

# Ekspressivitet og smertehåndtering

*Erfaringer med billedterapi i forbindelse med  
langvarige smertetilstander  
En retrospektiv studie*

Tone E. B. Johannessen



Masteroppgave i sykepleievitenskap  
Avdeling for sykepleievitenskap  
Institutt for helse og samfunn  
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

01.06.2011





Gjengitt etter tillatelse fra deltakeren som laget uttrykket

# **Erfaringer med billedterapi i forbindelse med langvarige smertetilstander**

© Tone E. B. Johannessen

2011

Erfaringer med billedterapi i forbindelse med langvarige smertetilstander

Tone E. B. Johannessen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTETET  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

<b>Navn:</b> Tone E. B. Johannessen	<b>Dato:</b> 01.06.2011
<b>Tittel og undertittel:</b> Ekspressivitet og smertehåndtering	
<b>Sammendrag:</b> <p>Hensikten med studien er å se på hvilken betydning opplevelser og erfaringer med ekspressivitet i billedterapi har hatt for pasienter med langvarige smerter i et retrospektivt perspektiv. Studien er forankret i litteratur og forskning om temaene langvarig smerte og smertehåndtering og symptomreduksjon, følelser og billedterapi/ Art therapy. Den levde kropp, fra Merleau-Ponty's kroppsfenomenologi, danner studiens analytiske perspektiv.</p> <p>Studien har et kvalitativt, retrospektivt, deskriptivt design. Ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide ble sju informanter intervjuet, og kvalitative empiriske data ble innhentet for å få dybdekunnskap for å svare på forskerspørsmålet. En innholdsanalyse er foretatt og de empiriske dataene er systematisert, meningsfortettet og abstrahert for å uttrykke dominerende tema i meningsenhetene. Studiens funn blir formidlet i et forløpsperspektiv.</p> <p>Funn: Langvarig smerte er vanskelig å beskrive. Billedterapi var en positiv arena, et uttrykksrom, hvor deltakelse i kreativ billedskapning ble et vendepunkt. Kreativitet, spontanitet og stemning medvirket i en visualiseringsprosess, der personlig materiale kom til uttrykk i materialiserte billeduttrykk. De materialiserte uttrykkene bidrog til kommunikasjon med andre om den smertefulle situasjonen, og medvirket over tid til bevisstgjøring og bedre håndtering av smertene.</p> <p>Konklusjon: Studien gir begynnende støtte til at billedterapi som metode kan bevirke nye uttrykk og kommunikasjon som mulig kan medvirke til bedre smertehåndtering hos pasienter med langvarige smerter.</p> <p>Nøkkelord: Langvarig smerte, smertehåndtering, billedterapi, kreativitet, bevisstgjøring, ekspressivitet, kommunikasjon, den levde kroppen.</p>	



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTETET  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

<b>Name:</b> Tone E. B. Johannessen	<b>Date:</b> 01.06.2011
<b>Title and subtitle:</b> Expressiveness and pain management	
<b>Summary:</b> <p>The purpose of this study is to look at the impact experiences with expressiveness in Art therapy has had on patients with prolonged pain in a retrospective perspective. The study is based on literature and research on themes of chronic pain and pain management and symptom reduction, feelings and Art therapy. The lived body form the study's analytical perspective.</p> <p>The study has a qualitative, retrospective, descriptive design. Using a semi-structured interview guide, qualitative empirical data is collected from seven informants to get depth knowledge to answer the research question. A content analysis is undertaken and the empirical data is systematic, meaning condensed and abstracted to express a dominant theme in meaningful units. Findings are communicated in a sequence perspective.</p> <b>Results:</b> <p>Prolonged pain is difficult to describe. Art therapy was a positive arena, a room of expressiveness, where participation in the creative visual creation represented a turning point. Creativity, spontaneity and atmosphere contributed in a visualization process, where personal material was expressed. The materialized expressions contributed to communication with others about the painful situation, and contributed in the long run to create awareness and better management of pain.</p> <b>Conclusion:</b> <p>This study provides initial support that Art therapy as a method can bring about new forms of expressions and communication and possibly enable better management of pain in patients with long-term pain.</p>	
<b>Key words:</b> Prolonged pain, pain management, art therapy, creativity, awareness, expressiveness, communication, the lived body	







# Forord

Jeg ønsker å rette en takk til informantene for at de sa ja til å delta i studien, gav av sin tid til intervjuet, åpnet sin livsverden og delte av sine mangfoldige erfaringer og opplevelser fra deltakelsen i billedterapi og fra sin aktuelle livssituasjon. Uten deres medvirkning hadde ikke denne studien vært mulig å gjennomføre.

