



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave

MAFYS603-O-2021-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

**Startdato:** 07-05-2021 09:00  
**Termin:** 2021 VÅR  
**Sluttdato:** 14-05-2021 14:00  
**Vurderingsform:** Norsk 6-trinns skala (A-F)  
**Eksamensform:** Masteroppgave  
**Flowkode:** 203 MAFYS603 1 O 2021 VÅR  
**Intern sensor:** (Anonymisert)

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 403

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 17275

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har** Ja  
**registrert**  
**oppgavetittelen på**  
**norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)  
**Gruppenummer:** 4  
**Andre medlemmer i** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe  
**gruppen:**

Jeg godkjenner autalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# MASTEROPPGAVE

Kroppslig omstilling ved kronisk utmattelsessyndrom CFS/ME:  
pasientenes erfaringer fra norsk psykomotorisk fysioterapi

Bodily changes in patients with chronic fatigue syndrome CFS/ME:  
experiences from Norwegian psychomotor physiotherapy

**Jeanette Alræk Fagerlid**

Master i klinisk fysioterapi ved psykiske og  
psykosomatiske helseproblemer

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Veileder Tove Dragesund og Lillebeth Larun

14.05.21

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært en spennende og lærerik reise. Det har tidvis vært krevende å kombinere klinisk praksis parallelt, men heldigvis har oppgaveskrivingen også vært svært givende. I den forbindelse er det mange jeg ønsker å takke.

Først vil jeg takke alle informantene som har avsatt tid, delt og bidratt med sine erfaringer og refleksjoner. Jeg er dere evig takknemlig.

En stor takk til ekstern veileder, Lillebeth Larun og intern veileder, Tove Dragesund for gode tilbakemeldinger og råd underveis. Deres faglige kunnskap og innspill har vært uvurderlige, og virkelig bidratt til å løfte denne oppgaven.

Takk til psykomotoriker Laila Ryland som tipset meg om og fikk meg til å søke på dette masterstudiet.

Takk til familie, venner og kjæreste for tålmodigheten og støtten dere har gitt meg under skriveprosessen.

Til slutt vil jeg takke Fond for etter- og videreutdanning for fysioterapeuter for økonomisk støtte.

Jeanette Fagerlid

Mai, 2021

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Ifølge Helsedirektoratet finnes det for øyeblikket ingen dokumentert behandling som kan kurrere kronisk utmattelsessyndrom CFS/ME, men det finnes behandlinger og strategier som kan lindre ubehagelige symptomer, bidra til mestring av hverdagen og bedre funksjonsnivå og livskvalitet. Symptombildet til pasientgruppen har flere likhetstrekk med dem som oppsøker og får god hjelp av norsk psykomotorisk fysioterapi.

**Formål:** Målet i denne studien var å få økt innsikt i førstepersonserfaringene til pasienter med CFS/ME relatert til kroppslig omstilling ved norsk psykomotorisk fysioterapi.

**Metode:** Et kvalitativt forskningsdesign med et fenomenologisk og hermeneutisk perspektiv ble valgt. Data ble samlet inn igjennom individuelle semistrukturerte dybdeintervju. Tre informanter i alderen 28-55 år deltok. Intervjuene ble transkribert og systematiske tekstkondensering ble brukt som analysemetode.

**Resultat:** Fire overlappende tema ble identifisert: «Gradvis kjenner jeg kroppen min på en ny måte», «Fra manglende aksept til bedre aksept av situasjonen», «Fra et angstfylt forhold til økt tillit til egen kropp», og «Balanse i kroppen, balanse i livet».

**Konklusjon:** Resultatene viser at behandlingen bidro til å gi informantene gode og mer nyanserte kroppsopplevelser. Økt kontakt med kroppen var avgjørende for at de lærte å sanse kroppen som mer enn bare vond og sliten. Studien peker på betydningen av terapeutens aksept og toleranse for at informantene kunne begynne å anerkjenne seg selv. Samtalene om kroppslige forhold og erfaringer sammen med den kroppslige behandlingen, så ut til å hjelpe informantene til økt forståelse for sammenhengene og bedre aksept for situasjonen. Med økt forståelse for kroppen trengte ikke informantene lengre å være redde for hva som var galt med dem. Behovet for et emosjonelt og sosialt forsvar ble gradvis redusert, og den kroppslige beredskapen kunne begynne å avta. Gradvis erfarte informantene mer overskudd til å være oppreist og deltakende, og fikk bedre funksjon på forskjellige måter.

**Nøkkelord:** Kronisk utmattelsessyndrom, CFS, ME, pasienterfaring, kroppslig omstilling, psykomotorisk fysioterapi, kroppsfenomenologi og anerkjennelse

## Abstract

**Background:** According to the Norwegian Directorate of Health there is currently no documented treatment that can cure chronic fatigue syndrome CFS/ME. Although there are treatments and strategies that can relieve unpleasant symptoms, contribute to coping with everyday life, and increase level of functioning and quality of life. The symptoms of this patient group have several similarities with those who seek out and benefit from Norwegian psychomotor physiotherapy.

**Aim:** The aim of this study was to gain increased insight into the first-person experiences of patients with CFS/ME related to bodily adjustment in Norwegian psychomotor physiotherapy.

**Method:** A qualitative research design based on phenomenological and hermeneutic perspectives was chosen. Data were collected through individual semi-structured in-depth interviews. Three informants aged 28-55 years participated. The interviews were transcribed, and systematic text condensation was used as the method of analysis.

**Result:** Four overlapping themes were identified: "Gradually I know my body in a new way", "From lack of acceptance to better acceptance of the situation", "From an anxious relationship to increased confidence in one's own body", and "Bodily balance, balance in life".

**Conclusion:** The results show that the treatment helped giving the informants positive and more nuanced bodily experiences. Increased body awareness was crucial for them in learning how to sense the body as more than just sore and tired. The study points to the importance of the therapist's acceptance and tolerance for the patients to begin recognizing themselves. The conversations about bodily conditions and experiences in addition to the bodily treatment seemed to help the informants to a greater understanding of the connections and better acceptance of the situation. With an increased understanding the informants no longer had to be afraid of what was wrong with them. The need for emotional and social guarding was gradually reduced, and bodily readiness could begin to decline. Gradually, the informants experienced more profit in being upright and participatory and gained better function in different ways.

**Keywords:** Chronic Fatigue Syndrome, CFS, ME, patient experience, bodily adjustment, psychomotor physiotherapy, body phenomenology and recognition

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	iii
Abstract .....	iv
1.0 INNLEDNING .....	1
1.1 Bakgrunn for studien .....	1
1.2 Tidligere forskning .....	4
1.3 Formål og forskningsspørsmål .....	10
2.0 TEORETISK RAMMEVERK .....	11
2.1 Kroppsfenomenologi .....	11
2.2 Anerkjennelsesteori .....	13
2.3 Norsk psykomotorisk fysioterapi .....	15
3.0 METODE .....	18
3.1 Forskningsdesign og vitenskapelig perspektiv .....	18
3.2 Innsamling av data .....	18
3.2.1 Utvalg og rekruttering .....	19
3.2.2 Intervju .....	20
3.3 Analyse av materialet .....	21
3.3.1 Transkripsjon .....	21
3.3.2 Analyse .....	22
3.4 Etske betraktninger .....	25
3.5 Kritisk vurdering av forskerrollen .....	25
4.0 FUNN .....	27
5.0 DISKUSJON .....	39
5.1 Resultatdiskusjon .....	39
5.2 Metodediskusjon .....	46
5.2.1 Kritisk vurdering av metode og vitenskapelig perspektiv .....	46
5.2.2 Kritisk vurdering av utvalg og rekruttering .....	47
5.2.3 Kritisk vurdering av datainnsamling .....	49

5.2.3 Kritisk vurdering av transkribering, analyse og valg av teoretisk perspektiv .....	50
5.2.4 Oppsummering av metodediskusjon .....	52
5.3 Mulige implikasjoner for praksis .....	52
6.0 KONKLUSJON .....	53
REFERANSELISTE .....	55
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkekontrakt .....	59
Vedlegg 2: Intervjuguide .....	62
Vedlegg 3: Svar fra NSD .....	63
Vedlegg 4: Bekreftelse på endring (fra NSD) .....	65
Vedlegg 5: Godkjenning fra REK med vilkår .....	67
Vedlegg 6: Svar fra REK .....	71

## Figur- og tabelloversikt

Tabell 1. Inklusjon- og eksklusjonskriterier for å delta i studien .....	19
Figur 1. Foreløpige temaer fra hvert intervju .....	22
Figur 2. Kodegruppene med hver sin fargekode .....	23
Figur 3. Oversikt over kodegruppene med tilhørende subgrupper .....	24
Figur 4. Viser utviklingen fra analysetrinn 1 til 4 .....	25



## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Bakgrunn for studien

Kronisk utmattelsessyndrom / myalgisk encefalomyelitt (CFS / ME), heretter omtalt «kronisk utmattelsessyndrom» eller «CFS/ME», klassifiseres i dag av Verdens Helseorganisasjon (2020) som en nevrologisk sykdom. Forskningen er og har vært preget av en uenighet om hvorvidt tilstanden skal oppfattes som primært psykisk eller fysisk, da etiologien er ukjent (Baraniuk, Sawchuk & Buchwald, 2021). Sykdommen anses kompleks og systemisk. Norsk psykomotorisk fysioterapi tar høyde for en slik kompleksitet ved å ikke skille psyke fra soma (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 19). Tradisjonen har en forståelse av at mennesket alltid er begge deler på en gang.

Helsedirektoratet (2015, s. 4-13) anslår at kronisk utmattelsessyndrom rammer mellom 10 000 til 20 000 barn, unge og voksne i Norge i dag. Antall ME-diagnoser som stilles har de siste årene vært økende, hvor tall fra Norsk Pasientregister har vist en femdobling i alderen 10-34 år (Omland, Lauritzen & Gjellan, 2015).

Diagnosen stilles på bakgrunn av sykehistorie og klinisk undersøkelse, og forutsetter at differensialdiagnoser er utelukket (Helsedirektoratet, 2019). Fastlegen har ansvar for å starte utredningen, og kan henvise videre til spesialisthelsetjenesten for ytterligere undersøkelser. Symptombildet er primært langvarig og kronisk utmattelse, med symptomforverring etter psykisk eller fysisk anstrengelse kjent som post anstrengende ubehag (PEM). Pasientene blir ikke uthvilt av søvn, og kan i tillegg ha kognitive symptomer, autonome forstyrrelser, hodepine, muskel- og leddsmerter, nedsatt balanse, muskelsvakhet, fordøyelsesplager, sykdomsfølelse og overfølsomhet for sanseintrykk (Helsedirektoratet, 2019).

Det har tidligere vist seg at det kan være utfordrende å utrede diagnosen (Owe, Næss, Gjerde, Bødtker & Tysnes, 2016). I en studie fra Haukeland Universitetssykehus var det kun 48 av 365 deltakere som fikk diagnosen CFS/ME etter undersøkelse. Studien fant at målrettet psykiatrisk vurdering var mangelfull i primærhelsetjenesten, og at angst- og depresjonslidelser var

hyppige årsaker til symptombildet. Det viste seg at pasientenes selvrapportering av utmattelse var lite egnet til å skille CFS/ME fra andre tilstander med utmattelse.

I følge Helsedirektoratet (2019) finnes det per i dag ingen dokumentert behandling som kan kurrere kronisk utmattelsessyndrom, men det finnes behandlinger og strategier som kan lindre ubehagelige symptomer, bidra til mestring av hverdagen og bedre funksjonsnivå og livskvalitet. Siden 2007 har det nasjonalt blitt øremerket 5 millioner kroner årlig for å styrke tilbudet til pasienter med CFS/ME, samt sikre nasjonal kompetansebygging (Helsedirektoratet, 2015, s. 4-24). Som ledd i den satsingen er det laget en praktisk veileder over kunnskapsbasert treningsbehandling for pasienter med CFS/ME (Larun & Malterud, 2010b). Veilederen er rettet mot fysioterapeuter og beskriver hvordan tilpasset treningsterapi kan gi reduksjon i utmattelse og bedret fysisk funksjon for disse pasientene. Dersom treningen ikke er individuelt tilpasset, kan pasientene oppleve tilbakefall av symptombelastningen og inntrykk av å miste kontroll over kroppen (Larun & Malterud, 2010a). For å unngå dette foreslås det å lære økt kroppsbevissthet og å kjenne sine egne grenser. Andre pasienterfaringer trekker frem at avspenningsøvelser kan medføre bedre hvile.

En studie på oppmerksomt nærvær (eng. mindfulness) tilpasset pasienter med CFS, viste positiv effekt på angst, tretthet, depresjon og grubling (Sollie, Næss, Solhaug & Thimm, 2017). Deltakerne i studien opplevde økt energi av oppmerksomt nærvær sammenlignet med vanlig hvile. Spesialfysioterapeut Uvaag ved CFS/ME-senteret forteller at mange av pasientene har lite erfaring med å kjenne forskjell på spenning og avspenning i egen kropp, og at det ofte kan være aktuelt å henvise til psykomotorisk fysioterapi (Uvaag & Strand, 2017).

En viktig del av psykomotorisk behandling er nettopp utvikling av kroppsbevissthet (Øvreberg & Andersen, 2016, s. 25). Kroppsbevissthet omfatter evnen til å kjenne når kroppen er spent og ikke spent, og er nødvendig for endring av vaner og bevegelsesmåter. Som et ledd i frigjøring av respirasjonen oppnås en avspenningseffekt, men dette er ikke et mål i seg selv i denne tradisjonen (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 91). Psykomotorisk behandlingen tilstreber nemlig en kroppslig omstillingsprosess *via* kroppsholdning, muskulatur og pust.

En studie kartla hvilke pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi (Breitve, Hynninen & Kvåle, 2008). Resultatene viste at 82 prosent av pasientene var kvinner med en gjennomsnittsalder på 44 år. Plagene gjaldt mest muskel- og skjelett, og hadde i gjennomsnitt vart i 9 år. Pasientene anga fire ganger mer subjektive helseplager og depressive symptomer enn normalbefolkningen.

Det finnes mange subjektive lidelser uten kjente eller dokumenterte patofysiologiske forandringer, som stadig dukker opp under nye navn og diagnoser (Ihlebak, Eriksen & Ursin, 2004). Kronisk tretthetssyndrom, fibromyalgi og utmattelse er eksempler på slike diagnoser. Smerter og plager er subjektive, og kan i utgangspunktet ikke måles objektivt. Gjennom et standardisert spørreskjema som blir mye anvendt i forskning, måles 29 ulike subjektive helseplager. Skjemaet innebærer muskel- og skjelettplager inkludert hodepine og migrene, pseudonevrologi som tretthet, angst, depresjon, svimmelhet, søvnproblemer, hjertebank, gastrointestinale plager, allergiske plager inkludert pustevansker og brystmerter, og forkjølelse.

En ikke-randomisert kontrollert studie konkluderte med at norsk psykomotorisk fysioterapi syntes å ha potensiale til å over tid redusere symptomer på subjektive helseplager, depresjon, angst, søvnproblemer, utmattelse, samt øke livskvaliteten (Breitve, Hynninen & Kvåle, 2010). En kontrollert randomisert studie viste signifikante forbedringer etter norsk psykomotorisk fysioterapi relatert til fysisk funksjon, kroppslig smerte, generell og mental helse, sosial funksjon og vitalitet (Bergland, Olsen & Ekerholt, 2018). Begge studiene inkluderte i hovedsak kvinner som oppsøkte norsk psykomotorisk fysioterapi med subjektive helseplager.

All uvissheten omkring årsaken til og behandlingen av kronisk utmattelsessyndrom vekker min interesse. Norsk psykomotorisk fysioterapi kan blant annet tilby denne pasientgruppen hjelp til å øke kroppsbevisstheten, erfare forskjell på spent og avspent muskulatur, samt indirekte avspenningsøvelser via respirasjonsfrigjøring. Både studien til Breitve et al. (2010) og Bergland et al. (2018) tyder på at psykomotorisk fysioterapi kan hjelpe pasientene med å redusere sin utmattelse og sine søvnproblemer, samt bedre fysisk og sosial funksjon.

Dette danner grunnlaget for min motivasjon til å utforske tematikken. Jeg ønsker å snakke med denne pasientgruppen og høre om deres erfaringer fra norsk psykomotorisk fysioterapi. Hvilke kroppslige endringer opplevde pasienter med CFS/ME ved denne behandlingsformen? Hvordan var funksjonsnivået før behandlingsoppstart, og hvordan fungerer de i hverdagen nå etter behandlingsforløpet?

## 1.2 Tidligere forskning

To masterstudier knytter psykomotorisk fysioterapi og kronisk utmattelsessyndrom. Den første studien belyser hvordan man gjennom en psykomotorisk undersøkelse kan forstå vedvarende slitenhet som helseproblem (Hansen, 2016). Studien baseres på et intervju, en observasjon og en videoobservasjon av én psykomotorisk fysioterapeut og én pasient. Den andre studien undersøkte erfaring fra praksis med behandling av pasienter med CFS/ME fra psykomotoriske fysioterapeuters perspektiv (Lund, 2020).

Ingen av disse masteroppgavene har undersøkt *pasientenes* erfaringer med kroppslig omstilling ved norsk psykomotorisk behandling. Denne studien vil med sin problemstilling dermed kunne gi opphav til original kunnskapsutvikling (Malterud, 2018, s. 21-22). Prosjektet ønsker med dette å tilføre faget noe nytt i forhold til det vi vet fra før.

Pasientgruppen som oppsøker psykomotorisk fysioterapi (Breitve et al., 2008), har mange likhetstrekk med pasienter som har kronisk utmattelsessyndrom (Helsedirektoratet, 2019). Begge gruppene har en høy grad av subjektive helseplager (Ihlebak et al., 2004), og resultatene i studier på norsk psykomotorisk fysioterapi vil derfor også kunne være relevante for pasienter med CFS/ME.

Ved et systematisk litteratursøk i PubMed og Helsebiblioteket fant jeg en rekke kvalitative studier som har belyst erfaringer ved norsk psykomotorisk fysioterapi fra et pasientperspektiv. Søkeordene som ble anvendt var: *norsk psykomotorisk fysioterapi*, *pasienterfaringer*, *kronisk utmattelsessyndrom*, og *CFS/ME*. Andre artikler er funnet gjennom referanselister. Nedenfor følger en kort presentasjon av forskning på feltet som vil trekkes inn i oppgavens diskusjon.

Først presenterer jeg forskning på norsk psykomotorisk fysioterapi, deretter følger det noen relevante studier på CFS.

Ekerholt og Bergland (2004) belyste pasientenes erfaringer med undersøkelsen av kroppen gitt i norsk psykomotorisk fysioterapi. Resultatene gjenspeilte den store innvirkningen undersøkelsen hadde på informantene. Videre pekte studien på at å være avkledd representerte et betydelig element av engstelse. Det var viktig å få følelsen av å bli sett og anerkjent, noe terapeuter bør bruke for å skape et trygt miljø i undersøkelsen. Studien viser at pasientens syn i undersøkelsesprosessen bør inkluderes. Fysioterapeuten og pasienten bør samarbeide i å utforske den sosiale og emosjonelle konteksten for å forstå betydningen av kroppens symptomer. Pasientene bør føle at terapeuten er interessert i deres symptomer og helseplager, og må ha tillit til ferdighetene og kompetansen til terapeuten. Helsearbeideren bør lytte oppmerksomt, noe som kan styrke helsearbeiderens kompetanse under undersøkelsen.

I en annen studie undersøkte Ekerholt og Bergland (2006) pasientenes erfaringer med massasjen gitt i psykomotorisk fysioterapi. Resultatene gjenspeilte den betydelige effekten massasje har for den terapeutiske prosessen. Massasje kan være en måte å gi sensoriske stimuleringer, og bidra til å aktivere ikke-verbaliserte mønstre av minner og betydninger. Under behandlingen oppdaget informantene at deres egne følelser og erfaringer var avhengige av både eksterne og interne hendelser og hvordan de ble tolket. Pasientene begynte å oppnå tilgang til og kunne gjenkjenne og verbalisere kroppsopplevelser, og ble gradvis mer kjent med egne følelser. Ved å dele erfaringene de oppnådde under samspillet mellom massasje og refleksjon, utviklet pasientene et rammeverk for bevissthet og refleksjon, som de fant nyttige i sitt daglige liv. Informantene opplevde bedre kontroll over respirasjonen og muskelspenninger. Ved å lære å gjenkjenne, forstå og tolke egne kroppsreaksjoner i ulike sosiale sammenhenger, fikk de en ny måte å forstå seg selv på.

