



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Å snakke *om* eller *fra* kroppen

En psykomotorisk undersøkelse av langvarige bekkensmerter

Torill Marie Jensen

Masteroppgave i psykomotorisk fysioterapi Hel-3962, Mai 2023

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Hensikt og problemstilling	5
1.3	Avgrensning.....	6
2	Teoretiske perspektiver	6
2.1	Psykomotorisk fysioterapi	6
2.2	Kroppsfenomenologi	8
2.3	Den sosiale og kulturelle kroppen	9
2.4	Kvinnekroppen	10
2.5	Kvinnehelse	13
3	Vitenskapsteori og metode	14
3.1	Vitenskapsteoretisk forståelsesramme.....	14
3.2	Kvalitet i forskningsprosessen.....	15
3.3	Forskningsdesign	16
3.4	Datainnsamling.....	17
3.4.1	Utvalg	17
3.4.2	Observasjon og opptak av video	17
3.4.3	Intervju basert på samobservasjon	18
3.5	Transkripsjon	19
3.5.1	Transkripsjon av video	19
3.5.2	Transkripsjon av intervju	20
3.6	Presentasjon av materiale	20
3.7	Analyse	20
3.8	Forskningsetiske overveielser.....	22
4	Resultat og diskusjon	23
4.1	Skisse av filmen.....	23

4.1.1	Temporal oversikt over handlingen i filmen	24
4.2	Viktige handlingssekvenser	24
4.2.1	«Det blir som om det er en vegg der»	24
4.2.2	«Hva skal man kjenne?»	27
4.2.3	Bekkenbunnen	30
4.2.4	«Nå må jeg passe meg»	32
4.2.5	Klamme hender og føtter.....	34
4.2.6	«Det er litt ekkelt»	37
4.2.7	«Er det for at det skal være enkelt for meg, at du sier det?»	39
4.3	Diskusjon	41
4.3.1	Rollen som pasient	41
4.3.2	Lukke og åpne kroppen	49
4.3.3	Kroppen som objekt og subjekt.....	54
5	Avslutning	58
6	Referanseliste	60
	Vedlegg 1 – Godkjenning fra NSD	64
	Vedlegg 2 – Informasjonsskriv til pasient.....	67
	Vedlegg 3 – Informasjonsskriv til fysioterapeut	71

Forord

Det har vært veldig spennende og lærerikt å skrive denne masteroppgaven. Jeg har trivdes godt med arbeidet, selv om det også har vært stressende, slitsomt og frustrerende. Arbeidet med oppgaven har gitt meg ny innsikt og forståelse i møte med pasienter, noe jeg setter stor pris på.

Først og fremst vil jeg takke informantene. Dere har vært modige som tør å stille opp og la dere filme og intervju. Uten dere hadde jeg ikke fått et så spennende datamateriale!

Takk til veilederne mine, Anne Gretland og Mari Norrøne, for konstruktive tilbakemeldinger, råd og gode diskusjoner.

Takk til Karlotte for gjennomlesing og nyttige tilbakemeldinger i innspurten.

Takk til min samboer Vegard, for støtte, kjærlighet og oppmuntring. Og barnepass, ikke minst! Mamma og pappa – takk for barnevakt og støtte. Jeg vil også gjerne takke øvrige kolleger og venner for støtte og oppmuntring! Til sist, mammas aller minste skatt – takk for at du finnes. Jeg gleder meg til å være mer sammen med deg!

Torill Marie Jensen
Tromsø, 6. mai 2023.

Sammendrag

Bakgrunn: Det har vært mange myter og teorier knyttet til kvinners bekkensmerter gjennom historien. Langvarige bekkensmerter er fortsatt beskrevet som vanskelig å forstå i mye forskningslitteratur, og det er uklarerhet rundt hvordan det bør behandles. En ny doktoravhandling konkluderer med at psykomotorisk fysioterapi kan være et fullgodt alternativ til tverrfaglig behandling for disse kvinnene. Ingen har tidligere undersøkt hva som faktisk foregår i en psykomotorisk undersøkelse av en pasient med langvarige bekkensmerter.

Problemstilling: Hvilken utvikling skjer i en psykomotorisk undersøkelse av en kvinnelig pasient med langvarige bekkensmerter, og hva kan dette fortelle om pasientens plager?

Metode: En kase studie med videoobservasjon av en psykomotorisk undersøkelse av en kvinnelig pasient ble benyttet som hovedmateriale. For utfyllende informasjon gjorde jeg semistrukturerte individuelle intervju av fysioterapeuten og pasienten, basert på samobservasjon av videoopptaket. En fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapelig tilnærming ble benyttet, og analysen av datamaterialet tar utgangspunkt i tematisk analyse.

Resultater og funn: Jeg valgte ut syv filmsekvenser jeg analyserte nærmere, og kom frem til tre hovedtema for videre diskusjon. Disse var (1) rollen som pasient: både person- og problemorientert kommunikasjon er viktig, og det kom frem veldig ulik informasjon i anamnesen og kroppsundersøkelsen. Problemet kan ikke forstås uavhengig av personen. (2) lukke og åpne kroppen: et lukket kroppsuttrykk kan ha mange ulike årsaker. Spenninger og smerter i bekkenbunnsmuskulaturen må ses i sammenheng med resten av kroppen, og kan være et uttrykk for utrygghet eller fare. (3) kroppen som objekt og subjekt: kroppen kan bli fremmedgjort og objektivisert av samfunnet, kulturen, helsevesenet, smerte og dysfunksjon. I psykomotorisk fysioterapi er den subjektive kroppen vel så viktig, og kanskje viktigere, enn den objektive.

Nøkkelord: psykomotorisk fysioterapi, kvinnehelse, langvarige bekkensmerter, rolle, kroppen som objekt og kroppen som subjekt.

Abstract

Background: There has been many myths and theories regarding women's pelvic pain throughout history. Chronic pelvic pain is still presented as difficult to understand in a lot of research articles, and there is uncertainty to how it should be treated. A new doctoral thesis concludes that Norwegian psychomotor physiotherapy (NPMF) could be a perfectly good alternative to multidisciplinary treatment for these women. There has been no previous investigation to what happens during an NPMF assessment of a patient with chronic pelvic pain.

Issue: What kind of development happens during a Norwegian psychomotor physiotherapy assessment of a female patient with chronic pelvic pain, and what can it tell us about her condition?

Methods: A case study with video observation of a Norwegian psychomotor physiotherapy assessment of a female patient was used as the main empirical material. For complementary information semistructured individual interviews with the physiotherapist and the patient was conducted. These were based on co-observation of the video material. A phenomenological-hermeneutical scientific approach was used, and the analysis of the empirical material is based on thematic analysis.

Results and findings: I selected seven movie sequences for closer analysis, and three main themes for further discussion emerged. These were (1) the role as patient: both person- and problem-oriented communication is important, and the history taking and body assessment brought forth very different information. The problem cannot be understood separate from the person. (2) closing and opening the body: a closed body expression can have several different causes. Tensions and pain in the pelvic floor muscles must be seen in context with the rest of the body and could be an expression for unsafety or threat. (3) the body as object and subject: the body can be alienated and objectivized by society, culture, the health Service, pain and dysfunction. In Norwegian Psychomotor Physiotherapy the subjective body is just as important, and maybe even more important, than the objective.

Keywords: Norwegian psychomotor physiotherapy, women's health, chronic pelvic pain, roles, body as object and body as subject.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

De siste fem årene har jeg jobbet som fysioterapeut i spesialisthelsetjenesten med både kvinnelige og mannlige pasienter med plager knyttet til underliv og bekken. Jeg har flest kvinnelige pasienter og mange har smerter fra nedre del av magen og/eller underlivet. Jeg har alltid syntes at disse pasientene har vært kompliserte og sammensatte. Min erfaring er at en god del har flere kroppslige og psykiske plager, i tillegg til at livet ofte er eller har vært vanskelig. Mange uttrykker misnøye med hvordan de har blitt behandlet av helsevesenet, og kommer til fysioterapeut som en «siste sjanse». Når de kommer til meg, sier mange «hvorfor har jeg ikke vært her før?» og synes det er godt å møte noen som ser sammenhengen mellom de ulike plagene, livet og kroppen.

Kvinnene jeg møter i min praksis er ofte frustrerte fordi det ikke finnes godt dokumenterte og effektive behandlingsmetoder for smertene eller plagene deres. Mange forteller at de ikke har blitt tatt på alvor i møte med helsevesenet, eller har fått en god nok forklaring på hvorfor de har vondt. De synes underlivssmerter og -plager er tabu og skamfullt og har i mange tilfeller aldri snakket med andre enn helsepersonell om det. Mye av kvinners sykdom har befunnet seg i det vanskelige terrenget mellom målbar (objektiv) og opplevd (subjektiv) sykdom, eller som Johannisson skriver: «*mellom kroppens synlighet og sjelens usynlighet*» (1996, s. 9).

Kirkengen og Næss (2021) skriver om begrepet og diagnosen «somatisering», som er når pasienter beskriver kroppslige plager som ikke har et «objektivt» medisinsk opphav.

Forfatterne er svært kritiske til denne diagnosen, og mener den gjør at kroppslige plager omskrives og forvises til psykiatrien. De viser også til en studie som har funnet at pasienter som diagnostiseres som «somatiserende» gjennomgår mange flere kirurgiske inngrep enn andre. Det gjaldt i størst grad kvinner, og særlig de med langvarige bekkensmerter (Fink, 1992, sitert i Kirkengen & Næss, 2021, s. 188). Kvinnemedisin oppsto som en egen retning innen medisinen på 1700-tallet og i følge Johannisson (1996) var dette starten på at kvinners kropp og sykdommer skulle utforskes og forstås vitenskapelig. Gjennom historien har smerter fra underlivet og bekkenet hos kvinner vært gjenstand for mange ulike teorier når det gjelder årsakssammenhenger og behandling (Johannisson, 1996). Johannisson (1996) skriver at siden

kvinneres kjønnsorganer ligger skjult inni kroppen, ble de sett på som mystiske. Mange sykdommer ble på 1800-tallet ansett for å ha sitt opphav i underlivet, som blant annet hysteri og hodepine. Behandlingsmetodene var svært invasive og innebar ofte kirurgi; i mange tilfeller fjerning av eggstokker eller livmor. Som et motsvar til dette, ble etter hvert også livmor- eller underlivsmassasje veldig populært, som et mindre inngripende (men svært intimt) alternativ (Johannisson, 1996).

I 2022 kom Folkehelseinstituttet med en rapport der de konkluderer med at det fortsatt er store kunnskapshull når det gjelder behandling av sykdommer som kun rammer kvinner og sykdom som kan ramme ulikt avhengig av kjønn (Vist et al., 2022). I mars i år (2023) ble det utgitt en Norsk offentlig utredning (NOU) om kvinnehelse, som har fått navnet «Den store forskjellen». Utvalget kom frem til mye av det samme som rapporten fra FHI, men går mye mer detaljert til verks. I konklusjonen lister de opp fire sentrale punkt de mener er av avgjørende betydning for å styrke kvinners helse og helse i et kjønnsperspektiv: Kvinners helse må få høyere status, det må opprettes et statlig organ for samordning av fokus på kvinnehelse, kvinners stemmer og erfaringer må lyttes mer til og kunnskap om kvinnehelse må nå frem til de som trenger den (NOU 2023: 5, 2023).

Langvarige bekkensmerter¹ defineres på ulike måter, men de fleste ser ut til å være enige om at det dreier seg om smerter i nedre del av magen og/eller underlivet, som har vart i minimum 6 måneder (Engeler et al., 2023; Moore & Kennedy, 2012). Forskere på kvinnehelse, mener at uenighet om definisjon, dårlig kvalitet på studier og mangel på kunnskap blant både helsepersonell og pasienter gjør at det er vanskelig å finne et sikkert tall på hvor mange som lider av slike plager (Latthe et al., 2006). I mange forskningsartikler er det likevel vanlig å gå ut fra at det er et sted mellom 5-25% av voksne kvinner (Ahangari, 2014; Latthe et al., 2006). Det kan altså være snakk om ganske mange kvinner som har tilbakevendende smerter i magen og/eller underlivet. En forekomst som er blitt sammenlignet med antallet som har astma eller rygg smerter (Grossnickle et al., 2019; McGowan et al., 2010).

¹ På engelsk brukes «chronic pelvic pain» (CPP).

Den Europeiske foreningen for urologi (EAU) mener at når det ikke finnes påvisbar patologi, må langvarige bekkensmerter klassifiseres som et smertesyndrom som må undersøkes og behandles bredt og tverrfaglig. De nevner spesifikt at det må tas hensyn til blant annet predisponerende faktorer, viscerale og muskuloskeletale dysfunksjoner og emosjonelle, atferdsmessige og seksuelle konsekvenser. De mener også at langvarige bekkensmerter er utfordrende, fordi de individuelle forskjellene i symptomer og sykdomsbilde blant pasientene er så store (Engeler et al., 2013). Som fysioterapeut innebærer det ikke nødvendigvis en ekstra utfordring at det er store individuelle forskjeller. Vi er trent til å ta hensyn til nettopp det og vil alltid ta utgangspunkt i at alle er ulike, selv om de kan ha samme diagnose eller lignende symptomer.

Det er flere studier som har funnet at kvinner med bekkensmerter har en høy grad av angst og depresjon (Bryant et al., 2016; Krantz et al., 2019; Nygaard et al., 2019; Vold, 2013). I en studie var depresjonen ofte korrelert med negative tanker om smerten og katastrofetanker (Bryant et al., 2016). En annen studie kom frem til at det var tre ganger så høy sannsynlighet for å ha opplevd fire eller flere barndomsbelastninger² for kvinner med kroniske bekkensmerter, sammenlignet med kontrollgruppen (Krantz et al., 2019). I en norsk tverrsnittstudie oppga halvparten av kvinnene at de hadde vært utsatt for misbruk av en eller annen art (Nygaard et al., 2019). Min erfaring er også at mange av disse pasientene har kompliserte livshistorier og har det vanskelig på mange områder av livet. En del kvinner synes det er særlig utfordrende å ha smerter som ikke vises på «objektive» prøver eller i medisinske undersøkelser, fordi det er vanskelig å forstå hva som forårsaker smertene (Grace & Mac-Bride Stewart, 2007; Myrtveit-Stensrud et al., 2023). En studie viste imidlertid at kvinner som hadde gått i psykomotorisk behandling, satt underlivssmertene i klar sammenheng med opplevde livsbelastninger og forsto smertene som en respons på livets utfordringer (Boge-Olsnes et al., 2022b). Flere studier har vist hvordan mange unge kvinner har en tendens til å gjennomføre samleie selv om det gjør vondt. En av årsakene til dette, er at

² «Adverse childhood experiences».

de prioriterer partnerens nytelse over sitt eget behov for å ha smertefritt samleie (Elmerstig et al., 2013; Myrtveit-Stensrud et al., 2023).

I flere forskningsartikler tar forfatterne til orde for at behandlingen av kroniske bekkensmerter bør være tverrfaglig og mindre preget av fokus på organ-spesifikk patologi (Bryant et al., 2016; Engeler et al., 2013; Krantz et al., 2019). Fysioterapi nevnes som en mulig behandlingsintervensjon av flere (Bryant et al., 2016; Engeler et al., 2023; Loving et al., 2012; Moore & Kennedy, 2012). I en systematisk litteraturgjennomgang om effekten av fysioterapi for kvinner med kroniske bekkensmerter, konkluderer forfatterne med at det kan ha effekt med manuell behandling og øvelser, men at evidensgrunnlaget er lite. Studien som viste best effekt, undersøkte somatokognitiv mensendieck-behandling (SCT) med fokus på kroppsbewissthet og kognitive teknikker (Loving et al., 2012). EAU oppfordrer på sin side til å være varsom med å anbefale fysioterapi for kroniske bekkensmerter, fordi evidensgrunnlaget er lite (Engeler et al., 2023). De har imidlertid kun forholdt seg til kvantitative RCT-studier, og har ikke tatt med noen kvalitative studier med verken pasienters eller behandleres erfaringer. Dette gir, etter min mening, et mangelfullt grunnlag for å vurdere effekt. Boge-Olsnes et al. (2022a) har i sin forskning om psykomotorisk behandling av kvinner med langvarige bekkensmerter, konkludert med at psykomotorisk fysioterapi alene kan være et fullgodt alternativ til tverrfaglig behandling.

I intervjuer av fysioterapeuter som jobber med kvinner med kroniske bekkensmerter (Grossnickle et al., 2019), fremheves viktigheten av individuell tilrettelegging og et helhetlig syn på pasienten. Den biopsykososiale modellen ble trukket frem, men også viktigheten av å ta hensyn til kropp-sinn-sjel. Fysioterapeutene opplevde pasientene som komplekse og utfordrende, men også veldig spennende å jobbe med (Grossnickle et al., 2019). Kvinner med vulvodyni som er blitt behandlet med somatokognitiv mensendieck-terapi, fremhevede viktigheten av å bli sett som et helt menneske, og ikke bare en vulva. Forfatterne konkluderte med at det i behandlingen er viktig å adressere problemet både lokalt i underlivet og globalt i resten av kroppen. Det var også viktig å skape et trygt rom for å kunne snakke og reflektere rundt sensitive tema (Danielsen et al., 2019). I en annen studie om kvinners erfaring med somatokognitiv terapi, fikk kvinnene et mer positivt forhold til kroppen, en bedre forståelse av sammenhengen mellom kropp og følelser, og et mer positivt forhold til seksualitet

(Danielsen et al., 2023). Det finnes to artikler som omhandler psykomotorisk forståelse og behandling av kvinner med kroniske bekkensmerter, knyttet til et doktorgradsprosjekt om samme tema (Boge-Olsnes et al., 2022a; Boge-Olsnes et al., 2022b). I den ene artikkelen utforsker forfatterne hvordan livshendelser oppleves å være knyttet til kroniske bekkensmerter. Det sentrale poenget i artikkelen er at kvinnene opplevde de kroppslige symptomene og plagene som reaksjoner på livshendelser og livssituasjonen (Boge-Olsnes et al., 2022b). I den andre artikkelen ble kvinnene intervjuet om sine erfaringer med å gå i psykomotorisk behandling for kroniske bekkensmerter. Kvinnene beskrev behandlingen som en endringsprosess, der de utviklet en større forståelse for symptomene sine, at de i større grad kunne gi slipp på spenninger, og få hjelp til å oppleve positive kroppslige erfaringer og kunne erfare kroppen på nye måter (Boge-Olsnes et al., 2022a).

1.2 Hensikt og problemstilling

Kvinner helse og kropp har blitt sett på som mystisk og uforklarlig gjennom historien og kvinners helseproblemer forstås og behandles fortsatt for dårlig. Langvarige bekkensmerter fremstilles fortsatt som vanskelig å forstå i mye av den medisinske forskningslitteraturen, og deles gjerne i kroppslige og psykiske symptomer som bør behandles tverrfaglig, men separat. I forskningsartiklene om psykomotorisk behandling og forståelse av langvarige bekkensmerter, fremstilles plagene imidlertid mindre mystisk nettopp fordi symptomene og plagene kan ses i sammenheng med livserfaringer og -hendelser. Psykomotorisk fysioterapi foreslås som et fullverdig alternativ til tverrfaglig behandling. Det finnes imidlertid fortsatt lite kunnskap om psykomotorisk tilnærming til langvarige bekkensmerter, og ingen forskning som går i dybden på hva som faktisk foregår i undersøkelsen og behandlingen. I artiklene som omhandler tradisjonell fysioterapibehandling og undersøkelse, nevnes et samtidig fokus på lokal behandling av vulva og globalt fokus på hele kroppen. I en psykomotorisk undersøkelse tas alltid hele kroppen med i vurderingen, samt autonome reaksjoner og reaksjoner på undersøkelsen (Thornquist & Bunkan, 1995). Undersøkelsen kalles «prøvebehandling» fordi hensikten er å finne ut om pasienten kan nyttiggjøre seg en psykomotorisk tilnærming og hvor intensiv behandlingen eventuelt skal være. Et lokalt problem, som kroniske bekkensmerter, vil alltid ses i sammenheng med hele kroppen, livet personen lever og har levd, samt emosjonelle og autonome reaksjoner (Thornquist & Bunkan, 1995). Dette er også det Boge-

Olsnes et al. (2022a) fant i sin studie av behandling, der kvinnene ikke ble lokalt behandlet i vulva i det hele tatt, men helheten var alltid i fokus.

På bakgrunn av dette ønsker jeg å se nærmere på hva som kjennetegner en psykomotorisk undersøkelse av en kvinnelig pasient med langvarige bekkensmerter, hva som foregår i undersøkelsen og hva som kommer ut av den. Undersøkelsen danner det første grunnlaget for valgene som tas for det senere behandlingsforløpet (Thornquist & Bunkan, 1995), og min erfaring er at det ofte skjer ganske mye hos pasienten i det første møtet. Problemstillingen jeg ønsker å svare på, er

Hvilken utvikling skjer i en psykomotorisk undersøkelse av en kvinnelig pasient med langvarige bekkensmerter, og hvordan relateres det til hennes plager?

1.3 Avgrensning

Når det gjelder «langvarige bekkensmerter», tar jeg utgangspunkt i definisjonen over. Jeg betrakter det som en paraply-diagnose, som også inkluderer andre lokaliserte smertelidelser fra mage og underliv uten såkalte «objektive» funn, slik som vaginisme, vulvodyni, smertefullt blæresyndrom, osv. Med «utvikling», mener jeg utvikling i kommunikasjon, i sykdoms- og symptomforståelse, kroppsforståelse og eventuelt også relasjon. Jeg har valgt å konsentrere meg om undersøkelser i spesialisthelsetjenesten, fordi jeg har en hypotese om at mye kontakt med spesialisthelsetjenesten kan ha formet pasientens oppfatninger og forventninger.

2 Teoretiske perspektiver

2.1 Psykomotorisk fysioterapi

Psykomotorisk fysioterapi startet med et samarbeid mellom fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen og psykiater Trygve Braatøy på 1940- og 50-tallet (Bunkan et al., 1982). Bülow-Hansen fattet interesse for hva som skjedde med pasientene når muskelspenninger slapp; mange begynte å gråte eller snakke masse, noen ble verre og for andre endret plagene karakter og flyttet seg til et annet sted i kroppen. Braatøy betraktet muskelspenninger som et forsvar

eller som et uttrykk for innestengt angst. Når muskelspenningene slapp, kom innestengte følelser til overflaten (Bunkan et al., 1982).

