blir endret på en grunnleggende måte og kan forstyrre opplevelsen av ens kroppslige muligheter og potensialer (Leder, 1990, s. 83-92; Svenaeus, 2005, s. 79-80; Thornquist, 2018, s. 142; Toombs, 1995). I slike situasjoner kan behovet for å forstå og finne svar være stort, og fortelling kan være en måte å konstruere mening og sammenheng på (Bülow, 2003, s. 53; Kleinman, 1988; Mattingly, 1998; Riessman, 1993, s. 2-3).

Sykdom og funksjonstap kan slik gi grobunn for fortelling. Ulike fagmiljøer har tatt til orde for en lydhørhet overfor pasienters fortellinger i kliniske møter som en særlig verdifull tilnærming for å forstå pasientens plager, og på den måten oppnå et mer nyansert informasjonsgrunnlag for å hjelpe den enkelte (Charon, 2001; 2017; Mishler, 1984; Svenaeus, 2005; Sviland, Råheim & Martinsen, 2012). Helsearbeidere oppfordres med dette til å lytte til pasientenes fortellinger som en metode for å forstå pasienten bedre og foreta bedre helsefaglige avgjørelser. I litteraturen dreier de fleste eksemplene seg om at pasienten slik får ivaretatt sine psykologiske behov i møtet med klinikerens (Solomon, 2015, s. 195-196). Samhandlingens betydning for fortellingen i kliniske kontekster er imidlertid lite omtalt og problematisert. En studie som har tematisert dette, er sosialpsykologen og språkforskeren Elliot G. Mishler og den medisinske sosiologen Jack A. Clarks (1992) undersøkelse av fortelling i møter mellom leger og pasienter. De retter oppmerksomheten mot fortelling som sosial praksis, viser til de sosiale og interaksjonelle aspektene ved fortelling, og demonstrerer hvordan fortelling finner sted som et ledd i samhandlingen i kliniske møter. Videre tydeliggjør de hvordan legens måte å utøve sin rolle på er utslagsgivende for pasientens mulighet til å utvikle sin fortelling i løpet av møtet (Clark & Mishler, 1992). Dette kan også være overførbart til fysioterapikontekster og måten fysioterapeuter utøver sin rolle på.

### **1.3 Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF)**

Norsk psykomotorisk fysioterapi ble opprinnelig utviklet gjennom et samarbeid mellom psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen på 1940-tallet. Grunnleggende for tradisjonen, og et trekk som fremdeles skiller den fra mye annen helsefaglig virksomhet, er en arbeidsmåte som anerkjenner kroppen som en funksjonell og samspillende enhet. I praksis betyr det at enhver undersøkelse og behandling omfatter hele kroppen uansett hva slags symptomer og plager pasienten har. Man forstår lokale problemer i sammenheng med kroppen som helhet, og er opptatt av hvordan endringer ett sted skaper ringvirkninger i andre kroppsdelar og funksjoner. Medisinske diagnoser tillegges slik mindre vekt, siden diagnoser kan komme ulikt til uttrykk hos den enkelte pasient. Den grunnleggende tenkningen innenfor NPMF er at mennesker regulerer følelser og følelsesuttrykk med pust, muskulatur, bevegelse og stillinger. Dette viser til en grunnlagstenkning hvor kropp og følelser står i et gjensidighetsforhold til hverandre, og en forståelse av at menneskers liv og historie er innleiret i deres kropper. Dette ivaretas både i undersøkelse og behandling. Prøvebehandling brukes for å få inntrykk av pasientens belastningsforhold og toleranse for endring, og tilpasser og individualiserer behandlingen kontinuerlig gjennom forløpet. Behandlingen kan innebære ulike former for massasje/palpasjon og sansestimulering, øvelser og bevegelse i forskjellige stillinger. Samtale og erfaringsutveksling med kroppen som utgangspunkt tillegges også vekt. Oppfatningen av kroppslig og verbal informasjon som likeverdig preger tradisjonen og har betydning for utvikling av informasjon om og tilnærming til den enkelte pasient (Ekerholt & Bergland, 2004; Thornquist & Bunkan, 1986; Thornquist, 2003; 2006b).

### **1.4 Oppgavens disposisjon**

I kapittel 2 redegjør jeg for oppgavens teoretiske forankring og bruk av sentrale begreper. I kapittel 3 følger en beskrivelse av metodologisk tilnærming og prosessene som har ledet frem til oppgavens resultater, som metodiske valg, analysestrategier og empiriske utvalg. Jeg diskuterer også studiens pålitelighet og gyldighet, samt tar opp etiske problemstillinger. I kapittel 4 presenteres og diskuteres undersøkelsens resultater. Filmen, pasienten og det kliniske møtet presenteres først, så følger utdrag fra materialet sammen med empirinære kommentarer og teoretiske diskusjoner. Kronologien i møtet beholdes i redegjørelsen. I kapittel 5 runder jeg av, antyder implikasjoner for praksis og foreslår fokus for fremtidig forskning.

## 2 Teoretisk forankring

I problemstillingen har jeg tatt utgangspunkt i en forståelse av fortelling som sosial praksis. For å få mer innsikt i hvordan en fortelling utvikler seg i et møte mellom en pasient og en fysioterapeut, er det derfor naturlig å henvende seg til teoretiske tradisjoner som er opptatt av å forstå organisering av sosialt liv med utgangspunkt i interaksjonen mellom mennesker. Oppgaven er derfor forankret i teoretiske perspektiver på kommunikasjon som en sosial aktivitet. Det medfører at aspekter som samarbeid, forhandling og deltakelse forstås som sentrale. Denne tenkemåten inkluderer også tradisjoner som ser på samtale og fortelling som sosialt konstruerte og regulerte.

Problemstillingen åpner videre opp for å tematisere forholdet mellom kroppslig og verbal kommunikasjon, samt narrativ og kroppslig erfaringsdannelse. Jeg støtter meg med det på innsikter fra kroppsfenomenologi og andre fagtradisjoner som anerkjenner kroppen som erkjennende, informert og sosial. Jeg kommer tilbake til dette, men først tar jeg for meg kommunikasjon, samtale og fortelling som sosiale aktiviteter.

### 2.1 Kommunikasjon som en gjensidig utveksling av mening

Det finnes ulike tradisjoner og tenkemåter innenfor litteratur om kommunikasjon. Noen retninger fremhever at kommunikasjon primært dreier seg om overføring av informasjon mellom en sender og en mottaker, mens kommunikasjon i andre sammenhenger først og fremst betraktes som en sosial aktivitet og noe mennesker gjør sammen i samhandlingssituasjoner. Ut fra den siste tenkemåten kan kommunikasjon forstås som en gjensidig utveksling av mening, og handler om alle de måter vi henvender oss til hverandre på for å skape noe felles, og det er den jeg bygger på her. I henhold til denne tenkemåten forstås kommunikasjon, samhandling og interaksjon som synonyme begreper, og brukes slik i den videre fremstillingen (Thornquist, 2009, s. 17-35; se også Watzlawick, Bavelas & Jackson, 1967).

Med dette utgangspunktet forstås kommunikasjon som et samarbeid, og har slik innbakt et forhandlingsaspekt. Videre kan kommunikasjon både være kroppslig og verbal, utført med en klar intensjon eller ikke gjort med hensikt. En sentral oppfatning innenfor denne tenkemåten er at vi alltid kommuniserer, både gjennom det vi gjør og ikke gjør, sier og ikke sier. Legen som har blikket vendt mot datamaskinen under samtalen med pasienten (Heath, 1984; Kendon, 1990), når de to som står vendt mot hverandre og snakker sammen flytter på seg for å gi rom til en

tredje samtalepartner (Kendon, 1990), når vi later som om vi ikke har lagt merke til det når noen har gjort noe upassende (Goffman, 1967); alt er med på å regulere og organisere samhandlingen. Det er med andre ord umulig å ikke-kommunisere. Alle handlinger mellom mennesker kan ha kommunikativ verdi, og mening kan skapes på mange måter (Thornquist, 2009, s. 19-35; Watzlawick, Bavelas & Jackson, 1967). I det kliniske møtet som danner empirien for denne oppgaven, oppfattes både kroppslig og verbal kommunikasjon som relevant, og både den kroppslige og verbale samhandlingen danner grunnlag for informasjon og diskusjon for kliniker og pasient.

Som en sosial aktivitet foregår kommunikasjon alltid i konkrete situasjoner som kontinuerlig skapes og omskapes gjennom samarbeid og forhandling mellom partene. Som mennesker kommuniserer vi ikke bare saksforhold, men også relasjoner og roller, altså hvem vi skal være for hverandre i sammenhengen (jfr. Goffman, 1967; 1992). I kliniske møter mellom helsepersonell og pasient er det innebygget et asymmetrisk forhold mellom partene ved at helsepersonell har mer makt, myndighet og kompetanse enn pasienten. I alle møter vil det som regel være rom for forhandling om roller og posisjoner. Dette gjelder også i møter mellom psykomotoriske fysioterapeuter og pasienter. Den som har mest makt bærer imidlertid det største ansvaret for det som skapes, og kan gjennom sin autoritet velge å lukke eller åpne for den andres deltakelse i situasjonen (Thornquist, 2009, s. 19-35).

Samhandlingssituasjoner innebærer ofte at noen snakker sammen. Mange kliniske møter, også førstegangsmøter i fysioterapi har samtale som en fast ingrediens, og verbal kommunikasjon kan studeres i et interaksjonsperspektiv gjennom forskjellige former for nærlesing av situasjonen (jfr. Duranti & Brenneis, 1986). Med samhandlingen som utgangspunkt kan vi forstå samtalen som en kollektiv prosess der vi veksler mellom å snakke og lytte. Samtaler skapes slik av partene i fellesskap og mening vokser fram når man bygger på hverandres bidrag. Deltakerne forsøker å sette seg i hverandres sted, og tilpasser seg og fortolker den andre i et kontinuerlig samspill. En samtale er ut fra denne forståelsen et reelt samarbeid hvor partenes opplevelsesverden, bakgrunnskunnskap og kompetanse sammen med den aktuelle konteksten er med på å forme budskapet som kommuniseres (Duranti & Brenneis, 1986; Thornquist, 2009, s. 19-21), og er relevant som bakgrunn for analysen av undersøkelsessituasjonen i denne oppgaven.



Samtaler i kliniske kontekster er preget av en tydelig rollefordeling. Det er også typisk at samtalen har et klart definert mål, nemlig å innhente tilstrekkelig informasjon for å gi et godt vurderings- og beslutningsgrunnlag for helsearbeideren. Den profesjonelle parten bestemmer slik innholdet i samtalen ved å velge hva han eller hun følger opp og hva som ikke blir lagt vekt på (Clark & Mishler, 1992; Mishler, 1984; Thornquist, 2009, s. 101-126). Det er imidlertid ikke alltid at helsearbeideren og pasienten deler opplevelsen av hva som er viktig informasjon eller hva symptomer betyr. Mishler har latt seg inspirere av fenomenologi i en studie av samtaler mellom leger og pasienter. Han bruker begrepet «livsverden-stemme» om pasientens egne erfaringer av hendelser og problemer i livet. Denne stemmen har sin forankring i den enkeltes hverdagsliv og personlige verdensanskuelse. «Medisinens stemme» representerer derimot en teknisk interesse, dekontekstualiserer og avpersonifiserer hendelser og erfaringer, og refererer til den medisinfaglige tanke- og fortolkningsverdenen. Dette illustrerer at pasient og fagutøver kan gå inn i slike møter med så ulike virkelighetsforståelser at samarbeidet ikke fører frem, og kan være viktig å være oppmerksom på i studiet av kliniske møter.

## **2.2 Et interaksjonistisk perspektiv på fortelling**

Arthur Kleinman, lege og antropolog, var blant de første som omtalte fortellinger om sykdom som en egen sjanger (Kaplan-Myrth, 2007). I sin praksis som lege merket han seg at sykdomsfortellingene bidro til å skape mening og sammenheng i pasientenes sykdomserfaringer, og hjalp dem til å håndtere sine symptomer og plager, særlig ved kronisk eller langvarig sykdom. Sykdomsfortellingene springer ut av lekmannsforståelser av sykdom og helse, og viser til andre forklaringsmodeller enn de som er basert på oppdatert biomedisinsk kunnskap (Kleinman, 1988; se også Alver & Selberg, 1992). Kleinman anså at legen hadde et ansvar for å anerkjenne pasientens egen oppfatning og fortolkning av sin tilstand og komme pasienten i møte ved å bygge bro mellom ikke-medisinfaglige forståelser og medisinske forklaringer på problemene (Kaplan-Myrth, 2007; Kleinman, 1988). Dette gjorde han best ved å lytte til og forsøke å forstå pasientens sykdomsfortelling. Kleinman fremhevet også sykdomsfortellingenes betydning som beretninger som søker å integrere sykdom, lidelse og smerte i fortellerens livshistorie på en meningsfull måte. I tillegg til å organisere og forme erfaringene ved å leve med sykdom, kan fortellingene bidra til å løfte frem overordnede tema i fortellernes liv som utholdenhet, urettferdighet, mot og motgang og gir et innblikk inn i hvordan sykdommen er vevet inn i den enkeltes biografi (Kleinman, 1988, s. 43-56). Dette er en tankegang jeg tar med meg videre i oppgaven sammen med sykdomsfortelling som analytisk begrep.

Som jeg skrev innledningsvis, kan samtaler invitere til fortellinger, og det å fortelle er en uttrykksform vi alle er fortrolige med. Studier av fortelling utgjør et stort tverrfaglig felt med ulike tematiske interesser og teoretiske tyngdepunkt. Fortellinger kan blant annet studeres med fokus på innholdet, altså hva fortellingen sier, eller den kan studeres med henblikk på struktur, altså på måten fortellingen utformes. Man kan imidlertid også fokusere på hvordan fortellinger utvikles gjennom interaksjon mellom forteller og tilhører(e), (Riessman, 1993; 2005; 2008), og det er denne tilnærmingen som er aktuell for analysen av undersøkelsessituasjonen som er denne oppgavens utgangspunkt.

Interaksjonelle studier av fortelling tar for seg fortelling som en sosial aktivitet som skjer her og nå i et samspill mellom forteller og tilhører(e). Med utgangspunkt i dette perspektivet fremheves at fortellinger skapes og mottas i konkrete situasjoner som er preget av den sosiale, institusjonelle, historiske og kulturelle settingen (Riessman, 2005; 2008, s. 105ff). Sentrale anliggender er hvordan fortellingen utvikles som et konkret samarbeid mellom deltakerne i situasjonen gjennom turtaking og sekvensiell organisering. Co-fortelling, altså hvordan flere fortellere utvikler en fortelling i fellesskap, er også et sentralt tema for utforskning sammen med fortellingens fremføring ved hjelp av bl.a. gester, blikk og stemmebruk. Andre sentrale tema er fortellingens berettigelse og relevans for sammenhengen (tellability), deltakernes felles konstruksjon av fortellingens mening, og hvordan fortellinger kan være forbundet tematisk eller på meningsnivå (Bauman, 1986; Jefferson, 1978; Norrick, 2007; Polanyi, 1981; Riessman, 1993, s. 34ff; 2008, s. 77ff). Fortelling forstås her som en dynamisk prosess, og ut fra denne tenkemåten innlemmes fortellingen i samhandlingen på linje med alle andre måter vi henvender oss til hverandre på. Dette synet på fortelling har vært grunnleggende for utformingen av oppgavens prosjekt og vil informere analysen videre.

### **2.2.1 Kort om begrepsbruk**

Fortelling og narrativ brukes ofte om hverandre, og har et uavklart innbyrdes forhold (Eriksen & Selberg, 2006; Riessman, 1993). En måte å rydde i begrepene på er å betrakte fortelling som det erfaringsnære begrepet, som betegnelsen på den allmennmenneskelige aktiviteten vi alle behersker, og narrativ som det erfaringsfjerne begrepet, knyttet til et analytisk nivå (jfr. Thornquist, 2018, s. 246-ff om begrepsbruk i forskning). Begrepet narrativitet tilhører også det analytiske nivået, og er vanskelig å oversette til norsk, men viser til det fortellingsmessige, eller til det å skape eller konstruere fortellinger (Eriksen & Selberg, 2006, s. 168-169). I denne

oppgaven kommer jeg til å bruke begrepet fortelling om den allmennmenneskelige aktiviteten, og la narrativ, narrativitet og narrativisering være forbeholdt et analytisk nivå.

## 2.3 Narrativ og kroppslig erfaringsdannelse

Å fortelle er en utadrettet handling – man forteller alltid til noen, og fortellingen har alltid et innhold man ønsker å formidle. Fortellinger i hverdagslige kontekster handler om å knytte hendelser temporalt sammen til innbyrdes logiske sammenhenger som uttrykker den meningen man ønsker at tilhørerne skal sitte igjen med, og representerer slik fortolkninger av virkeligheten. Innenfor narrative tilnærminger forstås erfaring og virkelighet som konstituert gjennom fortelling. Med utgangspunkt i denne tenkemåten blir erfaringer først reelle når de blir satt ord på. Fortelling anses som en grunnleggende måte å organisere hendelser og minner på, og ved å fortelle skaper vi mening og sammenheng av det som skjer og blir i stand til å dele våre erfaringer (Riessman, 1993, s. 5-11; Riessman, 2008, s. 3).

Fortellingen bidrar videre til å organisere biografisk tid og skape en meningsfull livshistorie for den enkelte. Gjennom det å fortelle gir mennesker mening til hvem de er, til det livet de lever, og kan narrativt skape et selv som kan håndteres av den enkelte og presenteres for andre. Ut fra denne tankegangen er det via fortelling vi konstruerer det vi oppfatter som oss selv, og forankrer oss kulturelt, sosialt og historisk, ved at vi knytter an til kulturelt og sosialt aksepterte narrativ (Binder, 2018, s. 33-37, 79-93; Bruner, 1991; McAdams, 2011; se også Riessman, 1993). I tillegg til å fungere som kilder til hvordan den enkelte forstår seg selv og sin verden, kan fortelling slik også gi innblikk i historisk situert kunnskap, kulturelle forestillinger og sosiale strukturer (Riessman, 1993, s. 4-6).

Denne tenkemåten baserer seg på en forståelse av meningsproduksjon og erfaringsdannelse som en kognitiv prosess. Når vi forteller omformer vi det vi sanser og fornemmer på et før-refleksivt nivå til observasjoner som gjengis som re-presentasjoner av hendelsene. *Opplevelsen* av å være syk blir til *fortellingen* om å være syk (jfr. Riessman, 1993, s. 8-11).

En annen posisjon finner vi innenfor kroppsfilosofien og Maurice Merleau-Pontys filosofi. Merleau-Ponty la til grunn at kroppen er sentrum for erfaring og erkjennelse. Å være et subjekt er ifølge hans tenkning å være i verden som kropp. Det er i kraft av vår kroppslighet at vi har tilgang til omgivelsene våre og oss selv. «Livsverden», den verden vi lever i til daglig og utematisert tar for gitt, har en kroppslig forankring. Som kroppslige subjekter, levd kropp, er vi

både en del av og i stadig interaksjon med verden, og det er gjennom denne dialogen med omgivelsene at vi blir fortrolig med og får informasjon om den. Kroppen er med andre ord grunnleggende til stede i enhver erfaring, og vår kroppslighet er fundamentalt bestemmende for hvordan vi oppfatter og forholder oss til omgivelsene og oss selv (Merleau-Ponty, 1994; Råheim, 2001, s. 119-120; Thornquist, 2009, s. 189; Thornquist, 2018, s. 138ff).