Øien, Iversen og Stensland (2007) utforsket pasientenes historier om kroppslige erfaringer gjennom et behandlingsforløp med norsk psykomotorisk fysioterapi. Studien viste hvordan

behandlingsformen kan hjelpe pasientene til å utvikle potensielt helbredende narrativer, og en forbedret følelse av kroppen ved å integrere en fysisk og verbal terapitilnærming.

Dragesund og Råheim (2008) undersøkte opplevelsen av kroppsbevissthet hos pasienter med kroniske smerter, samt mulige endringer i fenomenet etter psykomotorisk fysioterapi. Deltakerne i studien delte varierende erfaringer fra mindre symptomer og mestring av kroniske smerter, til følelsen av å være fastlåst i smertene. Det var også ulike opplevelser relatert til kroppsbevissthet. Noen hadde fått en ny bevissthet til egen kropp, mens andre kjente kun smertene. Kroppsbevisstheten innebar at de følte seg mer jordet og til stede i egen kropp, samt økt kunnskap om hvordan følelser, livssituasjon og daglige aktiviteter påvirket muskelspenninger, bevegelser, og respirasjon.

Ekerholt og Bergland (2008) undersøkte også pasientenes erfaringer med pusten under psykomotorisk behandling. Studien viste at deltakerne ved å erfare egen respirasjon, var i bedre stand til å få tilgang til og identifisere opplevelsen av muskulære og emosjonelle mønstre, knyttet til tanker og forestillinger om deres måte å forholde seg til seg selv og verden. Pusten kunne oppleves som en passiv bevegelse som fylte kroppen og fungerte avspennende. Å bli kjent med eget respirasjonsmønster så ut til å positivt innvirke på erfaringer under den terapeutiske prosessen.

Øien et al. (2009) undersøkte endring og oppfatning av endring knyttet til pasienter med kronisk rygg- og/eller nakkesmerter gjennom behandlingsforløp med norsk psykomotorisk fysioterapi. Resultatene indikerte at behandlingsformen kan ha nytte av økt kunnskap om kompleksiteten i langsiktige behandlingsprosesser for pasienter med kroniske smerter. Studien peker på at en bevissthet om pasientenes selvoppfatning ved start og under behandlingen kan styrke fysioterapeutens forståelse av elementer som kan hindre eller legge til rette for endring. Resultatene viser at manglende evne til å koble sammen kropps-symptomer og livshendelser ved behandlingsstart kan tyde på redusert endringspotensial. Å være klar over disse begrensningene kan hjelpe fysioterapeuter med å akseptere vanskelighetene og reflektere over tilnærmingene for å håndtere utfordringene.

Ekerholt (2011) så på hvilke erfaringer tidligere pasienter hadde under behandling med norsk psykomotorisk fysioterapi. Deltakerne i studien opplevde at hverdagssituasjoner ble mer håndterbare, forståelige og meningsfulle når de ble mer oppmerksomme på egen kropp. De innså at pusten kunne uttrykke verdifull informasjon på lik linje med andre autonome reaksjoner. Terapeuten hjalp dem til å bli kjent med disse reaksjonene via fokusert oppmerksomhet. Når deltakerne kunne bruke denne kunnskapen som en retningslinje for handling, økte deres følelse av sammenheng. Studien peker på viktigheten av å kombinere fysikalsk behandling med samtale.

Sviland, Råheim og Martinsen (2012) analyserte en pasients erfaringer fra et 10 års langt behandlingsforløp fra et narrativt perspektiv på psykomotorisk fysioterapi. Artikkelen antyder at behandlingen kan bidra til en ny forståelse av fortiden. Nye erfaringer med å endre bevegelsesmønstre kan føre til omstilling av følelser og støtte de bærende strukturene i eksistens og selvtillit.

Ekerholt et al. (2014) ønsket å belyse de kliniske erfaringene som ble oppnådd gjennom samarbeidet mellom en spesialist i norsk psykomotorisk fysioterapi og en spesialist i klinisk psykologi og dynamisk psykoterapi, om pasienter hvor deres individuelle terapeutiske tilnærming hadde vist seg å være utilstrekkelig. Studien undersøkte terapeutenes forståelse av pasientene og de terapeutiske prosessene de hadde vært involvert i. Resultatene viste at terapeutene hadde samarbeidet om pasienter som enten var overbelastet og/eller traumatisert i barndommen. Redusert kroppsbevissthet så ut til å samsvare med manglende eller fragmenterte minner fra egen livshistorie. Kroppsbevissthet var avgjørende både i vurderingen av pasientene så vel som i de gjensidige og samtidige terapeutiske tilnærmingene. Studien viste at pasientenes helsetilstand bedret seg, og indikerte at terapeutenes fokus på kroppsbevissthet og mentalisering hadde lært pasientene til å se betydningen av sine egne kroppslige reaksjoner. Fremtidige utfordringer så ut til å bli mer håndterbare for pasientene når de hadde innsett at ressursene for å takle disse kravene var tilgjengelige i dem selv.

I en annen studie analyserte Sviland, Martinsen og Råheim (2014) pasientenes erfaringer med psykomotorisk behandling fra et narrativt perspektiv. Studien viste at endrede muskulære mønstre kom sammen med mening fra erfaring i opplevelser, handlinger, uttrykk og refleksjoner, hvor fortid, nåtid og mulig fremtid kom inn i det terapeutiske rommet.

Sviland, Martinsen og Råheim (2018) analyserte også retrospektivt en ung kvinnes livserfaringer og en åtte år lang terapiprosess med psykomotorisk fysioterapi. Studien illustrerer hvordan traumatiske livserfaringer kan forårsake smerte, lidelse og tap av minner med fragmenterte fysiske og sanselige reaksjoner, kaos og tap av tidsmessig sammenheng med konsekvenser for en persons følelse av identitet. Artikkelen belyser hvordan intersubjektiv interaksjon fungerer intervenserende når det er tid og rom for tillit til å oppstå og for å støtte nye kroppslige opplevelser.

Dragesund og Øien (2020) undersøkte hvilke endringer pasienter med langvarige muskel- og skjelettsmerter opplever under norsk psykomotorisk fysioterapi, og videre overførte til dagliglivet. Resultatene indikerer at hvordan pasienter definerer sine kroppslige symptomer har innvirkning på selvoppfatning. Det ser ut til at økt kroppslig selvoppfatning, eierskap og handlefrihet påvirker både bevisstheten om egne kroppslige behov og overføring av endringer fra behandling til dagliglivet. Økt kunnskap om hvordan pasienter oppfatter og forstår smerte og symptomer, kan dermed forbedre forståelsen av faktorer som forebygger eller tilrettelegger for endringsprosessen under behandlingen. Studien viste at det er viktig å arbeide videre med å være til stede i og kontakt med egne bevegelser og handlingsmønstre i hverdagen, dersom pasientene skulle opprettholde nye vaner.

Nylig undersøkte Dragesund og Øien (2021) pasientenes erfaringer med hvordan sosiale byrder påvirker utviklingen og varigheten av symptomer på muskelsmerter, og hvordan forholdet til fysioterapeuten påvirker endringsprosessen under norsk psykomotorisk fysioterapi. Studien viste at det var avgjørende for pasientene å bli anerkjent og tatt vare på av fysioterapeutene, både gjennom fysisk behandling og verbal kommunikasjon, for å utvikle en bevissthet om faktorene som forårsaker og opprettholder deres muskel- og skjelettsmerter. For at endringsprosessen skulle finne sted og for at pasientene skulle begynne



å ta mer ansvar for egne plager, virket denne bevisstheten nødvendig. Resultatene i studien indikerer at bevissthet og utvikling av egne relasjonelle ferdigheter som fysioterapeuter kan være nyttige perspektiv for å fremme positive interaksjoner og endring under behandlingen.

Album (1991) undersøkte sykdommer og medisinske spesialiteters anseelse blant et utvalg erfarne leger. Kun sykdommer som var alvorlige nok til å føre til sykehusopphold ble inkludert i studien. Resultatene viste at blant 38 sykdommer ble hjerteinfarkt, leukemi og hjernesvulst rangert høyest, mens depressiv nevrose, skrumplever og fibromyalgi ble rangert med lavest prestisje. Studien tyder på at sykdommer folk «blør og dør av», med en tydelig og bestemt årsak, med presis og objektiv diagnostikk, i et organ høyt oppe i kroppen, som rammer unge middelaldrende menn fra gode kår, vil ha høy prestisje. Motsatt vil de funksjonelle og psykiske lidelsene, de langvarige funksjonsnedsettelsene, en sykdom, skade, plage eller lidelse som ikke lar seg plassere i noe organ, med uklar årsak og diagnostikk, som det ikke finnes behandling for, som rammer flest kvinner, ha lav prestisje. Lignende resultater er funnet i nyere studier (Album & Westin, 2008).

I en kvalitativ metasyntese kom det frem at pasienter med CFS oppfattet sykdommen annerledes sammenlignet med legene (Larun & Malterud, 2007). Pasientene beskriver en fysisk og mental utmattelse, hvor de føler seg kontrollert og sviktet av kroppen. Svekket hukommelse og konsentrasjon påvirker pasientenes sosiale liv negativt, inkludert skole og jobb. Sykdommen beskrives av pasientene som fysisk med en biomedisinsk forklaring, mens legene benytter en psykosomatisk forklaringsmodell når objektive funn uteblir. Disse motstridende oppfatningene av sykdommen skal ha påvirkning på pasientenes identitet og gjøre dem mer sårbare, sammenlignet med om de bare skulle slite med symptomene alene.

En av de inkluderte studiene i metasyntesen undersøkte opplevelsen av stigma hos kvinner med CFS og fibromyalgi (Åsbring & Närvänen, 2002). Denne studien fant et konsekvent mønster i kvinnenenes oppfattelse av å bli utfordret av andre på om de virkelig var syke. Denne tvilen knyttet kvinnene til spørsmål om deres moralske holdning og troverdighet. Kvinnene opplevde at legene hadde en dualistisk tankegang ved at de i fravær av objektive funn, nesten

umiddelbart psykologiserte helseproblemene. Mistro fra leger og omsorgspersoner skal ha bidratt til utvikling av en defensiv holdning hos pasientene.

En kvantitativ studie peker på at aksept kan være en viktig faktor å vurdere i behandlingen for pasienter med CFS (Brooks, Rimes & Chalder, 2011). Resultatene i studien viste at manglende aksept var forbundet med nedsatt fysisk funksjon og utmattelse. Etter kognitiv atferdsterapi (CBT) var det signifikant økt aksept, mindre utmattelse, og forbedret fysisk og sosial funksjon. En lignende studie på CBT så på hvilken rolle sykdomsaksept og nevrotisme spilte ved CFS (Poppe, Petrovic, Vogelaers & Crombez, 2013). Studien fant at høy grad av nevrotisme og lav grad av aksept indikerte større forbedringer knyttet til mental livskvalitet etter behandling.

### 1.3 Formål og forskningsspørsmål

Formålet med denne oppgaven er å rette søkelyset mot norsk psykomotorisk fysioterapi som behandling for pasienter med kronisk utmattelsessyndrom CFS/ME. Jeg ønsker med dette å oppnå en dypere innsikt i erfaringene pasientene har relatert til kroppslig omstilling gjennom et fenomenologisk og hermeneutisk perspektiv. Med forankring i oppgavens bakgrunn og teoretiske rammer er studiens forskningsspørsmål formulert slik:

*Hvordan erfarer pasienter med kronisk utmattelsessyndrom CFS/ME kroppslig omstilling ved norsk psykomotorisk fysioterapi?*

## 2.0 TEORETISK RAMMEVERK

Innholdet i dette kapitlet er relevant for oppgavens analyse. Det starter med å redegjøre for kroppsfenomenologi. Videre følger teori om anerkjennelsesteori og psykomotorisk fysioterapi.

### 2.1 Kroppsfenomenologi

Fenomenologien ble grunnlagt av Edmund Husserl og representerer et brudd med tidligere vitenskapsfilosofiske tradisjoners klare skille mellom subjekt og objekt (Thornquist, 2018, s. 101-106). Oppmerksomheten i fenomenologien rettes mot verden slik den *erfares* for subjektet. Utgangspunktet er at vi lever i en verden som har *betydning* og *mening* for oss, og fenomenologien er derfor interessert i å forstå menneskelige handlinger og begivenheter ut fra aktørens eget subjektive perspektiv. Fenomenologien åpner for en annen tenkning om tid og rom enn som noe objektivt og målbart (Thornquist, 2018, s. 126-128). Filosofien har en forståelse av *levd* tid og *levd* rom, hvor fortid og fremtid oppfattes i lys av nåtiden.

Filosofen Merleau-Ponty (1994, s. 12-17) videreutviklet fenomenologien og knyttet menneskets subjektstatus til kroppen. Hans filosofi omhandler å være-i-verden som kropp, hvor vi både subjektivt *er* og objektivt *har* en kropp. Til forskjell fra andre materielle objekter i verden, er kroppen det inkarnerte subjektet vi aldri kan fjerne oss fra. Merleau-Ponty (1994, s. 24-25) mente fortiden er i kroppen som en gammel nåtid. Hvor *levd* liv uttrykkes og *avleires* i kroppen, hvor det er kroppen som «vet» og «forstår» (Merleau-Ponty, 1994, s. 97-100).

Merleau-Ponty (2012, s. 214-252) hevdet at kroppen er sentrum for erfaring, og at det er via kroppen vi har tilgang til verden. Han knyttet derfor kroppen til sin forståelse av intersubjektivitet. Merleau-Ponty knyttet persepsjon og kroppslig aktivitet uløselig sammen, hvor det vi erfarer og *gjør* blir en del av vår kroppslighet. For ham var persepsjon en åpning mot verden. Fra det kroppslige subjektet, mot en delt visuell verden. Han mente det er ved hjelp av kroppen vi forstår den andre. Kroppen er uttrykksfull og inviterer andre til kommunikasjon. Vi oppfatter andre menneskers kropp og bevegelser som meningsfulle (Merleau-Ponty, 2012, s. 213).

For Merleau-Ponty (1994, s. 89-91) var kroppen intensjonal med en rettethet mot verden. I kraft av vår kroppslighet kan omverden fremtre for oss som en invitasjon til utforskning. Det er via kroppen vi erfarer, og det er via kroppen vi kan konstituere verden. Vår oppmerksomhet kan derfor veksle mellom egen kropp og mot verden. På denne måten kan kroppen omgjøres til objekt.

Leder (1990, s. 1-8) var inspirert av Merleau-Ponty og rettet søkelyset mot den *fraværende* kroppen (eng. the absent body). Han forklarer hvordan kroppen vanligvis ikke er gjenstand for vår oppmerksomhet når den fungerer som den skal. Den velfungerende kroppen er altså fraværende, den forblir i bakgrunnen av vår bevissthet. Ved smerter, sykdom og funksjonsproblemer bringes kroppen i forgrunnen av oppmerksomheten. Leder hevder at vi da opplever kroppen som selve fraværet av en ønsket eller vanlig tilstand, og som en kraft som står i motsetning til selvet.

Toombs (1995, s. 9-15) brukte fenomenologi til å belyse opplevelsen av tap av mobilitet og funksjonsproblemer gjennom forståelsen av *levd kropp*. Som kroppslige subjekter, lever og eksisterer vi i kroppen vår. Kroppen representerer vårt syn på verden, og er utgangspunktet for vår orientering. Toombs fremhevet at fysisk funksjonshemning påvirker vår opplevelse av tid og rom. Tap av funksjon gir en følelse av avstand mellom en selv og verden, hvor det som før opplevdes *nært*, nå oppleves *ffernt*. Ved funksjonsproblemer kan det bli nødvendig å finne andre måter å være-i-verden på, som krever omstilling av vaner og væremåter. Fremfor umiddelbar deltakelse, kreves det avveining, planlegging og bevisst kroppsbruk. Dette kan bidra til lavere deltagelse (Toombs, 1995, s. 9-15).

Vår identitet er knyttet til vår kroppslighet (Toombs, 1995, s. 16-22). Tap av funksjon representerer en modifisering av mulighetene for handling iboende i den levde kroppen. Nye tilpassede bevegelsesmønstre kan oppleves ugjenkjennelige, og spesielt gjelder dette ved tap av den oppreiste stillingen. Den oppreiste, stående stillingen er viktig for deltakelse og autonomi. Den liggende stilling erfares og forbindes i motsetning med hjelpeløshet og avhengighet, og Toombs hevder det påvirker måten andre behandler en på. Ved å se seg selv gjennom andres øyne, oppleves skam. Skammen over å ikke lengre kunne utføre oppgaver, reflekterer vår kulturs vektlegging av uavhengighet og autonomi (Toombs, 1995, s. 16-22).

## 2.2 Anerkjennelsesteori

Psykologen Løvlie Schibbyes (2009, s. 256-258) relasjonsforståelse bygger i hovedsak på tanken om at det er i forholdet til den andre at jeg blir et selv. Sentralt i hennes relasjonsforståelse står temaet anerkjennelse. Opprinnelig stammer begrepet anerkjennelse fra filosofen Hegel, og brukes blant annet om det å se noe om igjen, gjenkjenne, erkjenne og styrke. Hegel mente anerkjennelse innebar en subjekt-subjekt-holdning; en evne til å ta den andres perspektiv og sette seg inn i den andres subjektive opplevelse. Han mente gjensidig anerkjennelse er nødvendig for at det fastlåste i en relasjon skal endres. Hegel understrekte at partene må være likeverdige i en bevegelig relasjon, altså ha lik rett til sin egen opplevelse (Schibbye, 2009, s. 261). Likeverd innebærer en respekt for den andres rett til å oppleve verden på sin måte. Denne aksepten av å ha en egen opplevelse gjør det mulig å forandre opplevelsen.

Indre anerkjennelse har Schibbye (2009, s. 259-263) definert som å se og verdsette det mennesket den andre er, og hva hen opplever i sitt innerste. Anerkjennelse er noe du *er*, ikke noe du *har*. Individet må være i kontakt med sin egen subjektivitet for å kunne forstå den andres indre subjektive verden. Schibbye skriver at individets bevissthet blir til via en annens bevissthet. Anerkjennelse bidrar på teorinivå til økt selvavgrensning og selvrefleksivitet. I sin anerkjennelsesteori er hun opptatt av hvordan fenomenene lytting, forståelse, aksept, toleranse og bekreftelse henger dialektisk sammen og inngår i et hele. Bekreftelse inngår i alle aspektene. Den er i måten vi lytter på og den er levd i øyeblikket (Schibbye, 2009, s. 278).

Schibbye forteller at lytting er en forutsetning for forståelse (Schibbye, 2009, s. 263-267). Å lytte terapeutisk er en kompleks prosess som innebærer å ikke være forutinntatt. Vi er alltid bevisst-om-noe, men i terapi må dette settes i parentes slik at vi kan la *fenomenet fremtre* for oss. Fenomenologien lærer oss å utvikle en åpenhet for det vi har glemt å se eller aldri har sett. En slik åpenheten krever at terapeuten setter egne behov, følelser og tanker til side. Dette skaper en tidsopplevelse som gir psykisk rom både innover i seg selv og utover i forholdet. På denne måten gir terapeuten den andre plass og mulighet for å oppdage og integrere følelser. Grunnet samtidigheten mellom tid og rom, kan terapeut og klient oppleve mer ro når tempoet settes ned. Når terapeuten lytter, hører klienten seg selv og opplevelsene

og følelsene som ligger bak det som blir sagt. Følelsene blir virkelig når de blir anerkjent utenfor seg selv i terapeutens bevissthet. Lytting forteller klienten at hen er viktig, verdsatt og sannferdig. Terapeutisk lytting er derfor terapeutisk i seg selv (Schibbye, 2009, s. 267-269).

