

En bærekraftig kropp

En diskursanalytisk tilnærming til kroppen i psykisk helsearbeid

A sustainable body

A discourse analytic approach to the body in mental health care

Alette Ottesen



Høgskolen i **Hedmark**

Masteroppgave, master of mental health care, MMHC

Avdeling for folkehelsefag

HØGSKOLEN I HEDMARK

2011

Forord

Denne oppgaven handler om forståelser av kroppen og det kroppslige. Som utøvende spesialist i psykomotorisk fysioterapi forholder jeg meg til enhver tid til sinnrike kropper. Min bevegelse fra et psykomotorisk fysioterapifaglig miljø til et tverrfaglig miljø på masterstudiet i psykisk helsearbeid fikk virkelig mine øyne opp for at kroppen – også blant helsearbeidere – kan forstås svært ulikt. Det ble en naturlig anledning til å finne ut mer om kroppens posisjon i psykisk helsearbeid. En tenkt posisjon har jeg funnet i metaforen en bærekraftig kropp. Bærekraft er et uttrykk i tiden, men jeg har aldri hørt det koblet til kroppen eller forhold beskrevet som kroppslige. I innspurten med oppgaven kom jeg over en artikkel om nye ord i Aftenposten. ”Det er viktig å skape nye ord for å unngå sløve betraktninger, den type prat som går av seg selv. Nye uventede ord provoserer frem refleksjon” (Hellesnes, 2011). Dette kan forstås som diskursanalytisk teori. Filosof Jon Hellesnes lanserte i samme anledning ord som kan slå an i 2011. Et av ordene han lister opp er *bærekraftbarometer* forstått som et barometer for å skaffe oversikt over bærekraftige forhold. Kanskje et bærekraftbarometer kan stå som et symbol for framtidig helsearbeid?

Å kunne fordype seg teoretisk gjennom en slik oppgave har vært svært lærerikt, krevende, vitaliserende og også morsomt. Studiet i psykisk helsearbeid har engasjert meg og det har vært et godt læringsmiljø. Takk til lærere og medstudenter! Jeg har følt meg original på studiet og tenker med det på meg selv som en representant for tanker med noe faglig uortodokse resonnementer og kanskje med en noe ”troskritisk” måte å forstå fenomener på (Ekeland, Getz, Hetlevik, Kirkengen, Schei, Ulvestad & Vetlesen, 2007).

Helt til min veileder hjalp meg med å lande på tema og metode for denne oppgaven, trodde jeg at det måtte bli en studie ute i feltet, i det landskapet jeg er best kjent. Det ble altså ikke slik. En stor takk til veileder Kari Kvigne som hjalp meg å spisse oppgavens tema mot spennende metode, og for presis, inspirerende og vennlig veiledning. Du var som håndplukket for mitt arbeid.

Det er kanskje slik med forholdet mellom teori og praksis som med forholdet mellom kropp og sinn. De ulike dimensjoner *hører* sammen og *virker* sammen. Selv om dette er en teoretisk oppgave, hviler den på lang helsefaglig praksis. Takk til alle som har kommet til psykomotorisk fysioterapi i min kliniske praksis. Uten dere kunne ikke denne oppgaven blitt

til. Det er mange andre som også fortjener en takk for at denne oppgaven er gjennomført og blitt slik den er. De av dere som leser oppgaven, forstår forhåpentligvis hvem dere er selv om takken ikke her er adressert. Dere skal uansett alle få en takk ansikt til ansikt.

Oppgaven er et resultat av min bevegelse gjennom livet og ikke minst bevegelse i året som er gått. Det gjelder opplagt en bevegelse i tilegnelse av ny teoretisk kunnskap, men også at jeg har fulgt mitt behov for å bevege meg bokstavelig talt. En luftetur på beina eller på ski i arbeidsøktene har formet ord og tanker på nye måter. De har hjulpet meg til å sortere, tydeliggjøre og forstå arbeidet mitt. For å komme i havn har det vært viktig for meg at jeg har kjent meg sterk og utholdende i den konkrete kroppen. Jeg vil si at det å skrive en mastergradsoppgave er et høyst kroppslig anliggende. Min bærekraftige kroppslighet har formet og blitt formet av arbeidet.

Jeg har fulgt Høgskolen i Hedmark sin mal for masteroppgave med en gitt forside. Jeg skulle gjerne heller ha illustrert den med en av Alberto Giacometti eller Antony Gormleys skulpturelle kropper – som kunstneriske uttrykk for en bærekraftig og fenomenal kropp – uttrykk språket ikke når.

Lillehammer, august 2011

Alette Ottesen

September 2011

Denne utgaven inneholder små endringer, fortrinnsvis av korrekturmessig art, i forhold til oppgaven innlevert HiH i august 2011.

Innholdsfortegnelse

FORORD	3
NORSK SAMMENDRAG	7
ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT)	8
1. INNLEDNING	9
FORHOLDET MELLOM KROPP OG HELSE	10
STUDIENS HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	13
OPPGAVENS OPPBYGNING.....	15
2. METODE - ANALYSESTRATEGI	16
2.1 DISKURSANALYSE SOM TEORI OG METODE	16
DISKURSANALYSENS VITENSKAPSTEORETISKE FORANKRING	17
METODE OG ANALYSESTRATEGI SAMT TEORI OG IAKTTAKELSESBERENDE BEGREPER	18
2.2 UTVALG AV TEKSTER	19
2.3 ANALYSE	22
ANALYSE AV TEKST	23
ANALYSE AV DISKURSIV OG SOSIAL PRAKSIS	23
2.4 FORSKERROLLEN OG MIN POSISJON	25
2.5 LITTERATURSØK	26
2.6 ETIKK	26
3. TEORI - IAKTTAKELSESBERENDE BEGREPER	27
3.1 FORSTÅELSER AV KROPPEN	27
KROPPEN SOM ET OBJEKT – MENNESKE-MASKINMODELL	28
KROPPEN SOM BÅDE OBJEKT, INSTRUMENT OG SUBJEKT – ALLTID SAMHØRENDE	29
3.2 HELSE OG HELSEARBEID	33
3.3 KROPPEN KONSTRUERT SOM TO IDEALTYPER	35
KROPPEN SOM OBJEKT OG INSTRUMENT OG KROPPEN SOM LEVD ERFARING	36
3.4 KROPPER LEVER I EN KONTEKST	40

4. ANALYSE AV DISKURSER OM KROPP OG HELSE -----	42
4.1 DISKURSER OM KROPP OG HELSE VEVD SAMMEN -----	43
4.2 DISKURSER OM HELSE -----	46
4.3 DISKURSER OM KROPP -----	51
KROPPEN MATERIALISERES SOM FYSISK AKTIVITET I PSYKISK HELSEARBEID-----	52
KROPPEN SOM UTEMATISERT I PSYKISK HELSEARBEID -----	58
KROPPENS POSISJON I HELHETLIG FORSTÅELSE -----	61
KROPPENS POSISJON I KUNNSKAPS- OG KOMPETANSEBEGREPET-----	63
PSYKISK HELSE I KROPPSBASERT PRAKSIS-----	65
4.4 BERØRENDE DISKURSER -----	66
PROFESJONSKOMPETANSE I FAGFELTET-----	66
FORSTÅELSE AV AKTIV BEHANDLING-----	68
4.5 KROPP OG HELSE - RÅDENDE OG USYNLIGE DISKURSER -----	69
PSYKISK HELSEARBEID SOM ET NYTT FAGFELT-----	70
KROPPSLIGGJØRING AV SENTRALE FAGLIGE BEGREPER -----	71
DEN GLEMTE KROPPEN VERSUS EN BÆREKRAFTIG KROPP-----	75
KROPPEN I RISIKOSAMFUNNET VERSUS KROPPEN I PSYKISK HELSEARBEID-----	76
5. AVSLUTNING -----	79
5.1 METODISK REFLEKSJON -----	79
5.2 OPPSUMMERING -----	81
IDEALTYPENES REPRESENTASJON I TEKSTENE -----	82
EN UTEMATISERT, UTYDELIG KROPP OG ET LUKKET HELSEBEGREP-----	82
Å TEMATISERE KROPPEN ER EN GRUNNBETINGELSE FOR FYSIOTERAPI-----	84
REFERANSELISTE -----	87
FIGURLISTE -----	94

Norsk sammendrag

Denne oppgaven har til hensikt å tematisere og problematisere kroppens posisjon i psykisk helsearbeid. Med en diskursanalytisk tilnærming analyseres hvilke diskurser om kropp og helse som trer fram i tekster om psykisk helsearbeid og hvordan de materialiseres i helsefaglig og sosial praksis. En diskursanalyse er en kvalitativ, post- moderne tilnærming for analyse av språk og virkelighet. Hvordan vi forstår kroppen henger sammen med hvordan vi forstår helse og omvendt. Forståelsen konstituerer og konstitueres av innholdet i helsetjenesten. I en diskursanalyse er forskningsspørsmålet diskursen i seg selv, men jeg stiller et forskningsspørsmål for å styre analysen;

Hvilke diskurser om kropp og helse trer fram og materialiseres i psykisk helsearbeid?

Oppgavens teoridel avgrenser diskursen med konstruksjon av to idealtyper om kroppen etter Webers idealtypemodell. Idealtypene er mitt analyseverktøy. Jeg har valgt ut tekster jeg forstår som førende for praksis i psykisk helsearbeid og analysert dominerende og usynlige diskurser. Analysen har metodisk utgangspunkt i Neumanns beskrivelse basert på Foucault og på Faircloughs tredimensjonale diskursmodell. Som spesialist i psykomotorisk fysioterapi og forsker defineres jeg som en deltaker i diskursen. Oppgaven har til hensikt å problematisere kropp og helse i fagfeltet psykisk helsearbeid og produsere stoff til ettertanke. Jeg stiller spørsmål heller enn å finne svar, løsninger eller sannheter.

I utvalgte tekster finner jeg en utematisert kropp, en kropp som kanskje tas for gitt? Jeg finner en forståelse med et tydelig skille mellom fysisk og psykisk helse med manglende tematisering av kroppen som kilde til erfaring, mestring, endring og erkjennelser og bærer av somatisk sykdom som risikofaktor og sammenfallende med psykisk uhelse. Kan en annen forståelse av kroppen, beskrevet med metaforen en bærekraftig kropp, få plass i forebyggende, helsefremmende og behandlende psykisk helsearbeid? En forståelse av kroppen som levd erfaring, som beskrevet av Merleau-Ponty, tar kroppen for gitt som utgangspunkt og sentrum for all erfaring og definerer alle forhold som kroppslige. Slik forståelse kan gi bilder av helse og somatiske og psykiske lidelser som sammenflettet og alltid kroppslige.

Nøkkelord: Fysioterapi – Diskursanalyse – Kropp - Psykisk helse – Psykisk helsearbeid

Engelsk sammendrag (abstract)

This thesis aims to thematize and problematize the body in mental health care. Through discourse analysis, it seeks to investigate what discourses about body and health which are prevalent in work on mental health care and how they are materialised in practical health care and life. A discourse analysis is a qualitative, post-modern approach aiming to grasp language and reality. How we make sense of the body is linked with how we understand health, and vice versa. Understanding constitutes and is being constituted by the content of health services. In discourse analysis, the research question is the actual discourse even though I am proposing a specific research question in order to direct the analysis towards a certain focus;

What discourses about body and health are prevalent and materialised in mental health care?

The theory section of the thesis limits the discourse with the construction of two idealtypes of the body drawing on Weber's idealtypemodel as a tool for analysis. I have chosen existing work that, in my opinion, can be considered fundamental in practical mental health care. I have analysed dominant and invisible discourses. With regards to research method, it departs from Neumann's descriptions based on the work of Foucault, but also includes Fairclough's three-dimensional model of discourse. As a specialist in Norwegian psychomotor physiotherapy and a researcher, I define myself as a participant in the discourse. The thesis aims to problematize body and health in the field of mental health care and intends to produce material suitable for consideration. Additionally, it aims to raise questions rather than seek answers, solutions or absolute truths.

In selected existing work, I discover an unthematized body. It seems to be an understanding with clear distinctions between physical and mental healthcare and rather little thematizing of the body as a source of experience, coping and change and as a carrier of somatic illness as a risk factor and as connected with mental unhealth. Can a different understanding of the body, described by the metaphor the sustainable body, fit into preventive, health-promoting and practical mental healthcare? Understanding the body as lived, as described by Merleau-Ponty, is to assume the body as the center of all experiences and defines all relations as corporal. Such an understanding can contribute to the images of health and somatic and mental illness as intertwined and always corporal.

Key words: Physiotherapy – Discourse analysis – Body – Mental health- Mental health care

1. INNLEDNING

Et fokus på kropp, kjønn og kultur relatert til psykisk helse kan sammenliknes med å plante et nytt tre i psykisk helsearbeid i Norge (Karlsson, 2005). Mitt fokus på en av de nevnte faktorer - kropp - kjennes som et fokus rettet mot et landskap med få trær. Med en diskursanalytisk tilnærming ønsker jeg å se nærmere på forståelse og praksis, kroppens vilkår i psykisk helsearbeid. Hvilken posisjon har kroppen i psykisk helsearbeid og hvilken kropp snakkes det om?

Kroppen som mitt hovedanliggende

Vi er i bevegelse, og vi forandrer oss hele tiden. Det er unngåelig. Vi kommer inn i verden fra et stort intet. Vi strekker oss i forskjellige retninger. Vi lukter, smaker og berører, og vi ser oss omkring. Vi oppdager stadig nytt. Med kroppen inntar vi verden. Kroppen er alle tings første erfaring. Når vi beveger oss omkring, vokser sinnet. Sinnet er kropp, og kroppen er verden. Det er en heltidsbeskjeftigelse, for verden er større enn kroppen (Skårderud, 2005, s.11).

For meg som fysioterapeut er kroppen, slik Skårderud viser til, en heltidsbeskjeftigelse i dobbel forstand; som menneske og fysioterapeut, personlig og profesjonelt. Kroppen er også mitt hovedanliggende i denne oppgaven som tematiserer kroppen i psykisk helsearbeid, eller sagt på en annen måte, kropp relatert til arbeid med liv og motstandsdyktighet. Fysioterapi og psykisk helsearbeid er kunnskapsområder og praksisfelt som kan vekke ulike assosiasjoner. Hvilke bilder, språk og tanker trer fram i det man kobler fysioterapi til psykisk helsearbeid? Kan vi si at fysioterapi også er eller kan være psykisk helsearbeid? Med min bakgrunn som fysioterapeut videreutdannet i psykomotorisk fysioterapi og med lang klinisk erfaring, tar jeg det for gitt at min utøvende fysioterapipraksis handler om psykisk helse og psykisk helsearbeid – til enhver tid. Det baserer jeg på en oppfatning om hva psykisk helse er og av hva fysioterapi er og kan være. Mange synes det er uvant å skulle plassere fysioterapi under paraplyen psykisk helsearbeid. Min erfaring er at disse mange er i stort flertall. Det er kanskje slik, at det som kan tas for gitt er at folk flest mener at erfaringer, tanker og psykisk helse er et anliggende og at kroppen og fysisk helse er et annet. Slike bilder kan falle inn under rådende diskurs om fysioterapi som en rehabiliteringspraksis og tilnærming til somatiske lidelser, mens ulike former for miljø- og samtaleterapi samt medikamenter, i hovedsak sees som tilnærming til psykiske lidelser.

Fysioterapi har tradisjonelt handlet om somatisk sykdom og faget het opprinnelig sykegymnastikk (Haugen, 1997). Fysioterapeuters kanskje tydeligste rolle og funksjon er knyttet til fysisk aktivitet, rehabilitering og opptrening i forbindelse med skader, kirurgi og sykdom.

Psykomotorisk fysioterapi (PMF) er en videreutdanning innen fysioterapifaget, en tenke- og tilnæringsmåte med kroppen i fokus som levd liv og erfaring (Thornquist, 2005). Den konkrete kroppen tilnærmes i bevegelser, berøring og refleksjon og forstås som den menneskelige arena hvor psykisk og fysisk helse utspiller seg. Gjennom pust og muskulatur uttrykkes og reguleres vårt følelsesliv (ibid.). Kroppsorientert psykoterapi definert som en psykoterapitradisjon som anvender verbale og kroppslige metoder, har tradisjonelt stått sterkt i Norge representert ved Reichs' karakteranalytiske vegetoterapi og psykomotorisk fysioterapi (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Fysioterapifaget som kunnskapsområde og konkret fagutøvelse, ligger likevel kun som et bakteppe i denne studien. Studien handler ikke om fysioterapi, men hvordan man forstår kroppen er avgjørende både for fysioterapeuters og andre yrkesgruppers rolle og funksjon i psykisk helsearbeid. Psykisk helsearbeid er kunnskapsområdet og praksisfeltet denne studien retter seg mot. Mastergradsstudiet i psykisk helsearbeid har for meg bidratt til å aktualisere spørsmålet om hvilken posisjon kroppen har og kan ha i dette fagfeltet.

Forholdet mellom kropp og helse

Alle mennesker har og er en kropp, i bevegelse gjennom livet. Alle mennesker har en helse, også den i bevegelse. Kroppen kan sies å være helsens primære og subjektive scene. Folk kan si at de kjenner seg i god form, hangler litt eller at det merkes på kroppen og omtaler på denne måten oftest det fysiske eller somatiske. Følelser, tanker og relasjoner omtales som noe som sitter mellom øra eller i hodet, den mentale biten eller det psykiske. I hverdagsliv og helsefag skilles det mellom det fysiske og det psykiske. Min faggruppe arbeidet for noen år tilbake med synliggjøring av PMF med en kampanje kalt skjervaksjonen. Vi delte ut skjerv med teksten: "Psykomotorisk fysioterapi binder hode og kropp sammen". Med det ønsket vi å si at kropp og sjel hører sammen, at følelser er kroppslige og kroppen følsom. Det kan virke selvfølgelig å presisere at lidelse og sykdom definert som fysisk, på ulike måter griper inn i mestring av hverdagen og det psykiske. Plager, lidelser og sykdom definert som psykiske, uttrykker seg også i kroppen og vi regulerer følelser med kroppen (Thornquist, 2005). En slik

forståelse ser kroppen som sentrum for helse, enten det dreier seg om *det fysiske* eller *det psykiske*. Forståelsen kan vende fokus mot hvordan erfaringer virker *sammen med* fysiske plager og somatisk sykdom. Eksempler på vanlige uttrykk relatert til psykiske lidelser kan være uro, søvnforstyrrelser, muskelsmerter, pusteproblemer, hjertebank, kvalme og svimmelhet. Spiseforstyrrelser og selvskading, som defineres som psykiske lidelser, uttrykkes svært tydelig i den konkrete kroppen. Funksjonelle lidelser som lammelser, spasmer, besvimelser og kramper kan også forekomme som uttrykk uten somatisk grunn. Min erfaring er at det kroppen forteller oss, ofte oppfattes som sykdom også når det kan forstås som naturlige reaksjoner på livet som leves. Det kroppen forteller oss er, slik jeg ser det, en undervurdert kilde i arbeid med egen og andres helse, den fysiske og psykiske.

Å ha tilgang til egne følelser, egne fornemmelser, grenser, bevegelsesmuligheter og tillegge dem vekt, ha tillit til dem og hva de forteller, kan ikke tas for gitt. Det kan være at denne informasjonen aldri har vært tillagt noen betydning eller at den er blitt forstyrret underveis. ”Når det blir en vane å underkjenne følelser og bremse seg selv, kan en miste kontakten både med den subjektive opplevelsen og den kroppslige siden ved opplevelsen” (ibid.). Det kan være mange grunner til at det er slik. En drøfting av det definerer jeg utenfor denne oppgaven. Mennesket som kropp, sjel og *ånd* tematiseres heller ikke eksplisitt. Ånd beskrives ofte som tanker og sjel som følelser. Jeg velger i det videre å forholde meg til diskurser i kropps- og helsebegrepet med dimensjonene kropp - sjel og fysisk - psykisk som premissleverandør for kroppens posisjon i psykisk helsearbeid. Derfor tematiserer jeg ikke den åndelige dimensjonen. Studien har heller ikke til hensikt å komme med forklaringsmodeller på sammenhengen mellom kropp og sjel.

Psykisk helse kan forstås som at emosjoner, interesser, motivasjoner, holdninger og verdier i den enkelte fortsetter å modnes gjennom livet (Høgskolen i Hedmark, 2010-2011). Psykiske lidelser påvirker våre erfaringer; våre tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre. Ut fra dette kan man si at psykisk helse dreier seg om disse dimensjonene. Det er faktorer i all menneskelig eksistens. Lidelsesbegrepet defineres ulikt, og kan deles i ulike dimensjoner. Disse dimensjoner og nyansene mellom sykdom, lidelse og plager har slik jeg ser det, ingen konsekvenser for besvarelse av min studie og utdypes derfor ikke nærmere.

Psykisk helsearbeid defineres i denne oppgaven som et arbeid for å styrke individer, familier og lokalsamfunn med fokus på motstandsdyktighet. Det vil si å kunne tåle det stress som naturlig følger hverdags- og samfunnsliv (Hummelvoll, 2004). Motstandsdyktighet synes jeg

trer fram som et sentralt begrep og jeg knytter det til senere bl.a. til *en bærekraftig kropp*, som jeg også har valgt som tittel på oppgaven.

Jeg vil i det videre søke å være overskridende i forhold til skillet mellom psykisk og fysisk helse. Helse vil jeg derfor definere med Lønnings enkle ord som et menneskes evne til å mestre de påkjenninger livet gir (Lønning, 2002). I tillegg til at det gir en ansats til å overskride det nevnte skillet, kan helse her forstås som relativ, subjektiv og objektiv. Utover i oppgaven vil jeg søke å bruke begrepet helse i det jeg kaller en åpen forståelse med fysisk og psykisk helse som to dimensjoner av det samme. Noen steder kan jeg finne det hensiktsmessig å presisere de ulike dimensjonene, noe jeg kaller å lukke helsebegrepet.

I tråd med sosialkonstruksjonistisk filosofi som dreier fokus fra væren til vorden og tilblivelse, finner jeg WHO's prosessuelle helsebegrep relevant i denne oppgaven.

Health itself should be seen as a resource and essential prerequisite of human life and social development rather than the ultimate aim of life. It is not a fixed end-point, a "product" we can acquire, but rather something ever changing, always in the process of becoming (WHO, 1991:3).

Med en slik definisjon kan helsen forstås i en stadig bevegelse - uegnet for statiske beskrivelser.

Diskurs og diskursanalyse

Helsefaglig praksis baserer seg på en grunnlagstenkning, implisitt eller eksplisitt uttalt og forstått. Hva folk flest forbinder med kropp, (psykisk) helse og (psykisk) helsearbeid kan vel sies å være en avspeiling av rådende språk, kunnskap, praksis, roller og institusjoner konstituert i vårt samfunn. Diskursbegrepet defineres noe ulikt. Jeg velger i det videre definisjonen "...en bestemt måte at tale om og forstå verden (eller et udsnit af verden) på" (Jørgensen & Phillips s.9). En diskurs er språkbruk forankret i en kontekst og tegn får først betydning når de fikseres i en diskurs og blir til en sannhet som tas for gitt. Vi tar da for gitt at alle er enige om det; diskursen er blitt "common sense". Diskursene representerer likevel ikke en sannhet, men er et bilde - av mange mulige bilder (ibid.). Det finnes alltid andre forståelser og andre bilder.

Diskursbegrepet kan referere til to nivåer; det ene innad i en gruppe som innen praksisfeltet psykisk helsearbeid og det andre samfunnsmessig og kulturelt som i landet Norge (Jensen, 2009).

Som empirisk forskning kan en diskursanalyse kaste lys over forutsetninger og betingelser for ulike praksiser (Neumann, 2001). Jeg studerer skriftlige tekster som er med på å legge føringer for helsefaglig praksis. Siden diskursanalyse er noe annet enn en tradisjonell tekstanalyse, vil også diskursenes fremtoning og forhold seg imellom samt den praksis de inngår i, være gjenstand for analyse og diskusjon. Jeg har valgt ut tekster for analyse etter kriterier som redegjøres for i metodekapittelet. Jeg konstruerer to idealtyper om kroppen etter Webers idealtypemodell som et analyseverktøy (Weber, 1990). Hvordan man forstår kroppsbegrepet som er dikotomisert og forenklet i idealtypene, har implikasjoner for hvordan man forstår helsebegrepet og omvendt. Mitt forskningsspørsmål dreier seg om kropp og helse og hvordan kroppen materialiseres i psykisk helsearbeid, såkalt diskursiv og sosial praksis. Disse begrepene definerer jeg i metodekapittelet.

Poenget med diskursanalyse er å studere hvorledes det eksisterer en rekke handlingsbetingelser for det talte og gjorte, hvorledes et gitt utsagn aktiverer eller ”setter i spill” en serie sosiale praksiser, og hvorledes utsagnet i sin tur bekrefter eller avkrefter disse praksisene (Neumann, 2001).

Studiens hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med oppgaven er å analysere og diskutere forståelser av kroppen i psykisk helsearbeid. Jeg vil søke å tematisere kroppens posisjon og mulige posisjon i det samme begreps- og praksisfeltet. I følge diskursanalytisk teori, er hensikten i slikt arbeid å stille spørsmål ved fenomener som blir tatt for gitt, løfte fram usynlige stemmer og lete etter andre bilder heller enn å finne svar og sannheter. Det sies at forskningsspørsmålet bestemmer metoden (Lorensen, 1998). I et diskursanalytisk perspektiv forholder det seg noe annerledes; metode er valgt og problemstillingen er diskursen i seg selv (Watt Boolsen, 2006). For å gi arbeidet en tydeligere retning, har jeg likevel stilt meg et forskningsspørsmål:

- Hvilke diskurser om kropp og helse trer fram og materialiseres i psykisk helsearbeid?

I diskursanalytisk teori og metode snakkes det om diskursers materialitet. Med det menes den praksis diskursen setter i sving. Forskningsspørsmålet innebærer derfor å se på hvordan de

ulike diskurser trer fram og hva slags helsefaglig og sosial praksis som materialiseres. Gjennom mitt forskningsspørsmål søker jeg å lete både etter rådende og usynlige språk om kroppen og å problematisere praksisfeltet psykisk helsearbeid.

Implisitt i forskningsspørsmålet, og dermed i analysen, ligger berørende temaer:

- Hvilke grunnbetingelser finnes for kroppen som tilnærming i psykisk helsearbeid?

Jeg skal analysere diskurser om kropp og helse relatert til psykisk helsearbeid, altså hvilken grunnlagsforståelse fysioterapi hviler på i fagfeltet. Vårt helsevesen er organisert i en somatisk del rettet mot somatiske forhold – assosiert som kropp eller soma – og psykisk helsevern som retter seg mot psykiske lidelser – assosiert som hode, følelser eller psyke.

- Hvordan konstituerer kroppsdiskursen spenning mellom psykisk og fysisk helse og hvordan blir diskursen på sin side konstituert?

Hvordan vi forstår kroppen og snakker om den (oss) henger, slik jeg ser det, sammen med hva vi oppfatter som fysisk og psykisk og kanskje også for hvordan det psykiske og det fysiske vurderes og rangeres. Alle kan vel enes om å ha en fysisk helse. Psykisk helse derimot, assosieres ofte med psykiske lidelser og psykisk sykdom (Rogers & Pilgrim, 1997). Da handler det ikke lenger om oss alle, ikke om meg, men om de andre. På den annen side og samtidig – hva er det som bidrar til at vi forstår og snakker om kropp - fysisk og psykisk helse på den måten vi gjør? Hva sier tekstene om kroppen relatert til det fysiske og det psykiske?

For å drøfte mine problemstillinger, spør jeg tekstene som jeg mener er konstituerende for og konstituert av kunnskapsområdet og praksisfeltet psykisk helsearbeid. Det er tekster fra offentlig forvaltning og utdanning som legger premisser for praksis i psykisk helsearbeid. Disse på sin side, bygger på og refererer til andre tekster det også er naturlig å vise til. Analysen tilføres faglitterære kanoner innen psykomotorisk fysioterapi og psykisk helsearbeid. Med kanoner mener jeg litteratur som har en sentral plass i fagfeltene, litteratur det ofte henvises til og som er knyttet til pensumlister, henholdsvis i psykomotorisk fysioterapi og i psykisk helsearbeid (Neumann, 2001). Litteratursøk har vært gjort i tråd med retningslinjer for søk i vitenskapelige databaser formidlet av bibliotekjennesten ved Høgskolen i Hedmark.

Kroppens uttrykk og det uttrykte kan sies å være individuelt og bevegelig i et langt og bølgende kontinuum. Likevel tenker jeg at drøftingene rundt mine funn er overførbare til

generell tenkning og forståelse av kropp og helse på individ, gruppe og samfunnsnivå. Jeg beveger meg i oppgaven mellom de ulike nivåer og også mellom forebyggende, helsefremmende og behandlende perspektiv. Oppgaven knyttes til norsk helsefaglig praksis og fokuserer ikke på de ulike psykiske lidelsene eller grad av helse og uhelse. Min forståelse av psykisk helsearbeid i denne sammenheng, bygger på at hvert enkelt menneske møtes individuelt som kroppslige med kunnskap anvendt i og tilpasset til situasjonen. For ytterligere avgrensning av oppgaven, problematiseres ikke kroppen i forhold til kjønn, sosial ulikhet eller forskningsmetodikk i fagfeltet. Betegnelser som pasient, bruker, hjelpesøkende eller hjelpetrequende brukes i mange sammenhenger for å erstatte begrepet psykiatrisk pasient som kan skape holdninger om *oss* og *dem* (Skårderud et al., 2010). I utvalgte tekster finner jeg brukerbegrepet og mennesker med psykiske lidelser gjennomgående brukt. Jeg tolker også det som statiske beskrivelser av mennesker mer mot å *være sin lidelse enn for tiden å ha en*. Denne oppgaven handler om språk og virkelighetsforståelse. Derfor har jeg forsøkt å komme utenom omtale av mennesker med begrepene nevnt over. Bruker vi ulike begreper om å ha fysiske og psykiske lidelser og om psykisk og fysisk helse?