Merleau-Ponty fremhevet at også kunnskap og hukommelse er kroppslig forankret: vi «vet» i hendene og med kroppen hvordan vi skal spille et instrument eller gå i en trapp. Slik kroppslig aktivitet og læring er i stor grad før-refleksiv, og handler om kunnskap og kompetanse som ikke nødvendigvis kan videreføres språklig, men som kan tilkjennegis kroppslig, for eksempel ved å vise. Et viktig poeng er at det vi erfarer og gjør ikke bare er flyktige minner og tanker, men blir en del av vår kroppslighet. Barn som har brent seg unngår flammen, og ubehagelige og vonde opplevelser sitter i kroppen som en form for beredskap og får betydning for fremtidig persepsjon og handling (Merleau-Ponty, 1994; Thornquist, 2009, s. 189ff; 2018, s. 150). Slik er fortidige hendelser innleiret i kroppen, og forsvinner ikke selv om de ikke formuleres språklig.

Inspirert av Merleau-Ponty og fenomenologi har samfunnsviterne Pierre Bourdieu (1999, s. 134-171) og Paul Connerton (1989, s. 72-105) bidratt til denne tenkningen ved å studere hvordan kroppen formes og preges av sosialt og kulturelt liv. Vi vokser opp i bestemte kulturer og forestillingsverdener og tilegner oss gjennom det mye innforstått kunnskap. Sosialisering betyr ikke at bare tanker og forestillinger formes, men vi sosialiseres også inn bestemte kroppslige måter å være og forholde oss til andre mennesker på. Denne kunnskapen sitter i kroppen og er utenfor bevisstheten. Tidligere erfaringer er vevet inn i våre væremåter og former vår virkelighetsoppfatning med hensyn til hva vi oppfatter som akseptabelt eller upassende, hva vi setter pris på eller blir frastøtt av. Bourdieu betegner resultatet av denne prosessen den enkeltes «habitus». Habitus refererer til de bestemte disposisjoner eller tilbøyeligheter mennesker har til å tenke, kategorisere, verdsette og handle, og til måten kunnskapen setter seg i kroppen på. Connerton bruker begrepet «inkorporering» om kunnskap som videreføres kroppslig. Slik blir samfunnsstrukturer, maktforhold og kunnskap om sosiale og kulturelle forhold til integrerte deler av oss, som praktisk, kroppslig kunnskap (Bourdieu, 1999, s. 134-171; Connerton, 1989, s. 72-105; Råheim, 2001, s. 133ff; Thornquist, 2009, s. 208-211; Thornquist, 2018, s. 163-165).

I motsetning til en narrativ forståelse av erfaringsdannelse anses her at erfaring konstitueres og organiseres som en kroppslig forankret prosess. Denne utvidete forståelsen av menneskelig meningsproduksjon og erfaringskonstitusjon er nødvendig for å forstå kompleksiteten i samhandling mellom mennesker. I møtet mellom pasienten og fysioterapeuten kan de velge hva de vil si, eller om de vil si noe i det hele tatt. Kroppene deres er imidlertid aldri tause, og formidler budskap enten de ønsker det eller ikke. Kroppslige og verbale budskap kan både underbygge og motsi hverandre, og i kliniske møter kan dette ha stor betydning (Thornquist, 2009, s. 215-216). Et teoretisk utgangspunkt som anerkjenner kroppen som sentrum for erfaring og erkjennelse involverer deltakerne i samhandlingssituasjoner som hele mennesker, og utgjør en nødvendig forutsetning for å gjennomføre oppgavens prosjekt om å studere fortelling i en undersøkelsessituasjon.

## **3 Metodologi og metode**

I det foregående kapitlet presenterte jeg oppgavens teoretiske ståsted. Perspektivene som der er gjort rede for har informert utformingen av problemstilling, analytiske grep og teoretiske diskusjoner. I det følgende vil jeg gjøre rede for prosessene som har ledet frem til oppgavens resultater.

### **3.1 En kvalitativ tilnærming**

I denne oppgaven legger jeg som nevnt til grunn en interaksjonistisk forståelse av fortelling. Fortelling betraktes som et sosialt fenomen som utspiller seg mellom aktører i konkrete situasjoner og jeg spør om hvordan en pasients fortelling utvikles i klinisk møte med en psykomotorisk fysioterapeut. For å fremstille et hensiktsmessig materiale, tok jeg utgangspunkt i en kvalitativ tilnærming til metode. En kvalitativ tilnærming egner seg når man ønsker å beskrive, analysere og fortolke egenskaper og kvaliteter ved menneskelig virksomhet, og bidra til å utvikle kunnskap om de mønstre og sammenhenger som preger fenomenene man studerer. Kvalitative metoder har sin vitenskapsteoretiske forankring i en fortolkende tradisjon med røtter i hermeneutisk og fenomenologisk orientert filosofi og sosialkonstruksjonisme (Berger & Luckmann, 1967; Malterud, 2017, s. 29-35; Thornquist, 2012, s. 54-ff; 2018, s. 18, 229, 244, 259-ff). Det innebærer at all observasjon ses på som selektiv og orientert mot noe. Videre anerkjennes at data tilvirkes av forskere med utgangspunkt i deres forforståelse, ut fra de spørsmål de stiller, forankret i de begreper, perspektiver og tankemodeller de benytter seg av (Thornquist, 2018, s. 229ff). Jeg vil gjøre nærmere rede for min forforståelse og posisjon med hensyn til utviklingen av materialet og gjennomføringen av oppgavens prosjekt senere i kapitlet.

For å få et datamateriale som kunne egne seg til å svare på problemstillingen, var det nødvendig å få tilgang til en situasjon fra klinisk praksis. Materialet måtte også inneholde den typen nyanisert og variert informasjon som problemstillingen krever. For å tilvirke data som kunne si noe om det karakteristiske, sammensatte og dynamiske ved fortelling i kliniske samhandlingssituasjoner, valgte jeg derfor å bruke ikke-deltakende observasjon av et foreliggende videomateriale, som inneholdt den type samhandling som kunne bidra til å utvikle den aktuelle kunnskapen.

#### **3.1.1 Ikke-deltakende observasjon av et foreliggende videomateriale**

Videoopptaket av et første møte mellom en psykomotorisk fysioterapeut og en kvinne med langvarige og utbredte muskel- og skjelettrelaterte smerter ble brukt i undervisningen på

masterstudiet som et eksempel på det sammensatte ved praksis. Det 48 minutter lange opptaket ble brukt som en illustrasjon på hvordan kliniske møter kjennetegnes av kombinasjonen av kroppslig og verbal samhandling, at det skjer mye samtidig og at mange valg må tas i hver enkelt konsultasjon. Det som imidlertid fanget min interesse, var pasientens fortellinger og måten hun fortalte dem på i samhandling med fysioterapeuten. Det som foregikk på filmen lå altså tett opp til egne erfaringer fra praksis og jeg vurderte det slik at den kunne fungere som et godt empirisk materiale for å besvare problemstillingen. Videoen er strategisk valgt med tanke på denne (jfr. Malterud, 2017, s. 60).

Observasjon er en metode som egner seg godt for å undersøke ulike sider ved praksis, og å filme observasjoner gir muligheter for å dokumentere både verbale og kroppslige aktiviteter for å få innblikk i hvordan samhandlingssituasjoner faktisk utspiller seg (Jordan & Henderson, 1995). Min observasjonsrolle har bestått i å observere samhandlingen på en film noen andre har spilt inn. Som ikke-deltakende observatør er jeg ikke involvert i samhandlingen og påvirker ikke den med min tilstedeværelse, og har heller ikke innflytelse på situasjonen som sådan ved at jeg er til stede og filmer. I situasjonen jeg observerer er det imidlertid en tredje person til stede som jeg ikke kan se, nemlig den som står bak kameraet. Tilstedeværelsen av denne personen, og at vedkommende filmer situasjonen kan imidlertid ha påvirket interaksjonen mellom pasienten og fysioterapeuten på måter jeg ikke har oversikt over (jfr. Fangen, 2004, s. 106-107; og Malterud, 2017, s. 153). Ved å ikke være til stede selv er det dermed mye av konteksten jeg ikke har tilgang til. Jeg har heller ikke anledning til å stille spørsmål eller få mer informasjon om den enn det som kan ses på filmen. Det er to avbrudd mot slutten av opptaket. Bruddene skyldes ifølge eier av filmen skifte av kassetter og batteri, men ut fra det man kan se på opptaket, virker det ikke å ha forstyrret samhandlingen.

## **3.2 Transkribering og analytisk tilnærming**

### **3.2.1 Transkribering av samhandlingssituasjonen**

For å bli håndterbart for analyse måtte det muntlige materialet omformes til tekst. Gjennom transkripsjonsprosessen bearbeidet jeg det opprinnelige materialet ved å velge ut hva som skulle inkluderes og utelates i utskriften. Disse valgene var informert av studiens problemstilling, teoretiske forankring og min forforståelse, og utgjorde starten på analysearbeidet mitt (jfr. Kvale, 1997; Psathas & Anderson, 1990; Riessman, 1993, s. 56ff; Thornquist, 2018, s. 229). Jeg fulgte anbefalingene til Heath, Hindmarsh & Luff (2010) om transkribering av samhandlingssitua-

sjoner, og begynte med å skrive ut dialogen. Innledningsvis lyttet jeg derfor til dialogen på filmen noen ganger for å få en oversikt over materialet før jeg begynte å transkribere. Med utgangspunkt i Gail Jeffersons transkriberingssystem for konversasjonsanalyse (Psathas & Anderson, 1990; University Transcriptions, 2018) forsøkte jeg å gjengi samtalen tett opp til slik pasienten og terapeuten snakket på filmen<sup>2</sup>. Jeg har lagt særlig vekt på å gjengi avbrytelser, overlappende snakk, volum, pust og latter for å ivareta et interaksjonistisk perspektiv på samtale og fortelling. Når jeg har sitert fra dialogen i teksten, har jeg beskrevet disse aspektene (pust, pauser, avbrytelser) med ord i stedet for å bruke Jeffersons symboler, samt brukt tegnsetting slik det er vanlig i skriftlige fremstillinger, for å gjøre teksten mest mulig forståelig og lesverdig.

Etter at jeg hadde transkribert den verbale kommunikasjonen, tok jeg for meg den kroppslige samhandlingen. For at transkripsjon av samhandlingen skulle bli hensiktsmessig som et arbeidsredskap for meg, tok jeg utgangspunkt i utskriften av dialogen. Jeg plasserte dialogen i en kolonne, og ‘fylte på’ med beskrivelser av samhandlingen i en kolonne ved siden av. I motsetning til dialogen som jeg transkriberte i sin helhet, transkriberte jeg samhandlingen med utgangspunkt i sekvenser eller hendelser som skilte seg ut som betydningsfulle ved at de påvirket pasientens fortelling eller på andre måter tematiserte forholdet mellom fortelling og samhandling. Andre forhold som var viktige å beskrive i transkripsjonen var retningen av blikket og om deltakerne var orientert mot eller fra hverandre. Jeg inkluderte også et utvalg av bevegelser og bevegelsesmåter som pekte seg ut som betydningsfulle ved at de understreket eller brøt med innholdet i dialogen. Jeg noterte i tillegg kroppslig kommunikative handlinger som smil, peking eller gestikulering, ansiktsuttrykk og hodebevegelser som å nikke/riste på hodet, for å få en mest mulig informativ transkripsjon.

### **3.2.2 Lokalisering og avgrensing av fortellinger**

Hva vil det si å fortelle? Fra et interaksjonistisk ståsted betyr det å formidle opplevelser, meninger og hendelser som fortellinger å be om oppmerksomhet, ta plass i en samtale, og overbevise noen om å høre på deg. Det innebærer en forhandling om hvem som skal snakke og hvem som skal lytte og skiller seg ut fra annen diskurs (Norrick, 2007; Polanyi, 1981). For å ivareta

---

<sup>2</sup> Jeg har gjengitt de symbolene jeg valgte å bruke i vedlegg 1.



dette perspektivet og belyse hvordan fortellinger utvikles i møtet mellom pasienten og fysioterapeuten har jeg latt meg inspirere av sosiologen Katherine Kohler Riessmans tilnærming til narrativ analyse. Ut fra denne tenkemåten er ikke narrativ analyse en enkeltstående metode, men et utvalg innfallsvinkler farget av disiplinen undersøkelsen er forankret i, og tilpasset de spørsmål som er relevante for sammenhengen (Riessman, 1993; 2005; 2008). Det betyr at et viktig steg i den analytiske prosessen består i å avgjøre hva som er en fortelling. Dette avhenger av hvilken definisjon av fortelling man baserer seg på og hvordan man avgrenser fortellinger i forhold til ikke-narrativ diskurs. Når jeg skulle avgjøre hvor en fortelling begynte og sluttet i løpet av en samtalesekvens var det dermed ikke en teknisk operasjon, men i seg selv et tolkningsspørsmål som kunne få betydning for meningsinnholdet i fortellingene (jfr. Riessman, 1993; 2008). Fortellinger innenfor rammen av samtaler kan være forholdsvis løst avgrenset, og jeg har derfor brukt Labovs rammeverk for personlige fortellinger (1977; 1982) for å skille fortellinger fra ikke-narrative sekvenser i dialogen. Labovs formelle struktur er mye brukt og regnes som et klassisk bidrag innenfor studier av fortelling (Riessman, 1993; 2008).

Labov utviklet sin definisjon av fortellinger på bakgrunn av empiriske undersøkelser av hvordan folk fortalte i hverdagslige sammenhenger. Arbeidet resulterte i en formell struktur for fortellinger, hvor en fortelling består av ulike deler med spesifikke funksjoner. Labovs modell består av totalt seks funksjoner. En fortelling vil ut fra denne tenkemåten bestå av et sammendrag/abstract, en redegjørelse/orientation, en komplikasjon/complicating action, en evaluering/evaluation, en løsning/resolution og coda<sup>3</sup> (Labov, 1977; 1982; Norrick, 2007).

Sammendraget i fortellingen svarer på spørsmålet «Hva handler det om?» og fungerer som en innledende formulering tilhørerne gjenkjenner som en begynnelse på en fortelling. Redegjørelsen svarer på spørsmålet «Hvem, hva, hvor, når?» og innebærer at tilhøreren blir orientert om tid, sted, samt hva og hvem som er involvert i fortellingen. Komplikasjonen svarer på spørsmålet «Hva skjedde?» og består av fortellingens handling, altså hendelsene i fortellingen gjengitt i temporal rekkefølge. Evalueringen svarer på spørsmålet «Og så?», tydeliggjør poenget og evaluerer hendelsene. Denne funksjonen kan komme når som helst i en fortelling. Løsningen svarer på spørsmålet «Hva skjedde til slutt?», og kan forekomme sammen med evalueringen.

---

<sup>3</sup> Den norske oversettelsen av begrepene er hentet fra Alver & Selberg (1992).

Coda lukker for videre spørsmål om hva som skjedde, konkluderer og forsterker poenget i fortellingen. Denne funksjonen var ifølge Labov ikke nødvendig for å avgrense noe som en fortelling, men mange fortellinger har denne avsluttende formuleringen (Labov, 1977; 1982; Norrick, 2007). Rekkefølgen av funksjonene kan variere, og alle må som sagt ikke nødvendigvis være til stede. Labov la særlig vekt på de evaluerende sekvensene i fortellingen. Evalueringen gir fortelleren anledning til å fremføre sin tolkning av hendelsene og kan også romme fortellerens holdninger, verdier, virkelighetsforståelse og selvoppfatning (Labov & Waletzky, 1967; Labov, 1982; Riessman, 1990; 1993, s. 20). Labov er kritisert for å definere fortelling for snevert, for å legge for mye vekt på at fortellinger er temporalt organiserte, og for å være for tilpasset vestlige måter å strukturere fortellinger på (Riessman, 1993, s. 17-18). Modellen fungerer imidlertid som en rettesnor for å lokalisere fortellinger i samtalesekvenser, og kan etterprøves av andre. Jeg anser den derfor som hensiktsmessig i denne oppgaven.

Kliniske møter er ikke situasjoner som vanligvis åpner for lange og elaborerte fortellinger, og pasienter må ofte 'kjempe' for å beholde ordet<sup>4</sup> (Clark & Mishler, 1992; Riessman, 1993). Jeg har derfor brukt mye tid på å lese og lytte til dialogen, og vurdere ulike versjoner av strukturen i fortellingene. Andre kan selvfølgelig gjøre andre valg enn de jeg har kommet frem til, men rammeverket gir en anledning til å vurdere holdbarheten i mine. Slik jeg har vurdert det, presenterer pasienten totalt fem fortellinger i henhold til Labovs rammeverk i denne filmen. Fire av dem fortelles i løpet av den innledende samtalen, og en i den avsluttende samtalen. I oppgavens vedlegg har jeg gjengitt fortellingene som kjernefortellinger ad modum Labov, altså fortellinger redusert til de narrative funksjonene.

### **3.2.3 Bruk av ikke-narrative sekvenser og utdrag fra samhandlingen**

Ikke-narrative sekvenser er passasjer som gjengir tanker og begivenheter uten å ha en tydelig sekvensiell organisering av hendelser, slik at de ikke gjengir noen direkte handling. Slike sekvenser kan imidlertid tematisk støtte opp om og forsterke fortellinger og således tolkes

---

<sup>4</sup> Legekonsultasjoner er gjennomgående korte, og 'kampen' om ordet er tilsvarende presserende. Konsultasjoner i NPMF er som regel rundt en klokke time, så pasient og fagutøver har bedre tid, men gitt den helhetlige tilnærmingen innenfor NPMF er samtalen som regel ikke avgrenset til enkeltproblemer, så problemstillingen er den samme også innenfor NPMF.

sammen med dem (se Riessman, 1990). Jeg har valgt å inkludere to narrative sekvenser som er tematisk forbundet med sykdomsfortellingen.

En betydelig del av møtet er konsentrert omkring kroppslig samhandling, hvor dialogen har kroppen og den kroppslige interaksjonen som utgangspunkt. Jeg har valgt å gjengi fem sekvenser fra samhandlingen som peker seg ut ved at forholdet mellom fortelling og kroppslig samhandling og erfaringsdannelse tematiseres eller utfordres.

### **3.3 Metodiske refleksjoner**

Det vitenskapsteoretiske utgangspunktet for oppgaven min, som for kvalitativ forskning generelt, er at mennesket er meningsbærende og fortolkende, og at menneskelige fenomener må studeres *som* meningsfulle. Jeg har derfor hatt som ambisjon å forsøke å beskrive, forstå og problematisere pasientens fortelling og samhandlingen mellom henne og fysioterapeuten på måter som nettopp rommer mening og tolkning (jfr. Thornquist, 2018, s. 244). For å utvikle en forståelse av pasientens og fysioterapeutens reaksjoner, utsagn og valg har jeg forsøkt å danne meg et inntrykk av deres meningsverden ved å leve meg inn i den aktuelle situasjonen (jfr. Alver, 1990; Alver & Selberg, 1992; og Grønmo, 1996). En nærhet til forskningsfeltet mitt har dermed vært både nødvendig og uunngåelig for å kunne gjennomføre studien. Jeg har med dette brukt meg selv som forskningsinstrument, i tråd med en kvalitativ tenkemåte hvor forskerens subjektivitet aktivt kan tas i bruk som en ressurs for å forstå fenomenene som studeres. Dette betyr imidlertid at mitt bidrag i forskningsprosessen blir viktig å synliggjøre. Tre begreper blir da sentrale: refleksivitet, posisjonering og transparens (jfr. Thornquist, 2018, s. 244-245).