Forståelse er en forutsetning for aksept og toleranse. En terapeutisk forståelse er en *indre* forståelse (Schibbye, 2009, s. 272-273). Terapeuten må sette seg inn i klientens opplevelsesverden og kontakte tilsvarende følelser i seg selv. Terapeutens umiddelbare forståelse av klientens uttrykk, bidrar til at klienten skal tilegne seg av sin opplevelse som *sin*. Klienten får sin opplevelsesverden presentert *utenfor* seg selv i terapeutens forståelse, og kan på denne måten bruke terapeutens bevissthet til å utvide sin egen og bli mer reflektert. Relasjonen struktureres i retning av et felles prosjekt om å forstå pasientens indre opplevelsesverden (Schibbye, 1996).

Aksept og toleranse er en forutsetning for bekreftelse. At terapeuten møter klienten med aksept og toleranse innebærer å godta den andres rett til sin følelse, at vi tåler den og lar den være (Schibbye, 2009, s. 275-277). Når terapeuten møter de sidene klienten selv anser som negative med varme og toleranse, kan klienten begynne å se seg selv med terapeutens øyne. Terapeutens aksept og toleranse virker intervenserende ved å muliggjøre at klienten kan føle eierskap og rett til sin egen opplevelse, og dermed kan endre eller gi avkall på den. I tillegg bidrar terapeutens aksept og toleranse til å styrke klientens selvaktelse, følelsen av å ha verdi som person.

## 2.3 Norsk psykomotorisk fysioterapi

Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) har en tilnærming til pasienten som bryter med den tradisjonelle medisinske tenkemåten om kroppen (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 24). Behandlingen ble utviklet i Norge på slutten av 40-tallet av psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen (Bunkan, 2001). For å skille den norske tilnærmingen fra andre internasjonale behandlingsformer knyttet til begrepet «psykomotorikk», benyttes begrepet norsk psykomotorisk fysioterapi. Videre i denne oppgaven brukes begrepet «psykomotorisk fysioterapi» for enkelhetens skyld, men sikter til NPMF dersom ikke annet er spesifisert.

Thornquist & Bunkan (1986, s. 16) skriver at utgangspunktet for psykomotorisk fysioterapi er det hele mennesket, og at alt psykomotorikeren gjør er basert på en forståelse av kroppen som et integrert fysisk, psykisk og sosialt fenomen. Når vi forstår mennesket som kroppslig eksisterende, er det en samtidighet mellom kropp og følelser (Thornquist, 2009, s. 186-188). Følelser uttrykkes kroppslig, og kroppen regulerer vårt følelsesliv.

I psykomotorisk fysioterapi står kroppen i sentrum for undersøkelse og behandling, og samspillet mellom pust, muskulatur og bevegelse er sentralt (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 16-21). Følelser bremses eller holdes tilbake med regulert pust og varierende grad av muskulære spenninger. Kroppslig vurdering må derfor alltid baseres på en forståelse av gjensidigheten mellom kropp og følelser.

I psykologisk forstand er muskelspenningers funksjon å regulere følelser (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 17). Muskulære spenninger, bremsing av pust og bevegelse er en del av vårt emosjonelle og sosiale forsvar, overlevelse og tilpasning til omgivelsene og til egne og andres forventninger (Thornquist, 2009, s. 186-188). Vi beskytter oss ved å *kjenne* mindre og prøver å holde det vanskelige på avstand. Hvis dette blir en vane, kan det innebære underkjenning av egne følelser og muligheten til å reflektere over hvilke situasjoner som aktiviserer og fremmer følelsene begrenses. På denne måten kan man miste kontakten med sin subjektive opplevelse og den kroppslige siden av den.

Målet med den psykomotoriske behandlingen er en omstilling av kroppsholdning, muskulatur og pust (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 16). Behandlingen er individuelt tilpasset basert på pasientens ressurser og problemer. Basert på undersøkelsen, tilpasses tilnærmingen som *støttende/stabiliserende* eller *frigjørende/omstillende*. Hva som er stabiliserende behandling må tilpasses den enkelte pasienten i den enkelte situasjonen (Gretland, 2007, s. 144).

Pasientens potensialer og omstillingsmulighet står i fokus i behandling, og med dette menes pasientens muligheter til endring (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 16-18). Bülow-Hansen beskrev den psykomotoriske behandlingen som vellykket når kroppen svarer på grepene og instruksjonene med en hensiktsmessig omstilling av respirasjonen (Øvreberg & Andersen, 2016, s. 25). Samtidig skjer det også en omstilling av musklernes spenning, og en økt kroppsfornemmelse hos pasienten. Avspenning av muskulaturen er altså et ledd i frigjøring av respirasjonen og et middel til å oppnå omstilling, bedret balanse og større harmoni psykisk og fysisk (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 17-18). Å redusere spenninger dreier seg om å gi slipp, gi etter og gi opp kontroll, både fysisk og psykisk.

Gretland (2007, s. 88-99) forklarer at omstillende behandling betegner endring av selvbeskyttende, vanemessige bevegelses- og spenningsmønstre. Det kjennetegnes blant annet av at pasientenes kroppslige selvregulering utfordres og kroppslig forsvar svekkes, gjennom endringer i muskulære spenninger og pustemønstre. I et biologisk perspektiv innebærer omstilling endring av ensidige og monotone belastende bevegelsesmønstre som kan ha oppstått etter skader og sykdom. I et fenomenologisk perspektiv anses kroppslig væremåte hensiktsmessig ut fra personens erfaringer og egne ressurser. Langsom omstilling hvor pasienten gradvis får prøve ut og utforske muligheter for bevegelse kan være kilde til et mer nyansert og balansert bevegelsesmønster. Pasientenes erfaringer med kroppslig omstilling kan altså belyses både som underlagt naturlover og samtidig meningsbærende (Gretland, 2007, s. 32-33).

Psykomotorisk fysioterapi er avhengig av et samarbeid med pasienten, hvor de aktuelle symptomene er utgangspunktet for behandlingen (Øvreberg & Andersen, 2016, s. 25). Gjennom bevisst arbeid med ulike former for berøring, bevegelse og aktiviteter fremheves kroppsanser,



erfaringer og mestringsmuligheter (Gretland, 2007, s. 86-92). Berøring kan være en hjelp til selvopplevelse, bygge opp under en realitetsorientering og en følelse av å være en enhetlig og distinkt person avgrenset fra omgivelsene og fra andre mennesker (Thornquist, 2009, s. 232). Å bli berørt innebærer muligheten til å komme i kontakt med egne følelser og egen kropp på, og kan derfor bidra til tilstedeværelse, refleksjon og deltakelse.

Et av hovedprinsippene i psykomotorisk fysioterapi er at å starte med beina for å etablere god forankring (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 73-79). Å stå godt på beina er en forutsetning for å kunne slippe pusten til og gi slipp på spenninger andre steder i kroppen. Arbeidet med beina gjøres for å stabilisere pasienten fysisk og emosjonelt, og dermed sikre en skånsom og stabil omstillingsprosess. Bulow-Hansen snakket om «å stå og gå med skuldrene» og brukte som bilde å gå på tynn is. Det gjenkjennbare bildet av å være utrygg, ha pusten i halsen og hevede skuldre hjalp pasientene til å forstå og oppleve sammenhengen mellom kroppsuttrykk og følelser. Ved hjelp av enkle øvelser som gir pasienten opplevelsen av å stå godt og støtt, motvirkes kaotiske følelser, uro og forvirring, og hjelper pasienten å beholde emosjonell likevekt (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 86-87).

Samtalene skiller seg fra andre terapeutiske sammenhenger da de oftest dreier seg om kroppslige forhold og erfaringer (Gretland, 2007, s. 86-92). Mange pasienter har aldri opplevd å kunne dele sin opplevelsesverden med andre. Dette bidrar til økt selvopplevelse og selvoppdagelse. Gretland (2007, s. 129) skriver at det å snakke kan fungere frigjørende og bidra til å redusere kroppslig spenning.

Det kroppslige uttrykket og det verbale budskapet kan være motstridende, og da er respirasjonen en sentral indikator på hvordan pasienten egentlig har det ettersom pust og emosjoner er så nært knyttet til hverandre (Gretland, 2007, s. 91-93). Det samme gjelder for andre autonomt inerverte kroppsfunksjoner, kroppsholdning og bevegelsesinitiativ. Om pasienten er angstfylt og overveldet av følelser, kan terapeutens viktigste oppgave være å hjelpe vedkommende til å konsentrere seg om noe konkret som foregår her og nå, på erfaringsnære personlige forhold. Gretland (2007, s. 114) skriver at oppmerksomhet om kroppsforannelser i et emosjonelt og sosialt perspektiv kan gi bedre selvinnsikt, og bedre muligheter til å forstå seg selv.

## 3.0 METODE

I dette kapitlet beskrives og begrunnes oppgavens vitenskapsteoretiske ståsted, fremgangsmåten for innhenting av data og analyse. Deretter følger etiske aspekter og kritisk vurdering av forskerrollen.

### 3.1 Forskningsdesign og vitenskapelig perspektiv

Helsebiblioteket (2016a) skriver at hvilke type kjernes spørsmål som stilles avgjør valg av forskningsmetode. Denne studien har en problemstilling som søker kunnskap om erfaringer og har derfor et kvalitativt forskningsdesign. Malterud (2018, s. 32) skriver at denne metoden er godt egnet som tilnærming til det ukjente, når det finnes lite forskning på området fra før. Thornquist (2018, s. 244) utdyper at kvalitativ forskning søker å forstå menneskers opplevelses- og meningsverden. Metoden var derfor godt egnet da jeg ønsket å oppnå dypere innsikt i erfaringene pasienter med kronisk utmattelsessyndrom CFS/ME har med norsk psykomotorisk fysioterapi.

Thornquist (2018, s. 259) fremhever at valg av perspektiv har en direkte sammenheng med hva det er mulig å belyse og si noe meningsfylt om, og er av stor verdi for forskningen å tydeliggjøre. I denne oppgaven er det pasientenes opplevelse, erfaringer og forståelse rundt kroppslig omstilling i et førstepersonsperspektiv jeg er interessert i å utforske. I lys av dette er studien fenomenologisk og hermeneutisk orientert. Fenomenologien vektlegger fyldige beskrivelser av menneskers erfarings- og meningsverden (Thornquist, 2018, s. 101-111). Thornquist skriver at vi gjennom dette perspektivet kan få tilgang til aktørens livsverden gjennom analyse av samtaler og dermed oppnå ny innsikt om vår egen tid. Hermeneutikken på sin side omhandler spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning (Thornquist, 2018, s. 167). Tradisjonen stiller først og fremst spørsmål ved tekster, og hjelper oss med å forstå hvordan vi forstår, og hvordan vi gir verden mening.

### 3.2 Innsamling av data

I dette delkapitlet gjøres det først rede for studiens utvalg og rekrutteringsprosess. Videre beskrives intervju som oppgavens metode for innhenting av data.

### 3.2.1 Utvalg og rekruttering

Malterud (2018, s. 57-58) skriver at forskerens kilde til svar på problemstillingen er studiens empiriske data. Studiens informanter bestemmer med andre ord hvilke sider av saken vi kan si noe om. I en kvalitativ studie skal utvalget ifølge Malterud settes sammen slik at det inneholder tilstrekkelig rikt og variert datamateriale om det aktuelle fenomenet i tilstrekkelig dybde og bredde. Denne studien har et utvalg som er strategisk sammensatt ut fra en målsetting om at materialet kan belyse problemstillingen best mulig. Høy grad av informasjonsstyrke i utvalget indikerer at det er behov for færre informanter (Malterud, Siersma & Guassora, 2015).

Informantene ble rekruttert gjennom én psykomotorisk fysioterapeut som hadde meldt sin interesse for å bidra med prosessen. Ved nærmere samtale viste det seg at terapeuten hadde ni års erfaring med behandling av 20-25 pasienter med diagnosen ME. Han hadde også klart for seg hvilke informanter som trolig kunne bidra med rike og utfyllende erfaringer og refleksjoner relatert til oppgavens tematikk og dermed var aktuelle å spørre om deltakelse. På faglig og pragmatisk bakgrunn ønsket jeg derfor å inkludere noen av hans pasienter. Den psykomotoriske fysioterapeuten formidlet detaljert informasjon om prosjektet til aktuelle informanter som tilfredsstilte følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier:

**Tabell 1. Inklusjon- og eksklusjonskriterier for å delta i studien**

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Diagnostisert med CFS/ME eller annen sykdom som faller inn under betegnelsen kronisk utmattelsessyndrom. Alvorlig sykdom utelukket.	Ikke utredet. Annen sykdom ikke utelukket.
Individuell NPMF	BK eller PMF i gruppeterapi
Behandlingsvarighet på mer enn 6 mnd	Kortere behandlingsforløp enn seks mnd.
Behandlet innen siste 12 mnd	Avsluttet behandling mer enn ett år før intervju
Over 18 år og samtykkekompetent	Under 18 år. Ikke samtykkekompetent.

Inklusjonen ble avsluttet etter at fire informanter hadde meldt sin interesse for deltakelse. En av disse ombestemte seg på et senere tidspunkt av ukjent årsak. Utvalget ble da bestående av tre informanter som alle signerte informasjonsskrivet med samtykkekontrakt (vedlegg 1). Skrivet bygget på den veiledende malen fra Norsk Senter for Forskningsdata sine nettsider ([www.nsd.no](http://www.nsd.no)), og informerte om formålet med studien, hvordan intervjuene ville bli gjennomført, oppbevaring av data, frivillighet og muligheten til å trekke seg fra studiet. Forskeren kontaktet de inkluderte informantene for å avtale tid og sted for intervju.

### 3.2.2 Intervju

Malterud (2018, s. 69) skriver at vi ved å snakke med andre får direkte kjennskap til menneskers erfaringer. Ifølge henne kan semistrukturerte individualintervju være en god metode for innsamling av data, ved ønske om å lære mer om andres opplevelser. Malterud forteller videre at en slik intervjusituasjon med fortrolighet og ro kan skape gode rammer for historier om erindringer og sammenhenger. Ettersom formålet med denne studien er å få innsikt i pasientenes erfaringer, har jeg valgt å benytte semistrukturerte individualintervju for innhenting av data.

Intervjuguiden ble utviklet i samråd med intern veileder. Malterud (2018, s. 70) hevder at det mest robuste materialet skapes når informantene forteller konkrete historier. Spørsmålene ble derfor utformet med den hensikt å få frem konkrete pasientnære eksempler fra deres liv for å best mulig belyse problemstillingen. Guiden var semistrukturert med et par åpne hovedspørsmål og rom for oppfølgingsspørsmål underveis (Malterud, 2018, s. 133-134). Intervjuguiden (Vedlegg 2) var todelt med spørsmål om 1) *hvilke* endringer de erfarte relatert til kroppslig omstilling, og *hvordan* de opplevde disse endringene. Og spørsmål om 2) tiden før de begynte i psykomotorisk fysioterapi relatert til sykdomsutvikling og funksjonsnivå. En av informantene fikk tilsendt guiden i forkant av intervjuet etter vedkommende sitt ønske.

Alle intervjuene ble gjennomført digitalt; to av intervjuene ble avholdt via videokonferanse, mens det siste ble gjennomført over telefon. Hvert av intervjuene varte mellom 35 minutter og 1 time og 45 minutter. Alle intervjuene ble tatt opp elektronisk på digital lydopptaker i tråd med det skriftlige informerte samtykke. Under intervjuene ble det ført feltnotater av forskerens

inntrykk og ettertanker. Intervjuene ble transkribert fortløpende, noe som gav meg et utgangspunkt for justeringer av mine spørsmålsformuleringer mellom intervjuene. Rekkefølgen på spørsmålene var fleksibel og ble tilpasset informantens utsagn. For å få tilgang til den erfaringsnære kunnskapen ble konkrete hendelser etterspurt. Avslutningsvis fikk informantene en siste mulighet til å meddele det de eventuelt brant inne med.

### 3.3 Analyse av materialet

Analysen er induktiv med sikte på å utvikle ny kunnskap om pasienter med CFS/ME sine erfaringer med kroppslig omstilling ved psykomotorisk behandling (Malterud, 2018, s. 113). I prosjektets tidlige fase vurderte jeg å benytte Giorgis psykologiske fenomenologiske analyse for å finne *essensen* i informantens erfaringer og opplevelser. Senere ble jeg bedre kjent med Malteruds systematiske tekstkondensering (STC), og likte spesielt at denne metoden hadde en så spesifikk fremgangsmåte for kondensering og abstrahering av data. Ettersom sistnevnte metode er inspirert av Giorgis analyse, falt valget på STC (Malterud, 2018, s. 116).

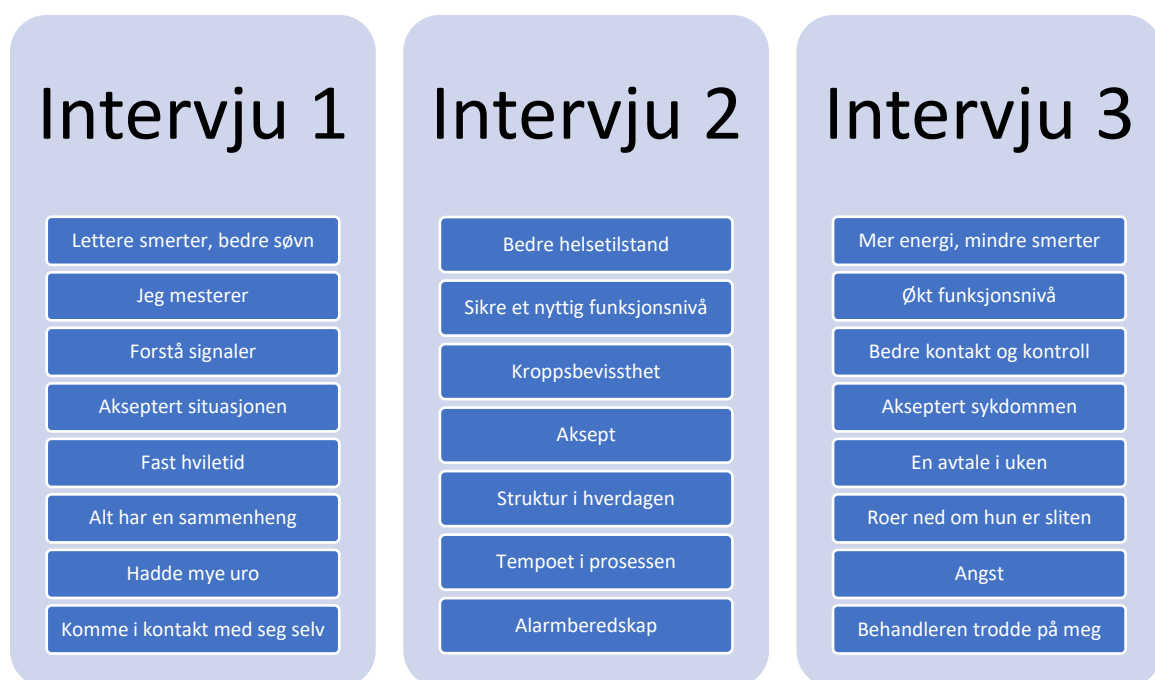
#### 3.3.1 Transkripsjon

Intervjuene gav meg tre lydopptak som ble utgangspunkt for datamaterialet i denne studien. Lydopptakene ble omgjort til tekst for videre analyse, og denne transkripsjonen utførte jeg selv. Transkriberingen gjorde meg kjent med materialet fra en ny side og gav meg mulighet for andre ettertanker (Malterud, 2018, s.77-81). Malterud skriver at omformingen fra samtale til tekst alltid vil innebære en form for filtrering der mening går tapt eller forvrenges underveis. Transkripsjonen ble utført ordrett basert på forskerens og informantens utsagn, men med forsiktig redigering av teksten for å forsøke å bevare meningsinnholdet i samtalene i størst mulig grad (Malterud, 2018, s. 78). Latter, pauser og lignende ble av den grunn inkludert for å gjenspeile stemningen. Dialekter ble omgjort til bokmålsform for å gjøre teksten lettere å arbeide videre med, samt for anonymisering. Etter at intervjuene var omgjort til tekst, hørte jeg igjennom lydopptakene flere ganger mens jeg leste igjennom materialet for å sikre felles meningsinnhold. Transkriberingen var svært tidkrevende, men medførte at jeg ble godt kjent med materialet. Utgangsmaterialet bestod av totalt 38 transkriberte tekstsider med enkel linjeavstand.

