



Rusmisbrukeres forhold til egen kropp
-kroppslig kontakt, opplevelser og betydning

Siv Anita Ovesen

Mastergradsoppgave i Psykisk Helsearbeid

Avdeling for Helsefag

Høgskolen i Nord-Trøndelag

November 2015

Forord

Det har vært en lang, og til tider krevende prosess å fullføre masteroppgaven. Men ikke desto mindre har det vært en givende, spennende og lærerik prosess. Jeg føler meg privilegert som har fått muligheten til å fordype meg så mye innen mitt eget fagområde, og daglige arbeid. Nå mot slutten av prosessen må jeg også få si meg stolt og lettet over at jeg har klart å fullføre dette for meg viktige arbeidet.

Jeg vil først få takke mine flotte informanter. Takk for at dere har vist meg tillit og latt meg få et innblikk i deres historie og følelsesliv. Dette har betydd mye for meg både faglig og personlig.

Jeg vil takke min veileder Lars Lilja, for trygg og kyndig veiledning gjennom en stor prosess med søknader og oppgaveskriving.

Tusen takk også til alle mine flotte kolleger på Korttidsenhet Rus for god støtte og oppmuntring gjennom flere år. Jeg vil takke mine fysioterapeut kolleger ved Nordlandssykehuset, Psykisk helse og rusklinikken for råd og veiledning. Takk også til Nordlandssykehuset for permisjon under studiet og oppgaveskrivingen. Forståelsen og vilje til tilrettelegging av arbeidshverdagen har vært av avgjørende betydning i innspurten. En takk spesielt til biblioteket ved Nordlandssykehuset ved Ove og Elin for god hjelp i litteratur og artikkelsøk.

Takk til fond for etter- og videreutdanning av fysioterapeuter for økonomisk støtte i forbindelse med mastergraden i psykisk helsearbeid.

Sist men ikke minst takk til venner og familie som har støttet, oppmuntret meg og vist interesse for mitt prosjekt gjennom flere år nå. En spesiell takk til min mann Kent-Ove og datter Elise, som har vist meg særlig forståelse og velvilje gjennom hele studietiden.

Siv Anita Ovesen

Bodø, 06. November 2015

Sammendrag

Denne studien handler om rusmisbrukere og hvordan de forstår kroppsopplevelse, å være i kontakt med egen kropp og hva dette betyr for dem. Målet med studien er å øke forståelsen for hvordan rusmisbrukere forstår og oppfatter sin evne til å være tilstede i egen kropp, lytte til kroppen sin og ivareta den. Hensikten med dette er å bidra med å utforske elementer av rusbehandlingen sett i lys av en helhetlig forståelsesramme innen psykomotorisk fysioterapi. Det er lite forskning som tar for seg kroppens delaktighet innen rusomsorg.

Dette er en kvalitativ studie, forankret i en fenomenologisk hermeneutisk kunnskapstradisjon. Studiens empiri er forankret i tre semistrukturerte dybdeintervjuer, med en intervjuguide som rød tråd. Informantene var tidligere rusmisbrukere, rekruttert gjennom ulike behandlere med kjennskap til studien. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering som analysemetode.

Analysen førte fram til tre hovedkategorier, med underkategorier som beskriver og nyanserer innholdet. Disse er:

1. Opplevelse av egen kropp. Undertemaer: Kontakt i kroppen og opplevelse av kroppen i hverdagen, Positiv kroppsopplevelse.
2. Rusens innvirkning. Undertemaer: Hvordan oppleves kroppen ruset, Ivaretagelse av egen kropp, helse og relasjoner.
3. Behandling, sanseopplevelser og trening.

Resultatene viste at samtlige informanter oppfattet evnen til å ha god kontakt i egen kropp til å ha stor betydning for dem, hvordan de har det, og som hjelp til å ivareta seg selv både kroppslig og følelsesmessig. Det viste seg å være ulikheter om hvordan informantene opplevde kroppskontakt, og at samtlige informanter opplevde en positiv endring i kroppskontakt/kroppsopplevelse etter avrusning.

Nøkkelord: Kroppskontakt, kroppsbevissthet, kroppsopplevelse, erfaring, rus, endring og mestring.

Summary

This study concerns addicts and how they comprehend bodily experiences, to be in contact with their own body, and what this means to them. The aim of this study is to explore how addicts understand and perceive their ability to be present in their own body, listen to their body, and attend to and protect it. The purpose is to contribute to and explore elements of drug dependence treatment, seen in a light of the general frame of Norwegian Psychomotor Physiotherapy treatment. There is a limited amount of research that illuminates the body's participation in addictive health care.

This is a qualitative study, rooted in a phenomenological hermeneutic knowledge tradition. The study's empirical foundation is in three semi structural interviews, with an interview guide to hold the focus thorough. The informants consist of three recovered drug addicts, recruited through different therapist with knowledge of this study. The data material was analysed using an analytical method called Systematic Text Condensation.

The analysis resulted in three main categories, with subcategories that describe and balances the content. This are:

1. Comprehension of one's own body. Subcategories: contact with one's body and experience of one's body in everyday life, Positive experience of one's body.
2. The impact of drug use. Subcategories: How do they experience the body under influence of drugs, attendance and protection of one's own body, health and relations.
3. Treatment, experience of perception and training.

The results show that all the informants perceived it to be of great importance to have the ability to experience a good connection with one's own body, to assess how they feel, and to help them take care of themselves both bodily and emotionally. It was differences in how the informants experienced bodily connection, but all informants experienced a positive change in bodily connection and bodily experience after detoxification.

Keywords: Body connection, Body awareness, Body experience, experience, drug, change and achievement.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	S.7
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	S.7
1.2 PROBLEMSTILLING.....	S.7
1.3 STUDIENS RELEVANS.....	S.7
1.4 TIDLIGERE FORSKNING.....	S.8
2.0 TEORI OG BEGREPSFORKLARINGER	S.12
2.1 BEGREPSAVKLARINGER.....	S12
2.1.1 Kroppsbilde.....	S.12
2.1.2 Kroppsskjema.....	S.12
2.1.3 Kroppsbevissthet.....	S.12
2.2 KROPPSFENOMENOLOGI.....	S.13
2.2.1 Generelt om fenomenologi.....	S.13
2.2.2 Merleau-Pontys kroppsfenomenologi og psykomotorisk fysioterapi.....	S.13
2.3 SENTRALNERVESYSTEMET.....	S.15
2.4 RUSMIDLER OG VIRNING PÅ KROPPEN.....	S.17
3.0 METODE	S.19
3.1 VITENSKAPELIG FORANKRING.....	S.19
3.2 VALG OG BESKRIVELSE AV METODE.....	S.20
3.2.1 Kvalitativ forskning.....	S.20
3.2.2 Intervju som forskningsmetode.....	S.21
3.2.3 Utforming av intervjuguide.....	S.21
3.3 UTVALG.....	S.22
3.3.1 Inklusjonskriterier for valg av informant.....	S.22
3.3.2 Rekruttering.....	S.23
3.4 DATAINNSAMLING.....	S.24
3.4.1 Intervjusituasjonene.....	S.24
3.4.2 Erfaringer med intervjusituasjonene.....	S.24
3.5 TRANSKRIBERING.....	S.27
3.5.1 Generelt om transkribering.....	S.27

3.5.2	Egen transkribering og erfaring med dette.....	S.27
3.6	ANALYSE.....	S.28
3.6.1	Generelt om analyse.....	S.28
3.6.2	Valg av analysestrategi: systematisk tekstkondensering.....	S.29
3.6.3	Egen analyse.....	S.30
3.7	METODISKE OVERVEIELSER.....	S.33
3.7.1	Forforståelse.....	S.33
3.7.2	Utvalg.....	S.34
3.7.3	Analyse.....	S.35
3.7.4	Reliabilitet og validitet.....	S.36
3.8	ETISKE BETRAKTNINGER.....	S.37
4.0	RESULTAT.....	S.40
4.1	INNLEDNING.....	S.40
4.1.1	Presentasjonsform.....	S.40
4.1.2	Presentasjon av informantene.....	S.40
4.2	RESULTAT: OPPLEVELSE AV EGEN KROPP	S.41
4.2.1	Kontakt i kroppen og opplevelse av kroppen i hverdagen....	S.41
4.2.2	Positiv kroppsopplevelse.....	S.44
4.3	RESULTAT: RUSSENS INNVIRKNING	S.45
4.3.1	Hvordan oppleves kroppen ruset?.....	S.45
4.3.2	Ivaretagelse av egen kropp, helse og relasjoner.....	S.48
4.4	RESULTAT: BEHANDLING, SANSEOPPLEVELSE OG TRENING.....	S.50
5.0	DRØFTING.....	S.53
6.0	OPPSUMMERING.....	S.62
7.0	LITTERATURLISTE.....	S.64

VEDLEGG 1: Intervjuguide

VEDLEGG 2: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

VEDLEGG 3: Svar på forespørsel om forhåndsgodkjenning av studien/REK-søknad

VEDLEGG 4: Mail fra REK midt, endelig svar/godkjenning av søknad om forhåndsgodkjenning.

1.0 INNLEDNING

Oppgaven belyser tre kvinners opplevelse av og erfaringer med kontakt i egen kropp, under påvirkning av rusmidler, under avrusning og som rusfri. Oppgavens empiri er forankret i tre intervjuer med tidligere rusmisbrukere.

1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

Bakgrunnen for oppgaven kommer fra min erfaring med ruspasienter, samt erfaringer fra andre kolleger og nyere forskning på hjernen, som fremhever viktigheten av å ha kontakt i egen kropp (Brodal 2013). I min jobb som fysioterapeut på en rusenhet så jeg store kontraster mellom pasienter som var sterkt påvirket av rus/medisiner og de som var rusfri. For meg så det ut til at svært mange under påvirkning av rus var distansert fra både kropp og kognisjon, og ikke lengre var i stand til å være oppmerksom mot egen kropps signaler. Denne hypotesen vokste seg sterkere i behandling av særlig to pasienter, som jobbet psykomotorisk for å øke kontakt i seg selv og kunne tåle og kjenne på kroppslige fornemmelser uten å flykte fra dem. Dette vakte en nysgjerrighet i meg og et ønske om å se nærmere på hvordan rusmisbrukere opplevde kroppskontakt og hvilken betydning dette hadde for dem.

1.2 PROBLEMSTILLING

Jeg ønsker å se på rusmisbrukeres forhold til egen kropp. I hvilken grad de føler at de har kontakt i kroppen sin og klarer å være oppmerksomt lyttende og ivaretakende ovenfor seg selv og sin kropps signaler.

Problemstilling: "Hvordan opplever rusmisbrukere kontakt med egen kropp, og hvilken betydning har dette for dem?"

1.3 STUDIENS RELEVANS

Mellom 10 og 20 prosent av befolkningen får en ruslidelse i løpet av livet. Av disse er skadelig bruk av alkohol den hyppigste. Ruslidelser generelt er en betydelig

helseutfordring i Norge som medfører omfattende kostnader for både enkeltindivider og samfunnet generelt. Hvor store kostnadene faktisk er, er vanskelig å beregne på grunn av kompleksiteten. I perioden 2008-2012 ble CA 104 000 menn og kvinner i aldersgruppen 23-62 år behandlet for en ruslidelse i spesialisthelsetjenesten, avhengighet av alkohol var den hyppigste registrerte ruslidelsen. Det er vanlig med bruk av ulike rusmidler og kombinasjoner av rusmidler og vanedannende legemidler blant misbrukere. Én ruslidelse øker sannsynligheten for misbruk av andre rusmidler. Antallet personer under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) for opiatavhengighet øker. Ruslidelser er knyttet både til andre psykiske lidelser, somatisk sykdom og tidlig død, og bruken har ofte svært negative konsekvenser for personens forhold til familie og venner (Skogen, Handal et al. 2014).

Selv har jeg som barn av en alkoholiker erfart på egen kropp hva det vil si å være påvirket av en ruslidelse. Jeg har sett og hørt på venner, kolleger og pasienter fortelle hva det koster dem økonomisk, følelsesmessig og kroppslig å være misbruker og pårørende til en. Stadig flere utvikler avhengighet og søker hjelp av helsevesenet. Jeg håper at min lille studie kan bidra i sitt beskjedne format, å øke fokus og forståelse for kroppens involvering i ruslidelser og behandlingen av disse. Andre hjelp for lenge siden meg ved å få min foresatt rusfri. Hvis denne studien kan bidra til å hjelpe bare ett annet barn, via deres foresatte, vil jeg anse det som en stor suksess.

1.4 TIDLIGERE FORSKNING

Jeg gjennomførte flere runder med litteratursøk fra høsten 2013 til høsten 2015. Da jeg ikke stoler helt på mine egne evner til å bruke søkedatabasene korrekt, hentet jeg inn faglig tyngde på feltet via biblioteket ved Nordlandssykehuset ved to anledninger. Sammen med Ove og Elin ved biblioteket, og alene har jeg søkt i flere databaser; Ovid-databasene, Medline/pubmed, PEDro, Cochrane, Svemed+ og Google Scholar. Jeg har brukt søkeord som Body Image, Body awareness, Drug abuse og addiction. Jeg har gjennom flere søk forsøkt flere ulike måter å skrive disse på, basic body awareness, drug abuse and body image, osv. felles for alle databasene og mesh termene var at når det ble kombinert body awareness og drug abuse ble resultatet svært begrenset. Det

fantas mange artikler omhandlende basic body awareness, body image og mindfulness. Men få som så på rusmisbrukeres kontakt i kropp. Jeg ønsket opprinnelig ikke å bruke intervensjonsstudier med Yoga eller mindfulness, da disse omhandler en konkret spesifikk behandlingsmetode. Jeg leste likevel gjennom alle studier jeg kom over som så ut til å omhandle tema noenlunde likt som mitt, og valgte til slutt å inkludere et par studier med Yoga og Mindfull Awareness, da fokuset på disse ble ansett sammenliknbart.

Min kontakt på biblioteket fant en artikkel omhandlende hvordan yoga og meditasjon virket inn på rusmisbrukere og deres avhengighet.

Kissen og Kissen-kohn (2009) har i sin artikkel presentert flere studier og teorier omkring ulike yoga og meditasjonsformers innvirkning på rusmisbrukere og deres misbruk. De argumenterer at det eksisterer unike ego-psykologiske egenskaper iboende i utøvelsen av yoga, som direkte styrker de selvberoligende og utøvende egenskapene hos individet. De krediterer den mentale tilstedeværelsen og vedvarende oppmerksomheten i nået, ved gjentatte kroppslige og posturale øvelser som essensielle. Det at utøveren frigjorde seg fra dagligdagse trivialiteter og fokuserte på kroppen, medførte en økning i selvfølelse og stressreduksjon. Denne økte oppmerksomheten mot kroppslig erfaring, ses opp mot en økt kapasitet for selvberoligelse og positiv kroppssopplevelse, som igjen beskyttet mot en tendens til å ødelegge kroppen og skadelig effekt av ulike vanedannende preparater (Kissen and Kissen-Kohn 2009).

Vi fant også en artikkel og en presentasjonsposter fra en amerikansk forskningskongress i Oregon i 2012. Disse tok for seg en randomisert kontrollert pilotstudie gjort ved en rusbehandlingsinstitusjon i USA som behandler kvinner. Studien så på effekten av MABT (Mindful Awareness in Body-oriented Therapy) som tillegg til tradisjonell rusbehandling. Forfatteren hadde ettertid av studien satt sammen en fokus gruppe bestående av 5 av deltakerne fra den opprinnelige randomiserte studien. Resultatet av den opprinnelige studien viste moderat til store effekter spesielt på det primære måleenheten, reduksjon i rusbruk (antall dager de brukte rusmidler), og de sekundære helseeffektene som bedre symptomer på spiseforstyrrelser, depresjon, angst, dissosiasjon, opplevd stress og forekomst av fysiske symptomer. Ut

fra fokusgruppen fant forskerne at deltakerne hadde en økt motivasjon for å fortsette med kroppsbevissthetsøvelser ett år etter studien var avsluttet. Dette relaterte deltakerne til at de hadde fått en økt evne til å oppnå kontakt med, og behandle følelser ved bruk av disse øvelsene. Utforskningen av disse følelsene ble også sett på som kritiske for å forebygge tilbakefall, da misbruk av rusmidler ble sett i sammenheng med økte følelsesuttrykk og manglende evne til å være tilstede i egne følelser. Deltakerne rapporterte at MABT behandlingen økte deres bevissthet på indre opplevelser og kontakt mellom følelser og kropp. Dette hadde de ikke klart å oppnå ved tidligere behandlinger. Konklusjonen etter studien og fokusgruppen ble at funnene pekte på viktigheten av å studere følelsesmessig bevissthet i helhetlige (kropp og psyke) behandlinger, og da særlig i forebygging og behandling av kvinners rusmisbrukslidelser (Price and Smith-DiJulio 2012, Price, Wells et al. 2012).

Goldstein og Volkow (2011) foretok en gjennomgang av de siste ti års funksjonelle neurologiske kartleggingsstudier som har utvidet vår forståelse av den prefrontale cortex/ prefrontal cortex (PFC) sin deltakelse i medikamentmisbruk. Tidligere trodde man at manglende kontroll over rusinntak ved avhengighet skyldtes ødeleggelse av subkortikale belønningskretser. Nå ser vi at PFC har en nøkkelfunksjon i vanedannende atferd. Ødeleggelse eller sammenbrudd av PFC ved avhengighet antas å ligge til grunn for både tvangsmessig inntak av rusmidler, og for de ufordelaktige atferdene som assosieres med avhengighet og erosjon av egen fri vilje. Allment for studiene som ble gjennomgått var avsløringen av et fremvoksende mønster av generalisert dysfunksjon i PFC, hos mennesker med rusavhengighet. Dette ble assosiert med flere negative resultat; større inntak av rusmidler, høyere sannsynlighet for tilbakefall, og dårligere utførelse av oppgaver kontrollert av PFC. Oppgavene som ble sett på som mest relevant ved avhengighet var; egenkontroll til å avbryte handlinger som ikke var ansett fordelaktige for personen, å tillegge egenskaper viktighet/prioritere og gradere viktighet, og vedlikehold av engasjement som er nødvendig for å delta i målrettet atferd og selvbevissthet (Goldstein and Volkow 2011).

Et annet artikkelsøk avdekket en artikkel omhandlende fysioterapi og kroppsbevissthet hos respiratorpasienter. Denne ble lest som følge av svært lite utvalg artikler i starten og fanget min interesse.

Johansson og Fjellman-Wiklund (2005) studie på respiratorpasienters erfaring av kroppsbevissthet under innleggelse på intensiv enhet, kan synes å være uten sammenlikningsgrunnlag til ruspasienter. Jeg har valgt å ta denne med da jeg både i studiens oppstart og mot slutten ser likhetstegn i form av den bevisste kontakten mellom kropp og psyke. Johansson og Fjellman-Wiklund (2005) fant at informantene deres opplevde at både tiden på intensiv enheten og behandlingen med respirator påvirket deres oppfatning av egen kropp, og forstyrret deres kroppsbevissthet. De mistet kontakt med sine egne kropper, og oppfattet kroppen som et objekt utenfor dem selv. Ulike motoriske problemer forteller de kan oppstå både som et direkte resultat av en medisinsk eller kirurgisk skade, og som et resultat av medisiner gitt pasientene under behandling. Informantene deres opplevde å ikke kjenne igjen seg selv på grunn av fysiologiske endringer, kunne ikke bruke kroppen som tidligere og følte seg som en annen person. Forut for sykdommen var informantene vant til å ha full kontakt i egne kropp, og full kontroll over sine kroppslige funksjoner og bevegelser. Under behandlingen opplevde de reduksjon i sensibilitet og nummenhet i deler av kroppen, noe som påvirket dem emosjonelt, og førte til at noen informanter mistet tiltroen til egen kropp (Johansson and Fjellman-Wiklund 2005).