Bülow-Hansen så hele kroppen i sammenheng og så særlig på respirasjonen som en sentral informasjonskilde om pasientens kroppslige spenninger og emosjonelle forhold (Bunkan et al., 1982). For å få til å skape endringer i pasientens muskulære forhold, erfarte Bülow-Hansen at respirasjonsbevegelsene måtte få bevege seg fritt og uhemmet gjennom kroppen. Nils H. Houge, psykiateren som overtok samarbeidet med Bülow-Hansen da Braatøy gikk bort i 1953, nevner respirasjonen som særlig viktig, fordi m. diafragma (den største og viktigste respirasjonsmuskelen) påvirkes av den psykiske tilstanden, fordi den både styres av det autonome nervesystemet og kan styres bevisst (Bunkan et al., 1995). Han skriver at sinnstilstand, det autonome nervesystemet og muskelsystemet inngår i et «*intimt samspill*» og må betraktes som «*en funksjonell enhet*» (Bunkan et al., 1995, s. 18). Bülow-Hansen gjorde aldri aktive respirasjonsøvelser, men påvirket respirasjonen indirekte via massasje, bevegelser og øvelser (Bunkan et al., 1982).

Da Bülow-Hansen jobbet, var samarbeidet mellom fysioterapeut og lege sentralt. Hvis pasienten opplevde emosjonelle reaksjoner, angst, eller lignende, skulle fysioterapeuten sende pasienten videre til lege for samtalebehandling og avstå fra å stille spørsmål eller gi råd. Noen pasienter gikk frem og tilbake mellom lege og fysioterapeut, og legen og fysioterapeuten hadde jevnlige samarbeidsmøter (Bunkan et al., 1982). Psykomotorisk fysioterapi har nødvendigvis utviklet seg siden Bülow-Hansens tid, og fysioterapeuten har fått en mer selvstendig rolle ovenfor pasienten. Grunnprinsippene hun utviklet, har likevel bestått. Det gjelder særlig å se kroppen som helhet, at respirasjonen er svært sentral, og at kropp, psyke og det autonome nervesystemet ses på som en funksjonell enhet (Dragesund et al., 2021; Gretland, 2007; Thornquist & Bunkan, 1995).

Braatøy så kroppslige symptomer som et uttrykk for en emosjonell konflikt som hadde bakgrunn i pasientens livshistorie eller nåværende livssituasjon (Bunkan et al., 1995). I en intervjustudie der psykomotoriske fysioterapeuter ble bedt om å reflektere over konseptet «subjektive helseplager» (Ekerholt & Bergland, 2021), kom det blant annet frem at fysioterapeutene opplevde at mange av pasientene var lite sensitive ovenfor kroppslige

symptomer fordi de var veldig travle og hadde mye å gjøre. Fysioterapeutene mente at pasientene hadde høy aktivering i den sympatiske delen av det autonome nervesystemet, noe de blant annet så gjennom både pustemønsteret og muskelspenninger. Fysioterapeutene fortalte at de alltid gjorde en full kroppsundersøkelse uansett hvilket problem pasienten kom med, og at de så pasientens lokale symptomer i sammenheng med resten av kroppen. I behandlingen hjalp de pasientene til å knytte sammen emosjonell og somatisk smerte i lys av livshistorien, og finne mening i symptomene for å forstå de. Pasienter som hadde lite kontakt med kroppen, ble oppfordret til å følge med på autonome reaksjoner som en pekepinn på om de var sympatisk eller parasympatisk aktivert, for å forstå når og hvorfor symptomene dukket opp i hverdagen (Ekerholt & Bergland, 2021).

I en intervjustudie om pasienters erfaringer med psykomotorisk behandling (Dragesund & Øien, 2021), fortalte pasientene at de opplevde bedring av symptomene sine når de fikk hjelp til å finne ut hvordan livsbelastninger påvirket muskel- og skjelettplagene. Dette opplevde de som meningsfullt. De kroppslige opplevelsene og erfaringene pasientene gjorde sammen med fysioterapeuten, fikk de til å endre væremåter og vaner i dagliglivet, og dermed fikk de færre plager. Pasientene fortalte også at de fikk mer kontakt med sine egne behov og følelser (Dragesund & Øien, 2021). Dette er i tråd med funnene i studien av Boge-Olsnes et al. (2022a) som nevnt i innledningen.

2.2 Kroppsfenomenologi

I forskning og litteratur om psykomotorisk fysioterapi, brukes ofte Maurice Merleau-Ponty sin kroppsfenomenologi for å beskrive hvilket syn på kroppen som legges til grunn (Bergem, 2016; Ekerholt & Gretland, 2018; Gretland, 2007; Sviland et al., 2014). Merleau-Ponty skrev sin doktoravhandling om persepsjon i 1945, og skriver kroppen fram som grunnlaget for hvordan vi persiperer verden. Han kritiserte den kartesianske dualismen, og mente at grunnlaget for vår bevissthet ikke er «jeg tenker», men «jeg kan» fordi vi er og lever i verden som kropper og det er gjennom kroppen at vi erfarer verden (Merleau-Ponty, 2013).

Der Descartes mente at kroppen var et objekt uten følelser og erfaringer, mente Merleau-Ponty at kroppen alltid er både objekt og subjekt og at denne dobbeltheten kjennetegner oss

som mennesker. Vi både *er* og *har* en kropp. Selv om kroppen også er et objekt, er den aldri et rent objekt, men samtidig et erfarende subjekt. Et mye brukt eksempel er at jeg kan berøre min høyre hånd med min venstre, og at min venstre hånd er subjektet som berører, mens den høyre blir gjort til et objekt som blir berørt. Samtidig kan jeg kjenne berøringen gjennom min høyre hånd, noe som gjør den til et erfarende objekt, eller et subjektivt objekt (Merleau-Ponty, 2013).

Kroppen er utgangspunktet for hvordan vi sanser, erfarer og samhandler med verden rundt oss, og vi erfarer verden gjennom kroppen; vi bruker kroppen til å bevege oss rundt, manipulere objekter og undersøke verden. Dette starter lenge før vi har utviklet et språk eller evne til å reflektere rundt hvordan vi erfarer verden. Dermed blir kroppen vår i besittelse av ureflektert kunnskap og erfaring som vi ikke umiddelbart har et språk for eller en reflektert forståelse av, men som til en viss grad kan gjøres tilgjengelig for oss (Merleau-Ponty, 2013).

Vi har tilgang til verden gjennom persepsjon og handling, og disse står i et avhengighetsforhold til hverandre. Merleau-Ponty fremhevet at vi ikke er passive mottakere av sanseintrykk, men at vi er åpne og utadrettete mot verden gjennom kroppen. Dette gjør kroppen vår intensjonal, noe som betyr at vi har en direkte kroppslig rettethet mot verden og at handlingene og persepsjonen vår alltid er rettet mot noe, selv om det ofte ikke er noe vi er bevisst eller har reflektert over (Merleau-Ponty, 2013).

Flere teoretikere har utviklet Merleau-Pontys kroppsfilosofi videre. Merleau-Ponty skriver lite om hvordan vår historie og sosiale og kulturelle miljø påvirker oss kroppslig, noe den franske filosofen Pierre Bourdieu videreutviklet (Thornquist, 2018).

2.3 Den sosiale og kulturelle kroppen

Bourdieu (1999) mente at jeg-et formes gjennom de sosiale strukturene vi lever i. Gjennom omverdens regelmessighet tilpasser kroppen seg og lærer seg å leve i og håndtere verden rundt seg. Kroppen får en iboende praktisk kunnskap om verden, noe Bourdieu kaller *habitus*. Habitus er «*innskrevet i kroppen gjennom tidligere erfaringer*» (Bourdieu, 1999, s. 144). Denne kunnskapen er ureflektert, som betyr at det ikke er noe vi bevisst tilegner oss, men noe som bare skjer og som vi ikke reflekterer over. Habitus er integrert kunnskap fra den sosiale

verden mennesket har vokst opp i, som gjør oss i stand til å handle innenfor forventede normer. Det bidrar til at vi blir godtatt av det sosiale fellesskapet, noe vi er avhengige av for å overleve. Som barn tilpasser vi oss omsorgspersonenes påbud og forbud og gir slipp på egne drifter for å få anerkjennelse (Bourdieu, 1999).

Habitus-begrepet omfatter alle våre kroppslige vaner, fra hvordan vi står, går, spiser, snakker, kler oss og ter oss. Det sier blant annet noe om hvilket sosialt lag vi kommer fra, hvilket kjønn vi har og hvilke interesser vi har. Kroppen er i den sosiale verden, og den sosiale verden er i kroppen (Bourdieu, 1999, s. 158). Bourdieu mente at vi hele tiden tilpasser oss verdenen vi lever i, og ubevisst inkorporerer samfunnets og miljøets normer og regler i kroppen, og på den måten bærer med oss vår sosiale verden i kroppen (Bourdieu, 1999). Habitus endrer seg hele tiden, basert på nye erfaringer som kommer til (Bourdieu, 1999). Hvis habitus er rigid eller ikke lar seg endre i takt med omgivelsenes forandringer, kan den være til hindring for utvikling og tilpasning til et annet miljø, og føre til at vi mislykkes i å bli godtatt eller finne oss til rette. Hvis den derimot endres veldig raskt og hyppig, kan det bidra til at vi mister oss selv og vår integritet (Bourdieu, 1999).

Bourdieu skriver at de mest inngripende sosiale påbud ikke henvender seg til intellektet, men til kroppen. Han mener at det også gjelder den kroppslige innskrivningen av ens kjønn og skillet mellom maskulinitet og femininitet, og at det særlig gjelder måter å gå på, sette seg, føre blikket og bekledning (Bourdieu, 1999). Siden denne oppgaven omhandler en kvinnelig pasient, vil jeg videre ta for meg noen perspektiver på kvinnekroppen og kvinners sykdom og smerte.

2.4 Kvinnekroppen

Filosofen Iris Young (2005) har skrevet en fenomenologisk analyse av den feminine kroppslige eksistens og måte å bruke kroppen på, som bygger på Merleau-Ponty sin kroppsfenomenologi. Hun mener at kvinner tendensielt har et mer lukket bevegelsesmønster enn menn i dagligdagse bevegelser som å gå, sitte og stå. Ifølge hennes studier, sitter kvinner ofte med bena nært hverandre og armene foran kroppen, i motsetning til menn som tar mer plass. I aktiviteter som krever styrke, kraft og koordinasjon tenderer kvinner til å ikke

involvere hele kroppen i oppgaven. Selv om vi ikke er like fysisk sterke som menn, bruker vi heller ikke hele potensialet vårt.

Young (2005) mener at kvinner mangler en grunnleggende tillit til at kroppen kan gjøre den oppgaven de står ovenfor, og at vi gjennomfører bevegelser og kroppslige oppgaver nølende og usikre. Vi er både usikker på kroppens kapasitet og evne til å utføre oppgaven og redd for å skade oss. Vi bestemmer oss på forhånd for at oppgaven er for krevende, og prøver dermed ikke helhjertet. Som nevnt i kapitlet om kroppsfenomenologi, mente Merleau-Ponty (2013) at hvilke muligheter som er tilgjengelige for oss i verden, er avhengig av våre kroppslige muligheter og det kroppslige «jeg kan». Young (2005) hevder at kvinner ofte møter en oppgave med «jeg kan», samtidig som de begrenser sin kroppslige utfoldelse i et «jeg kan ikke». Det gir en «hemmet intensjonalitet»³. Dette fører til nøling og prøving og gjør at kvinner ikke retter hele den fulle oppmerksomheten mot oppgaven, men blir hemmet av sine egne begrensninger. Young beskriver også en slags manglende enhet i det feminine kroppsuttrykket. Med det mener hun at kroppen ikke fremstår som en samlet enhet når en kvinne prøver halvhjertet på en oppgave, der deler av kroppen er involvert i oppgaven, mens resten forblir uinvolvert (Young, 2005).

Young tilskriver kvinners kroppslige eksistens til hvordan kvinner lever og har levd i det vestlige samfunnet. Hun hevder at det er forskjell i hvordan gutter og jenter blir oppdratt, med hensyn til kroppslig utfoldelse; jenter blir i mindre grad oppmuntret til å bruke kraft og utfordre seg selv enn det gutter blir. Young mener at når jenter utvikler en forståelse av at de er kvinner, får de samtidig en fornemmelse av kroppene deres som skjøre (Young, 2005). Et annet viktig aspekt, er at kvinner tradisjonelt sett har blitt betraktet som kroppslige objekter. Kvinners kropper er gjenstand for andres betraktning og blikk og er et objekt for andres intensjoner og manipulasjon. Dette fører til at kvinnene selv inkorporerer forståelsen av seg selv som et objekt og betrakter kroppen sin på samme måte, og for eksempel vurderer seg selv i speilet, fikser og former kroppene sine (Young, 2005). Her kan vi trekke paralleller til Bourdieus sitt habitus-begrep, nærmere bestemt hvordan han drøfter på hvilken måte vårt

³ Min oversettelse. Young bruker «inhibited intentionality».

sosiale og kulturelle miljø inkorporeres i våre kroppslige vaner og væremåter (Bourdieu, 1999).

Objektiviseringen kan, ifølge Young (2005), også forklare hvorfor kvinner har et mer lukket bevegelsesmønster enn menn og, for eksempel, holder armene foran eller nært kroppen. Åpning av kroppen på en fri, aktiv og utadrettet måte er også en invitasjon til objektivisering. Det handler ikke bare om en visuell objektivisering, men i ytterste konsekvens også om en invadering av det personlige og kroppslige rom. Young mener at den lukkede og begrensede kroppsførselen er et forsvar mot fysisk invadering. Piran (2017) er en kanadisk psykolog som har gjort et omfattende arbeid med å kartlegge kvinners forhold til kroppslighet⁴ og hvordan det påvirker forholdet til en selv, til deltakelse i eget liv og i samfunnet. Hun tar utgangspunkt i Merleau-Ponty (2013) sin teori om at vi lever i verden som kropper og at vårt forhold til egen kroppslighet kan være en fremmede eller hemmende faktor for våre muligheter for deltakelse i verden. Gjennom sine studier har hun kommet frem til fem dimensjoner som må være til stede for å utvikle et positivt forhold til kroppslighet: kroppslig kontakt og tilfredshet, handlingskraft⁵ og funksjonalitet, erfaring med og uttrykk for lidenskap⁶, balansert selvpleie og tilstedeværelse i kroppen som subjekt og samtidig motstand mot objektivisering. Hun har utviklet det hun kaller «The developmental theory of embodiment», som beskriver hvordan kvinners forhold til kroppslighet utvikler og endrer seg gjennom livsløpet. Det sentrale i teorien, er at kvinners kropper blir utsatt for flere begrensende faktorer som har stor innflytelse på kvinners livsførsel og som er nødvendig å adressere for å kunne skape positiv endring (Piran, 2017).

Den franske filosofen Simone de Beauvoir (2000) skrev sitt store verk om kvinnen og kvinnens historie og situasjon i 1949. Hun mente at samfunnet og samfunnets regler ønsket å gjøre kvinnen til et objekt, og at som en konsekvens internaliserte kvinnene dette. Hun hevdet at å gjøre seg til et objekt har vært det eneste alternativet for kvinner i deres fastlåste situasjon

⁴ Min oversettelse. Hun bruker begrepet «experience of embodiment».

⁵ «Agency».

⁶ «Desire».

gjennom tidene. Beauvoir (2000) skriver at samfunnet og den politiske makt alltid har tilhørt mennene og at kvinnen gjennom historien aldri har definert sin maktposisjon selv. Det har ført til at kvinnen har blitt holdt i en slags avhengighetstilstand til mennene og storsamfunnet. Bourdieu (1999) hevder at den som blir underlagt andres makt, inkorporerer, om enn ufrivillig, denne makten kroppslig, i form av habitus, og på den måten også lar seg underkaste. Dette er ikke noe som foregår bevisst eller frivillig, det kan like gjerne være motvillig, men det skjer når samfunnets strukturer skrives inn i vår kroppslige habitus. Ifølge Bourdieu, kan dette bare endres gjennom bevisste praktiske og kroppslige øvelser over tid, og er ikke noe som endrer seg spontant selv om situasjonen skulle endre seg (Bourdieu, 1999). Selv om Beauvoir skriver om kvinners situasjon i 1949 (Beauvoir, 2000), og mye har endret seg siden den tid, tyder arbeidet til Young (2005) og Piran (2017) på at en del kroppslige disposisjoner fortsatt henger igjen.

2.5 Kvinnehelse

Johannisson (1996) tar for seg kvinners sykkelighet og kulturen rundt århundreskiftet fra 18- til 1900-tallet og går inn i både biologi, kultur og vitenskap. Hun skriver at de kvinnelige kjønnsorganene har blitt ansett for å være opphav til mange av kvinners lidelser og symptomer. Gjennom historien har det vært tette sammenkoblinger mellom generelle symptomer, seksualitet, psykiske lidelser og kvinnens underliv. Da gynekologien ble en egen disiplin og retning innen medisin, tok legene raskt nytte av utviklingen av kirurgiske muligheter, og brukte det i et ekstremt stort omfang for å behandle mange forskjellige diffuse lidelser som rammet kvinner. Det var lav terskel for å gjøre drastiske kirurgiske inngrep, som fjerning av eggstokker og livmor. Inngrepene ble kritisert i sin samtid, blant annet for å ligne eksperimenter på levende dyr, men antallet inngrep var likevel skyhøyt på slutten av 18- og starten av 1900-tallet (Johannisson, 1996).

En sammenblanding mellom psykiske, nevrologiske og organiske lidelser var i lang tid regnet som forklaringsmodeller for mange plager og sykdommer som rammet kvinner. «*Ved å betrakte seksuell lyst og følelsesmessige utspill som symptomer på en forvrengt kvinnelig*

psyke med behov for radikalterapi⁷, skapte vitenskapen normer og grenser for tillatt kvinneadfærd» (Johannisson, 1996, s. 195).

Det ble også utviklet mildere behandlingsmetoder for kvinners underlivsplager og andre tilstander, som for eksempel bevegelig eller bakoverliggende livmor. Disse var ofte forskjellige bad eller skyllinger av underlivet. En svensk sykegymnast utviklet på 1860-tallet en metode for innvendig livmor-massasje, en veldig intim prosedyre som ifølge grunnleggeren kunne kurere både smerter og endre livmorens posisjon. Johannisson (1996) skriver også at de ulike underlivsdiagnosene som har vært på mote gjennom historien, kan ha blitt populære hos kvinner, fordi de fikk et navn og en somatisk diagnose som kunne forklare sykdomsfølelsene deres. Hvis vi går tilbake til Beauvoir (2000), kan vi spekulere i om denne sykdomsfølelsen kan ha sammenheng med avmakt på grunn av kvinnenens begrensede livssituasjon. I tillegg vet vi at det fortsatt er store mangler i hvordan helsevesenet behandler og betrakter kvinnehelse (NOU 2023: 5).

3 Vitenskapsteori og metode

3.1 Vitenskapsteoretisk forståelsesramme

Denne studien er forankret i fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapsteori. Husserl regnes som grunnleggeren av fenomenologisk filosofi (Thornquist, 2018). Han ønsket å forstå hvordan kunnskap om noe konstitueres i bevissthets og ønsket å utvikle en vitenskap «*om de rene fenomen*» (Husserl, 1995, s. 82), som «*träffar sakerna själva*» (s. 41). Han kom med kritikk av empiristiske og positivistiske vitenskapsteorier som hevdet at erfaringsbasert kunnskap er allmenngyldig, og mente at det er den enkeltes subjektive erfaring som ligger til grunn for all kunnskap. En erfaring eller opplevelse er alltid både subjektiv, fordi den erfares på en helt særegen måte av subjektet, og objektiv, fordi vi kan dele erfaringer og kjenne oss igjen i hverandres erfaringer (Husserl, 2004).

Den umiddelbare verden vi lever i til daglig, er en verden vi tar for gitt og (stort sett) ikke har et reflektert forhold til. Kunnskapen og erfaringen fra denne daglige verden er noe vi alltid har

⁷ Kirurgi.

med oss og som vi, etter fenomenologisk tankegang, ikke ønsker å legge fra oss i vitenskapelig arbeide, fordi den alltid påvirker oss uansett (Husserl, 1982). Men Husserl var opptatt av at vi må være bevisst hvilken erfaring og kunnskap vi tar med oss inn i det vitenskapelige arbeidet (Husserl, 1982). Han presiserte at oppmerksomheten vår alltid kommer *fra* noe og er rettet *mot* noe, og på den måten er intensjonell (Husserl, 1982). Det er viktig, fordi det betyr at det oppmerksomheten vår er rettet mot vil tre i forgrunnen, mens noe annet trer i bakgrunnen. Forskning basert på fenomenologi retter seg mot forskningspersonenes subjektive erfaringer og forståelse av deres verden, og kan gi ny og viktig klinisk kunnskap (Zahavi & Martiny, 2019).

Mens fenomenologi dreier seg om hvordan kunnskap om et fenomen blir til, dreier hermeneutikk seg om hvordan vi fortolker og utvikler ny kunnskap (Thornquist, 2018). Når vi skal fortolke noe må vi først bli kjent med fordommene våre. Fordommene er forutinntattheten vi møter materialet med og er styrende for blikket vårt. Hvis vi ikke er bevisst fordommene våre, kan vi gå i fella og søke bekreftelse på det vi tror er tilfellet, eller det vi forventer, i stedet for å undersøke fenomenet «ut fra saken». Vi skal ikke forkaste fordommene våre, men bli de bevisst. Gadamer anbefaler også å sette fordommene på prøve, ved å stille spørsmål som motbeviser de (Gadamer, 2012).

En sentral fremgangsmåte for fortolkning, er den hermeneutiske sirkel. Den går ut på at helheten alltid skal forstås gjennom delene, og delene alltid skal forstås gjennom helheten. Det er en stadig pendling mellom deler og helhet der vi stadig går dypere inn i materialet, og utvikler ny kunnskap (Gadamer, 2012).

I dette prosjektet har jeg forsøkt å få innblikk i forskningspersonenes subjektive verden gjennom observasjon og utfyllende intervju. Jeg ønsket å få tak i hvordan deltakerne opplevde situasjonen og hvilke erfaringer og tanker de gjorde seg. Gjennom utfyllende intervjuer fikk deltakerne selv komme til orde, og jeg kunne få utfordre mine fordommer.