Refleksivitet henviser til en overordnet bevissthet om ens rolle som forsker og bidrag gjennom hele forskningsprosessen (se Alver, 1990). I arbeidet med denne oppgaven er alt fra utarbeiding av problemstilling, til valg av teoretisk perspektiv, til arbeidet med å analysere og diskutere materialet, og til sist formidling av resultater og diskusjoner i skriftlig form, preget av meg som person, min erfaring, kunnskapsbakgrunn, skoloring, innlevelsessevne og fantasi. Jeg vil utdype dette nærmere ved å klargjøre mitt ståsted i forhold til studien og gjøre rede for hvordan jeg har forsøkt å synliggjøre forskningsprosessen i den endelige teksten.

Å være klar over og å kunne gjøre rede for hvilket ståsted man har overfor sitt tema, både med hensyn til teoretiske perspektiver og egne interesser, er omfattet av begrepet posisjonering. Jeg har bakgrunn fra humaniora og folkloristikkfaget, som har fortelling både som empirisk

studieobjekt og viktigste analytiske redskap, og har slik en forkunnskap om og interesse for fortelling som kulturelt og personlig meningsskapende og meningsbærende (Westgaard, 1998; 2006). Dette var medvirkende til at pasienters fortellinger i egne konsultasjoner fanget min interesse, og la grunnlaget for motivasjonen for å studere fortellinger innenfor rammen av fysioterapikontekster. Valg av teoretisk perspektiv og analytiske strategier er naturlig nok også preget av denne forforståelsen. Jeg har derfor forsøkt å gjøre nøye rede for hvilke teorier og tradisjoner jeg støtter meg på, slik at leseren kan se hva som har informert tolkningene mine. Samtidig er jeg fysioterapeut og har en fortrolighet og innforståthet med slike situasjoner som materialet skildrer. Det har også styrt blikket mitt, og gjort at jeg har fått øye på noe og vært blind for det som kunne kommet i fokus fra et annet ståsted. Jeg har slik en nærhet til både fysioterapi og fortelling som empiriske felt. Jeg har forsøkt å opparbeide avstand ved å forholde meg kritisk til mine tolkninger og valg, og ved å involvere flere diskusjonspartnere og lesere underveis i prosessen for å få hjelp til å løfte blikket.

Jeg har videre bestrebet meg på å la min egen rolle i og påvirkning på arbeidet være synlig i den ferdige teksten. Transparens refererer til denne åpenheten om forskningsarbeidet i den skriftlige fremstillingen, som skal gjøre det enkelt for leseren å følge forskerens prosess (se Alver, 1990; og Riessman, 1993, s. 25ff). Jeg har forsøkt å ivareta dette, og fokusert særlig på to forhold. For det første har jeg valgt å vise detaljert hvordan jeg har avgjort hva som er fortellinger i materialet. Jeg har også nevnt hvordan ikke-narrative sekvenser og utdrag fra sammenhengen er brukt i utviklingen av resultatene. Ved så å gjengi forholdsvis lange utdrag fra materialet i resultatkapittelet har jeg forsøkt å legge til rette for at en leser har nok informasjon til selv å vurdere holdbarheten av tolkningene mine, og samtidig la fremstillingen være åpen for muligheten av andre lesninger.

### **3.3.1 Studiens pålitelighet og gyldighet**

I arbeidet med å utvikle et troverdig kunnskapsbidrag, har jeg bestrebet meg på å være nøyaktig og presis i alle deler av arbeidet med oppgaven (jfr. Fangen, 2004, s. 195ff; Kvale, 1997, s. 158ff; Riessman, 1993, s. 68ff; Thornquist, 2012, s. 108ff). Jeg har redegjort for utviklingen av problemstillingen, litteratursøk og tidligere forskning, teoretisk plattform, fremgangsmåter for bearbeiding av materiale, analyseprosesser og egen bakgrunn og forforståelse. Empirien er innlemmet i forholdsvis stort omfang, og ved å la tolkninger og diskusjoner være informert av teori om fortelling, kommunikasjon og erfaringsdannelse har jeg forsøkt å løfte refleksjonene over

det som utspilte seg i samhandlingssituasjonen til noe som kan være allment relevant for forståelsen av fortelling i fysioterapeutiske samhandlingssituasjoner (jfr. Kvale, 1997, s. 160ff; og Thornquist, 2012, s. 110).

Oppgavens materiale er utarbeidet med utgangspunkt i én fysioterapeutisk undersøkelsessituasjon som er strategisk valgt for å besvare problemstillingen. Problemstillingen la opp til nærløsning av materialet og detaljerte beskrivelser av empirien. Et større materiale, for eksempel flere kliniske møter, kunne gitt en rikere eller bredere empiri, men ville ha krevet en annen tidsramme. Filming og tilstedeværelsen av en fotograf kan ha påvirket samhandlingen mellom pasienten og fysioterapeuten, selv om det ikke virker sånn når man ser filmen, men det er umulig å fastslå sikkert. I tillegg reduserer videoopptak av samhandlingssituasjoner en virkelig sosial situasjon som utfolder seg i en spesifikk kontekst til en abstraksjon av virkeligheten, hvor det allerede er foretatt noen valg med hensyn til utsnitt, kameravinkler, informasjon til deltakere og andre forhold. Disse har jeg heller ikke innflytelse over eller informasjon om (Jordan & Henderson, 1995; Thornquist, 2012, s. 84-85). Pasientens kroppslige uttrykk og reaksjoner er imidlertid synlige gjennom hele møtet.

Det avgrensede materialet gav imidlertid mulighet til å utarbeide nøyaktige transkripsjoner og detaljerte beskrivelser, som kan bidra til å styrke studiens troverdighet. Filmen gav også mulighet til å observere en situasjon fra faktisk praksis og studere samhandling slik den utfolder seg i et reelt møte. Selv om møtet kun utgjør ett enkelt eksempel fra praksis, anses selve situasjonen gjenkjennbar for fysioterapeuter, og resultatene kan slik være anvendelige for andre kontekster også (Fangen, 2004, s. 212ff; Kvale, 1997, s. 161; Thornquist, 2012, s. 110).

### **3.4 Etske betraktninger**

En av deltakerne i filmen er pasient, og tilhører det man kan kalle en sårbar gruppe (jfr. De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2018; Norsk senter for forskningsdata, 2018). Å delta i et forskningsprosjekt kan medføre belastninger for den enkelte. Det er derfor gode grunner til å bruke foreliggende datamateriale når dette finnes. Videoen som utgjør materialet for denne oppgaven ble spilt inn til bruk i undervisning og forskning og er meldt som prosjekt til Norsk senter for forskningsdata (NSD), prosjektnummer 45267. Filmen eies av Universitetet i Tromsø og er gjort tilgjengelig for meg via personlig pålogging på Mediasite. Pasienten har underskrevet et informert samtykke som forklarer hvordan filmen kan brukes, og hvem som kan få tilgang

til den. Hun har også fått informasjon om at samtykket kan trekkes tilbake. Det samme gjelder for fysioterapeuten. Transkripsjonene av videoen er anonymisert og klargjort i tråd med NSD's retningslinjer. Pasienten er gitt et pseudonym, og jeg har tatt ut stedsnavn og fjernet eller endret andre opplysninger som kan bidra til å identifisere henne. Når det gjelder fysioterapeuten, fremkommer det ingen direkte identifiserbare opplysninger om henne. Det ligger i sakens natur at det er umulig å fullt ut garantere anonymitet overfor personer som allerede har kjennskap til dem personlig, men utover dette vil det være liten mulighet for gjenkjenning (jfr. Alver & Øyen, 1997; Alver, Fjell & Øyen, 2007; Alver, 2015).

Som forsker har jeg satt premissene for utvalget og studiens innhold, og kontrollerer fremstillingen av resultatene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 51-52). Det betyr at relasjonen mellom meg og studiens deltakere preget av et asymmetrisk maktforhold. Jeg har derfor bestrebet meg på å fremstille resultatene på en måte som ivaretar deres integritet og verdighet.

## 4 Resultat og diskusjon

I det følgende vil jeg presentere og diskutere undersøkelsens resultater. Innledningsvis blir filmen og pasienten kort presentert, så følger en redegjørelse av møtets oppbygning og forløp.

Kronologien i møtet beholdes i presentasjonen av resultatene. Jeg begynner derfor med å redegjøre for anamnesen, og gjengir tre av pasientens fortellinger og to narrative sekvenser i den rekkefølgen de opptrer i samtalen. Sitater er markert med anførselstegn, og lengre gjengivelser av materialet er trukket ut av teksten, markert med anførselstegn og gjengitt med mindre skrift enn teksten ellers. Kroppsundersøkelsen blir behandlet på samme vis, men her består materialet av beskrivelser av sekvenser fra samhandlingen, som også er trukket ut av teksten og gjengitt med liten skrift. Til slutt tar jeg for meg den avsluttende samtalen, inkluderer en narrativ sekvens og en fortelling på samme måte som redegjort for over.

Presentasjonen av materialet er strukturert slik at overskriftene representerer sitater fra materialet med en presisering som angir hva som tematiseres i avsnittet og løftes frem i diskusjonen. For å gjengi det prosessuelle i situasjonen, har jeg lagt vekt på å innlede sitatene og samhandlingssekvensene med en redegjørelse av konteksten, for å forklare hva som skjer i filmen der utdraget hører hjemme. Det innebærer at jeg noen steder gir et innblikk i elementer ved den psykomotoriske undersøkelsen, for at lesere som ikke er kjent med NPMF skal kunne følge det som skjer i situasjonen. Så følger et sitat eller et utdrag fra samhandlingen. Noen steder er dialogen fremhevet, og kroppslig interaksjon er inkludert der den gir ytterligere informasjon og kontekst til den verbale kommunikasjonen. Andre steder står den kroppslige interaksjonen i forgrunnen, med dialogen som en del av samhandlingen. Disse valgene er tatt på bakgrunn av problemstillingen og relevansen for sammenhengen. Etter utdragene følger empirinære kommentarer og diskusjoner i lys av relevant teori.

### 4.1 Presentasjon av filmen

Videoen viser som sagt et første møte mellom en psykomotorisk fysioterapeut og en pasient. Psykomotorikeren er erfaren og har lang fartstid i faget. Undersøkelsen foregår i et undervisningslokale, og ikke i et ordinært behandlingsrom. Det er laget et avlukke med skjerm Brett, satt inn et bord med to stoler rundt og en behandlingsbenk. En person som betjener videokameraet er også til stede, men ikke synlig i bildet. Selve undersøkelsen skiller seg sannsynligvis ikke

fra et 'vanlig' første møte med en psykomotoriker, men omgivelsene og konteksten er annerledes.

Videoen er som nevnt tematisk delt i tre. Den begynner med anamnese og innledende samtale, hvor verbal dialog dominerer. Denne delen varer i ca. 10 minutter. Så følger en psykomotorisk kroppsundersøkelse, hvor den kroppslige samhandlingen står i fokus. Den verbale dialogen fortsetter her, men med den kroppslige samhandlingen som utgangspunkt. Denne delen tar ca. 30 minutter. Konsultasjonen rundes av med en ny samtale med en varighet på ca. 8 minutter. Denne delen er også dominert av verbal dialog.

## **4.2 Presentasjon av pasienten**

Pasienten, som jeg har kalt Maria, var 18 år da hun ble utsatt for en bilulykke, den første av i alt seks stykker, enten som sjåfør eller passasjer. I et halvt år etter den første ulykken var hun stiv i ryggen og hadde problemer med å bevege seg. Etter som årene gikk økte plagene og smertene. De ble ytterligere forverret etter to svangerskap slik at hun begynte å bruke krykker og rullestol for å forflytte seg. Til slutt ble hun diagnostisert med kronisk bekkenleddsyndrom. Nå er Maria 40 år og har levd med smerter og nedsatt funksjon store deler av livet.

I videoen går hun uten hjelpemidler, men det fremkommer at i tillegg til rullestol og krykker har hun flere hjelpemidler i hjemmet. Det er ellers lite konkret informasjon om henne i opptaket. Vi får vite Marias alder, det kommer frem at hun er uføretrygdet, og hun har to barn på henholdsvis 10 og 13 år. Maria snakker om «vi» i forbindelse med husbygging og boforhold, så det er rimelig å anta at hun bor sammen med en partner. Hun nevner også en liten nevø som det virker som om hun har en del omgang med.

Maria ble henvist til psykomotorisk fysioterapi, og gav samtykke til at det første møtet med fysioterapeuten kunne filmes til bruk for undervisning og forskning. På filmen fremstår Maria som en pasient med klare oppfatninger av hva som er opprinnelsen til plagene hennes. Hun har god oversikt over hendelser i sykdomsforløpet som synes å være særlig betydningsfulle for henne, og gjengir flere av disse i form av fortellinger.



## 4.3 Et klinisk møte

### 4.3.1 Møtets oppbygning og forløp

Møtet begynner med at Maria og fysioterapeuten kommer inn i rommet. Fysioterapeuten viser Maria hvor hun skal sitte og begge setter seg ned ved et bord, slik at de er plassert direkte overfor hverandre. Fysioterapeuten har ryggen mot kamera. Mens de sitter slik følger anamnese og innledende samtale. Så følger en psykomotorisk kroppsundersøkelse. Undersøkelsen innledes med at fysioterapeuten plasserer Maria i stående stilling, så sittende på en krakk, for å avsluttes med at Maria ligger på benken, først i ryggliggende, og så i mageliggende. Konsultasjonen rundes av med en ny samtale hvor Maria sitter ved bordet sammen med terapeuten som under den innledende samtalen.

## 4.4 Anamnesen

Møtet begynner med at fysioterapeuten tar opp anamnese. Fysioterapeuten stiller spørsmål til Maria på en systematisk måte med utgangspunkt i kroppsområder og organer, for å bygge opp et informasjonsgrunnlag. Noen ganger følger hun opp det Maria sier og ber henne utdype, noen ganger avbryter hun henne og går videre. Maria virker forberedt til møtet og har mye på hjertet. Hun gjør mange forsøk på å fortelle i løpet av denne samtalen uten at det resulterer i fortellinger, på grunn av at fysioterapeuten enten lukker for dette ved å endre tema, eller avbryter forsøket ved å stille et oppfølgende spørsmål før Maria får fullført. Som nevnt tidligere, resulterer fire av disse forsøkene imidlertid i fortellinger slik de er beskrevet av Labov (jfr. Labov & Waletzky, 1967; 1977; 1982).

Fysioterapeuten deltar aktivt i å skape Marias første fortelling ved såkalt co-fortelling (jfr. Norrick, 2007; og Riessman, 2005). De neste fortellingene blir til uten den samme deltakelsen, men fysioterapeuten gjør seg tilgjengelig som lytter med verbale og kroppslige tegn, som «mm», hodebevegelser og gester (jfr. Jefferson, 1978; og Polanyi, 1981). Slik bidrar hun til å skape rom for Marias fortellinger.

### 4.4.1 «Jeg har vært i noen bilulykker» - Marias sykdomsfortelling

Maria presenterer sin sykdomsfortelling helt i begynnelsen av konsultasjonen. Fysioterapeuten innleder samtalen, men Maria avbryter og slår hendene sammen og sier at hun har glemt å gi henne en rekvisisjon. Hun peker og gjør tegn til å reise seg. Fysioterapeuten bekrefter verbalt og signaliserer med hånden at Maria kan hente rekvisisjonen. Maria reiser seg påfallende lett

fra stolen gitt plagene og smertene hun skal fortelle om i løpet av møtet, og går raskt mot utkanten av bildet. Hun finner frem rekvisisjonen, kikker litt mot kamera og går nå langsommere og stivere tilbake til plassen sin enn før. Hun gir et ark til fysioterapeuten, og setter seg langsomt og forsiktig ned mens hun støtter seg på bordplaten med en hånd og til låret med den andre hånden.

Fysioterapeuten leser rekvisisjonen, konstaterer at det står at Maria har kronisk bekkenledds-syndrom, og spør om hun har hatt det lenge. Maria svarer at diagnosen «kom på sykehuset» året før. Fysioterapeuten følger opp ved å spørre om plagene hennes også oppstod da, og Maria svarer at hun har hatt smerter siden svangerskapene sine for 13 og 10 år siden. Hun sier: «Det var vel da det begynte virkelig alvorlig å gjøre vondt, for å si det sånn.» Hun ler litt. «Og så har det?» oppfordrer fysioterapeuten. «Bare balla på seg,» svarer Maria. «Bare balla på seg?» spør fysioterapeuten.

I samtalen gjør Maria et poeng av at diagnosen ble stilt på sykehuset. Måten hun formulerer seg på gir inntrykk av at hun ønsker å fremheve at det er sykehuset, en instans med medisinsk autoritet, som har gitt henne diagnosen. Hun gjør det imidlertid klart at det ikke er samsvar mellom varigheten av plagene hennes og tidspunktet diagnosen ble stilt, og knytter selv bekkenplagene til svangerskapene 13 og 10 år tidligere. Hun antyder samtidig at hun hadde smerter før også, at svangerskapene var opphav til en forverring av tilstanden, og at smertene har tiltatt ytterligere senere. Ved å gjenta Marias formulering «Bare balla på seg» oppfordrer fysioterapeuten Maria til å utdype, og Maria svarer med en fortelling som forklarer plagene og tidfester starten på dem<sup>56</sup>:

«Ja. Men jeg må jo si det at jeg har vært i noen bilulykker i tillegg da, som ikke har gjort saken noe bedre,» sier Maria og ser på fysioterapeuten med et lite smil (S). «Senere?» spør fysioterapeuten mens hun noterer. «Mm,» sier Maria megetsigende og

---

<sup>5</sup> Bokstavene i parentes refererer til Labovs funksjoner: sammendrag / abstract (S), redegjørelse / orientation (R), komplikasjon / complicating action (K), evaluering / evaluation (E), løsning / resolution (L), coda (C).

<sup>6</sup> Tegnforklaring:

(...) : noe er utelatt noe fra utskriften

ord : betoning av ordet / utsagnet

- : personen avbryter seg selv

smiler. «Før og senere.» «Ja,» svarer fysioterapeuten og noterer, og spør mens hun ser opp mot Maria: «Flere og?» Maria fortsetter å smile. «Mm, seks stykker!» «Seks!» utbryter fysioterapeuten. «Ja,» svarer Maria og begynner å le. «Hva?» spør fysioterapeuten forbauset og begynner å le hun også. «Jeg har alltid vært uskyldig part,» forklarer Maria lattermildt. «Ja?», sier fysioterapeuten, «Jeg har sitti-» «Men med usedvanlig uflaks!» avbryter fysioterapeuten muntert. «Jeg har enten sitti på, eller vært på galt sted til gal tid,» fortsetter Maria fremdeles med latter i stemmen (R). «Ja,» sier fysioterapeuten. «Hva slags skader har du fått da?» fortsetter hun. «Nei, (...) første gangen fikk jeg et traume i ryggen, en gryte som stod i baksetet,» sier Maria. «Jaha,» sier fysioterapeuten. «Så den gikk inn i i virvelen her bak i ryggen, og lagde litt sånn, glipe» (Maria peker under brystbeinet). «Ja,» sier fysioterapeuten mens hun ser mot Maria. «Og nummer to så var det jo sæla og det som tok meg stort sett, men (...) har aldri vært henta i sykebil eller sånn». (...) «Ja, så det har ikke vært noen sånne voldsomme?» sier fysioterapeuten mens hun slår hendene sammen med et smell. «Den ene gangen så måtte jeg trekke til meg beina for da var det like før beina mine gikk, da,» sier Maria. «Ja,» sier fysioterapeuten og ser mot Maria. «Det har jo vært en del fartsgrenser. (...) En gang var jeg midt imellom to biler. Andre gangen da var det en som kom fra høyre og så tok jeg møtande bil,» sier Maria. «Mm,» sier fysioterapeuten og ser mot Maria (K). «Så det har jo ikke vært ee.. Bare hehe, jeg har kunnet gå ut av bilen på egen hånd (L), men jeg har jo vært dårlig etterpå» avslutter Maria (E).