I mine søk etter aktuell forskning fant jeg svært mange artikler omhandlende fysioterapi og kroppsbevissthet sett opp mot psykisk syke pasienter, smertepasienter og pasienter med muskel/skjelettlidelser, men ingen av disse tok for seg rus eller medikamentpåvirkning. Også litteratursøk i bokdatabaser avdekker stort materiale om kroppsbevissthet, kroppsbylde, traumebehandling, psykomotorisk behandling, nevrobiologi og rus, men søkeresultatet forble så vidt jeg kunne finne svært begrenset når noen av disse kategoriene ble satt sammen med rus og rusmisbruk.

2.0 TEORI OG BEGREPSAVKLARINGER

2.1 BEGREPSAVKLARINGER

Jeg starter teorikapittelet med å gi noen avklaringer på noen av begrepene jeg har brukt i oppgaven. Det er ikke uvanlig at ulike forfattere bruker ulik terminologi og begrepsapparat. Jeg har i denne oppgaven valgt å bruke begrepene på kropp og dens representasjon i hjernen som brukes av Fadnes og Brodal (Brodal 2013, Fadnes, Brodal et al. 2013).

2.1.1 Kroppsbilde:

Kroppsbilde (body image) er betegnelse på vår bevisste oppfattelse av vår egen kropp. Dette omfatter navn på ulike kroppsdelene, form, størrelse og den følelsesmessige delen av kroppsopplevelse (Brodal 2013). Kroppsbildebegrepet omfatter hvordan vi opplever eierskap til vår kropp, opplevelsen av helhet og målrettede bevegelser. Dette er min hånd, min kropp og det er jeg som beveger den (Fadnes, Brodal et al. 2013).

2.1.2 Kroppsskjema:

Kroppsskjema (body schema) er betegnelsen som angår den ubevisste-implisitte-kunnskapen om kroppens romlige og biomekaniske forhold basert på erfaring. Denne kunnskapen er nødvendig for å utføre bevegelser, men vi er ikke bevisste på alle delene involvert i en villet handling, eks analyse og beregning (Brodal 2013, Fadnes, Brodal et al. 2013).

2.1.3 Kroppsbevissthet:

Kroppsbevissthet (body awareness) er betegnelsen på vår oppmerksomhet på egen kropp og kroppslige opplevelser. Det tar for seg oppmerksomheten som rettes mot informasjon som inngår i kroppsbilde (Fadnes, Brodal et al. 2013).

2.2 KROPPSFENOMENOLOGI

2.2.1 Generelt om fenomenologi

Rundt år 1900 ble fenomenologien grunnlagt som filosofi av Edmund Husserl (1859-1938), og så videreutviklet i eksistensialistisk og dialektisk retning av Jean-Paul Sartre og Maurice Merleau-Ponty (Kvale, Brinkmann et al. 2009). I begynnelsen tok fenomenologien for seg bevissthet og opplevelse, for i regi av Husserl å omfatte menneskets livsverden. Sartre og Merleau-Ponty ønsket at fenomenologien også skulle ta hensyn til menneskenes kropp og handlinger sett over tid i historisk sammenheng. I kvalitativ forskning er fenomenologi et begrep som ønsker å forstå sosiale fenomener ut fra deltakernes egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene (Kvale, Brinkmann et al. 2009).

2.2.2 Merleau-Pontys kroppsfenomenologi og psykomotorisk fysioterapi

Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) regnes som kroppsfenomenologiens far. Han var den første innen den fenomenologiske bevegelse som knyttet menneskets subjektstatus til kroppen. Han mente at det er som kropp menneskene retter seg mot sine omgivelser, og at vår forståelse av verden baserer seg på hvordan vår kropp forstår sine omgivelser og sin situasjon (Østerberg 2012). Merleau-Ponty forsto ikke kroppen som ren materie slik naturvitenskapene forstår den, men en erfarende materie, en kropp som deltar i menneskelig og meningsskapende liv.

«Levd erfaring og levd liv har en kroppslig forankring» (S.116Thornquist 2012).

Kroppen vår eksisterer i dobbelt forstand, vi er kroppen vår og vi har den, det er via kroppen vi har tilgang til verden og vår kropp er samtidig en del av verden (Thornquist 2012). Det eksisterer ikke et klart skille mellom følelsesmessige, psykologiske og kroppslige reaksjoner. Mennesket er ikke kropp eller psyke, vi er alltid begge deler samtidig, og det vi utsettes for som sosiale vesener setter seg i kroppen vår, i øyeblikket og over tid (Thornquist and Bunkan 1995).

Merleau-Ponty så på kropp som uttrykksfull, meningsfull og i kommunikasjon med sine omgivelser. Kroppen er ikke en sammensetning av tilfeldige deler, men en fungerende enhet hvor alle delene står i et indre forhold til hverandre. Kroppen er intensjonal og rettet mot noe, likt som vårt språk er, begge oppfattes av Merleau-Ponty som et uttrykksforhold og et kommunikasjonsforhold til andre (Østerberg 2012). Kroppens intensjonalitet beskriver Merleau-Ponty (2012) blant annet slik:

«Det er derfor barn i deres første forsøg på at gribe ikke ser på hånden, men på genstanden: kroppens forskellige led kendes kun gennem deres funktionelle værdi, og deres koordination er ikke noget der læres» (S.107 Merleau-Ponty 2012).

I kroppsphenomenologien snakkes det om kroppens tvetydighet. Vi kan foreta en perspektivveksling mellom oppmerksomhet mot omgivelsene rundt oss og egen kropp. Merleau-Ponty mente også at kroppen selv var en kilde til kunnskap. Han påpekte at kunnskap og hukommelse sitter i kroppen, vår kropp vet og forstår (Thornquist 2012). Merleau-Ponty bruker utviklingen av vaner til å forklare kroppsmindet.

«Det er som tidligere nævnt kroppen, der «forstår», under erhvervelsen af en vane. Denne formulering ville være meningsløs..... hvis kroppen er en genstand» (S.102 Merleau-Ponty 2012).

Merleau-Ponty fremhever spesielt kroppens betydning i læring hos barn. Barn lever kroppslig i større grad enn voksne. Det er i følelsene med hele sitt kroppslige uttrykk (Thornquist and Bunkan 1995, Thornquist 2012). Merleau-Ponty peker på at det særlig viktige ved det barnlige er en åpenhet overfor verden (Østerberg 2012). Når vi forstår kroppen som et sentrum for erfaring og som et uttrykksfelt, må vi også se på det i et historisk perspektiv. Våre erfaringer og handlinger blir en del av vårt minne både i hode og kropp. Alle bærer vi med oss vår fortid som både kroppssubjekt og kroppsobjekt. Våre tidligere erfaringer er med på å farge oss og påvirker vår psykiske utvikling, sosiale funksjon og kropp (Thornquist and Bunkan 1995, Thornquist 2012).

«fenomenologisk sett gir en grenseløs verden en grenseløs kropp og person – og omvendt» (S.47 Gretland 2007).

Når verden mangler grenser, tydelighet og forutsigbarhet skapes det en opplevelse av kaos, dette fører til økt sårbarhet generelt. Å jobbe med menneskers kapasitet til å kunne oppleve følelser og erfare fysiologisk aktivering, er å hjelpe dem til å tåle egne følelser og kroppslige reaksjoner (Steele, Van Der Hart et al. 2007). Vi kan jobbe for å få tilbake stabilitet og trygghet ved kroppslig aktivitet som kilde til å etablere selvkontroll, tydelighet og selvavgrensning. Slike kroppsteknikker tydeliggjør kroppen ved å øke oppmerksomheten rettet mot kroppen og økt sensorisk impulsaktivitet i kroppen (Gretland 2007). Berøringssansen utvikles først og det er et stort område i hjernen vår for berøring. I fysioterapien er vi tett på pasientens erfaringsverden i kroppslig samhandling. Vi vekker pasientenes levende kroppsvirkelighet, og dermed også erfaringer som pasientene ikke alltid er bevisst på. Kroppen er bærer av flere erfaringer, og kroppen husker det personen ikke alltid har språk for. Kroppens hukommelse er konkret, og direkte knyttet til sensoriske inntrykk fra historien vår (Thornquist and Bunkan 1995, Gretland 2007, Bunkan 2008). Sensoriske elementer fra en hendelse lagres i kroppsmindet vårt i form av bruddstykker som reaktiveres av nye sanseintrykk, uten at personen opplever å ha kontroll over det som skjer. En slik gjenopplevelse aktiverer alle sansemodaliteter og gir kroppslige spenninger, smerter, flash av minner og bilder fra en traumatisk opplevelse (Jakobsen 2007). Vår evne til å planlegge framtiden og hvordan vi presenterer oss selv til oss selv og andre avhenger av vår hukommelse, mentalt og kroppslig. Hva vi husker av fortid og hvordan vi tolker våre erfaringer, danner selve identiteten vår (Dalsgaard Axelsen and Wessel 2007).

2.3 SENTRALNERVESYSTEMET OG LÆRINGSORIENTERT FYSIOTERAPI

Hjernens overordnede oppgave er å skape orden og forutsigbarhet i vår tilværelse. Vår virkelighet slik vi opplever den, er et resultat av hjernens tolkning av sanseintrykk. Vår umiddelbare følelse av om noe er trygt eller utrygt, skjer svært hurtig og automatisk, selv om den baserer seg på erfaring (læring). Denne tolkningsprosessen skjer ved at ulike deler av hjernens nettverk samarbeider (Fadnes, Brodal et al. 2013). For at vi skal

ha postural kontroll, målrettede handlinger og opplevelse av egen kropp, må det være en form for kroppsrepresentasjon i hjernen. Her ligger det bevisst og ubevisst kunnskap om kroppen. Kroppsbildet vårt består av våre bevisste og følelsesmessige oppfattelser av kroppen, mens kroppsskjema innehar den ubevisste kunnskapen om kroppens biomekanikk og dynamikk (Brodal 2013).

Hjernens nerveceller er koblet sammen i utbredte nettverk som er forbundet med hverandre med toveisforbindelser. Disse nettverkene omfatter nevrongrupper både i hjernebarken, dypere deler av hjernen og lillehjernen. Samme nevrongruppe kan inngå i flere nettverk som tar seg av ulike oppgaver. Det er særlig tre oppgaverrelaterte nettverk i hjernen som anses grunnleggende ved kontroll av kognisjon og atferd. Disse jobber nært sammen, og forstyrrelser i ett av nettverkene må anses å forstyrre de øvrige to. Det første er det Sentrale utførelsesnettverket (central-executive network), som antas avgjørende for problemløsning og for beslutninger om målrettede handlinger. Det andre er introspeksjonsnettverket (default-mode network eller resting-state network), som er mest aktivt når en person ikke utfører oppgaver eller er fokusert på ytre stimuli. Det tredje og siste nettverket kalles viktighetsnettverket (salience network), dette passer på hva hjernen bør være opptatt av. Dette nettverket ser også ut til å ha en særlig viktig funksjon i å skifte mellom bruken av de to andre nettverkene. Det vil da ha en sentral rolle i styringen av våre mentale prosesser og atferd. Undersøkelser viser en positiv korrelasjon mellom undertrykkelse av introspeksjonsnettverket og effektiv kognitiv kontroll og målrettede handlinger. Det er også funnet at aktiviteten i dette nettverket ikke reduseres som normalt når oppmerksomheten rettes mot ytre stimuli og handlinger, ved vedvarende smertetilstander og mentale lidelser (Brodal 2013, Fadnes, Brodal et al. 2013).

Nettverkene samlet gjør at vi er i stand til å være bevisst vår egen kropp. Dette kan vi definere som eierskap til kroppen, og gir oss en selvfølgelig viten om at min hånd er min, og en selvfølgelig opplevelse av at jeg beveger på min hånd av min egen frie vilje. Nettverkene ser også ut til å danne hjernens lagrede informasjon om hva som skal til for å utføre bestemte handlinger, eksempelvis å strekke ut en hånd og gripe et glass (Brodal 2013). Brodal (2013) forteller videre at vår kroppsopplevelse er mer sårbar enn vi kanskje vanligvis er klar over. Det finnes mange eksempler av at ulike deler av

kroppsoppfatningen vår kan forstyrres. Skader som kan påvirke vår kroppsrepresentasjon kan påvirke både våre kroppsskjema, kroppsilde og selve eierskapet til vår kropp. Han fremhever viktigheten av en stadig oppdatering av kroppsilde og kroppsskjema for at disse skal holde seg stabile og unngå feiloppfatning av kroppen. Opprettholdningen av disse skjer ved variert sensorisk informasjon og oppmerksomhet rettet mot kroppen ved stadig målrettede bevegelser (Brodal 2013).

Fadnes, Brodal et al. (2013) fremhever spesielt evnen til å føle smerte som livsviktig. Fravær av denne evnen fratrar oss de nødvendige varslene vi trenger for å opprettholde kroppens indre likevekt. En forutsetning for at smertesansen skal fungere er at alle kroppens deler fanger opp, og videreformidler informasjon om vevsødeleggende tilstander. All sanseinformasjon må tolkes og settes inn i en sammenheng for å gi mening. Hvis vi beveger på en kroppsdel uten at det etterfølges av den vanlige sensoriske tilbakemeldingen, tyder det på at noe er galt. Også økt og vedvarende smerte uten noen klar årsak i kroppen kan erfares. Dette påvirker naturlig nok livskvaliteten betraktelig (Fadnes, Brodal et al. 2010, Fadnes, Brodal et al. 2013).

2.4 RUSMIDLER OG VIRKNING PÅ KROPPEN

En forutsetning for at et stoff skal utløse en rustilstand, er at det kan binde seg til reseptorer på overflaten av nervecellene i hjernen, og påvirke deres funksjon (Øiseth, Kjeldsen et al. 2009). Ulike rusmidler virker ved at de imiterer kroppens naturlige hormoner og signalsubstanser til å påvirke kroppens nervesystem, enten oppkvikkende eller dempende. Men denne effekten kommer ikke uten en pris. Inntak av ulike stoffer forstyrrer kroppens naturlige balanse. Kroppen vil forsøke å opprettholde likevekten ved å omstille sin egen produksjon av naturlige stoffer for å motvirke stoffene som har blitt tilført den. Over tid kan kroppen komme til å stole for mye på de kunstig tilførte stoffene istedenfor kroppens egne naturlige, og dermed redusere eller stoppe produksjonen av sine egne naturlige hormoner og signalsubstanser (Øiseth, Kjeldsen et al. 2009). Bruken av psykofarmaka har vist seg å påvirke pasientenes forestillingsverden, motoriske funksjoner og persepsjonsevne. Nyere forskning har vist

at områder i hjernen som psykofarmaka virker på er involvert i informasjonsprosesser på kognitivt nivå i tillegg til fysiske bevegelser (Gretland 2007).

Konsekvensene av stoffmisbruk er avhengig av omfanget av misbruket (type stoff, mengde og lengde på misbruk) og misbrukerens livsførsel. Skadevirkninger av stoffmisbruk kan forekomme både i fysiske, psykiske og sosiale former (Øiseth, Kjeldsen et al. 2008). Fysiske skadevirkninger omfatter både den generelle effekten de ulike stoffene har på kroppens fysiologiske funksjoner, samt i mange tilfeller sykdom og skade relatert til manglende ivaretagelse av egen helse og risikovurdering under påvirkning av stoff. Noen eksempler er: smitte av sykdommer, tannskader, fosterskader, forgiftning, underernæring og rusrelaterte ulykker. Psykiske skadevirkninger innbefatter alt fra akutte forvirringstilstander ved stoffinntak, endring av virkelighetsoppfatning og dømmekraft, og at man lærer seg å flykte fra problemene sine istedenfor å gjøre noe med dem. Sist men ikke minst opplever mange at rusmisbruket påvirker deres sosiale omgang og levesett. Selve misbruket er i mange tilfeller en kriminell handling. Bruk av rusmidler vil som oftest vanskeliggjøre oppfølging av skole eller jobb, og fører ofte til at misbrukeren endrer sin livsførsel som skiller seg fra det man anser som «normalt» (Øiseth, Kjeldsen et al. 2008). I verste tilfelle kan bruk av rusmidler føre til bevisstløshet og død (Øiseth, Kjeldsen et al. 2009).

3.0 METODE

3.1 VITENSKAPELIG FORANKRING

Studien er forankret i en fenomenologisk hermeneutisk kunnskapstradisjon. Det fenomenologiske perspektivet gis oss en forståelsesramme som fokuserer på erfaringsorientert kunnskap. Her fokuseres det på verden slik informantene erfarer den. Fenomenologien analyserer og kartlegger hvordan verden grunnlegges av den enkelte persons bevissthet (Thornquist 2012). Fenomenologien vektlegger fyldige, erfaringsnære og kontekstualiserte beskrivelser. Det er viktig å lytte til innholdet i det som blir fortalt, og la historiene selv få komme til uttrykk. Det oppfordres til å nærme seg en fenomenologisk studie med åpenhet og en viss tilbakeholdenhet, slik at vi ikke tilpasser verden til kategorier vi har bestemt oss for på forhånd (Thornquist 2012). Det fenomenologiske perspektivet gir oss muligheten til å studere informantenes livsverden, til å fokusere på deres opplevelser, forståelse og erfaring (Kvale, Brinkmann et al. 2009). Det fenomenologiske perspektivet er grunnleggende for min studie. Først og fremst er tematikken for studien forankret i en fenomenologisk kunnskapsforståelse, hvor informantenes erfaringer og opplevelser er i hovedfokus. Dette setter informantens subjektivitet som en vesentlig del av datamaterialet som ble innhentet. Videre er min forståelse av informantenes historier i siste omgang avgjørende for presentasjonen av resultatene, slik at min subjektivitet også påvirker kunnskapsutviklingen i studien. Kvale (2009) forteller at det konstrueres kunnskap i samspill mellom intervjueren og informant i en samtale om et tema som engasjerer begge parter.

Det hermeneutiske perspektivet tar for seg forståelse og fortolkning av forskningsmaterialet. Hvordan vi forstår og hvordan vi gir verden mening (Thornquist 2012). Sentralt i den hermeneutiske arbeidsprosessen er tekstlig fortolkning, hvor vi søker etter mening. Enhver som søker å fortolke en tekst, gjør så med en viss forforståelse. Ut i fra denne forforståelsen starter vi tolkningen av fenomenet vi har undersøkt. Denne tolkningen driver oss så videre og veileder oss når vi ser på detaljene i materialet vårt. Undersøkelsen vår av detaljene kan videre enten styrke, eller svekke den foreløpige tolkningen vår. Hele tolkeprosessen består av en slik veksling fram og

tilbake mellom helheten og delene i et datamateriale, en prosess som kalles den hermeneutiske sirkelen (Kvarv 2010).

Det som er hermeneutikkens styrke, er at den er åpen for forskjellige måter å forstå verden og menneskenes handlinger på. Dette innebærer også at vi må erkjenne at vi ikke kan holde avstand til oss selv når vi studerer andres oppfatning av «virkeligheten». Ingen tolkning finner sted i et historisk vakuum. Tolkningen jeg gjør er formet av min egen faglige forforståelse, og den historiske og kulturelle virkeligheten rundt meg i samfunnet jeg lever i (Kvarv 2010).