Oppgavens oppbygning

Dette kapittel 1 er oppgavens innledning. Kapittel 2 er metodologi; om diskursanalyse generelt og hvordan jeg anvender metoden i denne studien. Jeg velger altså å presentere metode før teori. Med en diskursanalytisk tilnærming finner jeg det logisk at strategien for hvordan jeg har gått fram, metoden, kommer først. Teorien blir på et vis bygget opp som en konsekvens av den. Kapittel 3 inneholder det som tradisjonelt kalles teori; her presentert som de analysestrategiske begrepene som er mitt analyseverktøy. Teorien skal søke å gi leseren en forståelse for det blikket jeg har for analysen. Jeg omtaler ulike forståelser av kroppen, helse og helsefaglig praksis som ansatser til konstruksjon av to idealtyper om kroppen. Kapitlet avsluttes med begreper jeg har funnet sentrale relatert til å være kropp i en kontekst, - moderne samfunnskropper (Skårderud, 2011b). Kapittel 4 er oppgavens hoveddel med analyse og diskusjon. Med begreper fra teoridelen og idealtypene om kroppen vil jeg tematiserer språk, forståelse og praksis knyttet til ulike diskurser om kropp og helse. Kapittel 5 er oppgavens avslutning med metodisk refleksjon og en oppsummering av min analyse. Helt til slutt kommer referanse- og figurliste.

2. METODE - ANALYSESTRATEGI

Dette er oppgavens metodekapittel. Jeg starter med å redegjøre for diskursanalyse generelt som teori og forskningsmetode. Deretter søker jeg å beskrive hvordan jeg har gått fram i mitt arbeid med henvisning til diskursanalytiske metodebeskrivelser.

2.1 DISKURSANALYSE SOM TEORI OG METODE

Diskursanalyse er både teori og metode (Fairclough, 2008; Neumann, 2001). Det er en forholdsvis ny vitenskapstradisjon for studier av språk og virkelighet med et kritisk oppgjør mot objektiv kunnskapsproduksjon som gyldig for den politiske og sosiale virkelighet. Som forskningstilnærming er det registrert svært mange varianter (Watt Boolsen, 2006). Med definisjonen på diskurs som språk og forståelse av virkelighet, får vi diskursanalysens hovedanliggende; å analysere språk og virkelighet. Begrepet dekonstruksjon knyttes ofte sammen med diskursbegrepet og refererer til hvordan historier og forklaringer er bygget opp og konstruert (Jensen, 2009). Ved å studere disse konstruksjonene, kan man få øye på flere mulige historier, forklaringer, nye historier og nye versjoner av historier (ibid). Studier av språk, fenomener og virkeligheten slik det framstår for hver og en, kan sies å være et kjerneområde for kvalitativ forskning. Diskursanalyse er en kvalitativ tilnærming med kritisk analyse av data og sosial praksis, -i denne studien av skriftlige tekster og helsefaglig praksis. Poenget er ikke å komme fram til nye sannheter eller å lansere oppskrifter for psykisk helsearbeid, men å løfte fram rådende stemmer og de stemmer som kan synes usynlige og/eller på tvers av de rådende. Jeg skal stille spørsmål til tekstene og problematisere praksis. Det å finne andre bilder, annet språk og andre forståelser som kan utfordre nåværende praksis, ligger i diskursanalysens vesen (Neumann, 2001). Kritisk diskursanalyse er en verktøykasse til studier av tekster som setter søkelys på ”common sense” og produserer stoff til ettertanke (Fairclough, 2008).

Michel Foucault er sentral innen diskursanalytisk teori og beskrev teori mer enn metode (Watt Boolsen, 2006). Neumann tar med sin metodebeskrivelse i boka *Mening, materialitet og makt* utgangspunkt i Foucaults *The Archeology og knowledge* og anbefaler studier av den til dem som har tid og ork, men sier at den ikke egner seg som innføringslitteratur (Neumann, 2001). Derfor er Foucault i denne oppgaven først og fremst representert gjennom Neumann og Fairclough. Deres metodebeskrivelser synes for meg hensiktsmessig å kombinere, selv om

Foucault og Fairclough representerer henholdsvis et relasjonelt og lingvistisk språksyn, har ulikt syn på makt og bruk av maktbegrepet samt et noe ulikt ståsted mht relativiteten i vår sosiale virkelighet (Fairclough, 2008; Neumann, 2001). Slik jeg ser det, får ikke disse ulikhetene konsekvenser for mitt arbeid.

Diskursanalysens vitenskapsteoretiske forankring

Diskursanalyse er en forlengelse av fenomenologi og hermeneutikk og kan plasseres vitenskapsteoretisk under sosialkonstruksjonismen som en post-positivistisk og post-moderne tradisjon. Det fenomenologiske hentyder til tilnærmingens basis i subjektiv sanseinformasjon; noen sansedata velges ut som følge av et forhandlingsspill om hva vi sanser. Ting og fenomener beskrives slik de framstår for oss og begrepet sann kunnskap er et begrep med modifikasjoner. Sann for hvem? I en sil mellom oss og verden lager vi modeller av det vi sanser; som representasjoner av verden (Neumann, 2001; Thornquist, 2003).

Sanseinformasjonen er slik forstått både subjektiv og selektiv. Vi kan ikke ta inn alt som skjer, langt mindre beskrive det. Den levende verden skifter fra øyeblikk til øyeblikk (Andersen, 1997). Det hermeneutiske ligger i fortolkning av en sosial virkelighet som studeres på de premisser den selv byr på. Den studeres fra innsiden, fortolket i en hermeneutisk spiral hvor nye forståelsehorisonter kontinuerlig dannes mellom oss og det andre og mellom deler og helhet (Neumann, 2001). Sentralt i hermeneutisk forståelse står begrepene nærhet og avstand, deltaker og tilskuer samt refleksivitet. Disse begrepene kan diskuteres opp mot forskningens objektivitet, verdinøytralitet og validitet (Kvale & Brinkmann, 2009; Skjervheim, 1996; Thornquist, 2003). Sosialkonstruksjonismens grunnleggende idè er at virkeligheten er en sosial konstruksjon i kontinuerlig skapning. Den konstituerer og konstitueres av språket. Virkeligheten sees i et perspektiv av stadig tilblivelse (Neumann, 2001).

Samfunnsvitenskapens vending bort fra positivismen kalles ofte en språklig vending fordi fokus, som i diskursanalyse, rettes mot hva ting kalles mer enn hva det *er*. Språk som meningsskapende ansees fullt og helt metaforisk (ibid.). Vi skaper kontinuerlig vår sosiale virkelighet, den trer omskiftelig fram og gjør det meningsløst å snakke om uavhengige variabler (ibid). Analyse av mening, materialitet og makt blir denne oppgavens strategi for å se på kroppen i psykisk helsearbeid. Språk, materialitet og makt er grunnleggende begreper i diskursteori (ibid.).

Metode og analysestrategi samt teori og iakttakelsesbærende begreper

Begreper om teoretisk rammeverk og metode som tatt for gitt i vitenskapelig aktivitet er i seg selv satt under lupen i dette forskningsfeltet. Metodebegrepet erstattes av mange diskursanalytikere med begrepet analysestrategi. Analysestrategien genereres i forhold til et bestemt blikk og et sett av begreper som kalles iakttakelsesbærende begreper (Esmark, Bagge Laustsen & Åkerstrøm Andersen, 2005). Det er dette blikket og de iakttakelsesbærende begreper som i diskursanalytisk tilnærming utgjør den teoretiske referanserammen, teoridelen, og analysens innledende arbeid (Esmark et al., 2005; Neumann, 2001). Diskursanalytisk miljø har vist motvilje mot det tradisjonelle metodebegrepet og vært kritiske til å skulle være representanter for noen sannheter fra et ståsted utenfor. Det ansees som umulig at forskeren kan analysere noe uten selv å være implisert og urealistisk å finne et ståsted utenfor det sosiale. Når man omtaler og diskuterer en diskurs, *er* man selv en deltaker i diskursen (Foucault, 1999a). For mange er derfor metodebegrepet upassende i diskursanalyse; de teoretiske, metodologiske og metodiske nivåer er ikke nødvendigvis klart atskilt. Alle valg har sine konsekvenser og det understrekes at analysestrategi er et valg med konsekvenser (Åkestrøm Andersen, 1999). Neumann tar til orde for å skaffe ny metodelitteratur og arbeide innenfor metodediskursen med et pluralistisk metodebegrep, heller enn å stille seg utenfor denne diskursen som er gjennomsyret av makt og dermed vanskelig å avvise (Neumann, 2001). Jeg velger å bruke begrepsparene analysestrategi og metode og iakttakelsesbærende begreper og teori om hverandre.

Figur 1. Sammenlikning mellom det tradisjonelle metodebegrepet og metodebegrepet i diskursanalyse; analysestrategi

METODE	ANALYSESTRATEGI
Iakttakelser av et objekt	Iakttakelser av iakttakelser som iakttakelser
Det gjelder å produsere sann viten om en gitt gjenstand	Det handler om å problematisere selvfølgeligheter, om å deontologisere
Hvilke metodiske regler skal anvendes for å frambringe vitenskapelig erkjennelse?	Hvilke analysestrategier kan vi bruke for å oppnå en erkjennelse som er kritisk annerledes enn den allerede gitte mening?

Kilde: Oversatt og modifisert fra Åkestrøm Andersen, 1999, s.15.

2.2 UTVALG AV TEKSTER

Fagområdet for denne oppgaven og forskningsspørsmålet ligger til grunn for utvelgelsen av tekster. Tekstene som analyseres kan referere til det Foucault kaller *arkivet*, og materialiteten kan referere til arkivets/tekstenes sosiale bånd til grupper og institusjoner (Neumann, 2001). Tekstene er kvalitative forskningsdata uavhengig av hva slags status de har som sannheter (ibid.). Nøkkelord i utvelgelse av tekster for denne studien er psykisk helse og psykisk helsearbeid. Kriteriene er sentrale politiske føringer, sentrale styringsdokument og utdanning fordi jeg anser de som premissleverandør for struktur og innhold i fagfeltet.

Bakgrunnen for og presentasjon av tekstene om psykisk helsearbeid

Vi har i Norge fulgt anbefalinger bl.a. fra WHO om nedbygging av institusjonskapasiteten i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern parallelt med oppbygging av distriktspsykiatriske sentra og kommunale tjenestetilbud (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). I arbeidet mot kommunalt ansvar innen psykisk helsevern, kom Stortingsmelding nr.25 (1996-97) *Åpenhet og helhet Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (psykiatrimeldingen). Det er en stortingsmelding med fokus på omfattende mangler og på behov og betydningen av å styrke tjenestetilbudet innen psykisk helsevern. Det henvises i mange sammenhenger til denne meldingens konklusjon om brist i alle ledd av kjeden i behandling av psykiske lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997). Med bred politisk enighet, ble psykisk helse derfor et satsningsfelt med St.meld.nr.63 (1996-2006) *Opptappingsplanen for psykisk helse* som styringsdokument. Meldinga uttrykte behov for mer kompetent personell og påvirket til utviklingen av et nytt fagfelt, psykisk helsearbeid, med etablering av masterstudier i psykisk helsearbeid ved flere høgskoler. I 2005 menes de strukturelle mål med opptappingsplanen å være oppfylt, men det sies lite om kvaliteten og innholdet i tjenestene (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Derfor fikk Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å se nærmere på innhold og kvalitet samt utarbeide mål og indikatorer for dette (ibid.). Arbeidet resulterte i veilederen *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene, IS-1332* (ibid.).

På bakgrunn av dette og med mine nøkkelord og kriterier, har jeg valgt ut følgende tekster til analyse:

Figur 2. Nøkkelord, kriterier og valg av tekster for denne oppgavens diskursanalytiske tilnærming til kroppen i psykisk helsearbeid

NØKKELOD	KRITERIUM	TEKSTER
Psykisk helse	Utdanning	Studieplaner:
	Master i psykisk helsearbeid	Høgskolen i Buskerud 2010-2014 Høgskolen i Hedmark 2010-2011 Høgskolen i Oslo 2010-2011
Psykisk helsearbeid	Politiske føringer	Helse- og omsorgsdepartementet, 1998 St.prp.nr.63 Opptrappingsplanen for psykisk helse 1998-2006
	Sentrale styringsdokumenter	Sosial- og helsedirektoratet, 2005 Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene En veileder IS-1332

Diskursanalyse ser på grunnbetingelser for praksis, for hva vi sier og gjør. De utvalgte tekster kan sies å legge grunnbetingelser for helsefaglig praksis. Tekster er både et resultat av og formende for virkeligheten, konstituerende og konstituert (Neumann, 2001). Tekstene bygger på og refererer til hverandre og til andre dokumenter det også har vært nødvendig å se på. Jeg vil nå presentere de utvalgte tekstene nærmere. Relaterte tekster omtales der de refereres til.

St.meld.nr.63 (1998-2006) Opptrappingsplanen for psykisk helse

Stortingsmeldinger er dokumenter vedtatt av Stortinget. *Opptrappingsplanen for psykisk helse* er på 22 sider og er inndelt i 8 kapitler, pluss et vedlegg. Den har som siktemål å utbedre bristen i alle ledd av behandlingsskjeden (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998) og beskriver strukturelle mål. Den bygger på at 5 % av befolkningen under 18 år har behov for tjenester fra barne- og ungdomspsykiatrien og at 1 % av befolkningen over 18 år har alvorlige psykiske lidelser (ibid.). Det fokuseres på behov for nye samarbeidsmodeller, på volum og kvalitet i psykisk helsearbeid og på ny kompetanse i kommunene og spesialisthelsetjenesten presiseres (ibid.).

Veileder IS-1332. Psykisk helsearbeid for voksne i kommunen

Veiledere utgitt av direktoratene vender seg mot et bredt publikum og skal orientere om departementets politikk i praksis. Mens opptrappingsplanen i hovedsak er rettet mot strukturelle mål, er veilederen ment for utvikling av mål og indikatorer for å målrette og sikre tjenestens kvalitet. Brukerorganisasjoner, profesjonsorganisasjoner, kommuner, KS, fylkesmannsembeter og helseforetakene var involvert i en omfattende prosess som sammenfattet grunnlaget for veilederen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Det er forebygging, mestring, tilgjengelighet, samhandling, brukermedvirkning, faglig innhold i tjenestene, kunnskap, tillit og god ressursutnyttelse (ibid). Veilederen er på 82 sider og er delt i to. Vurdert ut fra relevans opp mot diskurser om kropp og helse og oppgavens omfang, er analysen hovedsakelig rettet mot veilederens første del; *Psykisk helsearbeid i praksis. Tilrettelegging for mestring. Behandling og oppfølging* (ibid).

Studieplaner for mastergrad i psykisk helsearbeid

Studieplaner for masterstudier i psykisk helsearbeid er representert ved Høgskolene i Buskerud, Hedmark og Oslo. Studieplanene er noe ulike utformet, er henholdsvis på 42, 8 og 35 sider og studienes opptakskrav, innhold og organisering er noe ulike. Mens Høgskolen i Hedmark tilbyr et heltidsstudium over to år, tilbyr de to andre skolene et fire års deltidsstudium. Alle høgskolene tar opp studenter med treårig helse- og sosialfaglig eller annen relevant utdanning av minst 3 års omfang og krever ett eller to års praksis med psykisk helsearbeid eller annen relevant praksis. Ved Høgskolen i Buskerud og Hedmark kan det, med en relevant 60 studiepoengs videreutdanning og ved Høgskolen i Hedmark et krav om et 10 studiepoengs forkurs i vitenskapsteori og metode, søkes om direkte opptak til studiets andre del, de siste 60 studiepoeng. Studiene ved høgskolene i Hedmark og Oslo kvalifiserer til tittelen Master i psykisk helsearbeid, mens Høgskolen i Buskerud kvalifiserer til Master i klinisk helsearbeid (Høgskolen i Buskerud, 2010-2014; Høgskolen i Hedmark 2010-2011; Høgskolen i Oslo 2010-2011).

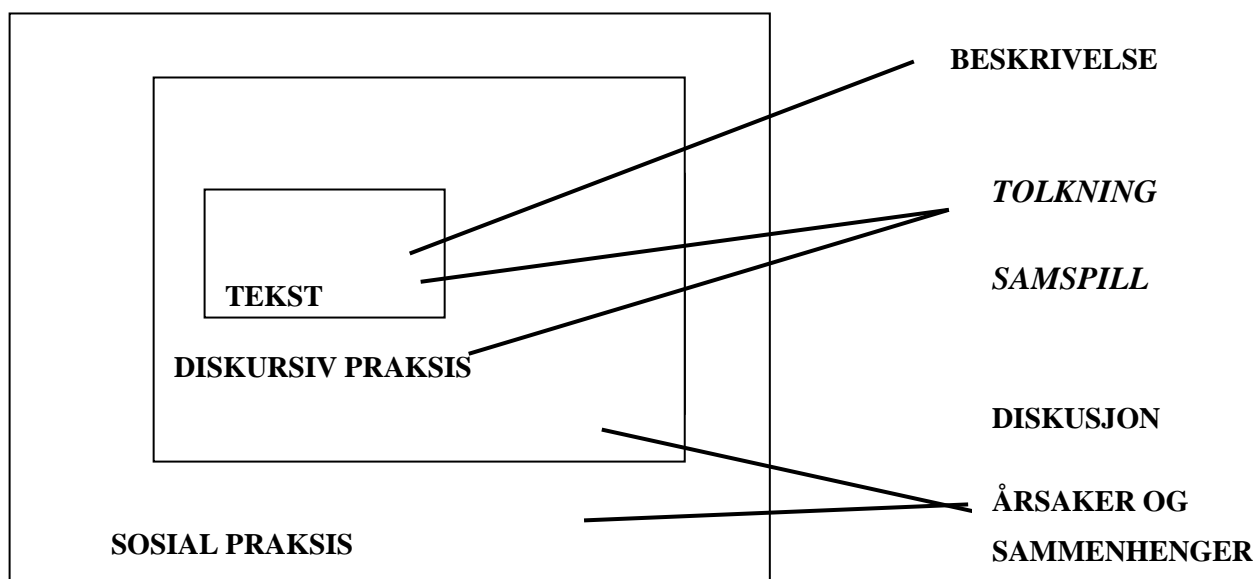
I det videre omtales St.meld.63 *Opptrappingsplanen for psykisk helse* som opptrappingsplanen, Veileder IS-1332 *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene* som veilederen og Studieplanene refereres med henvisning til de ulike høgskolene, forkortet Høgskolen i Buskerud til HiBu, Høgskolen i Hedmark til HH og Høgskolen i Oslo til HiO.

2.3 ANALYSE

Det innledende arbeidet med en diskursanalyse kan ansees som teorigrunnlaget for analysen og beskrives av Neumann i tre trinn. Første trinn er å avgrense diskursen, det andre er å finne diskursens representasjoner og det tredje trinn er å vurdere diskursens lagdeling (Neumann, 2001). Med diskursens representasjoner menes en inventarliste over begreper som finnes i diskursen (ibid.). Med diskursens lagdeling forstås å demonstrere de tydeligste tegnene i diskursen, de vi lettest får opp når vi tenker på begrepet og de vi lettest tyr til for å finne mening (ibid.). Denne diskursanalysens innledende arbeid presenteres i teorikapitlet, kapittel 3, med analysestrategiske begreper om kropp, helse og helsearbeid. Med bakgrunn i disse konstruerer jeg to idealtyper av kroppen etter Webers idealtypemodell. Webers idealtyper kan stå som modeller for å sammenfatte og beskrive enkeltfenomener klart og entydig, nærmest som en karikatur (Weber, 1990). De kan gi et enhetlig tankebilde til hjelp for utforskning og anskueliggjøring. Dette er en tenkt, utopisk entydighet (ibid.). Idealtypene kan slik sett avgrense, representere og lagdele kroppsdiskursen. De utvalgte tekster om psykisk helsearbeid skal analyseres med mitt analysestrategiske blikk og iakttakelsesbærende begreper representert gjennom idealtypene.

Jeg vil i analysen søke å følge Faircloughs tredimensjonale diskursmodell (Fairclough, 2008). Han skisserer kritisk diskursanalyse som et tretrinns arbeid med analyse av tekst, diskursiv og sosial praksis. Det kan uttrykkes som vist i figuren under:

Figur 3 Faircloughs tredimensjonale diskursmodell



Kilde: Modifisert etter Fairclough, 2008, s.29

Analyse av tekst

Første trinn er deskriptiv aktivitet med studier og beskrivelser av tekst. Det betyr å se etter tekstens verdier, egenskaper i teksten som formål, sammenheng, betydning av ord og metaforer (ibid.). Jeg har gjennomgått tekstene med mitt analysestrategiske blikk. Hva står der om kropp og helse? Hvilken kropp er det som omtales, grunntrekk og varianter? Hvordan beskrives kroppen og relatert til hva? Jeg har studert tekstene på ulike nivåer. Først har jeg sett detaljert etter kropps- og helsebegrepet, om og hvordan det trer fram og hva det er relatert til i teksten. Neste tekstanalytiske nivå retter seg mot temaer som kommer til uttrykk og til sist mot den mer overordnede forståelse i teksten. For validiteten i tekstanalysen er det viktig at det siteres med blikk for den kontekst og verdigrunnlag sitatet inngår i (Watt Boolsen, 2006). En diskursanalyse kan avsluttes etter dette, men står på den måten i fare for å legge for stor vekt på det talte og skrevne ord. Arbeidet kan da få karakter av en ordinær tekstanalyse og miste diskursanalysens særpreget, språkets materielle uttrykk – den virkeligheten språket konstruerer (Neumann, 2001). Jeg har studert tekstene hver for seg etter prinsippene skisser over. I forsøk på en ryddig framstilling, har jeg valgt å presentere sitater fra de ulike tekster systematisert etter den sammenhengen de står i, - ikke tekst for tekst.

Analyse av diskursiv og sosial praksis


Som vist i figur 3, dreier analysen seg om tolkning, diskusjon, årsakstenkning og om å se sammenhenger (Fairclough, 2008). Fordi tekster står i et dialektisk forhold med det utenfor, ser man ikke isolert på teksten, men teksten som uløselig knyttet til diskursiv og sosial praksis. En fortolkning av handlingsdimensjoner mellom avsender av diskurs og mottaker setter i sving en praksis. Denne praksisen omtaler Neumann som diskursens materialitet og Fairclough som diskursiv og sosial praksis (Fairclough, 2008; Neumann, 2001). To begreper her er intertekstualitet og interdiskursivitet. Jeg forstår intertekstualitet som sammenhengen og forholdet mellom kropps- og helsebegrepet de utvalgte tekstene imellom. Interdiskursivitet forstår jeg som forholdet mellom de ulike fremtoningene av kropps- og helsebegrepet, hvordan de er vevd sammen, påvirker hverandre og er i berøring med andre diskurser. Dette kaller jeg i analysen for diskurser vevd sammen og for berørende diskurser. Den sosiale praksis er i gjensidig påvirkning med diskursiv praksis og handler om makt og hegmoni eller det Neumann kaller treghet og effekt (Fairclough, 2008; Neumann 2001; Watt Boolsen, 2006). Noen diskurser har en hegmonisk eller dominerende posisjon og opprettholdes, mens andre forkastes og forblir usynlige eller undertrykte. Diskursanalyse har til hensikt å studere

dette spenningsfeltet. Fairclough spør i et frigjørende perspektiv; Trenger praksisen problemet? Finnes der veier forbi problemet? Hva er hindringer for å løse problemet? (Fairclough, 2008). Neumann spør på en annen måte etter muligheter til endring; ”Hvorfor forblir ting stort sett som det har vært? Hvorfor er forandring i de fleste tilfeller så gradvis?” (Neumann, 2001, s.133).

Oppgavens diskusjon ligger i selve analysen. Foucault mener at vi fører en diskurs når vi med ordet deltar aktivt i et sosialt spill, som i denne analysen. Vi kan gjennom det både føre og forføres, konstituere og bli konstituert. Hvordan vi tenker om fenomener bestemmes og konstitueres av ulike diskurser (Foucault, 1999a).

Denne analysen kan framstilles forenklet som i figuren under:

Figur 4. Forenklet framstilling av min analyse tillempet etter Faircloughs diskursmodell

TEKST	DISKURSIV PRAKSIS	SOSIAL PRAKSIS
Kropp og helse begrep tema overordnet forståelse	Hvilke forståelser om kropp og helse konstituerer og blir konstituert av psykisk helsearbeid	<div style="text-align: center;">  <p>KROPP HELSE KONTEKST</p> </div> Hegmoni versus usynlige stemmer Muligheter for annen praksis – andre bilder

Jeg leter ikke etter sannheter, men måter å forstå helsefaglig praksis på, - sammenhenger mellom språk, forståelse av kropp og helse og praksis. Jeg gjør en utvelgelse av funn i tekstene relatert til idealtypene. Hva og hvordan trer kropp og helse fram, hva er tematisert og hva er utelatt? Jeg bringer inn noen av mine erfaringer fra klinisk psykomotorisk praksis beskrevet som korte historier i kursiv. Jeg mener det kan underbygge diskusjonen, og kanskje knytte studien nærmere praksisfeltet.

Analysen trenger fagteori (Neumann, 2001). Teori fra psykomotorisk fysioterapi og psykisk helsearbeid vil danne grunnlag for å kunne si noe om interdiskursivitet og kan åpne mot andre bilder enn de rådende. Fagteori er en betingelse for å målrette analysen mot å besvare forskningsspørsmålene (Watt Boolsen, 2006). I tråd med fagfeltet for denne oppgaven og min bakgrunn, vil analysen ha hovedfokus på diskursiv helsefaglig praksis, men også søke å tematisere sosial praksis der vi alle deltar som kropper i en kulturell og samfunnsmessig

kontekst. En omfattende analyse av sosial praksis anser jeg imidlertid som for omfattende for denne oppgaven og mer som et samfunnsfaglig anliggende. Diskursanalyse som kritisk refleksjon innebærer også en kritisk refleksjon over analysen i seg selv (Fairclough, 2008). I tråd med dette presenteres metodiske refleksjoner i avslutningskapitlet, kapittel 5.

2.4 FORSKERROLLEN OG MIN POSISJON

I kvalitativ forskning er forskeren selv et forskningsinstrument (Kvale & Brinkmann, 2009; Skjervheim, 1996; Thornquist, 2003). For å gjøre et diskursanalytisk arbeid, trengs god kjennskap til feltet som skal analyseres (Neumann, 2001). I tillegg er det en stor fordel å ha praktisk erfaring i feltet det forskes på (ibid.). Det rettes i mange sammenhenger kritikk mot kvalitative metoders subjektive karakter. Objektivitet i evidensbaserte metoder er knyttet til tro på en nøytral forsker og reproduserbare data, mens subjektivitet i kvalitativ metode ansees som en ressurs i aktiv bruk for å forstå de fenomener og den verden en søker å forstå (Thornquist, 2003). På denne måten ansees forskerens kunnskap og praktisk erfaring fra feltet som en nødvendig betingelse og en fordel snarere enn som en forstyrrende førforståelse og bias. Forskeren er beskrevet som deltaker og tilskuer (Skjervheim, 1996) og som deltaker i diskursen (Foucault, 1999a). Slik jeg forstår diskursanalytisk teori, ansees forsker som tilskuer som et umulig perspektiv å innta for studier av vår sosiale virkelighet.

Figur 5. Forskerposisjonen i ulike forskningsmetoder

Evidensbaserte metoder	Kvalitative metoder flest	Diskursanalyser
Tilskuer	Tilskuer og deltaker	Deltaker

Jeg definerer meg derfor både som en ressurs og en deltaker i diskursen om kropp og helse i psykisk helsearbeid, - min kunnskap og erfaring ser jeg som en betingelse og fordel for denne analysen. I diskursanalyse som i andre kvalitative metoder, understrekes betydningen av forskerens refleksivitet, det vil si å være eksplisitt i forhold til å definere egen rolle i feltet og hvordan den kan påvirke analysen (Neumann, 2001). Førforståelse aktivisert som refleksjon over seg selv, det vedkommende bidrar med og hva som skapes i løpet av forskningsprosessen, ligger i denne refleksiviteten (Thornquist, 2003).

Min posisjon i fagfeltet kan forstås gjennom mine fysioterapeutiske, psykomotoriske briller. Disse er dominerende, men er blitt supplert med et par master i psykisk helsearbeid briller som student ved en av høyskolene med en studieplan som inngår i analysen. Jeg vil si at min forståelse og kreativitet preges av min kroppsliggjorte erfaringskompetanse. Det kan ha betydning at jeg er en kvinnelig deltaker i diskursen. Mitt faglige ståsted er forståelse og arbeid med kroppen som subjekt, objekt og instrument; - som levd erfaring. For meg betyr det at vi som mennesker er *både* fysiske *og* erfarende kropper. Det er en forståelse som i praksis søker å overskride dikotomien psyke og soma både om kropp og om helse. Jeg minnes imidlertid stadig på at jeg ikke kan ta for gitt at vi alle snakker om den sammen kroppen og om helse i betydningen fysisk *og* psykisk helse. Innledningsvis i dette arbeidet sammenfalt mitt ståsted med idealtypen om kroppen som levd erfaring. Mine forholdsvis nye masterbriller konstituerer og blir konstituert av et nytt vitenskapelig blikk. I et sosialkonstruksjonistisk lys kan det derfor være nærliggende å tenke og spennende å se hvor jeg er når studien avsluttes. Utfordrer arbeidet min posisjon? Oppdager jeg flere nyanser?