### 3.3.2 Analyse

Malteruds systematiske tekstkondensering er en pragmatisk metode for analyse av kvalitative data, spesielt utviklet for å gi nybegynnere en enkel innføring i analyseprosessen (Malterud, 2018, s. 92-97). Da denne studien baseres på tre ulike dybdeintervju, er det en tverrgående analyse hvor likhetstrekk, forskjeller og variasjoner i erfaringer, følelser og holdninger fortolkes og sammenfattes.

Figur 1. Foreløpige temaer fra hvert intervju



#### 1. Foreløpige temaer

Første trinn i analysen er å lese igjennom transkripsjonene for å bli kjent med materialet (Malterud, 2018, s. 99-100). I denne prosessen fokuserte jeg på å legge bort min forforståelse og stille meg åpen for de inntrykkene materialet formidlet. Notater ble ført underveis og inntrykkene oppsummert etter å ha lest alt. Deretter ble syv til åtte mulige foreløpige temaer vurdert for hvert intervju (se figur 1) som kunne fortelle noe om erfaringene informantene hadde hatt med kroppslig omstilling. I siste steg i analysetrinn 1 fant jeg fire foreløpige temaer som var felles for de tre intervjuene; 1) bedret helsetilstand, 2) økt kroppsbevissthet, 3) økt kroppslig fungering i hverdagen, og 4) lære å lytte til kroppen.

## 2. Sortering av meningsbærende enheter i kodegrupper

Andre trinn i analysen omfatter organisering og redusering av det aktuelle materialet (Malterud, 2018, s. 100-101). De fire betegnelse ble i denne fasen reformulert til reviderte foreløpige temaer som dannet grunnlag for kodegrupper, med hvordan best belyse problemstillingen i mente.

Neste steg i analysen er en grundig og systematisk gjennomgang av transkripsjonene for å identifisere meningsbærende enheter (Malterud, 2018, s. 101-105). Målet er å finne tekst som bærer med seg kunnskap om ett eller flere tema fra første analysetrinn, med sikte på å belyse oppgavens problemstilling. De meningsbærende enhetene ble sortert systematisk i de fire kodegruppene. Kodeprosessen valgte jeg å gjennomføre manuelt på datamaskin i fire ulike tekstdokument, et dokument for hver kodegruppe. Hver av de ulike kodegruppene fikk hver sin fargekode (se figur 2), og klippet ut meningsbærende enheter fra hvert intervju og limte dem inn i det relevante tekstdokumentet. Navnene på de ulike kodegruppene og subgruppene endret jevnlig navn i løpet av denne prosessen for å best beskrive innholdet som vokste frem. Alle endringer ble ført inn i en prosjektlogg for bedre oversikt.

**Figur 2. Kodegruppene med hver sin fargekode**

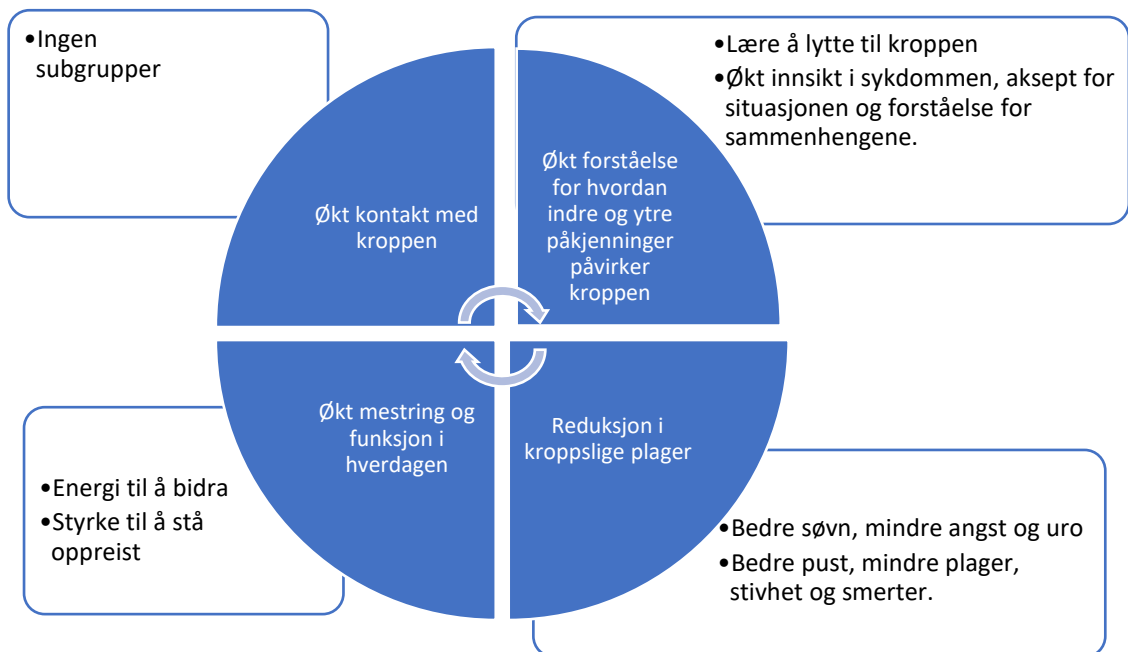
1. Bedre helsetilstand/mindre plager
2. Økt kroppsbevissthet
3. Økt kroppslig fungering i hverdagen
4. Lære å lytte til kroppen

## 3. Fra meningsbærende enheter til kondensat

I tredje trinn i analysen var studiens empiriske data redusert til et dekontekstualisert utvalg av meningsbærende enheter sortert i fire kodegrupper, mens den resterende delen av materialet ble lagt foreløpig til side (Malterud, 2018, s. 105-108). Materialet i hver kodegruppe ble videre sortert i en til to subgrupper (se figur 3). Deretter ble det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene omsatt til en mer generell form, utformet i et kondensat

skrevet i førsteperson. I tillegg ble det valgt ut et gullsitat som best mulig illustrerte hvert enkelt hovedfunn.

**Figur 3. Oversikt over kodegruppene med tilhørende subgrupper**

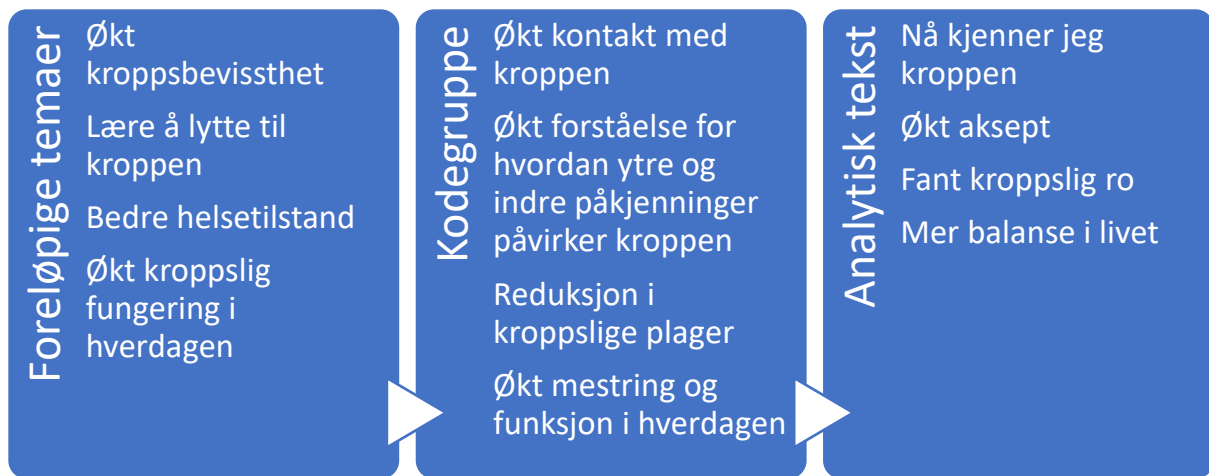


#### 4. Fra kondensat til analytisk tekst

Siste trinnet i analysen omfatter rekontekstualisering hvor resultatene blir validert opp mot den sammenhengen de opprinnelig ble hentet ut i fra (Malterud, 2018, s. 108-111). Kondensatene fra forrige analysetrinn ble brukt til å lage analytiske tekster av hver enkelt subgruppe i tredjepersonform. Gullsitatene ble nøye vurdert i forhold til om de fortsatt var representative. Hver analytisk tekst med sitater fikk en tilhørende overskrift som sammenfattet det avsnittet handlet om. Overskriftene anses som oppgavens sluttresultat og baseres på de opprinnelige kodegruppene, samt den nye innsikten fra analysen og teori. Videre ble det undersøkt om andre forskere hadde presentert tilsvarende beskrivelser fra før.



**Figur 4. Viser utviklingen fra analysetrinn 1 til 4**



### 3.4 Ethiske betraktninger

Studien er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (Vedlegg 4) og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Vedlegg 5 og 6). Lydopptakene fra dybdeintervjuene ble anonymisert under transkripsjon, og alt materialet er lagret trygt på Høgskolens egen forskningsserver for å sikre konfidensialitet. Deltakelse i studien er frivillig og basert på informantenes skriftlige samtykke etter å ha mottatt og forstått informasjon om studiens omfang. Alle informantene er over 18 år og samtykkekompetente. For å verne privatlivets fred jf. Lov om straff §267 står deltagerne fritt til å trekke seg fra prosjektet når som helst i prosessen (Straffeloven, 2005). Forskningsprosessen er utført redelig i alle ledd jf. Lov om organisering av forskningsetisk arbeid §8 (Forskningsetikkloven, 2017). Alle informantenes integritet er ivaretatt både under intervjusituasjonen, samt etterpå ved bearbeiding av data (Fangen, 2015). Studien vil bli publisert i Høgskulen på Vestlandet sitt eget vitenarkiv for å få frem resultatene og dermed bidra til at forskningen kommer til nytte.

### 3.5 Kritisk vurdering av forskerrollen

Refleksivitet refererer til forskerens bevissthet om sin egen rolle, refleksjon over seg selv og sitt bidrag gjennom hele prosessen (Thornquist, 2018, s. 245). Videre skal jeg forsøke å stille spørsmål ved egne fremgangsmåter og betydningen av eget ståsted i forskningsprosessen.

Selv opplever jeg kronisk utmattelsessyndrom som en kompleks og sammensatt lidelse. Jeg hadde tre pasienter med ME som primær eller sekundær diagnose i behandling før oppstart ved masterstudiet. Det var varierende grad av effekt av behandling den gang, hvor jeg opplevde at min kunnskap kom til kort. En fordel med denne personlige erfaringen er at den vekket min nysgjerrighet og interesse til å forske på tematikken. En ulempe er at motivet kan påvirke prosessen og produktet, og dermed bestemme kunnskapens situering (Malterud, 2018, s. 41-43). Ved rådgivning med prosjektets veileder kan dette bevisstgjøres, forebygges og til en viss grad motvirkes.

Kort tid inn i mitt masterstudium ble jeg introdusert til den fenomenologiske forståelsen av mennesker, og jeg kunne se disse pasientene i et nytt lys. Jeg ble overbevist om at norsk psykomotorisk fysioterapi måtte kunne bidra med noe nyttig for pasienter med kronisk utmattelsessyndrom, men visste enda ikke med hva eller på hvilken måte. Jeg hadde ikke tro på at behandlingen kunne kurrere sykdommen alene, og jeg anså tverrfaglig samarbeid som viktig.

Mitt ønske om og min interesse for å hjelpe disse pasientene til en bedre hverdag var jeg selv bevisst, og aktivt forsøkte å distansere meg fra ved innhenting og analysering av data. Som forsker i eget fag har jeg stor tilgang til å forstå feltet, men risikerer samtidig å ta ting for gitt (Thornquist, 2018, s. 247-262). Forskningen er derfor ikke forutsetningsløs. Min nærhet til det psykomotoriske fagfeltet kan vanskeliggjøre kritisk refleksjon. Også her vil tett samarbeid med veileder være viktig. I arbeidet med oppgaven søker jeg derfor å etablere en balanse mellom å være nær nok til å forstå informantenes verden, men samtidig fjern nok til å kunne sette ord på det selvfølgelige og kunne rekontekstualisere informantenes selvforståelse i analysen (Thornquist, 2018, s. 247-262).

## 4.0 FUNN

I dette kapitlet presenteres mine funn og fortolkninger av datamaterialet. Studiens problemstilling som skal besvares er som nevnt: «Hvordan erfarer pasienter med kronisk utmattelsessyndrom CFS/ME kroppslig omstilling ved norsk psykomotorisk fysioterapi?». Kapitlet starter med en kort presentasjon av informantene. Videre er kapitlet inndelt i de fire overskriftene; 1) «*Gradvis kjenner jeg kroppen min på en ny måte*», 2) «*Fra manglende aksept til bedre aksept av situasjonen*», 3) «*Fra et angstfylt forhold til økt tillit til egen kropp*», og 4) «*Balanse i kroppen, balanse i livet*». De ulike prosessene skjer parallelt og har en gjensidig påvirkning på og avhengighet av hverandre.

### **Presentasjon av informantene**

Totalt tre informanter deltok i studien, alle tre var kvinner. De var i alderen 28 til 55 år. En hadde diagnosen nevrasteni, to hadde ME. De hadde alle utdanning på høyskolenivå eller høyere. En hadde søkt om og en hadde fått innvilget uføretrygd. En var student. Behandlingsforløpene varierte fra halvannet til fire års varighet. Alle informantene var gift. To av dem hadde barn i alderen 6-23 år.

### **Gradvis kjenner jeg kroppen min på en ny måte**

Informantene fortalte at de hadde hatt et aktivt liv før de merket at kroppen begynte å bremse dem. De hadde deltatt aktivt i familielivet, hatt full jobb eller studier, gått på fjellet, drevet med toppidrett og generelt vært veldig aktive. Gradvis hadde de fått et tiltagende behov for søvn, var mye slitne og fikk smerter i kroppen.

Informantene begynte etter hvert å bli klossete og kunne stumpe i ting. Kamilla opplevde at hun begynte å miste ting, særlig de dagene hun var ekstra sliten. Hun beskrev at hun for eksempel kunne velte og søle en panne mens hun lagde middag. Nå er Kamilla mer i kontakt med seg selv. Tidligere var hun ikke bevisst kroppen mens hun så på TV. Nå kan hun kjenne om hun eksempelvis spenner foten.

Jeg har alltid noen spenninger i kroppen, men det var mer ubevisst før.  
Kamilla

Åse fortalte at hun måtte stenge av kroppen for å fungere. For ni år siden stod hun midt i en krise, og hadde ikke tid til å lytte til signalene kroppen ga. Hun var mye kvalm og ble etter hvert så kroppslig sliten at hun kjente seg lammet av trøtthet. For å håndtere den svært krevende livssituasjonen ble det helt nødvendig for henne å legge lokk på følelsene. Åse tok en dag av gangen til det nesten ikke var mer krefter igjen til å være oppreist. Det opplevdes nesten som om kroppen hennes var død.

I 2015 begynte Åse i psykomotorisk behandling. Hun syntes det var godt å kjenne hvordan behandlingene frigjorde spenninger hun hadde i kroppen. Åse beskrev hvordan hun etter det første året med psykomotorisk fysioterapi ble mer bevisst kroppen i hverdagen. Hun trakk frem at gjennom å erfare kontakt med tærne, oppdaget hun at kroppstyngden var forskjøvet frempå føttene. Ved å løfte tærne, opplevde hun å kunne gjenfinne balansen. Å stå med kroppen i balanse gjorde at hun fikk mindre smerter i kroppen og at hun kunne stå lengre, eksempelvis hvis hun var på konsert. Dette gjaldt også ved turgåing. Åse oppdaget at dersom hun gikk i raskt tempo, med kroppens tyngde lent fremover, ble pusten bremsset. Hun erfarte at det ble lettere og mindre energikrevende å gå når hun lot tyngden falle *gjennom* kroppen - i balanse. Da kjente hun at pusten ble friere.

Gradvis gjennom behandlingene opplevde informantene bedre kontakt med kroppen. Åse husket spesielt en time hvor hun oppdaget at hun ikke kunne kjenne pusten sin. Hun lå på benken, men kjente ingenting. Den timen løste den psykomotoriske fysioterapeuten opp i brystregionen og hun fikk kontakt med pusten. Hun beskrev det som befriende og som helt fantastisk følelse.

Da han fikk løst opp i brystet, da plutselig begynte jeg å kunne kjenne pusten.  
Åse

I behandlingstimene jobbet informantene mye med massasje, strekk, bevisstgjøring av pusten, samt ulike øvelser og bevegelser. De øvde blant annet på å kunne spenne og slippe ulike muskler kontrollert. Lotte opplevde god hjelp i behandlingene, og fikk etter hvert og gradvis kontroll over kroppen igjen. Hun trakk fram et eksempel, der hun beskrev hvordan hun etter gjentatte behandlinger og repetisjoner kunne stramme en del av låret isolert.

Det var flere ganger jeg måtte spørre: «Strammer jeg det låret nå?».  
Jeg hadde ingen kontakt og ingen kontroll. Med noen ting.  
Lotte

Lotte var hos den psykomotoriske fysioterapeuten omtrent en gang i uken i halvannet år. Tidligere gikk hun veldig sammenkrøpet, uten å legge merke til det selv. Hun ble først bevisst på dette da hun kunne kjenne at hun gikk mer bevegelig og kunne rette seg mer. Lattermildt fortalte Lotte at hun var blitt tre centimeter høyere. Nå opplever hun mer kontroll og bedre balanse, og forteller at hun kan snu seg rett rundt og gå motsatt retning uten problem.

Jeg gikk fra å bare være tung, til å kjenne energien gå i kroppen min,  
til å kjenne musklene jobbe. Det er kjempedeilig.  
Lotte

### **Fra manglende aksept til bedre aksept av situasjonen**

Informantene forstod ikke selv hva som var galt da kroppen begynte å bremse dem. De ble bekymret for om de var alvorlig syke og frustrerte over at ingen blodprøver kunne gi dem svar. Informantene var fortvilet og begynte å analysere seg selv, lurte på om de hadde gjort noe galt. Til slutt fikk Kamilla nok. Hun opplevde at hverdagen ble gradvis mer og mer redusert, etter flere år med tiltagende smerter og utmattelse. Sånn kunne hun ikke ha det slik lenger. Kamilla ga ikke opp, men begynte å lese seg opp og søke i artikler - hun måtte finne ut av hva som var galt med henne.

Det ble en ekstra påkjenning at det ikke var aksept eller forståelse fra omverdenen for at de følte seg så slitne. Det var opplevde krav fra arbeidsgiver, fastlegen, nav, familien og seg selv.

Arbeidsgiver forsøkte å tilrettelegge og fastlegen ga dem perioder med sykemeldinger for at de skulle få muligheter til å hente seg inn igjen. De prøvde å trene og følge råd og anbefalinger for å bli bedre, men ble bare mer og mer slitne.

Informantene følte seg ikke forstått av fastlegen. De kjente seg ikke igjen i depresjonsdiagnosen de ble tildelt. Åse opplevde at fastlegen forvekslet hennes kroppslige reaksjoner på den krevende livssituasjonen med depresjon, og nektet å begynne på antidepressiva. For å tilfredsstille kravet fra nav om aktiv behandling etter en lengre sykemeldingsperiode, deltok hun i gruppeterapi. Også der opplevde hun at det ble tatt lite hensyn til hennes historie eller krisen hun stod i.

Lotte oppsøkte i første omgang fastlegen for krystallsyke og tiltagende kognitive symptomer. Hun var sliten, sov mye, følte alt gikk rundt og kastet opp daglig. Legen forklarte plagene med depresjon og utmattelse, og mente krystallsyke hadde et helt annet symptombilde. Lotte visste depresjon ikke passet. Etter syv måneder med plager krevde hun å bli henvist til en spesialist. Hun hadde da sluttet på studiet grunnet plagene, og ble gradvis mer og mer sengeliggende. Med behandling for krystallsyke forsvant svimmelheten på tre uker. Da byttet Lotte fastlege.