3.2 VALG OG BESKRIVELSE AV METODE

3.2.1 kvalitativ forskning

Malterud (2011) forteller oss at kunnskap består av mer enn det som kan veies og måles. I medisinsk kunnskap inngår blant annet menneskers opplevelser og erfaringer med sykdom, helse, og møter med helsevesenet. Ringdal (2013) sier at kvalitative metoder gir oss beskrivelser av virkeligheten i form av tekster. Han forteller videre at i motsetning til kvantitative metoders krav til relativt store antall enheter, kan kvalitativ forskning baseres på få enheter eller informanter. En kvalitativ metode er særlig godt egnet når det utføres utforskende undersøkelser av fenomener det i liten grad er forsket på (Ringdal 2013). Kvalitative metoder består av et bredt spekter av strategier for innhenting, organisering og tolkning av tekstmateriale, som kan bidra til å beskrive bredde og nyanser i fenomener slik det oppleves for de involverte (Malterud 2011). Kvalitative metoder er godt egnet for å forske på menneskelige erfaringer, opplevelser, betydning og atferd og kan styrke vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør (Malterud 2011).

Da jeg hadde til hensikt å se på rusmisbrukeres kontakt med og opplevelse av egen kropp, både med og uten påvirkning fra rusmidler, var det naturlig å velge en kvalitativ tilnærming til forskningen min. For å kunne innhente informasjon fra informantene for å svare på problemstillingen, anså jeg det som mest hensiktsmessig å benytte meg av intervju som datainnsamlingsmetode.

3.2.2 Intervju som forskningsmetode

Forskningsintervjuet bygger på hverdagslige samtaler, men er en profesjonell samtale hvor det konstrueres kunnskap ut av samspillet mellom forsker og informant (Kvale, Brinkmann et al. 2009). Hensikten med et samtale eller dybdeintervju, er å innhente informasjon. Den som intervjues ses på som en kilde til kunnskap og livserfaring innen det temaet som forskeren ønsker å belyse (Ringdal 2013). Intervju som metode kan belyse fenomener vi ikke er i stand til å observere selv, som tanker, følelser og intensjoner (Patton 2002). Et semistrukturert livsverden intervju benytter seg av en intervjuguide som har forhåndsdefinert bestemte tema, og i noen tilfeller konkrete spørsmål. Dette sikrer at man følger de samme temaene i alle intervjuene, samtidig som forskeren er fri til å utforske og kaste lys over den aktuelle informantens historie (Patton 2002). Det søkes etter nyanserte beskrivelser fortalt med et normalt språk. Intervjueren forsøker å få informantene til å beskrive sine opplevelser, følelser og handlinger så rikt og nøyaktig som mulig. Dette oppnås best ved at intervjueren lytter oppmerksomt og viser interesse, forståelse og respekt for informantene og deres opplevelser. (Kvale, Brinkmann et al. 2009). Antallet informanter som er nødvendig i en undersøkelse vil variere, avhengig av formålet med studien. I noen tilfeller kan det være tilstrekkelig med bare en informant i en studie, men det kan ofte være sikrest å intervju noen flere for å oppnå et mer pålitelig resultat (Ringdal 2013).

3.2.3 Utforming av intervjuguide

En god kontakt mellom forsker og informant kan bidra til å holde samtalen flytende, og hjelpe informanten til å føle seg komfortabel med å dele sine opplevelser og følelser (Kvale, Brinkmann et al. 2009). Både Kvale (2009) og Malterud (2011) fremhever viktigheten av at vi som forskere forholder oss åpne og mest mulig fordomsfri til det informantene har å fortelle. Samtidig er det greit å ha en viss rød trå gjennom intervjuet som sikrer at informasjonen som kommer fram er relevant for temaet i forskningsoppgaven. Jeg ønsket å være mest mulig åpen for hva informantene ville meddele, men som nybegynner innen både intervju og forskning følte det betryggende å ha en intervjuguide og forholde seg til. Denne hjalp meg å tenke nøye

over hvordan jeg disponerte tiden jeg hadde til rådighet, og at jeg holdt meg til aktuelt tema (Patton 2002). Jeg satte opp mange foreløpige spørsmål om hva jeg lurte på og ønsket belyst. Disse ble snudd og vendt på mange ganger og endte til slutt opp som en intervjuguide bestående av 3 overordnede tema, med tre til seks underspørsmål. Intervjuguiden ble sendt inn sammen med forespørsel om godkjenning av forskning til etisk komite og godkjent der. Den ble derfor ikke justert noe underveis mellom intervjuene. Intervjuguiden slik den så ut etter endelig godkjenning fra Regional Etisk Komite (REK) er lagt ved som vedlegg 1.

Intervjuguiden var delt inn i tre hovedtema basert på oppgavens problemstilling. Hovedtemaene var:

1. Beskrivelse av kontakt med egen kropp. - hvordan oppleves kroppen? – hva kjennes i kroppen?
2. Endring av kontakt med egen kropp. - har det oppstått endringer i kroppsopplevelser; før og etter avrusning?
3. Betydningen av kontakt med egen kropp. - Hvilken innvirkning har det på deg å ha endret/økt kontakt med egen kropp?

De tre kategoriene fungerte som hovedstruktur i intervjuene, men var ikke absolutt enerådende. I de tilfellene informantene selv ønsket å styre sin historie, lot jeg dem gjøre det, og passet da på å få med de temaene og spørsmålene som ikke naturlig kom opp under fortellingen.

3.3 UTVALG

3.3.1 Inklusjonskriterier for valg av informant

I kvalitativ forskning er det vanlig å benytte seg av et strategisk utvalg av informanter. Det vil si informanter vi tror kan bidra med relevant og innholdsrikt datamateriale, slik at det innsamlede materialet vårt har best mulig potensiale til å belyse problemstillingen vår (Malterud 2011). I startfasen av arbeidet var mitt opprinnelige ønske å inkludere opp til ti informanter. Dette for å få en størst mulig bredde og variasjon blant informantene og i sikte mot et ønske om å publisere resultatene i en

artikkel. Dette viste seg svært vanskelig innenfor tidsrammen på oppgaven og de generelle ressursene til arbeidet. Til slutt ble tre informanter inkludert før det ble vedtatt å avslutte innhenting av flere intervju, for å få ferdigstilt oppgaven.

Inklusjonskriteriene var som følger:

For å kunne være deltaker i studien måtte vedkommende ha blitt diagnosert med en avhengighetslidelse, en eller annen gang i løpet av livet. Det kunne være kort eller lang tid siden misbruket forekom, og lengde på rusmisbruket var ikke av betydning. Type rusmisbruk var heller ikke viktig. Misbruk av både legemiddelforskrevne preparater, så vel som illegale rusmidler kunne inkluderes. Informanten måtte på tidspunktet intervjuet ble holdt ha gått gjennom en avrusning, og være ansett som rusfri. Det ble likevel gjort unntak for pasienter som mottok legemiddelassistert rusbehandling (LAR). I disse tilfellene skulle overlege på Kortidsenhet Rus, Salten Distriktpsykiatriske Senter, Dr.med Barbara Backmann, avgjøre om medisindosen var tilstrekkelig lav til at det ble vurdert at pasienten kunne ha tilstrekkelig kontakt i kroppen til å svare på spørsmålene. Dette fordi LAR preparatene har smertestillende effekt, og brukt i høy dose må anses å forhindre en tilstrekkelig adekvat kroppskontakt behøvd i denne studien. Opprinnelig ønsket jeg å intervju pasienter mens de var innlagt for rusbehandling, men dette ble ikke godkjent av Regional Etisk Komite (REK). Det ble derfor et kriteriet at alle informantene var utskrevet fra alle typer rusbehandlingsinstitusjoner. Det ble ikke satt noen kriterier for alder eller kjønn, men det var selvsagt en forutsetning at informantene var myndig/samtykkekompetent.

3.3.2 Rekruttering

Det ble søkt om og innvilget godkjenning fra REK for å rekruttere pasienter via ansvarlig behandlere på Kortidsenhet Rus, Rusteamet og LAR ved Salten Distriktpsykiatriske Senter, Nordlandssykehuset. Kriteriet satt var at jeg ikke kunne rekruttere pasienter mens de var innlagt ved enheten, men at de kunne informeres om studien og så kontakte meg etter utskrivelse om de ønsket å delta. Fire informanter mottok informasjon om studien, og takket ja til å delta. Av disse droppet en informant ut. Vedkommende tok kontakt med meg dagen før intervjuet og avlyste, da hun ikke

kunne forlate jobben sin. Etter dette var det ikke mulig å få kontakt med vedkommende før etter opptakene av intervjuene var avsluttet. Hun gav da uttrykk for at hun gjerne skulle ha vært med, men ikke kunne den dagen og etter det glemte hun det bort. De øvrige tre som fikk informasjon og takket ja ble rekruttert på følgende vis:

1. Første informant som ble intervjuet ble henvist til meg av Ottar Bjerkeset, lærer ved Høgskolen i Nord-Trøndelag, avdeling for Helsefag. Lærer ved masterstudiet i psykisk helsearbeid.
2. Andre informant som ble intervjuet har tidligere vært innlagt ved Rusinstitusjon innen Helse-Nord. Hun kjente til studien og ønsket å delta. Hun tok selv kontakt med forsker etter at hun var ferdig behandlet.
3. Tredje informant som ble intervjuet tok kontakt med meg via telefon. Hun hadde hørt om studien min via en av mine kolleger ved Kortidsenhet Rus, og ønsket å delta. Hun har ellers ingen tilknytning til enheten.

Alle informantene mottok informasjonsskriv om studien som var utarbeidet av meg og godkjent av REK. (Se vedlegg 2). De fikk utlevert samtykkeskjema både sammen med informasjonsskrivet, men det ble også medbrakt av meg til intervjuene. Samtlige samtykkeskjema ble undertegnet før intervjuet begynte. Tidspunkt for intervjuene ble avtalt via mail eller telefonkontakt. Samtlige informanter mottok informasjon om at de kunne kontakte både meg og Kortidsenhet Rus, hvis det skulle oppstå et ønske eller behov for å prate mer med meg, eller annet helsepersonell med erfaring fra rusfeltet. En informant tok kontakt med meg i ettertid for å fortelle om hvordan hun hadde opplevd intervjuet, og hva det hadde satt i gang av tankevirksomhet i ettertid. Dessverre rakk jeg ikke å ta opp denne samtalen og inkludere det i datamaterialet.

3.4 DATAINNSAMLING

3.4.1 Intervjusituasjonene

Alle intervjuene ble gjennomført våren 2015. Første Intervju ble utført i Januar, på et hotellrom på informantens hjemplass. Intervjuet varte 46 minutter. Andre og tredje intervjuet ble holdt på mitt kontor på Nordlandssykehuset. Disse intervjuene ble holdt i mars og juni, og varte henholdsvis 33 minutter og 1 time og 22 minutter. Alle

intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Jeg satte på både telefon og egen diktafon under alle intervjuene. Diktafonen tok opp ved alle tre tilfellene og hadde klar og god lyd kvalitet. Mobilen hadde slått av opptak på en av intervjuene. Det ble valgt å bruke opptaket på diktafon, og lydfil fra telefon ble slettet umiddelbart etter at lydfil fra diktafon var tatt sikkerhetskopi av. Før vi startet intervjuet ble det i alle tre tilfeller dobbeltsjekket at informert samtykkeskjema var signert. De ble også nå informert om at de kunne ta kontakt med meg når som helst, hvis de ønsket å prate om noe i ettertid av intervjuet.

Alle informantene uttrykte at de syntes det var bra at jeg forsket på akkurat dette temaet, og at de var glad for å kunne bidra. En av informantene gav uttrykk for at hun ble sliten etter at opptaket var stoppet, men at det var godt å få pratet om det. I ettertid tok hun kontakt med meg på telefon, og fortalte at intervjuet hadde satt i gang en tankeprosess hos henne om kroppen. Hun hadde ikke tenkt over kroppens del i sykdommen og behandlingen i så stor grad tidligere. Jeg oppfattet at hun var blitt tatt litt på senga og reagert sterkere enn hun hadde tenkt selv i forkant, men at det gikk bra med henne. Hun bare ønsket at jeg skulle vite om det som en del av forskningen, og for mitt arbeid videre i rusomsorgen.

3.4.2 Erfaringer med intervjusituasjonene

I forkant av intervjuene gjorde jeg et prøveintervju på en kollega. Dette for å få øvd meg på intervjusituasjonen, å lære meg intervjuguiden mest mulig utenat og få erfaringene med å intervjuer om temaet direkte forut for de reelle intervjuene. Dette ble tatt opp på bånd, men ikke transkribert ut. For øvrig var intervjuet holdt mest mulig autentisk for å gi best mulig læring. Dette følte jeg var en god forberedelse til første intervju. I ettertid ser jeg at det hadde vært hensiktsmessig og også gjennomført et prøveintervju på en person utenfor helsevesenet, for slik å kunne avdekket eventuelle uklarheter i spørsmålene.

Jeg opplevde en god stemning, med gjensidig høflighet, respekt og humor fra begge sider, under alle intervjuene. Selv om jeg opplevde en viss form for nervøsitet og spenning i forkant av intervjuene, følte jeg at stemningen under alle intervjuene ble

mer avslappet og åpen. Alle intervjuene startet med at jeg fortalte litt om intervjusituasjonen, og informerte om at samtalene ville bli tatt opp på bånd. Jeg fortsatte med å fortelle at jeg hadde en oppsatt intervjuguide med spørsmål, men at disse var ment som en veiledning for å holde en rød tråd, og at de stor fritt til å fortelle sin historie slik de måtte ønske. I de tilfellene informantene fortalte historien sin på eget initiativ, spurte jeg spørsmål innimellom for å oppklare uklarheter, få mer informasjon om noe de fortalte, eller for å sikre at jeg hadde fått svar innenfor alle temaene i min intervjuguide. Jeg hadde tenkt å ta notater underveis i intervjuene, men dette ble ikke gjort. Dette fordi jeg følte det ble ødeleggende for samtalen, da det skapte unaturlige stopp i dialogen. Jeg valgte derfor i alle tre tilfellene og legge bort blokken min, og heller fokusere oppmerksomheten min på informanten og deres historie. Jeg opplevde at alle informantene var åpne og ærlige i sine fortellinger, og at de hadde en genuin interesse, og ønske om å delta i studien for å bidra med sin kunnskap. Jeg opplevde det som vanskelig for meg å legge bort intervjuguiden helt. Dette var den røde tråden jeg hadde laget på forhånd, og fått godkjent av REK. Jeg var også redd for å få for sprikende svar, og ulike tema hvis jeg ikke hadde den med meg som rettesnor under intervjuene. På slutten av hvert intervju når jeg følte at jeg hadde fått svar på spørsmålene i intervjuguiden, fikk alle informantene et åpent spørsmål om de hadde fått fortalt det de ønsket. De ble oppfordret til å dele det de ønsket jeg skulle vite om rus og kropp, både for studien sitt vedkommende, men også til meg som fysioterapeut innen fagfeltet. Ideelt sett ville det vært gunstig om jeg på slutten av intervjuet hadde oppsummert hva vi hadde pratet om, og fått en bekreftelse fra informantene på at det jeg hadde oppfattet var det de hadde ment å si. Men etter hvert intervju opplevde jeg å være mett på kunnskap og opplevelser, og hadde problemer med å kunne gjengi historien der og da. Jeg opplevde en tretthet som gjorde at jeg følte meg helt tom for ideer og spørsmål. Jeg valgte da å takke for deres bidrag, og fikk bekreftet fra alle tre at jeg kunne kontakte dem igjen hvis jeg lurte på noe. Jeg var svært takknemlig for at informantene brukte av sin tid og delte sine opplevelser med meg.

3.5 TRANSKRIBERING

3.5.1 Generelt om transkribering

I kvalitativ forskning må innsamlet datamateriale omformes til tekst. Dette er nødvendig for å kunne bearbeide materialet systematisk (Kvale, Brinkmann et al. 2009). Malterud (2011) påpeker viktigheten av å ikke forveksle de transkriberte datamaterialet med virkeligheten. Selv den mest nøyaktige transkripsjon vil aldri gi oss mer enn et avgrenset bilde av det vi studerer, og at mening går tapt eller blir forvrengt underveis. Det er også viktig å være oppmerksom på at en mest mulig ordrett skriftliggjøring av muntlig språk, i verste fall kan latterliggjøre informantene (Malterud 2011). Jeg har valgt å følge det Malterud kaller slightly modified verbatim mode. Her blir teksten redigert i noen grad under utskriften, men hvor fokuset holdes på innholdet i det som blir fortalt, heller enn hvordan det fortelles (Malterud 2011) .

3.5.2 Egen transkripsjon og erfaringer med dette

Jeg valgte å transkribere alle intervjuene selv. Dette både av kostnadseffektive grunner, men også da det var viktig for meg å få en tidlig tilgang til materialet. Her fikk jeg mulighet til å gjenoppleve selve intervjusituasjonen, og oppklare eventuelle uklarheter i samtalen som kunne ha betydning for meningen i teksten (Malterud 2011). Et annet viktig moment for å transkribere selv, var at da kunne jeg starte umiddelbart med meningsanalysen av hva som ble sagt (Kvale, Brinkmann et al. 2009).

Selve transkriberingen oppfattet jeg som lite teknisk krevende. Lydopptakene fra alle tre intervjuene var av god kvalitet, det var lett å oppfatte hva som ble sagt. På to av intervjuene var der noen sekunder med skurring i lyden, men dette var ikke til hinder for å oppfatte innholdet. Jeg behersker touch skrivemetoden godt, og dette reduserte nok tiden det tok å transkribere betraktelig. Jeg valgte å ta sikkerhetskopi av lydopptakene, for så å bruke diktafonen for avspilling av intervjuet under transkripsjonen. Jeg brukte da head sett koblet til diktafon, og start stopp funksjon under avspilling. Under transkripsjonen hørte jeg først gjennom et avsnitt/spørsmål kun for å lytte til hva som ble sagt, og repeterte så avsnittet når jeg tok avskrift. Jeg valte å analysere intervjuet noe underveis i transkripsjonen. Dette fordi intervjuene

besto av til tider mange ufullstendige setninger, og mange muntlige fyll og dialektord. For å gi teksten en mer fullstendig mening og lette analysen senere ble svarene gjennomgått flere ganger, og setningene satt sammen til å gi fullstendig meningsbærende setninger. Korte fyllord og små pauser når informanten vurderte hvordan hun skulle legge fram svaret sitt, ble kuttet for å gi en mer helhetlig tekst. Pauser i svarene som ble tolket som at informanten trengte tid for å samle seg, eller tenkte over hva hun egentlig mente har blitt beholdt. Endringer i toneleie, latter og andre følelsesmessige uttrykk har også blitt beholdt i transkripsjonen.

Intervjuene ble av varierende lengde, på henholdsvis 10, 14 og 23 sider med 1,15 linjeavstand og skriftstørrelse 14. linjeavstand og skriftstørrelse ble valgt da dette ble oppfattet av forskeren som det mest lettleste i analyse på pc.

Alle informantene og forskeren snakket dialekt. Jeg valgte derfor å oversette dialekt til bokmål i transkripsjonen. Dette både for å anonymisere informant, men også gjøre språket mer forståelig i analysen. Samtlige dialekter er godt kjent for forskeren.