2.5 LITTERATURSØK

Jeg har søkt i PEDro (fysioterapi), PsycINFO (psykologi, psykiatri), MEDLINE, EMBASE, AMED. Jeg søkte opp standardiserte ord – såkalte mesh – gjennom SveMed. *Søkeord*: body – mental health – physical therapy. *Meshord*: Mind-Body Relations Metaphysical, Somatoform Disorders/DI/PX, Phycophysilogic Disorders/DI/PX, Holistic Health, Mind-Body Therapies/MT, Physical Therapy Modalities. Kombinerte søk ble utført med PsycINFO, MEDLINE og EMBASE.

2.6 ETIKK

En teoretisk tilnærming til forskningsspørsmål som i denne oppgaven, har ingen formalkrav når det gjelder vurdering fra regional etisk komitè eller godkjenning fra NSD. Historier fra praksis med erfaringsnære begreper, vil være korte og ha en universell, aidentifisert karakter. Personene i historiene er anonymisert og detaljer er omgjort, slik at det ikke skal være mulig å gjenkjenne eller spore opp personene i eksemplene. At jeg har lang klinisk erfaring, har praktisert på ulike arbeidsplasser og på ulike steder i landet, mener jeg sikrer anonymiteten ytterligere. Jeg vil forøvrig følge retningslinjene for god forskningsetikk (De nasjonale forskningsetiske komitèer, s.a.).

3. TEORI - IAKTTAKELSESBÆRENDE BEGREPER

I diskursanalytisk teori tenkes det at måten å se på skaper både iakttakeren og iakttakelsen, ingenting eksisterer forut for iakttakelsen (Esmark et al.,2005). I denne studien er jeg iakttakeren og analysen vil speile iakttakelsen. Oppgavens teoretiske rammeverk er referansen for blikket, de iakttakelsesbærende eller analysestrategiske begreper relatert til mitt forskningsspørsmål er verktøy for analysen om kropp og helse. Teorien i dette kapitlet avgrenser diskursen slik det er vist til i metodekapittelet (Neumann, 2001). Først presenteres iakttakelsesbærende begreper om kropp og deretter om helse. Der ment som en oppbygging mot konstruksjonen av to idealtyper om kroppen. Idealtypene presenteres i stikkordsform og følges av en Webersk karikert framstilling av hvilken helsefaglig praksis en forståelse av kroppen som objekt og instrument kan sette i sving (Weber, 1990). Diskurser henviser som sagt til to nivåer og diskursanalyse innebærer en analyse av dem begge (Jensen, 2009). I denne oppgaven viser disse to nivåene til helsearbeid og samfunn/kultur. Sosial praksis refererer til det sistnevnte nivået. Avslutningsvis i dette kapitlet vil jeg derfor trekke fram noen teorier jeg finner interessante i forståelsen av kropper i en kontekst, også kalt samfunnskropper (Skårderud, 2011b).

3.1 FORSTÅELSER AV KROPPEN

I et vitenskapsteoretisk perspektiv kan kroppen grovt sett sies å være forstått på to måter, grunnleggende ulikt henholdsvis i rasjonalismen og fenomenologien. Retningene danner basis for idealtypene. Kroppen ontologisk sett, dreier seg om hva kropp er, kroppens egenskaper og sanne natur. Epistemologisk dreier det seg om hvilken rolle kroppen tillegges i hvordan vi skaffer oss kunnskap, i vurderingen av hva som er gyldig kunnskap og hva vi kan vite eller erkjenne. Vitenskapsteorien fokuserer ikke på helsebegrepet, men slik jeg ser det, legger den gjennom forståelse av kroppen føringer for forståelse av helse. Kroppen har tilhørt naturvitenskapen og det somatiske helsevesen, mens sjelen på den annen side har vært under humanioras nedslagsfelt og falt inn under vårt psykiske helsevern (Jensen, 2009). I det videre vil kropp og helse tematiseres med et blikk som bygger opp mot konstruksjonen av de to idealtypene om kroppen som verktøykasse for den videre analysen.

Kroppen som et objekt – menneske-maskinmodell

Rene Descartes (1596 – 1650) er pioner og opphavsmann til filosofi i nyere tid. Hans filosofiske arbeid hadde som hovedanliggende å komme fram til absolutt sikker kunnskap (Thornquist 2003). Til tross for at dette er knyttet til epistemologiske spørsmål, er han for de fleste mest kjent for sin filosofi om kroppens ontologi, kroppens vesen. En deling mellom kropp og sjel skriver seg tilbake til antikken. Descartes regnes likevel som forløper for den moderne tid med en verdsliggjøring av kroppen som to helt klart avgrensede substanser, kropp og bevissthet eller kropp og sjel. På engelsk beskrives det med begrepsparet *matter and mind*. Mind kan forstås som et videre begrep enn sjel som for mange gir religiøse, åndelige assosiasjoner og begrepet sinn kunne vært mer passende enn sjel. Bevissthet kan gi tydeligere mening i retning av det kognitive og dette inkluderes i mind begrepet (ibid). Kroppen betraktes som den fysiske kroppen, materien, en maskin som kan underlegges fysikkens lover. Descartes bruker begrepet *res extensa*, utstrekning, om den materielle kroppen, objekt kroppen. Menneskets sjel – dets bevissthet – blir beskrevet som en annen enhet, ikke-materien, *res cogitans*. Dette representerer det erfarende og tenkende subjekt løsrevet fra kroppen, et kroppsløst subjekt (Descartes, 1989). En levende kropp er vitenskapelig sett det samme som en død kropp, det samme som en målbar ting. Kroppen fungerer som klokka; mekanistiske og matematiske termer brukes for å forklare kroppslige funksjoner og prosesser (Thornquist, 2003). Fornuften og tanken står sterkt, noe som henleder mot et kjent sitat fra Descartes; ”jeg tenker, ergo er jeg”. Ontologisk er det to former for dualisme, både mellom kropp og sjel og mellom mennesket og verden. Mennesket ansees altså både som to atskilte deler og som atskilt fra verden, et totalt skille mellom det tenkende subjekt og verden. Descartes framstiller slik et verdensløst subjekt – et subjekt som står utenfor verden som en tilskuer til den (Descartes, 1989). Det reduksjonistiske synet på kroppen som om den er en maskin, er tydelig beslektet med den platonisk-kristelige idéen om kroppen som ufri og med instrumentkarakter (Eriksen, 2000).

Fornuften, menneskets intellekt og bevissthet som kilde til erkjennelse og kunnskap, er rasjonalismens bærebjelke. Dette gjør oss i stand til å skille sant fra usant og på den måten operere med sannheter og sikker kunnskap om verden (Descartes, 1989). Sansene er ikke til å stole på, de er subjektive. Den menneskelige fornuft derimot, er objektiv. Slik forståelse av kroppen gjør det meningsløst å snakke om å tilegne seg kunnskap gjennom kroppen. En taus, objektiv, materiell kropp kan vanskelig forstås som kilde til læring eller erkjennelser.

Menneskets intellektuelle kapasitet ansees som en substans helt adskilt fra kroppen. En tilegnelse av innsikt og kunnskap er dermed ikke et kroppslig anliggende.

Descartes og dualismen frigjorde både vitenskap og kvinner. Vitenskapen ble frigjort fra religionens grep med optimisme for naturvitenskapene som stormet fram for å frembringe sann kunnskap, temme naturens krefter og avsløre det hittil ukjente og hemmelige i naturen (Skårderud, 1998). Selv om de betydningsfulle vitenskapsfilosofer var menn (Bordo, 1999), bidro cartesianismen til en forståelse om at kvinner hadde de samme fysiske forutsetninger som menn til å registrere og motta informasjon gjennom fornuften,- det samme potensialet til å finne fram til sannhet (Perry, 1999).

Dualisme mellom kropp og sjel og et positivistisk vitenskapsideal

Et dualistisk syn på mennesket ble utgangspunktet for det positivistiske vitenskapsideal. Positivismen framstår som garantist for sikker, objektiv kunnskap presentert som entydige, evidensbaserte sannheter. Fordi kroppen sees som en maskin underlagt fysikkens lover, kan kroppen reduseres til enkeltdeler. Med bakgrunn i dette omtales positivisme også som reduksjonisme. Summen av delene blir helheten. Slik kan kroppen være forskbar i deler og isoleres som uavhengige variabler. Det man finner ut om delene kan settes sammen som et byggesett og påberope seg samme gyldighet som for helheten. I helsefaglig praksis betyr det at kroppen kan undersøkes og behandles som enkeltdeler, både som dualistisk og som deler i kroppen som en helhet. Kausalitetsprinsippet og ideer om forutsigbarhet, entydige lovmessigheter, sikker og objektiv kunnskap gjelder. Forskning i et slikt perspektiv gir lineære forklaringer i et årsak – virkning perspektiv. Slik forskning kan fortsatt sies å være premissleverandør for helsepolitikk og praksis. Kvantitativ, evidensbasert forskning troner fortsatt høyest i hierarkiet når det gjelder gjennomslagskraft (Ekeli, 2005). Den medisinske vitenskapen har vært utgangspunktet både for fysioterapi og psykiatri. Psykisk helsearbeid er et ungt fag med kobling mot psykiatri, men likevel synes det for meg som om fagets forskningsmessige referanser i stor grad er knyttet til sykepleiefaglig, kvalitativ forskning frigjort fra positivistisk tenkning.

Kroppen som både objekt, instrument og subjekt – alltid samhørende

Med Edmund Husserl (1859 – 1938) og fenomenologien kommer et paradigme innen vitenskapsteorien. Det innebærer et oppgjør med positivismens ontologiske og epistemologiske dualisme og en vending fra objektiv til subjektiv forståelse av verden

(Thornquist, 2003). Oppmerksomheten rettes mot subjektet, de subjektive erfaringer og fenomeners eksistens i verden slik de trer fram for hver og en. Alt vi kan vite, - all erfaring, forståelse og opplevelse har utgangspunkt i vår bevissthet. Hver og en griper verden selektivt og begrensende, - med hver sin erfaringsbakgrunn. Verden slik den framstår for oss, beskrives fenomenologisk som livsverden, vår menings- og erfaringsverden. Det er ikke en abstrakt, teoretisk verden, men det som i våre liv framstår som hverdagslig, naturlig, innlysende og sant (ibid.). Vi er deltakende og samspillende med andre mennesker og fenomener. Menneskelig væren ansees på den måten som samtidig subjektiv og intersubjektiv. Vi retter oss *mot* verden og vi retter oss *av* verden. Dette representerer en dialektisk forståelse ved at fenomener blir til det de er ved den andre. Det vil si at fenomener bestemmes gjennom forholdet til hverandre og kan dermed ikke reduseres eller årsaksforklares (Engelsrud, 2006). Vi har en grunnleggende tilhørighet til og er en del av verden. Denne tilgangen og åpenheten mot verden uttrykkes med begrepet væren-i-verden. Det står som et formidlende begrep mellom bevissthet og natur. Vi retter oss utover oss selv, alltid mot noe, kalt intensjonalitet eller mening. Væren-i-verden er ikke et statisk begrep, men et kontinuerlig samspill mellom mennesket og verden. Det er en dynamisk prosess og en tilblivelse. Vi blir til som mennesker i denne prosessen (Kirkengen, 2009). For å si det samme på ulike måter, skaper vi vår verden og blir skapt av den, former og blir formet, konstituerer og blir konstituert.

Maurice Merleau-Ponty og kroppens fenomenologi

Maurice Merleau – Ponty var den første innen fenomenologisk tradisjon som ga kroppen forrang. Han var påvirket av eksistensialisten Jean-Paul Sartre, men legger fram sin egen selvstendige eksistensfilosofi (Merleau-Ponty, 1994). Idèen om en ren og klar tanke innebærer en avstand til kroppen. Å gi kroppen forrang som alle tings første erfaring derimot, nedvurderer tenkning (Engelsrud, 2006). Kroppen sees som noe kvalitativt annet enn en ting, et objekt eller en maskin. Kroppsfenomenologien framhever på denne måten betydningen av førstehåndserfaringer og oppvurderer kroppslig og praktisk kunnskap (Thornquist, 2003). Vår motorikk er opprinnelig utadrettet og sier oss at vi kan (Merleau -Ponty, 1994). Vi eksisterer med en implisitt intensjonalitet og trenger ikke å tenke, vurdere og måle for å gjøre dagligdagse aktiviteter. Omverdenen oppfordrer og inviterer kroppen som mulighet til aktivitet og utforskning (Thornquist, 2003). Kroppen er utgangspunktet for forståelsen av egen situasjon og omgivelsene, det kan sies som at kroppen forstår og svarer automatisk på invitasjoner og oppfordringer i det som ligger rundt oss (ibid.). Barns bevegelses- og

utforskertrang er et eksempel på det. En trapp, en kvist eller en vanddam inviterer og kan være utgangspunkt for mange erfaringer. Samtidig som persepsjon gir oss informasjon om objektet, gir den oss informasjon om oss selv (ibid.). Kroppen legger merke til seg selv hele tiden, forstår i seg selv. Sansning foregår på et kroppslig og for en stor del på et pre-refleksivt nivå. Med det menes at kroppens sansning kommer før refleksjonen, eller sagt på en annen måte følger sinnet kroppen (Skårderud, 2011b).

Merleau-Ponty presiserer at vi både *har* og *er* en kropp. I praksis medfører det å rette oppmerksomheten både mot *hva* og *hvem* kropper er. Vi kan aldri unnsnippe vår egen kropp, den er alltid med oss og er et referansepunkt for all menneskelig eksistens. *Alle* forhold er kroppslige (Skårderud, 2006). Kroppen – vi - er et sentrum for alle våre erfaringer, vi merker oss selv hele tiden, om enn i varierende grad (Engelsrud, 2006). For eksempel kan vi merke oss underlaget vi går på eller om det er kaldt eller varmt i rommet. Selv om vi merker oss det svakt, kanskje kun som en vag fornemmelse, er vi kroppslig tilstede i verden. Vi er en kropp i første person entall som primær erkjennelseskilde og alle handlingers subjekt, kalt egenkroppen. Vi har en kropp i tredje person entall som kan sees og berøres av andre, kalt objektkroppen. Til samme tid er vi slik sett både seende og synlig, berørende og berørt, hørende og hørt. Kropper kan forstås i et utenfra- og et innenfra - perspektiv, som objekt, og subjekt og er gjenstand for naturlover og for subjektiv meningsproduksjon. Livet leves i og uttrykkes gjennom kroppen. Mennesket er også i en forstand universelt og verdenskroppen refererer til det som er likt for oss alle. Vi er alle kropper, kommet ut av kropper og består av de samme organer. I sameksistensen er andre mennesker i verden på lik linje med meg. Kroppen som levd og erfart er alltid i bevegelse, tilblivelse og på vei.

Følelser er ikke noe som er bak eller utenfor kroppen, følelsene er i kroppen og kroppen er i verden (Engelsrud, 2006). Det er en samtidighet mellom kropp og følelser (Thornquist, 2003). Det er altså ikke slik at kropp og sjel påvirker hverandre, men heller at kropp og sjel *hører* sammen (Kirkengen, 2009). Begrepet kroppslig brukes om den tvetydige kroppen som *alltid* er både et subjekt og et objekt. Kroppen er mer original enn dualismen gjennom denne tvetydige ureduserbarheten (Skårderud, 1998). Vi er *kroppslig* til stede i verden. Å være sin kropp, seg selv og sine følelser bevisst, blir slik et kroppslig anliggende. Merleau-Ponty bruker begrepet kroppslige uttrykk både om det indre og ytre. Uttrykket og det uttrykte kan vanskelig skilles, følelser er *i* gestene og *i* ansiktene våre (Thornquist, 2003).

I følge Merleau-Pontys filosofi er språket en forlengelse av kroppen. Det kan derfor sies at vi tenker og snakker gjennom kroppen og at kroppen er bestemmende for språk og virkelighet som et kroppslig anliggende. Det vil si at språk og virkelighet former kroppen og formes av kroppen. Å yte kroppen som levd erfaring rettferdighet gjennom språket er vanskelig, kanskje umulig. Kroppen som skaper og skapes av erfaring omfatter det pre-refleksive, det som skjer uten at vi reflekterer over det og griper til språk. Reflekterte og mangetydige erfaringer kan heller ikke alltid formidles i et tydelig språk.

Fenomenologisk metode

Husserls grunnleggende syn på å skulle forklare virkeligheten, var at verden er rikere og byr på mer enn vi kan redegjøre for. Han var skeptisk til for sterk metodefokusering.

”Fenomenologisk forskning er ikke forutsetningsløs, og den er ikke forutbestemt”

(Thornquist, 2003, s.87). Fenomenologisk forskning står dermed langt fra et positivistisk forskningsideal med en vending mot saken selv, fenomenene subjektivt erfart som et kjerneområde for kvalitative studier. Vi er sansende subjekter og kan ikke reduseres til enkeltdeler eller noe gitt, entydig eller målbart. En fenomenologisk reduksjonisme dreier seg om at forskeren setter seg selv i parentes for å la den subjektive stemme og erfaring komme i forgrunnen og å finne essensen i de subjektive erfaringene (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1996). Et begrep som brukes for å si noe om relasjonen mellom det flertydige, komplekse og samtidige, er at fenomenene er selvrefererende. De refererer til hverandre og blir til i samspill med de andre (Engelsrud, 2006). Det står i kontrast til positivismen lineære kausalitetstenkning. Fenomenologisk reduksjonisme knyttes ofte sammen med fortolkning av hermeneutisk karakter, en hermeneutisk-fenomenologisk metode. Det dreier seg om å utforske, forstå og beskrive menneskets subjektive erfaringer mer enn å kausalforklare menneskelig liv (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1996). Med en forståelse av at eksistensen ikke lar seg kontrollere, blir det meningsløst å snakke om uavhengige variabler relatert til menneskers livsverden hvor fenomener trer fram som stadig pågående, tilblivende prosesser.

Kroppsfenomenologisk forståelse trer fram i denne oppgaven gjennom referanser fra fagfelt som medisin, psykisk helsearbeid, sykepleie, psykomotorisk fysioterapi, familieterapi og spesialpedagogikk og danner basis for idealtypen om kroppen som levd erfaring.

3.2 HELSE OG HELSEARBEID

Helse kan studeres, forebygges, fremmes og behandles på ulike nivå. Individnivået representert gjennom kroppen er helsens primære arena. Kroppen er arenaen hvor liv og helse utspiller seg i første person entall. I tråd med oppgavens definisjon av helse som en kraft til å mestre livet, har helsebegrepet både en subjektiv og en objektiv, en fysisk og en psykisk samt en relativ dimensjon. Det handler om hvordan hver og en opplever hverdag og mestring og hvordan kroppen kan vurderes og undersøkes utenfra. Det kan foreligge sykdom uten opplevelse av dårlig helse og man kan oppleve å ha en dårlig helse uten at det foreligger sykdom. Å oppleve god helse på tross av sykdom, handler om hvordan man mestrer sin livssituasjon; om individets evne til å fungere i sine omgivelser og kunne nå sine vitale mål (Nordenfeldt, 1996). Helse handler på denne måten ikke om å være frisk eller syk. Helsen kan sees som en bølge i bevegelse i et kontinuum mellom god og dårlig helse. Det prosessuelle helsebegrepet omtalt innledningsvis i oppgaven og et liv i bevegelse uavhengig av patogenetiske klassifikasjoner, sammenfaller med en slik forståelse av helse. Det kan være somatiske plager eller sykdommer og følelsesmessige, relasjonelle, sosiale og samfunnsmessige forhold som reduserer helse eller opplevelse av helse. Det kan være en eller flere av disse faktorer som påvirker hverandre og/eller virker sammen.

Psykisk og somatisk sykdom

En tredjedel av den norske befolkningen vil tilfredsstillende diagnostiske kriterier for en psykisk lidelse i løpet av et år og cirka halvparten vil rammes av minst én psykisk lidelse i løpet av livet. (Nasjonalt Folkehelseinstitutt [FHI], 2009). Psykiske lidelser øker dødeligheten og bare en liten andel av denne kan forklares gjennom selvmord (ibid.). Rapporter om psykisk helse i Norge forteller at somatisk sykdom, smertetilstander og søvnvansker er sentrale risikofaktorer for psykiske helseproblemer (FHI, 2011a). Forekomsten av kroniske smerter ansees som høy i Norge. 30 % av nordmenn over 15 år er plaget av vedvarende eller tilbakevendende smerter i over tre måneder (ibid.). Somatisk sykdom påvirker psykisk helse i vesentlig grad og utgjør en betydelig risiko for psykiske lidelser (ibid.). Kroniske smerter gir betydelig økt risiko for psykiske helseproblemer (OR:2,1 -3,5) og er den viktigste risikofaktorer for psykiske plager på befolkningsnivå (FHI, 2011b). Søvnproblemer utgjør også et vesentlig helseproblem, kan hende det mest utbredte og undervurderte, og er et debutproblem ved de fleste psykiske lidelser (FHI, 2011a). I disse tallene står vi, slik jeg ser det, trolig overfor et registreringsproblem i det smerter, psykiske lidelser og søvnvansker kan opptre samtidig og

kan oppleves å virke gjensidig forsterkende. Dødeligheten ved hjerte- og karsykdommer og andre sykdomsgrupper er forhøyet ved depresjon. Forskere er usikre på årsakssammenhenger, men sammenhenger mellom helseskadelig atferd og depresjon, kronisk smerte og depresjon samt et samspill mellom hjerte-karsykdom og depresjon skiller seg ut som mulige årsaks mekanismer (FHI, 2009). Engelske helsemyndigheter viser også til klare sammenhenger mellom somatiske og psykisk lidelser:

People who use mental health services, in particular those with a diagnosis of schizophrenia or bipolar disorder, are at increased risk for a range of physical illnesses and conditions, including coronary heart disease, diabetes, infections, respiratory disease and greater levels of obesity....They are almost twice as likely to die from coronary heart disease as the general population and four times more likely to die from respiratory disease.... (Department of Health, UK, 2006, s.7).

Det er kunnskap med fokus på sykdom og hva som skaper sykdom klassifisert som diagnoser, så vel i somatisk som psykisk helsevern. ”En diagnos säger hur individen ska uppfatta sig själv och hur samhället ska uppfatta henne” (Johannison, 2008). I dette perspektivet kan diagnoser og sykdom tolkes noe et menneske er og ikke har, man blir sin lidelse. Diagnosekategorier er omdiskutert og en egen diskurs i seg selv. Sykdommer rangeres ut fra medisinsk og sosial status og psykiske lidelser har tradisjonelt vært langt nede på den rangstigen (Johannison, 2008; Kirkengen, 2009). Diagnoser har en funksjon i å finne beste rådende behandling for de aktuelle problem. Dersom man ikke finner sykdom i et menneske som føler seg i dårlig form, noe helsevesenet beskriver som negative funn og positivt for den undersøkte, er det et misforhold mellom objektiv og subjektiv helse. Det er da et misforhold mellom et utenfra og et innenfra - perspektiv. Negative funn sammen med opplevelse av plager er et ingenfagsland (Kirkengen, 2009). Kirkengen etterlyser et fag som etterspør erfaringer og som forstår kropp og sinn som samhørende (ibid.). Det distinkt medisinsk - vitenskapelige og det mangetydige medisinsk - erfaringsmessige framstår som to ulike sykdomsbegrep. I det siste, hvor livshistorien former kroppens erfaringsverden sønderknuses sykdom (Johannison, 2008). Sykdom – eller uhelse- kan være både sosiale og kulturelle konstruksjoner og rene fenomen (ibid.).

Et fokus på faktorer som skaper helse

Det patogenetiske perspektiv innebærer å forebygge, identifisere og behandle sykdom og opererer med en syk-frisk dikotomi. Et salutogent perspektiv retter fokus mot subjektive

erfaringer og hva som skaper helse. Det snakkes om risikofaktorer og sårbarhet for uhelse på den ene siden, og motstandskraft og beskyttelsesfaktorer på den annen (FHI, 2011a; FHI, 2011b; Hummelvoll, 2004). Sosiologen Aaron Antonovskys forskning resulterte i en teori om ”sense of coherence”, opplevelse av sammenheng, som viktigste faktor for skaper av helse. At tilværelsen gir mening, kan håndteres og forstås, er betydningsfullt for opplevelse av sammenheng og fremmer helsen (Antonovsky, 1996). Et helsebegrep som fokuserer mot det friske og mot mulighetene som ligger i hver og en til å skape en meningsfull hverdag, ligger til grunn for kunnskapsområde og praksisfeltet psykisk helsearbeid (Høgskolen i Hedmark, 2010-2011).

Med salutogenese spores jeg over mot helsefremmende tenkning. Forebyggende helsearbeid har et patogenetisk perspektiv med forebygging av sykdom i fokus. Helsefremmende arbeid har et salutogent perspektiv og dreier seg om prosesser som leder mot bedre kontroll over forhold som gir økt livskvalitet, trivsel og helse (WHO, 1996). Moderne medisinsk behandling redder flere liv og medikamentell behandling kan øke motstandskraft, følelse av mestring og opplevd helse. Mange kan ha et godt liv med kronisk sykdom. Både forebyggende og helsefremmende arbeid rettes mot psykiske og fysiske dimensjoner av helse. I hvor stor grad opplever Kari og Ola Nordmann at psykisk helse er i fokus i forebyggende og helsefremmende tenkning og arbeid? Og i hvilken grad kobles fysisk og psykisk helse?

3.3 KROPPEN KONSTRUERT SOM TO IDEALTYPER

I konstruksjonen av to idealtyper av kroppen søker jeg å fange kvaliteter som er typiske, det som kan beskrives som diskursens representasjoner og lagdeling (Neumann, 2001). Disse typene finnes ikke rendyrket i virkeligheten, men trekker fram noe som er typisk for to ulike måter å forstå kropp og helse på (Weber, 1990). Jeg kaller dem idealtyper av kroppen og slik jeg ser det, legger vår forståelse av kropp føringer for vår forståelse av helse. En forenklet idealtypkonstruksjon kan kanskje få fram mellomposisjoner, overlappinger og gråsoner mellom idealtypene utover i analysen. Idèhistoriker Trond Berg Eriksen omtaler cartesiensk tenkning i seg selv som en forenkling, men skriver at utviklingen av medisinsk vitenskap hadde vært umulig uten denne forenklingen; ”For både sivilisasjonsprosessene og erkjennelsen av verden forutsetter at materien kan forenkles og dermed kontrolleres” (Eriksen, 2000, s.217). Helsevesenet vårt er cartesiensk organisert (Jensen, 2009). Hvordan håndteres dette skillet i daglig helsefaglig praksis? I hvor stor grad tematiseres erfaringer og det

subjektive i det somatiske helsevesen og i hvor stor grad tematiseres det somatiske og kroppen i det psykiske helsearbeidet?

Det er i dag ingen som bekjenner seg til kropp /sjel- dualismen, som sier de er for en oppsplitting av kropp og erfaring, kropp og tenkning, kropp og person. Men kropp /sjel -dikotomien er nedfelt i begreper, tankemodeller og teorier. Og nettopp fordi vi tenker gjennom språket, fordi vi ordner og strukturerer verden ved hjelp av språklige begreper og kategorier, er de bestemmende for vår virkelighetsoppfatning (Thornquist, 2003,s.33).

Idealtypene representerer språk om kropp og helse som slike begreper, tankemodeller og teorier som Thornquist påpeker er bestemmende for vår virkelighetsoppfatning.

Kroppen som objekt og instrument og kroppen som levd erfaring

Jeg vil nå presentere idealtypemodellen om kroppen i stikkordsform. Den ene typen kaller jeg *kroppen som objekt og instrument* og den andre typen kaller jeg *kroppen som levd erfaring*. Idealtypene har grovt sett sin bakgrunn i henholdsvis cartesiansk og kroppsfenomenologisk filosofi slik Merleau-Ponty beskrev den.