Hos den psykomotoriske fysioterapeuten erfarte informantene å bli møtt der de var. Han hadde erfaring med pasienter med utmattelse og visste hvor viktig det var for dem å ikke fortsette å presse seg.

Det er noe med den aksepten som jeg har møtt hos han. Han møter meg der jeg er. Han skal ikke fortelle meg hva jeg skal. Det er noe helt spesielt der. Han tar utgangspunkt i mitt utgangspunkt. Også jobber vi derfra.  
Kamilla

I Lotte sitt tilfelle var det den psykomotoriske fysioterapeuten som ønsket at hun skulle undersøkes for ME. På det tidspunktet fungerte ikke Lotte i hverdagen og alle diagnose-

kriteriene for ME synes å passe hennes daværende tilstand. Hun følte seg ikke sett eller hørt av fastlegen, og den psykomotoriske fysioterapeuten måtte kontakte legen og presentere sine funn for at legen skulle ta henne på alvor. Lotte tror ikke hun hadde fått verken ME diagnosen eller fått god nok hjelp om det ikke hadde vært for den psykomotoriske fysioterapeuten.

Den psykomotoriske fysioterapeuten lærte Lotte nødvendigheten av å sitte i ro. Tidligere hadde hun en tendens til å gjøre alt hun hadde lyst til på en gang, og ikke stoppe opp og ta pauser før hun hadde fullført oppgavene. Hun møtte til slutt veggen. Men fortsatte likevel i samme mønster. Hun var så rastløs at hun ikke klarte å se mer enn én episode på TV. Lotte husker godt den dagen hun hadde sett fire episoder av en spennende thrillerserie på rad. Det eneste hun hadde lyst til, var å sitte der og se neste episode. Dette ga henne følelser av både redsel og skyld. Lotte fryktet for å bli en av dem som *foretrakk* å sitte hjemme. En av dem med ME som ikke lykkes med å returnere til arbeidslivet. For Lotte innebar uføretrygd en låst hverdag. Samtidig fikk hun dårlig samvittighet av å sitte hjemme hver dag, uten energi til å avlaste mannen med husarbeid. Den psykomotoriske fysioterapeuten roet henne ned og fikk henne til å forstå at det er greit å sitte i ro og ikke være produktiv. Lotte presser seg fortsatt litt for mye, men har innsett at det er hun selv det står på.

Det er ingen andre som må gjøre tilpasninger for meg.  
Det er bare jeg som må lære å gjøre dem selv.  
Lotte

Alle informantene hadde neglisjert kroppslige signaler og hatt problemer med å sette grenser for seg selv. De antydte at dette hadde bidratt til å gjøre dem syke. Åse fortalte om en utenlandstur noen år tilbake. Hun hadde vært ute hele dagen mens magen slo seg vrang. Åse forstod ikke den gang at dette handlet om at hun var overanstrengt og faktisk hadde strukket seg for langt.

I løpet av den psykomotoriske behandlingen ble informantene gradvis bedre til å lytte til kroppslige signaler. Nå klarer de lettere å gjenkjenne symptomene. De forstår også bedre hvorfor symptomene kommer. Når de kjenner seg sliten og blir anspent, tar de i bruk de

samme teknikkene som den psykomotoriske fysioterapeuten har anvendt ovenfor dem. Da gjør de øvelser eller jobber med avspenning for å slappe av. Informantene har blitt bedre til å ta og forstå signaler og komme seg ut av dårlige sirkler.

Når jeg begynner å få negative tilbakemeldinger fra kroppen, så sitter jeg meg inn i ting som psykomotorikeren har jobbet med. Enten det er ting vi har pratet om eller noe jeg har kjent som har gitt beroligende effekt på kroppen min.

Kamilla

Den psykomotoriske fysioterapeuten lærte informantene å senke forventningene og godta at ting er som de er. Nå prøver de å legge fra seg tanker om hva de *skal* eller *må* gjøre. Kamilla fortalte at hun har lært å nullstille seg selv. For henne er morgenene spesielt tøffe da hun aldri våkner opplagt. I tillegg har hun mye smerter og støilhet i kroppen den første tiden etter hun står opp. Selv om det har vært en vanskelig prosess, er målet hennes for dagen nå å bare stå opp og stelle seg. Da blir alt utenom morgenstell en bonus.

Over tid klarte informantene å begynne å akseptere at de hadde sykdommen og at de måtte leve deretter. Lotte hadde lenge vansker med å forstå at det er mulig å bli så dårlig som hun var. For henne ble det avgjørende at den psykomotoriske fysioterapeuten alltid trodde på henne, og at han hjalp henne til å tro på det selv. Han fikk henne til å forstå at det gikk bra. Mot slutten av et lengre behandlingsforløp, klarte Lotte i større grad å akseptere at hun hadde ME og at hun måtte tilpasse livet sitt etter sykdommen. På den andre siden nektet hun å godta at hun var syk. På det meste sov hun 20 timer i døgnet. Selv da hun var våken, klarte hun ikke å gjøre noe. Å ha ME for Lotte var som å *ikke* leve. Derfor hadde hun alltid en plan om å bli bedre, og forventninger om å ha et godt liv.

Jeg har lært meg å ikke forvente at det skal være sånn som jeg skulle ønske det var. Psykomotorikeren lærte meg å godta det slik som det faktisk *er* og sånn som jeg *kan* klare å gjøre det nå.

Lotte



Gradvis gjennom behandlingsforløpene opplevde informantene en økt ro og økt grad av aksept for situasjonen og sammenhengene. Åse trakk fram at for henne var det å forstå sammenhengen mellom den aktive livsstilen hun hadde hatt og den reduserte helsetilstanden nyttig for å bedre kunne akseptere situasjonen. Hun opplevde at den psykomotoriske fysioterapeuten viste stor interesse og at han var en god lytter. Hjemme leste Åse seg opp på relevant kunnskap som de to kunne diskutere i timene. Gjennom samtaler omkring hennes oppdagelser og erfaringer, fikk hun etter hvert større forståelse for sin egen situasjon og aksepterte i større grad hvorfor hun hadde havnet der. For Åse ble det en tosidig god opplevelse da den psykomotoriske fysioterapeuten bidro til å frigjøre pusten hennes. Det gikk opp for henne at hun hadde holdt pusten i flere år på grunn av den vanskelige situasjonen hun stod i. Åse følte seg da både anerkjent for at selve situasjonen hadde vært vanskelig. Samtidig erfarte hun hvor stor betydning pusten hadde hatt for funksjonen hennes. Det ga henne mening at kroppen hennes hadde kjent lam ut. Hun hadde ikke hatt nok pust til å stå oppreist.

Jeg fikk liksom bare større og større forståelse for sammenhengen og min egen situasjon, og anerkjente hvorfor jeg hadde havnet der.

Åse

### **Fra et angstfylt forhold til økt tillit til egen kropp**

De tiltagende helseproblemene informantene opplevde, som dårligere søvnkvalitet, utmattelse, smerter, nedsatt hukommelse og konsentrasjon, bidro til at flere utviklet symptomer på angst. De kjente kroppen strammet seg og at pusten ble overfladisk. Lotte forsøkte lenge å ikke ta hensyn til signalene kroppen ga. Da utviklet hun ME-utløst-fibromyalgi. Lotte følte hun ikke lenger hadde kontroll over seg selv. Da ble hun redd for hvordan hun skulle klare å ha kontroll over noe annet.

I dårlige perioder var det akkurat som at angsten var sammenknyttet med at jeg ikke hadde noe kontroll over funksjonen eller det mentale.

Lotte

Det var grunnet symptomene på angst Kamilla oppsøkte psykomotorisk behandling for to år siden. For henne kom angsten akutt året før og ble helt lammende. Da hadde hun presset seg

for lenge over tid. Det startet under en fysisk konkurranse hvor hun opplevde det som trolig var et tilfelle av panikkangst. Kamilla følte hun ikke fikk puste. Etter den hendelsen kom hun seg ikke opp av sengen på nesten et halvt år grunnet hyppige luftveissykdommer. Det var da angsten kom og overmannet henne. Angstsymptomene var helt fryktelig. Alle kroppslige signaler som kan, skal og bør tolkes hylte. Angstsymptomene ble begrensende for å gå på butikken, kjøre bil og møte familien. Kamilla følte hun ikke kunne gjøre noe. Da luftveissykdommene omsider avtok, kjente hun seg helt utmattet.

I behandlingstimene jobbet de med frigjøring av pust og spenninger gjennom strekke- og tøyøvelser. Etter hvert kjente de at det var massasjen de opplevde best hjelp av. Mens informantene lå på benken, behandlet den psykomotoriske fysioterapeuten kroppen med lette bevegelser. De forstod ikke helt hva han gjorde, men kjente at terapeuten frigjorde spenninger og det som var uforløst. Timene hos den psykomotoriske fysioterapeuten ga på denne måten informantene korte avbrekk av smertelindring. Det var som om han «slo dem av». Informantene beskrev å kunne slappe bedre av både fysisk og psykisk resten av den dagen, samt å sove bedre. Derfor lagde de ingen andre planer i etterkant av behandlingene. Nå har de blitt kjent med sykdommen og egen kropp, terapeutens måte å jobbe på, og hva de kan forvente av behandlingen. Informantene opplever å ha tilegnet seg kunnskap og erfaringer som gjør at de nå lettere kan *forstå* seg selv og kroppens signaler. Med økt forståelse for kroppens reaksjoner og hvordan kroppen fungerer, opplevde de gradvis å få kontrollen over og tilliten til egen kropp tilbake.

Timene hos den psykomotoriske fysioterapeuten bidro til en påfølgende økt bevissthet knyttet til kroppslige forhold, også mellom timene, noe som har fungert forebyggende. Informantene kjenner eksempelvis at pusten og spenningene fortsatt strammer seg til igjen under perioder med stress. Dette gjelder også om det er lenge mellom behandlingene - dersom de har slurvet med egentreningen. Da kan de kjenne at brystkassen blir strammere, og opplever å måtte jobbe litt for å få pustet helt inn. Men det blir ikke lengre så stramt som det kunne bli før behandling. Nå har de forstått, og er trygge på, at de selv kan frigjøre pusten ved å regulere spenninger. Tidligere opplevde Kamilla at pusten var så bremset at hun ble svimmel bare av å prate. Nå har hun erfart at kroppslige forhold kan variere fra dag til dag.

Kamilla merker eksempelvis at kroppen er spent om hun ikke har nok pust til å synge en sang. Da vet hun at hun må ta en pause.

Pusten er en av de tingene som jeg jobber med når jeg kjenner at jeg blir veldig anspent, for da må jeg huske å puste.  
Kamilla

Behandlingen gjorde at kroppen gradvis begynte å fungere igjen. Den psykomotoriske fysioterapeuten lærte dem nye måter å bevege seg på som gjorde hverdagen levelig. Øvelsene bidro til å gjøre dem mykere når de selv kjente kroppen hadde stivnet. Sirkulasjonen ble bedre, og smertene ble lettere og begynte etter hvert å avta.

Med bedre sirkulasjon forsvant liksom smerter og verk i kroppen. Det ble veldig tydelig. Og så fikk jeg bedre pust.  
Åse

Den kroppslige behandlingen hadde stor betydning for informantene også psykisk. Gradvis ble hukommelse og konsentrasjon bedre, og den kroppslige beredskapen, uroen og symptomene på angst begynte å avta. De fikk alle bedre søvn i løpet av behandlingsforløpet, og opplevde på hver sin måte at den gjorde dem mindre slitne. Det var variasjon i deres erfaringer med oppvåkninger. Flere hadde tidligere våknet jevnlig av uro, bekymringer og alarmberedskap. Den kroppslige beredskapen ligger fortsatt latent hos Åse, og det skal lite til før den påvirker søvnen. Likevel sover hun jevnt over bedre nå. Hun er dog usikker på om det skyldes behandlingen eller at livssituasjon er blitt bedre.

Kamilla har nå gått i psykomotorisk behandling i to år, og opplever fortsatt at det skjer endringer i kroppen. Tidligere tok hun smertestillende for å klare å slappe av på sofaen hver kveld, men de to siste månedene har det ikke lenger vært behov for det. Hun kjenner uroen har dempet seg ved at hun ikke lenger er på vakt ved hver lyd eller bevegelse om natten. Nå bare registrerer hun det, uten å våkne skikkelig. Hun opplever å sove roligere, på tross av at hun fortsatt har mye drømmer og oppvåkninger.

Føler jeg oftere enn tidligere at jeg har hatt en god natt.  
Før så hadde jeg aldri gode netter liksom.  
Kamilla

### **Balanse i kroppen, balanse i livet**

Da kroppen begynte å bremse dem, oppholdt informantene seg store deler av døgnet i sofa eller seng, i smerter og utmattelse. Det var sjelden de satt oppe, og deltok svært sjelden i noen ting. De orket ingen form for stimuli. Til slutt var energinivået ikke-eksisterende. Det var fryktelig for dem å oppleve et slikt funksjonsfall. De klarte ikke å rydde, klarte ikke vaske, klarte ikke å gjøre noe hjemme. Det var som å eksistere uten å leve, som å se hele livet gå forbi. Det var knusende.

Etter hver time hos den psykomotoriske fysioterapeuten kunne informantene bevege seg litt mer den påfølgende uken, da behandlingen fungerte smertelindrende og gjorde kroppen friere og mer bevegelig. Over tid var det som om terapeuten hjalp dem å kunne gå igjen. I behandlingstimene jobbet de blant annet med øvelser for kraft og balanse fra beina og opp.

Åse husket hvordan hun ikke hadde hatt nok styrke i beina til å reise seg opp fra benken. Å kjenne at hun løftet seg opp med overkroppen uttrykte hun som en sterk opplevelse. Sammen med den psykomotoriske fysioterapeuten oppdaget hun hvordan kroppens situasjon faktisk var.

Jeg tror ikke jeg hadde vært oppe og gått hvis ikke jeg hadde hatt den behandlingen.  
Åse

Over lengre tid hadde Åse følt seg lammet av trøtthet og måttet samle krefter og motivasjon for å stå opp og holde seg i arbeid. For henne var det viktig at barna ikke skulle se henne ligge,

men det var ikke alltid hun klarte å reise seg fra sofaen. Hun forsøkte å fremstå bedre enn hun var, men det var hardt å opprettholde denne fasaden.

Gradvis fikk informantene mer energi til å delta i hverdagslivet. Nå klarer Åse å stå opp og være en oppreist voksen når familien kommer hjem. Når hun møter andre, forsøker hun fremdeles å fremstå alminnelig. Da retter hun seg opp og mobiliserer krefter for å unngå å måtte dra tidlig, noe hun fortsatt syntes er vanskelig.

Gjennom behandlingen erfarte informantene hvordan de kunne bygge overskudd. De opplevde nødvendigheten av å roe ned antall gjøremål i uken, og å legge inn pauser for å hente seg inn igjen. Da begynte det å gå sakte fremover. I dårlige perioder hadde informantene bare én avtale i uken. Og det var behandlingen hos den psykomotoriske fysioterapeuten.

Egentlig alt jeg lærte som gjorde at hverdagen fungerte,  
det lærte jeg fra psykomotorikeren.  
Lotte

Støtten den psykomotoriske fysioterapeuten ga underveis ble ansett som et svært verdifullt bidrag i prosessen. Informantene syntes det var vanskelig å drive seg selv med lite energi. Da hjalp det med ytre press fra terapeuten hvor han oppfordret dem til å utføre egentrening mellom timene. Terapeuten satte opp en konkret plan med øvelser, og fulgte opp i ettertid med spørsmål om hvordan det hadde gått og om øvelsene var til hjelp. I starten kunne de kjenne på en indre motstand, og ønsket at terapeuten skulle gjøre jobben for dem. Etter hvert bidro egentreningen til struktur i hverdagen, og gradvis kjente informantene de positive virkningene øvelsene ga i kroppen. I løpet av behandlingsforløpet ble de bevisst hvor viktig det var med egen innsats. De kom ikke utenom å gjøre det selv.

Det var variasjon i hvor mye funksjon informantene hadde gjenvunnet etter psykomotorisk behandling. De fleste klarte ikke å komme tilbake til arbeidslivet, men opplevde på hver sin måte økt grad av mestring i hverdagen.

For Kamilla er energinivået fortsatt lavt og hun har nylig søkt om uføretrygd. Hun har innført fast hviletid midt på dagen hvor hun jobber med avspenning. Raskere restituering har bidratt til at hun nå føler hun kan bidra. Om hun tar seg ut en dag, trenger hun ikke lenger å bruke en hel uke på å komme seg igjen. Nå tilpasser Kamilla hverdagene etter dagsformen. De dagene hun har litt overskudd, kan hun eksempelvis bli med barna ut og sykle. Andre dager hvor hun har mindre energi, blir hun med på roligere aktiviteter som ikke krever så mye av henne.

Jeg har endret hobbyene mine fra å gå på fjellet til å dyrke grønnsaker.  
Da har jeg overskudd til å gjøre noe som gir meg noe.  
Kamilla

I tre år har Åse vært ute av arbeid og nå har hun fått innvilget uføretrygd. For henne er det et stort tap å ikke kunne delta i samfunnet lenger. Hun mener det er tilstanden som gjør at hun ikke har kommet tilbake i jobb, ikke den psykomotoriske fysioterapeuten. For Åse har behandlingen vært avgjørende for at hun i dag har det hun anser som et nyttig funksjonsnivå i henhold til å være en voksen i familien. Det er fortsatt mye hun ikke har energi til å gjøre. Husarbeid gjør hun kun dersom det er helt prekært, så det å ha middag klar til familien har blitt hennes bidrag. Åse har funnet mening og mestring i å handle og lage mat. Kjøkkenet er et begrenset område hvor hun opplever å fungere.

Lotte har i dag mye mer energi enn hun hadde de tre årene med ME, og omtaler seg selv som «frisk» fra sykdommen. Hun kjenner seg fortsatt begrenset, og er ikke tilbake til der hun var før. Tidligere kunne hun gjøre alt hun ville - samtidig. Lotte skulle ønske hun kunne bli den hun var, men har akseptert at hun har det veldig mye bedre nå enn da hun var sengeliggende. Nå har Lotte nok energi til å gjøre alt hun ønsker, så lenge hun gjør en ting om gangen.

Jeg er en sånn person nå som syntes det er gøy å få lov å støvsuge,  
fordi nå kan jeg faktisk støvsuge.  
Lotte

## 5.0 DISKUSJON

Formålet med denne studien er å oppnå dypere innsikt i førstepersonserfaringer til pasienter med kronisk utmattelsessyndrom CFS/ME som har gått i norsk psykomotorisk behandling. Først i dette kapitlet vil jeg oppsummere funnene, deretter følger resultatdiskusjon. Videre følger styrker og svakheter ved metoden og til slutt i kapitlet presenteres mulige implikasjoner for praksis.

### Oppsummering av funn

I løpet av behandlingen opplevde informantene gradvis økt kontakt med kroppen. De hadde nå tiltagende tilgang til å kjenne når kroppen ble anspent, noe som var mer ubevisst før. Informantene uttrykte en større innsikt i og forståelse for hvorfor de var blitt syke. Over tid hadde de i større grad akseptert situasjonen og gradvis senket forventningene til seg selv tilpasset sykdommen. De vedsatte samtalene med terapeuten hvor de fikk økt forståelse for sammenhengene mellom den reduserte helsetilstanden og livssituasjonen. Den økte forståelsen for kroppslige signaler gjorde at de nå kunne lytte til kroppen og dermed hente seg inn igjen tidligere. I løpet av behandlingen ble søvnen gradvis bedre, pusten friere og kroppen mindre vond og anspent. Med endret struktur i hverdagen tok de selv del i og ansvar for prosessen. Fra å tilbringe store deler av døgnet i sittende eller liggende, opplevde informantene over tid å få mer energi i løpet av behandlingsforløpet. Gradvis ga behandlingen dem styrke til å være oppreist, overskudd til å kunne bidra igjen og tilbake en følelse av mestring.