3.6 ANALYSE

3.6.1 Generelt om analyse

Analysen i en kvalitativ forskning har som mål å lede fram nye beskrivelser, begreper, eller nye teoretiske modeller ut ifra innhentet datamateriale om fenomenet som blir studert (Malterud 2011). Det kan være nyttig å ta stilling til hvilket ambisjonsnivå analysen legges opp mot, men det er problemstillingen som bestemmer hvilket nivå som er mest relevant. Kan svarene vi fikk i intervjuene best formuleres i form av beskrivelser, begreper eller teoretiske modeller. Utvalget og materialet representerer her mulighetene og begrensningene for dette. Utvikling av nye teorier er ikke mer høyverdig eller mer kvalitativt enn de andre analysenivåene, og det vil ofte være urealistisk å tenke teoriutvikling før vi har sett på beskrivelser og begreper i lys av teoretisk og empirisk refleksjon (Malterud 2011). Rådataene fra intervjuene skal bearbeides på en systematisk og reflektert måte, for å framskaffe resultater om fenomenet som ble undersøkt. Dette krever systematisk kritisk refleksjon, hvor man tar for seg problemstillingen og ser på materialet i lys av denne for å avdekke mønster

og kjennetegn. En gjennomarbeidet og veldokumentert analyse skiller den vitenskapelige tilnærmingen fra overfladisk synsing (Malterud 2011).

3.6.2 Valg av analysestrategi: Systematisk tekstkondensering

Malterud (2011) forteller at all vitenskapelig analyse krever en eller annen form for filtrering og reduksjon. De fleste anbefalinger om analyse av kvalitative data bygger på dekontekstualisering, og rekontekstualisering. Dekontekstualisering tillater oss å trekke ut deler av tekstmaterialet, og se nærmere på det sammen med andre deler som sier noe om det samme temaet. I rekontekstualiseringen skal vi sikre oss at svarene vi fikk, fremdeles stemmer overens med den sammenhengen vi tok den ut fra. Idealene om helhetstenkning i kvalitative studier stiller krav til at forskeren viser lojalitet til informantenes opprinnelige utsagn og meninger (Malterud 2011). En analysemetode som har dette som prinsipp, er systematisk tekstkondensering. Denne metoden er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse, og modifisert av Kirsti Malterud. Systematisk tekstkondensering har i likhet med fenomenologisk analyse som mål å utvikle kunnskap om informantenes livsverden og erfaringen innen et bestemt felt (Malterud 2011). Da målet mitt med analysen var nettopp å fremheve informantenes erfaringer og opplevelse av kroppskontakt med og uten rus, anså jeg denne analysestrategien som godt egnet.

Prosedyren består av fire steg. Steg en er å gjøre seg kjent med materialet. Dette gjøres ved å lese gjennom samtlige sider tekst, og vurdere mulige tema som stikker seg fram. I dette steget er det viktig å jobbe aktivt for å midlertidig sette vår forforståelse, og teoretiske referanseramme på sidelinjen. I steg to skal vi organisere den delen av materialet som vi ønsker å se nærmere på. Skille relevant tekst fra irrelevant. Dette gjøres ved systematisk gjennomgang av all tekst, linje for linje, slik at vi får med oss all meningsbærende tekst sett i lys av temaene fra steg en, og vår problemstilling. Samtidig som vi tar notat av meningsbærende tekst, starter vi å systematisere meningsenhetene. Vi koder dem i ulike kategorier. I tredje steg skal vi systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen i en kategori. Vi organiserer innholdet i hver kategori inn i ulike

subkategorier. Videre lager vi et kondensat, et kunstig sitat basert på alle meningsbærende enhetene i hver subkategori, samtidig som vi beholder noen direkte sitater fra informantene, såkalte gullsitater. Det fjerde og siste steget består av rekontekstualiseringen. Her skal vi sammenfatte det vi har funnet, og skape beskrivelser av hvert tema i kategoriene og subkategoriene, basert på kondensatene og gullsitatene. I dette steget er det viktig å gå tilbake til den opprinnelige transkripsjonen, og forsikre oss om at beskrivelsene vår i de ulike subkategoriene er i overensstemmelse med den opprinnelige konteksten. Sammenfatningen må formidles på en måte som er lojal i forhold til informantenes utsagn (Malterud 2011).

3.6.3 Egen analyse

Jeg fulgte analyseprosedyren systematisk tekstkondensering. Da dette er første gang jeg benytter meg av analysemetoden, og første gang jeg analyserer intervju, valgte jeg å forholde meg så nøyaktig til metoden som mulig. For hvert trinn i analysen leste jeg gjennom metodeforklaringen i boken til Malterud (2011), før jeg tok fatt på analysen.

Jeg valgte også å høre gjennom lydfilene igjen, for å sikre at jeg hadde et friskt minne av informantenes fortellinger. Jeg følte at det var lettere å tyde informantens følelser i en lydfil, enn en skriftlig tekst. For å gjøre meg kjent med materialet gjorde jeg som Malterud (2011) sa, og leste gjennom alle transkripsjonene som en tekst. Jeg hadde på forhånd bestemt meg for å se helt bort ifra min forforståelse og forventning, og lese teksten med åpent sinn og se hva informantene hadde vektlagt. Underveis noterte jeg stikkord ved hver gjennomlesning, for så å se på disse sammen i ettertid og slik kom jeg fram til seks tema.

1. Kroppslige opplevelser / Kroppsopplevelser
2. endringer før/etter avrusning
3. følelser/emosjoner
4. relasjoner
5. sex

6. trening / fysisk aktivitet.

Opprinnelig var oppgaven tiltenkt analysert ved hjelp av nvivo10 datahjelpemiddel for kvalitativ analyse. Dette ble forkastet fordi jeg følte det ble for tidkrevende å lære seg å bruke programvaren. Fordi jeg personlig følte at det var lettere å lese og ta inn over seg tekst på papir heller enn pc, valgte jeg å fargekode de ulike tema på papirutskrift av intervjuene. Jeg gikk så tilbake til pc med dette, og kopierte de ulike meningsbærende enhetene fra originaltranskripsjonen over i andre filer med tittel etter de ulike tema. Slik ble alle de meningsbærende enhetene fra alle 3 intervjuene sortert og delt inn i tema sammen.

På nåværende tidspunkt ble det klart at det var behov for å gjøre en del endringer. Temaet endringer ble tatt vekk som eget tema, og det ble opprettet en ny; ivaretagelse av seg selv. Når jeg så fortsatte jobbingen med trinn to med å systematisere meningsbærende enheter fra tema til koder, oppsto det en periode med stor frustrasjon. Jeg ble usikker på mitt valg av tema, om hvorvidt jeg hadde fokusert på de områdene av hva informantene faktisk hadde sagt som omhandlet min problemstilling, det jeg faktisk hadde som formål å få belyst. Det ble etter hvert klart for meg at inndelingen jeg hadde valgt ikke var fullt ut dekkende eller hensiktsmessig. Først og fremst følte det svært unaturlig å dele inn kroppsopplevelsene i fysisk kroppsopplevelse og følelser hver for seg. Disse store tema/kodene ble funnet å henge svært nært sammen. Videre ble det klart at det var nødvendig å dele disse to hovedtemaene inn i subkategorier. Det å innse at opprinnelig koding ikke føles rett og holder mål, opplevdes både frustrerende og oppklarende. Som utålmodig sjel var det tungt å akseptere at alt arbeidet som var lagt ned over mange timer, nå måtte gjøres om på, samtidig som det føles som det eneste rette etter analyseprosessen og innsikten i hva informantene har vektlagt. 3 skritt fram og 2 tilbake som det står i metodeboka (Malterud 2011).

Videre gjennomgang av de opprinnelige temaene fra første inndeling, og systematisering av informasjonen etter nye kategorier og subkategorier ble gjennomført. Alle meningsenhetene ble fordelt i de nye kategoriene og subkategoriene. Som på daværende tidspunkt var inndelt slik:

- ❖ Opplevelse av egen kropp:
 - Kontakt i kroppen.
 - Opplevelse av kroppen i hverdagen.
 - Positiv kroppsopplevelse.
- ❖ Rusens innvirkning på livet og kroppen:
 - Hvordan oppleves kroppen ruset?
 - Ivaretagelse av egen kropp og helse.
 - Relasjoner
- ❖ Kroppen en kilde til informasjon og velvære:
 - Kroppen under avrusning.
 - Behandling og sanseopplevelser.
 - Trening.
 - Sex.
- ❖ Veien videre:
 - Betydningen av kropp i behandlingen.
 - Den rusfrie kroppen.
 - Kan kroppen bidra til rusfrihet i framtiden?

Underveis i arbeidet med de nye kategoriene og kondenseringen, ble det naturlig og gjøre ytterligere justeringer innen hver kategori og subkategori som reduserte både antallet kategorier og subkategorier. Dette følte mer naturlig og korrekt både i forhold til min forståelse av temaet, og i forhold til informantenes måte å fortelle om sin opplevelse av kroppen og kontakten i denne. De nye kategoriene ble gått gjennom og sett opp mot opprinnelig intervju. Da kategoriene og subkategoriene skulle kondenseres tok jeg som anbefalt av Malterud (2011) og satte i gang med den kategorien som gav meg mest personlig; opplevelse av egen kropp. Dette er nøkkelkategorien i mitt arbeid, hvor jeg føler at mye av betydningen av mitt arbeid ligger.

Den endelige inndelingen av kategorier og subkategorier ble:

- ❖ Opplevelse av egen kropp:
 - Kontakt i kroppen og opplevelse av kroppen i hverdagen.
 - Positiv kroppsopplevelse.

- ❖ Rusens innvirkning:
 - Hvordan oppleves kroppen ruset?
 - Ivaretagelse av egen kropp, helse og relasjoner.
- ❖ Kroppen en kilde til informasjon og velvære:
 - Behandling, sanseopplevelser og trening.

Benevnelsene etter steg fire bar enda med seg den tidlige inndelingen og ordlyd. Dette ble gjort bevisst for å lettere holde oversikt underveis i analysen. Etter gjennomlesing av sammendragene og til presentasjonen i monografien ble overskriftene i hver kategori og subkategori endret til best å gjenspeile meningen i innholdet.

3.7 METODISKE OVERVEIELSER

Malterud (2011) forteller at kvalitativ forskningsmetode bare er en av mange veier som fører til vitenskapelig kunnskap. Hun forteller videre at det ikke er en bestemt forskningsmetode som bestemmer om kunnskapen som produseres holder mål, men hvordan vi som forskere ivaretar prosessen fra innhenting av data, prosesseringen av denne og resultatpresentasjonen (Malterud 2011). Med dette forstår jeg det slik at jeg som forsker må være nøye med å beskrive min studie slik at den kan etterprøves av andre. Det skal komme fram hvorfor jeg har valgt den metoden jeg har valgt, og de ulike stegene underveis i innsamling og bearbeiding av informasjon. Studien skal være så godt forklart at leseren skal kunne følge, og forstå forskerens valg (Malterud 2011). Dette har jeg forsøkt etter beste evne å forklare i metodekapittelet. Jeg vil nå se litt nærmere på noen punkter som kan ha påvirket kunnskapsutviklingen i min studie.

3.7.1 Forforståelse

Min forforståelse for oppgavens tema er todelt. For det første er jeg utdannet psykomotorisk fysioterapeut, og jobber ut ifra en innstilling om at kroppen er meningsbærende, erfarende, huskende og viktig. Jeg har jobbet med pasienter innen psykisk helse og rus i 8 år, og har da rukket å danne meg mange meninger om hvordan pasienter opplever kroppen sin, forholder seg til denne, og viktigheten av dette hos

tidligere pasienter. For det andre har jeg de siste 3 årene jobbet direkte med ruspasienter på en korttidsenhet for avrusning og behandling av rusmisbrukere. Dette vil ha farget mitt syn på både rusmisbrukere, og deres ivaretagelse av kropp og helse. Jeg har kunnskap om begge disse fagfeltene fra litteratur, undervisninger, egenerfaring fra praksis, veiledning i kollegagrupper og fortellinger fra tidligere pasienter. For meg personlig er det svært viktig å ha en god kontakt med min egen kropp. Dette er ikke noe jeg alltid vil klassifisere som hyggelig og behagelig, men alltid som nødvendig. Som psykomotorisk fysioterapeut er jeg opptatt av å være i dialog med kroppen min, for å lytte, og kunne ta hensyn til meg selv. Gjennom egenbehandling hos psykomotorisk fysioterapeut under videreutdanningen, fikk jeg erfare viktigheten av å kjenne etter for å kunne ivareta meg selv både fysisk og psykisk. Disse erfaringene har nok vært med på å farge meg i min utforming av både forskningsspørsmål og intervjuguide. Dette er noe jeg har vært oppmerksom på under hele studien, og jeg har aktivt gått inn for å forholde meg så nøytralt som mulig til hva informantene har sagt, og ikke dra noen konklusjon prematurt. Det er likevel ikke utelukkende negativt å forske på et fagfelt jeg har forhåndskunnskaper om, da det vil gi meg umiddelbar forståelse for flere fenomen, ord og uttrykk som en utenforstående ikke vil være i stand til å oppfatte (Thagaard 2009, Malterud 2011).

3.7.2 Utvalg

Informantene er valgt ut fra tidligere forklarte inklusjonskriterier. Å studere dette fenomenet uten et strategisk utvalg av informanter anser jeg som meningsløst. Det er likevel greit å tenke over hvilke kunnskaper og erfaringer disse pasientene sitter inne med, sett opp mot andre informanter med tilsvarende erfaringer. Utvalget består av bare tre deltakere. Dette kan være noe begrenset hvis det er ønskelig å se på resultatenes generaliserbarhet (Tjora 2012). Opplevelsene deres vil være farget av lengde på rusmisbruk, noe jeg ikke spurte etter, og hvor lenge det er siden de ble rusfri. At to av informantene bekrefter å ha gått i psykomotorisk behandling vil kunne øke deres kjennskap til terminologien, og gi dem en forforståelse for hva jeg kanskje er ute etter. En god opplevelse hos en annen fysioterapeut, vil kanskje bidra til at de ønsker å hjelpe meg i min studie. Men dette anser jeg ikke nødvendigvis som negativt.

Det er uheldig om de føler en forpliktelse til meg og min studie og utleverer historier de egentlig ikke ønsker, men det opplevde jeg ikke at var tilfelle. En av informantene har gått i psykomotorisk behandling hos meg. Jeg opplevde ikke at hun deltok i studien av plikt, men av ønske om å bidra til å belyse et tema vi begge følte var viktig. Hun ble informert om at hun når som helst kunne trekke seg fra studien, og at det ikke ville få innvirkning på vårt samarbeid ellers. Det som ble en utfordring for meg var å begrense meg til utelukkende hva hun hadde fortalt i intervjuet, og ikke legge til kunnskap jeg visste fra før. Dette var mest utfordrende i starten av studien og under transkriberingen. Etter at jeg tok valget om å riste av meg all annen forkunnskap og vurderinger, forholdt jeg meg til den transkriberte teksten som et selvstendig og frittstående materialet med større letthet. Jeg vil nok likevel råde andre til å ikke inkludere personer de kjenner fra før i en studie. Det ble innhentet tillatelse til å inkludere en av mine pasienter fra veileder og lærer.

3.7.3 Analyse

Utfordringene i analysen var å kunne jobbe med den transkriberte teksten, uten å prøve å knytte denne opp mot spørsmålene i intervjuguiden. Da var det til stor hjelp å forholde seg til metodeboken til Malterud (2011). Her ble vi ettertrykkelig oppfordret til å se materialet på nytt, og feste fokus på det som ble sagt og som kom frem fra teksten som viktig for informantene uavhengig av intervjuguiden. Dette ble lettere utover i analysen. Jeg opplevde likevel flere runder med frustrasjon, hvor jeg følte at jeg ikke hadde klart å frembringe svar på det jeg lurte på, og teorien jeg hadde sett for meg på forhånd. Løsningen ble for meg å starte hver analyse sesjon med å repetere fra Malterud (2011), de ulike stegene i analysen, og følge denne så trofast som jeg klarte. Da opplevde jeg at skuldrene senket seg og jeg aksepterte at det som ble rett for studien og analysen, også ville bli rett for meg til slutt. De teoretiske perspektivene ble så valgt på nytt i ettertid, for å belyse resultatene av analysen. Slik ble en god del teori og artikler hentet inn på forhånd forkastet.

3.7.4 Reliabilitet og validitet

Tjora (2012) forteller at de tre kriteriene reliabilitet, validitet og generaliserbarhet ofte brukes som indikatorer på kvalitet i et forskningsarbeid. I kvalitativ forskning ser vi at mange tar avstand fra validitetsbegrepet, og erkjenner at det eksisterer flere ulike versjoner av virkeligheten, som alle kan være gyldige. Vi kan derfor ikke ha som mål med valideringen av et forskningsarbeid, å bevise at vi har funnet sannheten (Malterud 2011). Som forsker er det ikke min oppgave å fastslå at funnene mine er sanne eller gyldige, men å gjøre rede for og vise at jeg har overveid rekkevidden av deres gyldighet, og kan gi en begrunnet fremstilling av hva de sier noe om (Kvale, Brinkmann et al. 2009, Malterud 2011).

Det som er viktig under en slik studie er å holde et åpent og kritisk blikk på forskningen min som helhet. Hvis ikke framgangsmåten min i studien med hensyn på valg av metode, innhenting av data og analyse er tilstrekkelig relevant til å belyse problemstillingen min, kan jeg heller ikke forvente at resultatene mine vil være tilstrekkelig gyldige til å svare på problemstillingen min (Kvale, Brinkmann et al. 2009).

Reliabiliteten i en studie viser til resultatenes konsistens og troverdighet, og stiller spørsmål om en annen forsker på et annet tidspunkt ville kunne reprodusere svarene jeg har fått i min forskning (Kvale, Brinkmann et al. 2009, Thagaard 2009). Jeg har forsøkt så godt jeg kan å gjøre rede for min forforståelse, tanker omkring fenomenet jeg har studert, valg av kvalitativ forskning, datainnhentingsmetode, strategisk utvalg av informanter og intervjuguide. Således skal forskningen min ligge godt til rette for å kunne reproduseres hvis ønskelig. Det er likevel alltid vanskelig å skulle reprodusere kunnskap hvor medmenneskelige faktorer spiller inn. Min kjennskap til fagfeltet, at informantene visste jeg var psykomotorisk fysioterapeut med erfaring fra å jobbe med pasienter med lik historikk som dem, og at jeg er kvinne som intervjuet kvinner vil være medvirkende til historiene som ble fortalt. Det kan være tenkelig at en kvinnelig informant ikke like lett ville delt intime detaljer med en mannlig forsker, eller en forsker utenfor helsevesenet. Noe som også kan virke inn på oppgavens reliabilitet er selve intervjuet. Det som oftest kritiseres i intervjustudier er om hvorvidt ledende spørsmål kan være årsak til resultatet som foreligger (Kvale, Brinkmann et al. 2009). Jeg forsøkte så godt jeg evnet underveis i utformingen av intervjuguide og holde

spørsmålene åpne, og ikke for ledende. Samtidig som jeg ønsket å styre informantene inn på noen konkrete tema jeg ønsket å få belyst. Jeg forsøkte underveis i intervjuet å verifisere svar fra informantene ved å gjentfortelle til dem hva jeg hadde oppfattet, eller spørre utdypende spørsmål om hva de hadde ment ved et bestemt utsagn. Transkriberingen av alle intervjuene ble gjort av meg. Dette vil styrke validiteten, da det er samme person som har tolket meningen og betydningen i det som ble sagt. Forforståelse og fordommer vil være identiske ved alle tre transkripsjonene. Også under analysen har jeg gjort mitt ytterste for å følge hva informantene har sagt, og ikke hva jeg eventuelt ønsket at de skulle si. Jeg har som problemstilling å se på hvordan rusmisbrukere opplever kontakt med egen kropp, og hva dette betyr for dem. Jeg har således intet konkret svarretning jeg ønsker å oppnå, utelukkende å få belyst deres opplevelser på godt og vondt, og alle svar var for meg like gode og verdifulle. Validitetsbegrepet her blir å se på hvorvidt metodene jeg har brukt har vært egnet for å svare på min problemstilling, noe jeg følte det har vært.