Figur 6. En idealtypemodell etter Weber med to konstruerte idealtyper om kroppen

KROPPEN SOM OBJEKT OG INSTRUMENT	KROPPEN SOM LEVD ERFARING
<p>kropp og sjel som to adskilte enheter dualisme og reduksjonisme fysisk eller psykisk lukket helsebegrep somatisk eller sjelelig sansning et ikke-kroppslig anliggende å ha en kropp kroppen som objekt - objektposisjon objekt-maskin og instrument-redskap kroppen entydig, universell, nøytral intellektet kilde til kunnskap og erkjennelser om seg selv å ha kunnskap ta ut en del av helheten helheten summen av delene kroppen atskilt fra verden kropper virker på hverandre vilje – kontroll – disiplinering diagnoser fasit, regler, prosedyrer, metoder instrumentell tenkning lineære sammenhenger forklaringer kvalitet(effektivitet) knyttet til kvantitet kvantitativ forskning uavhengige variabler - klinisk kontrollerte studier kontroll-målbarhet-effektivitet forskningsbasert evidens New Public Management (NPM)</p>	<p>kropp og sinn som samhørende enhet og tvetydighet fysisk og psykisk som integrerte fenomener åpent helsebegrep somatisk og sjelelig som en tvetydig enhet sansning et kroppslig anliggende å ha og være en kropp kroppen som subjekt og objekt kroppen er fenomenal og sinnrik kroppen flertydig, spesiell og ekspressiv kroppen har forrang i all erfaring og erkjennelse (kroppsfenomenologi) å ha og være kunnskap ingen deler uten helhet deler i en samspillende helhet kroppen og verden sammenflettet (intersubjektiv) kropper virker sammen intensjonalitet – mening – regulering -autonomi funksjon tilpasning og individualitet, kunnskap anvendes i situasjonen sirkulære og selvrefererende sammenhenger forsøke å forstå kvalitet (effektivitet) knyttet til innhold kvalitativ forskning ingen variabler i eksistensen er uavhengige prosess-kvalitet-valg situert og praksisbasert evidens Personorientert humanistisk praksis</p>

Det blir for omfattende å utdype alle stikkordene fra modellen i analysen. Jeg har trukket ut forhold i teksten relatert til idealtypene som har overrasket meg, og/ eller er av betydning for

oppretholdelse eller usynliggjøring av de ulike diskurser om kropp og helse. Idealtypene kan tenkes å konstituere ulik helsefaglig praksis. Begrepene i idealtypene er i tråd med Webers modell som karikatur, forenkling og tydeliggjøring (Weber, 1990). Jeg vil i det følgende beskrive forenklede tankebilder av praksis som den ene idealtypen; idealtypen om kroppen som objekt og instrument, kan tenkes å sette i spill. Det er ment som en Webersk karikatur av helsefaglige praksis. Kroppen som levd erfaring kommer jeg tilbake til i analysen.

Helsemekanikere med verksteder som reparerer kropper

Den ene idealtypen kaller jeg kroppen som objekt og instrument. Kropp og sinn er to adskilte enheter med kroppen som den objektive, konkrete kroppen og sinnet som bærer av erfaringer og følelser. Vår helse kan deles i to. Det ene er fysisk helse som er rettet mot kroppen og det somatiske og det andre er psykisk helse rettet mot sinnet og det psykiske. Plager med kropp og helse defineres enten som fysisk eller psykisk og har i første rekke et patogenetisk perspektiv med mål om å forebygge, lete etter og behandle sykdommer.

Kroppen refererer til den konkrete kroppen fra halsen og ned og sinnet til hodet. Mange snakker om det som er over og under snippen. Kroppen ansees som en maskin vi alle har. Vi kan sette objektet eller maskinen inn på et helseverksted når den ikke fungerer slik vi ønsker eller om vi vil ha endret på overflaten. Vi kan melde fra hva som ikke fungerer eller hva vi vil ha rettet på. Verkstedene reparerer objektet, ofte med medisiner eller kirurgi, og noen ganger forsøkes det med en grønn resept på trening. Med grønn resept blir kroppen et instrument som bl.a. kan brukes til å øke objektets eller maskinens prestasjons- og yteevne. Effektiv trening reparerer fedme, høyt blodtrykk, lidelser i muskler og skjelett og regulerer kolesterolnivå og blodsukker. Den grønne resepten kan brukes som forebyggende medisin mot økning av vekt og blodtrykk, mot hjerte- kar - lidelser og diabetes. Følger man resepten skal den også virke på sjelen ved å forebygge eller redusere angst, depresjon og søvnproblemer (Helsedirektoratet, 2009; Martinsen, 2011). Kroppsmaskinen består av mange deler som kan isoleres og behandles hver for seg, den er universell og nøytral. Alle kropper er dermed like og kan behandles likt. Standardprosedyrer og metoder kan utvikles og være strategi for helsefaglig praksis. Verksteder for kroppen er bl.a. legekontorer, fysikalske institutter og somatiske sykehus. Den grønne resepten kan være vanskelig å omsette til virksom medisin. Det er ikke bare å gå på apoteket, få medisinerne og putte dem i munnen. For å ha effekt av medisiner på grønn resept, må vi ha vilje, kontroll og disiplin, noe som kan ansees som

forutsetning for å etterleve helseopplysning om riktig livsstil. Den grønne resepten kan også fungere som en henvisning til en treningskontakt.

Dreier det seg om forhold over snippen, det psykiske, henvises vi til verkstedarbeiderne som er ansatt i divisjon psykisk helsevern. I denne divisjonen rettes fokus mot sinnet og mot å normalisere atferd og liv. Verkstedarbeiderne der tilbyr miljø- og samtaleterapi samt medisiner i det reparerende arbeidet med sjelen. Her er kan hende ikke kroppen så betydningsfull, annet enn at den i noen tilfeller er et instrument eller middel på veien mot å friskne til i sjelen. Kropp og sjel er to separate enheter som kan påvirke hverandre. Vi sier da gjerne at problemer med det fysiske kan føre til problemer med det psykiske og omvendt. Det ene er grunnen til det andre eller omvendt, og kan forklares slik. Det er også laget et ord som skal beskrive denne lineære sammenhengen, nemlig at plagene er psykosomatiske.

Det er dessuten slik med kroppen som instrument at når den samhandler med et annet instrument virker de på hverandre på en forutsigbar måte. Sier jeg noe til en annen, kan jeg vite at det oppfattes slik jeg sier det. Ord og informasjon er entydige. For fysisk helsearbeid er informasjon om riktig livsstil viktig og i psykisk helsearbeid er psykoedukative tiltak virksomme. Det appelleres til intellektet, til fornuften. Helsemekanikeren står utenfor pasienten og gjør noe med vedkommende utenfra. Mekanikeren i somatisk helsevesen fokuserer på den objektive kroppen. I psykisk helsearbeid dreier det seg ikke så mye om maskinen som mekanisk eller objektiv, men om sjelen som subjektiv og erfarende.

Fysikkens lover kan anvendes på kroppen. Det forskes i et evidensbasert perspektiv og variabler kan kontrolleres. Gullstandarden i forskning er randomiserte, kontrollerte forsøk. Kunnskap produseres ved hjelp av logiske resonnementer som er styrt av fornuften. Det gir sikker, objektiv kunnskap som fundament for helsefaglig praksis. Et godt helsevesen kan måles i antall konsultasjoner og operasjoner av kirurgisk eller annen intervensjonerende art. Helsetjenester er varer som prissettes og styres som i et marked. Helsevesenet kan dermed styres på samme måte som en merkantil bedrift, og økonomer har de beste forutsetningene for å skape økonomisk balanse, eller helst et overskudd i bedriften. Både helsearbeidere og pasienter er varer i dette markedet.

3.4 KROPPER LEVER I EN KONTEKST

Å se på de sosiale og kulturelle rammer tekstene inngår i, er en del av diskursanalytisk teori og metode. Kropper både skaper og skapes som deltakende subjekter i samspill med verden. Kroppslige erfaringer er også universelle, sosiokulturelle og historiske fenomener, samfunnskroppen er mer og noe annet enn biologisk gitt (Skårderud, 2011b). Sosiologen Pierre Bourdieus syn på menneskelig subjektiv sansetilgang til verden sammenfaller med kroppsfenomenologisk tenkning. Han kritiserer imidlertid Merleau-Ponty for å overse betydningen av fenomenene i verden utenfor oss selv (Bourdieu, 1999). Hvilke faktorer vi kontinuerlig er i samspill med, påvirker kropp og helse. Kroppens erfaringer på sin side skaper tanker og språk, diskurser med identitetsfunksjon (individnivå), relasjonsfunksjon (mellommenneskelige relasjoner) og en begrepsfunksjon (kunnskaps- og vitenskapsregime/vitensregime) (Fairclough, 2008). Diskurser om kropp og helse former og formes i samspill mellom disse nivåer. I følge Merleau-Ponty vender mennesket seg alltid mot andre, mot verden. Det er en kontinuerlig prosess som bærer fortid, nåtid og fremtid i seg. Den historiske, kulturelle og situasjonelle verden former og formes av kroppssubjektet (Engelsrud & Lilleaas, 1999). Forholdene i samfunnet kan betraktes som rammevilkår for helse og folkehelse kan sies å være summen av hvert enkelt menneskes helse. Folkehelse påvirkes fortrinnsvis av rammevilkårene der mennesker bor, lever og arbeider. Med en slik forståelse skapes helse først og fremst av politikere og ikke av helsearbeidere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Sykdomsbildet i befolkningen er, og har alltid vært, i bevegelse. Medisinsk vitenskap kan ikke bare ansees som en objektiv naturvitenskap, men omskiftelig med den samfunnsmessige og kulturelle utviklingen (Johannisson, 2008).

Iakttakelsesbærende begreper for analyse av kropper i risikosamfunnet

Dagens omskiftelige samfunn betegnes som risikosamfunnet (Giddens, 1997). Begrepet viser til globaliserte systemer som stadig blir mer risikoutsatte og sårbare. Vi har fått et globalt samfunn med slutt på materiell nød i vår del av verden, men nye problemer er skapt. Disse problemene er knyttet til press på verdens ressurser, forurensning, økende fare for store humane tragedier, kapitalinteresser foran menneskelige hensyn, teknologisk avhengighet og sårbarhet (Eriksson & Hummelvold, 2008). Risiko og sårbarhet er sider både ved individ og samfunn. Helsefremming rettes mot beskyttelsesfaktorer, risikofaktorer for uhelse med motsatt fortegn. Det eneste vi mennesker kan være sikre på i en verden med raske endringer, er at stadig mer blir usikkert, en ontologisk usikkerhet (Eriksen & Hummelvoll, 2008;

Giddens, 1997). Dette er modernitetens konsekvenser (Giddens, 1997). I risikosamfunnet utsettes vi for en risiko vi alle må løpe, noe som ser ut til å få størst konsekvenser for sårbare grupper (Eriksen & Hummelvoll, 2008). Det er rimelig å anta at vi i framtida vil vi få nye risikofaktorer for uhelse, så som politisk terrorisme, bio-terror og miljøkatastrofer (Johannison, 2008).

Det moderne liv tenderer mot økt individualisering med narcissisme og store krav til individuelle valg. Det er oppstått en ny form for felleskap og solidaritet der individet selv skaper sin sosiale eksistens fristilt fra historie og tradisjon (Giddens, 1997). Rutinene i hverdagen har ingen indre forbindelser til fortiden. Å skape sin egen eksistens blir en vedvarende prosess med eget ansvar for handlinger, medgang og motgang. Vi må forhandle om valg av livsstil og begrunne disse valgene (Eriksson & Hummelvoll, 2008; Giddens, 1997). Den sosiale refleksiviteten, hvilke valg vi tar, henger sammen med hvilke felt og sosiale rom vi tilhører (Bourdieu, 1999).

Bourdieu har beskjeftiget seg med kroppssosialisering og utviklet begrepet habitus som en referanse til våre kroppslige vaner. Utematiserte forhold i samfunnet påvirker kropp *uten at vi vet det selv* (ibid.). Vanene våre blir selvfølgelig for oss. For å følge Bourdieus resonnement inn i diskursanalytiske termer kan vi si at vi tar våre vaner for gitt. Kroppen blir setet og koblingen for vanene, en kroppspraksis. Habitus kan ansees som et mellomledd mellom det ytre som er samfunnets normer og internaliseringen av normene som kroppsliggjorte vaner eller kroppspraksis. Samfunnets normer er de rådende regler eller diskurser innenfor ulike felt og sosiale rom som for eksempel rådende normer om kropp, helse og helsefaglig praksis. De kroppslige vaner blir slikt sett historiske, sosiale og kulturelle uttrykk (Bourdieu, 1999; Engelsrud 1999; Gretland 2007). Vi er kulturelle og sosiale kropp med taus kunnskap som handler påvirket av den konteksten vi lever i. Vårt habituelle mønster fører oss mot bestemte felt og sosiale rom, vi velger felt og rom som er i tråd med vår habitus. Vi søker ubevisst til det som er kjent for oss, der våre vaner passer inn og vi kan føle oss vel (Bourdieu, 1999). Vi kan si det som at vi søker det som *sitter i ryggmargen*. Slikt sett mener Bourdieu, Foucault og Merleau-Ponty at vi både skaper og skapes av våre omgivelser. Foucaults diskursteori har i likhet med Bourdieus teorier et fokus mot forhold i samfunnet, men hans hovedanliggende er makt og disiplinering gjennom et vitensregime definert som rådende kunnskap i et samfunn (Foucault, 1999b).

4. ANALYSE AV DISKURSER OM KROPP OG HELSE

I dette kapitlet presenteres analysen. Hovedfokus rettes mot hvilke diskurser om kropp og helse som trer fram i tekstene, og den helsefaglige og sosiale praksis som kan forstås å følge av diskursene. Sagt med diskursanalytiske begreper ser jeg på diskursenes materialitet, først og fremst diskursene om kropp og helse som mitt forskningsspørsmål dreier seg om. Det blir for omfattende å tematisere idealtypene i sin helhet. Jeg har derfor måttet begrense analysen til det jeg finner mest betydningsfullt for mitt forskningsspørsmål og spørsmålene jeg beskrev som implisitt i det. Jeg viser til idealtypemodellen og gjentar her de mest sentrale begrepsparene for analysen.

Figur 7. Spisset analyseverktøy som utvalgte, forenklede begrepspar fra idealtypemodellen (figur 6)

Kroppen som objekt og instrument	Kroppen som levd erfaring
kropp og sinn som to adskilte enheter	kropp og sinn som samhørende sinnrike, fenomenale kropper
dualisme – reduksjonisme	tvetydighet – ureduserbar enhet
kroppen som objekt og instrument	kroppen som objekt, instrument og subjekt
fysisk eller psykisk	fysisk og psykisk som integrerte fenomener
lukket helsebegrep	åpent helsebegrep
sansning som et ikke-kroppslig anliggende	kroppen har forrang som sansetilgang
kunnskap gjennom intellekt	kroppen som kilde til erkjennelser om seg selv og andre
å ha en kropp	å ha og være en kropp
entydig, universell og nøytral	flertydig, spesiell og ekspressiv
helheten summen av delene	deler i samspillende helhet
vilje – kontroll - disiplinering	sansing - intensjonalitet – mening – regulering
kropper virker på hverandre	kropper virker sammen
lineære sammenhenger	sirkulære sammenhenger

Jeg ser det slik at det som sies om kroppen, sier noe om helse og det som sier noe om helse, sier noe om kroppen. For de utvalgte tekster gjelder først og fremst det siste, siden jeg finner lite i tekstene eksplisitt om kroppen. Det kan by på problemer å skulle skille diskurser om kropp og helse, derfor velger jeg å starte analysen med sammenvevde diskurser om kropp og helse før jeg går videre til diskurser om helse. Det er i første rekke måten tekstene omtaler det fysiske på den ene siden og det psykiske på den annen, eller det som trer fram om fysisk versus psykisk helse og somatisk versus psykisk lidelse. På bakgrunn av dette og det jeg finner utelatt i tekstene, fortolker jeg diskurser om kroppen i psykisk helsearbeid. Jeg starter på denne måten med en drøfting opp mot det som står i tekstene og går videre til det som ikke står. Avslutningsvis i dette kapitlet tematiserer jeg berørende diskurser og kroppens hegmoniske og usynlige posisjoner i fagfeltet. I de usynlige posisjonene ligger en mulighet for andre bilder.

4.1 DISKURSER OM KROPP OG HELSE VEVD SAMMEN

Som jeg tidligere har vært inne på, har vi et helsevesen som er dualistisk organisert, et vesen for kroppen og et for sjelen med den logiske konsekvens at helsebegrepet todeles og lukkes om fysisk helse og om psykisk helse. Hvordan dualistisk forståelse og praksis kommer til uttrykk, kan sikkert variere. At diskurser om kropp og helse er så sammenflettet, kan si noe om treghet og vanskeliggjøre endring.

Forståelse av det fysiske og det psykiske

Fysisk og psykisk helse omtales flere steder i veilederen. Det sies at fysisk inaktivitet kan disponere både for fysiske og psykiske lidelser og at kommunehelsetjenestelovens §1-3 gir ansatte på DPS et veilederansvar overfor kommunehelsetjenesten når det gjelder ethvert forhold angående fysisk og psykisk helse. Det vises også til at folkehelsearbeid retter seg mot både fysisk og psykisk helse (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Hvordan retter psykisk helsearbeid seg mot de fysiske lidelsene? ”Mange har behov for medisinsk behandling” (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998, kap.2, s.2). Dette forstår jeg som at mange trenger behandling av helsevesenet for somatisk sykdom i tillegg til sin psykiske lidelse. Dette sammenfaller med og understreker tallene jeg har vist til fra Folkehelseinstituttet om sammensatte helsebilder og at det er viktig å ha fokus på alle aspekter ved helsen. Uttrykket medisinsk behandling kan, slik jeg ser det, umiddelbart virke forvirrende. Regnes psykiatrisk

behandling som medisinsk behandling - eller ikke? Hvordan forholder man seg i psykisk helsearbeid til medisinsk tenkning?

Min erfaring er at det er lett å koble plager som presenteres parallelt med en psykisk lidelse som en naturlig følge av den psykiske lidelsen. Slikt sett kan det oppleves at helsepersonell underkjenner disse plagene og fenomener som eventuelt kunne vært hjulpet eller i hvert fall forsøkt forstått på andre. Kan helsearbeidere bidra til at kroppen underkjennes i psykisk helsearbeid?

There is also a substantial body of evidence that demonstrates service users' experience of diagnostic overshadowing, ie practitioners interpret their physical health symptoms and concerns as a mental health issue (Department of Health, UK, 2006, s.8).

Utsagnet kan tolkes som at helsepersonell ikke tror på det som presenteres og at informasjon fra kroppen dermed underkjennes. Det kan i så fall understøtte en sammenfallende tendens mellom psykiske lidelser og det å underkjenne kroppen..

There is sufficient evidence to show that those with mental health problems are likely to have their physical health needs unrecognised, unnoticed or poorly managed (ibid, s.8).

Her fokuseres det på det fysiske. Å ha kontakt med kroppens uttrykk som naturlig veiviser i hverdagen kan slik jeg ser det, være relevant når det gjelder psykisk helse. Dette berører noe av det jeg ser som kjernepunktene i kroppen som tilnærming til psykisk helsearbeid. Hva merker jeg meg i kroppen min? Hva er det kroppen vil fortelle meg? Hvordan kan jeg forstå plagene mine? Er det grunner til å få plagene mine undersøkt nærmere? Det å merke seg livet i kroppen, kunne skjelne erfaringer og forstå kroppens uttrykk og det uttrykte, kan sette oss i stand til å håndtere hverdagen og ha betydning for å mestre sykdom. Slik jeg ser det, handler det både om motstandskraft og bærekraft, begreper jeg kommer tilbake til senere.

Tekstene nærmer seg mot å tematisere somatiske plager sammen med psykisk helse.

Kommunen har behov for kompetanse i psykiatrisk diagnostikk, utredning og vurdering med hensyn til hovedgruppene av psykiske lidelser og somatisk diagnostikk ved organisk betingede psykiske lidelser og psykosomatiske lidelser (Sosial- og helsedirektoratet, 2005,s.43).

Begrepet psykosomatisk vender fokus mot sammensatte uttrykk. Dette kan tolkes som et lite skritt mot overskridende tenkning med kropp og sinn som samhørende. På den annen side er begrepet omdiskutert, og når det står organisk betingede psykiske lidelser sier det meg at dette

kanskje ikke er et fokus på sammenheng eller samhörighet mellom fysisk og psykisk helse eller sykdom, men at det er en objektiv årsak til de psykiske plagene. Teksten kan dessuten forstås som underbyggende til en patogen tenkning med søken etter en diagnose i motsetning til å vurdere kroppen som uttrykkfelt i kroppsfenomenologisk betydning.

Opptrappingsplanen omtaler spenningsfeltet mellom somatisk og psykisk helse under avsnittet om hjelp til grupper med særlige behov, og viser til St.melding 17 (1996-97) *Om innvandring og det flerkulturelle Norge*. Der foreslås opprettelse av:

... en kompetanseenhet for somatisk og psykisk helse og omsorg blant personer med innvandrerbakgrunn.... Dette sees som et ledd i styrkingen av psykisk helsevern og begrunnes i betydningen av å ... bygge opp og spre kompetanse når det gjelder vurdering, behandling og psykososiale støttetiltak for flyktninger og asylsøkere (ibid., kap.4,s.9).

Her knyttes det somatiske og psykiske sammen og kan tolkes som nytenkning. Jeg stiller meg likevel undrende til at dette er det jeg finner tydeligst i tekstene om spenningsfeltet mellom det fysiske og psykiske. Selv om gruppen innvandrere tross sin heterogenitet viser en høyere andel av psykiske plager enn majoritetsbefolkningen (FHI, 2011a), er slike tiltak etter min vurdering like relevant for hele helsetjenesten. Kroppen angår oss alle.

Det kan synes som om kroppen er lite til stede i psykiatrisk litteratur, i faglig tenkning og handling. Men den er sterkt til stede i dagliglivet for psykiatriske pasienter og deres behandlere: Pasientene har mange kroppslige plager, symptomer og uttrykksmåter som vekker oppmerksomhet (Gretland, 2007).

To forhold kan true kroppens eksistensielle forhold til livsverden og lukke den mot omverden. Det ene er sykdom og det andre er et strengt fornuftsmessig forhold til kroppen (Skårderud, 2011b). Jeg forstår det som at sykdom får konsekvenser for eksistensen i en eller annen form. Enten den opprinnelige lidelsen defineres som fysisk eller psykisk, rammer vedvarende lidelse vår livsverden (Kvigne, 2004; Råheim, 2002). Det finnes også mye kunnskap om hvordan erfaringer, opplevelser og psykisk helse virker på kroppens fysiologi (Kirkengen, 2009; Bårdsen & Thornquist, 2010). ”Det finnes ingen følelser uten en kroppslig analog” (Skårderud, 2011b). Slik sett kan mennesker betraktes som selvfølgelig *kroppslige* til enhver tid. Med det mener jeg alltid tvetydige, som sinnrike, fenomenale kropp.

4.2 DISKURSER OM HELSE

Psykisk helsearbeid retter seg som nevnt mot mestring og motsandskraft, faktorer med motsatt fortegn av sårbarhet og risiko. Psykisk helsearbeid retter fokus mot risikogrupper og faktorer ”... for å bidra til å sikre den psykiske helsen i kommunen” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.37). Hva innebærer det å *sikre den psykiske helsen*? Kan vi sikre helsen? Jeg forbinder sikring av helse med instrumentell tenkning og kvalitetssikring som om helsen skulle være like forutsigbar som fysikk med mekaniske menneskemaskiner. 0-visjonen er et begrep brukt om en utopi for fravær av trøbbel og lidelse i menneskelig eksistens (Fugelli, 2008). Dette begrepet forbinder jeg med uttrykket å skulle sikre helsen. Å forstå kroppen som levd erfaring, åpner etter min vurdering mer for tenkning om livet som et usikkert prosjekt (Wilhelmsen, 2000) med motstand og utfordring som naturlig og nødvendig for utvikling og vekst (Løkke, 2011).

Hva slags forventninger skaper språket om liv og helse? ”Vi må tenke helse i alt vi gjør”, har helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen sagt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). I dagens samfunn kan det synes som om kropp og helse blir et livsprosjekt i seg selv; ”Vi lever for å skaffe oss god helse i stedet for å ha helse for å leve” (Fugelli, 2008, s.156). Kroppen blir et instrument og får mye oppmerksomhet i dette prosjektet. Leder beskriver moderne, vestlig livsstil som en ”... disembodied style of life” (Leder, 1990). Kroppen er ikke lenger et arbeidsredskap for produksjon og overlevelse bokstavelig talt. Er kroppen i stedet blitt et arbeidsredskap for å produsere overflate, identitet og overlevelse i en annen betydning? Kan medieskapte kropps- og helsediskurser med ekspertfokus på helse, oppskrifter på riktig livsstil, fokus på overflate, sykdom og risikofaktorer materialiseres som instrumentell tenkning og mulig skaper av uhelse i seg selv. Kan det være relevant å spørre om vi *kan* sikre helsen og om vi *bør* tenke helse i alt vi gjør?

Helsebegrepets representasjoner i psykisk helsearbeid

En overordnet forståelse i tekstene, slik jeg ser det, er at psykisk helsearbeid på den ene side er helsefremmende. På den annen side og samtidig, dreier det seg om å redusere konsekvensene av psykisk uhelse, sykdom og lidelse i befolkningen, et *samtidig* salutogent og patogent perspektiv.

Helsefremming åpner helsebegrepet, mens psykisk helsearbeid i neste omgang kan virke lukkende og vendt mot psykiske dimensjoner av helse som om den ikke hører sammen med

det fysiske. Representerer helsefremmende arbeid mer overskridende forståelse enn psykisk helsearbeid? I utvalgte tekster om psykisk helsearbeid ser det for meg ut som om psykisk helse er noe utelukkende annet enn kropp og fysisk helse. Med referanse til WHO's helsepolitiske dokument Health 21 hvor psykisk helse fremheves som et viktig satsningsområde, henviser studieplanen ved HH imidlertid også til et åpent helsebegrep. Her omtales verdien av helse som en grunnleggende menneskelig rettighet, verdien av likhet i helse og solidaritet i handling samt verdien av deltakelse for vedvarende å fremme helse (Høgskolen i Hedmark, 2010-2011). Her og ved flere andre anledninger i studieplanene refereres til et åpent helsebegrep, men slik jeg ser det er beskrivelsene av psykisk helsearbeid i studieplanene i hovedsak lukket mot psykisk helse.

Ved HiBu har Master i klinisk helsearbeid en 45 studiepoengs fordypning rettet mot personer med psykiske problemer, eldre eller personer som er langvarig syke og/eller døende. (Høgskolen i Buskerud, 2010 - 2014). Ved HH har Master i psykisk helsearbeid tre fordypningsmuligheter, Psykisk helsearbeid relatert til psykiske lidelser hos eldre, Psykisk helsearbeid i spesialisthelsetjenesten og Psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet (Høgskolen i Hedmark, 2010-2011). Som overordnet tema opererer dermed HiBu i motsetning til HH, slik jeg ser det, med et masterprogram med en tittel og organisering som tar sats til overskridende tenkning og med kun 45 av studiepoengene spesielt definert som psykisk helsearbeid (ibid.). Gjør det en forskjell i forståelse og praksis om kompetent personell i fagfeltet har master i klinisk helsearbeid eller master i psykisk helsearbeid?

Masterstudiet ved HiO skal bl.a. kvalifisere til "Stillinger som krever særlig kunnskap om samspillet mellom somatiske og psykiske lidelser" (Høgskolen i Oslo, 2010 – 2014. s.6). Jeg finner for øvrig lite om samspillet mellom psykisk og fysisk helse i studieplanene, noe jeg vil si samsvarer med den virkelighet jeg selv har erfart som student ved HH. Dette kan tolkes som ulike helsediskurser mellom høgskolene. HiO åpner for muligheter for kroppen som tilnærming til psykisk helsearbeid, noe jeg kommer tilbake til under diskurser om kroppen.

Psykisk helsearbeid med fagets dreining mot praksis "...er et uttrykk for at helsetjenesten skal omfatte alt arbeid for å bedre folks psykiske helse" (Høgskolen i Hedmark, 2010-2011,s.1). *Alt arbeid* åpner opp for mange tilnærminger. Hva ligger i dette *alt*? Hummelvoll har uttalt at psykisk helsearbeid ikke må bli et "catch all" begrep (Karlsson, 2008). Dette blir for meg en motsetning til sitatet ovenfor fra studieplanen, men åpner for utvidet forståelse og praksis i

feltet. Kan kroppen bli for stor å favne i fagfeltet og dermed gjøre psykisk helsearbeid til et slikt "catch all" begrep?

Utvalgte tekster framstår for meg som solid forankret i en dualistisk tradisjon og forståelse hva angår helsebegrepet. Tekstene henviser til psykisk helse som om det er en dimensjon forholdsvis uavhengig av og noe annet enn den fysiske helsen og kroppen. Egne planer for de ulike deler av helsevesenet ser altså ut til å fokusere på hver sine dimensjoner av helse. Sammensatte lidelser og forståelse av kroppen og dermed helsen som tvetydig forblir slik sett et ingenfagsland.

Jeg trodde at den delen av helsevesenet som er definert til å arbeide med psykisk helse, var preget av overskridende tenkning. Jeg er derfor overrasket over det jeg mener er en manglende tematisering og problematisering av kroppens posisjon og det somatiske og kroppen som en mulighet for arbeid med motstandskraft i psykisk helsearbeid. Slik jeg ser det, er ikke kroppen og det somatiske aspektet er mer til stede i psykisk helsearbeid og psykiatrien enn erfaringene og følelsene kan sies å være til stede i somatisk helsevesen. Etter min vurdering, kan det synes som om kroppen er mindre tilstede i den psykiske enn min helsefaglige erfaring tilsier at psyken tilstede i den somatiske helsetjeneste.

Folkehelsearbeid i et spenningsfelt mellom psykisk og fysisk helse

St.melding16 *Resept for et sunnere Norge*, også kalt folkehelsemeldinga, er et sentralt dokument i folkehelsearbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Den representerer slik jeg tolker det, et åpent helsebegrep ved at fokus rettes mot helse som sådan, den fysiske og den psykiske helsen (ibid.). På den måten setter den fokus på ulike dimensjoner av helse, men går på den annen side inn i tradisjonell, dualistisk tenkning i tråd med det jeg forøvrig finner i mine tekster.

Folkehelsemeldinga skiller eksplisitt på hva arbeid med de ulike dimensjoner av helse innebærer.