3.2 Kvalitet i forskningsprosessen

Det brukes ulike begreper for å vurdere kvalitet i vitenskapelig arbeid. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i reliabilitet og validitet slik de brukes av Thagaard (2018). Hun knytter

reliabilitet opp mot å reflektere rundt hvordan forskeren kan ha påvirket materialet og datainnsamlingen, mens validitet knyttes til resultatene og fortolkningen av disse. For å oppnå reliabilitet i kvalitativ forskning skriver Thagaard blant annet om transparens i forskningsprosessen. Jeg har forsøkt å oppnå transparens gjennom gode beskrivelser av hva jeg har gjort og hvilke valg og vurderinger jeg har tatt underveis. Jeg har også skrevet feltnotater og refleksjoner underveis i prosessen. Når det gjelder validitet bruker Thagaard også transparens, men her menes teoretisk transparens. Jeg har gjort grundig rede for mitt teoretiske utgangspunkt i teori-kapitlet, slik at det skal være tydelig for leseren hvilke teoretiske perspektiver jeg fortolker resultatene gjennom. Analyseprosessen er diskutert mye med veileder og jeg har gjort rede for fremgangsmåten i analyse-kapitlet. Thagaard skriver også om i hvilken grad tolkningen av resultatene kan være relevante i andre sammenhenger, altså overførbarhet. Jeg har brukt teori for å diskutere resultatene og sette de inn i en større sammenheng som kan gjøre de relevante i andre situasjoner.

3.3 Forskningsdesign

For å besvare problemstillingen har jeg valgt å gjennomføre et kasestudie, som kan gi inngående kunnskap om et fåtall analyseenheter (Thagaard, 2018). På grunn av prosjektets omfang og tidsbegrensning, har jeg kun valgt ett enkelt kase. Kasestudier har fått en del kritikk for å ha dårlig reliabilitet og validitet og for at kunnskapen ikke kan generaliseres. Flyvbjerg (2010) argumenterer for at dette synet er basert på misforståelser. En del av kritikken går ut på at kasestudier er kontekst-avhengige, og dermed ikke er overførbare. Flyvbjerg mener at det er gjennom praktisk kunnskap og erfaring man lærer mest og utvikler seg innen et felt, og støtter seg på fenomenologisk teori om læring. Kasestudier kan bidra til å gi praktisk kunnskap og gode eksempler som kan brukes både i vitenskap og undervisning. Flyvbjerg argumenterer også for at menneskelig atferd ikke er regel-basert slik en del teorier er, og at det derfor er helt nødvendig å studere enkeltkaser inngående for å utvikle kunnskap om mennesker. Sosialvitenskapene har ikke lyktes i å produsere generell kontekst-uavhengig vitenskap, og må derfor støtte seg til den konkrete kontekst-avhengige kunnskapen kasestudier representerer. Til syvende og sist er det hverdagslig subjektiv kunnskap og erfaring vi alle baserer oss på når vi orienterer oss i verden. Han mener også at målet med en

kasusstudie ikke nødvendigvis er å skulle bevise noe, men at vi heller kan lære noe av den, altså utvikle ny kunnskap (Flyvbjerg, 2010).

3.4 Datainnsamling

3.4.1 Utvalg

Siden prosjektet baserer seg på én fysioterapeut og én pasient, er det viktig å foreta et strategisk utvalg for å sikre at deltakerne faktisk kan gi informasjon som kan svare på problemstillingen (Thagaard, 2018). For å sikre at den psykomotoriske fysioterapeuten hadde nødvendig erfaring, satt jeg som kriterium at hun måtte ha jobbet minimum 5 år med kvinner med kroniske bekkensmerter og i tillegg burde få gode anbefalinger fra kolleger. Det ville være en fordel hvis hun hadde skrevet noe om emnet, holdt kurs eller var vant til å formidle sin fagkunnskap på en eller annen måte, fordi det kunne bety at hun var vant til å reflektere over sin egen praksis.

Gjennom min nærhet til fagfeltet rekrutterte jeg en egnet kandidat (Fangen, 2004) som fikk informasjon om prosjektet både muntlig og skriftlig. Hun samtykket til å delta. Siden jeg skulle observere en undersøkelse i naturlig praksis, fikk fysioterapeuten i oppgave å rekruttere en egnet pasient. Som kriterier hadde jeg satt at hun skulle rekruttere en voksen kvinne mellom 20-70 år som hadde hatt en smertediagnose knyttet til bekkenet og/eller underlivet uten såkalte «objektive funn» i minimum 6 måneder. Hun måtte ikke ha møtt pasienten tidligere, og pasienten måtte ikke ha gått i psykomotorisk behandling tidligere. Jeg ga fysioterapeuten et informasjonsskriv hun kunne gi videre til pasienten. Fysioterapeuten brukte en del tid på å lese i journalene til aktuelle kandidater som sto på ventelista og selekterte ut to pasienter som oppfylte kriteriene til å delta. Den første hun kontaktet takket nei, mens kandidat nummer to takket ja. Jeg har valgt å kalle henne Siri.

3.4.2 Observasjon og opptak av video

Observasjon egner seg godt som metode for å studere hvordan en naturlig situasjon foregår og hva deltakerne faktisk gjør og ikke det de sier at de gjør (Fangen, 2010; Thagaard, 2018). Bruk av videoopptak kan gi et mer nyansert bilde av samhandlingen, hva som foregår i rommet og omgivelsene (Thagaard, 2018). Det gir også mulighet til å se sekvenser flere

ganger og dermed kunne gjøre en dypere analyse av for eksempel kroppslige uttrykk og kroppslig samhandling. Fysioterapeuten ønsket ikke å ha meg til stede i rommet, fordi hun mente at mitt nærvær kom til å forstyrre for mye. Jeg skrev feltnotater om hvilke inntrykk og tanker jeg gjorde meg da jeg hilste på deltakerne og satt filmen i gang og da jeg avsluttet filmen.

Filmen ble tatt opp med min private PC, med et program som heter Media Capture som lagrer opptaket direkte i Tjeneste for sikker datalagring. I forkant av datainnsamlingen hadde jeg gjort en prøvefilming i det samme rommet, for å vurdere kvaliteten på opptaket og plasseringen av kameraet. Siden rommet ikke var så stort, ble jeg nødt til å plassere kameraet i hjørnet og flytte benken slik at den kom inn i bildet. Jeg fikk plassert det slik at det fanget opp deltakerne både når de satt og pratet, når de bevegde seg og når de brukte benken. På starten av opptaket innhentet jeg samtykke fra begge deltakerne og deretter forlot jeg rommet. Da de var ferdige og åpnet døra, møtte jeg de og tok ned kameraet.

3.4.3 Intervju basert på samobservasjon

Intervjuer basert på observasjonsmaterialet kan gi utfyllende informasjon og tilgang til deltakernes forståelse og opplevelse av situasjonen, i tillegg til at det øker validiteten (Fangen, 2010). Samobservasjon kan også være effektiv for å unngå bekreftelsestendens, gjennom å høre med de som faktisk var i situasjonen hva som foregikk (Jordan & Henderson, 1995). Siden jeg ikke var til stede i rommet under filmingen, måtte jeg ha litt tid til å se gjennom filmen før jeg kunne gjennomføre intervju. På grunn av sykdom tok det noen uker før jeg fikk gjennomført intervjuene. Jeg intervjuet fysioterapeuten først, og da hadde hun møtt pasienten to ganger i tillegg til undersøkelsen. Intervjuet tok utgangspunkt i filmen og vi forsøkte i hovedsak å holde oss til å diskutere den, men snakket litt på slutten om hva de hadde gjort de andre timene og planen for den videre behandlingen. Filmen varte i 1 t. 20 min., så jeg hadde av tidshensyn valgt ut noen sekvenser jeg ønsket å se sammen med fysioterapeuten, i tillegg til at jeg ba henne stoppe filmen når hun så noe interessant. Jeg hadde valgt ut åtte sekvenser jeg ville se. Fysioterapeuten stoppet filmen tre ganger og jeg stoppet ti ganger. To av gangene stoppet jeg fordi fysioterapeuten lo litt av det som skjedde, noe som vekket min nysgjerrighet. Intervjuet med fysioterapeuten varte i 90 minutter.

Intervjuet med Siri ble gjort to uker etter intervjuet med fysioterapeuten. Da hadde de møttes enda en gang, så totalt tre ganger i tillegg til undersøkelsen. Da jeg intervjuet Siri, hadde jeg hørt gjennom og transkribert intervjuet med fysioterapeuten, og plukket ut noen sekvenser jeg hadde lyst til å se sammen med henne. Jeg ga Siri også beskjed om at hun gjerne måtte stoppe filmen hvis hun så noe interessant. For å gjøre henne trygg i situasjonen, startet jeg intervjuet med å spørre henne om det var noen deler av undersøkelsen hun husket godt. Det var en episode hun trakk fram, som var en sekvens jeg allerede hadde planlagt at vi skulle se, så vi startet med den. Ut fra det jeg hadde sett i filmen, var jeg usikker på hvordan Siri kom til å reagere på å se seg selv, og tenkte at det kanskje var enklere for henne å begynne å snakke hvis vi startet med noe som var av betydning for henne. Jeg hadde valgt ut totalt fire sekvenser jeg ville se. Noen var de samme jeg så med fysioterapeuten, mens noen så jeg kun sammen med Siri. Siri stoppet ingen ganger og jeg stoppet ti ganger. Flere av gangene stoppet jeg fordi hun lo litt eller kommenterte det som skjedde.

3.5 Transkripsjon

3.5.1 Transkripsjon av video

Fangen (2004) beskriver transkripsjonen der jeg gjør en direkte nedskrivning av det jeg har sett og hørt, som det første fortolkningsnivået. Transkripsjonen er min fortolkning av hva jeg oppfatter som viktig i det som skjer i handlingen mellom fysioterapeuten og Siri.

Fysioterapeuten sine utsagn er markert med F og Siri sine med S. Avbrytelser markeres med //, og likhetstegn = markerer når det ikke er pause mellom ytringene. Når den som ikke er hovedtaler kommer med utsagn, har jeg satt det inn i parentes, f.eks. (ja). Nøling markeres med tre punktum etter hverandre. Utydelig tale markeres med dobbel parentes, som ((sier noe utydelig)). Kroppslige handlinger og bevegelser er satt inn i klammer, f.eks. [beveger hodet fra side til side]. Jeg har inkludert de kroppslige bevegelsene og handlingene jeg oppfatter som viktige for å forstå meningsinnholdet i det som skjer, og for at leseren skal få et godt innblikk i handlingen. Noen steder har jeg blitt nødt til å skrive ned min fortolkning av de kroppslige handlingene, for å gjøre handlingen forståelig for leseren. Tidspunkter for hva som skjer når er ikke inkludert, jeg har i stedet prøvd å gi en løpende framstilling av handlingen.

3.5.2 Transkripsjon av intervju

Hvordan man velger å gjøre transkripsjonen er avhengig av formålet med prosjektet og hvilken type informasjon man er ute etter. Hvis man er ute etter meningsinnholdet er det best å redigere transkripsjonene slik at de blir grammatisk korrekte og ligner en sammenhengende tekst (Fangen, 2004). Som tidligere nevnt, er formålet med intervjuene å utdype det vi ser i filmen. Intervjuene er derfor ikke et selvstendig datamateriale og skal bare analyseres i sammenheng med filmen, og det er altså meningsinnholdet i intervjuene jeg ønsker å få tak i. Jeg har prøvd å skrive transkripsjonen så nært opptil lydopptaket som mulig, samtidig som jeg har valgt å skrive det som sammenhengende tekst uten å inkludere pauser, nøling og fyll-ord. Jeg tok heller ikke med når den som lyttet sa «mm» eller bekreftet at den lyttet på andre måter. Jeg transkriberte intervjuene samtidig som jeg hørte på lydopptaket. Deretter hørte jeg gjennom hele intervjuet samtidig som jeg leste transkripsjonen, for å dobbeltsjekke om jeg hadde fått med alt og om meningen var bevart. Fysioterapeuten er forkortet til «F», pasient til «P» og intervjuer til «I».

3.6 Presentasjon av materiale

Jeg har først valgt å skrive en skisse av handlingen i filmen, for å gi leseren en oversikt og introduksjon til det som skjer. Deretter har jeg valgt ut syv filmsekvenser som presenteres kronologisk etter hverandre, og er strukturert etter første, andre og tredje fortolkningsnivå. I forkant av filmsekvensene har jeg skrevet en liten innledning for å gi leseren forståelse av hvor vi er i filmen, hvor fysioterapeuten og Siri befinner seg i forhold til hverandre, og hva som har skjedd rett i forkant av at sekvensen starter. Noe av datamaterialet er gjengitt som direkte transkripsjon og noe som empirinært referat. Det skal komme tydelig frem hva som er hva. I tredje fortolkningsnivå presenterer jeg teoretiske temaer som er analysert ut fra hver enkelt filmsekvens. Flere av temaene går igjen flere ganger eller overlapper hverandre, så alle temaene blir diskutert i et felles diskusjonskapittel etter at resultatene er presentert.

3.7 Analyse

Jeg har tatt utgangspunkt i en tematisk analyse basert på Johannessen et al. (2018) og tretrinnsmodellen for analyse av observasjonsdata fra Fangen (2010). Tematisk analyse er en fleksibel fremgangsmåte for hvordan man kan gå frem for å finne noe interessant i

datamaterialet (Johannessen et al., 2018). Det er en fremgangsmåte som kan brukes alene eller sammen med andre fremgangsmåter eller teorier. Fremgangsmåten som skisseres av Johannessen et al. (2018), er å starte med forberedelse der man får oversikt over datamaterialet, deretter kode og kategorisere materialet.

Jeg så gjennom filmen i sin helhet flere ganger, samt hørte gjennom og transkriberte intervjuene for å få en helhetsoversikt over materialet. Jeg skrev en grovtranskripsjon av hele filmen med oversikt over hva som skjedde når, samt mine refleksjoner mens jeg så filmen og spørsmål og tanker jeg satt igjen med i etterkant. Den andre gangen jeg så gjennom filmen, skrev jeg en ny grovtranskripsjon, men denne gangen med mer fokus på å velge sekvenser jeg ville snakke med deltagerne om i intervjuene. Jeg skrev også en kort sammenfatning av filmen med egne ord. Etter det har jeg sett filmen, både i helhet og deler, flere ganger. Jeg har også skrevet en lang og detaljer sammenfatning til eget bruk og for oversikt over handlingen, i tillegg til skissen over filmen som presenteres i resultat-kapitlet.

Etter hvert valgte jeg ut seks filmsekvenser på mellom et halvt til to minutter som vekte min interesse og nysgjerrighet, og som jeg syntes representerte noe viktig som kunne bidra til å belyse problemstillingen, og som til sammen representerte helheten i undersøkelsen.

Underveis i analyseprosessen ble den ene sekvensen delt i to, og en annen sekvens erstattet med en jeg syntes var mer interessant og relevant. Til slutt endte jeg med syv filmsekvenser. Jeg startet med å transkribere filmsekvensene, som Fangen (2010) beskriver som en gjengivelse av datamaterialet med begreper deltakerne selv bruker, eller begreper som ligger nært inntil det de selv bruker. Jeg har forsøkt å «*gjengi virkeligheten slik den fremtrer*» for deltagerne (s. 209) og for å gi leseren mulighet til å se for seg hva som skjer. I andre fortolkningsnivå har jeg forsøkt å skrive en såkalt «tykk beskrivelse» av handlingen der jeg bruker både erfaringsnære og mer erfaringsfjerne begreper (Fangen, 2010). Her har jeg også inkludert mine fortolkninger av hva som skjer.

Med utgangspunkt i andre fortolkningsnivå, plukket jeg ut tema jeg ville diskutere videre i tredje fortolkningsnivå. Jeg har gått mye frem og tilbake mellom de tre ulike fortolkningsnivåene, og sammenhengene mellom alle sekvensene og filmen som helhet for å finne relevante temaer. I tredje fortolkningsnivå skal datamaterialet heves til et høyere

abstraksjonsnivå og diskuteres i lys av teori. Her kan jeg se på datamaterialet med et kritisk blikk og for eksempel lete etter skjulte maktstrukturer, og se grundigere på deltagerne handlinger (Fangen, 2010). I tredje fortolkningsnivå valgte jeg å inkludere utdrag fra intervjuene og skrive frem sammenhengen med andre filmsekvenser, for å skape helhet og en bredere forståelse av det som skjer i sekvensen.

Jeg lagde en oversikt over alle temaene jeg hadde plukket ut, fant sammenhenger mellom temaene og så at flere gikk igjen og at noen overlappet hverandre. Jeg kategoriserte så alle temaene inn i tre ulike kategorier jeg syntes de passet innunder. Disse tre kategoriene er de samme som er temaene for diskusjonen.

3.8 Forskningsetiske overveielser

For å drøfte etikk har jeg tatt utgangspunkt i Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsfag og humaniora (NESH) (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsfag og humaniora, 2021). Før oppstart av prosjektet sendte jeg prosjektbeskrivelse og informasjonsskriv til NSD (Norsk senter for forskningsdata) og fikk godkjenning for å starte opp. Deltakerne i prosjektet fikk tilsendt informasjonsskriv som inneholdt grundig informasjon om prosjektet og innhenting, oppbevaring og sletting av data. De fikk også informasjon om at de kunne trekke seg når som helst uten at det ville få noen konsekvenser. Jeg presiserte særlig ovenfor Siri at deltakelse ikke hadde noen innvirkning på behandlingsforløpet hennes, og at behandlingen ikke ble berørt dersom hun skulle trekke seg. For å begrense mengden av personinformasjon som skulle lagres, tok jeg opp samtykke på film og lydopptak. I videoen vises deltakernes ansikter og det egentlige navnet til Siri sies høyt. Videoen er tatt opp på sikker måte og lagret sikkert etter UiTs retningslinjer. Deltakerne er aidentifisert i teksten, slik at de ikke skal kunne gjenkjennes. Eventuelle opplysninger som kan føre til at deltakerne kan identifiseres, er utelatt. Hensynet til etterprøvbarhet må veies opp mot hensynet til sikkerhet når det gjelder oppbevaring og sletting av datamaterialet. Sensorene må ha mulighet til å etterprøve innholdet i oppgaven og må kunne se videoen og høre lydopptakene fra intervjuene hvis de har behov for det, derfor skal alt lagres til sensuren er falt. Deretter skal både lydopptak og video slettes.

Siden prosjektet handler om sykdom og helse, er det en del sensitiv informasjon om Siri som kommer frem. Det har vært viktig for meg å behandle denne informasjonen med respekt, og verken innhente eller gjengi mer enn nødvendig for å besvare prosjektets forskningsspørsmål. Jeg anser Siri som den mest sårbare deltakeren, siden det er hun som deler sensitiv informasjon om seg selv. Det var derfor viktig for meg å la henne få komme til orde gjennom intervjuet, slik at hun kunne kommentere det vi så i filmen og eventuelt motsi eller nyansere noen av mine oppfatninger. Før intervjuet minnet jeg henne på at hun kunne trekke seg når som helst. Fysioterapeuten kan også risikere å bli mer avslørt enn hun ønsker, så det var også viktig at hennes faglige perspektiver fikk komme frem i intervjuet.

Det kan tenkes at det var belastende for Siri å delta, fordi hun utleverte så mye informasjon om seg selv på video. Samtidig var timen som ble filmet en del av hennes psykomotoriske behandling, så innholdet ville nok i stor grad vært det samme uavhengig om den ble filmet eller ei og deltakelse påvirker ikke behandlingsforløpet hennes på noen måter. Kvinnehelse er et tema som er svært lite forsket på i sammenheng med psykomotorisk fysioterapi, så jeg anser dette som et nyttig faglig bidrag.

4 Resultat og diskusjon

4.1 Skisse av filmen

Siri er ei dame på rundt 30 år. Hun er henvist til fysioterapi fra gynekolog, på grunn av smerter ved samleie. Hun og fysioterapeuten har ikke møtt hverandre før, men de har snakket på telefon for å avtale time og deltakelse i dette prosjektet. De sitter på fysioterapeutens kontor, på stoler vendt delvis mot hverandre. Undersøkelsen starter med en innledende samtale som varer i omtrent 30 minutter. De prater om Siris helseproblemer og liv for øvrig. Siri går rett på sak og starter med å fortelle at hun har smerter ved samleie. Hun forteller om smertefulle og traumatiske undersøkelser hos gynekolog og at hun har opplevd en voldtekt. Gjennom hele samtalen sitter Siri med armene og bena i kryss foran kroppen.

Etter at de har snakket i omtrent 20 minutter, retter fysioterapeuten oppmerksomheten mot hva Siri kjenner fra kroppen sin der hun sitter, noe som er vanskelig for Siri å svare på.

I løpet av undersøkelsen er de innom stående stilling, sittende på krakk, langsittende på benk og ryggliggende på benk. Fysioterapeuten tar Siri tilbake til stående stilling to ganger underveis i undersøkelsen, når de skifter fra en utgangsposisjon til en annen.

Etter at de har holdt på litt i ryggliggende, og undersøkelsen totalt sett har vart i litt over 60 minutter, sier fysioterapeuten at de skal avslutte og ber Siri sette seg opp. Fysioterapeuten ber Siri sammenligne hva hun kjenner fra kroppen med hva hun kjente i starten av undersøkelsen, og gjør dette både sittende på benk og i stående. Fysioterapeuten kommer med en oppsummering av hva hun har sett gjennom undersøkelsen og litt om hva hun tenker videre. Fysioterapeuten forklarer hvorfor hun tror Siri har de plagene hun har, og at det henger sammen med spenninger i bekkenet og resten av kroppen. Hun snakker om at Siri er på alerten hele tiden, og at dette er noe de kan jobbe med. Siri nikker bekreftende mens fysioterapeuten snakker. De avslutter med å avtale ny time.

4.1.1 Temporal oversikt over handlingen i filmen

Filmen varer totalt i 1 t. 19. min.

00:00:00	Innledende samtale
00:30:00	Stående
00:37:45	Sittende på krakk
00:54:35	Stående
00:57:50	Langsittende på benk
00:59:12	Ryggliggende
01:07:40	Sittende på benk
01:09:30	Stående
01:11:50	Avsluttende samtale

4.2 Viktige handlingssekvenser

4.2.1 «Det blir som om det er en vegg der»

Første fortolkningsnivå

Fysioterapeuten og Siri har nettopp satt seg ned for å starte undersøkelsen. De sitter på hver sin stol, vendt mot hverandre. Siri sitter med bena i kors og den ene armen over den andre.