3.8 ETISKE BETRAKTNINGER

Alle studier som omfatter mennesker skal følge etiske prinsipper som er fastlagt i Helsinkideklarasjonen, og vedtatt av Verdens Legeforening [World Medical Association] (WMA 2015) (Etikkom 2015). Den innebærer blant annet at forsker må kjenne til de nasjonale etiske regler, og lovgivning som omfatter forskning (Lovdata 2008). Før oppstart av studien ble det utarbeidet en forskningsprotokoll som ble framlagt for Regional Etisk komite (REK). I første utkast ble denne behandlet ved REK Sør-Øst. I denne søknaden ble det opprinnelig lagt fram forespørsel om å intervju inneliggende pasienter ved en rusenhet i Nordland. Dette ble avvist. I denne tilbakemeldingen ble det lagt vekt på at inneliggende pasienter var i en for sårbar situasjon, til at en slik studie kunne tillates. Studien ble da endret på, og en ny Søknad ble sendt inn hvor det ble forespurt å intervju ruspasienter etter utskrivelse fra døgnbehandling. Intervjuguiden og tema var ved all hovedsak det samme som i første REK-søknad. Denne gangen ble søknaden behandlet ved REK Midt. Vurderingen ble denne gang at de syntes det var viktig at det ble foretatt ytterligere forskning på området, og gav tillatelse mot at det ble gjort mindre justeringer i forhold til enkelte

punkter i søknaden (Vedlegg 3). Dette ble imøtekommet, endringene utført og endelig tillatelse til å gjennomføre studien ble gitt av REK Midt 23 september 2014 (Vedlegg 4).

Informantene ble kontaktet av ulike personer med kjennskap til studien og presentert studien muntlig. Når informantene tok kontakt med meg fikk de ytterligere informasjon om studien både muntlig og skriftlig (Vedlegg 2). Det ble vektlagt at studien var frivillig, og at de kunne trekke sitt skriftlige samtykke når som helst under studiens forløp uten at dette ville medføre noen konsekvenser for dem. Samtlige informanter gav skriftlig informert samtykke.

Det ble vurdert at risiko ved å delta i studien var lav, men at det er vanskelig å vite hva som kan avdekkes av glemte og undertrykte minner. Informanten kan risikere å bli sittende igjen med kunnskap om seg selv, den ikke var oppmerksom på før intervjuet (Patton 2002). REK Midt vurderte at mange av informantene kunne være i en sårbar posisjon når de skulle svare på spørsmål om fortiden og rusmisbruk. De ba om at det ble etablert en beredskapsplan med et døgnoperativt telefonnummer til en person med nødvendig kompetanse til å kunne tilby hjelp. Denne Beredskapsplanen ble opprettet, og samtlige informanter mottok informasjon om at de når som helst på døgnet kunne kontakte enten meg direkte på min private mobil, eller ta kontakt på vakttelefon til Korttidsenhet Rus ved Nordlandssykehuset. Dette er en avrusnings og rusbehandlingspost med døgnbemanning av kvalifisert helsepersonell. En informant kontaktet meg privat i ettertid. Jeg oppfattet ikke at hun gjorde det fordi hun trengte hjelp, men mer for at jeg skulle få informasjon om at hun hadde fått en sterkere reaksjon enn vi begge hadde forventet. Hun bekreftet at det gikk bra med henne, hun ville bare at all informasjon skulle komme fram og til nytte.

Gjennom alle ledd i studien fra intervju, bearbeiding av datamaterialet til presentasjon av resultater har jeg forsøkt å ivareta informantenes integritet, privatliv og budskap i størst mulig grad. All informasjon i presentasjonen, og videresendt materiale til veiledning har vært anonymisert. Alt materiale skriftlig, og på data har vært oppbevart enten nedlåst på sykehusets område, eller på pc beskyttet av brukernavn og passord. Det eksisterer ingen skriftlige materialer som er personidentifiserbare. En koblingsnøkkel ble brukt mellom personopplysninger og øvrig data. Denne eksisterer kun i skriftlig versjon, nedlåst på sykehusets område. All personidentifiserende

opplysninger og lydfiler vil bli tatt vare på, håndtert og destruert etter retningslinjer gitt av REK.

Jeg valgte å ikke å belønne informantene for deltakelse i studien. Dette for å forhindre at noen ble lokket til å delta i studien mot sin vilje, for å oppnå en gode utover å dele sin kunnskap.

4.0 RESULTAT

4.1 INNLEDNING

4.1.1 Presentasjonsform

I dette kapittelet presenteres resultatene som har kommet fram av analysen. Jeg har valgt å presentere funnene inndelt i tre kategorier for å gjøre resultatpresentasjonen mer oversiktlig for leseren. Resultatene er en tematisk beskrivelse av fenomener sett på tvers av intervjuene. I resultatene presenteres funnene fra samtlige intervjuer som en helhet rundt ett fenomen, uten at det knyttes direkte til en spesifikk informant. Det er valgt ut enkelte sitater for å belyse temaene med informantenes egne ord.

Drøftingen ble valgt å ikke følge lik inndeling i kategorier som resultatpresentasjonen. Dette fordi det følte kunstig og feilaktig å drøfte kategoriene hver for seg. Fenomenet belyst i intervjuene er informantenes opplevelse av egne kroppskontakt og betydningen av dette. Jeg valgte derfor å drøfte funnene i lys av problemstillingen og sett opp mot litteratur og annen forskning på feltet som en helhet.

4.1.2 Presentasjon av informantene

Informant 1:

Kvinne i tredveårene. Misbruk av alkohol. Rusfri over 10 år. Avrusning uten opphold på institusjon, men benyttet seg av selvhjelpsgruppe. Har gått i flere ulike behandlingsformer, inkludert psykomotorisk behandling.

Informant 2:

Kvinne i førtiårene. Hatt flere avrusningsopphold ved ulike døgneheter. Mest nylig innlagt døgnbehandling for avrusning og rusbehandling av alkoholavhengighet. Tidligere misbruk av amfetamin og ulike morfinpreparater. Rusfri 6 måneder. I behandling med LAR (Legemiddelassistert rusbehandling). Gått til flere behandlingsformer, inkludert psykomotorisk behandling.

Informant 3:

Kvinne i tredveårene. Misbruk av alkohol og ulike reseptbelagte medikamenter som har blitt lovlig forskrevet av lege. Rusfri 5 år. Avruset ved døgninstitusjon.

4.2 RESULTAT: OPPLEVELSE AV EGEN KROPP

I denne kategorien presenteres informantenes opplevelse av egen kropp. Hvordan de oppfatter og forstår egen kroppskontakt, og hva de legger fokus på ved opplevelse av kroppen sin. Jeg har bevisst holdt fokus i intervjuet rettet mot positive sider med kroppsopplevelse, da dette ble ansett som mindre belastende for informantene. Likevel har informantene selv presentert sider med kroppsopplevelsen de opplever som mindre positive og til tider direkte ubehagelige.

4.2.1 Kontakt i kroppen og opplevelse av kroppen i hverdagen

Informantene hadde alle ulike fokus på kroppskontakt og hvordan de opplevde kroppen sin i hverdagen, men alle mente de at det var svært viktig å være i kontakt med sin egen kropp, og klare å ta inn over seg hvordan kroppen føltes og opplevdes fra dag til dag.

Kroppskontakt gir informasjon

Alle informantene opplevde at en god kontakt i egen kropp bidro til at de tok bedre hensyn til seg selv. En informant fortalte at for henne var kroppskontakt hennes viktigste kilde til informasjon. Ved å kjenne etter hvordan hun hadde det i kroppen var hun i stand til å foreta valg om hvordan hun skulle legge opp dagen sin, og hvilke hensyn hun trengte å ta. Selv om hun syntes det ble enklere og enklere å forholde seg til det hun kjente i kroppen og prøvde å ta hensyn til det, forsøkte hun også å ikke la det styre alt. En annen informant fortalte at bevisstheten rundt kroppskontakt bidro til at hun ikke presset seg når hun begynte å få vondt i kroppen. En av informantene opplevde at kontakten i kroppen gjorde at hun kunne regulere seg selv i forhold til hva

hun skulle bruke energien sin på, styre fokuset sitt der det skulle være, og tillot henne å håndtere ting i livet bedre.

Kroppen er følelser

For to av informantene var kroppskontakt sterkt knyttet til følelseslivet. En informant hadde et særlig fokus på følelsene i knytning til kroppskontakt. Hun forteller om en ungdomstid som bærer preg av et sterkt kroppsfokus som endte i en spiseforstyrrelse. Hun ser for seg episoder fra tidligere hvor forholdet til egen kropp var styrt av hva hun så i speilet, og hvordan klærne satt på kroppen.

«Det jeg har forstått er at mitt misbruk handler om det å regulere følelser, regulere opp og nedturen og et behov for å kontrollere svingningene».

Hun mente selv at det var hennes mangel på følelsesmessig kompetanse som liten, som gjorde at hun begynte å håndtere følelsene med mat, og siden rusmidler. Hun mente det handlet om at hun ikke klarte å kjenne på følelsene, og heller flyktet fra dem. I dag opplever hun at hun har en helt annen kroppskontakt, hun tar signalene fra kroppen alvorlig og aksepterer dem. I dag føler hun at hun tørr å erkjenne følelsene for det de er, og være ærlig med seg selv. Hun kjenner på magefølelsen og jobber aktivt for å ha det bra i livet sitt. En annen informant forteller at hun tidligere ikke hadde så stor forståelse for følelser, og at det var gjennom kroppen hun lærte dette. Hun beskriver det som en åpenbaring av en ny verden, og ny mulighet for å bli kjent med seg selv.

Ikke alle opplevelser i kroppen er behagelige

Selv om alle informantene fremhever at de synes det er viktig å ha god kontakt med seg selv og kroppen, er de også enige i at dette ikke alltid føles godt eller positivt. Alle mener at det ikke er behagelig å kjenne på smerter og ubehag i kroppen, og at de opplever at kroppen fra tid til annen kan ta for stor del av oppmerksomheten. En

informant forteller om store spenninger og muskelsmerter, kombinert med en sterk uro i kroppen. Hun forteller om minner og opplevelser både fra nåtid og fortid som oppleves svært smertefullt, og at hun føler hun til tider blir helt handlingslammet og ute av stand til å forholde seg til disse. Da innrømmer hun at hun prøver å overse og blokkere dem ut, men at de hele tiden ruller i hodet hennes og plager henne. En annen informant fortalte om en kroppsopplevelse hun hadde når hun gikk gravid. I løpet av graviditeten regulerte hun følelsene sine med mat istedenfor alkohol. Hun beskriver opplevelsen av å gå gravid som grusom. Kroppen endret seg, og mennesker kommenterte at hun hadde lagt på seg. Hun beskriver fraværet av alkohol i denne perioden som et udekket behov man har

«Det var grusomt å gå og holde seg. Det var som om du må tisse, også får du ikke tisse».

Til tross for dette klarte hun seg gjennom graviditeten uten å misbruke rusmidler, noe hun er svært takknemlig for i dag. Til tross for at kroppskontakt og opplevelser i kroppen kan oppleves negativt til tider, var alle informantene enige om at de var takknemlig for at de hadde kontakt i egen kropp, og tilgang til informasjonen kroppen gav dem.

Samtlige informanter opplevde at kroppen var deres egen. Mens to av informantene primært fokuserte på kroppskontakt som fysisk kontakt i kropp, fokuserte en på kroppskontakt i brystet og hjertet, følelsene sine. Alle informantene opplevde at det har skjedd en endring i kroppskontakt og kroppsopplevelse fra tiden de ruset seg til nå. Og alle informantene mente at denne kontakten var gått i en positiv retning.

«Hvis man kobler på kroppen, så kobler man på livet. Det blir jo på godt og vondt, men jeg tror det er veldig viktig for å bli varig edru».

4.2.2 Positiv kroppsopplevelse

Alle tre informantene klarte å sette ord på og beskrive minst en positiv kroppsopplevelse. Disse opplevelsene knyttet til mange ulike situasjoner og varierte fra små hverdagslige ting, til mestring i ekstreme situasjoner.

Gode kroppserfaringer i relasjon til andre

Alle informantene forteller om positive kroppsopplevelser i relasjoner med andre. En informant vektlegger den positive kroppsopplevelsen i de små tingene i hverdagen, som inkluderer venner, kjærester og kontakt med dyr.

«Når jeg blir glad, da fyller det hele meg».

En annen av informantene forteller at noe som gir henne noe virkelig følelsesmessig sterkt, er å være ærlig og bruke sin erfaring om rus og avhengighet til å hjelpe andre, til å få dem til å forstå. To av informantene forteller om positiv kroppsopplevelse knyttet til sex. Den ene informanten forteller at kroppsopplevelser er blitt mer naturlig. Hun forteller hvor rart hun opplevde det å ha sex edru. Hvordan det er lett å drikke en flaske vin og ha sex, men hvor sårbar hun nå opplevde sexen, mindre hemningsløs på akkord med sine egne prinsipper. Det ble en økt nærhet og tilstedeværelse som bidro til å gjøre sex til en veldig fin opplevelse av kontakt med kroppen. Den andre informanten opplever sex som en positiv opplevelse, ikke bare selve sexen, men også velværefølelsen etterpå. Da føler hun seg tilfreds, avslappet og fornøyd. Dette forteller hun er en sjeldent følelse for henne.

Positiv kroppserfaring ved fysisk aktivitet og mestring

To av informantene viser til mestringsfølelse i forbindelse med trening. Den ene av informantene fremhever trening som en måte å oppnå positiv kroppsopplevelse. Etter å ha vært smertepåvirket lenge, opplevde hun at bare en treningsøkt bidro til å endre holdningen i kroppen positivt. Den andre informanten forteller en historie som hun

mener kan være ganske heftig og tar for seg deltakelse i et svært krevende hundeløp. Hun beskriver nervøsiteten, intensiteten og frykten i øyeblikket, samtidig som hun er fast bestemt på å gjennomføre løpet. Den bestemte følelsen gjør at hun mestrer angsten i situasjonen, bevarer roen og mestrer aktiviteten. Følelsen i øyeblikket og minnene i ettertid gjør at dette for henne har blitt en svært positiv opplevelse av kontakt i kroppen og mestring av å være i nået og ta kontrollen over situasjonen.

4.3 RESULTAT: RUSENS INNVIRKNING

4.3.1 Hvordan opplevdes kroppen ruset?

Samtlige informanter er enige om at opplevelsen av kroppen, kontakten med denne og omgivelsene rundt seg var ulikt i perioden de ruset seg, sammenliknet med hvordan de opplever det nå.

Rusens innvirkning på kroppens fysiologiske prosesser

En informant forteller at hvordan hun opplevde kroppen ruset var avhengig av hvilket rusmiddel hun hadde brukt. Ved bruk av morfinpreparater opplevde hun fysisk velbehag i kroppen og mental ro. Tankespinnet roet seg ned og kroppen slappet av. Tok hun amfetamin ble hun anspent, og ved bruk av alkohol opplevde hun at hun ble aggressiv, tenkte negative tanker og vred på ting som ble sagt. Først dagen etterpå når hun ble edru merket hun at tingene ikke var slik hun opplevde dem kvelden før. Hun opplevde morfinpreparatene som positive, mens de andre utelukkende var forbundet med negative, og vonde opplevelser. En annen informant opplevde å bli medisinerert for sin spiseforstyrrelse med en medisin som gav henne masse energi, og gjorde henne ukritisk. Denne medisinen påvirket også hennes reaksjon på alkohol, og gjorde henne hyperaktiv, samt førte til et økt alkohol sug. Hun forteller at hun hadde en flott samboer som hun helt plutselig forlot, og flyttet fra hjemstedet. For henne var dette helt utenkelig og irrasjonelt. I ettertid har hun sett at denne medisinen gjorde henne ustabil, og hun opplevde det som om hun endret personlighet. Videre ble hun medisinerert med atter nye medisiner som gjorde henne skjelven, fikk merkelige

drømmer og fikk søvnproblemer. Etter at hun startet på denne medisinen eskalerte alkoholkonsumet veldig, og søvnproblemene ble løst med en sovemedisin.

Rusens innvirkning på egen kroppsopplevelse

Alle informantene opplevde at inntak av rusmidler påvirket deres kontakt og opplevelse av kroppen. En informant forteller at hun ble veldig avstengt fra kroppen både følelsesmessig og kroppslig i perioden hun var ruset. Hun opplevde at hun mistet veldig kontrollen når hun drakk, at alkoholen tok overhånd og hun mistet egen vilje i handlingene. Hun forteller at hun kunne ha bestemt seg for å ikke drikke, for så plutselig hadde hun gjort det likevel. En annen informant forteller at hun brukte rusmidler for å flykte fra både fysiske og psykiske følelser i kroppen. Hun opplevde at kroppen ble satt på sidelinjen når hun ruset seg, hode og kropp var ikke samstemt, og hun opplevde at hun egentlig ikke hadde noe kontakt med sin egen kropp. Den siste av informantene opplevde at tiden som ruset bar preg av stor uro i kroppen. Hun hadde store problemer med å slappe av, eller konsentrere seg uten alkohol. Hun minnes å ha mye angst, være redd, sint og i beredskap hele tiden. I tiden hun misbrukte tabletter og alkohol hadde hun det mye vondt. Hun forteller at det handler om å kjempe for å leve.

«Man er ikke fri i forhold til seg selv. Du er i fangenskap når du er i rusen, du er jo lenket til avhengigheten din»

En informant husker at hun var mye fysisk dårlig når hun hadde drukket. Det kunne vedvare i flere dager, hvor hun lå kvalm og skalv med åpent vindu. I hennes prosess med å bli edru erfarte hun at dette fysiske ubehaget plaget henne mer og mer. Før hun var helt avruset, hadde hun en tid hvor hun holdt opp i lengre og lengre perioder. Da opplevde hun større grad av sanseintrykk, mer kontroll, mindre ubehag, og å ha det sosialt og morsomt uten å drikke alkohol. Dette var med på å motivere henne til å slutte helt å drikke. Hun forteller at noen mennesker har ruset seg nesten siden de var barn, og dermed kanskje ikke har kjent på stress eller vanlig hodepine på lang tid. Hun

minnes å bli fortalt at når man er et vanlig menneske så vil man oppleve dårlige dager, man vil erfare smerter, å være lei seg, glad og bekymret, men dette opplevde hun forsvant når hun ruset seg, det ble borte.

«Når vi blir edru, så begynner vi å oppdage livet på livets egne premisser. Helt vanlige ting kan jo oppleves som et slag i trynet, hvis man har ruset seg hele livet».