Folkehelsearbeid handler om å satse i forhold til den fysiske helsen, blant annet gjennom påvirkning av levevaner og levekår. Men det handler også om å satse på den psykiske helsen, gjennom å legge til rette for opplevelser av mestring, god selvfølelse, menneskeverd, trygghet og respekt og synlighet (ibid., kap.1,s.1.).

Det undrer meg hvordan dualismen i kropps- og helsediskursene her søkes ”løst”. Kan alle faktorene i sitatet ha betydning for begge dimensjoner av helsen? Slik jeg ser det, kan alle disse faktorer sies å handle om å satse på helse. Kan folkehelsemeldingens språk om hva det innebærer å snakke om psykisk og fysisk helse på bidra til markering av et skille mellom psykisk helsearbeid og helsefremmende arbeid?

I veilederen står det at individrettet forebygging forstått som tenke- og arbeidsmåte er godt innarbeidet i mange kommuner (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Det framkommer at forebyggende fokus nå bør rettes mot grupper som lever med risiko:

I det forebyggende arbeidet bør kommunen ha særlig oppmerksomhet rettet mot grupper og enkeltpersoner som lever med risiko eller er i ferd med å utvikle psykiske lidelser...Eksempler på risikofaktorer er både generelle vansker som mangel på bolig, mangel på arbeid, dårlig økonomi og marginalisering som følge av personlige og sosiale belastninger. Andre former for belastninger som kan bidra til utvikling av psykiske problemer er det å ha vært utsatt for tortur, vold, overgrep, tap eller andre traumer (ibid., s.36).

Dette knyttes opp mot påvirkningsfaktorer for og fordeling av helse og beskriver viktige strukturelle faktorer for å leve i dagens samfunn. Slik jeg ser det, er det lite fokus mot kroppen. Kan vi komme unna kroppen når vi skal snakke om påvirkningsfaktorer og risikofaktorer for uhelse? Er den konkrete kroppen med sine fenomener irrelevant? Kroppen er, slik jeg ser det, arenaen i en kontekst der helse utspiller seg. Kan fagfeltet psykisk helsearbeid la være å tematisere den arenaen eksplisitt?

Under overskriften ”Folkehelsearbeid og forebygging av psykiske lidelser” i veilederen står følgende:

Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme helsen i en befolkning. Det innebærer både det å svekke det som medfører helserisiko og styrke det som bidrar til bedre helse...Folkehelsearbeid handler om å ivareta både den fysiske og den psykiske helsen. Det fysiske og det psykososiale miljøet påvirker hverandre gjensidig; et godt fysisk miljø bidrar også til god psykisk helse, og et godt psykososialt miljø bidrar til et godt fysisk miljø (ibid, s.36).

Avsnittet er altså rammet inn av en overskrift om psykisk helse, men trer fram med et åpent helsebegrep innledningsvis. Etter hvert skilles det mellom fysisk og psykisk helse og til sist snakkes det om et fysisk miljø på den ene side og den psykiske helsen på den andre. For meg

blir dette et underlig begrepspar. Hva menes med fysisk miljø opp mot psykisk helse og et psykososialt miljø opp mot det fysiske?

Kan forebyggende og helsefremmende psykisk helsearbeid på gruppenivå sies å sammenfalle med folkehelsearbeidets satsning mot psykisk helse? Er ulikheten først og fremst at psykisk helsearbeid rettes mot individ, gruppe og samfunn, mens folkehelsearbeid kun rettes mot de to sistnevnte nivåer?

Psykisk helsefremmende arbeid sikter mot å sette folk i stand til å makte livshendelser, både de forutsigbare og de uforutsigbare, gjennom å øke selvaktelse og opplevelse av velvære. Det innebærer å arbeide direkte med individer, grupper og lokalsamfunn, og søke å influere på de sosiale, økonomiske og miljømessige faktorer som kan ha betydning for psykisk helse (Høgskolen i Hedmark, 2010-2011, s.3).

Her framkommer lokalsamfunnsprofilen til HH og en rettethet mot psykisk helsefremmende arbeid.

Folkehelsemeldinga framstår, slik jeg ser det, med et rådende medisinsk språk. Meldinga kalles resept på et sunnere Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Videre kalles utgangspunktet for arbeidet *diagnosen* og strategien for tiltak for *resepten* (ibid.). ”Ved å forebygge mer, kan vi reparere mindre” (ibid., kap1, s.1). Slik jeg forstår dette, representerer meldinga gjennom dette språket en instrumentell tenkning om kropp og helse og sier videre at de riktige ting må gjøres og på rett måte (ibid.). Instrumentell tenkning kan true et autensitetsideal, det at hvert menneske er originalt og i en stadig pågående prosess i sin særegne måte å være på (Løkke, 2011). Det er lite i folkehelsemeldinga som kan forbindes med samtidighet, kompleksitet og tvetydighet. Derimot er det mer som kan forbindes med patogenese, lineær kausalitet og helse som en objektiv størrelse, kropper analogt med en bil til reparasjon på verkstedet. Det kan tolkes som begrepsbruk relatert til streng fornuft noe som kan true kroppens eksistensielle forhold til livsverden og lukke kroppen i forhold til omgivelsene (Skårderud, 2011b). Framstår folkehelsemeldinga med et språk som psykisk helsearbeid søker å fri seg fra?

Jeg forstår tekstene slik at psykisk helsearbeid rettes mot den psykiske helsen og er lite tematisert som samspillende med den somatiske eller fysiske dimensjonen av vår helse. Det som jeg kaller et spenningsfelt framstår for meg i tekstene utematisert og dermed uten spenning. Tekstene retter seg mot arbeid innenfor det jeg kaller et lukket helsebegrep.

Folkehelsemeldinga kan, slik jeg tolker det, sies å sette psykisk helse på kartet som noe som angår oss alle, men vender et dualistisk fokus mot psykisk og fysisk helse. Den siste store helsereformen i vårt land, St. melding nr.47 *Samhandlingsreformen; Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, bygger på folkehelsemeldinga og trer i kraft 01. 01. 2012. Den har som mål å bedre samordningen i helsevesenet, få ulike ledd i helsetjenesten til å arbeide bedre sammen og fokusere på forebygging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Kan reformen tolkes bl.a. som et forsøk på brobygging mellom kropp og sinn, det somatiske og psykiske helsevesenet? Samhandlingsreformen er, slik jeg leser den, dog ikke på spor av radikal nytenkning eller redefinering av landskapet (Helse – og omsorgsdepartementet, 2009; Kirkengen et al. 2007; Leder, 1992). Det er liten nytte i et kart som ikke stemmer med terrenget. Når det opereres med to kart i helsevesenet, et for kroppen og et for sjelen, stemmer ikke det med et terreng med kropper som levd erfaring. Sinnrike kropper krever et annet kart; et kart med en annen topografi. Kroppen som levd erfaring med alle forhold som kroppslige, skiller ikke mellom det fysiske og det psykiske. I en slik kroppsfenomenologisk forstand er en kneskade, et hjerneslag, en depresjon eller bipolar lidelse kroppslig. De ulike fenomener arter seg selvfølgelig ikke på samme måte, men framstår med en slik forståelse *alltid* som tvetydige.

Det ser for meg ut som om helsefremmende arbeid i utgangspunktet retter fokus både mot det fysiske og det psykiske selv om folkehelsemeldinga, ikke tematiserer kroppen som tvetydig. Jeg vil si at den ”bottom up” tenkningen jeg finner i psykisk helsearbeid både overrasker og forundrer meg. Med ”bottom up” mener jeg den omvendtheten mellom kropp og helse i somatisk versus psykisk helsetjeneste. Jeg tenker at det har vært tatt for gitt at det somatiske reparerer kroppen, men at psykisk helsetjeneste i så liten grad retter seg mot kroppen, finner jeg svært overraskende.

4.3 DISKURSER OM KROPP

Jeg har så langt i dette kapitlet trukket fram det fysiske og somatiske som en måte å omtale kroppen på. Hvordan vi oppfatter kroppsbegrepet, får altså konsekvenser for hva vi omtaler som fysisk og psykisk, somatisk eller følelsesmessig. Kroppen er som tidligere nevnt, sjelden eksplisitt nevnt i mine tekster. Mennesket omtales, og hva er et menneske? Alle mennesker lever i en kropp. Tas kroppen for gitt når den ikke omtales eksplisitt?

I sitatet under omtales mennesket som helt med kropp, sjel og ånd:

En person med psykiske problemer må ikke bare ses som pasient, men som et helt menneske med kropp, sjel og ånd. Nødvendige hensyn må tas til menneskets åndelige og kulturelle behov, ikke bare de biologiske og sosiale. Psykiske lidelser berører grunnleggende eksistensielle spørsmål (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998, kap.1,s.2).

Formuleringen om å ta hensyn til åndelige og kulturelle behov, ikke bare de *biologiske* og sosiale, forstår jeg som at det tas for gitt at de biologiske behov ivaretas. Hva sier meg at biologiske behov, forstått som kroppen, angår psykisk helsearbeid? Når kroppen ikke tematiseres eksplisitt, hvilke andre uttrykk er det som kan si meg noe om hvilken kropp som tas for gitt i fagfeltet? Fysioterapi, fysioterapeuter og fysisk aktivitet nevnes noen steder i tekstene, noe jeg vurderer som et uttrykk for kroppens stemme. Fysioterapi omtales i hovedsak knyttet til fysisk aktivitet.

Kroppen materialiseres som fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid

Jeg velger en ganske omfattende drøfting av fysisk-aktivitet og treningsdiskursen, fordi det ser ut som fysisk aktivitet er en tydelig praksis kroppsdiskursen setter i sving i psykisk helsearbeid. Min erfaring er også at bilder om fysisk aktivitet lett kommer opp knyttet til fysioterapi. Fysisk aktivitet kan for tiden sees som en av de tydeligste representasjoner i fysioterapidiskursen (Lindvåg, 2007; Lindvåg, 2009). Ved litteratursøk på fysioterapi, fysisk aktivitet og psykisk helse, er mange treff knyttet til fokus og forskning på positive sammenhenger mellom fysisk aktivitet og psykisk helse.

Fysisk aktivitet omtales i veilederen og ordet trening brukes bare unntaksvis. Definisjoner av trening retter seg gjerne mot prestasjon, et høyere, raskere og sterkere perspektiv (Bårdsen & Thornquist, 2010; Gjerset, Haugen & Giske, 2006; Martinsen, 2011). Dreiningen fra et treningsbegrep til heller å snakke om fysisk aktivitet, kommer også fram i et folkehelseperspektiv og i Norsk Fysioterapeutforbunds slagord ”Min medisin er fysisk aktivitet” (Lindvåg, 2007). Om man ser treningsbegrepet ladet med en prestasjonskomponent, søker fysisk aktivitet å fri seg fra det. Det fremkommer likevel ulike perspektiv i teksten på fysisk aktivitet uten at det er eksplisitt uttalt.

Effekten av fysisk aktivitet som behandlingsmetode er godt dokumentert ved ulike psykiske lidelser..... Hvilke type aktivitet man velger, er ikke avgjørende. Jogging, gange og lett vekttraining kan være like effektivt. Imidlertid er tilretteleggingen av tilbudet avgjørende.

Brukerne bør involveres helt fra starten, bl.a ift hvilke aktivitetstilbud man skal tilby. Det er også viktig at utfoldelse og glede er målet for aktiviteten, mer enn helse og slankhet....Fysisk aktivitet av moderat intensitet vil gi mange en betydelig helsegevinst (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.27-28).

Her vises først til fysisk aktivitet som en godt dokumentert behandlingsmetode for psykiske lidelser og helt avslutningsvis som en mulighet til å få en gevinst, en helsegevinst. Sett slik kan kroppen fungere som et instrument som kan skape endring, som middel til å reparere eller få en del i maskinen til å virke bedre. Det kan forstås som positivistisk reduksjonisme.

Sosialt felleskap, sosialt samvær og sosial inkludering nevnes som viktige helsefremmende faktorer i en kontekst av fysisk aktivitet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Perspektivene på fysisk aktivitet som helsegevinst, slankhet og effekt på den ene side og som bevegelsesglede og sosialt felleskap på den andre, kan representere kroppen som enhetlig og tvetydig eller dualistisk. Er det tilfeldig fra avsenders side at det i den ene setningen snakkes om den objektive effekten og i neste øyeblikk den subjektive opplevelsen? På den ene siden vektlegges utfoldelse og glede, de individuelle tilpasninger og behov. Da representerer bevegelse og erfaringen i seg selv målet, mens det på den annen side blir effekt, helsegevinst og den gode virkning som står som målsetting for aktiviteten. For meg representerer dette en enten eller tenkning. Jeg savner tematisering av fysisk aktivitet i et *både og* perspektiv, kroppen forstått tvetydig knyttet til fysisk aktivitet med et fokus mot samhørighet av kropp og sinn, ytre og indre rom og møter med andre og seg selv. Det vil si å forstå kroppen som subjekt, objekt og instrument, - som levd erfaring.

Aktivitetshåndboka ble sendt alle landets leger og fysioterapeuter da den ble utgitt (Helsedirektoratet, 2009). Boka presenterer evidensbasert kunnskap om betydningen av fysisk aktivitet og trening relatert til psykiske lidelser og en rekke andre diagnoser (ibid.). Professor i psykiatri ved Universitetet i Oslo, Egil W. Martinsen, har forsket på og vært en pådriver for fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. Han sier at psykisk helsearbeid ikke har tatt kroppen på alvor, og at fysisk aktivitet har hatt liten plass i praksis pga tilfeldigheter og manglende kontinuitet i tilbudet (Martinsen, 2011). Martinsen omtaler kroppen som levd erfaring med kropp og sinn som en helhet. Fysisk aktivitet beskrives som en mulighet til å bry seg mer om seg selv, oppdage kroppen og bli bevisst sin egen situasjon, egenomsorg, egne helende ressurser, en kilde til glede, ro og avspenning (ibid.). Martinsen omtaler dokumentert virkning på kroppslig helse som blodsukker, vekt, kreft, hjerte- og karsykdom, mage- tarmfunksjon og

mindre ryggbesvær. Deretter lister han opp betydningen for sinnets helse som økt velvære, bedret selvfølelse, bedre forhold til egen kropp, mer energi og fysisk aktivitet som en virksom behandling mot depresjon, angst, misbruk og angstlidelser, schizofreni samt noen former for spiseforstyrrelser (ibid). Er det mulig å gi forrang til faktorene Martinsen viser til når han omtaler fysisk aktivitet relatert til subjektive erfaringer? Kan teorien om opplevelse av sammenheng være relevant som skaper av helse også når det gjelder fysisk aktivitet? Som subjekt og objekt rommer vi naturgitte fenomener som blodtrykk, insulinproduksjon, forbrenning og et hjerte som slår samtidig med de subjektive erfaringer. Kan ulikt språk og ulike perspektiv sette i sving en praksis med bevegelse som en naturlig og vedvarende del av livet, som en motsetning til skippertak styrt av rasjonalitet, vilje og disiplinering av kroppen?

Selv om det snakkes om tilpasset aktivitet og bevegelsesglede på den ene siden, havner fokuset på den andre siden svært ofte på sporet av trening og treningseffekter. De som skal følge opp aktiviteten kalles ofte treningskontakter (Martinsen, 2011). På den ene side vektlegges subjektive opplevelser og moderat aktivitet som viktig og helsefremmende. På den annen side dominerer avsnittene rettet mot spesifikke treningsråd ut fra tradisjonelle treningsmetoder og effekter. Det tales på denne måten med to tunger. Fysisk aktivitet som naturlige bevegelser og mulighet til å hjelpe fram en tydeligere opplevelse av seg selv og omgivelsene, er underkjent og blir sjelden tematisert (Bårdsen & Thornquist, 2010).

Det kan være mange årsaker til at mennesker med psykiske lidelser har drevet lite fysisk aktivitet. Å endre dette innebærer at de ofte må venne seg til å like det. Noen kan derfor trenge hjelp for å kunne delta i ordinære aktivitets- og treningstilbud (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.27).

Bevegelse kan være en metafor for å leve og være i forandring. Hva er det som gjør at noen slutter å bevege seg? Hvordan kan man tilnærme seg bevegelser som har stilnet?

Å venne seg til fysisk aktivitet

Å *skulle venne seg til* vurderer jeg som et uttrykk for kroppslighet, ikke bare en appell til fornuften som noe løsrevet fra kroppen. Jeg undrer meg likevel over sitatet over fra veilederen om å venne seg til å like. Hvordan skal denne *tilvenningen* foregå i praksis? Kan vi ta for gitt at med sterk vilje og disiplinering eller ytre belønning, venner folk seg til å like fysisk aktivitet? Er det så enkelt som å venne seg til å like det – og i så fall hvordan gjør man det? Det kan forstås som en tingliggjøring av kroppen som om den er en maskin eller et objekt som

kan overhales, smøres og tilvennes. Min erfaring fra fagfeltet tilsier er at det kan være vanskelig å få til gode bevegelsesvaner i praksis. De fleste med psykiske lidelser tilhører den inaktive delen av befolkningen (Martinsen, 2011). Hvorfor er det slik? Hva skal til for at aktivitet kan bli til noe annet enn en målrettet aktivitet og et skippertak for helsen? Bourdieus teorier om habitus og sosiale felt kan være relevant for å belyse kompleksiteten i endring av bevegelsesvaner - liv - som har stilnet eller ”sporet av”. Endring av kroppsliggjort praksis kan komme til kort med helseopplysning som appellerer til fornuft, intellekt og tilvenning uten stor respekt for et langt tidsperspektiv. Martinsen omtaler viktige motivasjonssamtaler, forpliktende avtaler, planer, tester og registrering (ibid.). Her forstås kroppen, slik jeg ser det, utelukkende som instrument, rettet mot vilje, disiplinering, intellekt og fornuft. Strengt treningsregimer som rasjonell disiplinering av kroppen bidrar til å lukke kroppens forhold til verden (Skårderud, 2011b). Er det helsefremmende? Tenkningen til Martinsen trekker etter min mening veksler på teksten i veilederen om at *folk kan venne seg til* fysisk aktivitet, det tas for gitt at det handler om å forstå *hvor bra det er* og kjenne *hvor godt det gjør*. Det er noe paradoksalt i dette i forhold til hverdagslig tale hvor det å kose seg ofte tas for gitt som synonymt med å spise, mens fysisk aktivitet på den annen side ofte assosieres med slit, disiplin og i hvert fall ikke ”godt før etterpå”.

Er det så enkelt som å appellere til fornuften og si noe om hvordan det skal oppleves? Det kan igjen forstås som lineær kausalitetstenkning, entydighet, at ekspertene vet alles beste og hvordan fysisk aktivitet *skal* erfares. Hva kan jeg egentlig ta for gitt om andres erfaringer? Mange fysisk inaktive, oppgir at de unngår aktivitet pga. smerter, stivhet og andre funksjonsproblemer (Bårdsen & Thornquist, 2010). Psykiske lidelser og inaktivitet som sammenfallende, kan forstås i lys av dokumentasjonen av hvordan krenkede barn får innskifter i kroppen og blir syke voksne (Kirkengen, 2009). Min erfaring er at det er grunner til at noen på et tidspunkt i livet og mer eller mindre gradvis slutter å bevege seg, at de beskytter og innskrenker kroppslige muligheter. Det kan opptre i samtidighet med kroppsbildeforstyrrelser, vrangforestillinger om kroppen og som nevnt somatisk sykdom og smertetilstander som oppleves som uforenelig med mange former for fysisk aktivitet. Det er som om et opprinnelig basalt behov forstyrres og signalsystemer slokkes, noe jeg vil komme tilbake til senere. Å få i gang bevegelse der ”de har sporet av”, kan derfor innebære kreativ, omfattende, flerfaglig og kroppslig tilnærming og støtte – ofte over lang tid, slik jeg ser det.

Fysioterapeuter og personell med idrettsfaglig utdanning har kompetanse til å tilrettelegge fysisk aktivitet for ulike målgrupper, men det krever nødvendigvis ikke omfattende kompetanse å etablere denne typen aktivitetstilbud (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.28).

Selve tilbudet kan være enkelt å etablere, men hva skal til for få i gang eller endre bevegelsesvaner? To historier fra praksis kan belyse kompleksiteten i det å bevege seg:

En ung jente som slet med spiseforstyrrelser hadde mye smerter i kroppen. Mange med spiseforstyrrelser beveger seg ekstremt mye, men denne jenta likte seg best i ro. Hun bremsset pusten og spente seg ved å stramme musklene i hele kroppen. Smertene i kroppen kunne forstås i lys av denne anspenheten. Hun like ikke kroppen sin. Den var "fleskete" og det "disset" rundt overarmene og beina. Hun følte seg anspent. Med kroppen så spent og pusten så holdt, utforsket vi ulike bevegelser sammen. Alle klærne var på og berøring var uaktuelt. "Det kan hende du kan få ta på ryggraden min eller masserer tinningen en gang", sa hun. Hun satt på en krakk og beveget hofteleddene i den forståelse at kroppslige erfaringer kan skape nye forståelser og erkjennelser. Å slippe på anspenhet kan være å finne en annen måte å uttrykke seg på. Jeg spurte om hun kunne strekke på armene. Hun prøvde, men strammet de straks inntil kroppen igjen og utbrøt spontant, "Åh, nei – det er så flaut". Hun reflekterte senere over at det handlet om å gjøre seg større, ta større plass og vekke oppmerksomhet. Hun strammet seg og ville gjøre seg minst mulig.

En kvinne som hadde vært seksuelt misbrukt som barn strevde med nærhet både som berøring og følelsesmessig binding. Hun hadde mye smerter i ryggen, slet med angst og depresjon i en stor og tyngende kropp. Hun skammet seg over kroppen og over ikke å få til "å gjøre slik hun burde", spise mindre og bevege seg mer. "Beina vil liksom ikke", sa hun. Mens hun en time beveget bekkenet og hofteleddene, stoppet hun og sa; "Det er som om beina ikke helt er mine. Kroppen min stopper ved knærne og fortsetter over magen". Hun sa senere at hun hadde stengt av område rundt hofter og bekken. "Hadde jeg ikke vært jente, hadde ikke alt det vonde skjedd. Det er ikke slik at jeg ønsker å være eller føler meg som en gutt. Men jeg må finne igjen kroppen min. Da kan jeg kanskje bevege meg mer."

Dette kan tolkes som kropp som har sporet av, bevegelser som stilner og kropp som liv som stivner. Forskning viser at de fleste inaktive ønsker å bevege seg mer (Martinsen, 2011). På den ene side, hvem vil si noe annet? På den annen side og som i historiene over, er det rart at bevegelser stivner og defineres som fysisk inaktivitet?

Bevegelse kan sees som bevegelse både for egenkroppen og verdenskroppen, erfaringene og instrumentet, subjektet og objektet. Kan mosjonsbegrepet gi videre assosiasjoner enn trening og fysisk aktivitet? Mosjon av latin betyr bevegelse, forflytning og inntrykk. Ordet har forbindelse til emosjon; å ta vekk, fjerne eller forstyrre eller i følge Encyclopedia Britannica ”...et ekstremt komplekst fenomen som er en syntese av subjektive erfaringer, atferd og neurokjemisk aktivitet (Skårderud, 2005). Kan mosjon og emosjon anses som samspillende og refererende til hverandre? Selv om fysisk aktivitet forsøksvis kobles til kroppen som subjekt, blir den stemmen, slik jeg ser det, veldig svak i rådende språk om trening, treningseffekter og treningskontakter.

Helsedirektoratet opererer med mange indikatorer for psykisk helse i sin overvåkning av befolkningens helsetilstand (Helsedirektoratet, 2009) og fysisk aktivitet kan tolkes som den eneste med kroppslig perspektiv. Her har jeg drøftet fysisk aktivitet opp mot erfaring versus effekt. Fysisk aktivitet kan sees som en mulighet til å koble det fysiske og det psykiske i et åpent helsebegrep, men også dette knyttes slik jeg ser det, forholdsvis ensidig opp mot psykisk helse. Kan det forstås som en motsetning til ”common sense” som anser fysisk aktivitet som betydningsfullt for overflate og forebygging av såkalte livsstils-sykdommer som hjerte- karsykdommer og diabetes 2? Jeg som nå beskjeftiger meg med språk og virkelighetsforståelse kan også dvele ved at vi sier fysisk aktivitet. Er det noe som heter psykisk aktivitet? Hvilke bilder gir det uttrykket? Kan det være bilder om engasjement og iver, det som er med på å holde oss i live? (Skårderud, 2005). Kan vi bare si aktivitet, ulike former for aktivitet, som en analog til at vi kan si – helse?

Bortsett fra ansatser i studieplanene som jeg skal vende tilbake til, tematiserer ingen av tekstene spenningsfeltet mellom kroppen som instrument og kroppen som levd erfaring, slik jeg ser det. Tekstene retter seg mot psykisk helse framstilt som om det kan være et ikke-kroppslig forhold og jeg finner svært lite om kroppen eksplisitt som begrep, tema eller overordnet forståelse. Dermed dreier det seg faktisk ikke om hvilke diskurser om kropp som trer fram, men at kroppsdiskursen som sådan virker taus og usynlig. Diskursanalyse dreier seg nettopp om hvilke diskurser som råder og hvilke som er usynlige. En usynlig kroppsdiskurs kan virke noe underlig i en helsefaglig praksis. Som levende mennesker *har* vi en kropp, om enn den er tatt for gitt og utematisert.

Kroppen som utematisert i psykisk helsearbeid

Diskursanalyse retter seg som det som er beskrevet og det som er utelatt. Jeg skal nå drøfte det jeg tolker som utelatt - relatert til kroppen. Med unntak av at fysisk aktivitet trekkes fram, framstår tekstene for meg forholdsvis entydig i utelatelsen av kroppen som et anliggende i psykisk helsearbeid. Når kroppen er utematisert i tekstene om psykisk helsearbeid, tenker jeg at kroppen anses som en fysisk størrelse løsrevet fra sinnet, fra gode og vanskelige erfaringer og atferd. Et hovedfunn i tekstene er altså at psykisk helsearbeid ikke tematiserer og problematiserer kroppen, den tas kanskje for gitt som en fysisk størrelse, et objekt? Vi kommer oss jo ikke unna kroppen vår og vi har nødvendigvis en kropp så lenge vi er i live. Det finnes selvfølgelig ikke kroppsløse mennesker. Derfor blir et kroppsløst menneske et teoretisk begrep, et bilde for å diskutere hvor kroppen er og hvilken kropp vi snakker om i psykisk helsearbeid. En grunnleggende betingelse for utøvelse av faget fysioterapi er at kroppen har et fokus. Denne grunnbetingelsen kan sies å være nærmest fraværende i tekstene. Det kan derfor være rimelig å spørre om fysioterapi i det hele tatt er en relevant grunnutdanning for psykisk helsearbeid og også om videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi er relevant som 60 godkjente studiepoeng på masterstudiet i psykisk helsearbeid. Når det gjelder helsefaglig praksis, er min erfaring at det er personavhengig og svært tilfeldig hvilken plass kroppen har i praksisfeltet.

I studieplanen til HiO fremkommer et valgfritt 10 studiepoengs emne som heter Kroppsbaserte behandlingstradisjoner i psykisk helsearbeid. Studentene skal gjennom dette få økt innsikt i og kunnskap om kroppens betydning og kroppsbasert behandling i psykisk helsearbeid (Høgskolen i Oslo, 2010 – 2011). Det kan åpne for å forstå kroppen som levd erfaring og som en innfallsvinkel til arbeid ikke bare med fysisk helse, men også med psykisk helse. Da forstås kroppen som en kilde til erkjennelser og kunnskap om seg selv og omverden, sammenfallende med kroppen som levd erfaring. Jeg ser at det fremkommer forskjeller mellom studieplanene ved ulike høgskoler. Studiene framstår med ulike kroppsdiskurser slikt sett. Hvilke vitensregime om kropper styrer valgene i studieplanene? Ulikhetene mellom studieplanene sier noe om intertekstualitet og interdiskursivitet i fagområdet. Kanskje har kroppen en tydeligere posisjon på masterstudiet i psykisk helsearbeid ved andre høgskoler enn HH?

Kroppen synes slik jeg ser det, utematisert og/eller ureflektert i tekstene. Dette samsvarer med at fysioterapi også er lite beskrevet i forbindelse med behandling av psykiske lidelser og at

fysioterapeuter har en uavklart rolle og funksjon i psykisk helsevern (Gretland, 2007; Thornquist, 2009). Det var overraskende få treff på litteratursøk med snevret søk til kroppen (body) og psykisk helse (mental health). På kombinerte søk i AMED, EMBASE, Ovid MEDLINE, PsycINFO med de ulike søke- og meshord, to eller tre, i kombinasjon fikk jeg 0, 1, og 6 treff. Dette synes jeg er et svært oppsiktsvekkende funn i seg selv.