Denne fortellingen kommer bare noen minutter inn i samtalen. Det er tydelig at Maria har fortalt den mange ganger tidligere, og at hun er klar over at fortellingen er spesiell og egnet til å skape reaksjoner hos lytteren. Med en tydelig formulert innledning (sammendrag), blikk, strategiske pauser og ansiktsuttrykk fanger hun fysioterapeutens oppmerksomhet og leverer fortellingen på en rutinert måte. Fysioterapeuten deltar aktivt i utviklingen av fortellingen med innskutte kommentarer og verbale og kroppslige tegn og driver historien fremover ved å innlede både redegjørelse og komplikasjon (jfr. Jefferson, 1978; Norrick, 2007; Polanyi, 1981). Maria snakker mest, men fysioterapeuten markerer tydelig at hun er tilgjengelig som lytter og oppmuntrer Maria til å fortelle. Fysioterapeuten synes å more seg litt over fortellingen, noe det virker som om Maria legger opp til, og de ler mye sammen.

Maria forteller om bilulykkene i forbindelse med at fysioterapeuten forhører seg om bekkenplagene hun forholdsvis nylig er diagnostisert med. Maria formidler gjennom fortellingen at plagene er mer omfattende enn diagnosen tilsier og at de går lengre tilbake i tid enn tidspunktet for diagnostiseringen. Hun gir videre uttrykk for at det er alle bilulykkene hun har vært utsatt for, og ikke svangerskapene som er opprinnelsen til plagene hennes. Plagene er med andre ord påført gjennom ytre, fysiske skademekanismer, jamfør bruken av ordet «traume.» Disse hendelsene har vært utenfor hennes kontroll og hun har ikke vært ansvarlig for dem, noe som reflekteres i formuleringen «uskyldig part.»

Når Maria forteller kommer det frem at hun aldri har blitt så skadet under bilulykkene at det har vært behov for ambulanse, men i fortellingens evaluerende sekvens poengterer hun at hun

har hatt problemer i ettertid. Maria gjør det slik klart at det er her opphavet til plagene hennes er, og at hun har gått med disse plagene lenge. I denne fortellingen tidfester hun ikke bilulykkene mer detaljert enn at de skjedde både før og etter svangerskapene 13 og 10 år tidligere.

I denne fortellingen knytter Maria de nylig diagnostiserte bekkenplagene til hendelser tidligere i livet og konstruerer forbindelser mellom dem. Hun omformer slik isolerte episoder til en meningsfull, sammenhengende beretning med en indre logikk som fungerer som en forklaring på hennes sykdom og lidelse. Som sykdomsfortelling (Kleinman, 1988) representerer fortellingen om bilulykkene en forklaringsmodell for plagene hennes hvor årsaken er plassert utenfor henne selv og lidelsen er påført gjennom ytre mekanismer.

#### **4.4.2 «Det er bedre å sleppe smerten» - om tilpasninger og tiltak**

I den følgende sekvensen av samtalen formulerer Maria hvordan hun forholder seg til plagene og smertene sine, og hvilke strategier hun benytter seg av for å redusere smerter og belastninger. Når fysioterapeuten vil vite hva som er grunnen til Marias uføretrygd, forklarer Maria at det er på grunn av skadene og bekkenet, og at smertene fører til at hun ikke kan gå, stå eller sitte lenge om gangen. De snakker videre om Marias hus som har mange trapper og ikke er tilrettelagt for henne, og at det kan være vanskelig for henne å regulere belastninger, som for eksempel når den lille nevøen er på besøk. Maria forklarer at selv korte besøk av gutten gjør henne svært sliten. Fysioterapeuten spør hva Maria tenker om dette. «Det er jo litt skremmandes da!» sier Maria og ler litt. Fysioterapeuten ber Maria utdype hva det er med nevøens besøk som sliter henne ut. Maria svarer at hun blir sliten av at hun hele tiden må passe på og følge med på ham, og at hun ikke kan overlate ham til seg selv. «Så det å være litt sånn på vakt liksom er noe som gjør at du blir verre eller?» spør fysioterapeuten. «Ja, at jeg må reagere fort!» svarer Maria.

Fysioterapeuten forsøker her å introdusere en annen forklaringsmodell til smerte og utmattelse enn den Maria har presentert gjennom sin første fortelling. Ved å spørre om Maria har en tendens til å være «på vakt» oppfordrer hun Maria til å reflektere over hva som kjennetegner situasjonen når nevøen er på besøk. Gjennom sitt spørsmål inviterer hun også Maria til å overveie om bevegelsesvaner eller væremåter sammen med andre mennesker kan ha noe med plagene hennes å gjøre. Maria svarer på dette ved å skifte tema: hun informerer i en ikke-narrativ sekvens om ulike hjelpemidler hun har fått på grunn av smertene sine. Det kommer frem at i tillegg til rullestol og krykker har hun en elektrisk stol hvor bena kan heves, samt en tilpasset

kjøkkenstol. Både i kjøkkenstolen og i rullestolen bruker hun trykkavlastende luftputer. Hun sier: «Så, jeg har kommet til det punkt at det, smerten, det er mye bedre å sleppe smerten og gjøre det beste ut av det i stedet».

For å begrense den fysiske belastningen på seg selv, bruker Maria ulike hjelpemidler både i og utenfor hjemmet. Hjelpemidlene endrer hennes kroppslige muligheter, og hjelper henne samtidig til å «unngå smerten». Krykker, rullestol og spesialstoler signaliserer også til omgivelsene at man har nedsatt funksjon, og at mulighetene for deltakelse er begrenset. Når ens kroppslige handlingspotensiale innskrenkes, reduseres også anledningen andre mennesker har til å stille krav, og kan slik representere en måte å markere grenser på, hvis det er vanskelig lar seg gjøre på andre måter.

Tematisk er det en brå overgang i samtalen når Maria tar opp hjelpemidlene. Maria gjør det klart at hun ikke oppfatter fysioterapeutens invitasjon til å reflektere over habituelle væremåter som relevant som forklaring på smertene hennes. Hun har allerede i sin fortelling om bilulykene gjort det klart at plagene er påført gjennom ytre skademekanismer. I den ikke-narrative sekvensen viser hun til strategier for å redusere smerte og belastning som harmonerer med dette, som bruk av ulike innretninger for å forflytte og avlaste seg. Den type hjelpemidler som Maria bruker tildeles som regel gjennom kommunale hjelpemiddelsentraler, og må søkes om via fysioterapeuter eller ergoterapeuter. Det er ikke usannsynlig at Maria anser at dette er informasjon som er relevant for fysioterapeuten, og at utlegningen om hjelpemidler er en måte å fremstille seg selv som en person som har tatt ansvar for sin situasjon og gjort det hun kan for å «gjøre det beste ut av det.» Ved å nevne hjelpemidlene gjør hun det også tydelig at hun sannsynligvis har vært gjenstand for faglige vurderinger som har resultert i disse tiltakene.

#### **4.4.3 «Jeg orker nesten ingenting» - to fortellinger om en belastet og uforutsigbar kropp**

I denne delen av samtalen kommer omfanget av Marias smerter og plager frem, og at hun opplever sin kropp som uforutsigbar og i stadig forverring. Fysioterapeuten spør systematisk om plager og symptomer, og stiller Maria flere spørsmål om bekkenplagene hennes. Maria forklarer hvor smertene sitter og viser med hendene hvor hun har vondt. Fysioterapeuten spør hvordan smerten arter seg. Maria svarer med å beskrive smerten som «vond» og «murrende» og forteller om en situasjon da hun opplevde akutte smerter og plutselig kraftsvikt i beinet fordi hun satt på en «vanlig» stol. Fysioterapeuten fortsetter med å spørre Maria systematisk om plager og

smerter. Maria forteller at hun opplever at ryggen blir stadig stivere og sier at hun «tåler mindre og mindre nå.. jeg orker nesten ingenting». På spørsmål fra fysioterapeuten forteller hun at hun har smerter i hodet og nakken og plager i hals, luftveier, mage og tarm. «Menstruasjon og sånt no?» spør fysioterapeuten videre. Maria svarer med en fortelling om at hun har fått fjernet slimhinnene i livmoren på grunn av kraftige menstruasjonssmerter:

«og fikk et mye bedre liv etter det (E)». Hun fortsetter: «For når jeg hadde menstruasjon, så var det så kraftige sammentrekninger i livmora mi (K) at jeg hadde enda mere smerter enn det jeg har i dag (L). Så de valgte å gjøre det på sykehuset (C)<sup>7</sup>».

Fysioterapeuten fortsetter å spørre om plager og symptomer og Maria svarer bekreftende på at hun har smerter eller plager med hensyn til pust og i bihuler, og at hun har kjevespenninger og hodepine. «Ja, da er det bare armene igjen og så har vi vært igjennom,» sier fysioterapeuten og høres litt overveldet ut. Maria ler litt og sier armene «også har fått gjennomgå litegranne» etter at hun begynte med krykker og rullestol. Smertene og plagene er med andre ord omfattende, og Maria har symptomer i samtlige kroppsområder fysioterapeuten spør om. Hun kan også vise til medisinske tiltak for flere av disse plagene.

I denne sekvensen fra samtalen går fysioterapeuten systematisk gjennom Marias kroppslige plager, og det er som sagt to fortellinger her. Fysioterapeuten deltar ikke aktivt i fortellingen av disse, men gir verbale og kroppslige tegn underveis om at hun er åpen for å lytte (jfr. Jefferson, 1978; og Polanyi, 1981). Fortellingen om kraftsvikt i beinet da Maria ikke satt på en av sine spesialstoler kan illustrere hvordan Maria forstår sin kropp som uforutsigbar og skjør og hvordan hun er avhengig av å ta hensyn og gjøre tilpasninger til kroppen (jfr. Råheim, 2001, s. 203ff; og Toombs, 1988). I fortellingen om livmoren gjør hun det klart at hun også har vært plaget av andre smerter i tillegg til dem hun har nå. Fortellingens evaluerende sekvens («fikk et mye bedre liv etter det») markerer det. Hun understreker også her at avgjørelsen om endometriereduksjon ble tatt «på sykehuset,» og legger også slik vekt på dette som et tiltak basert på en ytre vurdering av smertene hennes. I begge disse fortellingene tegner hun et bilde av en uforutsigbar og belastet kropp, som krever tilpasninger og inngrep (jfr. Toombs, 1988).

---

<sup>7</sup> E: evaluering, K: komplikasjon, L: løsning, C: coda

#### 4.4.4 «Jeg har jo vært sjuk siden treogåtti» - en fortelling om et liv med sykdom

Helt til slutt i den innledende samtalen formulerer Maria en fortelling som gjentar og presiserer sykdomsfortellingen hun fortalte i begynnelsen av møtet. Avslutningsvis i anamnesen forsøker fysioterapeuten å oppsummere gjennomgangen av sykehistorien ved å vise til svangerskapet som begynnelsen på Marias sykdom: «Mm.. (fysioterapeuten er stille et øyeblikk og trekker pusten) du sa det liksom sånn, det begynte i forbindelse med svangerskapet ditt, dette her..» Fysioterapeuten har nå fått svært mye informasjon på kort tid, og forsøker tilsynelatende å samle seg og gjengi innholdet i samtalen overfor Maria. Å oppsummere overfor pasienten på denne måten, gir fysioterapeuten en anledning til å få bekreftet om hun har forstått det pasienten sier, og gir pasienten mulighet til å korrigere eller komme med utfyllende informasjon. I fortellingen om bilulykkene gjorde Maria imidlertid et poeng ut av at plagene begynte mye tidligere enn svangerskapene, men når fysioterapeuten oppsummerer kan det virke som om hun ikke har registrert dette. Maria svarer derfor med en ny fortelling, som tidfester starten på plagene mer nøyaktig og på nytt presiserer hennes forståelse av hva som er årsaken til dem:

«Jeg har jo vært sjuk siden treogåtti (S). Det var da første bilulykken var (R). Da var jeg stiv fra livet og opp. Da måtte jeg snu hele kroppen for å klare å snu meg (K). Det var jeg sånn i et halvt år (L), men jeg har aldri vært så dårlig siden altså, sånn akutt stiv (E). Men nå er jeg, veldig mye behandling i, rundt meg, og har brukt veldig mye penger sjøl også før jeg fikk alt godkjent (C)»<sup>8</sup>.

Fysioterapeuten runder av samtalen etter det, og begynner å gjøre klart til kroppsundersøkelse.

Denne siste fortellingen kommer som et direkte svar på at fysioterapeuten muligens ikke har registrert poenget med Marias sykdomsfortelling, eller ikke lenger husker den etter at hun har gjennomgått Marias innholdsrike sykehistorie. Fortellingen fungerer som en fortsettelse og presisering av fortellingen om bilulykkene, Marias sykdomsfortelling, selv om den kommer helt til slutt i anamnesen (jfr. Riessman, 1993, s. 34ff). Her tidfester Maria opphavet til plagene i årstall, og gjør det klart at hun har vært syk siden hun var 18 år, altså hele sitt voksne liv. I fortellingens evaluering gir hun uttrykk for at hun i løpet av disse årene aldri har vært så plaget og preget av stivhet i kroppen som nå. I fortellingens coda markerer hun at hun har brukt mye ressurser på behandling og understreker at hun gjort en innsats for å bli bedre, også for egen

---

<sup>8</sup> S: sammendrag, R: redegjørelse, K: komplikasjon, L: løsning, E: evaluering C: coda

kostnad. Hun gjentar og spisser med andre ord budskapet sitt – at hun har vært syk i mange år, at hun aldri har vært så plaget som nå, og at hun har tatt ansvar og forsøkt å få hjelp for plagene sine.

#### **4.4.5 Oppsummering og diskusjon av anamnesen**

Fysioterapeuten innleder møtet med å ta opp anamnese, slik det er vanlig i fysioterapeutiske undersøkelser og innenfor psykomotorisk fysioterapi. Hun veksler mellom å stille åpne og lukkede spørsmål og går systematisk til verks for å danne seg et bilde av Marias plager og problemer. Fysioterapeutens spørsmål handler om omfanget og varigheten av Marias symptomer, hvilke praktiske konsekvenser de har for Maria, hvordan hun selv oppfatter sine plager og hva hun tenker om dem. Fysioterapeuten stiller også noen spørsmål for å få innblikk i Marias livssituasjon og sosiale relasjoner.

Innenfor den psykomotoriske tradisjonen anses det som viktig å få et inntrykk av hvordan pasienten selv opplever situasjonen sin, og derfor legges det vekt på hvordan vedkommende selv beskriver plagene sine. Videre er det av betydning hvordan pasienten forstår og forklarer årsaken til problemene, og ikke minst hvilke forventninger pasienten har til behandlingen. Gjennom denne informasjonen kan fysioterapeuten få inntrykk av pasientens syn på kropp og sykdom, og samtidig få et innblikk i pasientens selvbilde og selvoppfatning (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 38; Thornquist, 2003, s. 99). Den systematiske utspørringen til den psykomotoriske fysioterapeuten i filmen synes derfor å ha som siktemål å få et så nyansert informasjonsgrunnlag som mulig før kroppsundersøkelsen. Av Marias måte å svare på virker det som om det for henne er viktig å få fremført den informasjon hun oppfatter som relevant for sammenhengen, og supplere eller utdype informasjonen fysioterapeuten har.

Samtalen under anamnesen er strukturert slik at fysioterapeuten stiller spørsmål, Maria svarer og fysioterapeuten stiller et nytt spørsmål. Maria svarer konsekvent på spørsmålene, men prøver ofte å inkludere tilleggsopplysninger til det fysioterapeuten spør om. Fysioterapeuten deltar ved co-fortelling direkte i utviklingen av Marias første fortelling, sykdomsfortellingen. Hun deltar ikke, men åpner for fortellingene om kraftsvikt i benet, livmoren og fortellingen som underbygger sykdomsfortellingen, men avviser andre av Marias forsøk på å fortelle. Den psykomotoriske fysioterapeuten er den som kontrollerer samtalen, mens Maria synes å manøvrere



mellom å svare fysioterapeuten på en presis og nøyaktig måte og samtidig legge til informasjon hun mener også har relevans.

Mishler (1984) og Clark og Mishler (1992) har i sine studier vist at kliniske samtaler har en rollefordeling og er strukturert på måter som begrenser pasientens muligheter til å fortelle (se også Thornquist, 2009, s. 101-126). Fagutøveren, i Clark og Mishlers tilfelle legen, kontrollerer prosessen, noe som resulterer i at samtalen får en tredelt struktur: fagutøveren spør – pasienten svarer – fagutøveren følger opp med et nytt spørsmål. Pasienter forsøker vanligvis å svare slik fagutøveren forventer, men legger ofte til informasjon fagutøveren ikke har bedt om eller forsøker å introdusere tema som de opplever som relevante for sine problemer. I en typisk klinisk samtale blir de avbrutt av fagutøveren når dette skjer, i et forsøk på å få samtalen tilbake på det sporet vedkommende mener vil gi mest mulig adekvat informasjon for å kunne hjelpe pasienten. Denne kampen om kontroll over samtalen refererer Mishler (1984) som tidligere nevnt til som en konflikt mellom «medisinens stemme» og «livsverden-stemmen.» For pasientene blir utfordringen da å fortelle om sine problemer på en måte som gir mening for dem samtidig som de samarbeider med fagutøveren. Denne tendensen synes også å gjelde for den innledende samtalen i møtet mellom Maria og fysioterapeuten. Fysioterapeuten gir Maria noen muligheter for medbestemmelse med hensyn til samtalsinnhold og retning, og deltar i eller gir rom for noen av Marias fortellinger, men som fagutøver er det hennes ansvar å innhente relevante opplysninger og holde samtalen på et spor som sikrer dette. Maria, på sin side, forsøker å utdype eller fylle ut med opplysninger der det er mulig for henne å gjøre det.