F: Da er det jo sånn at du er blitt henvist her til fysioterapi fordi at du har vært i kontakt med en gynekolog, stemmer det? [Siri nikker] Ja, ehh. I henvisninga beskriver gynekologen at du blant annet har en del smerteproblematikk fra bekken og underliv. Så egentlig, så tenker jeg at hvis det går fint, så kunne du ha sagt litt om hva det er du plages med og så spør jeg litt inn til en del ting.

S: [klør seg på halsen] Ja. Nei, jeg nevnte vel over telefon at det er jo litt sånn sammensatt de problemene og smertene nedenfor, da. (Mm) Men, ehh, det er jo tydeligvis noe muskelspenninger der [legger hånda i fanget], for det er vondt å ha samleie og noen ganger går det ikke i det hele tatt. Det blir som om det er en vegg der, liksom. (Mm). Ehh, ja. Å sette inn o.b. kan være vondt, ja. Så jeg bruker mye mer bind enn o.b. for tida. Så er det akkurat som om huden er veldig tynn der, men det går jo mer på andre ting, da. Så. Det er vondt å bare bli tatt på, liksom.

F: Mm [nikker]. Det er sårt i området?

S: Ja. De fant ut at det var eksem, de ene greiene, og så har jeg begynt på behandling for det. Men jeg tror nok også det er noe mer, for det har jo ikke hjulpet på at det fortsatt er vondt på indre kjønnslepper, eller liksom, på ja, innerst, da.

F: Ja. Nå er vi jo liksom litt rett på problematikken din her, (ja, ler litt), så det handler jo om at du er blitt henvist for det. Og så hører jeg du sier at «tydeligvis er det noen muskelspenninger». Er det noe du har kjent, eller er det noe som har blitt tydelig for deg? =

S: =Nei, hun sa det jo hun gynekologen, at det var stramt der. Og gynekologiske undersøkelser er jo helt pyton. Det ble det etter//

F: //Har det alltid vært det?

S: [klør seg på halsen] Nei, det ble det etter den voldtekten jeg var utsatt for.

F: Ja. Det har du med deg i (ja) i ditt, i din historie.

S: Ja. [Legger armene i kryss foran magen]

Rett på sak

Andre fortolkningsnivå

Fysioterapeuten starter anamnesen med å fortelle litt om hva som står i henvisningen, og ber Siri utdype. På den måten lar hun Siri få ordet, men legger opp til at hun skal snakke om plagene sine. Siri velger å starte med å si at det er sammensatt, og at det «tydeligvis er noen muskelspenninger der». Fysioterapeuten stiller spørsmål som oppfordrer Siri til å fortelle mer om seg selv og plagene sine. Siri kommer raskt inn på svært intime detaljer om underliv og voldtekt. Hun har en litt distansert og objektiviserende måte å snakke om plagene og kroppen sin på. Det kan virke som om fysioterapeuten også legger merke til dette, siden hun ber Siri

presisere om muskelspenningene er noe hun har kjent selv. Siri klør seg litt på halsen et par ganger, noe som kan tolkes som at hun synes noe er vanskelig eller ubehagelig.

Hvordan vi opptrer overfor hverandre og oss selv

Tredje fortolkningsnivå

Normer for oppførsel i møte med helsevesenet

I intervjuet med fysioterapeuten, sa hun dette om sekvensen over

hun går veldig rett på og forteller om mange ting som er både intimt og nært og vanskelige erfaringer som hun har med seg, som overgrep og den biten. Det med overgrep synes jeg ikke er så vanlig at folk er rett på, men at de snakker rett på i forhold til plagene fra underlivet er ikke så uvanlig i min praksis, fordi at veldig mange kommer jo henvist for plager med det, og har jo vært møtt med det når de tidligere har vært i kontakt med gynekolog eller gastrokirurg.

Thornquist (2009) skriver at det er den profesjonelle som bestemmer hvilke temaer som følges opp og dermed hvilken informasjon som anses relevant eller ikke. Når vi møter et nytt menneske, er det viktig for oss å bli tatt på alvor og bli oppfattet sånn som vi ønsker å fremstå (Goffman, 1992). Siri har vært på mange medisinske og gynekologiske undersøkelser, og det kan tenkes at hun har en forhåndsoppfatning av hva som er relevant informasjon, og at hun må levere denne informasjonen for å fremstå som en «god» pasient som blir tatt på alvor. Og at det også gjelder i møte med fysioterapeuten.

Åpen/lukket

Gjennom hele samtalen sitter Siri med beina og armene i kryss foran kroppen. Da vi så et utdrag fra en litt senere sekvens i anamnesen sammen, sa fysioterapeuten

F: (...) Men jeg ser jo at hun beskytter seg kroppslig mens hun snakker, i det vi ser her da.

I: Hva er det du ser kroppslig som forteller deg at hun beskytter seg?

F: Det er jo hele hennes, sånn som vi ser henne nå på det bildet du har fryst på 20 minutter, med beina i kryss og det varierer på om armene er helt i kryss foran henne eller om hun tar den ene armen opp. Det er litt vanskelig å se det, men det er som om hun kikker litt ut av vinduet, kikker litt bort fra det hele.

Young (2005) mener at den lukkede kroppsførselen til kvinner kan ses på som en beskyttelse mot objektivisering og fysisk invadering. Samtidig kan vi også se på det som en måte for å håndtere eller kontrollere vanskelige følelser (Bunkan et al., 1995; Thornquist & Bunkan, 1995).

Objekt/subjekt

Da jeg intervjuet Siri, spurte jeg henne hvilke forventninger hun hadde til den psykomotoriske undersøkelsen. Hun svarte at hun «*trodde vi bare skulle jobbe med bekkenbunnen og underlivet*» og at hun ble overrasket over undersøkelsen. Hun hadde snakket med ei venninne som hadde vært hos psykomotorisk fysioterapeut, så hun hadde likevel en idé om hva det gikk ut på og at hun sannsynligvis ikke kom til å bli undersøkt i underlivet. Det gjorde at hun hadde undret seg over «*hvordan de skal få til å få fiksa det da?*».

Siri snakker om muskelspenningene som om de tilhører et objekt, og ikke *henne*. Hun sier ikke *jeg* har tydeligvis noen muskelspenninger, men sier *det* er tydeligvis noen muskelspenninger der. I sitatet ovenfor snakker hun også om hvordan «*de*» skal få fikset «*det*». I hele sekvensen over, snakker hun litt distansert om seg selv og kroppen sin. I det dualistiske medisinske systemet som dominerer dagens helsevesen, blir alles kropper gjort til objekter i jakten på sykdom og «objektive» årsaksforklaringer (Thornquist, 2018; Thornquist & Kirkengen, 2020). Det er dette systemet Siri er vant til å forholde seg til og være pasient innenfor.

Tabu, stigmatisering

Både underlivsplager, seksuelle problemer og seksuelle overgrep regnes av mange som temaer som er tabu og stigmatiserte, se for eksempel Goffman (1968). Gretland (2007) henviser til Kirkengen (2001), når hun skriver at tabuisering er en form for samfunnsmessig maktutøvelse som fører til at tabuiserte temaer forsvinner fra de felles kulturelle temaene og blir ikke-eksisterende. Tabuiserte temaer blir derfor tilhørende en annen virkelighet enn den som er felles i kulturen, og blir dermed noe man ikke kan utveksle erfaringer rundt, slik som man gjør med andre temaer (Gretland, 2007). Stigmatisering av personer med tabuiserte erfaringer fører til fortielse og ensomhet (Kirkengen & Næss, 2021) og kan være krevende å håndtere i sosiale situasjoner (Goffman, 1968).

4.2.2 «Hva skal man kjenne?»

Første fortolkningsnivå

Fysioterapeuten og Siri har pratet videre om Siris helseutfordringer og liv for øvrig. Siri sitter fortsatt med ben og armer i kryss foran kroppen. Fysioterapeuten tar, for første gang siden de møttes, initiativ til å rette Siris oppmerksomhet mot hva hun kjenner fra kroppen.

F: Hvordan er liksom kontakten med kroppen din, hvis du skal si, liksom her og nå, der du sitter. Hva kjenner du fra kroppen din?

S: Eehh... [Siri løfter begge øyenbrynene og ser overrasket ut. Begge ler]

F: Litt rart spørsmål? =

S: = Ja, nei... [rister litt på hodet] Jeg vet ikke. Hva skal man kjenne [ler litt]?

F: Hvis du skal prøve å beskrive det du kjenner, hva er det du registrerer når du kjenner etter i kroppen din? =

S: = Jeg kjenner hjertet dunker, da [ler og ser litt ut vinduet] =

F: = Hjertet dunker, ja. Ja. Det er kanskje ikke så rart (nei, ler litt). Du er hos en fremmed person, ikke sant, og snakker om ting som er vanskelig [Siri beveger hodet litt fra side til side, ser ut vinduet, det ser ikke ut som hun vedkjenner seg helt at det er vanskelig]. Er det noe du kjenner igjen, som bruker å være hos deg, at du får litt hjerte som dunker, eller, i andre sammenhenger? =

S: = Ja. Joda [ser ut vinduet]. (Ja) [F nikker] Eh, ja.

F: Så det kjenner du, at hjertet ditt slår?

S: Ja.

Uklare forventninger

Andre fortolkningsnivå

Når fysioterapeuten retter oppmerksomheten mot hva Siri kjenner fra kroppen, blir Siri usikker, nølende og stotrende. Dette står i ganske skarp kontrast til det vi har sett til nå i filmen, der Siri har fortalt åpent, tydelig og oversiktlig om intime plager. Det virker som om hun blir satt ut av det åpne spørsmålet fra fysioterapeuten, og ikke vet verken hva hun skal kjenne, eller hva hun skal svare. Fysioterapeuten definerer Siris hjertebank som en emosjonell reaksjon som kommer av at de snakker om vanskelige tema, mens Siri ser ut som om hun ikke nødvendigvis er enig i at det er så vanskelig som fysioterapeuten skal ha det til.

Å utfordres til å erfare kroppen

Tredje fortolkningsnivå

Normer for oppførsel i møte med helsevesenet

Da jeg og Siri hadde sett denne sekvensen sammen, kommenterte jeg at hun kikket litt ut av vinduet og spurte om det var noe hun syntes var vanskelig med å skulle kjenne etter i kroppen.

P: (...) Ja, det var sikkert vertfall det at jeg prøvde å tenke og «er det noe her?», men det kan også være det at jeg ble litt stressa over at jeg ikke kjente noe til å begynne med, og «shit, hva er det jeg ikke får til her nå?».

Jeg og fysioterapeuten så også denne sekvensen sammen, og hun syntes også det skjedde et tydelig skifte i Siri, «*fra det å prate om til å kjenne*». Hun mente at Siri kanskje ble usikker på hva fysioterapeuten var ute etter, og at det ikke var så rart, siden «*det er første møtet med meg, og det er første gangen man kanskje har jobbet med noe som handlet om det å etter hvert kjenne etter*». Fysioterapeuten mente at mange pasienter har vanskelig for å sette ord på hva de kjenner, og at det er «*en kunnskap som mange pasienter lærer i behandlingen*» og at det også gjaldt for Siri.

Som beskrevet i teorikapitlet, forsøker psykomotorisk fysioterapi å overskride den tradisjonelle kropp-sinn-dualismen, og forholder seg til kroppen som bærer av erfaring (Thornquist & Bunkan, 1995). Til tross for mye erfaring som pasient i spesialisthelsetjenesten, er dette sannsynligvis første gang Siri blir stilt et så åpent spørsmål om hva hun kjenner fra kroppen. Det kan tenkes at det blir veldig usikkert for henne hva som er innenfor og ikke, fordi denne måten å tilnærme seg kroppen er ny for henne. Hun står i fare for å tape ansikt, som Goffman (1992) skriver, ved å ikke ha et tydelig svar på fysioterapeutens spørsmål og dermed ikke fremstå like sikker og tydelig som hun har gitt inntrykk av verbalt til nå.

Objekt/subjekt

Siri sa også i intervjuet, at hun aldri hadde tenkt over hva som foregikk i kroppen, bortsett fra der det var vondt.

Leder (1990) skriver at når kroppen vår fungerer godt, er den sjelden noe vi reflekterer over eller legger merke til. Den bare er der, og gjør at vi kan holde på med det vi liker. Når det oppstår smerter eller dysfunksjon, derimot, kan kroppen bli tilstedeværende for oss på en

negativ måte og oppleves som noe som står i veien for at vi kan leve det livet vi ønsker. På den måten kan det skapes en distanse mellom kroppen og selvet, og smerten blir noe som beskrives som «det» i stedet for «jeg». I noen tilfeller blir det så vanskelig å forholde seg til denne kroppen som ikke fungerer, at oppmerksomheten dras ut av kroppen og over mot alt mulig annet i stedet (Leder, 1990).

Når fysioterapeuten spør hva Siri kjenner fra kroppen, spør hun samtidig etter Siris subjektive erfaringer fra kroppen. I Merleau-Ponty (2013) sitt språk, kan vi si at fysioterapeuten ber Siri om å *være* kroppen og å fortelle hva hun erfarer der. Det er en kvalitativ forskjell på å snakke *om* kroppen og å snakke *fra* kroppen. Når vi snakker *om* kroppen, snakker vi om den som et objekt, en ting, mens når vi snakker *fra* kroppen, snakker vi som et erfarende subjekt.

4.2.3 Bekkenbunnen

Første fortolkningsnivå

Siri sitter på krakk.

F: Hvordan opplever du, hvis vi legger den her over fanget ditt? [legger Siris genser over fanget hennes] Sånn, for eksempel. [Siri legger armene i fanget, oppå genseren] Kjennes det lettere å slippe bena dine nå? [rigger litt på Siris venstre kne. Siri ser ned i fanget] Hvis du tenker at du skal liksom øve på å slippe bena dine litt ut (ja, kanskje litt) [Siri klør seg på halsen]. La de få lov til å hvile [rigger litt på Siris kne igjen]

S: [klør seg på halsen] ja, kanskje litt.

F: [flytter seg så hun blir sittende rett ovenfor Siri] Kanskje litt. Mm. Hvis du trekker bena dine sammen [trekker lårene helt inntil hverandre. Siri trekker også lårene helt inntil hverandre]. Kjenner du hva som skjer her i magen? [tar begge hendene til den nederste delen av magen]

S: [tar hendene sine til den nederste delen av magen] Det blir jo stramt på innsiden av lårene og litte grann [stryker hendene helt nederst på magen] =

F: = Ja. (ja) Kjenner du om du spenner også innover, i bekkenbunnen?

S: [nikker] Ja, jeg tror, vertfall på innsiden av blæra eller ((de snakker i munnen på hverandre))

F: Ja. Det føles som om noe spenner. Hva skjer hvis du lar bena dine [slipper knærne fra hverandre] =

S: = [slipper knærne litt fra hverandre] da slipper det.

F: Hvor slipper det hen da?

S: Nei, jeg kjente at det slapp her, liksom [beveger hendene foran nedre del av mage og lysker] (ja) og hele veien [beveger hendene langs innsiden av lårene] også på innsiden av lårene

F: Ja, i hoftene//

S: //ja, og i hoftene

Kontakt med bekkenbunnen

Andre fortolkningsnivå

Siri kjenner mye mer enn i forrige sekvens og kan kjenne at muskulatur både spenner og slipper. Fysioterapeuten legger gensen i fanget til Siri, noe som kan tolkes som at det er for å skape trygghet og beskyttelse for Siri, for å sjekke om det gjør det lettere for henne å slippe bena fra hverandre. Det kan virke som om fysioterapeuten vil undersøke om det er sammenheng mellom sittestilling og spenningstilstand i bekkenbunnen, og om Siri eventuelt kan kjenne denne sammenhengen. Hun sjekker ut om Siri har kontakt med bekkenbunnen og hvordan den kontakten eventuelt er. Siri har litt vanskelig for å finne ordene for å beskrive det hun kjenner. Når fysioterapeuten beveger på Siris knær, klør Siri seg på halsen, noe som er nærliggende å tolke som at hun synes det er ubehagelig.

Nærme seg med forsiktighet og respekt

Tredje fortolkningsnivå

Åpen/lukket

Fysioterapeuten sa i intervjuet at hun var ute etter «*det å også koble bekkenbunnen på som en del av det å kjenne hvordan spenninger en plass faktisk kanskje påvirker spenninger et annet sted også*». Hun ville undersøke om Siri hadde kontakt med bekkenbunnen og hjelpe henne til å erfare at spenninger i nedre del av magen kan «*trigge spenninger innover*». Da hun reflekterte over hvorfor hun valgte å tematisere bekkenbunnen akkurat når hun gjorde det, kom hun frem til at det kunne ha sammenheng med at å tilnærme seg bekkenbunnen kan føles utrygt og skummelt for pasienten.

Hun er blitt tildekt der nede, at det ikke er den skumleste situasjonen. Hun ser meg, hun sitter, at det ikke er den skumleste stillingen å bli spurt om det, kontra hvis man ligger og skal ligge på benk for eksempel.

Hun baserte vurderingen om at det kunne være skummelt både på at Siri har vært utsatt for overgrep, og at

[H]ele hennes uttrykk når man ser henne går jo mot å lukke det området. Trekke bekkenet, eller halen, litt under seg, samle bena, holde armene foran brystet, ikke sant. Hele det går jo på å lukke det området som jeg tenker en eller flere ganger har vært ute av hennes kontroll.

Thornquist (2009) skriver at helsepersonell må vise spesiell aktsomhet overfor personer som har opplevd seksuelle overgrep, og særlig når det gjelder berøring. Dette er fordi personer som har opplevd overgrep har en særegen beredskap når det kommer til berøring og i verste fall kan «reviktimiseres» (Thornquist, 2009). Reviktimisering skjer når en person som allerede har blitt krenket, blir krenket igjen (Kirkengen & Næss, 2021). Når fysioterapeuten lar Siri få en genser i fanget før hun spør om bekkenbunnen, kan det virke som om hun prøver å gi henne beskyttelse før hun utfordrer henne til å åpne gjennom å slippe bena litt fra hverandre. Siri kjenner at muskelspenningene slipper når hun slipper bena fra hverandre.

Objekt/subjekt

Siri kjenner mye mer og svarer mye tydeligere enn et vi så i forrige sekvens, selv om hun fortsatt har litt vanskelig for å finne ord og begreper for det hun kjenner. Samtidig snakker hun om hva hun kjenner og hvor i kroppen hun kjenner det. Når hun forteller om sine subjektive erfaringer, er hun deltakende i undersøkelsen som et tilstedeværende subjekt, og ikke en ting hun snakker om.

4.2.4 «Nå må jeg passe meg»

Første fortolkningsnivå

Denne sekvensen starter der den forrige sluttet.

F: Hvis vi tar den bort [tar vekk gensen fra Siris fang]. Hva kjenner du da? Hva skjer da i det området her [beveger den ene hånda foran magen og hoftene]

S: [klør seg på halsen] Nei, jeg vet ikke, det er som om det, nå må jeg passe meg [ler litt]

F: Nå må du passe deg. Ja. Sant.

S: Jeg vet ikke [klør seg fortsatt på halsen]

F: Ja. Kjenner du at det, at du får lyst til å//

S: // Ja, det er akkurat som at det [tar hånda fra halsen til nederst på magen] //

F: // lukker//

S: // det blir litt sånn, får lyst til å [tar lårene mot hverandre] knipe igjen.

F: Ikke sant. Ja. For hvis du kniper igjen, hva skjer da? Hvordan kjennes det? =

S: = Nei, det blir jo anspent igjen da. =

F: = Ja, men hvordan kjennes det? Kjennes det tryggere å knipe til? =

S: = Ja.

F: Det gjør det. (ja) Så når vi har den på [legger genseren i fanget til Siri], er det da lettere å kunne la bena få lov til å//

S: // Ja, det er beskyttelse, liksom [ler litt]

F: Mm. Ja. Er det nytt for deg?

S: Ja, det har jeg ikke tenkt over.

F: Nei (nei).

Det blir utrygt

Andre fortolkningsnivå

Fysioterapeuten utfordrer Siri og tar vekk genseren igjen. Hun tolker økningen i Siris muskelspenninger og stillingsendring som utrygghet og dermed som en emosjonell reaksjon; hun er interessert i både *hva* som skjer og *hvorfor*. De utvikler en felles forståelse som Siri er enig i. Siri klør seg på halsen og ler litt, noe som kan tolkes som et uttrykk for at det er ubehagelig for henne når genseren blir tatt vekk. Hun svarer tydelig på fysioterapeutens spørsmål, og kjenner godt at det blir utrygt og at hun vil knipe igjen. Når Siris beskyttende lag mellom seg selv og verden blir tatt bort, må hun skape trygghet selv gjennom å aktivere muskulatur og beskytte underlivet med å samle bena.

Å beskytte seg med kroppen

Tredje fortolkningsnivå

Lukket/åpen

Jeg og fysioterapeuten så denne sekvensen sammen:

(...) Hun holder jo fremdeles, selv om genseren er på. Jeg ønsker jo kanskje at hun skal erfare at det er lettere når det er sånn, men det er ikke så lett med den heller, sant. Og det er mye forlangt, på en måte, at hun virkelig skal kjenne at da slipper det helt. Og det er noe som, det er ikke uvanlig at jeg jobber litt med å, etter hvert så vil det være lettere å kjenne. Og det å kunne bruke sånne redskaper for å hjelpe seg selv da, på jobb la oss si, og føle seg litt mer beskyttet, bruke et skjerf eller et eller annet over, som gjør at det kan være lettere å ikke bli sittende så veldig i det der beskytter, samla, smale, som jo også gjør

noen ting med sirkulasjonen og med mange ting i forhold til å kunne la pusten ha sjans til å kunne flyte mer.

Jeg spurte Siri om hun hadde erfart noe lignende ellers i livet, utenom undersøkelsen. Hun svarte at «*jeg har jo lagt merke til at jeg strammer ved flere anledninger, hvis jeg sitter på bussen eller er på jobb, jeg kan jo sitte og stramme i sofaen også, men da hjelper det å ta på pleddet*».

Siden psykomotorisk fysioterapi ser på kroppen som bærer av erfaring (Merleau-Ponty, 2013), blir det relevant å ikke bare interessere seg for *hva* som skjer (at Siri spenner muskulatur og samler bena), men *hvorfor*. Og *hvorfor* i denne sammenhengen, peker mot hva økningen i muskelspenninger og endring av posisjon kan være et *uttrykk* for (Bunkan et al., 1995; Bunkan et al., 1982; Gretland, 2007; Kirkengen & Næss, 2021; Thornquist & Bunkan, 1995). Noe fysioterapeuten i denne sammenhengen tolker som utrygghet.