Kroppsdiskursen i psykiatrisk sykepleie

For å se nærmere på forståelser av kroppen i fagfeltet, finner jeg det relevant å gå til kroppsdiskursen i psykiatrisk sykepleie. Slik jeg ser det, står psykiatrisk sykepleie som en grunnstein i psykisk helsearbeid. Dette understøttes av Andersen og Karlsson; ”Sykepleiefaglig tilnærming til psykiske lidelser har hatt forrang i kommunene, det har vært en monoprosesjonell organisering av arbeidet” (Andersen & Karlsson, 1998). Jan Kåre Hummelvoll, professor ved Høgskolen i Hedmark og en av nestorene i fagfeltet psykisk helsearbeid, sier at kroppen har vært neglisjert i lang tid selv om den alltid har hatt en sentral plass i psykiatrisk sykepleie og at psykiatrisk sykepleie vier de kroppslige aspekter oppmerksomhet med en helhetsorientert praksis. Han sier videre at det psykiatriske sykepleieperspektivet handler om støtte til personlig stell og medisiner, om medisiners bivirkninger og om de skal ta eller ikke ta dem. (Karlsson, 2008). Dette tolker jeg som at å vie de kroppslige aspekter oppmerksomhet handler om stell, medisiner og omsorg. Hvilken kropp henviser dette til? Når det gjelder å ta medisinene, hvem skal bestemme om de skal tas? Er det kropp som skal stelles og vises omsorg? Helsepersonell kan nærme seg en tingliggjort kropp med metoder, regler og prosedyrer, se mennesket som en diagnose og som et objekt. På den annen side, kan den sansende kroppen møtes som erfarende og erkjennende, som spesiell og ekspressiv med kunnskap som anvendes i situasjonen. Eksistensielt orientert psykiatrisk sykepleie søker å forstå pasienten i hans perspektiv med en fenomenologisk tilgang (Hummelvoll, 2004). Er denne fenomenologiske tilgangen forstått gjennom bevissthet eller kropp?

Kurt Lyngved, leder for Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av psykiatriske sykepleiere, kommenterer tall som viser at psykisk syke har mye kortere forventet levetid enn andre. Psykiatrien har ikke vært flinke nok til å tenke kropp, - ikke vært flinke nok til å se kroppen. (Lyngved, 2010). Dette er for meg både overraskende og litt forunderlig. På et vis bidrar det samtidig til å forstå mine tekster.

Jeg tar for gitt at det formidles mye kunnskap om kroppen i sykepleierutdanningen. Er det slik at kroppen blir ”borte” for psykiatriske sykepleiere eller ”borte” når sykepleiere tar plass i psykisk helsevern? Hummelvold viser i ulike forskningssammenhenger til en holistisk-eksistensiell sykepleiemodell med helhet og subjektive erfaringer med referanser til livsverden (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1996). En livsverden uten en tematisert kropp forstås for meg som at livsverden dannes ved bevissthetsakter. Kommer det her fram et skille mellom en fenomenologisk og kroppsfenomenologisk forståelse? Husserls grunnleggende fenomenologiske filosofi fokuserte på menneskets sansning av verden gjennom bevisstheten, på fenomener som framtrer i og konstitueres av den subjektive, menneskelige bevissthet. Merleau-Ponty og kroppens fenomenologi oppvurderte kroppen og sansene og understreket en vending bort fra intellektet. Foreløpig oppsummert kan det synes som om psykiatrisk sykepleie bygger på Husserls fenomenologi. Den har kvaliteter beskrevet i kroppen som levd erfaring, men der er ingen tematisert kropp. Det er bevisstheten, sinnet eller sjelen – i eller bakenfor en utematisert kropp – som ser ut til å representere levd erfaring. Kroppsfenomenologien gir kroppen forrang, og fokuserer mer på at kropp og sinn hører sammen enn det Husserls fenomenologi gjør. Grunnleggende fenomenologi, psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid dreier seg derfor, slik jeg ser det, om subjektive posisjoner i verden, men posisjonen og forhold er utematisert som kroppslige.

Interdiskursivitet i fagfeltet

En studie om psykiatriske sykepleieres faglige bidrag i tverrfaglig samarbeid konkluderer likevel med at kunnskaper om kroppen trer fram som faggruppens kjennetegn, og utgjør deres spesifikke kunnskap i forhold til andre yrkesgrupper (Karlsen, 2009). Kunnskaper i forhold til kropp og psyke gjør det mulig å se sammenhenger og forstå at det er viktig å jobbe med det somatiske og det psykiske samtidig (ibid.). Jeg forstår studien som en åpning og en vending mot kroppen. Det innebærer en mulighet til å rette praksis i psykisk helsearbeid mot sammenhengene mellom smertetilstander, søvnløshet, somatisk sykdom, redusert levealder og psykisk helse. Har kroppen en større plass i praksis enn de utvalgte tekstene legger føringer for?

Over omtales en vending mot somatiske uttrykk. Hvilke diskurser om kropp trer fram i fagkanonene? Hva med den konkrete kroppen som uttrykk for følelser? Kroppen kan være et sted å søke tilflukt når følelser blir vanskelige (Skårderud, 2011a). Følelser kan være utydelige, men den konkrete kroppen er tydelig (ibid.). Kroppen kan få rollen som regulator

når den indre reguleringen svikter. Kroppen blir et instrument for erfaringer, for uttrykk og det uttrykte (Engelsrud, 1990; Skårderud, 2006). Funksjonelle lidelser, ME, selvskadning og spiseforstyrrelser kan stå som slike uttrykk og det uttrykte, men de kan fremkomme i mange grader og varianter. Kan disse uttrykkene betraktes som en taus, men likevel tydelig stemme fra kropper om å bli sett og anerkjent som de er, som fulle av mening og erfaring?

En analysert brukerundersøkelse av pasienter innlagt i åpen psykiatrisk klinikk kan tolkes som en slik stemme (Borge & Hummelvoll, 2008). Analysen rettet seg mot hva pasientene mente de hadde lært under behandlingsoppholdet. Eget arbeid med seg selv, medbestemmelse og medvirkning i behandling var sentrale funn. Flere ønsket å lære mer om kroppen og være mer i fysisk aktivitet under veiledning. Pasientene erfarte at kroppen er en viktig inngangsport for læring og ofte for lite vektlagt i psykiatrisk behandling (Borge, 2011). Betydningen av å lære med kroppen understrekes med referanse til Colaizzi's begrep "genuine body learning". Å lære med kroppen gjør at kroppen blir bærer av erfart og meningsfull aktivitet (ibid). Videre henvises til Merleau- Ponty:

...som gir den levde kroppen en viktig betydning gjennom å forstå kropp og sjel som en integrert helhet i menneskers liv. Det er gjennom kroppen mennesker erfarer seg selv. Kroppen er et lærende subjekt, og innsikt og erfaring sitter i kroppen (ibid., s.43).

Betydningen av å få gå sin egen vei i sitt eget tempo og å gjøre erfaringer gjennom ulike former for treningssituasjoner understrekes (ibid.). Medbestemmelse og medvirkning eller deltakelse er sentrale elementer i psykisk helsearbeid og dette tilføres en kroppslig dimensjon i Borges arbeid. Hun bringer idealtypen om kroppen som levd erfaring inn i psykisk helsearbeid og presenterer kroppen som kilde til læring, mestring og endring. Beskrivelsene samsvarer med idealtypen kroppen som levd erfaring og kan tyde på en bevegelse mot å ta kroppen inn i fagfeltet. Kroppsliggjøring av begreper jeg vurderer som sentrale i psykisk helsearbeid, vil jeg komme tilbake til.

Kroppens posisjon i helhetlig forståelse

Ordet helse har rot i det gammelnorske ordet heill og betyr hel (Fugelli, 2001). I kroppen som levd erfaring representerer helheten samhörigheten mellom kropp og sinn og delene i kroppen som en samspillende enhet. I de utvalgte tekster som skal representere psykisk helsearbeid brukes helhetsbegrepet i andre og ulike sammenhenger.

Opptrappingsplanen beskriver som nevnt et helhetlig menneskesyn som mennesket som kropp, sjel og ånd. Et av de overordnede prinsipper i opptrappingsplanen, er at brukernes behov skal avgjøre hvilket tilbud som skal gis ut fra et slikt helhetlig menneskesyn (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). Her brukes begrepet helhetlig om en type overskridende forståelse av kropp og sinn, men som tidligere oppsummert følges ikke dette videre i tekstene. Studieplanen ved HH samsvarer med opptrappingsplanen i bruken av begrepet ved at studiet i psykisk helsearbeid også representerer et helhetlig menneskesyn (Høgskolen i Hedmark, 2010-2011). Ordet helhetlig brukes om mennesket som en dynamisk helhet med begreper som tilpasning, mestring, smerte, angst og handlingsevne (ibid.). Jeg leser smerte i denne sammenheng som eksistensiell lidelse relatert til en psykisk lidelse. Fordi fenomenologisk-hermeneutisk forståelse virker grunnfestet i psykisk helsearbeid, forstår jeg menneskelige erfaringer som væren og psykiske helse bundet sammen og mer enn summen av delene, men som et ikke-kroppslig anliggende. Dette samsvarer med et kroppsløst menneske i psykisk helsearbeid, forstått slik jeg tidligere har vist til.

En annen referanse til helhetsbegrepet rettes mot behandlingsnettverket:

Opptrappingsplanen legger opp til en styrking av alle ledd i tiltakskjeden. Målet er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i sentrum (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998, kap.1,s.1).

Hva menes med et helhetlig behandlingsnettverk? I denne planen forstår jeg det slik at det dreier seg om å se de ulike tiltak i behandlingsskjeden i en sammenheng og hvordan de kan oppfattes som en samarbeidende enhet. Helhet representerer også samarbeidet mellom de ulike nivåer i tjenesten slik det omtales i det følgende;

I utgangspunktet er det behov for at ansatte i kommunene som jobber med barn, ungdom, familier og voksne har en mulighet for veiledning og konsultasjon som direkte eller indirekte er forankret i kompetent psykiatrisk fagmiljø. Dette innebærer at også de fylkeskommunale planene må omfatte forebyggingsperspektivet ut fra en helhetlig tenkning mht samspillet med kommunene på dette området (ibid., kap2, s.2).

Hva mener avsenderen her med helhetlig tenkning? Kan det være sammenhengen mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste eller et forebyggende og behandlende perspektiv ved å understreke betydningen av å oppdage tegn til lidelser på et tidlig tidspunkt?

Helhetsdiskursen trer fram i veilederen i stor grad entydig. Den viser til et helhetlig, sammenhengende og koordinert tjenestetilbud. Et helhetlig tilbud basert på at virksomheten tar et felles ansvar med helhetlige og faglig gode tilbud (ibid). Helhetlig knyttes også til fastlegens vurderinger og betydningen av medisinerings fagfeltet:

Det er viktig at fastlegens tiltak i forhold til diagnostikk, behandling og videre oppfølging inngår som en integrert del av et helhetlig tilbud hvis brukeren har behov for flere tjenester. For mange med alvorlige psykiske lidelser er medikamentell behandling svært viktig (Sosial- og helsedirektoratet, 2005.s.33).

En helhetstenkning som grunnlag for fokus på rammevilkår for helse kan også sees i tekstene. HH presenterer et fokus i denne sammenheng på deltakelse og lokalsamfunnsarbeid bl.a. ved at lokalsamfunnsarbeid tilbys som fordypning (Høgskolen i Hedmark, 2010-2011). Til slutt vil jeg nevne at helhet også forstås som et fokus mot mestring og ikke bare mot det som er problematisk (Sosial-og helsedirektoratet, 2005). Dette ser jeg som enda en vending i bruken av begrepet helhetlig; nå med fokus på funksjon og salutogenese framfor diagnose og patogenese. Det kan synes som helhet er et svært flertydig begrep og et begrep i tiden. Det klinger godt å snakke om helhet, men det kan se ut som om innholdet i det helhetlige perspektivet er svært ulikt. Det kan være relevant å nevne at helhetsbegrepet i andre sammenhenger kan referere til alternativ medisin.

Oppsummert vil jeg si at begrepet helhetlig brukes i ulike sammenhenger. Kan det fordekke at tjenesten også kan oppfattes som reduksjonistisk? At alle forhold kan ansees som kroppslige er helt utelatt i representasjonene av helhetsbegrepet. Kroppen som ureduserbar og tvetydig med deler og helhet i et kontinuerlig samspill henviser til et helhetsbegrep brukt på en annen måte enn i tekstene (Ottesen et. al., 2010). Helhetsbegrepet med ulik forståelse i tekstene, kan tolkes som at det er av betydning å understreke det helhetlige som en motsetning til nettopp reduksjonistisk tenkning. Om ulike perspektiver skal bringes inn i psykisk helsearbeid, kan vi ikke ta det for gitt at vi snakker om den samme helheten, slik jeg tolker utvalgte tekster. Hvilke bilder og praksis ville tre fram om vi også brukte helhetsbegrepet om kropp og sinn – kroppen i samspillende, flertydig, ekspressiv, bevegelig og dynamisk helhet relatert til helse?

Kroppens posisjon i kunnskaps- og kompetansebegrepet

Å ha kunnskap forbinder jeg med intellektet, å ha og være kunnskap forbinder jeg med kroppsliggjort kunnskap som kompetanse. Til idealtypen kroppen som objekt og instrument

hører kunnskapstilegnelse gjennom intellektet, å lære med et godt hode. Kroppen som sentrum for all erfaring er naturlig utgangspunkt for å lære *med kroppen* også som et intellektuelt anliggende. Kunnskap og kompetanse tematiseres i studieplanen og er sentralt i de andre tekstene.

Studiets erfaringsbaserte karakter skal tas vare på ved at teoretiske kunnskaper, praktiske ferdigheter og klinisk kompetanse vektlegges. Arbeidsformene i studiet skal ivareta mangfold, personlig uttrykksform og faglig forståelse for å fremme den enkelte students yrkes- og samhandlingskompetanse innen psykisk helsearbeid. Læringsmodellen er interaktiv, og søker å ivareta en rimelig balanse mellom ressursforelesninger og dialog (Høgskolen i Hedmark, 2010-2011,s.6).

Studiet ved HH har en praksisperiode på 8 uker første studieår mens HiBu har en 10-ukers praksisperiode. Praksis kan sies å være en mulighet til å kroppsliggjøre kunnskap. Jeg merker meg i studieplanene at HiO har et 20 studiepoengs emne rettet mot relasjonskompetanse, som teoretisk og praktisk tilnærming. Her inngår trening i relasjonelle ferdigheter bl.a. med rollespill og videoopptak En del av vurderingen i emnet innebærer innlevering av et lyd - bildeopptak av rollespill i terapeutisk samhandlingssituasjon (Høgskolen i Oslo, 2010 – 2011). Å vektlegge slik trening med helsearbeiderens egen kroppslighet, tenker jeg oppøver kompetanse som i en form etterspørres i veilederen; ”Folks behov er imidlertid svært ulike, så sensitivitet hos ansatte er helt nødvendig” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.26).

Sensitivitet kan tolkes som et kroppslig anliggende med betydning for å kunne sette seg inn i den andres situasjon, besitte samhandlingskompetanse og gjøre gode teorier virksomme i praksis. Slik jeg ser det, kan vi ikke utelukkende lese oss til en slik sensitivitet. Sensitivitet innebærer deltakende praksis, empati og evne til å sette seg inn i den annens situasjon.

Helsearbeideren skal sette teoriene ut i praksis og anvende kunnskap i situasjonen (Høgskolen i Hedmark, 2010-2011). Å anvende kunnskap i situasjonen innebærer slik jeg ser det, at kunnskapen sitter i ryggmargen, sitter *i* kroppen. Det er i tråd med et kunnskapssyn representert i idealtypen om kroppen som levd erfaring, *å være* kunnskap som rommer mer enn å *ha* kunnskap. Det kan forstås som et lære *med* kroppen perspektiv og at kroppen som levd erfaring også kan få plass i et ansatt -perspektiv i psykisk helsearbeid.

Utvalgte tekster kan tolkes som lite fokusert på å lære med kroppen. Borge som ser ut til å bringe kroppen som levd erfaring inn i psykiske helsearbeid, tematiserer på den annen side å lære *med* og ikke bare *om* kroppen.

Læring i denne forståelsen dreier seg ikke om å kunne utføre en rekke øvelser, men å kunne bevege seg i sammenhenger som en tidligere var redd for eller ikke trodde var mulig å være i. Dermed blir også læring forandring (Borge, 2011,s.43).

Dette kan tolkes som å være i bevegelse, lære seg selv å kjenne og merke seg kroppen, seg selv, og gjennom det skape mestring og motstandskraft.

Samhandlingskompetanse og sensitivitet nevnes i tekstene, og relasjonens betydning er ofte omtalt i fagfeltet. Et mastergradsstudium er pr. definisjon et teoretisk studium. Jeg lurer på hvordan vi som helsearbeidere i feltet forholder oss til egen kroppslighet, både som kompetanse i møte med dem vi arbeider med og som egen ”bolig”. Hvordan kan vi utvikle eller eventuelt beskytte vår sensitivitet? Og hvordan kan vi regulere en slik sensitivitet gjennom årelang yrkespraksis? Helsearbeidere er og har selv en kropp og en helse.

Psykisk helse i kroppsbasert praksis

Til slutt i denne drøftingen vender jeg fokuset og spør om sinnets plass i kroppsbasert praksis, eksemplifisert ved den yrkesgruppen jeg selv representerer. Arbeider fysioterapeuter generelt med kropper forstått tvetydig, med kropp og sinn som samhørende? Jeg har hørt sagt at vi fysioterapeuter står midt i ingenfagslandet, i spagaten mellom det somatiske og psykiske helsevesen og utøvelse av fysioterapi kan oppleves som en filosofisk utfordring i praksis (Steinsvik, 2008). Forholder fysioterapeuter seg til kroppen som et objekt og instrument eller kroppen som levd erfaring? For eksempel kan gruppens slagord ”Fysisk aktivitet er min medisin” sees som et tradisjonelt medisinsk språk og henlede til bevegelse som noe du kan tilføre kroppen utenfra for ”å bli bra”. Likevel virker ikke medisinen fysisk aktivitet uten at vi gjør noe selv. Fysisk aktivitet kan sees i ulike perspektiv, men det er reist spørsmål rundt fysioterapifagets for tiden sterke og kanskje noe ensidige kobling til fysisk aktivitet (Lindvåg, 2009). Hvilken grunnlagsforståelse om kropp og helse er rådende i fysioterapifaget? Er det slik at grunnutdanning i fysioterapi forbindes med det fysiske og psykomotorisk fysioterapi med det psykiske? På Norsk Fysioterapeutforbunds landsmøte i 2010, ble et forslag om en tilføyelse om psykisk helse til forbundets visjoner og hovedmål nedstemt (Lien, 2011). Hva slags tenkning er det et uttrykk for? Tar ikke fysioterapeuter inn over seg at vi alle har en psykisk helse og at den er like selvfølgelig som den fysiske? Ser fysioterapeuter på seg selv som mekanikere på kroppen, helsemekanikere, analogt til en bilmekaniker med møteplass i en kontekst av et verksted? (Steinsvik, 2008).

4.4 BERØRENDE DISKURSER

Avslutningsvis i min analyse vil jeg i tråd med diskursanalytisk teori trekke fram noen diskurser fra tekstene som slår meg som berørende og berørt av mitt forskningsspørsmål. De vekker min nysgjerrighet og forundring. Det gjelder språket om profesjonskompetanse, tverrfaglighet og behandling i tekstene.

Profesjonskompetanse i fagfeltet

Hummelvoll uttrykker en intensjon om å bringe flere perspektiver inn i psykisk helsearbeid og gjøre fagene til noe mer enn de står for isolert sett (Karlsson, 2008). Perspektivene kan slik jeg ser det, også gjøre fagfeltet psykisk helsearbeid til noe mer. I praksis arbeider ulike profesjoner sammen og danner tverrfaglige arbeidsfelleskap og tilnærminger.

Opptrappingsplanen legger opp til en betydelig heving av antall årsverk innen psykisk helsevern. Når det gjelder behandlingstilbudet, listes det opp en utvidelse av årsverk med 184 psykologer og 125 høyskoleutdannede, samt en 50 % økning i årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, fra 1600 til 2400 årsverk (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). Fokus mot skole, spesielt ungdomstrinnet og videregående skole med satsning på betydelig økte personalressurser i skolehelsetjenesten, kan tolkes som et signal i planen om forebygging og tidlig intervensjon.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten omtales som det eneste stedet hvor helsetjenesten treffer alle barn og unge. Dette kan illustreres ved at nærmere 100 % av spe - og småbarnsforeldre benytter seg av tilbudet på helsestasjonen (ibid., kap.2,s.3).

Sykepleierutdanning har tradisjonelt vært utdanningskrav for stillinger på helsestasjon og skolehelsetjenesten, oftest forbundet med videreutdanning som helsesøster eller psykiatrisk sykepleier. Helsesøstre arbeider i det jeg vil kalle en åpen posisjon. Den åpne posisjonen innebærer møter med mennesker som presenterer eller definerer både fysiske og psykiske plager og at forebyggende og helsefremmende arbeid rettes mot alle dimensjoner av helse. Fastleger og fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten kan også forstås som å ha en slik åpen posisjon. Kan denne posisjonen legge premisser for et mer overskridende helsearbeid, - helsearbeid med fenomenale, sinnrike kropp?

Opptrappingsplanen har nådd sitt mål om styrking av skolehelsetjenesten, men antall fysioterapeuter i skolehelsetjenesten ble redusert i opptrappingsperioden og det ikke ble flere

fysioterapistillinger i kommunehelsetjenesten i dens kjølvann. På denne bakgrunn kaller forbundsleder Eilin Ekeland i Norsk Fysioterapeut Forbund opptrappingsplanen for tidenes flateste opptrapping (Ekeland, 2008). Jeg anser helsesøstre som representanter for tilnærming til kroppen, men kan reduksjonen i fysioterapistillinger i skolehelsetjenesten sees som et uttrykk for en nedprioritering av kroppen i opptrappingsplanen? Det kan i så fall forstås som et paradoks med tanke på økt kroppsfiksering i ungdomskulturen og betydningen av den konkrete kroppen som uttrykk for følelser (Skårderud et al., 2010, Skårderud, 2011a).

Legger tekstene føringer for flerfaglig og tverrfaglig praksis? Hvilke faggrupper regnes som sentrale? Kan dette si meg noe om kroppens posisjon i psykisk helsearbeid?

En rekke faggrupper er sentrale i psykisk helsearbeid; sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid, allmennpraktiserende leger (fastleger), psykologer og annet høyskoleutdannet helse- og sosialpersonell med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid (for eksempel vernepleiere, sosionomer, ergoterapeuter og fysioterapeuter). Også hjelpeleiere, særlig med videreutdanning i psykisk helsearbeid, omsorgsarbeidere og hjemmehjelpere er viktige (Sosial – og helsedirektoratet, 2005,s.31).

I tillegg til leger og psykologer ser jeg her sykepleieren med videreutdanning i psykisk helsearbeid som den bærende yrkesgruppen. Står det skrevet slik fordi det er flest av dem, fordi denne yrkesgruppen har en lang tradisjon innen fagfeltet eller fordi de tiltenkes en nøkkelrolle i fagfeltet? Høgskoleutdannet personell for øvrig omtales oftest som et samlebegrep og gir for meg et noe diffust bilde av kompetansebehovet. Om faget vil stå fram som flerfaglig og tverrfaglig, tenker jeg at de ulike grunnutdanninger bør løftes fram for å få fram hva som kjennetegner ulike grupper grunnlagstenkning og genuinitet. I referansen over ligger det føringer om at alle som arbeider innen fagfeltet skal ha videreutdanning i psykisk helsearbeid. Er man ikke kvalifisert til å arbeide i fagfeltet med en treårig helsefaglig grunnutdanning? Forsømmer grunnutdanningene fokus på psykisk helse? Vil det si at de treårige helsefagutdanningene det henvises til, i sin grunnutdanning i hovedsak er rettet mot fysisk helse? Dette kan forstås som at *alle* har en fysisk helse, mens psykisk helse er noe utenfor, noe spesielt som krever en videreutdanning. Videreutdanning og god kompetanse er, slik jeg ser det, viktig uansett fagfelt, men kan helsefaglig grunnutdanning ha et innhold som kvalifiserer til arbeid med psykisk og fysisk helse? Om ikke, kan det tolkes som underbyggende for en forståelse om at psykisk helse og lidelse er noe som ikke angår alle, bare *de andre*.

Det generelle tilbudet til barn og ungdom når det gjelder rådgivende og forebyggende arbeid bør styrkes ved å opprette stillinger for psykologer og andre relevante faggrupper ved kommunale helse- og sosialsentre, helsestasjoner, barnevernet, oppsøkende virksomhet og i kommunalt arbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998, kap.2,s.4).

At en yrkesgruppe eksplisitt nevnes, mens andre omtales som en gruppe som i sitatet over, forstår jeg henholdsvis som en tydelig og en diffus etterspørsel av kompetanse. Eller er det en forståelse av at psykologer har en type kompetanse med en type funksjon mens den andre gruppen besitter en mer ensartet kompetanse og kan fylle den samme funksjon? Hvilken forståelse representerer dette om tverrfaglighet og behandling? At psykologer nevnes eksplisitt forstår jeg som et fokus på en samtalerapeutisk tilnærming til psykiske lidelser. Kan en etterspørsel etter annen kompetanse gi uttrykk for en videre forståelse av ulike tilnærminger til psykiske lidelser og et annet fokus på kroppen?

Poliklinisk behandling i poliklinikker og hos privatpraktiserende spesialister med driftsavtale foreslås økt med 50 % eller ca 450 000 konsultasjoner i løpet av planperioden, svarende til 373 mill. kroner i økte driftsutgifter og refusjoner (ibid., kap.4, s.7).

Poliklinisk behandling innebærer en tverrfaglighet, men privatpraktiserende spesialister er pr. definisjon to yrkesgrupper; psykiatere og psykologer som arbeider som selvstendig næringsdrivende med driftstilskudd på helseforetaksnivå i tråd med offentlig lovverk. Psykiatere har grunnutdanning som leger med kroppen som hovedanliggende og en videreutdanning i psykiatri. Psykiatere vurderer slik jeg ser det, kroppslige forhold og sammenhenger mellom somatisk og psykisk sykdom, men verken psykologer eller psykiatere representerer som gruppe en kroppslig tilnærming til behandling eller mestringsarbeid.

Forståelse av aktiv behandling

I følge opptrappingsplanen satses det på en økning av privatpraktiserende spesialister i fagfeltet. Ut fra anslag om tilgang og etterspørsel etter personell, er det for en periode beregnet en viss mangel på leger og psykologer.

En mangel på leger og psykologer tilsier at det innen psykiatrifeltet i noen år utover 2006 fortsatt kan være nødvendig å kompensere for denne mangelen med bl.a. økt bruk av høgskoleutdannet personell. Denne satsningen på psykiatrifeltet som opptrappingsplanen innebærer må i seg selv antas å ha en positiv virkning på rekrutteringen til feltet, også når det gjelder leger og psykologer (ibid., kap.5,s.1).

Her forstår jeg høgskoleutdannet personell som en midlertidig kompensasjon for manglende dekning av leger og psykologer. Det gir meg ingen forståelse av hvordan mangel på personell håndteres, og hvordan kompenserende virksomhet foregår. Psykiatriske sykepleiere kan vel sies å ha representert miljøterapi i psykiatrien og jeg forstår det slik at høgskoleutdannet personell skal fylle en miljøterapifunksjon. Miljøterapi kan ansees som en diskurs i seg selv. Hva forstås med miljø- terapi? Er fysioterapi i fagfeltet miljøterapi eller en egen terapiform?

”Det legges i denne opptrappingsplanen opp til en sterk økning i andelen av leger og psykologer i takt med økt vekt på aktiv behandling” (ibid., kap.5, s.1). Hva menes med aktiv behandling? Hvilke yrkesgrupper står for den aktive behandlingen i psykisk helsearbeid? Det siste sitatet overrasker meg, fordi det kan forstås som at det kun er leger og psykologer som driver aktiv behandling i fagfeltet. Er det rådende behandlingsdiskurs? Hvilket syn på kropp, helse og motstandskraft ligger i en slik oppfatning? Er miljø- terapi aktiv behandling? Fysioterapi har en fagtradisjon og fagutøvelse med et selvstendig behandlingsansvar. Hvordan passer det inn i psykisk helsearbeid?

Rollefordelinger, tverrfaglighet og hva som er aktiv behandling i psykisk helsearbeid står uavklart for meg. Det kan ha sammenheng med forståelse av kropp, helse, sykdom og hvordan man oppnår kunnskap og endring. Det kan knyttes til forståelser om det virksomme og helende i psykisk helsearbeid.

4.5 KROPP OG HELSE - RÅDENDE OG USYNLIGE DISKURSER

Det er gjerne slik at ett vitenskapsperspektiv dominerer i et kunnskapsfelt noe Foucault benevner som et vitensregime (Foucault, 1995). Diskurs- og maktbegrepet er tett knyttet til dette regime. Foucault hevder at den hegmonisk medisinske vitenskapsforståelse kan fortrenge og gjøre andre tilnærminger usynlige i diskursen ved at den har en dominerende rolle i helsefeltet. Denne rollen gir makt til å definere hva som er gyldig og legitim kunnskap (ibid.). Makt er ikke knyttet til lover, tvang eller straff, men til kunnskapsmakt som rådende diskurser som et vitensregime, -usynlig og allestedsnærværende i samfunnet (Foucault, 1999b). Hvorfor opprettholdes rådende skille mellom fysisk og psykisk helse og somatisk og psykisk helsevesen slik det er? Trenger helsefaglig praksis denne todelingen? ”For både sivilisasjonsprosessene og erkjennelsen av verden forutsetter at materien kan forenkles og dermed kontrolleres” (Eriksen, 2000,s.217). Trenger vi dualismens forenkling og forsøk på entydighet for å opprettholde troen på evidensbasert, positivistisk forskning som i stor grad

kan sies å ligge til grunn for helsefaglig praksis? Hviler psykisk helsearbeid nettopp på denne dualismen?