Gjennom de tre fortellingene presenterer Maria sin forståelse av hvordan sykdommen og smertene startet. I den ikke-narrative sekvensen beskriver hun strategier hun gjør bruk av for å håndtere smertene og hvordan hun forholder seg til dem. Hun får også formidlet at hun led så kraftig av underlivsplagene at de krevde operasjon, og at hun har vært enda mer plaget enn hun er nå. Hennes forståelse av plagene synes å være at de har opprinnelse i skader med mekanisk årsaks-mekanisme, eller at de skyldes medisinske tilstander. Maria gir ikke inntrykk av å være åpen for, eller informert om, at smerteplager kan utvikles eller vedlikeholdes i et samspill mellom psyke og soma når fysioterapeuten forsøker å tematisere sammenhenger mellom væremåter, mestringsstrategier og kroppslige plager. Sett under ett er hovedbudskapet i fortellingene og den ikke-narrative sekvensen at Maria er svært preget av smertene sine, og tilpasser sin tilværelse for å begrense eller unngå smerter etter beste evne. Hun gir ikke uttrykk for noen ønsker

eller håp om at det kan være annerledes. I løpet av anamnesen presenterer Maria seg selv som en som forsøker å gjøre det beste ut av situasjonen sin, og som har tatt ansvar for egen helse, f.eks. ved å betale for behandling selv. Gjennom samtalen viser hun at hun har detaljert oversikt over sine kroppslige plager og kronologien i sykehistorien sin. Hun fremstår som det en kan kalle en rutinert pasient og tilpasser seg på mange måter en medisinsk fagterminologi og fysikalisk tenkemåte. I fortellingene gir hun uttrykk for sin forståelse av sammenhengene mellom og årsaken til plagene, og demonstrerer med det at hun har kontroll og oversikt over egen situasjon. Maria har etter eget utsagn vært syk fra hun var 18 år, til undersøkelsestidspunktet når hun er 40. Hun har således lang erfaring med å leve med plager og smerter. Gjennom den ikke-narrative sekvensen om hjelpemidlene og de overveielsene og tilpasningene hun gjør for å redusere smertene gir hun uttrykk for en oversikt og kompetanse med hensyn til å håndtere sin egen sykdom. Som sykdomsfortelling kobles en rekke hendelser i livet hennes narrativt sammen for å gi mening til tilstanden hennes og bidrar til en forklaring på alle hennes kroppslige plager, og overskrider dermed den avgrensede diagnosen hun har fått.

## **4.5 Kroppsundersøkelsen**

Etter anamnesen begynner fysioterapeuten å forberede til kroppsundersøkelse. Mens Maria kler av seg, gjør fysioterapeuten klar benken, og henter laken og teppe. Fysioterapeuten finner frem noe mer utstyr, og de to spøker og ler litt mens de begge gjør seg klar for neste del av møtet. Maria kler av seg slik at hun står i undertøyet. Hun forteller leende at siden hun visste at hun skulle bli filmet, har hun kjøpt en ny BH for anledningen, og fysioterapeuten ler med henne når hun forteller dette.

### **4.5.1 «Tenker ikke over det» - møte med en ny erfaring**

En av funksjonsundersøkelsene i en psykomotorisk kroppsundersøkelse er å vurdere om pasienten kan utføre isolerte muskelkontraksjoner, og å kunne gi slipp på dem (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 52). I situasjonen gjengitt nedenfor finner fysioterapeuten at Maria står med vedvarende spenning i m. quadriceps, altså at hun har «låst kneskjellene sine.» Fysioterapeuten oppfordrer Maria til å kjenne etter hva hun gjør, og forsøke å slippe i muskulaturen. Dette er vanskelig for Maria:

Fysioterapeuten sitter på en stol mens Maria står på gulvet med høyre side mot henne. Fysioterapeuten påpeker at Maria har låst kneskjellene sine. Hun spør om Maria kan kjenne det. Maria ser ned mot knærne sine og svarer «Nei, jeg ha- tenker ikke over det», mens fysioterapeuten fortsetter å forsøke å bevege kneskjellene og sier at hun kan bevege det ene litt, mens det andre

står fast. Fysioterapeuten spør på nytt om Maria kan kjenne det, og Maria svarer «Ja, når du sier det, så kan jeg kjenne det.» Fysioterapeuten ber Maria stramme begge kneskjellene, for så å slippe dem igjen. Maria forsøker, og bøyer samtidig lett i knærne. Det ene kneskjellet slipper, mens det andre «ser ut som om det ikke vil helt,» sier fysioterapeuten, mens hun igjen forsøker å bevege det. Maria refererer til noe hun fortalte i anamnesen og sier at det kan ha en sammenheng med at muskulaturen hennes er «svakere i hele høyresida, visstnok». Fysioterapeuten svarer at det er vanskelig å si noe om sammenhenger før hun har sett mer og foreslår at de fortsetter undersøkelsen før hun gir Maria noe svar på det.

Dette er første gangen Maria sier «tenk ikke over det.» Hun gjentar denne formuleringen mange ganger i løpet av undersøkelsen i møte med nye kroppslige erfaringer. Når fysioterapeuten ser at Maria står med aktivitet i muskulaturen på forsiden av lårene og ikke klarer å slippe, påpeker hun noe Maria ikke har erfart før, noe hun ikke vet om seg selv. Fysioterapeuten etterspør Marias kroppslige fornemmelser, om hun er seg bevisst at patella er låst, og om de erfarer det samme, altså om Maria merker det fysioterapeuten observerer og kjenner. Det gjør Maria, men hun klarer ikke å spenne av i muskulaturen. Hun forsøker å forklare hvorfor hun ikke mestrer det ved å henvise til informasjon hun har fått fra helsepersonell tidligere, nemlig at muskulaturen i hennes høyre side er svakere enn i venstre.

Mishler (1984, s. 103-105) utviklet sine begreper om livsverdenstemme og medisins stemme som to ulike meningsstrukturer som både pasient og fagutøver kan snakke med, avhengig av hva som er relevant for sammenhengen. Livsverdenstemmen refererer til pasientens egne erfaringer og individuelle forståelse av sin situasjon og står i kontrast til medisins stemme, som refererer til den medisinfaglige tanke- og fortolkningsverden. Når Maria foreslår at hun ikke klarer å slippe kneskjellet fordi hun har en halvsidig svakhet i muskulaturen, retter hun oppmerksomheten mot målbare forhold som muskelstyrke. I stedet for å undre seg over hvorfor *hun* ikke klarer å slippe akkurat *da*, introduserer hun medisins stemme for å forklare hvorfor hun ikke klarer å differensiere mellom å holde og å slippe. Den aktuelle konteksten er en undersøkelsessituasjon, og det kan synes som om Maria trekker inn informasjon og tenkemåter fra tidligere kliniske møter i den tro at dette også vil være gyldig i dette møtet. Fysioterapeuten følger imidlertid ikke opp Marias forklaring, og begrunner det med at hun ikke har fått nok informasjon om Maria ennå. Maria og fysioterapeuten er her enige om det som faktisk skjer i situasjonen, og Marias forsøk på å introdusere en forklaring blir ikke avvist av fysioterapeuten, men heller ikke tatt videre.

#### 4.5.2 «Den er jo ikke helt god, da» - gamle forklaringer på nye erfaringer

I situasjonen under forsøker fysioterapeuten å danne seg et inntrykk av Marias balanse. Det gjør hun ved å be Maria løfte tærne mens hun står med hoftebreddes avstand mellom føttene:

Fysioterapeuten ber Maria løfte tærne. Hun svaier litt bakover. Fysioterapeuten spør: «Hva gjorde du med tyngden din nå, kjente du det?» Maria ler litt og sier at hun måtte styre overkroppen litt fremover. «Mistet du balansen litt?» spør fysioterapeuten. «Ja,» sier Maria. Fysioterapeuten ber Maria slippe tyngden ned, finne balansen, og prøve på nytt. Maria prøver å løfte tærne på nytt, mens hun stikker baken ut. Hun mister balansen igjen. «Ups!» sier hun og ler mens fysioterapeuten spør «Hva gjør du? Har du problemer med balansen til vanlig?» «Hakke tenkt over det,» sier Maria mens hun ler, «Men den er jo ikke helt god, da innimellom.» Fysioterapeuten spør hvordan Maria merker det, og Maria svarer leende at hun kan være litt svimmel. «Åja,» sier fysioterapeuten mens hun holder blikkontakt med Maria. «Plutselig så,» sier Maria og er stille et øyeblikk, «men jeg har jo.. som regel- jeg har jo operert ør- i øret, så kanskje det har noe med det å gjøre.» «Åja,» sier fysioterapeuten og ser opp på Maria. «Jeg har skifta stigbøyle,» sier Maria. «Å?» sier fysioterapeuten og fastholder blikkontakt. «I øret,» fortsetter Maria. «Ja,» sier fysioterapeuten, og spør «Fordi at?» «Fordi at den ikke virka,» svarer Maria. «Så du var döv,» konkluderer fysioterapeuten. Maria bekrefter, og legger til at operasjonen var i 1995. «Ja,» svarer fysioterapeuten og går videre til neste funksjonsprøve.

Også i dette utsnittet kan det synes som om Maria gjør noe hun ikke har erfaring med fra tidligere, og reagerer på en måte hun ikke forventer. Fysioterapeuten etterspør Marias fornemmelse av tyngdeplassing, altså om Maria opplever det samme som fysioterapeuten ser. Hun spør også om Maria merket at hun mistet balansen, noe Maria bekrefter. Hun spør videre om Maria har problemer med balansen, altså om Maria har erfaring med dette fra tidligere. Maria svarer først at hun ikke har tenkt over det, noe som kan forstås som at hun ikke har lagt merke til det før. Konfrontert med at hun ikke mestrer funksjonsprøven, legger hun imidlertid til at balansen «ikke er helt god innimellom,» selv om det innebærer å motsi seg selv. Fysioterapeuten spør om hvordan Maria merker det, altså hvilke fornemmelser hun har som gjør at hun allikevel sier at hun har dårlig balanse. Maria svarer at hun kan være svimmel. Fysioterapeuten svarer på en måte som oppfordrer Maria til å si noe mer om dette. Maria introduserer en forklaring på svimmelheten med referanse til sykehistorien sin. Fysioterapeuten følger opp slik at hun får informasjon om inngrepet og hva hensikten med det var. Maria gir ytterligere informasjon om når det skjedde, og fysioterapeuten forlater temaet uten å kommentere det og går videre i undersøkelsen.

I denne sekvensen bringer Maria igjen inn medisinsens stemme, når hun forklarer svimmelheten ved å referere til et kirurgisk inngrep for å bedre hørselen i det ene øret. Hennes forklaring er knyttet til utskifting av en anatomisk struktur, og til at hun av og til kan føle seg svimmel, men

er ikke knyttet til hennes egen *opplevelse* av balansen sin. Fysioterapeuten er på sin side opptatt av Marias hverdagslige erfaringer med balansen, og introduserer slik livsverdenstemmen som forståelsesramme i situasjonen (jfr. Mishler, 1984, s. 103-105). Maria og fysioterapeuten er ikke opptatt av det samme her: Fysioterapeuten virker fokusert på å få et inntrykk av Marias fornemmelser og erfaringer, både av det som skjer her og nå, men også om hun kan knytte det som skjer i øyeblikket til reaksjoner og væremåter ellers i hverdagen. For Maria synes det viktigere å koble sammen informasjon hun har fått i tilsvarende møter tidligere med informasjonen som fremkommer nå.

Maria ler en del i denne sekvensen. Hun ler når hun ikke mestrer balanseøvelsen, når hun innser at hun ikke visste at balansen var dårlig og når hun påpeker svimmelhet som et symptom hos seg selv. Latteren er i det hele tatt et uttalt trekk ved deler av samhandlingen, som jeg vil diskutere nærmere senere.

#### **4.5.3 «Jeg har lært meg å fungere der jeg er» - om å tilpasse seg**

En viktig del av en psykomotorisk undersøkelse er å undersøke hvordan pasienten reagerer på å bli beveget passivt av fysioterapeuten. Pasienter kan la seg bevege fritt av fysioterapeuten, holde igjen mot bevegelsen, hjelpe til i bevegelsen, eller veksle mellom disse. Det er vanlig innenfor NPMF å tolke disse variasjonene i henhold til pasientens behov for et muskulært forsvaret, samt grad av tillit og trygghet i relasjon til andre (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 53-54; Thornquist, 2003, s. 124-126). I situasjonen nedenfor forsøker fysioterapeuten først passivt å bevege Marias skulder, så hodet hennes:

Fysioterapeuten er i ferd med å avslutte funksjonsprøvene i stående. Når fysioterapeuten utfører passiv skulderretraksjon bremser Maria, og har vanskeligheter med å gi slipp på skulderen. Fysioterapeuten går videre og legger en hånd i Marias nakke, mens den andre hånden har et 'edderkoppgrep' på hodet hennes. Hun forsøker å bevege Marias hode passivt. Fysioterapeuten sier at det kjennes for henne som om Maria har problemer med å slippe, og spør «Er det det, eller?» «Ja,» svarer Maria. Maria fortsetter med latter i stemmen: «Jeg vet ikke om det har noe med at eh.. (hun trekker pusten) hele meg har blitt så stiv etter hvert (fysioterapeuten flytter hånden fra Marias hode til skulderen hennes og ser på henne) at jeg har lært meg å fungere der jeg er lissom.» «Det er sånn det kjennes,» sier fysioterapeuten mens hun står med en hånd i Marias nakke og den andre på skulderen hennes. De ser på hverandre. «Ja,» sier Maria, mens hun ser på fysioterapeuten. Fysioterapeuten svarer «Ja,» og holder Marias blick. Maria vender hodet fremover, og fortsetter: «Jeg klarer liksom ikke å.. (beveger litt på skuldrene sine og trekker pusten) det hjelper ikke om jeg prøver å slappa liksom,» «Nei,» sier fysioterapeuten mens hun beveger seg bak Maria, fremdeles med en hånd på skulderen hennes, «Uansett så,» sier Maria, «Så,» sier fysioterapeuten, mens hun ser i gulvet og venter på at Maria skal fortsette, «Så er det så stivt,» sier Maria og ler mens hun beveger hodet litt fra side til side. Fysioterapeuten finner en krakk og stiller seg ved siden at Maria med krakken. «Det høres litt tungt ut?» sier hun og ser på Maria. Maria ser rett frem, trekker pusten dypt så skuldrene hever seg og magen utvides og sier med en latter: «Ja, jeg tenker ikke over det,

det er bare sånn det er». «Ja?», sier fysioterapeuten og setter fra seg krakken foran Maria, mens Maria fortsetter å le. «Skal vi se, hvis du snur deg andre veien da?» sier fysioterapeuten og fortsetter undersøkelsen.

Undersøkelsen viser at Maria har utfordringer med å gi slipp i passive bevegelser av skulderbue og hode. Fysioterapeuten spør om hun legger merke til dette, og Maria bekrefter det fysioterapeuten ser og kjenner. Det virker imidlertid som om det fysioterapeuten opplever som aktivt hold og bremsing, oppleves av Maria som stivhet og manglende ettergivenhet i fysiske strukturer. Marias forklaring på det fysioterapeuten påpeker er at hun har tilpasset seg og lært seg å leve med denne stivheten. Fysioterapeuten tar en pause i undersøkelsene, men har fremdeles hendene sine på Maria mens de snakker. Med små verbale oppfordringer gjør hun det klart for Maria at hun ønsker at hun skal fortelle mer, og beholder hånden på Marias skulder. Maria ser rett fremfor seg med delvis nedslått blick mens hun snakker. Fysioterapeuten gjør seg klar til å fortsette undersøkelsen, men stopper opp et øyeblikk og søker Marias blick og kommenterer at det høres tungt ut å ha det slik som Maria har det. Maria besvarer ikke blickkontakten, og svarer etter en dyp innpust at hun ikke tenker over det, at det er slik det er.

Innenfor en kroppsfenomenologisk tenkemåte er menneskets subjektstatus som tidligere nevnt knyttet til kroppen. Når kroppen forstås som sentrum for erfaring og er kjennelse, innebærer det at kroppen er intensjonal, at vi som kroppslige vesen har en rettethet mot verden. Kroppen oppfattes slik som potensielle muligheter, og gjennom kroppen har vi tilgang til verden. En frisk kropp er utematisert og tatt for gitt. En kropp som er syk, smertefull og svekket trer frem i bevisstheten og tvinger oss til å bli oppmerksomme på den. Når vi hindres i å gjøre det vi vanligvis gjør og ønsker å gjøre oppstår det en splittelse mellom kroppen og det intensjonale subjektet, som under normale omstendigheter er en ureflektert og integrert enhet. Kroppen blir et objekt som begrenser mulighetene våre og som vi må ta hensyn til og vie særlig oppmerksomhet (Leder, 1990, s. 79ff; Merleau-Ponty, 1994; Råheim, 2001, s. 119ff; Thornquist, 2018, s. 138ff; Toombs, 1988; 1995). For Maria har kroppen blitt stiv på en måte som hun ikke klarer å gjøre noe med. Hun klarer ikke å «slappe av», så hun har tilpasset seg kroppens nedsatte fleksibilitet som et faktum som ikke kan endres. Marias kropp tvinger henne således til å begrense seg og reduserer hennes bevegelsesfrihet og mulighetsrom i verden. Ved at samtalen har et kroppslig utgangspunkt inviterer imidlertid fysioterapeuten Maria til å reflektere over dette. Når hun spør Maria om det er slik det *kjennes*, i motsetning til om det er slik det *er*, antyder hun samtidig at det kan finnes andre muligheter for Maria.

Maria virker nå mindre opptatt av å vise til tidligere skader og sykehistorien sin. Ved å konkludere med at hun «har lært seg å fungere der hun er» innlemmer hun habituelle væremåter, og er ikke bare fokusert om biomedisinske forhold i sin forklaring på det fysioterapeuten finner gjennom undersøkelsen. Fysioterapeuten oppfordrer Maria ved hjelp av talende pauser og små kommentarer til å reflektere videre over hva utsagnet betyr. Maria avslår ved å si at hun ikke tenker over det, at det er slik det er. Formuleringen «Jeg tenker ikke over det» kan i denne situasjonen tolkes som om Maria gjennom undersøkelsene får nye erfaringer hun faktisk ikke har reflektert over tidligere, men utsagnet kan også vise til en måte for Maria å håndtere plagene sine på – å holde dem på avstand ved å tilpasse seg dem og ikke problematisere dem i særlig grad.

#### **4.5.4 «Jeg gjorde det nesten før du skulle ta på meg!» - synliggjøring av habituelle væremåter**

Fysioterapeuten har gjort seg ferdig med undersøkelsen i stående, og bedt Maria sette seg på en krakk for å undersøke henne i sittende stilling. Igjen blir Marias evne til å la seg bevege passivt et tema:

Maria har satt seg på krakken og etter liten diskusjon med fysioterapeuten om sittestilling og hvorvidt hun skal sitte på en pute eller ikke, kommer de frem til at hun skal sitte slik hun sitter. Fysioterapeuten har satt seg på en stol ved siden av henne, og ber henne rugge seg litt ned på krakken og legge merke til om noe endrer seg. Maria sier at hun kjenner at hun blir rundere i korsryggen. Fysioterapeuten fatter lett om Marias høyre kne og begynner å bevege det. Maria ser ned mot gulvet og smiler. Fysioterapeuten ser på Maria, smiler og spør hva hun ler av, mens hun begynner å bevege det andre kneet. Maria utbryter og ler: «Jeg gjorde det nesten før du skulle ta på meg!» Fysioterapeuten avslutter bevegelsen og spør smilende og muntert mens Maria fortsetter å le: «Gjorde du det før jeg s- hva tenkte du om det da?» Fysioterapeuten ser på Maria. Maria fortsetter og le og svarer: «Nei det var bare en refleks som kom!» Fysioterapeuten spør: «Kjenner du igjen det, eller er det sånn du pleier å gjøre? («Jaa», Maria trekker på det) Litt sånn tidlig på'n?» «Vet ikke jeg,» sier Maria lavt og vipper hodet fra side til side i en slags kanskje, kanskje ikke-bevegelse. «Ja,» sier fysioterapeuten. «Tenker ikke over det,» sier Maria lettvint. «Nei,» sier fysioterapeuten og dveler et lite øyeblikk før hun fortsetter undersøkelsen.