Jeg vil spesielt takke min veileder, førsteamanuensis Anne Moen, ved Avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for Helse og Samfunn, Universitet i Oslo som har vært en særdeles positiv pådriver og bidratt med et kritisk blikk, tankevekkende spørsmål og vel funderte faglige innspill under hele prosessen, fra prosjektbeskrivelsens utforming og til ferdigstillingen av masteroppgaven.

En stor takk til min kjære Jan Olav, som har lest og kommentert fra sidelinjen, utvist stor tålmodighet underveis og gitt støtte til min prioritering av tid for å slutføre oppgaven.

*En perle er et tempel bygd av smerte rundt et sandkorn.*

*(Gibran, 1995)*



# Innholdsfortegnelse

Sammendrag:.....	VI
1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn og betydning .....	2
1.2 Tematikk og problemstilling .....	5
1.3 Oppbygning av studien.....	6
2 Tidligere forskning og forankring av studien.....	8
2.1 Langvarige smerter .....	8
2.2 Smertehåndtering og symptomreduksjon .....	9
2.2.1 Smertehåndtering .....	10
2.2.2 Følelser .....	13
2.3 Billedterapi .....	15
2.4 Kroppsfenomenologi .....	20
2.4.1 Subjektets kroppslige væren.....	21
2.4.2 Stemning.....	22
2.4.3 Mening .....	24
2.4.4 Intersubjektivitet.....	26
2.5 Avslutning og oppsummering .....	28
3 Design og metode.....	29
3.1 Design.....	29
3.2 Metode .....	30
3.2.1 Setting for studien .....	31
3.2.2 Rekruttering av informanter .....	32
3.2.3 Datainnsamling.....	32
3.2.4 Analysen.....	33
3.2.5 Forskningsetiske overveielser .....	34

4	Funn.....	39
4.1	Demografiske data.....	39
4.2	Den levde kropp før billedterapi.....	40
4.3	Den levde kropp under billedterapi .....	45
4.3.1	En positiv arena.....	45
4.3.2	Kreativitet.....	48
4.3.3	Visualisering.....	50
4.3.4	Stemning.....	53
4.3.5	Spontanitet.....	55
4.4	Den levde kropp etter billedterapi .....	56
4.4.1	Bevisstgjøring.....	56
4.4.2	Økt aktivitet.....	57
4.4.3	Økt sosial kontakt.....	59
4.4.4	Bedre smertehåndtering.....	60
4.4.5	Oppsummering .....	62
5	Diskusjon.....	64
5.1	Den levde kroppen før billedterapi.....	64
5.2	Den levde kropp under billedterapi .....	66
5.2.1	En positiv arena.....	66
5.2.2	Kreativitet.....	67
5.2.3	Relasjon.....	71
5.3	Den levde kropp etter billedterapi .....	73
6	Konklusjon og implikasjoner .....	76
	Litteraturliste .....	78
	Vedlegg .....	81









# 1 Innledning

Smerte er et av de mest utfordrende fenomen i medisin og biologi. Det er en utfordring til den som lider, som må lære å leve med smerte det ikke er funnet behandling til. Det er også en utfordring for leger og helseprofesjoner, som søker å hjelpe pasienten, og det er en utfordring til forskere som søker å forstå biologiske mekanismer som kan forårsake slik lidelse. Videre utfordrer det samfunnet som må finne medisinske, forskningsmessige og finansielle ressurser for å lindre og hindre lidelse i så stor grad som mulig (Melzack & Wall, 1996).