Interdiskursivitet sier noe om diskursens effekt (Neumann, 2001). Diskurser som påvirker hverandre, er i berøring med eller vevd sammen med andre diskurser vil være vanskelige å endre. Den hegmoniske, altså rådende, medisinske diskursen om kropp og helse samt forståelse og behandling av sykdom, må sies å være sterkt befestet som dualistisk i vårt samfunn. Det har en lang tradisjon med mange diskurser vevd inn i hverandre.

Psykisk helsearbeid som et nytt fagfelt

Siden begrepet psykisk helsearbeid ble introdusert så sent som i 1998 (Høgskolen i Hedmark, 2010-2011), kan faget sies å være forholdsvis nytt og i en startfase når det gjelder utfylling med ulike perspektiver. ”Fagfeltet psykisk helsearbeid er under utvikling, og språkbruken er også i endring” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.32). Jeg vil derfor tro at et nytt fagfelt som er under utvikling og med et språk i endring har større muligheter for forandring enn om kunnskapsområdet og praksisfeltet har godt innarbeidede språk tradisjoner. I tråd med diskursanalytisk teori, vil jeg derfor si at diskursene i psykisk helsearbeid mer konstituerer enn er konstituert, at de er mer formende for psykisk helsearbeid enn formet av. Om det er slik at faget preges mer av nytenkning og konstitusjon enn av kamp for opprettholdelse av hegmoniske diskurser, vil faget være åpent for endring. Dette kan sies å framkomme av studieplanen som sier studiet skal gi en kritisk dimensjon på faget ved å åpne for nye forståelsesmåter og praksisformer i tilnærming til psykiske lidelser og aktualisere fagets samfunnsmessige sammenheng og forpliktelser (Høgskolen i Hedmark, 2010-2011). Praksisfeltet kan sies å være redefinert og nytt gjennom omorganiseringen av både psykisk helsevern og gjennom omorganisering av utdanningen til feltet i Norge (Kunnskapsdepartementet, 2001). På den annen side, hvor mye av det som skrives og gjøres forstås i gamle drakter? Hvem definerer praksisfeltet? Kunnskapsområdet bygger på medisinsk og helsefaglig kunnskap som med sin forskning, språk og historie har lange tradisjoner. Er medisinsk tenkning i fagfeltet definert som psykiatri med patogenetisk tenkning, mens psykisk helsearbeid på den annen side ønsker å vektlegge det salutogene perspektivet og slippe unna psykiatribegrepet? Kan en vending i begrepsbruk fra psykiatri til psykisk helsearbeid forstås som et forsøk på å fri seg fra medisinsk hegmoni? Er det en vending som også handler om profesjonsstrid i helsevesenet?

Kroppsliggjøring av sentrale faglige begreper

Mestring, motstandskraft og opplevelse av sammenheng står sentralt i alle tekstene, men slik jeg forstår det, knyttes de ikke eksplisitt til kroppen. Mennesket sees som en dynamisk helhet og helse relateres til tilpasning, mestring, smerte, angst og handlingsevne (Høgskolen i Hedmark, 2010-2011). Å mestre og å handle kan tolkes som kroppslig. Som fenomenale kropper er vi deltakende subjekter i en verden hvor vi deltar med oss selv som subjekter og objekter i vår kropp. ”Å løfte fram et kroppssyn er viktig ikke bare for å utvikle det tradisjonelle kunnskapsbegrepet, men også for å skape forbindelser mellom terapeuters blikk og pasientens deltakelse” (Thornquist, 2009). Blikk og deltakelse kan også knyttes til empati og forstås som høyst kroppslig.

I boka *Psykisk helsearbeid – mer enn medisiner og samtaleterapi* (Borge, Martinsen og Moe, 2011) rettes søkelyset mot andre forståelser til begrepene med en kroppsfenomenologisk grunnlagstenkning. Bortsett fra Borges tekst som jeg flere steder har sitert, gjelder dette til en viss grad fysisk aktivitet som jeg har drøftet inngående og bruk av hest og musikk som terapi i psykisk helsearbeid (Lysell, 2011; Myskja, 2011). Med denne terapien beskriver forfatterne et utgangspunkt i erfaringer som et kroppslig anliggende. På hesteryggen aktiviseres muskler som til vanlig ikke merkes eller brukes i stor grad. Derved blir det psykologiske innholdet mer tilgjengelig. En terapiform med hest kan integrere kropp og psyke på en ressursfylt, respektfull og ikke minst gledesfylt måte (Lysell, 2011). Myskja refererer til mestringsbegrepet synonymt med begrepene flyt og puls. Han dokumenterer at musikk gjenoppretter en opplevelse av helhet med tanker, ord og bevegelse og at kroppsopplevelse ikke foregår som separate enheter (Myskja, 2011). Det vises til nyere hjerneforskning og til musikkens mulighet til å bevege pasienter både kroppslig, psykisk og fysisk. (ibid.). Fagkanoner innen PMF viser til helsearbeid som tydeliggjøring av kroppen og dermed seg selv, sine følelser og erfaringer, - i et mestrings- og endringsperspektiv (Bunkan, 2008; Ekerholt & Falck, 1995; Ekerholt & Bergland, 2008; Ekerholt, 2011; Gretland, 2007; Ianssen, 1997; Rosberg, 2000; Råheim, 2002; Sviland, Martinsen & Råheim, 2007; Steinsvik, 2008; Thornquist, 2005).

Motstandskraft og motstandsdyktighet

Motstandskraft og motstandsdyktighet er andre sentrale begrep i psykisk helsearbeid:

Dette innebærer at psykisk helsearbeid også må forstås som en virksomhet som søker å styrke individer, familier og lokalsamfunn slik at de blir mer motstandsdyktige til å kunne tåle det stress som uvegerlig følger hverdagsliv og samfunnsliv (Høgskolen i Hedmark, 2010-2011,s.3).

Dette er i tråd med denne oppgavens definisjon på psykisk helsearbeid. Hvor er kroppen i denne motstandsdyktigheten, den fysiske og erfarende kroppen, den bærekraftige kroppen? Jeg vil si at vi *med* og *i* en bærekraftig kropp kan kjenne vår motstandsdyktighet opp mot belastninger vi kan velge å utsette oss for vel vitende om at det er mange belastninger vi ikke kan velge bort. Videre forstår jeg at å leve *med* og *i* en bærekraftig kropp innebærer motstandskraften som sentrum for en kontinuerlig prosess for å tåle de påkjenninger og den risiko vi alle må løpe i hverdags- og samfunnsliv. Hvilke assosiasjoner vekkes med begrepet en bærekraftig kropp?

At motstandsdyktighet står som et ikke-kroppslig begrep, kan ansees som paradoksalt siden begrepet i det medisinske språket brukes om å være motstandsdyktig mot sykdom. Begrepet kan, slik jeg ser det, også knyttes til den erfarende kroppen. Kan det å gi kroppen forrang ha sammenheng med sårbarhets- og beskyttelsesfaktorer? Kan kroppens intensjonalitet, regulering, sanselighet, kunnskap og kompetanse ha betydning i denne sammenheng? Kan motstandsdyktighet handle om kontakten med kroppen og hvordan man regulerer følelser med pust og muskulatur? Kan det kroppen forteller oss være en kilde i arbeid med egen og andres helse, den fysiske og psykiske? Antonovskys teori om salutogenese og salutogene faktorer er svært mye referert i psykisk helsearbeid og i helsefremmende arbeid. En studie om psykomotorisk fysioterapi kroppsliggjør Antonovskys begreper mening, håndterbarhet og forståelighet (Ekerholt, 2011).

Their experience of everyday life situations became more manageable, comprehensible and meaningful when they became more attentive to their own bodies, realising that breathing as well as other autonomic reactions could express valuable information (ibid., s. 420).

En utydelig versus en tydelig kropp

Jeg har henvist til at utydelige følelser kan uttrykkes gjennom den konkrete kroppen. Min erfaring er også at følelser kan bli tydeligere i en tydeligere kropp. Tydeliggjøring av kroppen kan slik forstått gjøre følelser tydeligere og kan tolkes som å åpne kroppen mot livsverden, åpne sansene. Historien fortalt under, kan belyse dette.

En dame med mye uro, søvnproblem og depresjon arbeidet med å få et annet kroppslig fundament, bl.a. med en annen måte å belaste og bruke beina sine på. Ved mye ulik sansestimulering av føttene, utforskning av kontakt med ulike muskelgrupper og måter å belaste føttene på opplevde hun beina sin som mye tydeligere og seg selv som tydeligere og sterkere. Hun reflekterte rundt dette, og en dag sa hun at hun var blitt så mye modigere. Nå kjenner jeg bedre hva jeg vil, tør å formidle det, hva jeg mener og merker at jeg med det blir møtt på en annen måte også. Mot hadde tidligere ikke vært et eksplisitt verbalt tema.

Tydighet og mot kan kanskje henge sammen med metaforene om å ha beina godt plantet i bakken, ha god bakkekontakt, begge beina på jorda eller stå på egne bein? Å komme seg på beina eller å stable seg på beina er også uttrykk som forbindes med noe som er bra for oss, ofte knyttet til en bedringsprosess. Det motsatte kan uttrykkes som å være mo i knærne, skjelven i beina, at beina er som gelè, være ustø på beina, at beina ikke bærer meg eller er vaklende. Kan dette stå som metaforer for kontakt eller manglende kontakt med seg selv og egne følelser?

Kan vi ta egne valg og regulere atferd etter egen varierende sårbarhet og motstandskraft uten å kjenne kroppen? ”Det er slitsomt å ha psykiske plager, og noen ganger trenger man hvile og ikke aktivitet” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s.26). Hvem kjenner hva den andre trenger? Kan aktivitet reguleres på rasjonelt og/eller sanselig grunnlag? Hvem sin rasjonalitet og/eller sansning legges til grunn for vurderingene? Her forstår jeg tidligere drøfting om helsearbeidere som sensitivt kroppslige relevant. I følge kroppens fenomenologi er alle forhold kroppslige. Med en slik forståelse kan det å ta selvstendige valg og regulere seg sies å være avhengig av kontakt med kroppen, seg selv, slik historien under kan belyse.

En gutt i 20-årene som flere ganger hadde vært innlagt i psykiatrisk sykehus begynte å få et bedre grep om sitt liv, men slet bl.a. med et dårlig forhold til kroppen sin. En kroppslig tilnærming som dreide seg om å lete etter og øve opp kontakten med kroppen og tydeliggjøre

seg som kropp mot omverden opplevdes som en stor utfordring. Hva er godt, hva er urovekkende, hva merker jeg meg egentlig, hvordan kan jeg skjelne ulike erfaringer? En tydelig erkjennelse ble satt ord på; ”Hvordan kan jeg merke meg og vite noe om det? Jeg har jo alltid vært omgitt av andre som har visst mitt beste? Jeg kjenner jo ikke hva jeg vil. Jeg overlater fremdeles alle betydelige valg på mine vegne til andre”.

Kan handling og valg lettere styres av hva ekspertene mener, hva de andre mener eller det jeg rasjonelt sett bør gjøre om vi har stengt tilgang til egne fornemmelser og lukke kroppen mot omverden og omvendt? Om alternativet er handlingslammelse, kan andres sensitive vurdering være til hjelp, men slik jeg ser det handler retningen og takten i eget liv om personlige og kroppsliggjorte valg. Folkehelsemeldinga sier at å satse på den fysiske helsen innebærer våre egne valg mht levevaner og levekår (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Dette samsvarer med britiske helsemyndigheters dokument. *Choosing health*, som skal bidra til å gjøre det lettere for folk å ta de riktige helsevalgene (Department of Health, UK, 2006). Slik jeg ser det, er fokus på å ta gode valg vel så mye et anliggende om det skal satses på den psykiske helsen. Kontroll, vilje og disiplinering kan være bakgrunn for valg og beskyttelsesfaktorer i hverdagslivets strev, men kan på den annen side bidra til at kroppens signaler slukkes, at kroppen sporer av, lukkes eller trues (Skårderud, 2011b).

Jeg har tidligere brukt uttrykkene at signalsystemet kan slukne og kroppen spore av. Mine erfaringer fra praksis på slik avsporing kan være en rastløshet, iver og hyperaktivitet samtidig med at trøtthet og søvnbehov forsvinner eller det motsatte; nedstemthet og depresjon med en konstant følelse av trøtthet og for noen et søvnfylt døgn uten noen gang å kjenne seg uthvilt. Spiseforstyrrelser kan sees som uttrykk med slukket kontakt med sult, metthet, tørst og utørst. Overdreven trening kan slukke kontakten med naturlig slitenhet; det blir mulig å kjøre på i timevis uten verken å stoppe eller tilføre energi og væske. Uttalt anspenhet og stivhet i kroppen kan også forekomme uten at bæreren av det merker seg det. Kroppssmerter ser også ut til å kunne slukkes og kanskje gå over i noe annet. Med kroppen som følsom, kan dette samtidig sees som et uttrykk for en avsporing av følelsesmessige inntrykk og uttrykk.

Kan andre måter å snakke om og forstå kroppen på gjøre følelser tydeligere, mer håndterbare og forståelige? Den fenomenale kroppen, kan slik jeg ser det, åpne for flere bilder om forebygging og behandling av psykiske lidelser. Kan det kjennes lettere å forstå og håndtere seg selv og andre om kroppen forstås som uttrykk og det uttrykte? Kan et annet fokus og språk om kropp og helse styrke vår kroppsliggjorte motstandskraft og tillit til egen kropp og

bli til en beskyttelsesfaktor for helse? Ut fra min erfaring kan en annen oppmerksomhet i tråd med kroppsliggjøringen av de sentrale begreper i psykisk helsearbeid virke som beskyttelsesfaktor med større potensial enn helseopplysning gjennom intellektet og fornuft, vilje og disiplinering.

Det har for meg sett ut som om overdreven vilje, disiplinering og kontroll, analogt med å lukke kroppen mot verden, kan vise seg sammen med slukkede signaler, fenomener som beskrevet over. Vårt intellektuelle potensial kan tolkes som så stort at det kan innskrenke eller lukke sansningen. En evne til regulering og bevegelse i varierende takt med seg selv ligger i det jeg kaller en bærekraftig kropp. Om kroppen forstås som levd erfaring, kan fysioterapi og kroppen som tilnærming til psykisk helsearbeid bl.a. være rettet mot kroppsliggjort bærekraft, mot kroppen både som subjekt og objekt og mot ytre og indre rom. Gjennom kroppen kan det skapes uttrykk som kan bidra til at vi kjenner og kan reflektere over det vi kjenner. Det kan søkes etter reaksjoner i seg selv uten å jakte på spesifikke reaksjoner. Det innebærer også å betrakte fysisk helse og sykdom som samhørende og refererende til hverandre. Slik jeg ser det, kan tematisering av kroppen og utforskning av dens muligheter som levd erfaring, skape en kvalitativ forskjell i psykisk helsearbeid.

Den glemte kroppen versus en bærekraftig kropp

Jeg kan ikke se at utvalgte tekster tematiserer kroppen som levd erfaring. Kroppen synes for meg stort sett utematisert og tatt som en selvfølge, glemt eller underkjent i tekstene. Dette samsvarer med litteraturen i fagfeltet forøvrig (Thornquist, 2009). Jeg har introdusert begrepet eller metaforen en bærekraftig kropp. I det ser jeg en fleksibel og omstillbar kropp som har forutsetninger til å bære belastninger og omstillinger som nødvendigvis følger hverdagsliv og samfunnsliv. Kroppens bærende konstruksjoner kan forstås som bl.a. skjelett og muskulatur, iboende ressurser og motstandskraft. Bærekraftig kroppslighet innebærer originalitet og autensitet. Med det mener jeg at hver kropp rommer en enestående, kompleks og subjektiv verden med en mulighet til oppdagelse av seg selv som en stadig pågående kroppslig prosess. Det ligger en mulighet i kroppen til å bevege seg i takt med seg selv, en autentisk takt som går både i dur og moll. Bærekraftig kroppslighet kan med min forståelse ansees som en kontinuerlig prosess for å forstå og håndtere kroppen og forholde seg til kroppen som meningsproduserende, med andre ord kan bærekraftig kroppslighet knytte kroppen til opplevelse av sammenheng.

En bærekraftig kropp kan gi assosiasjoner til hvordan begrepet bærekraftig utvikling brukes i politiske sammenhenger. Tanker, bevegelser og erfaring kan sees som fornybare ressurser. Analogt til språk og forståelse om klodens ressurser og bærekraftig utvikling, kan kroppens kompetanse og ressurser forstås med de samme begreper. Med bærekraftig og respektfull forvaltning kan de vare lenge og/eller fornyes. Naturlig fornybarhet, tilpasning til utfordringer og en hensiktsmessig forvaltning, en økonomisk eller økologisk kroppsbruk, kan forstås som konkrete påvirkningsfaktorer for sårbarhet og motstandskraft for helse. En fenomenal kropp har, slik jeg ser det, en iboende forutsetning for å romme og håndtere livet. En bærekraftig kropp kan på slikt vis stole på bevegelser, regulering, tilpasning og endring i den erfarende kroppen - gjennom livets utfordringer og faser. Å stole på kroppen forstår jeg som å stole på seg selv. Bærekraft kan handle om styrke og utholdenhet. Dette kan styrke motstandskraft og toleranse for lidelse slik jeg ser det. Sosialisering til å forvente terapeutisk hjelp med våre vansker kan undergrave en slik motstandskraft og toleranse (Skårderud et al., 2010). Kan vi på den annen side sosialiseres til å arbeide med og stole på bærekraftig kroppslighet? Kan risikosamfunnet gi plass til en forståelse av en bærekraftig kropp?

Bærekraften og den iboende kompetansen kan selvfølgelig forstyrres og skades, noe vi ser i vårt virke som psykiske helsearbeidere. Når og hvordan blir det forstyrret og skadet? Hvordan kan vi arbeide kroppslig for å få fornyet bærekraft? Slik jeg ser det, kan bildene om bærekraftig kroppslighet konkretisere og tydeliggjøre en mulig posisjon for kroppen når det gjelder forebyggende, helsefremmende og behandlende virksomhet.

Kroppen i risikosamfunnet versus kroppen i psykisk helsearbeid

Med bakgrunn i mine drøftinger, ser jeg det som et paradoks at kroppen på den ene side er høyst til stede i folks liv og i skarpt fokus i dagens samfunn, mens det på den annen side synes som om kroppen ikke tematiseres i psykisk helsearbeid. Analogt til risikosamfunnets press på ressurser, kan det kanskje også hevdes at det er et økt press på kroppens ressurser i det samme samfunn. Kan kroppens posisjon og utfordring i dagens samfunn gjenspeiles i landskapet for psykisk helsearbeid? Kan kroppen heller få større oppmerksomhet enn å bli utematisert, underkjent eller glemt? Kroppen er tydelig til stede i dagens samfunn som prestasjon, presentasjon og overflate (Bordo, 1990; Bårdsen & Thornquist, 2010). Dette kommer til uttrykk på mange vis og kroppen blir slikt sett en viktig faktor i hvordan vi skaper og presenterer oss selv. Vi presenterer oss med kroppen som et symbol med kommunikative tegn, det er viktigere hvordan kroppen ser ut enn hva den produserer (Skårderud, 2006).

Forstått med Giddens teori om sosial refleksivitet viser vi oss selv og blir til gjennom den kroppen vi presenterer oss i og med. Vi kan slik sett velge vår identitet mer enn å få den og kan bruke kroppen som et symbol og skaper av vår identitet. I en vendthet mot kroppen og situasjonen kan egne valg tre fram, valg med kroppsliggjort forankring. Teorien om sosial refleksivitet kan belyse betydningen av en kroppsliggjort valgkompetanse, originalitet og autensitet i risikosamfunnet. Vi er frigitt tradisjonen og overlatt til oss selv, til kroppen som uansett usikkerhet og flyktighet, *alltid* er med oss. Slik jeg ser det kan derfor bærekraftig kroppslighet få større betydning i risikosamfunnet enn i tidligere tider fordi risikosamfunnet defineres som usikkert og i rask endring. Kroppen er der – det kan vi med sikkerhet si. Kontakten med kroppen og dens bærekraft kan ansees som vår viktigste kapital. Borge har som referert, funn i sine studier om betydningen av kroppen som veiviser i eget tempo. Gjennom kroppen kan vi få kontakt med ulike erfaringer og øve oss på å skjelve dem (Engelsrud, 1990).

Kan en annen rådende forståelse av kropp endre vår presentasjon av oss selv og i så fall hvordan? Hvilken praksis ville settes i sving om vi alle kunne ta for gitt at vi som kropper er tvetydige, individuelle og ekspressive - som noe annet og mer enn overflate? Kan et vitensregime med tillit til den fenomenale kroppen; dens iboende kompetanse, regulering, autonomi og intensjonalitet i sin kroppslighet føre til større trygghet og tydelighet i hvordan vi kan presentere oss? Hvilken betydning kan det i så fall ha for helse og helsearbeid? I dette ligger slik jeg ser det, en mulig nedtoning av ekspertens og andres rolle i hva som er best for meg i min hverdag – i min sammenheng. Kan en slik forståelse også tenkes å skille mindre på oss *og de andre, vi og dem?*

Kroppen som presentasjon, prestasjon og overflate samsvarer med kroppen som objekt og instrument og kan, slik jeg ser det, sette i sving en praksis med et stort press på helsetjenester. Et fokus på en perfekt kropp og manglende aksept på at liv og samliv nødvendigvis medfører en del trøbbel og utilstrekkelighet, kan være faktorer som øker presset på den enkelte og på helsetjenesten og kan være risikofaktorer for uhelse i seg selv (Fugelli, 2008). Å skulle identifisere seg med en perfekt kropp som alltid skal prestere vil, slik jeg ser det, trenge en del hjelp fra helsevesenet. Det er en epidemisk kroppsmisnøye i dagens vestlige verden. For jenter og kvinner er det å være misfornøyd med kroppen normen og dermed en rådende diskurs om kropp (Skårderud et al., 2010). Kroppen som levd erfaring er en stemme fra det under overflaten, fra og til den kroppen som kan fortelle oss noe om hvordan vi kan ta valg som blir gode for hver og en og til kroppen som vi stemmer og blir stemte av. Kroppen er der

uansett, vi kan ikke unnslippe den/oss selv. Det kan sies med sikkerhet, selv i risikosamfunnet, der alt er usikkert. Det anser jeg som en betydningsfull posisjon. Slikt sett kan kroppen forstås som viktigere enn noen gang – både som skaper av god og dårlig helse, av sårbarhet og motstandskraft – av bærekraft.

5. AVSLUTNING

Dette er oppgavens avsluttende kapittel. Metodisk refleksjon kommer først med en kritisk refleksjon over analysen i seg selv. Deretter vil jeg kort redegjøre for essensen i analysen og forsøke å se den i ulike perspektiv med forskningsspørsmål som bakteppe. Jeg har definert meg som deltaker i diskursen, og stilte i metodekapittelet spørsmål om min egen stadige tilblivelse og bevegelse i dette arbeidet. Refleksjoner rundt det får de siste ord.

5.1 METODISK REFLEKSJON

Vitenskapeligheten i kunnskapsproduksjon er ikke knyttet til noen bestemt metode, men er kjennetegnet ved bevisste valg, systematikk, ordnet kunnskap og eksplisitte redegjørelser og begrunnelser (Thornquist, 2003). Et annet begrep som brukes om vitenskapelighet er forskningens transparens. Med det menes at studier skal være gjennomiktig; tydelig for andres gjennomsyn. Grunnlagsprinsipper for all vitenskapelig aktivitet er nettopp at prosessen er tilgjengelig for innsyn og utfordring og at resultatene deles med andre (De nasjonale forskningsetiske komitèer, 2010). Dette har vært mine retningslinjer underveis i arbeidet og grunnleggende vitenskapelighet jeg mener å ha innfridd.

For å søke validitet, har jeg sitert utvalgte tekster med blick for kontekst og verdigrunlaget sitatet inngår i (Watt Boolsen, 2006). Er de utvalgte tekster relevante? Er de utvalgte tekstene for like? Gir de et riktig bilde av fagfeltet? Sier utvalgte tekster faktisk noe om det de har til hensikt å si noe om? Disse spørsmål handler også om studiens validitet.

I utvalg av tekster befant jeg meg som forsker midt i problemfeltet oppgaven tematiserer. For at min studie skulle høre inn under fagfeltet for min masteroppgave, valgte jeg ut tekster som er med på å definere psykisk helsearbeid. Når jeg har psykisk helse og psykisk helsearbeid som nøkkelord for utvalg av tekster, kan jeg da forvente å finne overskridende tenkning eller kroppen som tema? På nøkkelord om psykisk helse svarer tekstene med å dreie seg om psykisk helse. Det blir en selvoppfyllende profeti som et svar på organiseringen av helsetjenestene og dagligdags tale med tydelige skille mellom somatisk og psykisk helse og lidelse. Hadde jeg andre alternativer for utvelgelse av tekster og i så fall hvilke? Jeg vurderte folkehelsemeldinga og samhandlingsreformen. De har ikke vært tematisert på studiet og sier, slik jeg ser det, for lite om psykisk helsearbeid til at de kommer inn under fagområdet for denne masteroppgaven. Disse tekstene tolker jeg som rettet mot både fysisk og psykisk helse,

dog i dualistisk forstand, og jeg forstår dem ikke knyttet til fagfeltet psykisk helsearbeid slik jeg ser det. I en tidlig fase i veiledning ble det presisert fra lærerhold ved studiet at teori, datainnsamling og analyse måtte være innen psykisk helse. Jeg forstår nå denne presiseringen i lys av mine funn. Er kroppen et relevant tema for masteroppgave i fagfeltet? Har jeg løftet fram sider av en forståelse og praksis som foreløpig ikke har en naturlig plass i studiet ved HH eller i fagfeltet? Kan problemet med valg av tekster ha sammenheng med avgrensningen av psykisk helsearbeid som navn på et eget fagfelt og den forståelse det i seg selv ser ut til å skape?

I studieplanene finner jeg ulikheter. For øvrig vil jeg si at opptrappingsplanen og veilederen framstår med svært høy grad av likhet, interdiskursivitet, i forhold til min problemstilling. Kunne jeg forvente noe annet? Analyserte tekster henviser til hverandre, noe jeg omtalte i presentasjonen av dem i metodekapitlet. Tekstene bygger på hverandre og studiet i psykisk helsearbeid er bl.a. en følge av opptrappingsplanen. At tekstene bygger på og henviser til hverandre kan sees både som en styrke og svakhet for denne studien. Som jeg henviste til i metodekapittelet er dessuten tekstene som kvalitative forskningsdata uavhengig av hva slags status de har som sannheter (Neumann, 2001).

I tråd med Foucaults teori, har jeg definert min forskerrolle som deltakende. Denne studien intenderer ikke å stå fram som en objektiv presentasjon av språk og sannheter om kropp og helse i psykisk helsearbeid. Som deltaker i diskurser er jeg også student ved masterstudiet på HH. Min videreutdanning og spesialitet i psykomotorisk fysioterapi gav direkte opptak til studiets 2.år. Hadde min posisjon vært en annen om jeg også hadde gjennomgått studiets første år?

Selv om jeg i tråd med diskursanalytisk teori og metode har avvist idèen om objektive beskrivelser av vår sosiale virkelighet, har jeg søkt å finne alle kroppens uttrykk i tekstene, søkt å ta ulike perspektiv og ikke minst utgir jeg ikke mine konklusjoner for å være sannheter. Diskusjonen hadde kanskje blitt mer deskriptiv om jeg hadde funnet mer om den tvetydige kroppen i utvalgte tekster. Jeg viser til tekstene ved å sitere det skrevne i sin sammenheng. Å løfte fram og diskutere det som ikke står, det usynlige, gir nødvendigvis analysen et normativt preg, slik jeg ser det. Det uskrevne, det usynlige, har jeg sett i sammenheng med andre beskrevne forståelser av kroppen i psykisk helsearbeid.

I tråd med diskursanalytisk strategi, har jeg stilt flere spørsmål enn jeg har kommet med svar. Det har bydd på problemer underveis å holde tråden og jeg tenker i ettertid at studien kunne vært tjent med flere avgrensninger. Jeg tenker på de ulike perspektiver ansatt - bruker, individ – gruppe – samfunn og forebyggende – helsefremmende - behandlende virksomhet. Det har medført mange ”strafferunder” å håndtere de ulike nivåer og perspektiver. På den annen side tenker jeg at bilder og språk om kroppen som levd erfaring på et vis er overordnet disse ulike perspektivene. Uansett funksjonsnivå eller rolle, vil jeg si vi lever våre liv i sinnrike kropp.

I skriveprosessen har jeg erfart hvor vanskelig det er å finne andre ord enn det fysiske, det psykiske, psyke, soma, brukere, pasienter og mennesker med psykiske lidelser. Disse ordene kan, i tråd med diskursanalytisk teori, anees som diskursen helsearbeids representasjoner og dens lagdeling. Disse ordene trer lett fram når jeg tenker på begrepet helsearbeid og ordene er de jeg lettest tyr til. Vi trenger nye ord som kan få oss til å reflektere og arbeide på nye måter. Det kan vel sies at vi mangler ord og tradisjon i helsevesenet og i samfunnet forøvrig for å tenke og snakke kroppsfenomenologisk? Kroppen som objekt og instrument med entydighet og lineære forklaringer kan tolkes som enklere å beskrive og forholde seg til. Et problem kan være at slike beskrivelser stemmer dårlig med terrenget, slik jeg ser landskapet. Å beskrive det som til enhver tid rommer det tvetydige og individuelle og det jeg egentlig ikke kan vite noe om uten å bringe den andres stemme inn, ser jeg som en utopi. Sånn sett kan all forskning fortolkes som en forenkling av virkeligheten. Dessuten kan det samme aldri bli det samme (Andersen, 1997; Thornquist, 2003). Den fenomenale kroppen rommer kanskje mer enn det som kan skrives og snakkes om? Språket kommer ofte til kort. Kroppen kan anees som en sone dit språket ikke når (Skårderud, 2011b).