Maria oppdager at hun har lett for å hjelpe til i passive bevegelser. Hun ler når hun først merker dette, men sier ingenting om det før fysioterapeuten spør. Fysioterapeuten etterspør Marias vurdering av det som skjedde og Maria svarer ved å kalle reaksjonen sin «en refleks,» altså en ikke viljestyrt handling. Fysioterapeuten spør videre om Maria kjenner igjen denne måten å reagere på som del av sine hverdagslige væremåter. Maria svarer ikke direkte avvisende, men på en

avvergende måte hvor hun gjør det klart at hun ikke har reflektert over det før. Fysioterapeuten gir Maria en mulighet til å snakke mer om dette, men Maria gir ikke tegn til å ønske det, og fysioterapeuten går videre i undersøkelsen.

Fysioterapeuten antyder her overfor Maria at det er noe med hennes væremåte hun mener er viktig, og gir Maria anledning til å reflektere over det. Marias formulering «tenker ikke over det» kan bety at hun avviser temaet, men kan også her være en respons på at dette er en ny erfaring hun ikke har reflektert over tidligere. De to har her ulike opplevelser av hva som skjer, og fysioterapeuten forfølger det ikke videre.

#### **4.5.5 «Sånn er jeg, ferdig med det» - er det muligheter for endring?**

Undersøkelsen fortsetter i ryggliggende. Evne til passiv bevegelighet undersøkes i flere utgangsstillinger innenfor NPMF. Det viser seg at dette er en utfordring for Maria også i denne stillingen:

Maria har lagt seg på ryggen på benken. Fysioterapeuten hjelper henne med å rette ut korsryggen og finne støtte for nakken. Hun forhører seg om Maria ligger godt, noe hun bekrefter. Fysioterapeuten sier at hun skal legge et teppe over Maria, går for å hente det, og legger det over henne. Fysioterapeuten sier: «Så begynner jeg å kjenne på beinet ditt litt.» «Ja,» sier Maria. «Først så skal jeg kjenne om jeg kan bevege det, og om du lar meg bevege det?», sier fysioterapeuten mens hun fatter om Marias fot og under knehasen hennes. «Ja, det var det, da!» kommer det kontant fra Maria. Begge ler mens fysioterapeuten forsøker å bøye opp Marias kne. Det kan se ut som om Maria holder igjen mot bevegelsen. «Bare slipp det ned igjen,» sier fysioterapeuten leende, mens Maria fortsetter å le. Maria slipper benet ned og avslutter latteren med en lang og tydelig innpust. «Næ, hva gjør du nå da,» sier fysioterapeuten lattermildt mens hun på nytt forsøker å bøye Marias kne. «Nei, jeg vet ikke,» sier Maria mens hun ler. Hun har stivet av beinet, og når fysioterapeuten på ny prøver å bevege det, hjelper Maria til slik at fysioterapeuten kan løfte hele beinet opp fra benken med kun en hånd under Marias knehase. «Nei, du vet ikke», sier fysioterapeuten lattermildt mens Maria ler. «Det var nokså-», fysioterapeuten avbryter seg selv. «Heheheheeeeeee,» Maria lar latteren gli over i en lang brummende lyd. Fysioterapeuten ser mot ansiktet hennes, mens hun fortsetter å bevege Marias motvillige bein. «Det var vanskelig, det?» sier fysioterapeuten. Maria svarer ikke. «Hæ?» sier fysioterapeuten mens hun smiler, og legger beinet ned på benken, fremdeles med blikket rettet mot Marias ansikt. «Jeg veit ikke om jeg skal hjelpe deg eller om jeg skal liksom slappe av,» sier Maria med en latter. Fysioterapeuten forlater beinet og går noen skritt opp mot hodeenden av benken slik at hun kan få blikkontakt med Maria. «Prøv om du bare kan la meg bevege det og så bare overlate det...» sier hun. «Mm,» svarer Maria. Fysioterapeuten forsøker igjen. Stemningen er roligere og mer konsentrert. Fysioterapeuten fatter på nytt om Marias fot og under knehasen hennes og bøyer opp i kneet. Hun lar hånden som fattet om foten nå holde foran på kneet og går videre til å bevege Marias hofta. Mens hun lager sirkelbevegelser i Marias hofta spør hun med lav og rolig stemme om Maria legger merke til hva hun gjør, om hun hjelper til eller holder igjen. «Holder littegrann igjen, tror jeg,» svarer Maria lavt. Fysioterapeuten oppfordrer Maria til å forsøke å endre det ved å gjøre beinet sitt tyngre. Fysioterapeuten lar beinet gli ned. «Det var vanskelig, det?» spør hun mens hun ser på Maria. «Mmmmm,» sier Maria, mens fysioterapeuten bøyer opp i kneet med begge hendene i knehasen hennes, og for så å la beinet gli ned igjen. Maria ler lavt. «Hva var det?» spør fysioterapeuten, mens hun står litt bøyd over Maria og ser mot ansiktet hennes. «Nei, det bare sklir ned,» sier Maria om beinet. «Det sklir ned,» gjentar fysioterapeuten. «Nei, altså det mmm jeg prøver å slappe av,» sier Maria. «Ja,» sier fysioterapeuten. Maria trekker



pusten dypt inn så hele buken hever seg og lar pusten slippe langsomt ut igjen. «Men det er ikke så lett,» sier fysioterapeuten og rigger samtidig litt i Marias bein. «Nei,» sier Maria lavt. Fysioterapeuten stopper bevegelsen og ser mot ansiktet hennes. «Det kjentes som om du ville hjelpe litt,» sier hun mens hun raskt kjenner på muskulaturen i Marias legg, fremdeles med blikket rettet mot Marias ansikt. «Ja,» sier Maria. Fysioterapeuten griper om Marias forfot. «Jeg tenker ikke over hva jeg gjør egentlig, tror jeg, jeg bare gjør det automatisk,» sier Maria. «Ja,» sier fysioterapeuten og ser opp mot Marias ansikt mens hun tøyer i forfoten hennes. «Ee, det er vel kanskje en reaksjon på kroppen,» fortsetter hun. «Hvordan tenker du da?» sier fysioterapeuten mens hun går opp til hodeenden av benken for å få øyekontakt med Maria. «Ee eff, livssituasjonen min, holdt jeg på å si på en måte at jeg.. har lært at det er sånn så derfor (puster inn) gjør jeg det kanskje uten å tenke over hva jeg egentlig gjør.. i det hele tatt når du prøv- sier at jeg skal prøve å slappe av såå (liten pause) veit jeg ikke,» avslutter hun lavt. «Nei,» sier fysioterapeuten og nikker og ser på Maria. «Du med livssituasjonen hva tenker du da?» fortsetter fysioterapeuten, fremdeles med blikket rettet mot Maria. «Nei jeg har lært meg liksom sånn er jeg sånn ferdig med det liksom og sånn fungerer jeg,» sier Maria med høy stemme og avslutter med en latter. Fysioterapeuten smiler. «Så du tenker ikke på at det kan være noe annerledes heller?» spør hun. «Nei jeg tenker ikke det,» sier Maria. «Nei,» sier fysioterapeuten, og smiler og nikker mens hun går tilbake til Marias bein og fortsetter undersøkelsen.

Maria har allerede fått erfaring med at passive bevegelser er utfordrende for henne, og gir uttrykk for dette med en humoristisk kommentar når fysioterapeuten forklarer intensjonen med undersøkelsen. Hun reagerer med latter når hun ikke mestrer oppgaven hun får. Etter hvert blir stemningen i situasjonen en annen og latteren glir over i konsentrasjon og ettertanke mens Maria reflekterer over det hun opplever i undersøkelsen. Maria knytter nå funn i undersøkelsen til de tilpasningene hun har gjort med hensyn til sykdom og plager, og ikke til biomekaniske forhold eller hendelser fra sykehistorien. Hun gir uttrykk for at tilretteleggingene til kroppens begrensninger er noe hun har integrert som en del av sine væremåter uten å være seg det bevisst. Hun har godtatt at det er slik og sluttet å reflektere over hvorvidt det kan skje en endring med henne. Marias utlegning illustrerer slik hvordan hennes måte å være i verden på er endret på grunn av sykdom og smerte, ved at hennes kroppslige handlingsrom er innskrenket (jfr. Toombs, 1988; 1995).

I denne sekvensen kan det også synes som om Maria har forlatt forsøkene på å forklare det som skjer under undersøkelsen ved å referere til sykehistorien sin med kjente symptomer og plager. Ved at den kroppslige samhandlingen med fysioterapeuten setter premissene for meningsutveksling og samtale får Maria nye erfaringer som gir henne informasjon om seg selv hun ikke var kjent med fra før. Undersøkelsen gir rom for refleksjon over hva bevegelsesmåter og reaksjonsmønstre betyr for Maria. Dermed flyttes fokuset fra den objektiverte biologiske kroppen, til kroppen som meningsbærende og erfarende. I lys av disse nye erfaringene virker det ikke som om Marias sykdomsfortelling fungerer lengre. Sykdomsfortellingen handlet om at tilstanden hennes var permanent og uforanderlig og skyldtes skader påført den biologiske kroppen. I

undersøkelsen rettes fokus mot væremåter, reaksjoner og valg som overskrider disse skadene, og som er knyttet til den levde, meningsfulle kroppen. Sykdomsfortellingen hennes har ikke relevans i møtet med denne nye forståelsen, og Maria forsøker å introdusere alternative forklaringer som kan gi mening til det hun opplever gjennom undersøkelsen.

#### **4.5.6 Latterens rolle i samhandlingen**

I denne siste sekvensen, som flere ganger ellers i møtet, er latteren et gjennomgående trekk. At det er spøk og latter i løpet av en undersøkelse eller behandling har nok de fleste terapeuter erfart, men noen ganger kan man fornemme at pasientens latter har dobbel bunn. Maria har en tendens til å le når hun snakker om og opplever smerte. Hun reagerer også med latter når hun ikke mestrer øvelsene fysioterapeuten introduserer henne for og når hun påpeker symptomer hos seg selv. Maria ler med andre ord ikke fordi noe er morsomt, men snarere som om hun forsøker å mildne eller på annen måte påvirke det som skjer.

Studier av latter i ulike formelle og uformelle situasjoner har vist at latter gjerne oppstår når man ønsker å modifisere eller regulere et utsagn eller en handling. Latteren kan også ha en såkalt ansiktsbevarende funksjon, hvor den er et forsøk på å dekke over forlegenhet og skam (jfr. Goffman, 1956). Latter fungerer således som en 'innramming' av utsagnet, og man ler fordi det er en spenning eller motsetning mellom det man sier, hvordan det kan tolkes og hvordan man ønsker å bli forstått. Vi gir altså mottakeren hjelp til å tolke budskapet eller handlingen slik det er ment (Adelswärd, 1989). Dette fenomenet er også diskutert i møter mellom pasienter og leger (Haakana, 2001). Pasienten ler når vedkommende tar opp noe med legen som oppleves som kinkig, og demonstrerer med latteren både at dette er delikat, og at vedkommende er klar over at det på en eller annen måte er følsomt eller pinlig.

I møtet som er gjenstand for diskusjon her, ler Maria når hun får vondt, ikke mestrer øvelser og gjør rede for smerter, symptomer og funksjonstap. Det er nærliggende å tenke at latteren fungerer både unnskyldende og ansiktsbevarende, og at denne innrammingen av utsagn og handlinger er et forsøk på å regulere samhandlingen med fysioterapeuten. Stigma og skam er knyttet til kronisk sykdom og smerte (Bülow, 2003, s. 38-39; Goffman, 1968; Honkasalo, 1999; Toombs, 1995) og det å le når sykdom og plager tematiseres kan være en habituell måte å dempe dette på.

Latter kan markere status og roller i situasjonen. Den med mest definisjonsmakt i situasjonen er sjeldnere enn den med mindre makt, og kvinner er mer enn menn (Adelswärd, 1989). I møter mellom pasienter og leger er pasientene mest (Haakana, 2001). At legen ikke alltid er sammen med pasienten er ikke nødvendigvis en avvisning av pasienten. Når pasienten er unnskyldende eller forlegent, oppfatter legen at pasienten synes situasjonen er vanskelig og at latteren ikke handler om at noe er morsomt. Det å ikke le, blir dermed et uttrykk for å ta pasienten seriøst. Fysioterapeuten er også en del i løpet av møtet. Latter smitter, så når stemningen blir lattermild, påvirker det også henne. Hun er imidlertid vesentlig mindre enn Maria, og Maria er mye alene. Det er rimelig å anta at en grunn til at fysioterapeuten er mindre enn Maria er fordi hun oppfatter latteren som uttrykk for noe annet enn at noe er morsomt, og ved å ikke besvare den viser hun at hun tar det Maria sier på alvor.

Latter kan også være en respons på bruk av humor og at noe faktisk er morsomt, og humor kan også anvendes som en måte å regulere egne og andres følelser i samhandlingssituasjoner (Francis, 1994). Å le sammen gjør at man har noe felles, det reduserer faren for å tape ansikt, og svekker eventuelle trusler mot samhandlingen (se også Coser, 1959; Yoels & Clair, 1995). Maria bruker humor aktivt flere ganger i løpet av møtet, og et talende eksempel er situasjonen under avsnitt 4.4.5. hvor hun svarer med en kjapp og spøkefull kommentar for å komme utfordringen med passive bevegelser i forkjøpet. Spøken tar brodden av situasjonen, og inviterer fysioterapeuten til å le med henne. Ved at de begge ler settes hun ikke i forlegenhet når hun ikke klarer å gjennomføre oppgaven, og får samtidig fysioterapeuten 'over på sin side' ved at de har noe felles i det de ler sammen.

#### **4.5.7 Oppsummering og diskusjon av kroppsundersøkelsen**

Under kroppsundersøkelsen fokuserer fysioterapeuten på Marias kroppslige væremåter og reaksjoner og opplevelser knyttet til disse. Gjennom funksjonsprøver og bevegelser i ulike stillinger får Maria informasjon om seg selv som til nå har vært ukjent for henne. Til å begynne med gjør Maria en innsats for å bevare sin eksisterende sykdomsfortelling, og holder fast ved sin forståelse av biomekaniske og biomedisinske årsaksforklaringer. Hun refererer til informasjon fra tidligere kliniske møter, og forsøker å integrere det fysioterapeuten påpeker under undersøkelsen i dette. Hun virker forundret over hvordan hun reagerer på det fysioterapeuten introduserer og ler mye i denne sekvensen. Dette er særlig tydelig når fysioterapeuten forsøker å bevege henne passivt, og hun ikke klarer å la være å hjelpe til.

I denne delen av møtet er kroppen utgangspunktet for samhandlingen, og fysioterapeuten kan dermed legge til rette for at Maria kan tilegne seg nye erfaringer. Slik får fysioterapeuten frem koblinger mellom det som skjer og Marias plager som ikke passer med hennes forståelse av sykdommen sin, og som peker mot andre forklaringer enn de hun har støttet seg på tidligere. Dette rokker både ved Marias sykdomsfortelling og informasjon hun har fått i tidligere kliniske møter, altså ved det hun vet om seg selv.

Marias sykdomsfortelling er et uttrykk for hvordan hun har gitt mening til sin sykdom, sitt liv og sin tilværelse (jfr. Binder, 2018, s. 33-37, 79-93; Bruner, 1991; McAdams, 2011; Riessman, 1993). Fortellingen rommer med andre ord begrunnelsen for og berettigelsen av det livet hun har levd og lever nå. Når dette blir satt på spill blir også hennes selvoppfatning utfordret og hun reagerer med latter og utsagn som holder det som skjer på avstand. I Marias sykdomsfortelling finnes altså opplysninger som både kan si noe om potensiale for, og motstand mot endring.

Hensikten med en psykomotorisk kroppsundersøkelse er å få informasjon om pasientens væremåter, opplevelser og endringspotensiale gjennom en kroppslig innfallsvinkel. Funn i denne sammenhengen betraktes som alt som kan bidra til å skape forståelse for pasienten og for pasientens situasjon, og utvikles som et resultat av et samarbeid mellom fysioterapeut og pasient. Det innebærer at funn i en undersøkelse ikke kan frikobles fra det som skjer i møtet mellom pasienten og fysioterapeuten (Ekerholt & Bergland, 2004; Gretland, 2007, s. 95-96; Thornquist & Bunkan, 1986; Thornquist, 1998; 2006b). Ethvert møte er forskjellig, og fysioterapeuter utvikler informasjon på ulike måter i unike samspill med pasienter. Marias fortelling ville kanskje blitt annerledes eller blitt utfordret på en annen måte i et annet fysioterapeutisk møte.

For å oppfordre til aktiv deltakelse i situasjonen inviteres pasienten til å dele og sette ord på opplevelser og fornemmelser (Gretland, 2007, s. 95; Thornquist & Bunkan, 1986, s. 41-42). Det gjelder også for dette møtet. Fysioterapeuten tar initiativ til at samtalen skal fortsette gjennom kroppsundersøkelsen, men nå med fokus på det som skjer her og nå. Det betyr at betingelsene for fortelling endres. Når oppmerksomheten rettes mot det som skjer i øyeblikket, legges det ikke til rette for fortellingens tilbakeskuende, rekonstruerende kvaliteter (jfr. Labov, 1977; og Riessman, 1993, s. 17-18), og samtalen dreier mer i retning av refleksjon og undring. For Maria blir det da tydelig at det er et manglende samsvar mellom det hun opplever i øyeblikket og det fortellingen hennes handler om, og det virker som om det gjør henne usikker.

Kroppslig og narrativ erfaringsdannelse skjer på forskjellige måter og ut fra ulike betingelser (Binder, 2018, s. 33-37, 79-93; Bourdieu, 1999, s. 134-171; Bruner, 1991; Connerton, 1989, s. 72-105; McAdams, 2011; Merleau-Ponty, 1994; Riessman, 1993). Målet med psykomotorisk behandling er å utvikle en varhet og kontakt med kroppens reaksjonsmåter, og en opplevelse og forståelse av sammenhengen mellom kropp og følelser (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 72), altså fremme en kroppslig subjektstatus. Dette kan ikke utvikles gjennom samtale og fortelling, men må erfares og utvikles kroppslig. Det krever med andre ord at kroppen settes i fokus for samhandlingen og at kroppslige reaksjoner og fornemmelser løftes frem (Gretland, 2007, s. 176-177; Thornquist, 2006a; 2006b). Det kan være ukjent og fremmed, noe Marias reaksjoner viser. Marias nye erfaringer, og hvordan hun reagerer og reflekterer over disse utgjør sammen med undersøkelsens andre funn viktig informasjon om hvilke muligheter hun har for endring sett fra et psykomotorisk perspektiv.