Rus sett i lys av samfunnsutvikling

To av informantene uttrykker frykt for tendensene i dagens samfunn til bruk av medikamenter og alkohol for å løse problemer, og som sosialt akseptabelt og forventet i sosiale settinger. En av informantene tenker at dagens drikkemønster er bekymringsfullt, ikke på grunn av store kvantum inntak på fest, men den jevne tilførselen over lang tid. Det er blitt økende vanlig å ta seg et glass vin eller to til middag, på sosiale samlinger med venner med mere. Ved et stadig jevnt inntak i moderate mengder, mener hun at det kanskje kan tenkes at man ikke lengre vil legge merke til hodepine, uro i kroppen og mange slike daglige ting som en edru person registrerer og forholder seg til. En annen informant vektlegger hennes reaksjon på alkohol i kombinasjon med forskrevne medikamenter. Hun er redd for at man rett og slett medisinerer bort sjelen til mennesker. Selv opplevde hun å få en normalisert oppførsel på alkohol da medisinene ble tatt bort. Hun følte det som en propp som ble tatt bort, gråt i timevis og begynte å kjenne på at slik ville hun ikke ha det, hun ville ikke være slik, hun ville være en sterk mamma. Uten medisinene begynte hun å få kontakt med seg selv følelsesmessig, og ble motivert til å motta hjelp. Dette følte hun ikke at hun var i stand til på medisinene. Uten medisinene og alkoholen var hun følelsesmessig tilgjengelig for terapien hun mottok på institusjonen.

4.3.2 Ivaretagelse av egen kropp, helse og relasjoner

Kroppen et ikke-objekt

Alle tre informantene forteller at deres evne og vilje til å ta vare på seg selv var sterkt redusert når de ruset seg. En informant forteller at kroppen ble en ikke greie, den forsvant for henne og var uvesentlig. Hun kan ikke huske at hun klarte å ha noe relasjon til egen kropp i ruset tilstand. Hun kan også fortelle at når hun var på sitt sykeste ble hun urenselig. Hun gav helt blaffen, tok ikke vekk gammel sminke før hun sminket seg på nytt og lot til tider være å dusje.

«Det er trist å tenke på at historien starter med at jeg er overopptatt med å se bra ut, også ender det opp med at man gir fullstendig f....».

En annen informant forteller at det hensynet hun tok til seg selv, var når hun kledde på seg for å gå ut på byen. Vel ute på byen ble hun veldig full, bråket og gjorde andre rundt seg flau. Også siste informant forteller at hun ikke brydde seg om kroppen sin når hun ruset seg. Hun opplevde seg selv på denne tiden som veldig selvsentrert, med sterkt fokus på egne smerter. To av informantene trekker frem seksualitet i forhold til å ta vare på seg selv. Den ene forteller at hun i ruspåvirket tilstand ble med menn hjem fra byen, mens den andre informanten trekker frem hvordan hun som kvinne brukte sex for å dempe konflikter med kjæresten etter alkoholstunts. Hvis det ble krangel og det ble snakk om å ende forholdet, brukte hun sex for å styre kjæresten sin. I ettertid kunne hun se hvor ofte hun hadde brukt sex på akkord med seg selv, og syntes det var veldig trist måte og bruke en fin ting.

Alene i rusen

Alle informantene fortalte at deres rusmisbruk hadde påvirket flere sosiale relasjoner negativt. Det gikk fra å oppleve at de var mer selvsentrert, til at de i rusen ikke var i stand til å registrere andre menneskers behov. En informant forteller at hun ikke tenkte over andre mennesker i det hele tatt, løy eller fortalte historier til venner for å få tak i penger. Dette fordi at i rusen var veldig mye av tankeaktiviteten på når hun

skulle ruse seg neste gang, og hvordan hun skulle få tak i nok å ruse seg på. Hun tror at mennesker som står nær folk som ruser seg ofte blir lei seg, bekymret eller føler seg tilsidesatt, fordi rusmisbrukere glemmer de rundt seg. Sykdommen tar all plassen slik at man ikke lengre er i stand til å fange opp hvis familie eller venner har det vondt eller har gode nyheter.

«Man glemmer, det er ikke bare at man glemmer, de andre menneskene blir borte».

Også en annen informant opplevde å få flere av sine sosiale relasjoner sterkt påvirket av rusmisbruket. Hun forteller at en samboer ble økende bekymret for hennes alkoholbruk og reaksjoner på alkohol. Han ble livredd for at hun skulle drikke i sosiale sammenkomster, og ønsket at hun skulle slutte totalt å drikke alkohol. Etter hvert tok forholdet slutt, fordi han ikke orket mere. Senere i livet som Mor opplevde hun at hun var distansert i forhold til sitt barn. Barnet var aldri tilstede når hun drakk, men dagen derpå når hun var fyllesyk, slapp og sliten. Hun minnes denne tiden som smertefull. Hvordan alt hun gjorde var mekanisk. Hun gjorde de tingene hun visste en mor burde gjøre, som ble forventet av samfunnet og hennes barn, men hun var ikke tilstede. Dette er svært vondt for henne nå, selv om hun har god kontakt og full omsorg for sitt barn.

Alle informantene opplever at de har det bedre i sine sosiale sammenhenger og relasjoner i dag. En informant merket at i løpet av avrusningen ble hun mer våken, mer tilstede, mer i nåtiden. En annen informant forteller at hun i dag er i stand til å fange opp hvis en venninne sliter og andre små og store ting rundt seg. Den siste av informantene forteller at hvis hun nå er sammen med andre som drikker og prater tull, føles det uvirkelig å tenke at hun selv har vært en av dem som frivillig ønsket og gjøre det mot seg selv. Hun føler nå at det er å degradere seg selv som menneske.

4.4 RESULTAT: BEHANDLING, SANSEOPPLEVELSE OG TRENING

Sterkere sammen?

To av informantene har gjennomført avrusningen sin på døgneheter som har spesialisert seg på rusbehandling, den siste har avruset seg selv ved hjelp av selvhjelpsgruppe, med fokus på rusbehandling. Alle tre informantene er likevel enige om at de ikke kunne gjort dette selv, og har satt sterk pris på tryggheten og hjelpen de har funnet ved å være i et fellesskap. Samtlige informanter var også enige i at det har vært positivt for dem å bli mer bevisst på egen kropp.

En informant fremhever de trygge rammene ved institusjonen, og at det hele tiden var mennesker rundt henne hun kunne prate med. Hun satte spesielt pris på at fokuset i samtalene ble flyttet fra å prate om rusmidler, til å fokusere på andre ting. Å få lov til å oppleve at hun kunne fungere på en ny måte, føler hun har bidratt til å gjøre henne mye bedre. Hun fremhever at hun fikk lære andre mestringsstrategier for å håndtere smerter, fokus på å behandle problemet og ikke døyve det ned. En annen informant som ikke gjennomførte avrusningen på behandlingsinstitusjon, følte likevel ikke at hun hadde gjort det på egenhånd. Hun forteller at mange på institusjon begynner i selvhjelpsgrupper mens de er innlagt og fortsetter etter utskrivelse, hun begynte i en slik gruppe direkte, og følte ikke at hun hadde klart seg uten.

Tilbake til kroppen gjennom sanseopplevelse og aktivitet

En av informantene forteller at hun har gått i en type behandling som ikke spesifikt omhandlet rus, psykomotorisk fysioterapi og annen behandling som inkluderte kropp og sanseopplevelser. Gjennom disse fant hun ut at for henne passet det veldig bra å gå i en behandling hvor kroppen er med. Hun fremhever spesielt sanseopplevelsene knyttet til kroppen som positive. Dette omfattet alt fra å sanse ute i naturen, gå barbeint i gresset, vasse tidlig på våren og bare være ute i naturen og oppleve den med hele seg, kjenne den friske lukten, høre og se og føle ulike underlag. Hun opplevde at dette vekket tilbake minner fra når hun var liten. Hun mente at man ikke nødvendigvis skal være barnslige, men det å lage snø engler, bade og oppleve naturen så lenge man er godt kledd er viktig for spesielt ruspasienter. Hun forteller at både hun og mange

andre rusmisbrukere har vært avlogget svært lenge, kanskje siden de var barn. Det å få erfare sanseopplevelser knyttet til kroppen, og så prate om det samtidig hjelper dem å skape bevissthet.

To av informantene har gått i psykomotorisk behandling og har opplevd dette som positivt i forhold til sin opplevelse av kropp og kroppskontakt. En av informantene forteller at hun og fysioterapeuten jobbet med fysisk kontakt og støtte i kroppen, i kombinasjon med samtale. Hun fremhever arbeidet med å oppleve støtte. Her satt de konkret ved siden av hverandre, eller rygg mot rygg, og støttet seg inntil hverandre. Denne fysiske støtten fra et annet menneske opplevde hun som både en følelsesmessig, og mental støtte. Hun forteller at hun ble tipset om at hun kunne bruke prinsippet med fysisk støtte opp mot vegg, eller et tre også.

Alle informantene opplevde at fysisk aktivitet og trening var positivt for dem. De var alle enige i at det er et viktig tilbud til pasienter i rusbehandling. Alle merket de at ønsket om å være mer aktiv økte under avrusning, selv om kroppen kunne føles sliten og trett. Alle fokuserte de på det å kunne fungere på en annen måte, bruke fysisk aktivitet til å oppleve mestring og en positiv kontakt med seg selv. De mente alle at svært mange rusmisbrukere ikke frivillig går ut og opplever naturen og trening på eget initiativ, og at det å få hjelp til å meste dette og oppleve den positive siden ved trening vil kunne styrke behandlingsoppholdet for mange. En informant mener at det å kunne kjenne på tung pust, og lære å se dette som en respons på trening heller enn angst vil være bra. Hun mente at treningsmulighetene var for få, og kunne tenkt seg et økt fokus på fysisk aktivitet i variert utvalg, fra turer i skogen til yoga. Alle informantene opplyser å være glad i trening, og at de har vært aktive hele livet. De forteller om alle mulige treningsformer fra sal og styrketrening, turer i skog og mark, til hundekjøring. En informant forteller om en økt velværefølelse i kroppen etter trening som ingen rus kan komme opp mot. Hun forteller at det er godt å kjenne at hun lever, at hun har en kropp. Hun forteller om en økt interesse for trening og det som er relatert til trening, og tenker det er viktig å være fokusert på at treningen skal være sunn og positiv, og ikke la det ta helt over. To av informantene forteller at treningen for dem har endret seg fra før til etter avrusning. Likt for dem begge er at treningen under rus bærer preg av stor kontroll og å tyne kroppen sin uavhengig av dagsform. Endringen har gått til at

de nå opplever å være mer tilstede i kroppen sin, og fokuset i treningen er på mestring og ivaretagelse av kropp og helse. Treningen bærer nå preg av hensyn til seg selv, og noe som gir glede og overskudd i hverdagen.

Bak teppet lurer andre erfaringer

Selv om alle informantene satte pris på å jobbe med økt kroppsbevissthet og trening setter en informant særlig fokus på forsiktighet. Hun mener det er lurt at alle kan få mulighet for å jobbe med kropp og sanser under avrusningen, men at man tar høyde for hva som kan bli avdekket i denne type behandling. Hun presiserer at noen rusmisbrukere kan ha store traumer med seg fra tidligere, og at det da kan oppleves kjempeskummelt å jobbe med kroppen og bli mer bevisst. Ubehag i form flash fra fortidens opplevelser, tanker og bitterhet kan bli såpass ubehagelige at noen ønsker å selvmedisinere seg med piller, eller alkohol. Men hun mener likevel til tross for dette at det kan være lurt at de får oppleve den tilgangen til informasjon som kroppen gir, så kan hver enkelt selv velge hvordan de ønsker å forholde seg til det. For som hun sier, skal de leve et edru liv, så vil de etter hvert oppleve og sanse både kropp og omgivelsene sine. Hun forteller videre at for noen vil det å bli edru være helt fantastisk, mens for andre som henne selv, var det å bli edru å oppdage alle problemene hun hadde. Det blir da viktig å gi veiledning og hjelp for å takle disse problemene og løse dem.

Alle informantene opplever at hvordan de forholder seg til kroppen sin og menneskene rundt dem har forandret seg fra når de var ruset til nå. Alle føler at de er mer tilstede i seg selv, har større grad kontroll og opplever å ha større grad av velvære med å være klar i hodet, og tilstede i livene sine. Alle er de også enige om at å kjenne seg selv og ha fått en økt kontakt med kroppen sin, vil bidra til at de vil holde seg rusfri i framtiden.

5.0 DRØFTING

Hvordan opplever informantene kontakt med egen kropp:

Ikke uventet ut fra min for forståelse som psykomotorisk fysioterapeut, var det ulike svar og betydninger om hvordan informantene opplevde kroppen sin, og kontakten i denne. Gjennom hele litteraturen finner vi ulike definisjoner på kroppsopplevelse, kroppsbevissthet og kontakt i kroppen. Det var viktig for meg å ikke legge noen føringer på informantene om hva jeg anså som korrekt informasjon, og de mottok derfor heller ingen begrepsavklaring eller retningslinje for hva jeg var ute etter. Ved noen anledninger spurte informantene om de hadde svart korrekt, og ble da møtt med at alt de sa var korrekt, og at jeg var ute etter deres opplevelse, ikke min forventning. Nettopp denne variasjonen i hvordan vi ser på oss selv, opplever oss selv, bruker oss selv og hva det har å si for oss i vår hverdag, er det som gjør jobben med mennesker så komplisert og spennende.

Alle informantene opplevde nå kroppen som sin egen og under deres kontroll, men dette hadde ikke alltid vært tilfelle. Flere hadde opplevd å miste kontroll over sin kropp, vilje og tanker under påvirkning av ulike rusmidler. Alle informantene anså det som viktig for dem å ha kontakt med kroppen sin i hverdagen, men det var variasjoner dem imellom om hvordan de opplevde kroppskontakt, og i hvilken grad de tok hensyn til det de kjente. Dette kan muligens forklares både som en følge av at de tre informantene er ulike individer, med ulik kapasitet og ønske om å jobbe med kontakt i kroppen, men også sett opp mot tiden som har gått siden de ble avruset. Det var store variasjoner på hvor lenge det var siden informanten ble avruset, fra 6 måneder til ti år. Alle rapporterte de endring i kroppskontakt og kroppsopplevelse ved avrusning, og tiden etterpå. Det vil da for meg være naturlig å tenke at det vil være en ny læringsprosess for kroppen etter avrusning, hvor den på ny kan oppleve verden rundt seg, nye sanseerfaringer som får mulighet til å dannes, tolkes og lagres i både kropp og sinn. Merleau-Ponty beskriver kroppen vår som en erfarende materie, en kropp som deltar i menneskelig og meningsskapende liv (Thornquist 2012). I en fenomenologisk tankeverden gir det mening at tiden etter avrusning vil bidra til nye kroppslige erfaringer, og en styrket kroppskontakt og opplevelse for informanten.

Den største forskjellen mellom hvordan informantene opplevde kroppskontakten var mellom kroppslige erfaringer, og følelsesmessige erfaringer. Dette er selve kjernen i dualismen. Enten er vi kropp, ellers er vi sinn. Nå tror jeg ikke forklaringen er fullt så enkelt eller dualistisk for mine informanter, og jeg forstår dem heller ikke dit at de tror de enten har en kropp, eller er en kropp. Snarere tror jeg dette gjenspeiler hvor de la fokuset og kjernen i sin kroppoppfatning. Thornquist og Bunkan (1995) sier i sin bok at det ikke eksisterer et klart skille mellom følelsesmessige, psykologiske og kroppslige reaksjoner. Mennesket er ikke kropp eller psyke, vi er alltid begge deler samtidig. To av informantene opplyste å ha gått i psykomotorisk fysioterapi, disse er også de som har fokusert sterkest på kroppskontakten som opplevelse av kroppslige fenomener og erfaringer. Siste informant har hatt en lang historie som hun beskriver med sterkt kroppsbilde fokus og spiseforstyrrelse. Det gir da mening for meg at hun i en frisk tilværelse av livet holder fokuset på den følelsesmessige komponenten av kroppsopplevelsen. Nå skal ikke jeg hevde hverken at jobbingen med psykomotorisk fysioterapi er årsaken til at de to første informantene opplevde kroppserfaringer mer som kroppsbevissthet, eller at siste informant ikke også er i kontakt med den mer naturvitenskapelige materielle kroppen, for det har jeg ikke noen holdepunkter for. Det er mye mulig også siste informant har jobbet mye med og har godt fokus på kroppslige funksjoner og opplevelser, så vel som den følelsesmessige delen. For meg blir dette et resultat av et utsagn jeg fikk høre på en forelesning om kroppslige innskifter av traume- og tapserfaring ved Nordlandssykehuset 30.11.15, av Dr.med Anna Luise Kirkengen; Vi har ikke ord i det norske språket for helhetlig kroppsopplevelse og forståelse. Hele vår medisinske utvikling til nå er basert på den dualistiske menneskeforståelsen. Vi har psykiatrien og somatikken, vi er mentale og følelsesmessige eller vi er kroppslige. Hvis vi som fagutøvere og helsevesen ikke har ord og uttrykk som tar inn over seg den helhetlige kroppsopplevelsen, hvordan kan vi da forvente det av våre pasienter?

Uansett hvordan de fokuserte og hadde kontakt med sin egen kropp, så opplevde alle informantene kroppen sin som en viktig del av seg selv og i sitt samspill med andre rundt seg. Alle informantene var enig i at kroppsopplevelse er viktig for dem. Kontakten i kroppen gav dem tilgang til informasjon om seg selv, hvordan de hadde

det, hvilke hensyn til måtte ta, og hvordan de skulle legge opp dagen i forhold til aktivitetsnivå og trening. De fremhever også at å være i kontakt med kroppen kan være både positivt og negativt. Alle bekreftet at kroppen kunne ta for stor plass i oppmerksomheten. Det ble trukket fram mange eksempler fra for stort fokus på kroppsbilde, smerter, ubehag, stress, angst og uro. Denne siden av kroppsopplevelsene ble i all hovedsak knyttet sterkere til hvordan de opplevde kroppen ruset. En informant fortalte at hun brukte rusmidler for å rømme fra minner og opplevelser fra både fortid og nåtid, mens en annen vendte seg til rusmidler for å regulere følelsene. Felles for disse er eksistensen av andre bakenforliggende hendelser eller årsaker som har ført til, eller bidratt til vedlikehold av rusmisbruket. Det ble også rapportert stor variasjon i hvordan de opplevde kroppen på rusmidler. For to av informantene var det forbundet med negative assosiasjoner. Større grad av ubehag i kroppen, mangel på kontroll, de ble ukritisk, urenslig, tok ikke hensyn til seg selv eller andre, hverken følelsesmessig eller kroppslig. En av informantene opplevde at kombinasjonen av tabletter og alkohol gjorde henne ustabil, og det opplevdes for henne som om det endret hele hennes personlighet. Dette kan ses på i lys av både teori rundt bruk av rusmidler og nevrologisk forskning. Rusmidler, enten de er illegale eller foreskrevet av lege og dispensert av apotek gir effekt ved at de binder seg til reseptorer på overflaten i nervecellene, og påvirker deres funksjon (Øiseth, Kjeldsen et al. 2009). Bruk av stoffer som påvirker hjernen har i nyere forskning vist seg å også påvirke pasientenes forestillingsverden, motoriske funksjoner og persepsjonsevne (Gretland 2007). Et sammendrag av nevrologiske kartleggingsstudier gjort av Goldstein og Volkow (2011) konkluderte med at ødeleggelsen av prefrontale cortex som følge av rusmisbruk, bidro til både tvangsmessig inntak av rusmidler og var årsak til de ufordelaktige atferdene som ses hos rusmisbrukere. Dette ble sett i sammenheng med større inntak av rusmidler, økt risiko for tilbakefall og dårligere utførelse av oppgaver kontrollert av prefrontal cortex, som; egenkontroll til å avbryte ufordelaktige handlinger, viktighetsprioritering og opprettholdelsen av engasjement for å delta i målrettet atferd og selvbevissthet (Goldstein and Volkow 2011). Slik jeg tolker denne studien opp mot nevrologisk kartlegging, viser det at rusmidler binder seg til nervecellene i hjernen og påfører en direkte skade på høyere hjernefunksjoner som styrer både kognisjon og motorisk funksjon, så vel som vår evne og vilje til utføre aktiviteter. Kanskje kan dette

være en mulig årsak til at en informant opplevde det som tap av egen fri vilje, hvor rusen tok overhånd og alkoholen ble inntatt uten at hun hadde planlagt eller ønsket det. Alle informantene bekreftet å oppleve en atferdsendring hos seg selv på rus de ikke kjentes ved. Ending av aktivitetsnivå, personlighet og prioriteringen av hva som var viktig for dem. Kan dette være en forklaring på hvorfor en av informantene plutselig bare mot hele sin karakter velger å forlate sin samboer, uten at hun selv kan forstå hvordan hun kunne gjøre det? En annen av informantene opplevde ulike effekter på kroppen etter hvilket rusmiddel hun hadde inntatt. Disse effektene strakk seg fra å oppleve velbehag i kroppen og mental ro, til tankespinn, anspenhet, negative tanker og aggresjon. Vi vet at effekten av rusmidlene kommer av at de påvirker hjernen vår ved å imitere kroppens naturlige hormon og signalsubstanser (Øiseth, Kjeldsen et al. 2009), og vi vet at hjernens overordnede oppgave er å skape orden og forutsigbarhet i vår tilværelse (Fadnes, Brodal et al. 2013), er det da så langt steg å tenke at bruken av rusmidler påvirker oss på et biologisk, nevrologisk hjernenervenivå? Personlig synes jeg det er spennende å se litt utvidet på kroppsopplevelse og rusmidler. Det var nok også derfor Johansson og Fjellman-Wiklund`s studie (2005) av respiratorpasienter vakte min interesse. I første omgang så det ut til å være totalt uten sammenheng med ruspasienter, men det som vakte min nysgjerrighet var beskrivelsen av hvordan pasientene opplevde forstyrret kroppsopplevelse relatert til fysiologiske endringer, medisiner og skader. Mange av mine tidligere pasienter har opplevd skader som har påvirket og drastisk skadet deres nerver. Blant annet polynevropati og langvarig trykkbelastning på nerver som medførte permanent redusert sensibilitet og motorisk funksjon. Dette sett opp mot virkningen på hjernens kroppsrepresentasjon etter mange år med stort rusmiddelinntak, gjør at jeg tillater meg å vise en nysgjerrighet på om det kan være mulig å sammenlikne disse to tilstandene. Begge involverer medisiner, skader og forstyrrelser i de informantene anser som sine normale kroppsbevegelser og kroppsopplevelser. Vår opplevelse av virkeligheten, er et resultat av hjernens tolkning og sanseintrykk, som finner sted gjennom et utstrakt samarbeid i flere ulike nettverk i hjernen (Fadnes, Brodal et al. 2013).