### 5.1 Resultatdiskusjon

I dette delkapitlet følger diskusjon av resultatene i studien opp mot tidligere forskning og i lys av oppgavens teoretiske rammeverk; kroppsfenomenologi, anerkjennelsesteori og norsk psykomotorisk fysioterapi. Resultatdiskusjonen er inndelt i de tre temaene 1) «Å sanse kroppen som mer enn bare sliten og smertefull», 2) «Å anerkjenne at de kroppslige signalene ikke er farlige - beredskapen begynner å avta», og 3) «Å stå bedre i seg selv». Funnene jeg diskuterer er ikke så oppdelt og fragmentert i et behandlingsforløp, men er prosesser som overlapper hverandre.

## **Å sanse kroppen som mer enn bare sliten og smertefull**

I starten av behandlingen kom det frem at informantene hadde lite kontakt med og kontroll over kroppen. Spesialfysioterapeut Uvaag har lang erfaring med pasientgruppen og fortalte om lignende erfaringer (Uvaag & Strand, 2017). Mange av pasientene hun møter har eksempelvis problemer med å kjenne forskjell på spenning og avspenning i egen kropp. Det informantene kjente og var mest oppmerksom på var signaler som smerte og trøtthet, og hvordan dette begrenset dem i hverdagslivet. Braatøy (1982, s. 30-31) beskrev hvordan spenninger for enkelte kunne bli en vane, gå i baklås og bli «ubevist». Ble spenningene vedvarende og uhensiktsmessige kunne muskelsmerter oppstå ifølge ham. Ved at kroppen begynte å bremse informantene, ble kroppen gradvis ansett som en begrensning. Den fungerte ikke lenger som den skulle i det daglige, og informantene utviklet et kritisk fokus mot egen kropps problematiske side. Leder (1990, s. 1-8) forklarte hvordan kroppen bringes i forgrunnen av vår oppmerksomhet ved funksjonsproblemer. Kroppen informantene tidligere hadde tatt for gitt, var nå omgjort til et problematisk objekt. Dette er i tråd med Merleau-Pontys (1994, s. 91) forståelse av kroppen som intensjonal. Ved å rette oppmerksomheten mot kroppen, går den fra å være subjekt til å få objekt-status. Fra å være erfarende og utgangspunkt for handling, ble kroppen betraktet som en begrensning for subjektets deltakelse.

En informant måtte undertrykke følelsene for å håndtere den krevende livssituasjonen hun stod i. Hun beskrev at hun måtte «stenge av kroppen» for å fungere, og at hun ikke hadde tid til å lytte til signalene kroppen ga. I lys av kroppsfenomenologi og filosofi om å være-i-verden som kropp, både *er* og *har* vi en kropp (Merleau-Ponty, 1994, s. 12-17). Vi *eksisterer* som kropp, som et erfarende kroppslig subjekt. Braatøy (1982, s. 36-48) beskrev hvordan det er en gjensidighet mellom kropp og følelser, og hvordan kroppen regulerer vårt følelsesliv gjennom varierende grad av muskulære spenninger, regulert pust og bevegelse. Vi beskytter oss ved å kjenne mindre, og prøver å holde det vanskelige på avstand. Over tid kan det ifølge Thornquist (2009, s. 186-188) innebære underkjenning av egne følelser og kunne begrense muligheten til å reflektere over når og av hva følelsene aktiveres av. Videre mener Thornquist det igjen kan bidra til at vedkommende mister kontakten med egne opplevelser både subjektivt og



kroppslig. Dette kan være en forklarende årsak til hvorfor kroppskontakten over tid ble redusert hos informantene.

I løpet av behandlingen fikk informantene gradvis økt kontakt med kroppen. I følge Thornquist og Bunkan arbeider psykomotorisk fysioterapi for å finne pasientens muligheter for endring (1986, s. 16-18). Behandlingsformen er en prosessorientert tilnærming hvor ulike former for berøring, bevegelser og aktiviteter, samt refleksjon omkring kroppslige forhold og opplevelser, benyttes for å fremme kroppssanser og erfaringer (Gretland, 2007, s. 86-92). En kan på mange måter si at det er en «håpefull» behandlingstilnærming hvor det er fokus på pasientens muligheter og ressurser. Informantene kjente hvordan massasje og berøring hadde en beroligende effekt på kroppen, hvor den opplevdes tyngre og mer avslappet. I følge Thornquist (2009, s. 232) kan berøring bidra til bedre tilstedeværelse, selvopplevelse og gi mulighet til å komme i kontakt med egne følelser og egen kropp. Både berøring, massasje, øvelser og refleksjoner har trolig vært viktige elementer i prosessen for å oppnå økt kroppskontakt hos informantene. Lignende erfaringer er trukket fram i andre studier om pasienterfaringer fra psykomotorisk fysioterapi (Dragesund & Råheim, 2008; Dragesund & Øien, 2020; Ekerholt & Bergland, 2006).

Gjennom spørsmål i behandlingstimene ble informantene oppfordret og utfordret til å sanse kroppen som mer enn bare vond og sliten. De beskrev hvordan terapeuten bidro til å gi dem gode og mer nyanserte kroppsopplevelser. Etter hver behandling fikk de «fred» fra de verste plagene i et par dager. Fra å sanse kroppen som primært vond og sliten, kunne de begynne å kjenne gryende energi i kroppen. Gjennom behandlingsforløpet var det som om de kom i bedre kontakt med seg selv. Dette er forenlig med Thornquist og Bunkan (1986, s. 74) sin forståelse av at kroppskontakt henger sammen med kontakt med eget følelsesliv. Bülow-Hansen trakk frem økt kroppsfornemmelse som en del av en vellykket psykomotorisk behandling og omstillingsprosess (Øvreberg & Andersen, 2016, s. 25). Omstillingsprosessen innebærer altså at informantene stiller seg om i dobbel betydning, både kroppslig og mentalt (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 17-23). Thornquist og Bunkan understreker at enhver kroppslig omstilling, samtidig vil innebære en følelsesmessig omstilling hvor forholdet til egen kropp, til problemer, til situasjoner og til medmennesker endres.

### **Anerkjenne at de kroppslige signalene ikke er farlige - beredskapen begynner å avta**

Da kroppen gradvis begynte å bremse dem, fikk informantene tiltagende plager som tretthet, søvnproblemer, kroppslige smerter og stivhet, pustevansker og symptomer på angst. I følge Ihlebæk (2004) defineres slike plager som subjektive helseplager. Informantene ble bekymret for om de var alvorlig syke, men uten synlige tegn på sykdom opplevde de å bli mistrodd av både helsepersonell og andre mennesker rundt dem. Lignende erfaringer ble trukket frem i studien av Åsbring og Närvänen (2002) hvor pasientgruppen opplevde stigma fra omverdenen i form av manglende forståelse. Som i metasyntesen av Larun og Malterud (2007), følte informantene at fastlegen psykologiserte deres helseplager i fravær av objektive funn. Omgivelsene fortsatte å stille krav til informantene, og for å innfri disse måtte de kroppslige signalene undertrykkes. Det ble ifølge Thornquist (2009, s. 186-188) behov for et kroppslig emosjonelt og sosialt forsvar som overlevelse og tilpasning til egne og andres forventninger. I lys av Schibbye (2009, s. 275-277) sine teorier, ble ikke informantene møtt med varme og toleranse med rett til sine egne følelser og opplevelser. Tvert imot erfarte de at omverdenen mente de følte «feil». Schibbye skriver at vi blir et selv i forholdet til den andre, og på denne måten vil det å bli møtt med manglende forståelse og aksept kunne bidra til lavere selvaktelse.

Deres møte med den psykomotoriske fysioterapeuten beskrives på den andre siden med ord som lytting og interesse. Informantene opplevde at terapeuten trodde på dem, tok plagene deres på alvor og møtte dem der de var. I tråd med Schibbye (2009, s. 261-273) kan det tyde på at informantene ble møtt med likeverd som subjekter. De erfarte at den psykomotoriske fysioterapeuten forstod dem og deres plager basert på en tanke om kroppen som meningsbærende og uttrykksfull. Eksempelvis kunne en «ta deg sammen»-holdning, uttrykkes både fra et psykologisk perspektiv, og *samtidig* kroppslig gjennom en oppstrammet kroppsholdning (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 33). I lys av Schibbye (2009, s. 275-277) kunne terapeuten presentere sin egen forståelse av informantenes helseplager i lys av deres livssituasjon. Informantene kunne da, ifølge hennes teori, få tak i seg selv gjennom terapeutens aksept, toleranse og bevissthet. Schibbye forklarer videre at når en blir møtt med anerkjennelse og respekt, vil en lettere kunne anerkjenne seg selv. Dermed kunne økt selvrespekt og selvaktelse vokse frem (Schibbye, 2009, s. 275-277). Lignende erfaringer er trukket fram i andre studier (Dragesund & Øien, 2021; Ekerholt & Bergland, 2004). Studiene

peker på betydningen det å bli anerkjent av fysioterapeuten har for pasientene, for at de kan utvikle en bevissthet om faktorene som forårsaker og opprettholder deres muskel- og skjelettsmerter.

Samtalene om kroppslige forhold og erfaringer sammen med den kroppslige behandlingen, hjalp informantene til økt forståelse for sammenhengene og økt grad av aksept over situasjonen. Med økt forståelse trengte de ikke lengre å være redd for hva som var galt med dem. Informantene kunne da tolke signalene kroppen ga, og ta hensiktsmessige valg ut fra den nye innsikten. På den måten fikk de tilbake følelsen av kontroll og eierskap til egen kropp. Dette er forenlig med tidligere studier (Dragesund & Øien, 2021; Ekerholt, 2011; Ekerholt & Bergland, 2006; Ekerholt et al., 2014; Øien et al., 2007). Studiene tyder på at denne behandlingen kan fremme gjenkjenning, forståelse og tolkning av egne kroppsreaksjoner for å forstå seg selv på en ny måte. Studier på samtale i form av kognitiv atferdsterapi har vist å øke aksept, redusere utmattelse og forbedre fysisk og sosial funksjon hos pasienter med CFS (Brooks et al., 2011). Gretland (2007, s. 129 og 198) skriver at samtale om kroppslige reaksjoner kan skape ro og fungere omstillende ved at spenninger, holdt pust og følelser kan gi slipp.

I løpet av behandlingen erfarte informantene en ro som bidro til at de lettere kunne finne denne roen selv. Gretland (2007, s. 91-114) mener oppmerksomhet om konkrete kroppsfornelemelser kan ha fungert beroligende ved å gi bedre selvinnsett og bedre muligheter til å forstå seg selv. På den måten kan det ha bidratt til en økt fortrolighet med og i egen kropp. Lignende erfaringer er trukket fram i studien av Ekerholt og Bergland (2008). De fant at ved å erfare pusten i behandling, var det lettere å få tilgang til og identifisere opplevelsen av muskulære og emosjonelle mønstre knyttet til tanker og forestillinger om deres måte å forholde seg til seg selv og verden. Basert på at det er en sammenheng mellom tid og rom, foreslår Schibbye (2009, s. 268) at når tempoet i behandlingen settes ned (tid), kan både terapeut og klient oppleve mer ro (rom). Rommet oppstår ifølge henne når terapeuten setter egne behov, følelser og tanker til side, og møter den andre med åpenhet. Da skapes en tidsopplevelse som gir psykisk rom både innover i seg selv, og utover i relasjonen. Når terapeuten lytter, er det som om klienten hører seg selv. Ifølge Schibbye kan dette ha gitt

informantene tid til og mulighet for å oppdage og integrere følelser. Thornquist og Bunkan (1986, s. 17-18) trekker frem avspenning av muskulaturen som et middel til å oppnå større *harmoni* både psykisk og fysisk, i tillegg til å være et ledd i omstillingsprosessen. Å gi slipp på spenninger, handler samtidig om å gi slipp emosjonelt, på eksempelvis urealistiske og fastlåste forventninger en stiller til seg selv.

Med økt forståelse for sykdommen og bedre aksept for situasjonen, senket informantene gradvis kravene til seg selv deretter, og behovet for et emosjonelt og sosialt forsvar ble redusert. Gradvis gjennom behandlingen opplevde informantene mindre kroppslige plager. Lignende erfaringer med er trukket frem i tidligere studier (Bergland et al., 2018; Breitve et al., 2010). For informantene bidro en bedret kroppskontakt og bedre nyansering av kroppslige signaler til økende trygghet og tillit til egen kropp. På denne måten klarte de å regulere spenningene selv, og den kroppslige beredskapen kunne begynne å avta. I følge Gretland (2007, s. 88-99) kjennetegnes kroppslig omstilling nettopp av at kroppslig forsvar svekkes. Gjennom endringer i spennings- og pustemønster innebærer behandlingen omstilling av selvbeskyttende, vanemessige bevegelses- og spenningsmønstre. I løpet av behandlingen erfarte informantene at pusten ble friere i takt med at bevegelser og spenningsmønsteret endret seg. Respirasjonen er en sentral del av den kroppslige omstillingsprosessen, da pust og emosjoner er så nært knyttet til hverandre (Gretland, 2007, s. 91-114).

### **Å stå bedre i seg selv**

I starten av behandlingsforløpet var informantene begrenset av et svært lavt energinivå. Toombs (1995) hevder tap av funksjon kan bidra til lavere deltakelse. I lys av Merleau-Pontys (2012) forståelse av kroppen som erfarende, er det via kroppen vi har tilgang til verden. Når kroppen begrenser deltakelse, skapes det en splittelse mellom vår umiddelbare måte å være-i-verden på og det vi er i stand til. Kroppen blir igjen et objekt som står i motsetning til selvet. Toombs (1995) mener det kan bli nødvendig å finne andre måter å være-i-verden på, noe som krever omstilling av vaner og væremåter. Det nye tilpassede bevegelsesmønsteret kan oppleves fremmed og skape identitetsforstyrrelser ifølge henne.

I dårlige perioder tilbragte informantene dagliglivet primært liggende i sofa eller seng. For dem var det et stort tap å ikke kunne bidra med husarbeid i hjemmet, og et nederlag å ikke kunne delta i arbeidslivet. De lengtet tilbake til da de tidligere hadde energi til å være oppreist og velfungerende. I følge Toombs (1995) erfares og forbindes den liggende stilling med hjelpeløshet og avhengighet. Disse kvalitetene står i sterk kontrast til vårt kulturelle ideal, hvor samfunnet streber etter selvstendighet. Betegnelsen *selvstendig* kan forstås både bokstavelig og i dobbel forstand (Nilsen-Nygaard & Thornquist, 1982, s. 73). Det innebærer den fysiske stående stilling – en som står av seg selv, samt å klare seg selv - en som er uavhengig. Tap av disse kvalitetene utløser ifølge Toombs (1995) en følelse av skam. Dette kan bidra til å belyse hvorfor informantene forsøkte å fremstå bedre enn de var ved å undertrykke kroppens signaler eller unngå sosiale sammenkomster.

I behandlingstimene fortalte informantene at de blant annet jobbet med øvelser for økt kraft og balanse i beina. For en skånsom og stabil omstillingsprosess er det en forutsetning å forankre føttene til underlaget (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 73-85). Behandlingen tilstreber en kroppsholdning som er fleksibel og stabil, med minst mulig muskelbruk. Spenningsforholdene i beina er bestemmende for kroppens bevegelser (Nilsen-Nygaard & Thornquist, 1982, s. 86-88). Mer muskelarbeid enn nødvendig hindrer kroppens fleksibilitet, ledighet og tilpasning – i dobbel forstand. For å balansere bedre i forhold til tyngdekraftens virkning, slik at pusten får mulighet til å bli friere og kroppslige spenninger kan gi slipp, må en stå godt på beina (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 73-85). Thornquist og Bunkan understreker at det er ønskelig med en kropp, altså person, i bevegelig balanse. Opplevelsen av å stå godt stabiliserer ifølge dem både fysisk og psykisk, motvirker kaotiske følelser og bidrar til å opprettholde emosjonell likevekt.

Gjennom behandlingen erfarte informantene betydningen av å sette av tid for å hente seg inn igjen. Terapeuten støttet og motiverte dem på veien, men de kom ikke utenom egen innsats og struktur i hverdagen. Gradvis erfarte informantene mer overskudd. Kroppen hentet seg inn igjen raskere, og behovet for hvile ble redusert. De kunne i økende grad bidra i det daglige, noe som ga dem en følelse av mestring. Informantene fikk bedre funksjon på forskjellige måter. Det varierte fra å kunne bli med barna på aktiviteter, handle og lage middag til familien,

til å kunne bidra med husarbeid igjen. Med gradvis økende energi og funksjon ble avstanden mellom informantene og verden mindre (Toombs, 1995). Toombs fremhevet at tap av funksjon påvirker vår opplevelse av tid og rom fordi kroppen representerer vårt utgangspunkt for orientering i verden. Å støvsuge opplevdes eksempelvis ikke lengre som noe *ffernt* og krevende, men *nært* og overkommelig. Med økende funksjonsnivå var det ifølge Toombs ikke like mange begrensninger for handling iboende i kroppen. Nå kunne informantene igjen, på hver sine vis, være oppreist og deltakende, og de begynte å forholde seg annerledes til seg selv. Lignende erfaringer med betydningen av å stå oppreist er trukket frem i studien av Sviland et al. (2012). I lys av Leder (1990, s. 1-8) vil kroppen kunne trekke seg gradvis tilbake til bakgrunnen av vår bevissthet i takt med mindre smerter og økt funksjon. I de situasjonene informantene nå opplever mestring og kroppen som velfungerende, vil kroppen igjen bli tatt for gitt og bli fraværende for bevisstheten. Oppmerksomheten kan igjen rettes mer mot verden, og kroppen kan gradvis gjenoppta sitt subjektstatus (Merleau-Ponty, 1994, s. 91).

## 5.2 Metodediskusjon

I dette delkapittelet gjør jeg kritisk rede for valg av metode og vitenskapelig perspektiv, rekruttering og utvalg, datainnsamling, samt transkribering, analyse og teoretiske perspektiv. Videre kommer en oppsummering av metodediskusjonen, og avslutningsvis følger mulige implikasjoner for praksis.

### 5.2.1 Kritisk vurdering av metode og vitenskapelig perspektiv

Målet med denne studien er å oppnå økt innsikt i *erfaringene* pasienter med CFS/ME har med kroppslig omstilling ved behandling med NPMF. Styrker med å velge et kvalitativt forskningsdesign er at den metoden nettopp søker å forstå menneskers opplevels- og meningsverden (Thornquist, 2018, s. 244), i tillegg til å være en egnet tilnærming når det finnes lite forskning på feltet fra før (Malterud, 2018, s. 32). Forskningsdesignet er også forenlig med oppgavens valg av vitenskapelige perspektiv. Fenomenologien vektlegger fyldige beskrivelser av menneskers erfarings- og meningsverden, og hermeneutikken stiller spørsmål til studiens forståelse og fortolkning av forskningsprosessen (Thornquist, 2018, s. 101-111 og 167).

Hadde kjernes spørsmålet på den andre siden ønsket å se på *effekten* av tiltaket NPMF for pasienter med kronisk utmattelsessyndrom, hadde den kvantitative tilnærmingen randomisert kontrollert studie (RCT) vært bedre egnet for å belyse problemstillingen (Kunnskapsbasertpraksis.no, 2016a). I så tilfelle ville et empiristisk/positivistisk perspektiv vært mer egnet som vitenskapsfilosofi (Thornquist, 2018, s. 49-51). En RCT er derimot svært omfattende å gjennomføre, og den vil ikke gi en dypere innsikt i pasientgruppens erfaringer og opplevelser som denne studien ønsker å oppnå. I lys av kunnskapsgrunnlaget som finnes per i dag på feltet, studiens formål og praktiske rammer, anser jeg en kvalitativ metode med et fenomenologisk og hermeneutisk perspektiv som godt egnet for å belyse oppgavens problemstilling.

I lys av problemstillingen har denne studien primært konsentrert seg om informantenes *kroppslige* erfaringer med omstilling. Den emosjonelle siden av omstillingsprosessen hvor behandlingen har bidratt til å utløse fortrenge minner fra fortiden (Ekerholt et al., 2014; Sviland et al., 2018), er ikke etterspurt for å begrense bredden av oppgaven. Det kan derfor ikke utelukkes at studier hvor informantene har traumatiske livsbelastninger i større grad kunne vært relevant å trekke inn i denne studien.