#### **4.6 Avsluttende samtale – en fortelling om ikke å bli trodd**

Psykomotoriske undersøkelser avsluttes som regel med en kort samtale. Hensikten er å oppsummere det som har kommet frem under undersøkelsen og gi pasienten en tilbakemelding om dette. Det er også en anledning for pasienten til å stille spørsmål, dele opplevelser og erfaringer og reflektere over møtet sammen med fysioterapeuten. Etter kroppsundersøkelsen finner Maria og fysioterapeuten plassene sine ved bordet igjen:

«Åssen har det vært for deg, det her'a?» spør fysioterapeuten, og Maria drar på det. «Nei, litt interessant!» sier hun mens hun smiler og vrir litt på seg. «Ja, hva er det du tenker på da?», spør fysioterapeuten. Maria svarer at mye av det hun erfarte i løpet av undersøkelsen, som at hun har lett for å hjelpe til i passive bevegelser, var hun ikke klar over: «Når jeg prøver å skal slappe av så vil kroppen noe annet isteden.. jeg klarer ikke å kontrollere det på den måten jeg trudde!» «Nei,» sier fysioterapeuten. «Såå.. jeg føler at jeg ikke har kontroll,» fortsetter Maria og ler, «jeg er kanskje en sånn person som liker å ha kontroll, jeg vet ikke,» sier Maria og tar seg litt til ansiktet. «Ja, og så tar du den kontrollen ved å være litt frampå, er det sånn du tenker?» spør fysioterapeuten. «Ja, jeg trur det,» sier Maria, «Jeg tenker ikke over det. Jeg har aldri tenkt over det før heller, så».

Maria gir uttrykk for at de nye erfaringene i undersøkelsen har gjort henne usikker. Hun sier at hun har hatt en forestilling om at hun har god oversikt og kontroll over kroppen sin, men at kroppsundersøkelsen har gitt henne noen overraskelser i så måte. Når fysioterapeuten presenterer sin tolkning om Marias overhjelpsomhet i passive bevegelser svarer Maria ved å både åpne opp for at fysioterapeuten kan ha rett, og samtidig ta forbehold mot det fysioterapeuten sier.

Fysioterapeuten refererer videre i samtalen til Marias muskulære spenninger og reaksjonsmønstre som kom frem under undersøkelsen og sier at hun får inntrykk av at Maria er i en slags kroppslig beredskap. Hun forklarer videre at dette kan ha sammenheng med Marias smerter. Maria svarer på nytt på en måte som ikke avviser det fysioterapeuten sier, men som allikevel signaliserer en viss distanse: «Ja, det kan godt hende, (...) det forundrer meg ikke». Fysioterapeuten gjør rede for koblinger mellom symptomer og habituelle væremåter slik det er vanlig å forstå det ut fra en psykomotorisk tenkemåte, og gjentar at hun opplever Maria som i beredskap. Maria spør om det er normalt, og fysioterapeuten bekrefter det og forklarer:

«Det er jo måter vi har lært å være på som ofte.. det er jo det som ofte kommer fram.» Maria svarer: «Ja, nei, det er vel det at jeg har hatt smerter hele livet, men vanligvis kan ingen se smerten utpå meg. Jeg har lært å skjule den såpass godt.» Maria smiler litt. Fysioterapeuten spør: «Har det vært viktig for deg, eller?».

Maria svarer med en ikke-narrativ sekvens:

«Det har vært viktig for meg å ikke vise meg sjuk utad. Det har vært egentlig dumt mange ganger. En skulle vel kanskje vist smerten litt mere, men jeg har hatt smerter i så mange år at jeg liksom orker ikke å liksom å (hun ler litt) vise det, på en måte».

Og så fortsetter hun med følgende fortelling:

«For det var en lege på sykehuset (S og R), som kommenterte da jeg var der etter en bilulykke, nei, du ser så frisk og rask ut, atte, du er ikke sjuk, liksom (K). Men som jeg sa, det kommer og går, det er jo bølgedaler, det kommer og går (L). (Maria lager en bølgebevegelse med hånden). Men jeg er jo sjuk for det om jeg ikke ser sjuk ut, sa jeg! Behøver jo ikke se sjuk ut, nødvendigvis (E)»<sup>9</sup>.

Samtalen fortsetter i noen minutter til før fysioterapeuten avslutter.

Fysioterapeuten deltar ikke i denne fortellingen, men signaliserer at hun er mottakelig ved hjelp av kroppslige og verbale tegn. Både i den ikke-narrative sekvensen og fortellingen, vender Maria tilbake til at hun syk, og inkluderer at det byr på tilleggsutfordringer for henne at sykdommen ikke er synlig for andre. Hun har opplevd å ikke bli trodd på at hun er syk, som i fortellingen over. Maria gir på den ene siden uttrykk for at hun ønsker å skjule sykdommen for de rundt henne. På den andre siden sier hun at hun kanskje skulle vist omgivelsene at hun har smerter.

---

<sup>9</sup> S: sammendrag, R: redegjørelse, K: komplikasjon, L: løsning, E: evaluering.

En mer synlig sykdom ville kanskje utløst mer sympati og omsorg, men samtidig øker faren for å oppleves som en belastning for andre.

Kroppsundersøkelsen utfordret Marias opplevelse og kunnskap om seg selv og sin kropp. Hun reagerte på måter hun ikke ventet, og fikk en opplevelse av at hun hadde mindre kontroll over seg selv enn det hun gikk ut fra. I den narrative sekvensen og gjennom den siste fortellingen kan det synes som om Maria tar grep om sykdomsfortellingen sin igjen, og vender tilbake til fremstillingen av seg selv som kronisk syk uten mulighet for endring. Etter kroppsundersøkelsen, som utfordret både sykdomsfortellingen og selvoppfatningen hennes, prøver hun å samle seg igjen. Dette gjør hun narrativt og vender tilbake til den opprinnelige forståelsen av seg selv og sine plager hun har skapt gjennom fortellingene sine.

#### **4.7 Hva står på spill? Fortelling, samhandling, erfaring**

Når pasienter kommer til fagutøvere for å få vurdert sine problemer er det første møtet ofte strukturert slik at pasienten og fagutøveren gjennomgår pasientens historie, og undersøker *status her og nå*. Det betyr at pasientens sykdomsfortelling, hvis den blir fortalt, inngår som en del av de anamnesticke opplysningene og pasientens historie. Den psykomotoriske tradisjonens praksis med prøvebehandling innebærer at kroppsundersøkelsen ikke bare har som mål å innhente informasjon om pasientens situasjon i undersøkelsesøyeblikket. Den har også som en sentral funksjon å vurdere pasientens *muligheter for endring i fremtiden* ved å forsøke å skape forandring sammen med pasienten allerede i den første undersøkelsen. Det som skjer med pasienten i dette møtet tillegges dermed stor vekt. Pasienten kan dermed oppleve at fortellinger og oppfatninger om en selv og ens sykdom blir utfordret. Informasjon pasienten har fått i tidligere kliniske møter kan heller ikke alltid overføres direkte, rett og slett fordi ulike møter har ulike formål og undersøker ulike forhold. Som vi ser i møtet mellom Maria og fysioterapeuten kan det være krevende.

NPMF legger til grunn at kroppen rommer vår erfaringsverden. Det impliserer at å arbeide med berøring og bevegelser er å arbeide med livserfaringer (Ekerholt & Bergland, 2004; Gretland, 2007, s. 176-177; Thornquist & Bunkan, 1986; Thornquist, 2006b). Innenfor en slik arbeidsmåte trer kroppen frem som vaner, væremåter og reaksjoner, som det man *er*, ikke bare som biologisk materie. For pasienten kan økt innsikt i habituelle væremåter og reaksjoner føre til bedret forståelse for sammenhenger mellom plager og tidligere erfaringer (Gretland, 2007, s.

176; Thornquist & Bunkan, 1986; Thornquist, 2006b). Tilegnelse av vaner og væremåter skjer i stor grad ubevisst. Kroppslig kunnskap er ofte taus, og vi kan ikke alltid gjøre språklig rede for hvorfor vi gjør som vi gjør (Bourdieu, 1999, s. 134-171; Connerton, 1989, s. 72-105; Merleau-Ponty, 1994). Å utvikle innsikt om sammenhenger mellom væremåter og livserfaringer kan være krevende og vanskelig tilgjengelig. En utforskende samtale knyttet til kroppslige reaksjoner og fornemmelser kan bidra til økt forståelse (Gretland, 2007, s. 176; Thornquist & Bunkan, 1986; Thornquist, 2006b), men som i møtet mellom Maria og fysioterapeuten, kan pasientens behov for narrativisering stå i veien. En sykdomsfortelling fungerer ved å bidra med svar og gi mening til situasjonen slik den er nå. Åpen undring og refleksjon kan derimot føre til flere spørsmål for pasienten i en periode. Dette krever at både pasient og terapeut makter å stå i det usikre og uavklarte. Fortellingens måte å strukturere og organisere erfaring på er ved å knytte fortidige hendelser sammen temporalt, åpne for noen tolkningsalternativer og samtidig lukke for andre. En utfordring for fagutøveren blir dermed å invitere til en utforskende samtale på pasientens premisser, og unngå å havne i et spor hvor pasienten flykter tilbake til en allerede foreliggende fortelling.

Tidsaspektet i NPMF er ofte langvarig, og langsam omstilling og endring tilrådes. Pasientens reaksjoner bestemmer omstillingens tempo og omfang for å unngå at forandring forseres eller går raskere enn pasienten tåler (Braatøy, 1948; Bunkan, 1982; Thornquist & Bunkan, 1986; Thornquist, 2006a; 2006b; Øvreberg & Andersen, 2016). Det vil alltid være en balansegang mellom å utfordre pasienten og å være tilbakeholden til pasienten er klar (jfr. Balint, 1955). Tallrike kliniske møter og mye tidligere behandling kan også være med på å prege pasienten inn i objektgjørende forståelser av kroppen (jfr. Råheim, 2001, s. 122; Thornquist, 2016; Toombs, 1988), og gjøre endringsarbeid krevende. Endringer som følge av psykomotorisk fysioterapi er ikke kun knyttet til de konkrete møtene med fysioterapeuten, men berører prosesser som pasienten må integrere i sitt eget liv og angår væremåter, reaksjoner og relasjoner til andre, samt syn på seg selv. Dette må skje i et tempo som pasienten kan tåle og bære (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 110ff; Thornquist, 2006a; 2006b).

Marias sykdomsfortelling ble utfordret ved at opplevelser og erfaringer i undersøkelsen ikke kunne forklares med utgangspunkt i fortellingen hennes. Hun forlot den en stund, og gjorde et forsøk på å introdusere andre forklaringer. Mot slutten av møtet presenterte hun imidlertid en ny fortelling som tematisk støttet opp om sykdomsfortellingen hennes, og vendte tilbake til sin



opprinnelige forståelse av seg selv og sine plager. En sykdomsfortelling slik Maria har utviklet sin, definerer hennes forståelse av sin kropp, og gjør det livet hun lever nå meningsfullt og nødvendig. Fortellingen rommer dermed ikke muligheten for endring, og når fortellingen settes på spill utfordrer det henne på et eksistensielt plan. En tilnærming hvor nye kroppslige erfaringer knyttes til erfaringsnære ord og begreper, sammen med en utforsking av det som skjer her og nå, kan i en periode være en mulighet. Da utfordres ikke Marias sykdomsfortelling direkte, og det blir ikke stilt spørsmål ved den forståelsen hun har av seg selv. Nye kroppslige erfaringer kan etter hvert føre til endret selvforståelse. Det kan også gi grobunn for nye og alternative fortellinger.

## 5 Avsluttende kommentarer

I denne oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i en interaksjonistisk forståelse av fortelling og fulgt utviklingen av en pasients sykdomsfortelling gjennom et møte med en psykomotorisk fysioterapeut. Samhandlingen setter premissene for utviklingen av fortellingen i møtet, og som fagutøver har fysioterapeuten mest innflytelse over innhold og aktiviteter. Pasientens fortelling utvikles dermed som et resultat av et samarbeid hvor fagutøveren i størst grad bestemmer rammene.

Den psykomotoriske undersøkelsen utarbeider sitt informasjonsgrunnlag fra både verbal og kroppslig samhandling. Begynnelsen og slutten av møtet domineres av verbal kommunikasjon, mens selve kroppsundersøkelsen, som utgjør størsteparten av møtet, er konsentrert om kroppen og den kroppslige samhandlingen. Den kroppslige interaksjonen bidrar med andre betingelser for fortelling enn verbal kommunikasjon. Når kroppen danner utgangspunktet for samhandlingen fremmes kroppslig fremfor narrativ meningsskaping og erfaringskonstituering. Pasientens sykdomsfortelling settes midlertidig ut av spill og hennes selvoppfatning trues. Sykdomsfortellingen viser til et meningsunivers hvor symptomer og plager har sin logiske forklaring og opprinnelse, pasientens liv er berettiget og begrunnet, og hvor hennes selvforståelse er investert. Dette kommer i konflikt med hennes opplevelser og reaksjoner under kroppsundersøkelsen. Studien viser at pasientens fortelling, i hvert fall på kort sikt, kan stå i veien for endring og deltakelse.

Fortellinger kan være kilder til menneskers selvforståelse, holdninger og verdier og gi et innblikk i kulturell og sosial forankring og tilhørighet. Gjennom fortelling organiseres kunnskap og verdenssyn, og virkelighetsforståelser utkrystalliseres. Å fortelle er med andre ord noe som gjør noe med måten vi møter og forstår verden og oss selv på. Sykdomsfortellingen organiserer og former erfaringer med å leve med sykdom og bidrar til å skape mening og sammenheng. Sykdomsfortellingen kan bidra til å styrke mot og utholdenhet, og gir mening til det livet pasienten lever nå, men inneholder ingen ledetråder angående hvilket liv pasienten kan leve i fremtiden. Som en tilbakeskuende aktivitet, organiserer fortelling fortidige hendelser logisk slik at de på en meningsfull måte leder opp til situasjonen i dag, men peker med andre ord ikke fremover. Slik kan en sykdomsfortelling være et hinder for endring.

Fysioterapi generelt, og psykomotorisk fysioterapi spesielt, har med sin kroppslige tilnærming unike ressurser med hensyn til å fremme deltakelse og skape endring. Pasientens reaksjoner og opplevelser under kroppsundersøkelsen viser at det gjennom en kroppslig innfallsvinkel er mulig å overskride den etablerte sykdomsfortellingen og invitere til erfaringer som kan åpne opp for andre forståelser eller tolkninger. En dypere kontakt med kroppslige reaksjonsmåter og bedret forståelse av sammenhengen mellom kropp og følelser må imidlertid erfares kroppslig, og kan ikke utvikles narrativt alene. I klinikken vil tidsaspektet derfor være sentralt, noe NPMF legger opp til ved å anbefale langsom omstilling. Det er kjent fra klinisk praksis at kognitiv innsikt og kroppslige reaksjoner ikke nødvendigvis står i samsvar med hverandre, og illustrerer hvordan kroppslig og narrativ erfaringsdannelse skjer på ulike måter og ut fra ulike betingelser. Utvikling av nye vaner og væremåter kan være utfordrende på et eksistensielt plan. At pasienten kan få behov for å vende tilbake til sin fortelling, er forståelig med tanke på hva som står på spill.

Studier av fortelling i helsekontekster er en verdifull innfallsport til sykdomsforståelser, kunnskapshierarkier og verdisystemer, både hos den enkelte, og på et kulturelt- og samfunnsmessig plan. Fortellingens ressurser med hensyn til selvforståelse og selvpresentasjon er også en viktig kilde til kunnskap om gode kliniske møter, og fortellingens rolle i god klinisk praksis har vært fremhevet av flere. For å utvikle nyansert kunnskap om fortelling i kliniske møter er det imidlertid vesentlig at ulike sider ved narrativitet diskuteres. For en kroppslig orientert tilnærming som fysioterapi er det i tillegg viktig å rette oppmerksomheten mot at kroppslig og narrativ erfaringskonstitusjon og meningsskaping foregår på forskjellige måter og har ulike vilkår. Kroppslig forandring utvikles ikke narrativt, men kroppslig endring kan resultere i nye fortellinger. Flere studier som fokuserer på det interaksjonelle og prosessuelle ved fortelling i konkrete samhandlingssituasjoner vil kunne bidra til å videreutvikle kunnskapsgrunnlaget om narrativitet i møter i fysioterapeutiske kontekster, og gi økt kunnskap om muligheter for deltakelse og endring i forbindelse med psykomotorisk behandling.

## Referanseliste

- Adelswärd, V. (1989). Laughter and Dialogue: The Social Significance of Laughter in Institutional Discourse. *Nordic Journal of Linguistic*, 12 (2), 107-136.
- Ahlsen, B. (2014). *Making sense of chronic muscle pain : analyzing gender in illness narratives* Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
- Ahlsen, B. & Solbrække, K. N. (2018). Using narrative perspectives in the clinical setting of physiotherapy. Why and how? I: Setchell, J. et al. (red.) *Manipulating practices s.* 356-377: Cappelen Damm Akademisk / NOASP
- Ahlsen, B., Mengshoel, Anne Marit, Bondevik, Hilde & Engebretsen, Eivind. (2018). Physiotherapists as detectives: investigating clues and plots in the clinical encounter. 40.
- Alver, B. G. (1990). *Creating the source through folkloristic fieldwork : a personal narrative*. FF communications (trykt utg.), b. 246. Helsinki: Suomalainen tiedeakatemia  
Distributors: Tiedekirja and Akateeminen kirjakauppa.
- Alver, B. G. & Selberg, T. (1992). *Det er mer mellom himmel og jord - : folks forståelse av virkeligheten ut fra forestillinger om sykdom og behandling*. Sandvika: Vett & Viten.
- Alver, B. G. & Øyen, Ø. (1997). *Forskningsetikk i forskerhverdag : vurderinger og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Alver, B. G., Fjell, T. I. & Øyen, Ø. (2007). *Research ethics in studies of culture and social life*. FF communications (trykt utg.), b. no. 292. Helsinki: Suomalainen tiedeakatemia.
- Alver, B. G. (2015). *Ansvar for den enkelte: De nasjonale forskningsetiske komiteene*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Ansvar-for-den-enkelte/> [Lest 28.04.2020].
- Andersen, T. H. (2013). *Kroppslig dialog - dialog om kroppen - Fysioterapeutisk samhandling*. [Master]: Universitetet i Tromsø, Inst. for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet.
- Balint, M. (1955). The doctor, his patient, and the illness. *The Lancet*, 265 (6866), 683-688.
- Bauman, R. (1986). *Story, performance and event : contextual studies of oral narrative*. Cambridge studies in oral and literate culture, b. 10. Cambridge: Cambridge University Press.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1967). *The social construction of reality : a treatise in the sociology of knowledge*. Anchor Books ed. utg. Anchor books. Garden City, N. Y: Doubleday.
- Bergland, A., Olsen, C. F. & Ekerholt, K. (2018). The effect of psychomotor physical therapy on health - related quality of life, pain, coping, self - esteem, and social support. *Physiotherapy Research International*, 23 (4).
- Binder, P.-E. (2018). *Hvem er jeg? : om å finne og skape identitet*. Bergen: Fagbokforl.
- Bourdieu, P. (1999). *Meditasjoner. Méditations pascaliennes*. Oslo: Pax.
- Braatøy, T. (1948). Psykologi contra anatomi ved sykegymnastisk behandling av armnevroser o.l. Del I: Bevegelse, affekt og holdning. *Nordisk medicin*, 38 (923), 1-23.
- Bruner, J. (1991). The Narrative Construction of Reality. *Critical Inquiry*, 18 (1), 1-21.
- Bunkan, B. H. (1982). Vi fortsetter å spørre Aadel Bülow-Hansen. I: Bunkan, B. H., Radøy, L., Thornquist, E. (red.) *Psykomotorisk behandling. Festskrift til Aadel Bülow-Hansen* s. 11-15. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, 4 (2), 167-182.