4.2.5 Klamme hender og føtter

Første fortolkningsnivå

Siri har nettopp lagt seg på rygg på benken. Hun ligger med bena nært, tærne pekende mot hverandre og hendene samlet på magen.

F: Okei. Hvis du nå, jeg kjenner også at du er litt sånn høy her i ryggen [kjenner med den ene hånda under Siris korsrygg], så hvis du setter bena opp i bøy [fysioterapeuten tar på Siris føtter. Siri ser rett opp i taket] Nå kjenner jeg jo at du er kald på bena. (mm) Ja. Og litt svett på bena (ja, ler litt). Er det noe du plages med, eller (ehh...) liksom kjenner igjen?

S: Ja [Siri ler litt. Fysioterapeuten slipper føttene hennes, legger den ene hånda på Siri sitt kne, vender seg mot Siri og ser på henne] Jeg bruker å bli kald ja. Og noen ganger svett også.

F: Ja. Hvordan har hendene dine det? [kjenner på Siris hender]

S: Nei, klam.

F: Litt klam. [fysioterapeuten slipper Siris hender, men blir stående med den ene hånda på kneet hennes] Hvis du tenker deg at det er et sånt tegn på at det er, ikke belastende, men at det er litt vanskelig (ja). Ja. Kjenner du det?

S: Ehh... Jeg har egentlig ikke tenkt over det, men det er sikkert det, da.

F: Ja. Er det sånn at du har lyst til å av... at vi stopper, eller?

S: Neida [rister på hodet]

F: Sikker?

S: Mm [nikker]

F: Ja. Okei.

Kroppslige reaksjoner

Andre fortolkningsnivå

Fysioterapeuten registrerer ikke bare at Siri er klam på hendene og føttene, men tillegger det mening og emosjonell betydning. Hun forklarer Siri hva hun burde kjenne, og spør deretter om hun kjenner det. Når fysioterapeuten spør Siri om hun vil avslutte, kan det tolkes som om hun mener klamheten er såpass alvorlig at de bør avslutte, eller at det er det eneste «riktige» alternativet. Det kan også tenkes at fysioterapeuten tar Siri sine kroppslige reaksjoner mer på alvor enn Siri gjør selv. Siri, på sin side, har ikke tenkt over at klamme hender og føtter kan være et tegn på at noe er vanskelig, og ønsker ikke å avslutte undersøkelsen. Likevel virker det som om hun har tillit til fysioterapeuten når hun sier at det kan bety at noe er vanskelig.

Kroppen kommuniserer

Tredje fortolkningsnivå

Normer for oppførsel i møte med helsevesenet

Fysioterapeuten legger ordene i munnen på Siri, for hvordan klamheten bør forstås. Det er en normativ måte å legge føringer for hva pasienten burde eller ikke burde kjenne. I enhver relasjon mellom helsepersonell og pasient er det et asymmetrisk maktforhold, der helsepersonellet alltid er den med mest makt (Thornquist, 2009). Denne forskjellen i makt kan gjøre at Siri i større grad godtar det fysioterapeuten sier, enn hun hadde gjort i en mer symmetrisk relasjon. Det kan også gjøre det vanskeligere for Siri å tørre å forstyrre fysioterapeuten med egne behov. I intervjuet lo Siri litt av seg selv da hun hørte seg si «neida, det går fint». «Ja, det er sånn standard. Jeg bruker å gjøre det. Jeg skal ikke være til bry.» Goffman (1992) mener at i sosiale situasjoner ønsker vi ikke å gjøre den andre forlegen eller brydd med å, for eksempel, lage en «scene», eller fravike det som er forventet i for stor grad. Samtidig har fysioterapeuten en ekspertkompetanse som Siri kanskje kan ha nytte av, og har et ansvar for å være profesjonell og bruke kompetansen sin (Thornquist, 2009). Og i den

psykomotoriske kompetansen ligger nettopp å fortolke autonome reaksjoner som kommunikasjon med et følelsesmessig innhold (Thornquist & Bunkan, 1995) som jo er det fysioterapeuten gjør.

Kroppslige uttrykk

Jeg spurte Siri hva hun tenkte om at hun ble klam på hendene.

Nei, det var nå sikkert for at det var litt sånn, jeg var litt nervøs og visste ikke helt hva som var neste liksom, at alt var så nytt. Jeg synes jo det var litt rart at jeg ble klam på hendene. (...) Jeg kan jo se for meg at det er fordi at, ja, hun tar på knærne og sånne ting at, ja, kanskje jeg ikke føler meg så trygg egentlig, men ville jo likevel, nei, det er vanskelig å beskrive.

Jeg spurte fysioterapeuten hvilken sammenheng hun mente Siris kroppslige reaksjoner og grenseoverskridende erfaringer kunne ha med underlivssmertene.

Altså, underlivssmertene i seg selv kan jo være et resultat av spenning i muskulatur, høy stresstimulering i kroppen, som man jo får når man som pasient, eller person, gjør noe man egentlig ikke synes er greit. Da er det er jo veldig ofte en reaksjon i det autonome nervesystemet, i veldig mange systemer i kroppen, men også i muskulatur, som jo kan gi funksjonsproblemer i form at det er vondt når noe skal inn eller noe skal ut. Så både autonomt styrt og viljestyrte systemer og hormonelt styrt systemer i underlivet kan jo også reagere.

Det virker som om det er helt ukjent for Siri at kroppen kan kommunisere noe om hvordan hun har det. Som beskrevet i kapittel 2.1 Psykomotorisk fysioterapi, betraktes det autonome nervesystemet som en funksjonell enhet sammen med psykisk tilstand og muskulatur, og da kan autonome reaksjoner forstås som en indikator på psykisk eller emosjonell tilstand (Bunkan et al., 1995). Det virker som om det er det som er fysioterapeutens utgangspunkt, siden hun er så rask til å spørre om det er noe som er vanskelig for Siri når hun kjenner at hun er klam på hendene og føttene.

Grenser og grensekrenkelser

Da jeg intervjuet fysioterapeuten, snakket vi om en tidligere sekvens i filmen, der hun også kommenterte at Siri var klam på hendene.

(...) i samtalen har hun jo sagt noe om grenseoverskridende erfaringer, og hun lar meg grenseoverskride litt. Altså, for det skjer reaksjoner i det som skjer her, og det er et funn at hun ikke sier «det er ubehagelig» eller «stopp» eller «la være», men at det skjer en reaksjon hos henne selv om hun sier at «det går fint».

Jeg spurte om hun knyttet det opp mot at Siri har opplevd voldtekt.

Et overgrep er definitivt en grenseoverskridelse, men at hun kanskje har utsatt seg for en del ting senere og kanskje fortsetter med det. Og jeg sier kanskje fordi vi er så tidlig i fasen på jobbing at det er et tema som jeg tenker ligger der i bakgrunnen hos meg, og som jeg tenker at det blir viktig å jobbe med hos henne. Kunne stoppe, kunne kjenne, kunne erfare at nå gjør jeg noe som kroppen min sier ifra at ikke er greit. Og det å da kunne stoppe seg eller si ifra eller grensesette, jeg vet ikke hvilket ord man skal bruke på det.

I sekvens 4.2.4 så vi at Siri ble utfordret til å tillegge de kroppslige reaksjonene mening og emosjonell betydning. Nå blir hun også utfordret til å handle på det; nemlig å ta stilling til om hun vil avslutte undersøkelsen. Fysioterapeuten har noen tanker om at Siri lar henne gå over grensene hennes, og vil hjelpe Siri til å kjenne og hevde grensene sine. Når et menneske opplever grensekrenkelser, rammes bildet av verden som trygg og meningsfull (Kirkengen & Næss, 2021). Verden er ikke lenger et trygt sted, og traumatiserte mennesker endrer ofte atferd for å slippe å oppleve grensekrenkelser igjen. Atferdsendringen kan komme til uttrykk på mange ulike måter, blant annet som tillært hjelpeløshet eller at man lar andre overskride grensene sine (Kirkengen & Næss, 2021).

4.2.6 «Det er litt ekkelt»

Første fortolkningsnivå

Denne sekvensen starter der den forrige sluttet.

F: Tenk deg at du, når du bøyer bena dine enda lenger opp, og så løfter du setet litt opp fra underlaget, og så gjør du deg litt lang i ryggen [fysioterapeuten har hendene på Siris hofter, Siri løfter bekkenet opp fra benken, og fysioterapeuten guider henne til å strekke ut korsryggen, før Siri legger seg ned på benken igjen]. Der kom du godt nedi. Så kan du la det ene benet bare få lov til å skli ut [gir Siris ene ben en liten dytt ved kneet, Siri strekker ut benet på benken] og det andre [de gjør det samme med det andre benet. Siri er urolig med blikket, men holder det stort sett festet i taket. Fysioterapeuten rugger det ene benet til Siri fra side til side og kjenner med den ene hånda under Siris korsrygg] Hvordan ble det, kom du mer i kontakt med ryggen der? [fysioterapeuten fortsetter å rugge på Siris ben mens de snakker]

S: Ja, men rumpa ble litt skvisa [ler litt og tar den ene hånda opp til hodet]

F: Rumpa ble litt skvisa. Ja. [fortsetter å rugge på Siris ben] Er det ubehagelig? [tar hånda vekk fra Siris ben og tar et lite skritt tilbake, så hun blir stående å se på Siri]

S: Det er litt ekkelt [ler litt]

F: Det er litt ekkelt. Hvordan kunne du gjort det for at det ikke skulle være ekkelt? =

S: = [løfter seg litt opp fra benken og lager større svai i korsryggen] nei, da ville jeg gjort sånn.

F: Ja. Trakk du deg litt sammen nå? [rugger på Siris ene ben]

S: Ja, jeg ordna vertfall mer bøy her [tar den ene hånda til korsryggen. Ser på fysioterapeuten mens hun snakker, og fester deretter blikket i taket igjen]

Beskytte seg selv

Andre fortolkningsnivå

Fysioterapeuten utfordrer Siri til å innta et annet bevegelsesmønster enn hun har til vanlig. Ved å justere posisjonen hennes, så korsryggen blir liggende flatere mot benken, blir bekkenet og underlivet mer eksponert. Når Siri gir uttrykk for at det er ekkelt, gir fysioterapeuten Siri selv ansvaret for å gjøre det bedre. Hun gir samtidig Siri tillatelse til å ikke følge instruksjonene blindt, men til å ta seg selv og det hun kjenner på alvor. Siri tar grep og endrer seg tilbake til utgangsstillingen, der hun beskytter bekkenet litt mer, men samtidig går tilbake til den vanlige posisjonen med halen trukket litt inn under seg.

Å utfordres til å teste grensene

Tredje fortolkningsnivå

Normer for oppførsel i møte med helsevesenet

I denne sekvensen får Siri også et valg: bli i det ekle eller komme seg unna det. Siri velger det siste. Samtidig opptrer fysioterapeuten normativt også i denne sekvensen. Hun forventer at Siri gjør noe for å komme seg vekk fra det ekle, men hun gir ingen føringer for hva hun forventer at Siri skal gjøre. Det er et mye mindre element av forstyrrelser og «scene» (Goffman, 1992) ved å gjøre en liten endring i posisjonen, sammenlignet med å avbryte hele undersøkelsen. Det kan tenkes at det gjør det enklere for Siri å ta grep når grepet ikke er så drastisk.

Lukket/åpen

I intervjuet med fysioterapeuten var hun opptatt av at Siri trakk seg sammen.

Det er jo en ressurs på en måte, at hun ivaretar seg. Men jeg ser jo samtidig at måten hun ivaretar seg er å trekke seg litt mer sammen. Ikke trekke seg sammen, men hun vipper bekkenet på en måte, litt sånn at hun ikke ligger så eksponert, tenker jeg. Det gjør noen ting med, hun går litt mer inn mot innadrotasjon og vipper bekkenet. Det å bli lang og strekke henne ut, hvor bekkenet vipper mer frem, det opplevde hun jo ikke som okei.

Fysioterapeuten var opptatt av at hele Siris bevegelsesmønster gikk mot å *lukke* kroppen rundt bekkenet, og at hun var kommet til henne fordi hun har problemer med funksjoner knyttet til å

åpne, som samleie og toalettbesøk. Jeg tolker det som at Siri har behov for å beskytte seg, og dermed lukke seg, fordi det er skummelt å åpne kroppen.

4.2.7 «Er det for at det skal være enkelt for meg, at du sier det?»

Første fortolkningsnivå

Denne sekvensen starter der den forrige sluttet

F: Nettopp. Er det sånn at du vil ha noe under hodet ditt der, eller ligger du greit?

S: [flytter på håret og legger hendene på magen igjen etterpå] Nei, det går fint.

F: Det går greit. Er det for at det skal være enkelt for meg at du sier det? [begge ler litt mens fysioterapeuten snakker, Siri ser på fysioterapeuten] Eller ville det vært bedre om du//

S: // [ler litt] Ja, det hadde det sikkert [ser opp i taket igjen]

F: ((Sier noe utydelig)) Ja, skal vi prøve og se? [henter ei pute og legger under Siris hode] Hvis vi gjør sånn. (mm) Hvordan ble det?

S: Det ble bedre, ja.

F: Det ble bedre. Hva var det som ble bedre da?

S: Nei [tar den ene hånda opp til halsen] anspenheten bak i nakken ((sier noe utydelig)) mindre anspent [ser litt på fysioterapeuten mens hun snakker, men holder stort sett blikket rett opp i taket]

F: Ja. Mm. Tror du at du har lyst til å ha noe over deg når du ligger?

S: Ja... [ser kort på fysioterapeuten] Kanskje det. [ser opp i taket igjen]

F: Ja? Du kjenner at det kunne vært godt å ha noe over deg?

S: Ja.

F: Da har vi bare et sånt tynt laken, men jeg legger det over deg, så kjenner du på hvordan det kjennes og hva som skjer når du får noe over deg. [legger lakenet over Siri og pakker det rundt henne] Hvordan var det?

S: Ehh... Kanskje bittelitt mindre. Altså, at jeg kunne slappe av litt, kanskje [holder blikket i taket mens hun snakker]

F: Ja. Det er litt av det samme som du kjente da du satt på krakken (mm) [Siri ser kort på fysioterapeuten], at når du dekker deg til, så er det lettere å slippe (mm). Ja. Så hos deg, så er det litt sånn at du er ikke helt trygg på om det er trygt der ute (tydeligvis ikke, ler litt). For da skjer det noen ting i kroppen din.

Utfordres og oppfordres til å ta egne behov på alvor

Andre fortolkningsnivå

Fysioterapeuten ufarliggjør det å skulle ta imot puta ved å spøke med om Siri takker nei for å gjøre det enkelt for henne. Samtidig tar hun Siri på kornet, siden det nettopp er det som er årsaken til at hun sier «det går greit». Når hun da spør om hun vil ha noe over seg, tør Siri å svare ja med en gang. Hun er litt nølende, så fysioterapeuten ber henne om å være tydeligere før hun legger lakenet over henne. Siri slapper bedre av med lakenet over seg, og det tolker fysioterapeuten som et tegn på at hun føler seg tryggere og ikke trenger å beskytte seg muskulært like mye. Siri kjenner også selv at hun slapper bedre av. Siri ser i taket under store deler av sekvensen. Det er nærliggende å tolke det som et tegn på at det er noe hun synes er vanskelig, og at hun kanskje vender seg litt bort og vekk.

Fra objekt for undersøkelse til deltagende subjekt

Tredje fortolkningsnivå

Normer for oppførsel i møte med helsevesenet

Jeg og Siri så sekvensen sammen, og snakket litt om det med puta:

I: (...) Du flirte litt da du hørte deg selv si at du ikke trengte puta.

P: Ja ja, jeg vil jo ikke være til bry for noen, vet du (ler). Så, ja.

I: Hun tar deg jo litt på kornet her, når hun spør deg om det er for å gjøre det enkelt for henne at du ikke vil ha pute.

P: (ler) ja, det var jo det da. Jeg innser at det hadde jo en viss virkning da, med tanke på at det ble jo stivt i nakken hvis jeg ikke hadde puta, eller, anspent i nakken.

I: Ja, så du kjente at det at du ikke ville være til bry på et vis førte til spenninger da?

P: Ja, det gjorde jo på en måte det, da.

Fysioterapeuten setter på en måte Siri i en liten knipe, når hun spør om det er for å gjøre det enkelt for henne, at hun takker nei. Hun vet nok egentlig at det er nettopp det som skjer, noe Siri også bekrefter i intervjuet. Samtidig kan det kanskje føles godt for Siri, fordi det betyr at hun blir sett. Fysioterapeuten ber Siri presisere hva hun mener og spør opp igjen og utfordrer

henne til å uttrykke seg tydelig. På en måte kan det forstås som at hun ber om Siris samtykke, samtidig som hun også utfordrer Siri til å være tydelig og konkret.

Trygghet og beskyttelse

Da jeg intervjuet Siri startet jeg med å spørre hvilken del av undersøkelsen hun husket best. Det var da hun fikk lakenet over seg. «*Det var nå det at man følte seg litt tryggere og på en måte fikk sluppet av litt mer, at det var på en måte som et skjold, eller beskyttelse, jeg vet ikke.*»

Erkjenne og agere på egne behov

Fysioterapeuten utfordrer Siri til å erkjenne og agere på egne behov. Jeg tenker at å erkjenne egne behov er å ta seg selv på alvor. I Siris tilfelle kan vi også snakke om å «ta seg selv tilbake» fordi hun har opplevd at andre ikke har tatt henne på alvor og at de dermed har krenket grensene og integriteten hennes. Å erkjenne egne behov har også sammenheng med å stå opp for seg selv og tørre å ta plass, både kroppslig og på andre måter, samt å hevde grensene sine.

Fra objekt til subjekt

Denne sekvensen kan også ses som at Siri er i ferd med å bevege seg fra å betrakte seg selv som et objekt, til at hun begynner å få kontakt med seg selv som subjekt. Siri begynner å ta sine egne behov på alvor og klarer, med litt oppmuntring, å gi beskjed om hva hun ønsker og trenger.

4.3 Diskusjon

4.3.1 Rollen som pasient

Rollen som kvinnelig pasient i lys av kultur og historie

Siri har vært på mange medisinske undersøkelser, og jeg får inntrykk av at hun har god trening i å snakke om underlivsproblemene sine med helsepersonell. Hun har imidlertid aldri vært hos psykomotorisk fysioterapeut før. Når fokuset i undersøkelsen endrer seg fra å snakke til å gjøre, skjer det et skifte i Siri. Hun blir usikker, nølende og stotrende og kunne selv fortelle at hun ble stresset og lurte på hva hun ikke fikk til. Fysioterapeuten er opptatt av Siris behov, grenser og reaksjoner, men Siri svarer store deler av tiden at «det går fint» og sa i

intervjuet at hun ikke ville være til bry. Likevel skjer det en utvikling gjennom undersøkelsen; Siri går fra å ikke gi uttrykk for ønsker og behov, til å kunne forklare mer tydelig hva hun kjenner.

I følge Goffman (1992) spiller vi roller i ethvert sosialt møte. Hvordan et menneske fremstår, kler seg og ter seg påvirker hvordan personen blir møtt av andre i sosiale sammenhenger, og mye står på spill, særlig i det første møtet. Goffman (1992) skriver at i sosiale situasjoner forholder vi oss til en fasade som i stor grad er forhåndsdefinert gjennom historie og kultur. Fasade er uttrykksmidler som bevisst eller ubevisst tas i bruk av den som «spiller ut» en rolle. Det gjelder alt fra omgivelser, utseende, bekledning, væremåter, osv. Man velger seg stort sett en fasade som passer til rollen, det er sjelden noe man skaper selv (Goffman, 1992).

Som nevnt i teorikapitlet om kvinnehelse, fikk kvinners underlivsplager mye medisinsk fokus rundt århundreskiftet fra 18- til 1900-tallet. Mange leger mente at underlivsplager var årsaken til kvinners psykiske lidelser og hysteriske atferd. Plagene ble i mange tilfeller behandlet på svært inngripende måter, med fjerning av organer eller veldig intim behandling i underlivet (Johannisson, 1996). Når kvinner oppsøker helsevesenet med smerter som ikke er «synlige», er det mange som opplever å ikke bli tatt på alvor (Grace & Mac-Bride Stewart, 2007; Savidge et al., 1998). I tillegg har, som nevnt i innledningen, en ny NOU om kvinnehelse slått fast at kvinners helse og lidelse har for lav status i helsevesenet (NOU 2023: 5). Johannisson (1996) mente også at måten kvinnelidelser ble behandlet på, var med på å skape «*normer og grenser for tillatt kvinneadferd*» (s. 195). Slik jeg ser det, kan måten kvinnelidelser er blitt sett på og behandlet gjennom historien, og hvordan det fortsatt blir behandlet, ha ført til at kvinner i vår tid er redde for å bli betraktet som hysteriske, ustabile og å ikke bli trodd når de møter helsevesenet for å få hjelp med underlivsplagene sine.

Siris plager er i tillegg stigmatiserte. I følge Goffman (1968), oppstår et stigma når det ikke er samsvar mellom en persons tilsynelatende sosiale identitet og den faktiske sosiale identiteten. Det vil si når noe ved personen avviker fra det vi kollektivt forventer ut fra hvilken gruppe eller «stereotypi» personen tilhører. Stigmaet kan være synlig eller skjult. I følge Goffman (1968) har personer med skjult stigma et stort behov for å kontrollere informasjonen om dem selv, fordi de ikke vet hvordan opplysningen om stigmaet vil bli mottatt av det han kaller «de

normale». I den innledende samtalen forteller Siri åpent og rasjonelt om plagene og erfaringene sine. Hun svarer på alle spørsmål fra fysioterapeuten og gir flere opplysninger uoppfordret. Hun er høflig, imøtekommende, forholder seg rolig og er samarbeidene hele tiden. Tatt i betraktning det historiske bakteppet og stigmatiseringen angående kvinners underlivsplager, er det kanskje ekstra viktig for Siri å kontrollere informasjonen om henne selv, for å fremstille seg selv slik at hun skal bli «godtatt» og tatt på alvor av fysioterapeuten. For å sikre dette, kan det være hensiktsmessig å fremstå fornuftig og rasjonell. Videre skal vi ser at det også kan være en tillært atferd i møte med helsevesenet. Det kan også være en måte å skape avstand til plagene på, noe som diskuteres nærmere i kapitlet om Kroppen som objekt og subjekt.