Smertebehandling er i dag et omfattende fagområde, hvor mange fagdisipliner bidrar. I fremveksten av den vestlige kulturkrets og dens kroppsforståelse, har arven fra den franske filosofen Rene Descartes (1596-1650) om kroppen som objekt, blitt sterkt rådene (Engelsrud, 2006). Kroppen knyttes til *res extensa*; den del av verden som ble kjennetegnet av utstrekning og rommelighet og som la til rette for å observere kroppen i kvantifiserbare mål, størrelse, masse og form. En av konsekvensene av Descartes dualistiske teori er skillet det skapte som blant annet reflekteres i bruken av begrepene *psykisk* versus *fysisk*. Dualistisk forståelse opprettholder tanken om at kropp og bevissthet eksisterer uavhengig av hverandre, videre at det antas at bevisstheten kan eksistere uten kroppen. Årsakstenkningen passer i forlengelsen av dualistisk teori, det at to deler anses som logisk uavhengige av hverandre, er en betingelse for at det skal foreligge sammenhenger i mellom dem. En dualistisk kroppsforståelse medvirker til å opprettholde uoverstigelige hindringer mellom sjel og kropp, og kropp og bevissthet (Engelsrud, 2006). Forestillingen om kroppen som objekt opprettholdes jevnlig i språk og språklige metaforer, kroppen som instrument eller maskin brukes stadig i dagligtale. I denne forståelsen blir kroppen som objekt et sted for å uttrykke samfunnet og sosiale forhold. Kropp blir et uttrykk for sosial identitet, mening og sosial status.

Pasienter med langvarige smerter opplever ofte at det er utfordrende og vanskelig å kommunisere om egen smerte, spesielt alvorlige smerter som varer over tid (Csordas, 1994). En del av vanskeligheten ser ut til å reflektere en kontrast vi lager ved at språk tilhører sinnet og ikke kroppen. Mye av språket kan føres tilbake til fakta om at vi snakker og tenker fra et kroppslig perspektiv, men noen aspekter av denne kroppsligheten er favorisert over andre, for eksempel visuell persepsjon er i engelsk språk mye mer beskrevet enn lukt og smaksperspeksjon.

Fra tidens morgen har mennesket hatt behov for å uttrykke seg i dans, musikk, drama og i bilde og kunstneriske uttrykk ble brukt for å helbrede lidelser (Grönlund, Alm, &

Hammarlund, 1999). Vår vestlige kulturs vugge stod i antikkens Hellas hvor det kunstnerlige uttrykket hadde en viktig plass. Hippocrates, legekunstens far, påpekte kunstens betydning for menneskers helbred. Uttrykksterapi er et samlebegrep for terapier som bruker kunst og ekspressivitet som modalitet. Ekspressive terapier har således røtter langt tilbake i tid. Grunntanken i billedterapi er at mennesket er skapende i sitt eget liv, og former og omformer sin verden. Uavhengig av tegneferdigheter har mennesker mulighet for å gi følelser eller tanker et visuelt uttrykk. Billedterapi er en uttrykksterapi hvor deltakerne får mulighet til ekspressivitet og aktivisering av opplevelsessevne. Bilder skapes og supplerer ord og verbale beskrivelser av følelser og tanker. Å skape kan bli en kilde hvor kraft og energi hentes (Grönlund, et al., 1999). Det kreative potensialet ses på som en resurs som kan benyttes i utfordringer av ulik karakter.

Internasjonal Association for the Study of Pain – IASP, har definert smerte på følgende måte:

*Smerte er en ubehagelig, sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Smerte er alltid subjektiv (IASP, 2010).*

Det erklæres at det både er en sensorisk og en emosjonell dimensjon i smerteopplevelse, og definisjonen åpner for at det kan være av betydning å utforske emosjonelle aspekter i smertebehandlingsstrategier.

Jeg er interessert i å se nærmere på om ekspressivitet i billedterapi, både det å lage bilder og det å samtale om uttrykkene kan være av betydning for pasienter med langvarige smerter og dermed kan ha en plass i en multimodal behandlingstilnærming av langvarige smertetilstander.

## **1.1 Bakgrunn og betydning**

Kroniske smerter defineres oftest som smerter med varighet på seks måneder eller mer (Folkehelseinstituttet, 2010). Akutt smerte, kan være et signal for å beskytte, og det er ikke mulig å forstå langvarig smerte på samme måte. Langvarig smerte kan være en opprivende erfaring med vidtrekkende konsekvenser i somatisk, psykologisk, sosial og eksistensiell forstand. Langvarige smerter kan oppleves som en meningsløs lidelse som bryter ned personligheten og sluker energi og initiativ (Bullington, Sjøstrøm-Flanagan, Nordemar, & Nordemar, 2005; Nordtvedt & Nordtvedt, 2000). Pasienter som henvises til tverrfaglige smerteklinikker, rapporterer like lav helserelatert livskvalitet som pasienter som får palliativ behandling ved avansert kreftsykdom (Fredheim, Kaasa, Fayers, Saltnes, Jordhøy, &

Borchgrevink, 2008). Per Brodal, professor i nevroanatomi ved Universitetet i Oslo, karakteriserer smerte som et element i samspill mellom tanker, følelser, kropp og adferd. Han forklarer at smertenettverkene drives av oppmerksomhet, forventninger, minner, tolkninger, følelser, planer, frykt, angst og depresjon (Brodal, 2007).