- Bülow, P. (2003). *Making sense of contested illness : talk and narratives about chronic fatigue* Linköping: The Tema Institute, Department of Communication, Linköping University.
- Charon, R. (2001). Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA*, 286 (15), 1897-1902.
- Charon, R. et al. (2017). *The Principles and Practice of Narrative Medicine*. New York: Oxford University Press.
- Clark, J. A. & Mishler, E. G. (1992). Attending to patients' stories: reframing the clinical task. *Sociology of Health & Illness*, 14 (3), 344-372.
- Connerton, P. (1989). *How societies remember*. Themes in the social sciences. Cambridge England: Cambridge University Press.
- Coser, R. L. (1959). Some Social Functions of Laughter: A Study of Humor in a Hospital Setting. *Human Relations*, 12 (2), 171-182.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2018). *Sårbare grupper*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/fbib/temaer/forskning-pa-bestemte-grupper/sarbare-grupper/> [Lest 24.11.18].
- Dragesund, T. & Råheim, M. (2008). Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients' perspective on body awareness. *Physiotherapy Theory and Practice*, 24 (4), 243-254.
- Duranti, A. & Brenneis, D. (1986). The audience as co-author. Special Issue. *Text*, 6, 239-247.
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2004). The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: patients' experiences, a basis for knowledge. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32 (6), 403-410.
- Eriksen, A. & Selberg, T. (2006). *Tradisjon og fortelling : en innføring i folkloristikk*. Oslo: Pax.
- Fangen, K. (2004). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforl.
- Fraas, I. & Thornquist, E. (2016). Samtaler i fysioterapi ; en observasjonsstudie av førstegangsmøter. *Fysioterapeuten*, 83 (4), 25-29.
- Francis, L. (1994). Laughter, the Best Mediation: Humor as Emotion Management in Interaction. *Symbolic Interaction*, 17 (2), 147-163.
- Goffman, E. (1956). Embarrassment and Social Organization. *American Journal of Sociology*, 62 (2), 264-271.
- Goffman, E. (1967). *Interaction ritual : essays on face-to-face behavior*. Anchor books, b. A596. Garden City, N. Y: Doubleday.
- Goffman, E. (1968). *Stigma : notes on the management of spoiled identity*. Pelican books. Harmondsworth: Penguin.
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig : en studie i hverdagslivets dramatik*. Ny utg. utg. The presentation of self in everyday life. Oslo: Pax.
- Goldstein, D. E. & Shuman, A. (2016). *The Stigmatized Vernacular : Where Reflexivity Meets Untellability*. Bloomington, Indiana ;, Indianapolis, Indiana: Indiana University Press.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Grønmo, S. (1996). Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnæringer i samfunnsforskningen. I: Holter, H. & Kalleberg, R. (red.) *Kvalitative metoder i samfunnsforskning* s. 73-108. Oslo: Universitetsforl., 1996.

- Haakana, M. (2001). Laughter as a patient's resource: Dealing with delicate aspects of medical interaction. *Text – Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse*, 21 (1/2), 187-219.
- Halvorsen, M. J. L. (2016). *Terapeutiske potensialer i kroppslig og verbal samhandling*. [Master]: Universitetet i Tromsø, Inst. for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet.
- Heath, C. (1984). Participation in the medical consultation: the co - ordination of verbal and nonverbal behaviour between the doctor and patient. *Sociology of Health & Illness*, 6 (3), 311-388.
- Heath, C., Hindmarsh, J. & Luff, P. (2010). *Video in qualitative research : analysing social interaction in everyday life*. Introducing qualitative methods. Los Angeles, Calif: Sage.
- Honkasalo, M. L. (1999). What is Chronic is Ambiguity. *Suomen Antropologi*, 4, 75-92.
- Jefferson, G. (1978). Sequential aspects of story telling in conversation. I: Schenkein, J. (red.) *Studies in the organization of conversational interaction* s. 213-248. New York: Academic Press.
- Jordan, B. & Henderson, A. (1995). Interaction Analysis: Foundations and Practice. *Journal of the Learning Sciences*, 4 (1), 39-103.
- Kaivola-Bregenhøj, A., Klein, B. & Palmenfelt, U. (2006). *Narrating, doing, experiencing: Nordic folkloristic perspectives*. Helsinki: Finnish Literature Society.
- Kaplan-Myrth, N. (2007). Interpreting people as they interpret themselves - Narrative in medical anthropology and family medicine. *Can. Fam. Phys.*, 53, 1268-1269.
- Kendon, A. (1990). *Conducting interaction : patterns of behavior in focused encounters*. Studies in interactional sociolinguistics, b. 7. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives : suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Interviews an introduction to qualitative research interviewing. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg., 2. oppl. utg. Interview[s] learning the craft of qualitative research interviewing. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Labov, W. & Waletzky, J. (1967). Narrative analysis: Oral versions of personal experience. I: Helm, J. (red.) *Essays on the verbal and visual arts* s. 12-44. Seattle: University of Washington Press.
- Labov, W. (1977). The transformation of experience in narrative syntax. I: Labov, W. (red.) *Language in the inner city: Studies in the Black vernacular* s. 354-369. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Labov, W. (1982). Speech actions and reactions in personal narrative. I: Tannen, D. (red.) *Analyzing discourse: Text and talk*. s. 219-247. Washington DC: Georgetown University Press.
- Leder, D. (1990). *The absent body*. Chicago: University of Chicago Press.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Mattingly, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots : the narrative structure of experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- McAdams, D. P. (2011). Narrative Identity. I: Schwartz, S. J., Luckx, K. & Vignoles, V. L. (red.) *Handbook of Identity Theory and Research* s. 99-115. New York, NY: New York, NY: Springer New York.

- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Phénoménologie de la perception. Oslo: Pax.
- Mishler, E. G. (1984). *The discourse of medicine : dialectics of medical interviews*. Language and learning for human service professions. Norwood, N.J: Ablex Publishing.
- Myklestad, K. S. (2016). "Når kroppen husker." *En kvalitativ undersøkelse i psykomotorisk fysioterapi*.: Universitetet i Tromsø, Inst. for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet.
- Norrick, N. R. (2007). Conversational storytelling. I: Herman, D. (red.) *The Cambridge Companion to Narrative* s. 127-141: Cambridge University press.
- Norsk senter for forskningsdata. (2018). *Forskning på sårbare grupper*. Tilgjengelig fra: [http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/forskningstema/saarbare\\_grupper.html](http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/forskningstema/saarbare_grupper.html) [Lest 24.11.10].
- Polanyi, L. (1981). The Nature of Meaning of Stories in Conversation. *Studies in 20th & 21st Century Literature*, 6 (1).
- Psathas, G. & Anderson, T. (1990). The 'practices' of transcription in conversation analysis. *Semiotica*, 78 (1-2), 75-100.
- Riessman, C. K. (1990). Strategic uses of narrative in the presentation of self and illness: A research note. *Social Science & Medicine*, 30 (11), 1195-1200.
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative analysis*. Qualitative research methods, b. vol. 30. Newbury Park, Calif: Sage.
- Riessman, C. K. (2005). Narrative Analysis. I: *Narrative, Memory & Everyday Life* s. 1-7. Huddersfield: University of Huddersfield. Tilgjengelig fra: <https://core.ac.uk/download/pdf/58322.pdf>.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Los Angeles: Sage Publications.
- Råheim, M. (2001). *Kvinnens kroppserfaring og livssammenheng : en fenomenologisk-hermeneutisk studie av friske kvinner og kvinner med kroniske muskelsmerter* Bergen: Institutt for klinisk psykologi, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.
- Solomon, M. (2015). *Making medical knowledge*. First edition. utg. Oxford: Oxford University Press.
- Svenaues, F. (2005). *Sykdommens mening : og møtet med det syke mennesket*. Sjukdomens mening det medisinske møtet fenomenologi och hermeneutik. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sviland, R., Råheim, M. & Martinsen, K. (2012). Touched in sensation – moved by respiration. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26 (4), 811-819.
- Thornquist, E. & Bunkan, B. H. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Pensumtjenesten.
- Thornquist, E. (1995). Musculo-skeletal suffering: diagnosis and a variant view. *Sociology of Health and Illness*, 17 (2), 166.
- Thornquist, E. (1998). Fysioterapi praksis - undersøkelse og deltakelse. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 4 (118), 545-9.
- Thornquist, E. (2003). *Lungefysioterapi : funksjonsvurderinger og klinisk arbeid*. 2. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. & Gretland, A. (2003a). Kropp, samtale og deltakelse, del I. *Fysioterapeuten*, 70 (7), 18-24.
- Thornquist, E. & Gretland, A. (2003b). Kropp, samtale og deltakelse, del II. *Fysioterapeuten*, 70 (9), 15-20.

- Thornquist, E. (2006a). Psykomotorisk fysioterapi- tenkning og tilnærming. Del II: En kasuistikk - refleksjoner og utfordringer. *Utposten*, 6, 29-33.
- Thornquist, E. (2006b). Psykomotorisk fysioterapi ; tenkning og tilnærming. Del 1: Kjennetegn, prinsipper framgangsmåter. *Utposten*, 5, 28-32.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2012). *Movement and interaction : the Sherborne approach and documentation*. Oslo: Universitetsforl.
- Thornquist, E. (2016). Fysioterapi og medikalisering, del I. *Fysioterapeuten*, 83 (6), 26-28.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. 2. utg. utg. Bergen: Fagbokforl.
- Toombs, S. K. (1988). Illness and the paradigm of lived body. *Theoretical medicine*, 9 (2), 201-226.
- Toombs, S. K. (1995). The lived experience of disability. *A Journal for Philosophy and the Social Sciences*, 18 (1), 9-23.
- UniversityTranscriptions. (2018). *Jefferson Transcription System*. Tilgjengelig fra: <https://www.universitytranscriptions.co.uk/jefferson-transcription-system-a-guide-to-the-symbols/> [Lest 02.11.].
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B. & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication : a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: Norton.
- Westgaard, H. (1998). "som eit spor" : spontanalteret som moderne sorguttrykk i et kulturanalytisk perspektiv. [Hovedoppgave. Utgitt på Forl. Folkekultur i 2001.] Bergen: Universitetet i Bergen, Institutt for kulturstudier og kunsthistorie.
- Westgaard, H. (2006). "Like a Trace": The Spontaneous Shrine as a Cultural Expression of Grief. I: Santino, J. (red.) *Spontaneous Shrines and the Public Memorialization of Death* s. 147-175. New York: Palgrave Macmillan.
- Yoels, W. & Clair, J. M. (1995). Laughter in the Clinic: Humor as Social Organization. *Symbolic Interaction*, 18 (1), 39-58.
- Øien, A. M. (2013). Fortellinger mellom nærhet og avstand til kroppslig erfaring. *Fysioterapeuten*, 80 (3), 22-26.
- Øvreberg, G. & Andersen, T. (2016). *Psykomotorisk fysioterapi. Et kildeskrift fra Aadel Bülow-Hansens praksis*. Eget forlag.



# Vedlegg 1: Kjernefortellinger ad modum Labov

## Transkripsjonssymboler:

- ? intonasjon: stiger mot slutten
- , kort pause
- : stavelse trukket ut
- = et utsagn går direkte over i et annet uten pause
- h utpust
- .h innpust
- Ord betoning
- Ja- brått stopp / avbryter seg selv

Utsagnene er nummererte slik de forekommer i utskriften. Fortellingene er gjengitt i den rekkefølgen de opptrer i situasjonen.

## Fortellingene:

### 1. Jeg har vært i noen bilulykker

Pasienten:

*(Abstract / sammendrag)*

34 Jeg må jo si det at jeg har vært i noen bilulykker i tillegg da

*(Evaluation / evaluering)*

36 som ikke har gjort saken noe bedre

Terapeuten:

*(Orientation / redegjørelse)*

37 Senere?

Pasienten:

38 Før og senere,

40 seks stykker.

44 Jeg har alltid vært uskyldig part

48 Jeg har enten sitti på

50 eller vært på galt sted til gal tid

Terapeuten:

*(Complicating action / komplikasjon)*

52 Hva slags skader har du fått da?

Pasienten:

53 Ne:i, første gangen fikk jeg et traume i ryggen, en e: gryte som stod i baksetet  
55 Så den gikk inn i virvelen her bak i ryggen, og lagde litt sånn eh glipe  
57 Og nummer to så var det jo søla og det som tok meg stort sett, men har aldri vært henta i sykebil eller  
sånn  
62 Den ene gangen måtte jeg trekke til meg beina for da var det like før beina mine gikk da  
64 Det har vært en del fartsgrenser, jeg=  
66 =en gang var jeg midt imellom to biler, andre gangen  
68 da var det en som kom fra høyre og så tok jeg møtande bil

*(Resolution / løsning)*

70 Så det har jo ikke vært eh, bare hehe jeg har kunnet gå ut av bilen på egen hånd

*(Evaluation)*

72 men jeg har jo vært dårlig etterpå

## **2. Livmoren**

*(Abstract / sammendrag og orientation / redegjørelse)*

221 Jeg har vært på sykehuset og fjerna slimhinnene i livmora

*(Evaluation)*

223 og fikk et mye bedre liv etter det

*(Complicating action / komplikasjon)*

225 For når jeg hadde e: menstruasjon så var det så kraftige sammentrekninger i livmora mi

*(Resolution / løsning)*

227 .hh at jeg e: hadde enda mere smerter enn det jeg har i dag

*(Coda)*

231 Så de valgte å gjøre det e: på sykehuset

## **3. Akutt vondt i beinet**

*(Abstract / sammendrag og orientation / redegjørelse)*

167 her hh for ei stund siden så hadde jeg faktisk akutt vondt her og jeg

*(Complicating action / komplikasjon)*

169 med en gang jeg reiste meg opp etter å ha sitti så datt beinet altså beinet svikta faktisk under meg

*(Evaluation / evaluering)*

171 Så e:m, det må jeg liksom passe meg for hvis jeg sitter på vanlige stoler

*(Coda)*

173 så det kan risikere å hende fortsatt

## **4. Jeg har jo vært sjuk siden treogåtti**

*(Abstract / sammendrag)*

276 Jeg e: har jo vært sjuk siden treogåtti

*(Orientation / redegjørelse)*

278 Det var da første bilulykken var

*(Complicating action / komplikasjon)*

280 Da var jeg stiv fra li- livet og opp.

282 Da va- måtte jeg snu hele kroppen for å klare å snu meg

*(Resolution / løsning)*

285 Det var jeg sånn i et halvt år

*(Evaluation / evaluering)*

287 Men jeg har aldri vært så dårlig siden altså, sånn akutt stiv

*(Coda)*

289 Men nå er jeg, veldig mye behandling i: i rundt meg

291 og har brukt veldig mye penger sjøl også før jeg fikk alt, godkjent

## **5. Om å ikke bli trodd**

*(Abstract / sammendrag og orientation / redegjørelse)*

1126 For det var en lege på sjukehuset

*(Complicating action / komplikasjon)*

1128 som kommenterte da jeg var der etter en bilulykke .h nei du ser så frisk og raskt ut at

1130 så du er ikke sjuk liksom

*(Resolution / løsning)*

1130 men som jeg det kommer og går det er jo bølgedaler

*(Evaluation / evaluering)*

1132 det kommer og går, og men, jeg er jo sjuk for det om jeg ikke:

1134 ser sjuk ut sa jeg behøver jo ikke se sjuk ut

1137 nødvendigvis

## Vedlegg 2: Informert samtykke pasient

### Samtykke ved videoopptak



Høgskolen i Tromsø  
avd. for helsefag

#### SAMTYKKE TIL VIDEOOPPTAK/FOTOGRAFERING TIL BRUK I UNDERVISNING PÅ FYSIOTERAPEUTUTDANNINGEN

Undertegnede gir sitt samtykke til at det foretas videoopptak, og er innforstått med bruken av opptakene.

Hvis videoopptak/bilder ønskes vist for fagfolk utenfor institusjonen, skal samtykke fra undertegnede innhentes på forhånd.

Dato 20/9.07..... Sted Tromsø.....

.....  
Klienten/familien

Britt-Vilde Skjold  
Ansvarlig representant ved institusjonen

#### RETNINGSLINJER FOR BRUK AV VIDEOOPPTAK VED INSTITUSJON

Videoopptak/bilder skal inngå i undervisning på fysioterapeututdanningen, både i et kodebeskyttet, nettstøttet undervisningsopplegg og i lærerstyrt, ordinær undervisning. Ansatte, studenter og praksisveiledere ved Fysioterapeututdanningen, Høgskolen i Tromsø vil ha tilgang til det materialet som finnes på nett. Videoopptak /bilder som brukes i ordinær undervisning er å betrakte som pasientjournaler, og behandles etter samme retningslinjer når det gjelder oppbevaring og innsyn. Følgende retningslinjer legges til grunn for opptak:

1. Videoopptak kan bare foretas etter forhåndssamtykke fra den/de det gjelder.
2. Videoopptak tilhører institusjonen og kan ikke brukes av andre uten etter avtale med klienten/familien og aktuelle fagpersoner på opptaket. Den som er ansvarlig i saken har også ansvar for at videoopptaket benyttes i samsvar med kontrakt, og at det oppbevares i samsvar med retningslinjer for oppbevaring av pasientjournaler.
3. Hvis klienten/familien eller andre som deltok på opptaket ber om det, skal opptaket slettes.

# Vedlegg 3: Informert samtykke fysioterapeut

## Samtykke ved videoopptak



Høgskolen i Tromsø  
avd. for helsefag

SAMTYKKE TIL VIDEOOPPTAK/FOTOGRAFERING TIL BRUK I  
UNDERVISNING PÅ FYSIOTERAPEUTUTDANNINGEN

Undertegnede gir sitt samtykke til at det foretas videoopptak, og er innforstått med bruken av opptakene.

Hvis videoopptak/bilder ønskes vist for fagfolk utenfor institusjonen, skal samtykke fra undertegnede innhentes på forhånd.

Dato 22/9-03..... Sted TROMSØ.....

.....  
Klienten/familien

Britt-Ulla Skjold  
Ansvarlig representant ved institusjonen

### RETNINGSLINJER FOR BRUK AV VIDEOOPPTAK VED INSTITUSJON

Videoopptak/bilder skal inngå i undervisning på fysioterapeututdanningen, både i et kodebeskyttet, nettsøttet undervisningsopplegg og i lærerstyrt, ordinær undervisning. Ansatte, studenter og praksisveiledere ved Fysioterapeututdanningen, Høgskolen i Tromsø vil ha tilgang til det materialet som finnes på nett. Videoopptak /bilder som brukes i ordinær undervisning er å betrakte som pasientjournaler, og behandles etter samme retningslinjer når det gjelder oppbevaring og innsyn. Følgende retningslinjer legges til grunn for opptak:

1. Videoopptak kan bare foretas etter forhåndssamtykke fra den/de det gjelder.
2. Videoopptak tilhører institusjonen og kan ikke brukes av andre uten etter avtale med klienten/familien og aktuelle fagpersoner på opptaket. Den som er ansvarlig i saken har også ansvar for at videoopptaket benyttes i samsvar med kontrakt, og at det oppbevares i samsvar med retningslinjer for oppbevaring av pasientjournaler.
3. Hvis klienten/familien eller andre som deltok på opptaket ber om det, skal opptaket slettes.