En god pasient

I følge Thornquist (2009) er det en asymmetrisk maktbalanse i ethvert møte mellom helsepersonell og pasient, der maktens favør går i retning av helsepersonellet. Det er helsepersonellet som definerer hva som er relevant eller irrelevant informasjon, og som sitter med ekspertkompetansen som pasienten trenger (Thornquist, 2009). På den måten kan helsepersonell være med på å «oppdra» pasientene til hvordan de skal oppføre seg, ved å styre hvilken informasjon som er relevant og hvilken atferd som godtas. Siri forteller om gode, dårlige og retraumatiserende opplevelser i møte med gynekologer, og særlig om negative opplevelser der hun har fått skjenn eller opplevd undersøkelsen som et overgrep. Jeg tenker at Siri gjennom erfaring og tilbakemeldinger fra helsepersonell over flere år, har lært seg hvordan hun bør opptre som pasient på medisinske undersøkelser.

I følge Goffman (1992) ligger det i menneskets natur å ville være omgjengelig, bli godtatt og anerkjent av andre, i tillegg til at vi ikke vil gjøre den andre forlegen. Bourdieu (1999) skriver også om hvor viktig og livsnødvendig sosial anerkjennelse er for oss som mennesker. Tatt i betraktning den asymmetriske maktbalansen og at pasienten er avhengig av helsepersonellet for å få hjelp, tenker jeg at det vil lønne seg for Siri å fremstå som en rasjonell og fornuftig kvinne uten for mye følelser, og at hun villig stiller kroppen sin til disposisjon for å få gjort undersøkelser. Hun har i tillegg opplevd å få negative tilbakemeldinger når hun ikke har klart å slappe av eller vært tilgjengelig for medisinske undersøkelser som forventet, noe som har en sterk «oppdragende» funksjon.

Gjennom hele undersøkelsen ser vi at Siri beskytter seg kroppslig i en eller annen grad. Kanskje gjør rollen som pasient og forventningene til den, at hun går over grensene sine og forteller mer om seg selv enn hun er komfortabel med og derfor har et behov for å beskytte seg. Eventuelt at hun er mer emosjonelt berørt av erfaringene sine enn hun ønsker å vise, og derfor lukker kroppen for å holde følelsene tilbake. Fordi det ikke «passer seg» å vise for mange følelser i en undersøkelse, og for en kvinne som oppsøker helsevesenet for «usynlige» underlivsplager.

Slår fasaden sprekker?

Når Siri og fysioterapeuten er ferdige med den innledende samtalen, begynner fysioterapeuten å rette Siris oppmerksomhet mot hva hun kjenner fra kroppen. Dette er første gang fysioterapeuten stiller spørsmål Siri ikke klarer å svare tydelig på, og hun blir stresset og usikker. I overgangen fra samtalen til kroppsundersøkelsen, kan det virke som om Siri mister den tillærte fasaden sin som en god pasient som kan svare på alle spørsmål. Det kan virke som om fasaden er i ferd med å slå sprekker. Goffman (1992) skriver at det alltid vil være opplysninger eller forhold om en person som ikke må komme frem i den aktuelle situasjonen, fordi det vil så tvil om inntrykket vedkommende har forsøkt å skape av seg selv. Det kan inkludere både ikke-verbale handlinger og bevisste uttalelser som vedkommende ikke er klar over rekkevidden av. Han mener det krever «dramaturgisk disiplin» å holde sine egentlige følelser tilbake, og bare vise de som er passende for rollen (Goffman, 1992). Det kommer frem i både filmen og intervjuene at Siri ikke lenger vet hva som er forventet av henne når fokuset dreies fra samtale til psykomotorisk kroppsundersøkelse. Dermed vet hun kanskje heller ikke hva rollen som pasient egentlig innebærer lenger, og kan i mindre grad nyttiggjøre seg av erfaringene hun har tillært seg tidligere, og får kanskje også vanskeligheter med å holde følelsene sine tilbake, eller holde kontroll på seg selv i like stor grad som tidligere.

Rollen som pasient i en psykomotorisk undersøkelse

Både legen og fysioterapeuten har pasientens kropp som sitt hovedanliggende, så det er ikke urimelig om pasienten forventer at den psykomotoriske fysioterapeuten skal forholde seg til kroppen på en lignende måte som leger gjør og at undersøkelsen skal foregå sånn noenlunde likt, eller vertfall gjenkjennbart. Fra intervjuet vet vi også at det var det som var Siris forventninger. Som beskrevet i innledningen og kapitlet om teoretiske perspektiver, er en

psykomotorisk undersøkelse veldig annerledes enn en medisinsk. Fordi psykomotorisk fysioterapi tilhører en annen vitenskapsfilosofisk grunnlagstenkning⁸, kan det tenkes at fysioterapeuten noen ganger må «lære» pasienter som har vært mye i kontakt med leger, hvordan de kan opptre som pasienter i psykomotorisk undersøkelse og behandling.

Thornquist (2009) skriver at den som trenger hjelp i stor grad vil tilpasse seg den som har kompetansen vedkommende trenger. Fordi relasjonen er asymmetrisk, må den med mest makt gå aktivt inn for å bruke sin posisjon til å stimulere den andres deltakelse. Samtidig må vi ta høyde for at kommunikasjon og handlinger kan ha både tilsiktede og utilsiktede virkninger, og at det ikke alltid blir sånn som en hadde tenkt (Thornquist, 2009). Thornquist (2009) skriver om forskjellen mellom pasientorientert og problemorientert kommunikasjon. I pasientorientert kommunikasjon er man ute etter å forstå pasientens problemer sånn som pasienten opplever de. Altså ikke bare *hva* som gjør at pasienten oppsøker helsepersonell, men også *hvorfor* og hvilke følelser pasienten har rundt symptomene sine. I problemorientert kommunikasjon er man mer opptatt av å forstå sykdommen, symptomene og problemene pasienten oppsøker helsevesenet på grunn av (Thornquist, 2009). Thornquist (2009) er kritisk til å dele kommunikasjonen inn i problemforståelse og personforståelse. Hun mener litteraturen hevder at man kan forstå sykdommen uten å forstå personen, og at det derfor blir uklart hvorfor det i pasientsentrert kommunikasjon også er viktig å forstå personen, foruten et ønske om å gjøre pasienten fornøyd.

I den psykomotoriske tradisjonen står pasientens subjektstatus og samhandling mellom terapeut og pasient sentralt (Thornquist & Gretland, 2003a, 2003b). Kroppslige symptomer betraktes som et uttrykk for ubalanse, spenninger, erfaringer og levd liv, og trenger ikke alltid å ha et fysisk opphav (Bunkan et al., 1995; Bunkan et al., 1982; Thornquist & Bunkan, 1995). For å komme nærmere en årsaksforklaring på pasientens problemer, blir det derfor nødvendig med en stor grad av pasientsentrert kommunikasjon, for nettopp å få kjennskap til pasientens verden og livserfaringer. I denne sammenhengen blir det derfor interessant å se hvordan Siris rolle som pasient utvikler seg fra det jeg allerede har diskutert i kapitlene over.

⁸ Se kapittel 2 om Teoretiske perspektiver.

Det er fysioterapeuten som setter rammen for og strukturerer undersøkelsen. Hun tar initiativ til utgangsstillinger og instruerer Siri til å gjøre forskjellige bevegelser og øvelser.

Fysioterapeuten starter undersøkelsen med å si litt om informasjonen hun har fått i henvisningen, og ber Siri om å fortelle hva hun «plages med». Hun åpner ikke for at Siri kan fortelle fritt hva hun synes er viktig og begrenser samtidig hva hun opplever som relevant informasjon. Fysioterapeuten legger opp til en problemorientert samtale som dreier seg om Siris helseutfordringer og symptomer. Etter hvert kommenterer fysioterapeuten at de gikk «rett på problematikken», selv om det var hun som innledningsvis satt premissene for at det nettopp var den informasjonen hun var ute etter. Når Siri forteller at gynekologiske undersøkelser er «pyton», følger fysioterapeuten opp med å spørre om de alltid har vært det. Her tenker jeg at hun egentlig er ute etter mer informasjon om hvorfor, altså et mer personorientert fokus. Dette kunne hun ha valgt å spørre direkte om, men gjør det ikke.

I den andre sekvensen leder fysioterapeuten undersøkelsen over fra samtale til kropp. Det gjør samtidig at også kommunikasjonen dreies fra problemorientert til personorientert. Når Siri svarer at hun kjenner hjertet som dunker, fortolker fysioterapeuten det som en emosjonell reaksjon og legger på den måten opp til at samtalen skal handle om Siri som person og om hvordan hun har det i øyeblikket. Siri ser imidlertid ikke ut som om hun er enig med fysioterapeuten og gir ikke så mye respons. Fysioterapeuten legger opp til en personorientert samtale, men Siri virker ikke så interessert i det.

I den tredje sekvensen handler samtalen om kroppen og hva Siri merker og fornemmer og virker å være mest problemorientert. I starten av fjerde sekvens skjer det en endring i samtalen, og den dreier seg igjen mer i retning av å være personorientert. Slik som i den andre sekvensen, er det denne gangen også kroppslige reaksjoner som gjør at fysioterapeuten vender samtalen over mot hva Siri opplever og hvordan hun har det. Fysioterapeuten fortolker reaksjonene som emosjonelle, noe Siri denne gangen virker å være enig i, selv om hun aldri har tenkt på det på den måten før.

Kommunikasjonen fortsetter å være personorientert i den femte sekvensen. Fysioterapeuten kjenner at Siri er klam på hendene og føttene og legger ordene i munnen på henne ved å først forklare hva hun skal kjenne, for deretter å spørre om hun kjenner det. Siri svarer at hun ikke

har tenkt over det, men at fysioterapeuten sikkert har rett. Ved å stille spørsmålet på den måten, gjør fysioterapeuten det vanskelig for Siri å svare noe annet eller være uenig, og hindrer på den måten Siri fra å delta på egne premisser. Sannsynligvis ønsker fysioterapeuten å bruke sin faglige kompetanse til å hjelpe Siri til å fortolke autonome reaksjoner med et emosjonelt meningsinnhold, men jeg er usikker på om det er det som faktisk skjer. Siri ga i intervjuet uttrykk for en ambivalens rundt å skulle fortolke de autonome reaksjonene som viktig kroppslig kommunikasjon. Kanskje bidrar denne måten å presentere faglige fortolkninger til at Siri i mindre grad får mulighet til å erfare det selv og i sitt eget tempo.

I den sjette sekvensen er det vanskelig å si om kommunikasjonen er problem- eller personorientert. Fysioterapeuten oppfordrer Siri til å endre posisjon, noe som kan tenkes at er problemorientert, fordi det sier noe om hennes kroppslige forhold. Samtidig tenker jeg at fysioterapeuten også er ute etter å løfte Siris stemme og gjøre henne til en selvstendig og deltakende aktør, som ikke nødvendigvis skal finne seg i å være i en posisjon som er ekkel, men gjøre noe aktivt for å endre det. Jeg synes at det problem- og personorienterte blir flettet sammen og ikke kan skilles fra hverandre på samme måte som i tidligere sekvenser.

I den sjuende sekvensen veksler samtalen mellom å være person- og problemorientert. Jeg oppfatter det som at fysioterapeuten prøver å få tak i hva Siri egentlig mener, og at hun ønsker å åpne opp for at Siri ikke trenger å være høflig, men kan ta hensyn til seg selv og sine behov. Siri prøver å ta hensyn til behovene sine, men er litt nølende og usikker. Kanskje er hun fortsatt usikker på om det faktisk er «lov» å ta hensyn til seg selv i en undersøkelse i spesialisthelsetjenesten. Fysioterapeuten gjør henne ansvarlig for det hun sier og ber henne presisere hva hun mener. Når Siri kjenner at hun slapper bedre av med laken, fortolker fysioterapeuten det som en følelse av økt trygghet. Hun trekker tråder til at Siri har opplevd det samme tidligere i undersøkelsen, og gir det på den måten relevans ut over å være en engangsopplevelse, men som noe som gjør seg gjeldende i flere situasjoner og utgangsstillinger.

I de fleste sekvensene synes jeg det er en glidende overgang mellom person- og problemorientert fokus og at kommunikasjonen veksler frem og tilbake hele tiden. Den første og tredje sekvensen er imidlertid etter min mening i hovedsak problemorientert. Når

anamnesen er ferdig, er kroppen hele tiden sentrum og utgangspunkt for hva de holder på med. Fysioterapeuten veksler mellom å være opptatt av kroppslige forhold, som spenning, avspenning og bevegelsesutslag, og personorienterte forhold, som å legge mening til autonome reaksjoner og å fortolke kroppslige uttrykk som emosjonelle og meningsbærende. Siri inviteres til å delta gjennom å fortelle hva hun kjenner og erfarer og etter hvert også til å gi litt slipp på høfligheten, eller det som også kan være en tillært rolle fra tidligere kontakt med helsevesenet. På slutten av undersøkelsen synes jeg det kan være vanskelig å skille mellom person- og problemorientert kommunikasjon, og at det tidvis føles som et kunstig skille fordi det virker som om person og problem er så sammenflettet i hverandre. Thornquist (2009) undrer seg over om det er mulig å forstå problemet uten å forstå personen, og det gjør jeg også. Jeg synes denne undersøkelsen er et godt eksempel på at begge deler tar stor plass i samtalen og oppmerksomheten hos fysioterapeuten.

Jeg har tidligere vært inne på at rollen som pasient i en psykomotorisk undersøkelse er ny og ukjent for Siri. Det er sannsynligvis også nytt for henne å bli møtt med en personorientert kommunikasjon som vi ser i denne undersøkelsen. Kanskje kan utviklingen som går i retning fra problem til person, ses som en måte fysioterapeuten bruker sin fagkompetanse på, for å lede Siri i en retning eller hjelpe henne til å bli oppmerksom på kroppen, kroppens signaler og seg selv på en ny måte samtidig som hun gradvis «åpner opp» den nye pasientrollen. Det er litt varierende i hvilken grad Siri tar imot invitasjonen til denne nye rollen. Hun virker nølende og tilbakeholdt gjennom hele undersøkelsen, men samtidig gir hun i større og større grad uttrykk for behov og at hun kjenner følelser knyttet til kroppen og kroppslige reaksjoner. Fysioterapeuten opptrer normativt ved noen anledninger. Jeg tenker at dette kan være en måte å bruke fagkompetansen på, fordi hun forventer at det er nytt for Siri å forstå kroppslige reaksjoner som meningsbærende. Samtidig kan en slik normativ oppførsel gå for langt og gjøre at fysioterapeuten implisitt definerer noe som «riktig» og noe som «galt» og forhindre Siri fra å få muligheten til selv å trekke sammenhenger mellom reaksjoner og følelser.

Hvordan kommunikasjonen forløper er viktig, fordi det har stor betydning for hvilken informasjon som kommer frem og dermed for hvilken plan de kan legge for videre behandling (Thornquist, 2009). Hvis kommunikasjonen bare hadde vært problemorientert, slik som i anamnesen, hadde verken fysioterapeuten eller Siri fått informasjonen om at Siri ikke føler

seg trygg med mindre hun har noe over seg, og derfor er anspent store deler av tiden. Hvis jeg skal fortsette å skille mellom på person og problem, kan vi si at muskelspenningene er en del av problemet, mens årsaken bak spenningene er en del av personen. Og dermed lar det seg ikke gjøre å skille allikevel.

4.3.2 Lukke og åpne kroppen

Den lukkede kvinnekroppen

Siris kroppsuttrykk fremstår lukket gjennom mesteparten av filmen. Hun starter med å sitte med armene og bena i kryss foran kroppen mens hun snakker. I kroppsundersøkelsen utfordrer fysioterapeuten henne til å åpne litt mer. Hun slipper ikke muskelspenningene, men tester hvordan det er å åpne seg litt mer. Hun får klamme hender og føtter underveis i undersøkelsen, noe som tyder på ubehag eller emosjonelle reaksjoner. I fjerde sekvens kommer det frem at hun lukker kroppen for beskyttelse, og at hun føler seg tryggere når hun får et teppe eller en genser mellom seg selv og verden. Hun er kommet til psykomotorisk fysioterapeut fordi hun opplever at vagina lukker seg ufrivillig ved forsøk på samleie⁹, i tillegg til at hun har smerter i underlivet. Det kommer også frem at hun har problemer og smerter knyttet til avføring, som også handler om å åpne.

Hafsahl (2000) er en psykomotorisk fysioterapeut som har skrevet om sine erfaringer med å jobbe med kvinner som har vært utsatt for incest¹⁰. Han beskriver et lukket bevegelsesmønster hos sine kvinnelige pasienter; de trekker halen under seg, holder bena samlet og armene foran kroppen. Denne beskrivelsen kan vi kjenne igjen fra hvordan Siri fremstår, særlig i starten av undersøkelsen. Som nevnt tidligere, mente Young (2005) at det smale feminine bevegelsesmønsteret kunne være en beskyttelse mot inntrenging og objektivisering. For å holde kroppsuttrykket smalt og lukket, kreves det aktiv, men ikke nødvendigvis bevisst, bruk av muskulatur. Dette kjenner Siri selv, særlig i fjerde og sjuende sekvens. Thornquist (2009) skriver at det er en «*utbredt erkjennelse*» at følelser uttrykkes gjennom kroppen, men at det er

⁹ Dette kalles vaginisme.

¹⁰ Siri er ikke utsatt for incest, men jeg tenker at det allikevel er en del som er overførbart til hennes situasjon.

mindre erkjent at vi også bruker kroppen til å regulere følelser (s. 212). I psykomotorisk fysioterapi er et av grunnprinsippene at muskulære spenninger kan være et forsvar mot vanskelige følelser, og dermed brukes til å regulere eller kontrollere følelser og følelsesuttrykk (Bunkan et al., 1995; Thornquist & Bunkan, 1995). Hvilke følelser Siri prøver å regulere, vet vi ikke så mye om. Som drøftet i forrige kapittel om rollen som pasient, kan det handle om å fremstå som fornuftig og rasjonell. Men det kan også tenkes at det kan ha sammenheng med at hun har opplevd grensekrenkelser flere ganger og er utrygg på hvor grensene hennes går og hva hun kan forvente fra omgivelsene.

Grensekrenkelser og beskyttelse

Hafsahl (2000) erfarer at de kvinnelige pasientene han behandler, er opptatt av å være flinke og gjøre som de får beskjed om, og at de setter sine egne behov og grenser til side. Han mener det muligens kan skyldes at mange lever med en bevisst eller ubevisst frykt for gjentakelse av overgrepene, og er veldig utrygge i møte med andre mennesker. Traumatiske hendelser, særlig seksuelle overgrep, påvirker hvordan en person oppfører seg, bruker, forholder seg til og opplever kroppen i etterkant (Gretland, 2007; Kirkengen & Næss, 2021). Bourdieu (1999) skriver om hvordan symbolsk makt inkorporeres kroppslig hos den makten blir utøvet over. Han mener at all makt også er symbolsk og at symbolsk makt ikke henvender seg til det kognitive, men til praktiske kroppslige skjemaer. Dette gjør at de aller fleste av oss inkorporerer maktstrukturer i vår kroppslige habitus uten at vi er klar over det, og også uten at vi egentlig ønsker det (Bourdieu, 1999). Habitus er et produkt av vår historie og er det som *«sikrer den aktive tilstedeværelse af fortidige erfaringer»* (Bourdieu, 2007, s. 94). Den habitus som leves ut i nåtid, er et resultat av en fortid. Omstendighetene som skapte habitusen slik den leves ut i dag, er som regel glemt, fordi de er omgjort til praktiske disposisjoner og kommer til uttrykk gjennom våre vaner og væremåter (Bourdieu, 2007). Bourdieu (1990) beskriver kroppen som en sosial representasjon. Den sosiale makt er avhengig av at de som *«underkaster seg»*, anerkjenner den samme måten å betrakte og verdsette kroppen og dens uttrykk på, som de som utøver makten (Bourdieu, 1990).

Dette forstår jeg som at selv om vi ikke er enige med maktutøverne, så inkorporerer vi allikevel deres syn og måte å behandle oss på i vår egen habitus, sånn at vi fortsetter å behandle oss selv på samme måte som maktutøverne har gjort. Det er på mange måter

sammenfallende med det Kirkengen og Næss (2021) skriver om at personer som har opplevd grensekrenkelsers endrer atferd for å unngå flere krenkelsers, men at atferden kan komme til uttrykk gjennom at de fortsetter å la grensene sine bli krenket. Både Hafsaahl (2000), Young (2005), Kirkengen og Næss (2021) og Piran (2017) skriver om kvinner som har et behov for å beskytte seg. Enten fordi de har vært utsatt for krenkelsers og er redd for gjentakelse, eller fordi de har vært, eller er, utsatt for samfunnets objektivisering av kvinner og kvinnekroppen. Piran (2017) fant at kvinner som har vært utsatt for trakassering eller grensekrenkelsers fikk et problematisk forhold til kroppen og at alle aspekter ved deres forhold til kroppslighet ble påvirket. Positive følelsers knyttet til kroppen ble erstattet av negative, som for eksempel frykt og skam. Følelsen av generell utrygghet blir også nevnt som viktig, fordi det ikke bare påvirker forholdet til kroppen og kroppsligheten, men også om kvinnene kan bevege seg fritt i samfunnet og tørre å ta plass og hevde seg. Trygghet for å ikke bli utsatt for fysiske grensekrenkelsers var en forutsetning for å kunne engasjere seg fysisk i verden. Uavhengig av om de har opplevd seksuelle grensekrenkelsers, erfarer mange kvinner at de må passe seg når de er ute i verden, fordi det ikke alltid er trygt å være kvinne (Piran, 2017).

I tillegg til å være kvinne, står Siri overfor flere ulike maktstrukturer, blant annet minnet om overgrepet og overgriperen og møtet med helsepersonell. Alle krever at hun på et eller annet vis «underkaster» seg og følger spillereglene. I møte med helsevesenet kan det også være helt nødvendig, og i hennes egen interesse, for å få gjort viktige undersøkelser, som oppfølging av celleforandringer på livmorhalsen, som er noe Siri har gått gjennom. Det kan se ut som om Siri har utviklet et forsvar mot krenkelse og objektivisering gjennom å fysisk lukke kroppen, slik at det er vanskelig å komme forbi hennes fysiske grenser. Samtidig er det samme forsvaret til hinder for at hun skal kunne fungere slik hun ønsker, og for eksempel åpne kroppen for å ha samleie med kjæresten. Det kan tyde på at hun har lukket kroppen i alle sammenhenger, og har liten evne til å nyansere når det er nødvendig å lukke og når hun kan åpne. I filmen ser vi også at det kan virke som om Siri noen ganger slipper fysioterapeuten lengre forbi forsvaret enn hun egentlig er komfortabel med. Det er en slags dobbelthet i dette; Siri signaliserer med det kroppslige uttrykket at kroppen er lukket og setter på den måten en tydelig grense, samtidig som hun kanskje ikke er bevisst på hvor grensene hennes går, og

dermed lar fysioterapeuten overskride grensene sine, jf. avsnittet over om paradoksal atferd hos mennesker som har opplevd krenkelser.