For at vår kropp skal kunne være en del av sanseapparatet og bidra til å hente inn informasjon til hjernen, er vi avhengig av at det finnes en form for

kroppsrepresentasjon i hjernen som innehar både den bevisste og ubevisste kunnskapen om kroppen. Men denne kroppsopplevelsen vår er mer sårbar for forstyrrelser enn vi kanskje vanligvis er klar over, og kan føre til feiloppfatning av kroppen. Dette kan vi derimot aktivt jobbe mot ved å sikre en variert sensorisk informasjon og oppmerksomhet rettet mot kroppen ved stadig målrettede bevegelser (Brodal 2013). Dette ses igjen både i studien til Kissen og Kissen-Kohn(2009), samt Price (2012) som så at deltakerne i deres studier hadde effekt av å jobbe med gjentakende oppmerksomhet mot kroppen i nået, og øvelser som involverte kroppens posturale kontroll, enten gjennom yoga eller gjennom MABT. Dette rapporteres også av informantene når de presenterer hva de opplevde som viktig å fokusere på, og hva som hadde bidratt til at de opplevde en styrket kontakt i egen kropp. De satte fokus på mestring og opplevelser, hvor kroppen var en aktiv deltaker. Alle informantene uttrykte glede ved trening, men ut over dette var det variert hva de følte de hadde behov for. En ønsket sterkere fokus på de emosjonelle og kontakt i følelser, gjerne via yoga, mens en annen informant etterlyste mer spesifikk trening for å øke sanseintrykk, og en opplevd følelse av støtte. Gretland (2007) forteller oss at fenomenologisk sett gir en grenseløs verden en grenseløs kropp og person- og omvendt. Dette opplevde samtlige av informantene under påvirkning av rus. Når verden mangler grenser, tydelighet og forutsigbarhet skapes det kaos, som igjen kan føre til økt sårbarhet. Å jobbe med menneskers kapasitet til å kunne oppleve følelser og erfare fysiologisk aktivering, er å hjelpe dem til å tåle egne følelser og kroppslige reaksjoner (Steele, Van Der Hart et al. 2007). Også Brodal (2013) fremmer arbeidet med variert sensorisk informasjon og oppmerksomhet mot kroppen ved stadig målrettede bevegelser, som en måte og opprettholde og styrke vår kroppsopplevelse. Dette erfarte spesielt en av mine informanter i både psykomotorisk behandling, men også annen sanserfaringsbasert behandling som ikke ble spesifisert. Her la hun vekt på å oppleve på nytt alle sansemodaliteter. Syn, lukt, hørsel, smak og følelse. Konkret ønsket hun å la ruspasienter få oppleve disse på egen kropp gjennom bevegelse, turer og positive aktiviteter. Hun oppfordret oss til å ta fram det barnlige i oss. Gleden ved å springe ut om våren og vasse i kaldt vann, og lage engler i snøen. Dette er teorier som har sterkt rotfeste i den fenomenologiske verden. Merleau-Ponty fremhevet spesielt barns åpenhet ovenfor verden (Østerberg 2012). Han så på kroppens betydning i

læring hos barn. Barnet lever kroppslig i større grad enn voksne. De er i følelsene med hele sitt kroppslige uttrykk (Thornquist and Bunkan 1995, Thornquist 2012).

Det kommer likevel et råd om forsiktighet fram fra informantene. Selv om de er positive til å utforske egne grenser, kontakt med kroppslige og følelsesmessige sider hos seg selv, har de erfart på seg selv og hos andre viktigheten av forsiktighet. Bak rusen kan det skjule seg mye vi ikke vet om på forhånd. Jeg hørte mine informanter fortelle meg at de har brukt rus for å flykte fra følelser, minner og eget kroppsbilde, og jeg opplevde i etterkant av intervjuene at en informant hadde opplevd det å gjenoppleve historien sin som en påkjønning. Hun var blitt minnet på kroppens deltakelse og tilstedeværelse på nytt, uten at dette var forventet i slik grad og av en slik styrke. Thornquist og Bunkan (1995,2012) peker på at vår kropp har et eget kroppsminne. Våre erfaringer og handlinger blir en del av vårt minne både i hode og kropp, og er med på å farge oss og påvirker vår psykiske utvikling, sosiale funksjon og kropp. Kroppen er bærer av mange erfaringer og husker det personen ikke alltid har språk for. Kroppens hukommelse er konkret og direkte knyttet til sensoriske inntrykk fra historien vår (Thornquist and Bunkan 1995, Gretland 2007, Bunkan 2008). Dette er ikke nytt for meg etter flere år innen både psykisk helse og rus. Jeg har møtt mennesker som bærer med seg så mange minner at de ikke vet hvor de skal gjøre av alt, og derfor «glemmer» dem. Vi kan se alle mulige variasjoner fra økt muskelspenning, redusert muskelspenning, dissosiasjoner og rene blanke avvisninger. Men jeg har enda ikke sett en fasit på hvordan man skal gå fram for å behandle disse, og kanskje finnes den ikke. Kanskje ligger løsningen der som min informant foreslår: å legge behandlingen til rette for at alle kan få informasjon og mulighet til å oppleve kontakt i egen kropp, men at vi sammen må være oppmerksom på hva som kan finnes bak masken. Å lete og undre oss sammen i fellesskap. Søke etter kroppens fortellinger under trygge forhold hvor individet opplever fysiologisk støtte av annet menneske, som han eller hun kan ta med seg inn i sine hjernenettverk, og overføre støtte og ro hit. Mennesker er ulike, samtidig som vi er like. Noen trenger én mulighet for å være klar, andre trenger mange. Med vår kunnskap om nevrologi og ruspåvirkning, er det forståelig å tenk at vi må få bort rusmidlet for i det hel tatt å gjøre mennesket tilgjengelig for behandling. Men kanskje må vi også våge å ta steget ut av dualismen i

helsevesenet når det gjelder behandling. Våge å se hele mennesket, kropp og psyke under ett, som gjensidig påvirkbart. Ta bort masken, være en trygg klippe i kaoset og gi nye og varierte erfaringer for alle sansemodaliteter. Og slik bidra til å styrke hjernens kroppsrepresentasjon, og dermed hvordan vi ser oss selv og presenterer oss for verden. For å sitere en av mine informanter «*hvis man kobler på kroppen, så kobler man på livet*» på godt og vondt.

Hvilken betydning har det for informantene å ha kontakt i egen kropp?:

Alle informantene oppgav at det var svært viktig for dem å oppleve god kontakt i egen kropp. I første omgang er det lett å forvente et slikt svar gitt at samtlige informanter visste om mitt yrke, og hva jeg ønsket å se på i studien. Et fenomen som ofte kan oppstå i en behandlingssituasjon er at pasienten ønsker å være flink og gjøre som terapeuten sier, eller forventer. Også i en intervjusituasjon kan det være greit å ha et øye åpnet i forhold til både min og informantens forforståelse. At jeg er psykomotorisk fysioterapeut som ønsker å se på deres opplevelse av kropp og viktigheten av dette, kan nok lett føles som om det kommer med enkelte forventninger, og ønske om å bidra med noe som er viktig for meg. Dette kan jeg ikke se helt bort fra, men jeg tror ikke det er tilfellet her. Alle informantene gav uttrykk for en sterk endring i kroppsopplevelse fra tiden de ruset seg til de var avruset. Mange fikk seg både en og to overraskelser og «slag i trynet» som en informant sa. Døyyer man ned kroppen lenge nok er det ikke vanskelig å se for seg at det må gjøre vondt å begynne å kjenne igjen. Som Øiseth med flere sa i sin bok; skadevirkninger av stoffmisbruk kan forekomme i både fysiske, psykiske og sosiale former (Øiseth, Kjeldsen et al. 2008). Samtlige informanter hadde opplevd å ødelegge sosiale relasjoner i ruspåvirket tilstand, de trakk seg vekk, neglisjerte både seg selv, venner og familie. Det er ikke vanskelig å tenke seg at dette kan være smertefullt å kjenne på i ettertid. Når man tar bort rusen dukker det også opp både følelser, minner, hendelser og uro som har vært begravd under ett teppe av rusmidler. Disse blir aldri borte, bare bedøvd. På toppen av alt man mer eller mindre bevisst har flyktet ifra, dukker det opp alt som er nytt. Da jeg først tok jobben på rusenheten forventet jeg å jobbe rent psykomotorisk. I praksis ser jeg at jeg har like mye somatikk som psykiatri, for å gripe

til denne dualismen i fagspråket. Jeg har hatt pasienter som har fått sykdommer som følge av urene sprøyter, utviklet angst som følge av å leve et hardt liv i et belastet miljø, brukket ryggen da de i fylla ramlet ned flere etasjer eller endte i bilulykker i ruspåvirket tilstand. Går vi ned i alvorlighetsgrad finner vi store muskelspenninger og smerter påført kroppen etter flere år med ugunstige sittestillinger, lite fysisk aktivitet, dårlig kosthold og noen ganger gjentatte slag og spark. Dette setter seg i hele mennesket både fysisk, psykisk og emosjonelt.

Betydningen av økt kroppskontakt og rusfrihet var preget av mange ulike og varierte deler av livet. Som sagt tidligere var det anset som viktig for alle. Andre faktorer som ble tatt fram var takknemlighet. Selv om det var smertefullt å se tilbake på hvordan de hadde behandlet seg selv, egen kropp og relasjoner til andre, var de takknemlig for at de nå var kommet i en posisjon hvor de kunne jobbe videre med problemene bak rusen. Økt kontakt i kroppen ble sett på som en inngangsport til å legge opp dagen, ta hensyn til seg selv og prioritere hvile eller aktivitet etter overskudd og ønske. De uttrykte glede over å være tilstede i livet, familie, venner, barn, jobb og i naturen med alle sine sanser. Noe som ble tatt fram som et flott eksempel på endring i kroppsopplevelse var sex. Hvordan dette hadde gått fra å være noe mer mekanisk og rutinstyrt på akkord med seg selv, til å bli en sårbar opplevelse som bar preg av økt nærhet, og bidro til at sex nå var blitt en positiv opplevelse av kontakt med egen kropp. En annen informant sa det så flott «*når jeg er glad, da fyller det hele meg*». Jeg oppfattet at for mine informanter har det vært av stor betydning å få mulighet til å gjenoppleve kroppen sin, vekke sansene, føle kroppen rusfri, og få oppleve å være våken og tilstede i nået. Jeg vil faktisk dra det så langt som å si at det oppfattes av meg som å være av livbergende karakter å bli rusfri, og få kontakt i seg selv. De bruker ord som å være i fangenskap, gå på akkord med seg selv, gi faen i kropp og relasjoner, og at de endret personlighet på rus. Opplevelsen av kroppskontakt uten rus er fylt av ord som glede, nærhet, ømhet og å få koblet på livet. Dette er for meg svært sterke ord og uttrykk. Nå har samtlige av informantene hatt flere typer behandling, ulike typer avrusning, brukt ulike typer rusmidler og hatt mange ulike behandlere. Hva som har virket for den enkelte er vanskelig å si. Det vi kan si noe om, er at for alle ble det sett på som viktig med økt kroppskontakt hvis de skulle klare å leve et edru liv i gode

relasjoner til dem rundt seg. Er det nok med avrusning for å oppnå dette? Nei, ikke ifølge mine informanter og deltakerne i studien til Price (2012) som ikke tidligere hadde opplevd å være i kontakt med egne følelser og kropp. Men det ser ut til at veien til Rom er mange, og at alle kan bidra positivt til å hjelpe rusmisbrukere til et abstinent liv i god relasjon til seg selv, og de rundt seg.

En siste ting jeg opplevde opptok informantene var bekymringen for utviklingen i samfunnet. Den stadige økende aksepten for bruk av alkohol i mer utbredt og økende mengde, og bruken av medisiner for å behandle pasienter med følelsesmessige og emosjonelle lidelser. En informant beskriver det stekt som at vi i helsevesenet rett og slett medisiner bort sjelden til mennesker. Ser vi det mot nevrologisk forskning som vist til lengre opp, kan det kanskje være at hun har rett. Betydningen av å være i kontakt med kropp, sanser, følelser og omverden opplever jeg som essensielt for mine informanter, og meg selv.

6.0 OPPSUMMERING

Formålet med studien har vært å belyse hvordan rusmisbrukere forholder seg til egen kropp. Hvordan de opplever kontakt i kroppen og hvilken betydning dette har for dem. Dette for å forsøke å få et overblikk og bedre forståelse over behovet for å inkludere kroppen og kroppsopplevelse i behandling av ruslidelser.

Jeg har gjennomført tre semistrukturerte dybdeintervjuer, hvor jeg har hatt en intervjuguide som veiledende rød snor, men forholdt meg åpen og latt informantene styre hvordan de ønsket å formidle sin historie. Jeg har forsøkt å forholde meg så åpen og ubundet av min forforståelse som mulig, og latt informantenes historie være veiledende i analysen og resultatdrøftingen.

Resultatene ble presentert i tre kategorier for å gi en skjematisk framstilling, og gjøre det oversiktlig i lesingen. Drøftingen av resultatene ble derimot gjort uavhengig av resultat kategorier og som en helhet sett opp mot problemstillingen og i lys av eksisterende forskningsresultater og teori. Drøftingen ble ikke gjort sett i lys av ulike teorier, men som en helhet med ulike teoretiske forståelsesrammer som en overordnet helhetlig forståelsesramme.

Resultatene viser at evnen og muligheten til å oppleve seg selv kroppslig, henger sammen med rusbruk. Samtlige informanter opplevde endring i positiv retning i forhold til kroppsopplevelse og sansning etter avrusning og oppstart jobbing med kropp. Resultatene avdekket også at å jobbe med kroppskontakt og kroppsopplevelse ble ansett som svært viktig og relevant for samtlige informanter.

Studien ble vurdert opp mot eksisterende litteratur i flere kategorier:

kroppsfenomenologi, psykomotorisk fysioterapi, nevrologi og rus. Disse ble funnet til å samlet gi et bedre og mer oversiktlig bilde av en komplisert og sammensatt del av mennesket; samspillet mellom funksjon og kognisjon, med og uten rusmisbruk.

Studien viser likhetstrekk med andre eksisterende studier. Likheten består i at alle studiene ser på erfaringer og opplevelser med kroppskontakt/kroppsopplevelse hos rusmisbrukere. Min studie har utelukkende tatt for seg informantenes egenopplevelse, og har dermed i motsetning til de andre studiene jeg har vist til ikke tatt for seg en

intervensjonsmetode i vurderingen. Det har vært vanskelig å finne studier som har tatt for seg samme tema som meg, og samtlige som er funnet å være noenlunde sammenliknbar har vært utenlandske. Overførbarheten fra USA til Norge har jeg ikke satt meg inn i, men begge land er vestlige industriland med kulturelle og økonomiske likhetstrekk, og vil derfor ha en viss grunnlag for å kunne sammenliknes.

Denne studien er ikke utfyllende når det gjelder å dokumentere kroppssopplevelse hos rusmisbrukere. Utvalget mitt på tre informanter må anses som noe begrenset for å kunne trekke generaliserbare hypoteser. Variasjonsbredden i utvalget kunne vært større, tre kvinner i rimelig nær alder, med hovedvekt på alkoholavhengighet. Resultatet kunne muligens ha blitt noe annerledes hvis det var basert på et større utvalg, med større bredde i avhengighet, alder og kjønn. Studien kan forhåpentligvis bidra til å øke fokuset på et behov og et ønske om en mer helhetlig behandling innen rusomsorgen. Det er viktig at vi i helsevesenet ser hele mennesket som en levende, erfarende og sårbar materie, som eksisterer i verden både som kropp og med kropp og som bærer med seg sin historie. Det vil være ønskelig om det videre i framtiden kommer flere studier som tar for seg nettopp denne siden av rusbehandlingen, den helhetlige kropp og psyke, rusmidlenes påvirkning i hjernen og videre ned i kropp, sinn og funksjon. Det vil være spennende om det kunne komme studier som tar for seg et større utvalgt og bredere perspektiv på kroppssopplevelsene, og gjerne en randomisert kontrollert intervensjonsstudie, som ser mer spesifikt på psykomotorisk fysioterapi og rusbehandling. Selv om jeg ser et klart behov for videre forskning på området, anser jeg min lille studie som et viktig bidrag til forskningen både innen psykomotorisk fysioterapi og rusbehandling. Primært fordi jeg ikke har klart å funnet noe tilsvarende gjort i Norge.

7.0 LITTERATURLISTE

Brodal, P. (2013). Sentralnervesystemet. Oslo, Universitetsforlaget.

Bunkan, B. H. (2008). Kropp, respirasjon og kroppsbilde : teori og helsefremmende behandling. Oslo, Gyldendal akademisk.