### **5.2.2 Kritisk vurdering av utvalg og rekruttering**

For å sikre at materialet inneholdt tilstrekkelig rike og varierte data for å best mulig kunne belyse problemstillingen fra ulike sider, ble det valgt et strategisk utvalg (Malterud, 2018, s. 58-60). Behandlingsformen ble satt til NPMF for å avgrense problemstillingen. Inklusjonskriteriet i henhold til diagnose ble satt til kronisk utmattelsessyndrom CFS/ME (Helsedirektoratet, 2019), eller annen sykdom som faller inn under betegnelsen kronisk utmattelsessyndrom. Ved prosjektplanlegging var det ønskelig med informanter som innfridde diagnosen ME, men dette var før jeg visste at begrepene CFS og ME brukes om hverandre.

En informant hadde diagnosen nevrasteni, mens de to andre hadde diagnosen ME. I starten var det usikkerhet knyttet til om informanten med nevrasteni kunne inkluderes i studien, da sykdommen kan oppstå som følge av en langvarig psykisk belastning, og i noen land brukes

synonymt med depresjon (Jansen, 2018). På den andre siden har nevrasteni i nyere tid bortfalt som egen diagnose, og klassifiseres nå i Helsedirektoratets medisinske kodeverk under diagnosen kronisk utmattelsessyndrom (Gjone & Førde, 2019). Alle informantene hadde med andre ord en form for kronisk utmattelsessyndrom.

En annen usikkerhet var knyttet til inkludering av informanten som anså seg selv som «frisk» fra sykdommen i dag. På den ene siden tilfredsstilte hun ikke inklusjonskriteriet med å ha diagnosen, men på den andre siden hadde hun tross alt nylig hatt den, og kunne dermed bidra materialet med flere nyanser. Etter å ha reflektert rundt hvordan dette kunne påvirke studiens resultater, kom jeg frem til at å inkludere denne informanten ville skape større grad av mangfold og variasjon i datamaterialet. Utvalget var dermed ikke en homogen gruppe, men inneholdt stor variasjon med tanke på nytte av behandlingen, alder, sykdomsutvikling, livssituasjon, samt tidligere og nåværende funksjonsnivå.

I utgangspunktet var ideen å rekruttere informanter via CFS/ME poliklinikken på Nordås, men dette var frem til en psykomotorisk fysioterapeut meldte sin interesse til å bidra i rekrutteringsprosessen. Etter å ha samtykket til å inkludere informanter fra denne terapeuten, var planen videre å inkludere informanter fra andre psykomotoriske fysioterapeuter for å oppnå større variasjon i utvalget.

Ettersom oppgaven hadde en spisset problemstilling, et relevant og tydelig teorigrunnlag, og et strategisk utvalg som ga rike data, kom det i analysearbeidet frem likheter og forskjeller i materialet. Det var derfor tilstrekkelig med henholdsvis tre informanter for å belyse oppgavens problemstilling.

En svakhet ved utvalget er at alle informantene har gått i behandling hos samme terapeut. Dette kunne tenkes å ha innvirkning på resultatet. Sett i det lyset kan informantene totalt sett ikke representere en bredde i oppfatninger omkring det aktuelle temaet, men et syn fra en bestemt terapeut. På den andre siden var formålet med denne studien hovedsakelig å tilføre ny kunnskap på et område det i liten grad er forsket på fra før. Jeg er likevel ydmyk for at informanter fra tre ulike terapeuter kunne ført til andre resultater og nyanser i materialet mitt.



En styrke med utvalget i denne studien er at de til sammen ga data med god informasjonsstyrke (Malterud et al., 2015). Alle informantene uttrykte gode erfaringer med psykomotorisk fysioterapi, og de hadde nyanserte beskrivelser av hvordan de selv hadde opplevd kroppslig omstilling. Alle hadde hatt langvarige behandlingsforløp, noe som ga dem gode muligheter til å bistå med rike praksisnære eksempler og erfaringer knyttet til den kroppslige omstillingsprosessen. Informantene hadde også nylig erfaring med NPMF for å sikre at behandlingen var friskt i minne. Informantene kan ha hatt ulike motiver for å delta i studien, men deres meddelelser anses relevant for oppgaven.

### **5.2.3 Kritisk vurdering av datainnsamling**

I denne kvalitative studien er semistrukturerte individualintervju anvendt for datainnsamling. Studien kunne valgt fokusgrupper dersom formålet med oppgaven hadde vært å få økt innsikt i *felles* erfaringer (Malterud, 2018, s. 70). Fokusgrupper risikerer på den andre siden å ikke fange opp ulike nyanser og opplevelser, noe denne studien ønsker økt kunnskap om og innsikt i. Et annet alternativ for datainnsamling kunne vært observasjon med eller uten deltakelse (Malterud, 2018, s. 71). Med en slik metode kunne studien fått mer direkte tilgang til den kroppslige omstillingsprosessen. Data om informantenes erfaringer og forståelse kommer dog lite frem ved observasjon. Det er derfor vurdert at semistrukturerte individualintervju var best egnet metode for å belyse problemstillingen.

Intervjuguiden var utformet på en slik måte at informantene skulle forstå og oppfatte spørsmålene, og gjorde det lett for meg å unngå å bruke uforståelige fagbegreper og faguttrykk under intervjuene. Informantene hadde en positiv innstilling til meg som forsker, og samtidig psykomotorisk fysioterapeut, mulig grunnet deres gode opplevelse av å bli forstått og tatt på alvor av egen terapeut.

Ettersom jeg ikke har hatt pasienter med kronisk utmattelsessyndrom selv etter min videreutdanning, var jeg oppriktig nysgjerrig på hva informantene meddelte. Jeg visste ikke hva jeg kunne eller skulle forvente av svar i forkant av intervjuene på de ulike spørsmålene. Dette kan ha hatt en positiv innvirkning på hvilke funn jeg valgte og følge, og dermed hvordan intervjusituasjonen ble til slutt.

Grunnet strenge restriksjoner om smittevern knyttet til koronapandemien kunne ikke intervjuene utføres ansikt til ansikt som først planlagt. Etter godkjenning fra NSD om å avholde intervjuene over telefon med eller uten videovisning, samtykket alle informantene til en slik løsning. En svakhet ved den digitale ordningen var at muligheten for å låne lydopptaker frafalt fordi Høgskulen på Vestlandet var stengt. Som en midlertidig pragmatisk løsning ble derfor en gammel mobiltelefon som ikke var i bruk anvendt i flymodus til lydopptak av intervjuene.

En annen svakhet ved den digitale løsningen var at ett av intervjuene ble gjennomført uten samtidig videovisning. Dette hindret observasjon av kroppsspråket til informanten underveis. På den andre siden kan det for noen være enklere å snakke fortrolig og uttrykke seg mer fritt over telefon enn ansikt til ansikt (Berge & Karlsen, 2010). Det er også en svakhet at det i ett intervju tidvis er noen sekunder med dårlig lyd kvalitet. Heldigvis kommer essensen i samtalen og innholdet likevel tydelig frem, og lyd kvaliteten går derfor ikke på bekostning av meningsinnholdet.

En styrke med den digitale løsningen var at vi fikk gjennomført intervjuene til oppsatt tid og slapp å utsette datainnsamlingen. Ettersom informantene hadde kronisk utmattelsessyndrom, var det også en fordel for dem å kunne gjennomføre intervjuene i eget hjem.

En svakhet ved datainnsamlingen er at intervjuguiden ikke ble pilottestet i forkant. Under samtalen med første informant stilte jeg færre oppfølgingsspørsmål og ble under transkripsjonen oppmerksom på at jeg med fordel kunne bli tydeligere i mine spørsmålsformuleringer. Spesielt uttrykket «holdt jeg på å si» ble gjentatt jevnlig, og noe jeg var bevisst på å unngå i de senere intervjuene. På den andre siden inneholdt tredje intervju flere oppfølgingsspørsmål, men dog en omfattende andel dødt materiale. Til sammenligning anser jeg det som en styrke at budskapet i første intervju var tydelig, relevant og uten gjentakelser.

### **5.2.3 Kritisk vurdering av transkribering, analyse og valg av teoretisk perspektiv**

En svakhet med å være forsker og samtidig psykomotorisk fysioterapeut i denne studien, er at relevant informasjon kan bli oversett, og at det grunnet min bakgrunn kan åpnes for nye

tolkninger i analysen (Malterud, 2018, s. 19-21). Mitt motiv for å forske på pasienter med CFS/ME, kan ha vært en mulig bias i studien. Med tett oppfølging fra mine to veiledere, velger jeg likevel å tro at slike skjevheter eller feilaktige slutninger ville blitt korrigert underveis. Å selv ha transkribert lydopptakene fra intervjuene, anses som en styrke. Transkriberingen åpnet for et nytt møte med teksten som ga meg rom for andre ettertanker og slutninger (Malterud, 2018, s. 79-81). Mitt fokus har vært på å få frem informantenes stemmer i datamaterialet. Jeg er likevel ydmyk for at materialet er preget av min forforståelse og mitt fagfelt.

I denne studien er Malteruds systematiske tekstkondensering (STC) anvendt for analyse av data. Andre tverrgående analyser jeg kunne valgt, er eksempelvis Grounded Theory (GT) eller Giorgis psykologiske fenomenologiske analyse (Malterud, 2018, s. 94-96). GT forsøker å utvikle teorier godt forankret i empiriske data, noe som ikke er formålet med denne studien. Giorgis analyse søker etter å finne bestemte *essenser* ved fenomenet som undersøkes, uavhengig av perspektiv. En svakhet ved metoden er at den krever filosofisk kompetanse av forskeren ut over vitenskapelig basiskunnskap (Malterud, 2018, s. 115-116).

En styrke ved valg av STC som analysemetode er at den var godt egnet for studiens design, oppgavens rammer og formål. I startfasen av analysearbeidet ble STC gjennomgått grundig i et eget seminar i regi av Høgskulen på Vestlandet, noe som gjorde meg tryggere på å anvende metoden. Før seminaret hadde jeg kommet frem til ulike foreløpige temaer og kodegrupper som *ikke* var relevante for problemstillingen. Årsaken grunnet i et forsøk om å legge min egen forforståelse helt bort. Analyseprosessen måtte derfor startes på nytt, og det ble da en balansegang mellom å legge forforståelsen bort, men samtidig ha studiens formål klart i mente. Gjennomføringen av analysetrinn to og fire var ekstra tidkrevende. En styrke var at dette ga meg god oversikt over materialet. Antall kodegrupper falt tidlig i arbeidet på fire. Navnet på de ulike kode- og subgruppene ble på den andre siden endret utallige ganger i løpet av denne prosessen.

Siden alle informantene i denne studien er kvinner, kunne kjønnsteori vært et interessant perspektiv å inkludere i oppgaven. Jeg valgte likevel å avgrense studiens teoretiske rammeverk til kroppsfenomenologi, psykomotorisk fysioterapi og anerkjennelsesteori, da jeg syntes disse perspektivene best kunne bidra til rike og relevante fortolkninger av denne oppgaven (Malterud, 2018, s. 83).

#### **5.2.4 Oppsummering av metodediskusjon**

Jeg har aktivt praktisert refleksivitet gjennom hele forskningsprosessen ved å ha et åpent sinn, og ved å stille spørsmål ved egne fremgangsmåter og konklusjoner (Malterud, 2018, s. 19-20). Min nærhet til stoffet har vært en ressurs i forskningsprosessen ved å gi gode forutsetninger for innsikt og forståelse. For å redusere utilsiktede skjevheter i kunnskapsutviklingen har jeg synliggjort egen posisjon og inkludert flere tolkningsperspektiver (Malterud, 2018, s. 20-25). Grunnet valg av kvalitativ metode vil oppgavens repeterbarhet angående datainnsamling, analyse, tolkning og presentasjon påvirkes av meg som forsker.

Oppgavens interne validitet styrkes basert på egnet valg av metode og referanseramme i henhold til å best mulig belyse problemstillingen (Malterud, 2018, s. 23 og 67). Validiteten styrkes også av at forskningsprosessen er begrunnet og gjort rede for, samt valg av en trinnvis analyse. Studiens funn har overføringsverdi til andre pasienter med CFS/ME, samt også trolig andre med lignende symptombilde. Den eksterne validiteten er uvisst i henhold til menn, barn og unge. Overførbarheten har også noen begrensninger relatert til eksempelvis land og kulturelle kontekster.

### **5.3 Mulige implikasjoner for praksis**

Resultatene i denne studien har etter min vurdering relevans for fysioterapeuter både med og uten psykomotorisk videreutdanning. Formålet har som kjent vært å oppnå økt innsikt i erfaringene pasienter med CFS/ME har med kroppslig omstilling ved NPMF. Kunnskapshullet er identifisert, blant annet knyttet til at forskningen i liten grad har sett på NPMF som behandling for denne konkrete pasientgruppen. Kunnskapsgrunnet som finnes på behandlingsformen i dag, omhandler primært kvinner som oppsøker NPMF for subjektive

helseplager (Breitve et al., 2008). På tross av likhetstrekk mellom symptombildet til CFS/ME (Helsedirektoratet, 2019) og subjektive helseplager (Ihlebak et al., 2004), har denne studien implikasjoner for NPMF da studien bidrar med ny innsikt. Funnene i denne studien er likevel trolig overførbare til andre former for utmattelse. Ettersom studien belyser erfaringer, sier den ikke noe om effekten eller manglende effekt av NPMF for pasienter med CFS/ME. Det er behov for studier som måler effekt og forskning på høyere nivå for å vurdere dette. Denne studien er verken ment til eller bør brukes som en mal eller veileder for behandling av pasientgruppen. Psykomotorisk undersøkelse og behandling må alltid tilpasses individuelt.

Funnene i denne studien bør likevel ligge til grunn for praksis i videre forskning. For å kunne utføre god behandling av pasienter med CFS/ME er det viktig at det ligger gode studier til grunn. Den forskningsbaserte kunnskapen bør da sees i sammenheng med erfaringsbasert kunnskap og pasientmedvirkning (Kunnskapsbasertpraksis.no, 2016b). Det er viktig at videre forskning utføres på bakgrunn av kunnskapsbasert praksis for at pasientene skal få så god nytte av behandlingen som mulig.

## 6.0 KONKLUSJON

Denne studien inkluderte tre informanter med kronisk utmattelsessyndrom CFS/ME som hadde gått i psykomotorisk behandling over tid. Resultatene viser deres erfaringer med kroppslig omstilling. I denne studien har vi sett at informantene gradvis fikk økt kontakt med seg selv og kroppen i løpet av behandlingen. Den psykomotoriske fysioterapeuten bidro til å gi dem gode og mer nyanserte kroppsopplevelser gjennom ulike former for berøring, bevegelser og refleksjoner om kroppslige forhold. Vi har sett at økt kontakt med kroppen var avgjørende for at informantene lærte å sanse kroppen som mer enn bare vond og sliten. Denne studien peker også på betydningen av å møte pasienter med CFS/ME med åpenhet og forståelse. Terapeutens aksept og toleranse så ut til å være avgjørende for at informantene kunne begynne å anerkjenne seg selv. Samtalene om kroppslige forhold og erfaringer sammen med den fysikalske behandlingen, så ut til å hjelpe informantene til økt forståelse for sammenhengene og bedre aksept over situasjonen. Økt grad av aksept var sentralt for at de gradvis begynte å senke kravene til seg selv.

En bedret kroppskontakt og bedre nyansering av kroppslige signaler så ut til å bidra til økende trygghet og tillit til egen kropp. Med økt forståelse trengte ikke informantene å være redd for hva som var galt med dem. Gradvis gjennom behandlingen erfarte informantene at pusten ble friere i takt med at bevegelser og spenningsmønster endret seg, og de opplevde mindre subjektive helseplager. Å erfare en ro i behandling så ut til å hjelpe dem til lettere å finne denne roen selv. Dette var trolig avgjørende for at informantene kunne klare å regulere egne spenninger. Behovet for et emosjonelt og sosialt forsvar ble gradvis redusert, og den kroppslige beredskapen kunne begynne å avta i løpet av behandlingen. Informantene erfarte betydningen av å sette av tid til å hente seg inn igjen, og studien peker på at det var avgjørende med egen innsats og struktur i hverdagen. I behandlingstimene jobbet de med øvelser for å stå godt både på beina, men også i seg selv. Gradvis erfarte informantene mer overskudd til å være oppreist og deltakende, og fikk bedre funksjon på forskjellige måter.

## REFERANSELISTE

- Album, D. (1991). Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 111, 2127-2133. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.003>
- Album, D. & Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & medicine*, 66(1), 182-188. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.003>
- Baraniuk, J. N., Sawchuk, C. N. & Buchwald, D. (2021, 12.jan). Chronic fatigue syndrome (Myalgic encephalomyelitis). *BMJ Best Practice*. Hentet fra <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/277>
- Berge, T. & Karlsen, K. E. (2010). Bruk av telefon i psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(9), 827-833. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2010/09/bruk-av-telefon-i-psykologisk-behandling>
- Bergland, A., Olsen, C. F. & Ekerholt, K. (2018). The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. *Physiotherapy Research International*, 23, 1723. <https://doi.org/10.1002/pri.1723>
- Breitve, M. H., Hynninen, M. & Kvåle, A. (2008). Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 12, 19-26. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/emosjonelle-symptomer-og-helseplager-hos-pasienter-som-oppsoker-psykomotorisk-fysioterapi/123786>
- Breitve, M. H., Hynninen, M. J. & Kvåle, A. (2010). The effect of psychomotor physical therapy on subjective health complaints and psychological symptoms. *Physiotherapy Research International*, 15(4), 212-221. <https://doi.org/10.1002/pri.462>
- Brooks, S. K., Rimes, K. A. & Chalder, T. (2011). The role of acceptance in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(6), 411-415. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.08.001>
- Braatøy, T. (1982). Psykologi contra anatomi ved sykegymnastisk behandling av armnevrose o.l.: Bevegelse, affekt og holdning: Respirasjon, affekt og ord. I B. H. Bunkan, L. Radøy & E. Thornquist (Red.), *Psykomotorisk behandling: Festskrift for Aadel Bülow-Hansen* (s. 30-50). Universitetsforlaget. (Opprinnelig utgitt i *Nordisk Medicin* i 1948).
- Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 121(24), 2845-2848. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2001/10/kronikk/psykomotorisk-fysioterapi-prinsipper-og-retningslinjer>
- Dragesund, T. & Råheim, M. (2008). Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: patients' perspective on body awareness. *Physiotherapy Theory and Practice*, 24(4), 243-254. <https://doi.org/10.1080/09593980701738400>
- Dragesund, T. & Øien, A. M. (2020). Transferring patients's experiences of change from the context of physiotherapy to daily life. *International Journal of Qualitative studies on health and well-being*, 15(1), 1735767. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1735767>
- Dragesund, T. & Øien, A. M. (2021). Developing self-care in interdependent therapeutic relationship. Patients' experiences from Norwegian Psychomotor Physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*. <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1875524>
- Ekerholt, K. (2011). Awareness of breathing as a way to enhance the sense of coherence: Patients' experiences in psychomotor physiotherapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 6(2), 103-115. <https://doi.org/10.1080/17432979.2011.568762>
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2004). The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: patients' experiences, a basis for knowledge. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32, 403-410. <https://doi.org/10.1080/14034940410029441>
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2006). Massage as interaction and a source of information. *Advances in physiotherapy*, 8(3), 137-144. <https://doi.org/10.1080/14038190600836809>

- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2008). Breathing: A Sign of Life and a Unique Area for Reflection and Action. *Physical Therapy*, 88(7), 832-840. <https://doi.org/10.2522/ptj.20070316>
- Ekerholt, K., Schau, G., Mathismoen, K. M. & Bergland, A. (2014). Body awareness – a vital aspect in mentalization: Experiences from concurrent and reciprocal therapies. *Physiotherapy Theory and Practice*, 30(5), 312-318. <https://doi.org/10.3109/09593985.2013.876562>
- Fangen, K. (2015, 17.juni). Kvalitativ metode. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet fra <https://www.etikkom.no/fbib/introduksjon/metoder-og-tilnarminger/kvalitativ-metode/>
- Forskningsetikkloven. (2017). Lov om organisering av forskningsetisk arbeid. (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2017-04-28-23/§8>
- Gjone, H. & Førde, S. (2019, 21.mars). Kronisk utmattelsessyndrom. Den norske legeforening. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-2-tilstandsbilder-kapitlene-er-oppsatt-etter-inndeling-i-icd-10/kronisk-utmattelsessyndrom/>
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen: fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Hansen, I. E. (2016). *Slitenhetsyndrom i lys av en psykomotorisk undersøkelse* (Masteroppgave). Universitetet i Tromsø, UiT Munin. Hentet fra <https://munin.uit.no/handle/10037/9610>
- Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonal veileder: Pasienter med CFS/ME: Utredning, diagnostikk, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg* (2. utg.) Helsedirektoratet, Avdeling rehabilitering og sjeldne tilstander. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-veileder-pasienter-med-cfsme-utredningdiagnostikk-behandling-pleie-og-omsorg>
- Helsedirektoratet. (2019, 14.nov). Kronisk utmattelsessyndrom – CFS/ME. Helsenorge.no. Hentet fra <https://www.helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/cfs-me/>
- Ihlebak, C., Eriksen, H. R. & Ursin, H. (2004). SHC - et måleinstrument for subjektive helseplager. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 41, 385-387. Hentet fra <https://org.uib.no/mofa/insuch/files/SHC-NPF.pdf>
- Jansen, J. (2018, 19.nov). Nevrasteni i Store medisinske leksikon. snl.no. Hentet fra <https://sml.snl.no/nevrasteni>
- Kunnskapsbasertpraksis.no. (2016a, 3.juni). Forskningsmetode. Helsebiblioteket.no. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/249202.cms>
- Kunnskapsbasertpraksis.no. (2016b, 6.juni). Kunnskapsbasert praksis. Helsebiblioteket.no. Hentet 09.mai 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Larun, L. & Malterud, K. (2007). Identity and coping experiences in Chronic Fatigue Syndrome: A synthesis of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*, 69 (1-3), 20–28. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.06.008>
- Larun, L. & Malterud, K. (2010a). Finding the right balance of physical activity: A focus group study about experiences among patients with chronic fatigue syndrome. *Patient Education and Counseling*, 83(2), 222-226. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.05.027>
- Larun, L. & Malterud, K. (2010b). Fysioterapi for pasienter med kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME): En praktisk veileder. *Uni helse Allmenntilleggsforskningssenter Bergen*, 1-11. Hentet fra <https://docplayer.me/2484989-Fysioterapi-for-pasienter-med-kronisk-utmattelsessyndrom-cfs-me.html>
- Leder, D. (1990). *The Absent Body*. The University of Chicago Pres.
- Lund, M. (2020). *Det er godt å bli forstått. En kvalitativ studie av psykomotoriske fysioterapeuters erfaring fra praksis med behandling av pasienter med CFS/ME* (Masteroppgave). Norges arktiske universitet, UiT Munin. Hentet fra <https://munin.uit.no/handle/10037/19615>
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.) Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2015). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>



- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. (B. Nake & D. Østerberg, Overs.) Pax Forlag A/S. (Opprinnelig utgitt 1945).
- Merleau-Ponty, M. (2012). *Phenomenology of Perception*. (D. A. Landes, Overs.) Taylor & Francis Group. (Opprinnelig utgitt 1945).
- Nilsen-Nygaard, K. & Thornquist, E. (1982). "Å stå godt på beina". I B. H. Bunkan, L. Radøy & E. Thornquist (Red.), *Psykomotorisk behandling - Festskrift til Aadel Bülow-Hansen* (s. 86-91). Universitetsforlaget.
- Omland, E., Lauritzen, F. & Gjellan, M. (2015, 23.juni). Fem ganger så mange ME-diagnoser som i 2008. nrk.no. Hentet fra <https://www.nrk.no/norge/fem-ganger-sa-mange-me-diagnoser-som-i-2008-1.12422139?fbclid=IwAR3MeLYMZC1EH-p7GVzHzl5mluqxqFq30HstjQtyShQHGUMP-ywxLhE3KpQo>
- Owe, J. F., Næss, H., Gjerde, I. O., Bødtker, J. E. & Tysnes, O.-B. (2016). Utredning ved mistenkt kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 136(3), 227-232. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0229>
- Poppe, C., Petrovic, M., Vogelaers, D. & Crombez, G. (2013). Cognitive behavior therapy in patients with chronic fatigue syndrome: the role of illness acceptance and neuroticism. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(5), 367-372. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.02.011>
- Schibbye, A.-L. L. (1996). Anerkjennelse: En terapeutisk intervensjon? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 33(7), 530–537. Hentet fra <http://anerkjennelse.com/wp-content/uploads/2017/04/C-10.pdf>
- Schibbye, A.-L. L. (2009). *Relasjoner: et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg.) Universitetsforlaget.
- Sollie, K., Næss, E. T., Solhaug, I. & Thimm, J. C. (2017). Mindfulness training for chronic fatigue syndrome: a pilot study. *Health Psychology Report*, 5(3), 240–250. <https://doi.org/10.5114/hpr.2017.65469>
- Straffeloven. (2005). Lov om straff. (LOV-2005-05-20-28). Lovdata. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2005-05-20-28/§267>
- 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. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(4), 609-624. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9562-0>
- Sviland, R., Martinsen, K. & Råheim, M. (2018). Towards living within my body and accepting the past: a case study of embodied narrative identity. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 21(3), 363-374. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9809-7>
- Sviland, R., Råheim, M. & Martinsen, K. (2012). Touched in sensation – moved by respiration. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(4), 811-819. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01024.x>
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.) Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag* (2. utg.) Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. & Bunkan, B. H. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Universitetsforlaget AS.
- Toombs, S. K. (1995). The lived experience of disability. *Human Studies*, 18(1), 9-23. <https://doi.org/10.1007/bf01322837>
- Uvaag, K. & Strand, E. B. (2017). Hva kan fysioterapeuter bidra med for CFS/ME pasienter? *Fysioterapeuten*, 8, 28-30. Hentet fra <https://fysioterapeuten-ebblad.no/dm/fysioterapeuten-8-17/28/#zoom=z>
- World Health Organization. (2020). 8E49 Postviral fatigue syndrome. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (9.utg) Hentet fra <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F569175314>
- Øien, A. M., Iversen, S. & Stensland, P. (2007). Narratives of embodied experiences – Therapy processes in Norwegian psychomotor physiotherapy. *Advances in physiotherapy*, 9(1), 31-39. <https://doi.org/10.1080/14038190601152115>

- Øien, A. M., Råheim, M., Iversen, S. & Steihaug, S. (2009). Self-perception as embodied knowledge – changing processes for patients with chronic pain. *Advances in physiotherapy*, 11(3), 121-129. <https://doi.org/10.1080/14038190802315073>
- Øvreberg, G. & Andersen, T. (2016). *Psykomotorisk fysioterapi: et kildeskrift fra Aadel Bülow-Hansens praksis* (2. utg.) Berit Ianssen.
- Åsbring, P. & Närvänen, A.-L. (2002). Women's Experiences of Stigma in Relation to Chronic Fatigue Syndrome and Fibromyalgia. *Qualitative Health Research*, 12(2), 148-160. <https://doi.org/10.1177/104973230201200202>

### **Vil du delta i forskningsprosjektet** ***”Norsk psykomotorisk fysioterapi ved kronisk utmattelsessyndrom*** ***– en kvalitativ studie”?***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få et innblikk i erfaringene pasienter med kronisk utmattelsessyndrom har med behandlingsfenomenet norsk psykomotorisk fysioterapi relatert til endring. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet med denne oppgaven er å rette søkelyset mot norsk psykomotorisk fysioterapi som behandling for pasienter med kronisk utmattelsessyndrom. Prosjektet innebærer et intervju på ca. 40-60 minutter med spørsmål knyttet til dine erfaringer med behandlingsformen. I prosjektet vil vi også innhente og registrere opplysninger om kjønn, alder, sivilstatus/livssituasjon og arbeidssituasjon. Rammene for tid og sted for gjennomførelse av intervju vil skje i samarbeid med deg som informant. Forskningsspørsmålet som skal analyseres i denne masteroppgaven er: «Hvordan erfarer pasienter med kronisk utmattelsessyndrom endring ved norsk psykomotorisk fysioterapi?». Opplysningene som innhentes skal ikke brukes til andre formål.

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

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

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

Du har fått spørsmål om å delta i prosjektet og samtykket til videreformidling av kontaktopplysninger via psykomotoriker Elias Kritikos. Studien inkluderer fire til fem deltagere som har eller har hatt sykdommen kronisk utmattelsessyndrom. Deltagerne i prosjektet har alle god kjennskap til behandlingsformen da de har gått jevnlig til individuell psykomotorisk fysioterapi over minst seks måneder, hvor siste behandling har vært innen siste tolv månedene. Alle deltagerne er over 18 år.

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

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et intervju. Det vil ta deg ca. 40-60 minutter. Intervjuet inneholder spørsmål om sykdomsutvikling, betydningen av behandlingen og hvilke endringer du har opplevd etter psykomotorisk fysioterapi relatert til din fungering i hverdagen. Intervjuet tas opp med lydopptaker.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. 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. Ved Høgskulen på Vestlandet er det kun prosjektleder Tove Dragesund og prosjektmedarbeider Jeanette Fagerlid som vil ha tilgang til opplysningene. Datamaterialet lagres på HVL sin forskningsserver for å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til opplysningene. Kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres adskilt fra øvrige data. Innhentede opplysninger fra intervjuene vil anonymiseres slik at deltagerne ikke skal kunne gjenkjennes i publikasjonen.

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

Prosjektslutt antas å være juni 2021. Ved prosjektslutt vil alle data med personopplysninger anonymiseres og evt. brukes alle på nytt når det er mulig. Det kan tenkes at prosjektslutt kan forlenges til 31.12.2021.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller 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 Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Prosjektet er også godkjent av REK - Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning.

### Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Høgskulen på Vestlandet ved prosjektansvarlig Tove Dragesund på tlf.: 55587039 eller [tove.dragesund@hvl.no](mailto:tove.dragesund@hvl.no).
- Vårt personvernombud: Trine Anikken Larsen på tlf.: 55587682 eller [personvernombud@hvl.no](mailto:personvernombud@hvl.no).
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig  
(Forsker/veileder)

*Student*  
*(Prosjektmedarbeider)*

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Norsk psykomotorisk fysioterapi ved kronisk utmattelsessyndrom – en kvalitativ studie», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2: Intervjuguide

**Prosjektets formål:** *“Få et innblikk i erfaringene pasienter med kronisk utmattelsessyndrom har med norsk psykomotorisk fysioterapi.”*

**Grunnleggende informasjon om informanten:** kjønn, alder, sivilstatus/livssituasjon og arbeidssituasjon.

### **Erfaringer knyttet til kroppslig omstilling:**

- Hvilken betydning har PMF hatt? Hva syntes du har vært positivt? Hva har du savnet? Kan du komme med noen eksempler?
- Har du opplevd noen endringer i løpet av behandlingsforløpet? Hvilke endringer?
- Hvordan er funksjonen din nå på bakgrunn av disse endringene? Kom med eksempel fra hverdagen.
- Hvordan bruker du erfaringene og kunnskapen du har lært?

### **Sykdomsutvikling og funksjonsnivå før oppstart med PMF:**

- Når og hvordan begynte symptomene? Hvordan utviklet plagene seg?
- Hvordan fungerte du i hverdagen før? Kan du gi et eksempel fra hverdagen? Hvordan var det for deg å ha det sånn?
- Hvorfor valgte du PMF som behandling? Hvilke behandling(er) har du hatt tidligere? Husker du hvordan dette var for deg?

## Vedlegg 3: Svar fra NSD

### NSD Personvern

20.02.2020 12:53

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 381397 må kompletteres for at NSD kan fortsette vurderingen.

Når du har gjort oppdateringene i skjemaet, må du gå til siden "send inn" og trykke "bekreft innsending".

Dersom du har ytterligere kommentarer eller spørsmål kan du skrive en melding i dialogfeltet over og trykke "send melding".

Følgende kommentar er gitt av NSDs personvernrådgiver:

Hei,

Vi har nå gjort en første gjennomgang av ditt prosjekt og har noen få kommentarer og innspill:

1. På siden «Utvalg 1»: På siden «Utvalg 1» under «rekruttering eller trekking av utvalg» ber vi deg utdype hvordan du skal komme i kontakt med utvalget. Vår anbefaling er at fysioterapeut informerer om ditt prosjekt og at de som ønsker å delta deretter kan ta kontakt med deg.

På samme side under «Personopplysninger for utvalg 1» ber vi deg også markere «helseopplysninger».

Under datakilden «personlig intervju» ber vi deg deretter markere «uttrykkelig samtykke» som behandlingsgrunnlag for behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger (helseopplysninger).

2. På siden «Varighet» og i informasjonsskrivet: I informasjonsskrivet fremgår det at prosjektslutt er juni 2021 og at data vil slettes ved prosjektslutt. På siden «varighet» er det angitt at data med personopplysninger skal oppbevares utover prosjektperioden, dersom prosjektet trenger å utvides.

Vi anbefaler at du i informasjonsskrivet angir at prosjektslutt antas å være juni 2021 og at data med personopplysninger slettes ved prosjektslutt. Videre kan du angi at det kan tenkes at prosjektslutt kan forlenges til 31.12.2021 og at data i så tilfelle slettes innen denne dato.

På siden «Varighet» under «Skal data med personopplysninger oppbevares utover prosjektperioden» kan du deretter endre svaret til «Nei, data vil bli oppbevart uten personopplysninger (anonymisering)». Begrunnelsen for dette er at data skal bli oppbevart innenfor formålet med prosjektet og ikke til andre formål. Dersom prosjektslutt blir forlenget kan du dermed melde det som en endring til NSD rundt juni 2021.

Vi ber om at du oppdaterer meldeskjemaet i henhold til punktene over. Vi minner om at du på siste side i skjemaet under «Send inn» må velge «Bekreft innsending». Når du har gjort dette vil vi fortsette gjennomgangen av ditt prosjekt.

Lykke til videre med utfylling!



## Vedlegg 4: Bekreftelse på endring (fra NSD)

### NSD Personvern

24.02.2020 08:58

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 381397 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 24.02.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### 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 hvilke type endringer det er nødvendig å melde: [nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2021.

#### 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 art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. 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

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

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).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Mathilde Hansen  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg 5: Godkjenning fra REK med vilkår



<b>Region:</b>	<b>Saksbehandler:</b>	<b>Vår dato:</b>	<b>Vår referanse:</b>
REK vest	Ingvild Haaland	05.02.2020	85166
		<b>Deres referanse:</b>	

Tove Dragesund

### **85166 Norsk psykomotorisk fysioterapi ved kronisk utmattelsessyndrom – en kvalitativ studie**

**Forskningsansvarlig:** Høgskulen på Vestlandet

**Søker:** Tove Dragesund

#### **Søkers beskrivelse av formål:**

*Formålet med studien er å oppnå innsikt i erfaringer pasienter med kronisk utmattelsessyndrom har med norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF). Tidligere forskning om kronisk utmattelsessyndromet har vært preget av en uenighet om hvorvidt tilstanden skal oppfattes som primært psykisk eller fysisk, og anses i dag som mer kompleks og sammensatt. Psykomotorisk fysioterapi skiller ikke psyke fra soma, men har en forståelse av at mennesket alltid er begge deler på en gang.*

*For å besvare problemstillingen vil jeg utføre dybdeintervju av pasienter med kronisk utmattelsessyndrom med erfaringer med individuell NPMF. Informantene vil rekrutteres gjennom psykomotoriske fysioterapeuter med bred erfaring med behandling av pasientgruppen. Masteroppgaven vil bygge på de transkriberte intervjuene, samt feltnotater av observasjoner fra intervjuene. Materialet analyseres deretter systematisk for å belyse problemstillingen og forsøke å avdekke ny kunnskap blant informantenes erfaringer om fenomenet.*

#### **REKs vurdering**

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt sendt inn til fristen 10.12.2019. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 15.01.2020. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

## **Om prosjektet**

Prosjektet er en masteroppgave der man skal se på nytte av norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) ved kronisk utmattelsessyndrom. Psykomotorisk fysioterapi skiller ikke psyke fra soma, og man mener at dette kan være nyttig for denne tilstanden da man tidligere har vært uenige om den skal oppfattes primært som psykisk eller fysisk. Det er en kvalitativ studie med fem deltakere der det skal utføres intervju på omtrent 40-60 minutter.

## **Data/materiale**

Kvalitativ studie.

Intervjuer med opptak (lyd/video) (Semistrukturert intervju med lydopptak).

Helseopplysninger: Tidligere helseproblemer. Tidligere behandling. Symptomer. Fysisk funksjonsnivå. Kroppsbevissthet.

Komiteen bemerker at intervjuguiden burde være mer nøytral i utformingen, og ber om revidert utgave av denne.

## **Deltakere**

5 pasienter med kronisk utmattelsessyndrom.

## **Rekruttering**

Pasientene skal indentifiseres av behandlende fysioterapeut.

Komiteen bemerker at prosjektmedarbeidere som tar del i rekrutteringen bør inkluderes i prosjektet.

## **Forespørsel/informasjon/samtykkeerklæring**

Det skal innhentes samtykke fra alle deltakere.

Det vil ikke være aktuelt å inkludere deltakere som mangler samtykkekompetanse.

Komiteen bemerker at informasjonsskrivet må formuleres mer formelt, ikke i jeg-form fra student og ikke oppgi privat e-post for student som kontaktinfo. Første avsnitt i informasjonsskrivet bør fjernes. Komiteen bemerker også at det ikke er skrevet noe om beredskap. Revidert informasjonsskriv bes sendes REK vest.

## **Oppbevaring av data**

Annet (yrke, sivil status, livssituasjon), Fødselsdato, Navn, Helseforhold (Legemiddelbruk, Diagnose).

Det er oppgitt at personidentifiserbare data vil anonymiseres. Komiteen går ut ifra at man mener at data vil aidentifiseres, da man vil oppbevare en navneliste separat (dette står i informasjonsskrivet).

Når et forskningsprosjekt er avsluttet (senest ved godkjent sluttdato) skal en eventuell koblingsnøkkel oppbevares i fem år (15 år ved legemiddelstudier), men kun for kontrollhensyn. Deretter skal en eventuell kodenøkkel slettes og materialet destrueres eller anonymiseres.

## **Vedtak**

Godkjent med vilkår

## **REK vest godkjenner prosjektet med følgende vilkår:**

Revidert informasjonsskriv etter ovennevnte merknader bes sendes REK vest.

Revidert intervjuguide etter ovennevnte merknader bes sendes REK vest.

Prosjektmedarbeidere som tar del i rekrutteringen må inkluderes i prosjektet.

REK vest har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle prosjektets sider.

Prosjektet godkjennes med hjemmel i helseforskningsloven § 10 på betingelse av at nevnte vilkår tas til følge.

Med vennlig hilsen

Marit Grønning Prof,  
dr.med. Komiteleder

Ingvild Haaland  
Rådgiver

### **Sluttmelding**

Søker skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest seks måneder etter godkjenningsperioden er utløpt, jf. hfl. § 12.

### **Søknad om å foreta vesentlige endringer**

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i forhold til formål, metode, tidsløp eller organisering, skal søknad sendes til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk som har gitt forhåndsgodkjenning. Søknaden skal beskrive hvilke endringer som ønskes foretatt og begrunnelsen for disse, jf. hfl. § 11.

### **Klageadgang**

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering.

## Vedlegg 6: Svar fra REK

Til Tove Dragesund.

85166 Norsk psykomotorisk fysioterapi ved kronisk utmattelsessyndrom – en kvalitativ studie

Vi viser til innsendt tilleggsinformasjon mottatt 02.03.2020. Komiteen tar dette til orientering, og har ingen ytterligere merknader.

Med vennlig hilsen,

Ingvild Haaland

Rådgiver, REK vest