Vaginisme som grenseforsvar

van der Velde og Everaerd (2001) mener at det er en sammenheng mellom en følelse av trussel (threat) og ufrivillige sammentrekninger av bekkenbunnsmuskulaturen, basert på en eksperimentell studie med måling av muskelaktiviteten i bekkenbunnen mens kvinner ble utsatt for ulike filmklipp. Kvinnene som ble intervjuet av Boge-Olsnes et al. (2022b) beskrev også at stramhet og spenninger i bekkenbunnsmuskulaturen opplevdes som en respons på fare eller trussel. Kvinner som hadde vært utsatt for seksuelt misbruk, beskrev særlig ufrivillige sammentrekninger av vagina som et forsvar mot inntrenging (Boge-Olsnes et al., 2022b). Anna Luise Kirkengen har gjennom sin forskning kommet frem til at sanseerfaringer her og nå, som ligner på det opprinnelige overgrepet eller misbruket, ikke umiddelbart kan skilles fra hverandre. For den det gjelder, blir det en sammenblanding av fortid og nåtid i reell opplevelse (Kirkengen, 2000; Kirkengen & Næss, 2021). Minner om integritetskrenkelser lagres på en annen måte enn vanlig hukommelse, og kan forbli uintegrert i den kognitive hukommelsen. Det innebærer at minnene lagres i sansene og dermed ikke umiddelbart er tilgjengelig for kognitiv behandling eller forståelse (Kirkengen & Næss, 2021). Kirkengen og Næss (2021) skriver at alt som minner om overgrepet eller krenkelsen kan skape reaksjoner.

Hvis det er sånn at ufrivillige muskelsammentrekninger i vagina kan ses på som en respons på trussel eller fare, og det er vanskelig å skille opplevelsen her og nå fra tidligere overgrep, i tillegg til dårlig nyansering av når hun lukker og åpner kroppen, er det kanskje ikke så rart at Siris vagina lukker seg fullstendig ved forsøk på samleie. I forrige delkapittel diskuterte jeg hvordan det kanskje er uklart for henne hvor grensene hennes egentlig går, og at forsvaret mot krenkelse kan komme til uttrykk gjennom å fortsette å la seg krenke. Da kan det hende at det tryggeste for kroppen er å stenge vagina fullstendig, fordi det blir for utfordrende å skulle forholde seg til hva hun vil eller ikke vil og hvor grensene hennes egentlig går. Kroppen har på et vis satt opp det ultimate grenseforsvaret for henne og passer på at hun ikke blir krenket igjen. Samtidig tenker jeg at dette kan skape en følelse av avmakt, fordi hun ønsker å ha samleie med kjæresten sin, men så går det ikke, fordi vagina lukker seg uten at hun vil det.

Eie sine egne grenser og seksualitet

Gjennom hele undersøkelsen forsøker fysioterapeuten å få tak i Siris ønsker og behov. Hun har en antakelse om at det kan være skummelt å nærme seg bekkenbunnen, så hun gir henne beskyttelse i form av en genser i fanget, før hun tar det opp. Hun tilpasser også tidspunktet for når hun velger å ta det opp, og nevner det når Siri sitter oppreist, i stedet for når hun ligger ubeskyttet på benken. Fysioterapeuten legger til rette for å gi Siri trygghet og kontroll, samtidig som hun også utfordrer henne og kanskje lar det gå litt langt noen ganger.

Almås og Benestad (2004b) skriver at personer som har opplevd seksuelle traumer, ofte har problemer med å finne tilbake til sin egen seksualitet og at mange opplever at deres oppgave er å tilfredsstille den andre. Studier har også funnet at unge kvinner har en tendens til å gjennomføre samleie selv om de har vondt, fordi de prioriterer partnerens nytelse fremfor seg selv og sitt eget behov for å unngå smerter (Elmerstig et al., 2013; Myrtveit-Stensrud et al., 2023). For å i det hele tatt kunne kjenne på egen seksualitet, må den overgrepsutsatte ha en *«opplevelse av rett til egne grenser og mulighet for å erkjenne og definere egne følelser»* (Almås & Benestad, 2004a, s. 2). Som kvinne er det ingen forutsetning å føle en rett til egne grenser i utgangspunktet, og særlig ikke hvis det fysiske domenet har blitt krenket (Piran, 2017). Piran (2017) beskriver hvordan mange kvinner har problemer med å ta eierskap til egen seksualitet og lyst. Hun mener det skyldes flere faktorer, blant annet seksuelle grensekrenkelser, objektivisering av kvinnekroppen og kvinnelig seksualitet, og manglende validering av kvinnelig seksualitet, både i skolevesenet og i kulturen. Manglende eierskap til egen seksualitet og seksuell lyst kan ha negativ innflytelse på følelsen av kroppslighet og kroppslig frihet. Som en positiv motsetning har hun funnet at eierskap og frihet i forhold til egen seksualitet og lyst har svært positiv innflytelse på kroppslighet og evne til handlingskraft og deltakelse.

I starten av undersøkelsen var det nytt for Siri at hun følte seg utrygg, og at kroppen kunne kommunisere noe om hvordan hun hadde det. Mot slutten av undersøkelsen, er hun tydeligere når fysioterapeuten spør om hun vil ha noe over seg, og sier med en gang at det føles som beskyttelse. Det skjer altså en utvikling hos henne gjennom undersøkelsen, der hun går mer i retning av å få kontakt med egne følelser og behov. Samtidig beskrev Siri dette som motsetningsfylt i intervjuet. Hodet og kroppen var ikke helt enige om hvilke behov hun

egentlig hadde, og hun hadde vanskelig for å tro at det virkelig var så krevende for henne som det den kroppslige kommunikasjonen, ifølge fysioterapeuten, ga inntrykk av. Uansett tenker jeg at ut fra diskusjonen over, så er de på vei i en positiv og spennende retning for Siri. Hvis trygghet, kontakt med følelser og behov er en forutsetning for at hun skal kunne åpne kroppen, og dermed også underlivet, så har de funnet ut noe viktig allerede i det første møtet.

4.3.3 Kroppen som objekt og subjekt

Kvinnekroppen som objekt

I første sekvens snakker Siri om underlivssmertene sine som at «det er tydeligvis noen muskelspenninger der» og ikke «jeg har tydeligvis noen muskelspenninger». Hun lurte også på hvordan «de» skal få fikset «det» når behandlingen ikke bare skal foregå i underlivet. Empirien tyder på at Siri i starten av undersøkelsen betrakter seg selv som et objekt som skal bli undersøkt og behandlet av helsepersonell og at hun blir veldig usikker når fysioterapeuten begynner å spørre etter hennes subjektive opplevelser og erfaringer fra kroppen. Som tidligere nevnt, var Merleau-Ponty (2013) opptatt av at vi både *er* og *har* kropp og at vi lever i kroppen som objekt og subjekt samtidig. Vi er aldri bare det ene eller det andre, men kan alltid betrakte og bli betraktet eller berøre og bli berørt samtidig (Merleau-Ponty, 2013).

Både Beauvoir (2000) og Young (2005) mente at kvinner har blitt objektivisert gjennom historien, og selv har inkorporert denne objektiviseringen gjennom kroppslige væremåter. Piran (2017) skriver at et gjennomgående funn i hennes materiale, er at kvinners forhold til kroppslighet endrer seg veldig når de kommer i puberteten og kroppene deres blir et objekt for andres blikk. Om kvinnene møter objektiviseringen med motstand, eller gir etter og objektiviserer seg selv har, ifølge Piran (2017), avgjørende betydning for forholdet til kroppslighet og muligheter for deltakelse i samfunnet senere i livet.

Den plagsomme kroppen

Når kroppen fungerer godt, er den stort sett fraværende fra vår bevissthet og sjelden noe vi tenker særlig over (Leder, 1990). Leder (1990) mener at kroppens evne til å gjøre seg selv umerkbar er helt nødvendig for at vi skal kunne rette oppmerksomheten vår utover mot verden og det vi holder på med, i stedet for å bli distrauert av det som foregår i kroppen. Det gjør at kroppen stort sett er ubevisst eller ureflektert til stede for oss. Det er kun med basis i

habituelle væremåter vi kan leve i verden med ureflekterte eller ubevisste kunnskaper og handlinger. Når det oppstår smerte, problemer og dysfunksjon kan ikke lenger kroppen tas for gitt. Ved en opplevelse av smerte, dreies hele oppmerksomheten mot det smertefulle stedet og det blir svært vanskelig å ta fokus vekk derfra. I følge Leder (1990) er det ingen andre sensoriske stimuli som kan gi en like sterk ufrivillig endring i oppmerksomhet. Han beskriver smerten som en voldsom kraft som tar over hele organismen. Smerte forstyrrer intensjonaliteten og gjør at kroppen ikke lenger er stedet intensjonaliteten kommer *fra*, men blir det intensjonaliteten rettes *mot*; i stedet for at intensjonaliteten går fra kroppen til verden, gjør smerten at den går fra kroppen tilbake til kroppen (Leder, 1990).

En annen konsekvens av smerte, er at man går fra å dele en opplevelse med en annen person, til å bli alene i smerten som det bare er en selv som kan kjenne (Leder, 1990). I følge Leder (1990) oppleves behagelige sensasjoner ofte som å komme fra verden og nytelse og glede deles gjerne med andre, i motsetning til smerte som kun kommer fra ens egen kropp og bare rammer en selv. Evnen til bevegelse blir også veldig ofte redusert som følge av smerte, og det vi pleide å gjøre tidligere er ikke lenger mulig eller oppnåelig. Smerte holder oss her og nå og begrenser mulighetene for å reise fremover eller bakover i tid (Leder, 1990). Jeg forstår dette som at smerte snevrer inn hele vår verden og begrenser evnen til intensjonalitet og deltakelse.

Relasjonen til kroppen endres også. Den smertefulle delen, i noen tilfeller hele kroppen, blir ukjent og fremmed. Leder (1990) mener at så snart kroppen blir et objekt for vår bevissthet, skapes det samtidig en avstand mellom kroppen og selvet. I stedet for at kroppen er den jeg *er*, blir kroppen noe jeg *har*. Opplevelse av smerte tar det enda lenger, og gjør kroppen til en fremmed ting. Kroppen kan ikke lengre representere selvet, og det skapes dermed en avstand mellom kroppen og selvet. Denne distansen kan komme som et direkte resultat av smerten, eller det kan oppstå som en måte å tilpasse seg eller håndtere smerten på. Hvis den smertefulle kroppen eller kroppsdelene separeres fra selvet, kan det gjøre det enklere å håndtere det massive bruddet med ens identitet som kan oppstå som følge av smerte (Leder, 1990). Zeiler (2010) mener at det ikke er all smerte eller dysfunksjon som påvirker oss i like stor grad, men at det kommer an på intensiteten. Ifølge henne kan vi være prereflektivt bevisst et ubehag uten at det forstyrrer vår intensjonalitet eller begrenser verken handlingsrommet

eller forholdet mellom kropp og selv. Jo mer smerten øker i intensitet, jo mer blir vi påvirket og til syvende og sist absorbert (Zeiler, 2010).

Siri snakker litt distansert om kroppen og plagene sine når hun helt i starten sier at det er vondt å ha samleie, og at det noen ganger ikke går i det hele tatt, fordi det er «*som om det er en vegg der*». Jeg synes det virker som om kroppen oppleves fremmed og ukjent for henne. Den står i veien for henne og gjør at hun ikke får til det hun vil. Det kommer tydelig frem, særlig i starten av undersøkelsen, at hun ikke vet hva hun skal kjenne, kjenner lite og ikke vet hvordan hun skal beskrive det hun kjenner. Hun sier det jo også selv, at hun aldri har tenkt over hva som foregår i kroppen bortsett fra der det er vondt. Det er jo nettopp det som er et av de viktige poengene til Leder (1990) og som han mener har ført til at kroppen har fått et ufortjent dårlig og negativt rykte, fordi vi ofte bare blir bevisst på kroppen når den er plagsom. I tillegg tenker jeg at kroppen har blitt fremmedgjort av gjentatte undersøkelser og et ensidig fokus på den «objektive» kroppen fra helsevesenet, i tillegg til at hun er kvinne og utsatt for seksuelle grensekrenkelser.

Leder (1990) skriver om hva som skjer når en del av kroppen som vanligvis er i bakgrunnen blir smertefull, men i dette tilfellet kommer smerten fra en del av kroppen som er i forgrunnen, en del av kroppen man vil forvente nytelse fra. Det er i tillegg den mest intime og private delen av kroppen, som også er knyttet til stigma, skam og, for Siris del, dårlige og traumatiserende erfaringer. Smerten oppstår også i en relasjonell situasjon der hun og partneren skal dele en felles nytelse, men så ender det opp med smerte og, ifølge Leder (1990), isolasjon og ensomhet. Det er bare hun som kjenner smerten, og den kan ikke deles. Det hyggelige og nære de hadde sett for seg blir avbrutt, eller vertfall forstyrret, av hennes smerte. Kanskje gir det henne en opplevelse at hun ikke strekker til, verken som kjæreste eller kvinne. Leder (1990) skriver om hvordan smerten gjør at det settes i gang en prosess for å unngå smerte og flykte fra den, nesten for enhver pris. Samtidig er det en del forskning som har funnet det motsatte, nemlig at unge kvinner har en tendens til å gjennomføre samleie selv om det er vondt (Elmerstig et al., 2013; Myrtveit-Stensrud et al., 2023). Kanskje gjør det voldsomme bruddet med ens habituelle væremåte at det å utsette seg for smertefull sex kan være en mindre pris å betale, enn å «frata» partneren nytelse og dermed sette parforholdet og egen identitet i fare. Jeg tenker at jo mer smerten rammer identiteten, jo større blir gapet

mellom kroppen og selvet, og jo mer blir kroppen til et objekt separert, eller i verste fall fremmedgjort, fra en selv.

Den innholdsrike og kommunikative kroppen

Det skjer en utvikling gjennom undersøkelsen, der Siri etter hvert begynner å kunne snakke mer *fra* kroppen, enn *om* kroppen. Fysioterapeuten oppfordrer og guider Siri til å legge merke til det hun kjenner, uansett hva det er, og ikke bare det som er smertefullt eller plagsomt. På slutten av undersøkelsen klarer Siri å gi uttrykk for at hun ønsker at fysioterapeuten skal tilrettelegge for henne, så hun blir mer komfortabel. Hun tar altså hensyn til egne behov og tar de på alvor. Slik jeg ser det, utvikler hun seg fra å betrakte kroppen som et objekt, til å begynne å også kunne leve i den og formidle fra den som subjekt. I Boge-Olsnes et al. (2022a) sin forskning, snakket pasientene om at den psykomotoriske behandlingen gjorde de mer oppmerksomme på kroppen fra innsiden. Dette sammenlignes i artikkelen med det fenomenologiske konseptet om kroppen som objekt og subjekt, og er i samsvar med mine funn. Når Siri får mer kontakt med det som skjer inni kroppen, får hun samtidig mer kontakt med den subjektive kroppen. I løpet av undersøkelsen kjenner Siri hvordan hun spenner seg når hun er utrygg, og kan slappe mer av når hun føler seg trygg.

Boge-Olsnes et al. (2022a) fant at det skjedde et viktig skifte hos pasientene når de fikk bedre kontakt med sensasjoner fra kroppen. Pasientene endret oppfatning av seg selv. De gikk fra å oppleve kroppen som negativ, til at den også kunne oppleves som positiv. De forsto smerten og spenningene som responser til livserfaringer og -opplevelser og kunne i større grad la kroppen være styrende for hvilke handlinger og aktiviteter de deltok i, og dermed fikk de bedre kontroll over spenningene og plagene (Boge-Olsnes et al., 2022a). Zeiler (2010) mener at ikke all oppmerksomhet på kroppen skaper en distanse til den. En positiv oppmerksomhet på kroppen som velfungerende kan gi kroppen en positiv tilstedeværelse. Det er også en tilstedeværelse som knytter oss også til her og nå, men på en meningsfull og behagelig måte. Det er mye som tyder på at Siri gjennom undersøkelsen er i ferd med å bli litt mer oppmerksom på hva som skjer på innsiden av kroppen, og at det kanskje på sikt kan gjøre at hun får bedre kontakt med seg selv.

Slik jeg ser det, er Siri i ferd med å utvide perspektivet på kroppen fra at den i første del av undersøkelsen er ukjent, fremmed, plagsom og et objekt for undersøkelse og handling, til at den i større grad utover i undersøkelsen også er bærer av erfaring, reaksjoner og følelser. I et fenomenologisk perspektiv kan det også ses som en endring fra å betrakte kroppen som et objekt, til å i større grad bebo den som et subjekt, og dermed, slik Merleau-Ponty (2013) beskrev det, kunne *være* og *ha* en kropp samtidig.

5 Avslutning

Dette video-opptaket viser tre eksempler på hvilken utvikling som kan skje i en psykomotorisk undersøkelse og hva slags betydning det har for forståelsen av pasientens langvarige bekkensmerter. Mye tyder på at rollen pasienten tildeles og tar i en psykomotorisk undersøkelse er veldig ulik andre kroppslige undersøkelser i spesialisthelsetjenesten.

Helsepersonellens måte å være på, samt det historiske bakteppet for hvordan kvinnehelse har blitt sett på og behandlet, kan ha betydning for hvordan pasienten kan tillate seg å være.

Denne studien kan være et eksempel på at vi som helsepersonell bør være bevisst på hvordan vi «oppdrar» pasientene våre. Ut fra datamaterialet kom jeg frem til at den psykomotoriske fysioterapeuten prøvde å hjelpe Siri til å åpne opp pasientrollen og legge til rette for Siris subjektive deltakelse. Siri virket nølende og litt usikker på om hun kunne ta imot denne invitasjonen, men turte gradvis å slippe seg til. Kommunikasjonen vekslet mellom å være person- og problemorientert, og det var noen ganger vanskelig å skille. Jeg kom frem til at i en psykomotorisk undersøkelse er både problem- og personorientert kommunikasjon svært viktig for å forstå pasientens plager. Det var samtidig en vesensforskjell mellom den problemorienterte anamnesen, og kroppsundersøkelsen som i større grad var basert på samhandling, deltakelse og mye mer personorientert. Personorientert kommunikasjon kan imidlertid være uventet, nytt og kanskje litt skummelt for pasienten. Jeg vil hevde at i psykomotorisk fysioterapi er det umulig å forstå problemet uten å forstå personen, fordi personen både er bærer av problemet og den som lever og erfarer problemet.

Det kom frem at et lukket kroppsuttrykk kan være et uttrykk for mye forskjellig. Det kan være en måte å regulere og holde tilbake følelser, et forsvar mot vanskelige følelser, og en måte å vise en tydelig grense og dermed unngå grensekrenkelser, og kanskje kan ikke disse skilles

fra hverandre. For Siris del kan vaginisme være en forlengelse av denne beskyttelsen, og kan være knyttet opp mot ubevisste følelser av fare eller trussel. Jeg tenker at vaginisme derfor er noe vi som behandlere må tilnærme oss med forsiktighet, og at vi må hjelpe pasienten til å kunne sette grenser eller beskytte seg på andre måter først, før de kan gi slipp på vaginismen. Ut fra mitt datamateriale tenker jeg at vaginisme bør ses i sammenheng med hele kroppsuttrykket, personen og personens erfaringer og levde liv. Jeg tenker også at dette kan gjelde for kvinner som ikke har opplevd seksuelle traumer, og at vi der også må spørre oss hvilken funksjon vaginismen har og hvordan hun ellers er bevisst på og hevder grensene sine.

Det er flere faktorer som kan gjøre kroppen fremmedgjort og til et objekt for Siri; hun er kvinne, utsatt for seksuelle grensekrenkelser, har vært mye i kontakt med et helsevesen som har en tendens til å objektivere kropp og sykdom, og hun har smerte og dysfunksjon. Det er viktig å utforske både den objektive og den subjektive kroppen samtidig, men den subjektive kroppen kan på mange måter være viktigere å få kontakt med enn den objektive. Kanskje er det fordi den objektive kroppen for de fleste allerede er godt kjent, og at de derfor trenger mer hjelp til å kunne få kontakt med og tillegge den subjektive kroppen like stor verdi. Denne studien kan være et eksempel på at det skjer mange ulike utviklingsprosesser parallelt, og at de allerede starter i det første møtet.