Ca 20 prosent av Europas voksne befolkning, inkludert de nordiske land, har smerte som har vart mer enn 6 måneder som har ført til betydelig lidelse, minsket arbeidsevne, dårligere sosial funksjon og redusert livskvalitet. 10 prosent har behov for intensivt og spesialisert behandling (Legeforening, 2009). Omfanget av kroniske smerter ble direkte sammenliknet i 15 europeiske land, Norge hadde høyest forekomst (Breivik, Colett, Ventefrida, Cohen, & Gallacher, 2006). I Sverige har 28 prosent av personene som oppsøker lege i allmennpraksis en eller flere medisinsk definerte smertetilstander (Folkehelseinstituttet, 2010). Om lag 30 prosent av den voksne befolkning rapporterer til enhver tid kroniske smerter (Folkehelseinstituttet, 2010). Langvarige smerter er derfor et betydelig helseproblem (Breivik, et al., 2006). Smerte er trolig den vanligste årsak til at pasienter oppsøker helsevesenet. Nesten 50 prosent av voksne som oppsøker lege kommer på grunn av smerter. I 2007 brukte Norge 51,7 milliarder i uføretrygd, i tillegg ble det utbetalt 28 milliarder i sykepenger. Langvarig smerte er en viktig årsak til uførhet og langtidssykefravær (Legeforening, 2009). Levekårsundersøkelsen 2005 viser tall som tyder på at over 50 prosent av uføresakene i Norge er knyttet til personer med langvarige smertelidelser (SSB, 2005). Kvinner er i langt større grad enn menn rammet av kroniske smerter noe som i vesentlig grad medvirker til både høyere sykefravær og uførhet blant kvinner (Folkehelseinstituttet, 2010).

Kroniske smerter kan være en del av sykdomsbildet både ved maligne og ikke maligne sykdomstilstander. Langvarige smerter kan også opptre etter kirurgiske inngrep. Avhengig av type operasjon får 10-50 prosent langvarige smerter etter kirurgi, smertene er alvorlige hos 2 til 10 prosent av disse igjen (Folkehelseinstituttet, 2010). Alle informantene i denne studien gjennomgikk kirurgisk behandling i sykdomsforløpet.

Alt dette tyder på at langvarig smerte er et betydelig problem for personene som har det, representerer store kostnader for samfunnet, og at en langvarig smertetilstand kan være et stort hinder for normal deltakelse i samfunnet.

Retningslinjer for smertebehandling har som mål å lindre smerte og bedre personens livskvalitet (Legeforening, 2009). Det erkjennes at langvarige smerter kan være en betydelig lidelse som gir nedsatt arbeidsevne, redusert sosial funksjon og dårligere livskvalitet (Legeforening, 2009). Det er slik at smertens intensitet ikke står i direkte forhold til

patologien som ligger bak, og smerte må utredes grundig for å forstå hele bildet av smerteopplevelsen. Det er nødvendig å få kunnskap om kulturelle og psykososiale aspekter som kan forsterke smerteopplevelsen eller bidra til at tilstanden blir av langvarig karakter. Ofte bør flere behandlingsstrategier kombineres. Pasienten bør få en akseptabel forklaring på smerten, uten at det gis urealistiske forventninger, angst eller frykt. Videre er det viktig at pasienten kan forstå sin egen situasjon bedre og kan fungere bedre i hverdagen, og få økt sitt aktivitetsnivå (Legeforening, 2009).