Dalsgaard Axelsen, E. and E. Wessel (2007). Den traumatiskerte hukommelse. Hvordan fungerer hukommelsen ved senvirkninger etter traumer? Dissosiasjon og relasjonstraume. Integrering av det splittede jeg. Oslo, Universitetsforlaget.

Etikkom (2015). "Helsinkideklarasjonen." Retrieved 18.10.15, 2015.

Fadnes, B., et al. (2010). Læringsnøkkelen : om samspillet mellom bevegelser, balanse og læring. Oslo, Universitetsforl.

Fadnes, B., et al. (2013). Læringsorientert fysioterapi : teori og praksis. Oslo, Universitetsforlaget AS.

Goldstein, R. Z. and N. D. Volkow (2011). "Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications." Nature reviews neuroscience **12**.

Gretland, A. (2007). Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid. Bergen, Fagbokforl.

Jakobsen, M. (2007). Kroppen husker. Nevrobiologisk kunnskap om traumetilstander. Dissosiasjon og relasjonstraumer. Oslo, Universitetsforlaget.

Johansson, L. and A. Fjellman-Wiklund (2005). "Ventilated patients`experiences of body awareness at an intensiv care unit." Advances in Physiotherapy **7**: 154-161.

Kissen, M. and D. A. Kissen-Kohn (2009). "Reducing addictions via the self-soothing effects of yoga." Bulletin of the Menninger Clinic **73**(1): 34-43.

Kvale, S., et al. (2009). Det kvalitative forskningsintervju. Oslo, Gyldendal akademisk.

Kvarv, S. (2010). Vitenskapsteori : tradisjoner, posisjoner og diskusjoner. Oslo, Novus Forlag.

Lovdata (2008). "Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)." from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskningsloven>.

- Malterud, K. (2011). Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring. Oslo, Universitetsforl.
- Merleau-Ponty, M. (2012). Kroppens fenomenologi. Trondheim, Pax forlag as, De norske bokklubbene.
- Patton, M. Q. (2002). Qualitative research & evaluation methods. Thousand Oaks, Calif, Sage Publications.
- Price, C. and K. Smith-DiJulio (2012). "Emotional awareness through mindful body awareness training contributes to maintained abstinence among women in substance use disorder recovery." BMC Complementary and Alternative Medicine **12**: 383.
- Price, C. J., et al. (2012). "Mindful awareness in body-oriented therapy as an adjunct to women's substance use disorder treatment: A pilot feasibility study." Journal of Substance Abuse Treatment **43**: 94-107.
- Ringdal, K. (2013). Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. Bergen, Fagbokforl.
- Skogen, J. C., et al. (2014). Ruslidelser i Norge - Folkehelse rapporten 2014, Folkehelseinstituttet.
- Steele, K., et al. (2007). Faseorientert behandling av kompleks traumatisering. I. Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg. Oslo, Universitetsforlaget.
- Thagaard, T. (2009). Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode. Bergen, Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2012). Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke as.
- Thornquist, E. and B. H. Bunkan (1995). Hva er psykomotorisk behandling? Oslo, Pensumtjenesten.
- Tjora, A. H. (2012). Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo, Gyldendal akademisk.
- WMA (2015). "WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects." Retrieved 18.10.15, 2015.
- Øiseth, O. V., et al. (2008). Illustrert informasjonsmateriale om narkotika, alkohol og doping, Norsk Narkotikapolitiforening.

Øiseth, O. V., et al. (2009). Tegn og symptomer på misbruk av narkotika eller andre rusmidler. Høvik, Forlaget Vett og Viten 1999.

Østerberg, D. (2012). Innledning I. Kroppens fenomenologi av Maurice Merleau-Ponty, De norske bokklubbene, Pax forlag as.

VEDLEGG 1

Intervjuguide:

- ❖ Tema – støtte spørsmål til tema som pasienten leser direkte før intervjuet for å gi en pekepinne ang hva jeg ønsker at de skal svare på.
 - Spørsmål disse leses av meg og informantene ser dem ikke før intervjuet.

- ❖ Beskrivelse av kontakt med egen kropp.
 - hvordan oppleves kroppen?
 - hva kjennes i kroppen?
 - Hva tenker du på når du hører ”kontakt med egen kropp?”
 - Hvordan opplever du kroppen din i hverdagen?
 - Hvordan forholder du deg til det du kjenner?
 - Kan du fortelle om en positiv hendelse, hvor du opplevde kontakt med egen kropp?
 - Hvordan opplevde du kroppen i ruset tilstand?

- ❖ Endring av kontakt med egen kropp.
 - har det oppstått endringer i kroppsopplevelser; før og etter avrusning?
 - Hva slags endringer i kroppslige opplevelser har du erfart i løpet av avrusningen din?
 - Hva slags kroppslige erfaringer opplevde du under avrusning?
 - Hva har vært viktig for deg, for å få økt bevissthet rundt kroppskontakt /økt kroppskontakt?
(stikkord hvis behov: avruset tilstand, økt fokus på kroppskontakt via eksterne personer ex. fysioterapeut/sykepleier, kroppsbevissthetsgruppe, individuell behandling, tydeligere signaler fra kroppen, økt fysisk aktivitet, andre faktorer)

- ❖ Betydningen av kontakt med egen kropp.
 - Hvilken innvirkning har det på deg å ha endret/økt kontakt med egen kropp?
 - Hvordan oppleves det å kjenne seg selv kroppslig?
 - Opplevs kroppen din som din egen/ deg selv?
 - Hva slags innvirkning har det hatt å få endret kontakt med kroppen?
 - Kan kroppen oppta for mye plass i bevisstheten?
 - Har kontakt med egen kropp endret betydning for deg i løpet av oppholdet? Hvis ja: kan du fortelle litt om det?
 - Tror du at økt kontakt med kroppen din kan bidra til å holde deg rusfri i framtiden?

VEDLEGG 2

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Rusmisbrukers opplevelse av egen kropp”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie som har til hensikt å undersøke rusmisbrukeres kontakt med egen kropp. Studien vil se på hvordan rusmisbrukeres opplever kontakt med egen kropp og betydningen dette har for dem. Jeg vil undersøke rusmisbrukeres oppfatning av kroppsbevissthet, hva de legger i begrepet og hva dette betyr for den enkelte. Jeg ønsker å se på om informanten har opplevd endring i kroppskontakt og opplevelse av egen kropp under avrusning. Sist ønsker jeg å kartlegge litt om i hvilken grad kontakt med egen kropp og kroppsbevissthet har betydning for pasienten, og om dette kan knyttes til rusmiddelmissbruk.

Du mottar dette informasjonsskrivet fordi du er tidligere rusmisbruker som har vært innlagt til behandling ved en rusinstitusjon i Helse Nord. Dersom du er interessert i å delta, eller vil ha mer informasjon om studien, ber jeg deg ta kontakt med meg på mail Siv.Anita.Ovesen@Nordlandssykehuset.no eller telefon 75 50 17 21 (jobb) 91 80 96 86 (privat).

Jeg er student på mastergrad i psykisk helsearbeid ved høgskolen i Nord-Trøndelag. Denne studien er avsluttende masteroppgave.

Høgskolen i Nord-Trøndelag er den ansvarlige virksomheten for denne studien. Prosjektleder for studiet og min veileder er:

Lars Lilja, Førsteamanuensis avdeling for helsefag, Høgskolen i Nord-Trøndelag. Tlf. 74 21 23 61 lars.lilja@hint.no

Hva innebærer studien?

Det er planlagt å inkludere opp til ti informanter som har gjennomgått et behandlingsopplegg ved en rusbehandlingsenhet underlagt Helse Nord. Dersom du velger å delta i studien vil undertegnede gjennomføre et enkeltstående intervju med deg. Intervjuet vil vare ca en time, og vil bli gjennomført enten hjemme hos deg, på mitt kontor eller et annet passende sted du måtte ønske. Det vil bli brukt lydopptaker og tatt notater under intervjuet. Temaet vil som nevnt ovenfor være hvordan du

opplever kontakt i egen kropp, eventuelle endringer som har oppstått i løpet av behandlingen og betydningen av kroppsopplevelse for deg.

Mulige fordeler og ulemper

Det anses at denne studien gir minimale fordeler, ulemper, ubehag eller risiko for deg. Å bli gjort oppmerksom på egen kropp kan oppleves som gunstig eller ubehagelig for den enkelte, avhengig av deres forhold til egen kropp. Hvis du har et svært anstrengt forhold til egen kropp eller svært dårlig selvbilde kan intervju situasjonen oppleves vanskelig og kan gi negative følelser i ettertid. Det kan også være at det vil styrke kontakten med kroppen og oppleves bra.

Beredskapsplan i tilfelle behov for oppfølging

Hvis intervjuet skulle skape utrygghet eller behov for oppfølging i ettertid er det mulig for deg å ringe til Korttidsenhet Rus ved Nordlandssykehuset på telefon 75 50 17 21. Denne enheten er døgnbemannet med helsepersonell som til daglig jobber utelukkende med avrusning og rusbehandling. Du er også velkommen til å ta direkte kontakt med meg enten via Korttidsenhet Rus på dagtid mandag-fredag, eller på min mobil 91 80 96 86 utenom arbeidstid. Skulle det være ytterligere behov for oppfølging over tid, vil jeg være behjelpelig med å sette deg i kontakt med din kommunes rus og psykiatritjeneste for mer langvarig oppfølging.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Personopplysninger (navn, kjønn, alder, og type rusmisbruk) lagres i papirformat mens studien pågår. Opplysningene fra intervjuet vil bli behandlet uten navn. En kode knytter deg til dine opplysninger. Denne koden er kun tilgjengelig for undertegnede. Informasjonen fra intervjuet lagres som lydfil, transkriberes og lagres på sikker pc anonymisert. Ved studiens slutt slettes alle opplysninger om deg (se kapittel B for mer informasjon).

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for deg. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker deg. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte meg: Siv

Anita Ovesen på telefon 918 09 686 eller e-post:
siv.anita.ovesen@nordlandssykehuset.no.

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A

Ytterligere informasjon om biobank, personvern og forsikring finnes i kapittel B

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

Kriterier for deltakelse: Inntil ti informanter som er ferdig behandlet ved rusinstitusjon underlagt Helse Nord. Alle typer rusmiddelmissbruk kan inkluderes i studien. For å kunne inkluderes i studien må pasienten være avruset, eller stabilisert på substituttmedisin (LAR preparater) før intervjuet kan gjennomføres.

Bakgrunnsinformasjon om studien: Studentens interesse er å undersøke rusmisbrukerens kontakt i egen kropp. Hvordan denne pasientgruppen opplever egen kropp, hvilken betydning kontakt med egen kropp har for dem og hvordan rusmiddelmissbruk innvirker på dette. Formålet med å belyse dette er todelt. Det finnes svært lite forskning på feltet ang rus og hvordan dette påvirker opplevelsen og kontakten i kroppen. Målet er derfor å få belyst temaet for å øke kunnskapen innen rusbehandling generelt, og fysioterapi spesielt. Jeg jobber daglig med denne pasientgruppen og ønsker å få økt min kunnskap om hvordan rusmisbrukere opplever sin kropp, for å kunne øke min forståelse og bedre behandlingstilbudet til pasientene ved enheten.

Tidsskjema: Opptak av intervju vil starte høst 2014 og foreløpe kontinuerlig til jeg har inntil ti informanter. Pasientene gis informasjon mot slutten av sitt opphold ved avrusningsinstitusjon, eller etter utskrivelse. Intervjuet vil gjennomføres etter at pasienten er utskrevet fra institusjonen Når studien er ferdig innen utgangen av 2015 vil informantene få tilsendt den ferdige oppgaven, hvis ønskelig.

Mulige fordeler og ubehag/ulemper: Det vurderes at mulige fordeler/ulemper er få. Du blir bedt om å dele egne opplevelser og erfaringer, som kan oppleves både som en fordel, og eventuelt som en belastning. Sensitive opplysninger som negative opplevelser i forhold til egen kropp kan bli berørt, dersom du anser det som relevante opplysninger for å svare på spørsmålene. Dette er derimot ikke en nødvendighet, og intervjuet vil etterstrebe og ikke skape ubehagelige situasjoner for deg. Skulle du oppleve intervjuet som belastende vil intervjuer være tilgjengelig for deg i etterkant av intervjuet.

Kapittel B - Personvern, biobank, økonomi og forsikring

Personvern:

Personopplysninger som registreres om deg er: navn, alder, kjønn, type rusmisbruk og evt adresse/telefonnr om du ønsker oppgaven tilsendt ved studiens slutt.

Personopplysningene vil ikke bli lagret digitalt, men i papirformat. Disse oppbevares nedlåst, og det er utelukkende student som har tilgang på disse. Når studien er avsluttet vil alt forskningsmaterieell slettes.

Intervjuet blir tatt opp på lydbånd som lagres på sikret pc. Nedskrevet intervju blir lagret på sikret pc og notater fra intervjuet vil lagres i papirformat. PC-en vil være sikret av brukernavn og passord. Sikkerhetskopier vil bli tatt på ekstern harddisk og minnepenn, og vil bli oppbevart nedlåst. Alle data fra intervjuet vil være aidentifisert, og kan ikke knyttes til dine personopplysninger uten en koblingsnøkkel (nummerering). Denne koblingsnøkkelen oppbevares i papirform nedlåst, og student er den eneste som har tilgang på denne. Studentens veileder: Førsteamanuensis Lars Lilja ved Høgskolen i Nord-Trøndelag er prosjektleder og vil ha innsyn i alt materieell nedskrevet og anonymisert. Han vil ikke ha tilgang på navn på informantene.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Høgskolen i Nord-Trøndelag ved administrerende direktør er databehandlingsansvarlig.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg:

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Informasjon om utfallet av studien:

Som deltaker har du rett på informasjon om resultatet av studien. Dersom du er interessert kan du få tilsendt den ferdige oppgaven når den er godkjent. Normert sluttid er vår 2015 (med mulighet for forlenget studietid opp til desember 2015).

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

VEDLEGG 3

Svar på forespørsel om forhåndsgodkjenning av studien/REK-søknad

REK midt Ramunas Kazakauskas 73597510 07.07.2014 2014/959/REK midt

Deres dato: Deres referanse:

13.05.2014

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Lars Lilja

HINT

2014/959 Hvordan opplever rusmisbrukeren kontakten med egen kropp?

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Nord-Trøndelag

Prosjektleder: Lars Lilja

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 13.06.2014. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Prosjektomtale

Egne erfaringer i arbeid med ruspasienter sett sammen med nyere forskning på hjernen har fremhevet viktigheten av å ha kontakt i egen kropp. Det å være bevisst kontakt i kroppen og å jobbe med kroppen som en naturlig del av rusbehandlingen har vist seg svært hensiktsmessig for mine pasienter. Forskning viser at en form for representasjon i hjernen er grunnlaget for både postural kontroll, målrettede handlinger og opplevelse av egen kropp. Det er derimot forsket svært lite på rusmisbrukere om hvordan de opplever egen kropp og hva rusmisbruket gjør med denne svært viktige kontakten. Jeg ønsker å se nærmere på i hvilken grad rusmisbrukeren har fokus på kroppskontakt, jobber med kroppen sin og ivaretar de viktige sensoriske signalene som kroppen hele tiden sender opp til hjernen for bearbeiding. Jeg oppfatter i min jobb og i samtale med mine pasienter at det er lite fokus på kroppen som en del av behandlingen, noe vi begge mener er nødvendig.

Vurdering

Komiteen har vurdert søknad, forskningsprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring. Komiteen oppfatter prosjektet som forskning rundt et tema innen psykomotorisk fysioterapi og mener det er viktig at det foretas ytterligere forskning innen dette området. Under forutsetning av at vilkårene nedenfor tas til følge, framstår prosjektet som forsvarlig, og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivare tatt.

1. Intervjuguide

Ifølge forskningsprotokollen vil prosjektets deltakere være utskrevet fra rusbehandlingen og regnes som rusfrie. Komiteen viser til følgende spørsmål i intervjuguiden: «hvordan opplever du kroppen i ruset tilstand?». Spørsmålet må omskrives i fortid preteritum, eksempelvis «hvordan opplevde du kroppen i ruset tilstand?» dersom pasientene regnes som rusfrie.

2. Beredskap

Komiteen vurderer at mange av informantene i prosjektet kan være i en sårbar posisjon når de skal besvare spørsmål om sin fortid, relatert til rusmisbruk og behandling. Komiteen ber derfor om at det utarbeides en beredskapsplan med det formålet om å tilby profesjonell hjelp dersom det blir behov for det. Beredskapen skal bestå av et døgnoperativt telefonnummer til en person som har den nødvendige kompetansen til å kunne tilby hjelp for rusmisbrukere.

3. Ber om endringer informasjonsskriv

Komiteen ber om at kontaktinformasjon til prosjektleder føres opp på informasjonsskrivet. Det må videre utarbeides en beredskapsplan i tråd med punkt 2 ovenfor. Et døgnoperativt telefonnummer må føres opp i informasjonsskrivet. Skrivet må sendes komiteen til orientering før studien igangsettes (se vilkår nedenfor).

Vilkår for godkjenning

1. Intervjuguidens punkt om opplevelser av kropp i ruset tilstand må skrives i preteritum.
2. Det reviderte informasjonsskrivet skal sendes komiteen til orientering før studien igangsettes.
3. Vennligst benytt e-postadressen post@helseforskning.etikkom.no og "2014/959" i emnefeltet.
4. Komiteen ber om at kontaktperson for forskningsansvarlig endres. Forskningsansvarlig har etter helseforskningslovens § 6 et overordnet institusjonelt ansvar for forskningsprosjektet. Vanligvis er det forskningsinstitusjonens øverste leder som er kontaktperson. Vennligst benytt vår e-postadresse post@helseforskning.etikkom.no og "REK Midt 2014/959" i emnefeltet for å opplyse oss om forskningsansvarlig kontaktperson.

5. Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen, og etter de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.
6. Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren». Av kontrollhensyn skal prosjektdata oppbevares i 5 år etter prosjektslutt. Prosjektslutt er angitt til 31.12.2015. Data skal derfor oppbevares til 31.12.2020, for deretter å slettes eller anonymiseres.
7. Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK midt på eget skjema senest 30.06.2016, jf. hfl. 12.
8. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK midt dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Vedtak

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge godkjenner prosjektet med de vilkår som er gitt.

Klageadgang

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

Med vennlig hilsen

Sven Erik Gisvold

Dr.med.

Leder, REK midt

Ramunas Kazakauskas

Førstekonsulent

Kopi til:heidi.h.fjone@hint.no

VEDLEGG 4

Mail fra REK midt, endelig svar/godkjenning av søknad om forhåndsgodkjenning.

Svar fra REK midt 2014/959: Informasjonsskriv og intervjuguide tatt til orientering

post@helseforskning.etikkom.no

9/23/2014

To: saovesen@hotmail.com Cc: heidi.h.fjone@hint.no, rek-midt@medisin.ntnu.no

Vår ref.nr.: 2014/959

Vi viser til revidert informasjonsskriv og intervjuguide innsendt 16.09.2014. Komiteen tar disse og prosjektendringen angående oppdatert forskningsansvarlig kontaktperson (innsendt 18.09.2014) til orientering og anser vilkårene i studien "Hvordan opplever rusmisbrukeren kontakten med egen kropp?" (vår ref. 2014/959) som oppfylt. Studien kan igangsettes.

Med vennlig hilsen
Ramunas Kazakauskas

Førstekonsulent

post@helseforskning.etikkom.no

T: 73597510

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK midt-Norge (REK midt)**
<http://helseforskning.etikkom.no>