6 Referanseliste

- Ahangari, A. (2014). Prevalence of Chronic Pelvic Pain Among Women: An Updated Review. *Pain Physician*, 17(2), E141-E147.
- Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2004a). Behandling av seksuelle problemer hos personer som har opplevd seksuelle traumer. Del 2: Terapeutisk tilnærming. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 41(3), 16.
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2004/03/behandling-av-seksuelle-problemer-hos-personer-som-har-opplevd-seksuelle-traumer>
- Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2004b). Seksuelle problemer hos personer som har opplevd seksuelle traumer. Del 1: Teoretisk bakgrunn. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 41(1), 2-9. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2004/01/seksuelle-problemer-hos-personer-som-har-opplevd-seksuelle-traumer>
- Beauvoir, S. d. (2000). *Det annet kjønn* (B. Christensen, Overs.). Bokklubben dagens bøker.
- Bergem, A. K. (Red.). (2016). *Kroppen i psykoterapi*. Gyldendal akademisk.
- Boge-Olsnes, C. M., Risør, M. B. & Øberg, G. K. (2022a). Chronic pelvic pain sufferers' experiences of Norwegian psychomotor physiotherapy: a qualitative study on an embodied approach to pain. *European Journal of Physiotherapy*, 1-10.
<https://doi.org/10.1080/21679169.2022.2136754>
- Boge-Olsnes, C. M., Risør, M. B. & Øberg, G. K. (2022b). How life events are perceived to link to bodily distress: A qualitative study of women with chronic pelvic pain. *Health Care for Women International*, 1-21. <https://doi.org/10.1080/07399332.2022.2087076>
- Bourdieu, P. (1990). Kroppens sosiale persepsjon [Remarques provisoires sur la perception sociale du corps]. *Sosiologi i dag*, (3), 9.
- Bourdieu, P. (1999). *Meditasjoner* [Méditations pascaliennes] (A. Prieur & E. Ringen, Overs.). Pax.
- Bourdieu, P. (2007). *Den praktiske sans*. Hans Reitzels forl.
- Bryant, C., Cockburn, R., Plante, A. F. & Chia, A. (2016). The psychological profile of women presenting to a multidisciplinary clinic for chronic pelvic pain: high levels of psychological dysfunction and implications for practice. *J Pain Res*, 9, 1049-1056.
<https://doi.org/10.2147/jpr.S115065>
- Bunkan, B. H., Bülow-Hansen, A., Houge, N. H., Hødal, T. & Hansson, H. (1995). *Psykomotorisk behandling : ad modum Braatøy/Bülow-Hansen : kompendium til bruk i forbindelse med kurs*. Pensumtjeneste.
- Bunkan, B. H., Bülow-Hansen, A., Thornquist, E. & Radøy, L. (1982). *Psykomotorisk behandling : festskrift til Aadel Bülow-Hansen*. Universitetsforlaget.
- Danielsen, K. G., Dahl-Michelsen, T., Håkonsen, E. & Haugstad, G. K. (2019). Recovering from provoked vestibulodynia: Experiences from encounters with somatocognitive therapy. *Physiother Theory Pract*, 35(3), 219-228.
<https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1442540>
- Danielsen, K. G., Kaarbø, M. B., Groven, K. S., Helgesen, A. L. O., Haugstad, G. K. & Wojniusz, S. (2023). Towards improved sexual health among women with provoked vestibulodynia: experiences from a somatocognitive therapy approach. *European Journal of Physiotherapy*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/21679169.2023.2168749>
- Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsfag og humaniora. (2021, 16.12.2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsfag og humaniora*. De nasjonale

- forskningsetiske komiteene. Hentet 27.06.22 fra
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Dragesund, T., Nilsen, R. M. & Kvåle, A. (2021). Norwegian Psychomotor Physiotherapy versus Cognitive Patient Education and active physiotherapy-A randomized controlled trial. *Physiother Res Int*, 26(2), e1891. <https://doi.org/10.1002/pri.1891>
- Dragesund, T. & Øien, A. M. (2021). Developing self-care in an interdependent therapeutic relationship: Patients' experiences from Norwegian Psychomotor Physiotherapy. <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1875524>
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2021). Embodied Knowledge – the Phenomenon of Subjective Health Complaints reflected upon by Norwegian Psychomotor Physiotherapy specialists. *Physiotherapy Theory and Practice*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1920073>
- Ekerholt, K. & Gretland, A. (2018). Norwegian psychomotor physiotherapy, a brief introduction. I M. Probst & L. H. Skjærven (Red.), *Physiotherapy in mental health and psychiatry : a scientific and clinical based approach*. Elsevier.
- Elmerstig, E., Wijma, B. & Swahnberg, K. (2013). Prioritizing the partner's enjoyment: a population-based study on young Swedish women with experience of pain during vaginal intercourse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 34(2), 82-89. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2013.793665>
- Engeler, D., Baranowski, A. P., Berghmans, B., Birch, J., Borovicka, J., Cottrell, A. M., Dinis-Oliveira, P., Elneil, S., Hughes, J., Messelink, E. J., Pinto, R. A., Poelgeest, M. L. v., Tidman, V. & de C Williams, A. C. (2023). *EAU Guideline on Chronic Pelvic Pain* (ISBN 978-94-92671-07-3). European Association of Urology. A. EAU Guidelines Office, The Netherlands. . <https://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/#1>
- Engeler, D., Baranowski, A. P., Dinis-Oliveira, P., Elneil, S., Hughes, J., Messelink, E. J., van Ophoven, A. & Williams, A. C. (2013). The 2013 EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain: Is Management of Chronic Pelvic Pain a Habit, a Philosophy, or a Science? 10 Years of Development. *Eur Urol*, 64(3), 431-439. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2013.04.035>
- Fangen, K. (2004). *Deltagende observasjon*. Fagbokforl.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2. utg. utg.). Fagbokforl.
- Flyvbjerg, B. (2010). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative inquiry*, 12(2), 219-245. <https://doi.org/10.1177/1077800405284363>
- Gadamer, H.-G. (2012). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk* (L. Holm-Hansen, Overs.). Pax.
- Goffman, E. (1968). *Stigma : notes on the management of spoiled identity*. Penguin.
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig : en studie i hverdagslivets dramatik* (K. Risvik & K. Risvik, Overs.; Ny utg. utg.). Pax.
- Grace, V. M. & Mac-Bride Stewart, S. (2007). 'Women get this': gendered meanings of chronic pelvic pain. *health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 11(1), 47-67. <https://doi.org/10.1177/1363459307070803>
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Fagbokforl.

- Grossnickle, K. E. H., Wiley, S., Zipple, J. T. & Kegerreis, S. (2019). Experiences of Physical Therapists Working With Women With Chronic Pelvic Pain: A Phenomenological Qualitative Study. *Journal of Women's Health Physical Therapy, Volume 43*(2), 61-72. <https://doi.org/10.1097/JWH.0000000000000119>
- Hafsahl, E. (2000). Behandling av kvinner utsatt for incest. *Fysioterapeuten*, (4).
- Husserl, E. (1982). *Collected works : Vol. 2 Book 1 : Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy General introduction to a pure phenomenology* (Bd. Vol. 2 Book 1). Nijhoff.
- Husserl, E. (1995). *Fenomenologins idé* (J. Bengtsson, Overs.; 2. oppl. utg.). Daidalos.
- Husserl, E. (2004). *Ideas : General Introduction to Pure Phenomenology*. Taylor & Francis Group. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/tromsoub-ebooks/detail.action?docID=1702131>
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforl.
- Johannisson, K. (1996). *Det mørke kontinentet : kvinner, sykkelighet og kulturen rundt århundreskiftet* (M. Lyngar, Overs.). Aventura.
- Jordan, B. & Henderson, A. (1995). Interaction Analysis: Foundations and Practice. *The Journal of the Learning Sciences*, 4(1), 39-103. <http://www.jstor.org/mime.uit.no/stable/1466849>
- Kirkengen, A. L. (2000). Innskrevet i kroppen. *Tidsskrift for Den norske legeförening*.
- Kirkengen, A. L. (2001). *Inscribed bodies: health impact of childhood sexual abuse*. Kluwer.
- Kirkengen, A. L. & Næss, A. B. (2021). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (4. utgave. utg.). Universitetsforlaget.
- Krantz, T. E., Andrews, N., Petersen, T. R., Dunivan, G. C., Montoya, M., Swanson, N., Wenzl, C. K., Zambrano, J. R. & Komesu, Y. M. (2019). Adverse Childhood Experiences Among Gynecology Patients With Chronic Pelvic Pain. *Obstetrics & Gynecology*, 134(5), 1087-1095. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003533>
- Lathe, P., Lathe, M., Say, L., Gülmezoglu, M. & Khan, K. S. (2006). WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health*, 6(1), 177. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-177>
- Leder, D. (1990). *The absent body*. University of Chicago Press.
- Loving, S., Nordling, J., Jaszczak, P. & Thomsen, T. (2012). Does evidence support physiotherapy management of adult female chronic pelvic pain? A systematic review. *Scand J Pain*, 3(2), 70-81. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2011.12.002>
- McGowan, L., Escott, D., Luker, K., Creed, F. & Chew-Graham, C. (2010). Is chronic pelvic pain a comfortable diagnosis for primary care practitioners: a qualitative study. *BMC Fam Pract*, 11(1), 7-7. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-7>
- Merleau-Ponty, M. (2013). *Phenomenology of Perception*. Taylor and Francis. <https://doi.org/10.4324/9780203720714>
- Moore, S. J. & Kennedy, S. H. (2012). *The Initial Management of Chronic Pelvic Pain*. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. R. C. o. O. Gynaecologists. https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_41.pdf
- Myrtveit-Stensrud, L., Haugstad, G. K., Rème, S. E., Schaller, Sidsel L. & Groven, K. S. (2023). "It's all my fault": a qualitative study of how heterosexual couples experience living with vulvodinia. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, n/a(n/a). <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/aogs.14537>

- NOU 2023: 5. (2023). *Den store forskjellen*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-5/id2964854/?ch=1>
- Nygaard, A. S., Stedenfeldt, M., Øian, P. & Haugstad, G. K. (2019). Characteristics of women with chronic pelvic pain referred to physiotherapy treatment after multidisciplinary assessment: a cross-sectional study. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2018-0308>
- Piran, N. (2017). *Journeys of Embodiment at the Intersection of Body and Culture. The Developmental Theory of Embodiment*. Elsevier.
- Savidge, C. J., Slade, P., Stewart, P. & Li, T. C. (1998). Women's perspectives on their experiences of chronic pelvic pain and medical care. *Journal of Health Psychology*, 3(1), 103-116. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/135910539800300108>
- Sviland, R., Martinsen, K. & Råheim, M. (2014). To be held and to hold one's own: narratives of embodied transformation in the treatment of long lasting musculoskeletal problems. *Journal of Medical Health Care and Philosophy*, 17(4), 609-624. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9562-0>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. utg.). Fagbokforl.
- Thornquist, E. & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Pensumtjenesten.
- Thornquist, E. & Gretland, A. (2003a). Kropp, samtale og deltakelse. Del 1. To praksissituasjoner - en sammenligning. *Fysioterapeuten*, (7), 6.
- Thornquist, E. & Gretland, A. (2003b). Kropp, samtale og deltakelse. Del II: En nærstudie. *Fysioterapeuten*, (9), 5.
- Thornquist, E. & Kirkengen, A. L. (2020). *Sammensatte lidelser : et samfunnsspeil* (1. utgave. utg.). Fagbokforlaget.
- van der Velde, J. & Everaerd, W. (2001). The relationship between involuntary pelvic floor muscle activity, muscle awareness and experienced threat in women with and without vaginismus. *Behaviour Research and Therapy*, 39(4), 395-408. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00007-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00007-3)
- Vist, G. E., Hestevik, C. H., Forsetlund, L., Hval, G., Underland, V., Kucuk, B. & Kirkehei, I. (2022). *Forskningskart om behandling av sykdommer hos kvinner*. Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet.
- Vold, A. T. (2013). *Kronisk bekkenmerter, muskelspenninger og selvopplevde helseplager*. I. Universitetet i Tromsø.
- Young, I. M. (2005). *On Female Body Experience : Throwing Like a Girl and Other Essays*. Oxford University Press.
- Zahavi, D. & Martiny, K. M. M. (2019). Phenomenology in nursing studies: New perspectives. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 155-162. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.014>
- Zeiler, K. (2010). A phenomenological analysis of bodily self-awareness in the experience of pain and pleasure: on dys-appearance and eu-appearance. *Med Health Care Philos*, 13(4), 333-342. <https://doi.org/10.1007/s11019-010-9237-4>

Vedlegg 1 – Godkjenning fra NSD



Referansenummer

728238

Vurderingstype

Standard

Dato

20.09.2021

Prosjekttittel

Psykomotorisk undersøkelse av en kvinnelig pasient med kroniske bekkensmerter

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig

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

Student

Torill Marie Jensen, torillmariej@gmail.com, tlf: 99459429

Prosjektperiode

01.09.2021 - 31.12.2023

Kategorier personopplysninger

- Alminnelige
- Særlige

Lovlig grunnlag

- Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)
- Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2023.

Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 30.09.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om seksuelle forhold og helseforhold frem til 31.12.2023.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a. For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20). Vi

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Nettskjema er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentsen

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2 – Informasjonsskriv til pasient

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Psykomotorisk undersøkelse av en kvinne med kroniske bekkensmerter”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan kroniske bekkensmerter kan forstås i lys av en psykomotorisk undersøkelse. I dette skrivet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Kroniske bekkensmerter defineres ofte som smerter i nedre mage, bekken eller underliv som har vart i mer enn 6 måneder. Det er en tilstand som rammer mellom 15-25% av kvinner mellom 15-75 år. Årsaken til smertene kan være vanskelig å avklare og det finnes ofte ingen såkalte «objektive funn» i undersøkelser, blodprøver, røntgen, MR, osv. Mange opplever at de får mangelfull utredning og behandling og sliter med å bli trodd og forstått i møte med helsevesenet.

Det foreligger ingen publisert forskning som omhandler psykomotorisk undersøkelse og behandling for denne pasientgruppen, så derfor er formålet med dette prosjektet å undersøke hvordan kroniske bekkensmerter kan forstås gjennom en psykomotorisk undersøkelse. Jeg håper blant annet å finne mer ut av hvilke syn på kropp, sykdom og smerter som kommer frem og hvilke funn som gjøres relevant i undersøkelsen. Jeg er interessert i hva du som pasient tenker om kropp og smerter, om dette synet endrer seg underveis i undersøkelsen og hvordan du opplever å bli møtt av terapeuten. Siden dette er en tilstand som rammer flest kvinner og mage- og bekkensmerter tradisjonelt har vært et tabu og lite forstått område innen kvinnehelse, kan det også være interessant å se nærmere på om, og i så fall hvilken, betydning det har at du er kvinne.

Dette er et mastergradsprosjekt med begrenset omfang, så det vil derfor bare bli inkludert én fysioterapeut og én pasient.

Opplysningene vil bare bli brukt av meg.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UiT Norges Arktiske Universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Din psykomotoriske behandler er valgt ut og har takket ja til å delta i prosjektet på grunn av hennes langvarige erfaring med kroniske bekkensmerter. Hun har valgt ut deg som en passende kandidat, basert på at du har hatt smerter i nedre del av mage og/eller underliv i minimum 6 måneder og ikke har gått hos psykomotorisk fysioterapeut tidligere. Etter avtale

har hun fått dette informasjonsskrivet for å gi videre til deg med utfyllende informasjon om prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Datainnsamlingen vil foregå gjennom videoobservasjon og individuelle intervju. Jeg er interessert i hvilken erfaring du har med det første møtet med psykomotorisk fysioterapi og vil derfor observere undersøkelsen som gjøres den første gangen du møter din behandler. Et videokamera blir plassert på rommet der undersøkelsen skjer og tar opp hele seansen. Jeg kommer ikke til å være til stede underveis, men kommer for å sette opp og ta ned kameraet. Det er ønskelig at dere prøver å gjennomføre undersøkelsen slik dere ville gjort uten et kamera til stede.

Etter undersøkelsen skriver jeg en transkripsjon av filmen og lager en intervjuguide basert på det jeg har sett. Under intervjuet får du mulighet til å stoppe filmen når/hvis du ser noe interessant, i tillegg til at jeg også kommer til å stoppe filmen der jeg har spørsmål. Du får sjansen til å komme med utfyllende informasjon og avklaringer til undersøkelsen. Intervjuet blir tatt opp på lydbånd, i tillegg til at jeg tar notater underveis. Intervjuet vil vare mellom 45 og 90 minutter

Siden prosjektet handler om kroniske bekkensmerter, vil intervjuet med fysioterapeuten nødvendigvis omhandle deg og din problematikk, i tillegg til generelle betraktninger. Jeg kommer til å be fysioterapeuten om utfyllende informasjon om hennes tanker om din kropp og helse. Mye av intervjuet kommer også til å omhandle mer generelle spørsmål om kroniske bekkensmerter som ikke direkte dreier seg om deg og din situasjon. Intervjuet med fysioterapeuten blir gjort først, sånn at du kan få sjansen til å komme med dine egne perspektiver eller imøtegå fysioterapeuten når du selv skal intervjues. På den måten har du mulighet til å korrigere eller utdype hvis det er noe du ikke er enig i. Du får ikke anledning til å lese intervjuet med fysioterapeuten i sin helhet, men jeg kommer til å ta opp med deg hvis det er noe jeg tenker trenger tilsvare eller mer informasjon.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Lyd og bilde vil bli tatt opp og lagret i henhold til UiT sine gjeldende regler for datahåndtering. Verken intervjuet eller transkripsjonen av intervjuet vil inneholde navn eller personopplysninger og vil være anonymisert hele tiden.

Min veileder vil se filmen sammen med meg og vil være delaktig i analyseringen av datamaterialet og vil således få tilgang til opplysninger om deg. All informasjon som gjør det

mulig å identifisere deg, vil bli utelatt eller skrevet om i selve masteroppgaven. Du vil bli tildelt et fiktivt navn.

Samtykke innhentes muntlig ved oppstart av filmingen og bekreftes ved oppstart av intervju. Navnet ditt vil på den måten ikke oppbevares noen plass. Se detaljert informasjon om samtykke nederst i skrivet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Filmen og intervjuet slettes ved prosjektets slutt, som vil være senest ved utgangen av 2023.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

UiT Norges Arktiske Universitet ved Torill Marie Jensen, tlf. 99459429, epost tje031@uit.no eller ansvarlig veileder Anne Gretland, epost anne.gretland@uit.no.

Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold, tlf.: 776 46 322 og 976 915 78, epost: personvernombud@uit.no

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

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

Samtykke

Det vil bli innhentet muntlig samtykke ved oppstart av film og intervju. Du vil bli spurt om du samtykker til følgende:

- At undersøkelsen av deg filmes og brukes til forskning på psykomotorisk fysioterapi for kroniske bekkensmerter som beskrevet i dette informasjonsskrivet
- Å delta i intervju basert på filmen
- At fysioterapeuten snakker om undersøkelsen av deg og hvilken behandling som vil være aktuell
- At personopplysninger om deg aidentifiseres og lagres separat fra forskningsmaterialet frem til det slettes ved prosjektets slutt

Med vennlig hilsen

Anne Gretland

(Veileder)

Torill Marie Jensen

(Student)

Vedlegg 3 – Informasjonsskriv til fysioterapeut

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Psykomotorisk undersøkelse av en kvinne med kroniske bekkensmerter”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan kroniske bekkensmerter kan forstås i lys av en psykomotorisk undersøkelse. I dette skrivet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Kroniske bekkensmerter defineres ofte som smerter i nedre mage, bekken eller underliv som har vart i mer enn 6 måneder. Det er en tilstand som rammer mellom 15-25% av kvinner mellom 15-75 år. Årsaken til smertene kan være vanskelig å avklare og det finnes ofte ingen såkalte «objektive funn» i undersøkelser, blodprøver, røntgen, MR, osv. Mange opplever at de får mangelfull utredning og behandling og sliter med å bli trodd og forstått i møte med helsevesenet.

Det foreligger ingen publisert forskning som omhandler psykomotorisk undersøkelse og behandling for denne pasientgruppen, så derfor er formålet med dette prosjektet å undersøke hvordan kroniske bekkensmerter kan forstås gjennom en psykomotorisk undersøkelse. Jeg håper blant annet å finne mer ut av hvilke syn på kropp, sykdom og smerter som kommer frem og hvilke funn som gjøres relevant i undersøkelsen. Jeg er interessert i hva du som fysioterapeut tenker om kropp og smerter, hva som kan være årsaken til smertene og hvordan du kan komme frem til en felles forståelse sammen med pasienten. Siden dette er en tilstand som rammer flest kvinner og mage- og bekkensmerter tradisjonelt har vært et tabu og lite forstått område av kvinnehelse, kan det også være interessant å se nærmere på om, og i så fall hvilken, betydning det har at pasienten er kvinne.

Dette er et mastergradsprosjekt med begrenset omfang, så det vil derfor bare bli inkludert én fysioterapeut og én pasient.

Opplysningene vil bare bli brukt av meg.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Tromsø er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du som psykomotorisk fysioterapeut er funnet via bekjentskap og anbefalinger fra kolleger, på bakgrunn av din langvarige erfaring med behandling, undervisning og kursvirksomhet om underlivs- og bekkensmerter.

Hva innebærer det for deg å delta?

Datainnsamling vil foregå gjennom videoobservasjon og individuelle intervju. Fordi jeg er interessert i pasientens umiddelbare erfaring med psykomotorisk fysioterapi ønsker jeg å observere en undersøkelse. Et videokamera blir plassert på rommet der undersøkelsen skjer og tar opp hele seansen. Jeg kommer ikke til å være til stede underveis, men kommer for å sette opp og ta ned kameraet. Det er ønskelig at dere ikke tar noen spesielle hensyn til at dere blir filmet, men prøver å gjennomføre undersøkelsen slik dere ellers ville gjort.

Etter undersøkelsen skriver jeg en transkripsjon av filmen og lager en intervjuguide basert på det jeg har sett. Intervjuet blir tatt opp på lydbånd, i tillegg til at jeg tar notater underveis. Intervjuet vil vare mellom 45 og 90 minutter.

Under intervjuet får du mulighet til å stoppe filmen når du ser noe interessant, i tillegg til at jeg også kommer til å stoppe filmen der jeg har spørsmål. Du får sjansen til å komme med utfyllende informasjon til undersøkelsen, både angående den konkrete pasienten, men også generelt for denne pasientgruppen. Pasienten vil få innsyn i hva du har sagt om henne og vil få mulighet til å kommentere det.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Lyd og bilde vil bli tatt opp og lagret i henhold til UiT sine gjeldende regler for datahåndtering. Verken intervjuet eller transkripsjonen av intervjuet vil inneholde navn eller personopplysninger og vil være anonymisert hele tiden.

Min veileder vil se filmen sammen med meg og vil være delaktig i analyseringen av datamaterialet og vil således få tilgang til opplysninger om deg. All informasjon som gjør det mulig å identifisere deg, vil bli utelatt eller skrevet om i selve masteroppgaven. Du vil bli tildelt et fiktivt navn.

Samtykke innhentes muntlig ved oppstart av filmingen og bekreftes ved oppstart av intervju. Navnet ditt vil på den måten ikke oppbevares noen plass. Se detaljert informasjon om hva du samtykker til nederst i skrivet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Filmene og intervjuene slettes ved prosjektets slutt, som vil være senest ved utgangen av 2023.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

UiT Norges Arktiske Universitet ved Torill Marie Jensen, tlf. 99459429, epost tje031@uit.no eller ansvarlig veileder Anne Gretland, epost anne.gretland@uit.no.

Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold, tlf.: 776 46 322 og 976 915 78, epost: personvernombud@uit.no

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

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

Samtykke

Det vil bli innhentet muntlig samtykke ved oppstart av film og intervju. Du vil bli spurt om du samtykker til følgende:

- At undersøkelsen av pasienten filmes og brukes til forskning på psykomotorisk fysioterapi for kroniske bekkensmerter som beskrevet i dette informasjonsskrivet
- Å delta i intervju basert på filmen
- At personopplysninger om deg aidentifiseres og lagres separat fra forskningsmaterialet frem til det slettes ved prosjektets slutt

Med vennlig hilsen

Anne Gretland
(Veileder)

Torill Marie Jensen
(Student)