5.2 OPPSUMMERING

Har jeg fått svar på mitt forskningsspørsmål? I tråd med diskursanalytisk teori og metode, velger jeg å oppsummere med at jeg mener analysen har problematisert og utfordret det som tas for gitt opp mot det eksplisitte og de implisitte forskningsspørsmål, heller enn å ha besvart dem. Jeg tenker at denne oppgaven kan stå som et bidrag til å tydeliggjøre manglende tematisering av kroppen og at den har løftet fram andre mulige forståelser av kroppen i psykisk helsearbeid.

Psykisk helsearbeid trenger klargjøring av hvilke teoretiske perspektiver som faggruppene og deres samarbeidspartnere (inkludert brukere og pårørende) mener arbeidet bør hvile på – og hvilke praktiske følger denne forståelsen får i det daglige arbeid. Mastergradsstudiet skal gjennom forskningsbasert undervisning bidra til denne forståelsen i det daglige arbeid (Høgskolen i Hedmark, 2010-2011, s.6).

Sitatet over uttrykker nettopp et behov for klargjøring av teoretiske begreper, og jeg mener oppgaven kan forstås som et lite bidrag til en slik klargjøring i et flerfaglig felt.

Idealtypenes representasjon i tekstene

Psykisk helsearbeid omtales i tekstene, slik jeg ser det, som vendt mot kroppsløse mennesker med tilgang til verden gjennom bevissthet som subjektiv erfaring. Siden det er så lite fokus på den eksplisitte kroppen, kan det tolkes som om *ingen* av idealtypene i oppgavens idealtypemodell trer tydelig fram i tekstene. Det kan synes som et uttrykk for en utematisert grunnlagsforståelse om kropp og helse. Det virker på meg litt tilfeldig og vanskelig å få tak i hvordan kroppen forstås de gangene den tematiseres. Det er spor av kroppen som objekt, instrument og subjekt, men sjeldent er dette uttrykt som reflekterte kvalitative ulikheter eller samhørende. Et unntak kan sies å være ansatser om kroppen som levd erfaring i studieplanene, henholdsvis i et ansatt-perspektiv og som mulig tilnærming i psykisk helsearbeid.

At kroppen ikke har forrang i psykisk helsearbeid, overrasket meg ikke. Graden av manglende tematisering derimot, er etter min mening overraskende. Kroppen som tilnærming i aktiv behandling, som kroppspsykoterapi, forventet jeg ikke å finne. Den somatiske kroppen derimot, eller kroppen i et utenfra- perspektiv og fokus på sammenheng og samvariasjon mellom fysiske og psykiske lidelser, undret det meg at jeg fant så lite trukket fram. En utelatelse av kroppen i psykisk helsearbeid kan forstås som en reduksjonistisk helsetjeneste. Å møte mennesker som kroppsløse kan sees som reduksjonistisk. Kan det være slik at en humanistisk og helhetlig språkdrakt tar brodden av en slik tolkning når det gjelder psykisk helsearbeid?

En utematisert, utydelig kropp og et lukket helsebegrep

Temaene kropp og helse framstår i stor grad som vevd sammen uttrykt i noen sammenhenger som fysisk helse og det fysiske, mens kroppen eksplisitt framstår i stor grad utematisert.

Psykisk helsearbeid står fram lukket om psykisk helse og vender i liten grad fokus mot det fysiske eller somatiske, sammenhengen mellom disse dimensjoner eller mot kroppen som kilde til kunnskap, kjennskap og erfaringer om seg selv og andre. Slikt sett finner jeg lite om kroppen som levd erfaring, men framtrede fagpersoner i feltet løfter fram den fenomenale kroppen. Fagkanonene viser at mange profesjoner viser til kroppsfenomenologisk forståelse, noe som kanskje kan få prege forståelsen av helse og helsearbeid. Jeg tenker likevel at det foreløpig er tilfeldig, personlig og langt fra et befestet vitensregime.

Somatisk medisin har fått kritikk for manglende empatisk innstilthet, men er de siste ti år blitt mer humanistisk (Schei, 2007). Det forstår jeg som at somatisk helsevesen i større grad enn før møter folk anerkjennende, kanskje også som erfarende subjekter og at psykisk og fysisk helse vurderes som påvirkelige av hverandre, om enn dualistisk forstått. Er et manglende fokus på kroppen i fagfeltet psykisk helse en taus, utematisert erfaring? Kan humanistisk helsefaglig praksis unnlate å møte folk som kroppslige? Det er forståelig for meg at det kan oppleves mer krenkende å bli møtt av helsevesenet som en person uten subjekt (i somatisk helsevesen) enn å bli møtt empatisk, dog utematisert som kropp (i psykisk helsetjeneste). Slik jeg ser det, møtes vi ikke som et helt menneske så lenge kroppen er utematisert. Kan det jeg kaller de tause erfaringene forbli tause fordi de samsvarer med våre forventninger om at kroppen ikke angår våre sjelelige lidelse i den psykiske helsetjeneste? Om helsevesenet ikke tar kroppen på alvor, kan det erfares som krenkende og som retraumatiserende for mennesker som tidligere har opplevd krenkelser (Kirkengen, 2009). Slik jeg ser det, kan det erfares som krenkende også å bli møtt som kroppsløs. ”Å krenke kroppen er å krenke menneskeverdet” (Duesund, 1995). Dette kan likevel forstås som akseptabel og legitim praksis fordi det er i samsvar med rådende forståelse av kropp og helse. Tallene om sammenfall mellom somatisk og psykisk lidelse kan, slik jeg ser det, også ansees som et rop om å tematisere kroppen i fagfeltet.

Jeg overraskes av at planer og føringer for praksis ikke står fram med et mer åpent helsebegrep, at psykisk helsetjeneste framstilles med et forholdsvis tett skott mot somatisk helsevesen. Dette tror jeg i seg selv kan være et hinder for helsefremmende tenkning og for å søke hjelp for psykiske lidelser. Hadde det vært mer helsefremmende og mindre stigmatiserende om psykisk helse ble forstått og snakket om som forebyggende, helsefremmende og behandlende arbeid generelt, et folkehelsearbeid? Somatisk helsevesen framstår på en måte for *alle*, mens psykisk helsetjeneste er for *de få*, for *de andre*. At helsefaglige grunnutdanninger ikke kvalifiserer til å drive psykisk helsearbeid, kan også tyde

på det samme. Jeg ser selvfølgelig betydningen av spesialisert og videreutdannet helsepersonell for å møte det spesielle, men siden alle har en psykisk helse, psykiske lidelser er svært utbredt og utspiller seg i våre kropp, ville det ikke vært urimelig om helsefaglige grunnutdanninger tilpasset seg dette, slik jeg ser det. I forlengelsen av disse refleksjonene, kan det spørres om det er naturlig at psykisk helsearbeid framstår som et atskilt kunnskapsområde.

Jeg har vist til svært ulike forståelser av ordet helhet, og ikke i noen sammenheng i utvalgte tekster har det vært brukt om kroppen som levd erfaring, fenomenal eller sinnrik. Kan det å snakke om helhet klinge så godt at det kan fordekke en forståelse som ved nærmere analyse og i andre perspektiv kan ansees delorientert? Jeg synes variasjonen i bruken av dette begrepet også er et oppsiktsvekkende funn.

Å tematisere kroppen er en grunnbetingelse for fysioterapi

Kropp, bevegelse og funksjon er fysioterapeuters kunnskapsområde. Fysioterapeuter kan av den grunn vanskelig finne en plass i en tjeneste som ikke tematiserer kroppen. Av det som framkommer i tekstene, kan fysioterapeuter i fagfeltet først og fremst knyttes til fysisk aktivitet med rolle som motivator og tilrettelegger. Når kroppen ikke tematiseres, blir kroppspsykoterapi eller fysioterapi som tilnærming eller aktiv behandling av psykisk uhelse naturlig nok et ikke-tema. Funnene underbygger slikt sett det som tidligere er skrevet om fysioterapeuters uavklarte rolle i psykisk helsearbeid og at fysioterapi først og fremst forbindes med fysisk helse, noe som heller ikke i særlig grad tematiseres i denne studiens empiriske materiale.

Når kroppen ikke eksplisitt trer fram i utvalgte tekster, kan det være en form for valgt avgrensning. Derfor har jeg lett etter en slik avgrensning, uten å finne noe som minner om det. Slik sett står grunnlagstenkingen om kropp og helse for meg som utematisert, glemt, ureflektert eller underkjent. Tas kroppen for gitt slik at det ikke ansees nødvendig å omtale mennesker som kropp? Er mine refleksjoner veldig annerledes enn andres refleksjoner om kroppen? Med henvisninger utenom tekstene synes det ikke slik. Det kan synes som om kroppfenomenologien ikke har funnet feste i fagfeltet og at det er en manglende link fra teori til praksis, fra kroppsfenomenologisk tenkning til implikasjoner for praksis. Om kroppen, både som subjekt, objekt og instrument, ble inkludert i psykisk helsearbeid kunne det være duket for kroppslige møter i forebyggende, helsefremmende og behandlende perspektiv,

møter som i sum kan bety mer enn på den ene siden å arbeide med det fysiske og på den andre siden arbeide med det psykiske.

Avsluttende ord

Når kroppen forstås dualistisk og ikke tematiseres i psykisk helsearbeid, blir det kanskje slik at den ikke eksisterer i den delen av helsevesenet som handler om sinnet. Psykisk helse sees da som et fenomen løsrevet fra kroppen, noe utenfor, bakenfor eller i hodet som om det ikke hører med til kroppen. Kanskje sees det som et fenomen som ikke angår oss alle? Kan det bidra til å opprettholde stigmatisering av psykiske lidelser og en vi og de andre holdning – ikke bare for lidelser, men også når det gjelder psykisk helse? Når helsevesenet framstår med klare skiller mellom fysisk og psykisk helse og sykdom, kan jeg kanskje ta det for gitt at jeg ikke møtes som kroppslig når jeg oppsøker psykisk helsetjeneste, eller som erfarende og følsom når jeg oppsøker tjenester innen den somatiske delen av vesenet. Kanskje trenger fagfeltet psykisk helsearbeid denne todelingen for å legitimeres som eget fagfelt?

Kanskje kan det sies at det har vært et økende fokus i det somatiske helsevesenet på sammenhenger mellom fysisk og psykisk helse. Likevel etterlyses fokus på pasienters erfaringer og en medisin med mer kvalitativ medisinsk forskning (Kirkengen, 2009; Leder, 1992; Malterud, 2002). Det forskes på sammenhenger mellom psykisk og fysisk helse, bl.a. med teorier om allostase (kroppens svar på vedvarende belastning som stressor) og psykonevroimmunologi er et raskt voksende fagfelt (Kirkengen, Getz & Hetlevik, 2007; Malterud, 2010; Getz, Kirkengen & Ulvestad, 2011). Det vises i mange sammenhenger til nyere hjerneforskning, ofte til Antonio Damasio som søker å forklare sammenhenger mellom kropp og sinn (Skårderud et al., 2010). Slik jeg ser det, kan slik tenkning åpne for utvidet helsefaglig praksis og utvidet forståelse av mennesker/kropper og for overskridende tenkning. Det kan åpne for muligheter til å identifisere psykiske vansker på et tidlig tidspunkt slik opptrappingsplanen understreker betydningen av (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). Overskridende tenkning muliggjør en forståelse av kroppen som sentrum for tilnærming til mestring og endring av atferd, kognisjon, følelser og språk. Ved å forstå kropp og sinn som samhengende, kan det kanskje tas for gitt at vi *alle* har en psykisk helse og at vi mennesker på mange vis kan anees som grunnleggende like.

Studien viser gjennom fagkanonen ansatser til å åpne helsebegrepet. Det kan åpne for idealtypen om kroppen som levd erfaring hvor ulike dimensjoner av helse utspilles. Kroppen

er fenomenal. Vi er og har sinnrike kropper. Å drive helsearbeid uten fokus på kroppen, tenker jeg er som om en saksofonist skal spille en tone uten å være i kontakt med instrumentet sitt. På den annen side er påvirkning av helse og sykdom bare i liten grad styrbare av helse- og sosialprofesjonene. Allmennheten, politikerne, de økonomiske og kulturelle makthaverne og de sosiale institusjonene er sosialmedisinens målgrupper (Fugelli, Haug, Høyen & Westin, 2000). Samfunnets språk og rådende forståelse av kropp og helse er derfor en viktig arena.

Underveis i arbeidet har jeg tenkt at jeg ville fått et annet og kanskje bedre empirisk materiale om jeg hadde gått ut i praksisfeltet med mitt forskningsspørsmål. Hvordan forstår folk kroppen sin? Hva tenker folk om de spørsmål jeg har reflektert over? Et skritt videre kunne være å forske i praksisfeltet. Det kunne være interessant å arbeide videre med den bærekraftige kroppen. Arbeidet har for meg tydeliggjort behovet for et annet språk, - et språk for kroppen som levd erfaring.

Så - helt til slutt. Har min posisjon endret seg? Mine briller er nok blitt både sterkere og klarere i glassene. Min forståelse av kroppen som fenomenal og sinnrik er på den ene siden tydeliggjort for meg. På den annen side er den samtidig blitt mer nyansert kompleks. Jeg vil også si jeg nå ser en større avstand mellom egen helsefaglig praksis og den rådende innen psykisk helsearbeid presentert gjennom tekstene.

Vi er i bevegelse, og vi forandrer oss hele tiden. Det er unngåelig, det er besværlig, og det gir oss store muligheter. Det handler om å åpne sansene. For en dag er det hele over (Skårderud, 2005, s.13).

Referanseliste

- Andersen, A., J., W. & Karlsson, B. (1998). *Psykiatri i endring: Forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Andersen, T. (1997). Deltakende praksis og væren-i-verden. I B.Ianssen (Red). *Bevegelse, liv og forandring* (s.159-189). Oslo: Cappelen Akademisk
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11, 11-18.
- Bordo S (1990). Reading the slendered body. I M. Jacobus, E. F. Keller & S. Shuttleworth (Red). *Body/politics: Women and the discourses of science* (s.83 – 112). New York: Routledge.
- Bordo, S. (1999). *Feminist Intepretations of Renè Descartes*. Pennsylvania: The Pennsylvania State University.
- Borge, L. & Hummelvoll, J. K. (2008). Patients' experience of learning and gaining personal knowledge during a stay at a mental hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 365 – 373.
- Borge, L., (2011). Liv og læring – utvikling av personlig brukskunnskap i en terapiprosess. I L. Borge, E. W. Martinsen & T. Moe (Red.). *Psykisk helsearbeid mer enn medisiner og samtaleterapi* (s.31 – 49). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bourdieu, P. (1999). *Meditasjoner*. Oslo: Pax forlag.
- Bunkan, B. H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde*. Oslo: Gyldendal Akademisk/Svensk-Norsk Bogimport A/S.
- Bårdsen, Å. & Thornquist, E. (2010). Må vi trene for å ha god helse? *Tidsskrift Norske Legeforening*, 130, 1487-88.
- De nasjonale forskningsetiske komitèer. Etiske retningslinjer. Lokalisert 28.april 2011.<http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/1-Kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/>
- Department of Health, UK. (2006). *Choosing Health: Supporting the physical health needs of people with severe mental illness*. Lokalisert 19.juni 2011. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_
- Descartes, R. (1989). *Discourse on Method and the meditations*. New York: Prometheus Book.
- Duesund, L. (1995). *Kropp, kunnskap og selvoppfatning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ekeland, E. (2008) Tidenes flateste opptrapping. Lokalisert 10.april 2011.<http://www.fysio.no/AKTUELT/Nyheter/Tidenes-flateste-opptrapping>

-
- Ekeland, T., Getz, L., Hetlevik, I., Kirkengen, A. L., Schei, E., Ulvestad, E. & Vetlesen, A. J. (2009). Hva er "original" vitenskap? *Tidsskrift Norske Legeforening*, 129,1009.
- Ekeli, B. V. (2005). Fra evidensbasert praksis til praksisbasert evidens. I C. Foss & B. Ellefsen (Red.). *Helsetjenesteforskning* (s.49-74). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ekerholt, K. & Falck, M. (1995). *Fotfeste: En kroppsbasert behandlingsprosess*. Oslo: Pax
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2008). Breathing: A sign of Life and a Unique Area for Reflection and Action. *Physical Therapy*, 88 (7), 832-840.
- Ekerholt, K. (2011). Awareness and breathing as a way to enhance the sense of coherence: Patient's experiences in psychomotor physiotherapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 1-13.
- Engelsrud, G. (1990). Kroppen – glemt eller anerkjent (s.159-181). I K. Jensen. *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal.
- Engelsrud, G. & Lilleaas, U. B. (1999). *Par i bevegelse – opplevelse av arbeidsdeling og kroppsvaner*. (Universitetet i Oslo Arbeidsnotat nr. 3, 1999) Oslo: Universitetet i Oslo.
- Engelsrud, G. (2006). *Hva er kropp*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eriksson, B. G. & Hummelvoll, J. K. (2008). People with mental disabilities negotiating life in the risk society: a theoretical approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 615–621.
- Eriksen, T. B. (2000). *Nietzsche og det moderne*. (2.utg.). [Oslo]: Universitetsforlaget.
- Esmark, A., Bagge Laustsen, C., & Åkerstrøm Andersen, N. (Red.). (2005). *Poststrukturalistiske analysestrategier*. Fredriksberg C: Roskilde Universitetsforlag/Samfunnslitteratur.
- Fairclough, N. (2008). *Kritisk diskursanalyse: En tekstsamling*. København: Hans Reizel.
- Foucault, M. (1995). *Seksualitetens historie 1: Viljen til viten*. Halden: Exil.
- Foucault, M. (1999a). *Diskursens orden*. Oslo: Spartacus.
- Foucault, M. (1999b). *Overvåkning og straff*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Fuggeli, P., Haug, K., Høyer, G. & Westin, S. (2000). Sosialmedisin - på sporet av det tapte fag. *Tidsskrift Norske Legeforening*. 120,1357-61.
- Fugelli, P (2001). Helse – slik folk ser det. *Tidsskrift Norske Legeforening*. 121, 3600-4.
- Fugelli, P. (2008). *Nokpunktet: Essays om helse og verdighet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Getz, L., Kirkengen, A. L. & Ulvestad, E.(2011). Menneskets biologi – mett med erfaring. *Tidsskrift Norske Legeforening*, 131, 683-687.
- Giddens, A. (1997). *Modernitetens konsekvenser*. Oslo: Pax.

-
- Gjerset, A., Haugen, K., & Giske, R. (2006). *Treningslære*. Oslo: Gyldendal Undervisning.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen: fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Haugen, K., H. (1997). *En utdanning i bevegelse: 100 år med fysioterapi i Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hellesnes, J. (2011, 9.juli). I I. Kvittingen Er du fjogning* eller en kaksig** fashionista*** *Aftenposten kultur*, s.6-7.
- Helsedirektoratet, (2009). *Indikatorer for psykisk helse*. Lokalisert 17.juni 2011. http://www.helsedirektoratet.no/psykisk_helse_tjenesten/indikatorer_psykisk/
- Helsedirektoratet, (2009). *Aktivitetshåndboka: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (Rapport IS-1592). Oslo: Direktoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1997). *Åpenhet og helhet Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet*. (St.meld.nr.25,1996-1997). Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1998). *Opptappingsplanen for psykisk helse*. (St.meld.nr.63,1996-2006). Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2003). *Resept for et sunnere Norge; Folkehelsepolitikken*. (St.meld.nr.16 2002-2003). Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Samhandlingsreformen. *Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld.nr.47 2008-2009). Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Pressemelding. Lokalisert 21.juni 2011 <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressemeldinger/pressemeldinger/2011/helse-i-alt-vi-gjor.html?id=639870>
- Hummelvoll, J. K. & Barbosa da Silva, A. (1996). Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleiers profesjonelle livsverden i kommunehelsetjenesten. *Vård i Norden*, 16 (2), 25-32.
- Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (5.utgave). [Oslo] : Gyldendal Akademisk.
- Høgskolen i Hedmark (s.a.). *MMHC Master i psykisk helsearbeid*. Lokalisert 26.april 2011. <http://www.hihm.no/Studiehaandbok/Studiehaandboeker/2010-2011-Studiehaandbok/Studier/Campus-Elverum/Master/MMHC-Master-i-psykisk-helsearbeid>
- Høgskolen i Buskerud. *Studieplan 2010-2014. Mastergradsstudium i klinisk helsearbeid*. Lokalisert 3.juni 2011. <http://hibu-echo.imaker.no/sfiles/7/11/91/15/23/1/file/studieplan-master-2010-2014-2-.pdf>
- Høgskolen i Oslo. *Studieplan. Masterstudium i psykisk helsearbeid 2010-2011*. Lokalisert 5.juni 2011. <http://www.hio.no/studentarkiv/Fag-og-studieplaner-2010-2011/Fag-og-studieplaner-2010-2011-ved-Avdeling-for-sykepleierutdanning/Master-i-psykisk-helsearbeid>

- Ianssen, B., (Red.). (1997). *Bevegelse, liv og forandring*. Oslo: Cappelen Akademisk
- Jensen, P. (2009). *Ansikt til ansikt: Kommunikasjons- og familieperspektivet i helse- og sosialarbeid*. (2.utg.). [Oslo]: Gyldendal.
- Johannison, K.(2008). Om begreppet kultursjukdom. *Läkartidningen*, 105 (44), 3129-3132.
- Jørgensen, M. W. & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag / Samfundslitteratur.
- Karlsen, R. (2009). Psykiatriske sykepleieres faglige bidrag i tverrfaglig samarbeid: Profesjonell kompetanse. *Sykepleien Forskning*, 4,3, 198-204.
- Karlsson, B. (2005). Er det noen vits å høre på pasienten? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 01, 3-4.
- Karlsson, B.(Red.). (2008). *Se mennesket: Om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkengen, A. L., Getz, L. & Hetlevik, I. (2007). Til å bli trett av. *Tidsskrift Norske Legeforening*, 127, 1797-99.
- Kirkengen, A.L. & Ulvestad, E. (2007). Overlast og kompleks sykdom – et integrert perspektiv *Tidsskrift Norske Legeforening*, 127, 3228 - 3231.
- Kirkengen, A. L. (2009). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. (2.utg.). [Oslo]: Universitetsforlaget.
- Kunnskapsdepartementet (2001). *Gjør din plikt – krev din rett: Kvalitetsreform for høyere utdanning*. (St.meld.27, 2000-2001). Oslo: Departementet.
- Kvale, S. & Brinkmann, S.(2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utg.). [Oslo]: Gyldendal.
- Kvigne, K. (2004). *Når kvinner rammes av hjerneslag*. (Doktoravhandling. Det Medisinske Fakultet, Universitetet i Oslo). Oslo.
- Leder, D. (Red.). (1992). A tale of two bodies: The Cartesian corps and the lived body. I *The body in medical thought and practise* (s.17 – 35). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Leder, D. (1990). *The absent body*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Lien, J. (2011). Noen ord fra leder'n. *Spenningsnytt. Medlemsblad for NFF's faggruppe psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi*, 29,1:4.
- Lindvåg, D. (2007). Fysisk aktivitet: Behandling av syke - trening for friske. trening. *Fysioterapeuten*, 74, 12: 20.
- Lindvåg, D. (2009). Trening for alt og alle. *Fysioterapeuten*, 76, 3: 4.

-
- Lysell, J. (2011). Bruk av hest i terapi. I L. Borge, E. W. Martinsen & T. Moi (Red.). *Psykisk helsearbeid mer enn medisiner og samtaleterapi* (s.162 - 179). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lorensen, M. (1998). *Spørsmålet bestemmer metoden*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Løkke, P., A. (2011). Ungdommens følelser og møtet med den instrumentelle fornuft. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 242-250.
- Lønning, I. (1992). Det allmenne i medisin og helsepolitikk. *Tidsskrift Norske Legeforening*, 112, 101-105.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder og begrensninger. *Tidsskrift Norske Legeforening*, 122, 2468-72.
- Malterud, K. (2010). Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. *Tidsskrift Norske Legeforening*, 130, 2356-59.
- Martinsen, E. W. & Moe, T. (2011). Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid. I L. Borge, E.W. Martinsen & T. Moi (Red.). *Psykisk helsearbeid mer enn medisiner og samtaleterapi* (s.76 - 96). Bergen: Fagbokforlaget.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax.
- Myskja, A. (2011). Musikk som terapi i psykisk helsearbeid. I L. Borge, E. W. Martinsen & T. Moi (Red.). *Psykisk helsearbeid mer enn medisiner og samtaleterapi* (s. 200 - 223). Bergen: Fagbokforlaget.
- Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Rapport 2009:8. Oslo: FHI.
- Nasjonalt Folkehelseinstitutt. (2011a). *Bedre føre var...; Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Rapport 2011:1. Oslo: FHI.
- Nasjonalt Folkehelseinstitutt. (2011b). *Psykisk helse i Norge; Tilstandsrapport med internasjonale sammenlikninger*. Rapport 2011:2. Oslo: FHI.
- Neumann, I. B. (2001). *Mening, materialitet, makt: En innføring i diskursanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nordenfelt, L. (1996). *Samtal om hälsan: en dialog om hälsans natur*. Stockholm: Almqvist & Wiksell Medicin /Liber.
- Ottesen, A., Hanssen, I., Ianssen, B., Kvebæk, I. & Rongved, E. (Produsent). (2010). *Gudrun Øvreberg: et liv i bevegelse. Dokumentasjon av psykomotorisk fysioterapipraksis*. [DVD].
- Perry, R. (1999). Radical doubt and the Liberation of Women. I Bordo, S. (Red.). *Feminist interpretations of Renè Descartes*. Pennsylvania: The Pennsylvania University State Press.
- Rogers, A. & Pilgrim, D. (1997). Mental illness rather than mental healthiness; The contribution and lay knowledge to the understanding and promotion of mental health. *Journal of Mental Health*, 6, 1, s. 23-36.

-
- Råheim, M. (2002). Kroppsfenomenologi – innsikt relevant for klinisk praksis. *Tidsskrift Norske Legeforening*, 122, 2477-2480.
- Rosberg, S.(2000). *Kropp, varande och mening; i ett sjukgymnastisk perspektiv*. (Avhandling ved samhällsvetenskapelig fakultet. Skriftserien Nr.2000-2). Göteborgs Universitet. Göteborg
- Schei, E. (2007). *Hva er medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug.
- Skårderud, F. & Isdal, P. (Red.) (1998). *Kroppstanker: Kropp - kjønn- idèhistorie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skårderud, F. (2005). *Andre reiser*. Oslo: Aschehoug.
- Skårderud, F. (2006). Flukten til kroppen – senmoderne skamfortellinger. I P. Gulbrandsen, P. Fuggeli, G. Hovind Stang, B. Wilmar (Red.). *Skam i det medisinske rom* (s.45 – 64). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skårderud, F. (2011a). Flukten til kroppen – fem refleksjoner om selvskade. *Tidsskrift Norske Legeforening*, 131, 486.
- Skårderud, F. (2011b). Den fenomenale kroppen; Anti- Descartes. Den britiske skulptøren og billedkunstner Antony Gormleys radikale kroppskunst. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 632- 649.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Psykisk helsearbeid i kommunene*. (Veileder IS-1332). Oslo: Direktoratet.
- Steinsvik, K. (2008). *Kunnskap om kroppen mellom grep og begrep*. (Doktoravhandling. Kungliga Tekniska Högskolan). Stockholm www.dialoger.se
- Sviland, R., Martinsen, K. & Råheim, M. (2007). Hvis ikke kropp og psyke - hva da? Holdning og bevegelse i selvtutfoldelse og tilbakeholdelse. *Fysioterapeuten* 12, s.23-28.
- Lyngved, K.(2010). Psykiatrien må også tenke kropp. Lokalisert 1.juni2011.
http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vis?p_document_id=542780
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2005). Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling: En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 01, 31-45.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. 2.utgave. [Oslo]: Gyldendal Akademisk.

-
- Watt Boolsen, M. (2006). *Kvalitative analyser: At fine årsager og sammenhænge*. København: Hans Reizel.
- Weber, M. (1990). *Makt og byråkrati: Essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*. Oslo: Gyldendal.
- WHO (1991). Sundsvall Statement of Supportive Enviroments for Health. Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden 9-15 June 1991.
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>
- Wilhelmsen, I. (2000). *Livet er et usikkert prosjekt*. Oslo: Pax.
- Åkestrøm Andersen, N. (1999). *Diskursive analysestrategier*. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

Figurliste

Figur 1. Sammenlikning mellom det tradisjonelle metodebegrepet og metodebegrepet i diskursanalyse; analysestrategi	18
Figur 2. Nøkkelord, kriterier og valg av tekster for denne oppgavens diskursanalytiske tilnærming til kroppen i psykisk helsearbeid	20
Figur 3 Faircloughs tredimensjonale diskursmodell	1
Figur 4. Forenklet framstilling av min analyse tillempet etter Faircloughs diskursmodell	24
Figur 5. Forskerposisjonen i ulike forskningsmetoder	25
Figur 6. En idealtypemodell etter Weber med to konstruerte idealtyper om kroppen	37
Figur 7. Spisset analyseverktøy som utvalgte, forenklede begrepspar fra idealtypemodellen (figur 6)	42