Tross utvikling av ny kunnskap om neurobiologiske prosesser som ligger til grunn for smerte, er det et enormt sprang å ta denne informasjonen i aktiv bruk i smertebehandling. Selv den mest avanserte form for smertebehandling gir moderat til god smertelindring for mindre enn 30% av pasientene med kronisk ikke-malign smerte (Jensen, 2005). Systematisk gjennomgang av nyere smerteforskning, avdekker at tross større oppmerksomhet på behandling av langvarige smerter er det fortsatt lite sikker kunnskap om ulike behandlingsmetoder som har effekt. For alle studerte metoder for å lindre langvarige smerter, etterlyses dypere kunnskap om effekt på lang sikt (SBU, 2006). Rapporten etterlyser flere studier både med kvantitative og kvalitative metoder, og viser til at undersøkelser med fokus på smertesituasjonens innvirkning på livskvalitet og kostnadseffektivitet er begrenset (SBU, 2006). For alle studerte metoder trengs dypere kunnskap om effekt på lang sikt. SBU rapporten oppfordrer til forskning på betydning av rehabiliteringsinnsatser for ulike grupper, blant annet kvinner. Pasienter inntar ofte en passiv mottakerrolle, dette kan holde pasienten i behandlingssystemet med iatrogene skader som konsekvens. SBU rapporten foreslår forskning på pasientens rolle i behandlingen, og studier med utgangspunkt i pasientens opplevelser og behandlingsresultat. Det etterspørres også undersøkelser med fokus på kontekst der behandlingen gis. Et problem ved studier på langvarige smerte, er at studier må begrenses av etiske grunner, risiko er at kontrollgruppe kan lide av ubehandlede smerter eller dårlig smertebehandling. Med kort studietid mister en mulighet for å bli klar over bivirkninger eller terapivikt.

Denne studien tar utgangspunkt i pasientopplevelser i et retrospektivt perspektiv for å få dypere kunnskap om betydningen på lang sikt av en behandlingsmetode som legger til rette for at pasienten er aktivt deltagende. Billedterapi er et lavkosttilbud, metoden involverer ikke kostbar høyteknologi eller mange behandlere. Dette gir studien relevans, ettersom SBU rapporten også etterlyser fokus på behandlingsteknologier.

Aktivering av kreative resurser, som i billedterapi, tyder på at kreative tilnærminger kan være en ukonvensjonell, men nyttige strategi for pasienter med kroniske smerter (Sivik & Schonfeld, 2002). Margareth Naumberg hevdet at den symbolske kommunikasjonen i prosessen, eller selve billedskapingen kunne stimulere uttrykk og verbalisering (Öster, 2007). Kunstneren og ekspresjonisten Edvard Munch skrev:

*I det hele taget kommer kunsten med et menneskes trang til å meddele seg til et annet (Tøjner, 2000, s. 134).*

Munch peker på kunstens skapende kraft og dens evne til å bevirke kommunikasjon. Det ordløse kan få et uttrykk og uttrykket som er skapt kan tidvis hjelpe for å beskrive og kommunisere. Om pasienter som opplever det utfordrende og vanskelig å kommunisere om egen smerte får aktivert kreative resurser, er det en mulighet for at de i større grad klarer å kommunisere om sin smerte, noe som kan bidra til å styrke pasienten som aktør i behandlingsrelasjonen og gi behandlere bedre mulighet for forståelse av smertesituasjonen. Dette vil kunne åpne for en mer målrettet og effektiv behandling. Pasienter som opplever lindring og hjelp gis da mulighet til å komme tilbake til i arbeide og aktiv samfunnsdeltakelse, noe som igjen vil kunne redusere offentliges utgifter til syke og uførestønader.

## 1.2 Tematikk og problemstilling

*”Jeg har vondt, skjønner du ikke det?”*

Utsagnet kom fra en pasient som ble bedt om å beskrive sine smerter under utredning av en langvarig smertetilstand. Alle er familiære med det enkle, men ikke alltid oppklarende uttrykket, smerte. For når smerte skal beskrives, slutter ofte enkeltheten. Er smerte følelse, opplevelse, erfaring, symptom eller også en sykdom?

Pasienter med langvarige smerter som skal delta i mestringsgrupper, har gjennomgående vist noe dårlig evne til å mestre dagliglivets utfordringer (Jarmund, 2008). Funn fra standardiserte instrumenter om livskvalitet og symptomer, støtter dette. Min erfaring var også at mange pasienter ved Smerteklinikken, OUS-Aker, skåret at de ikke er noe verd, ikke har interesse for noe, har vansker med å sove, føler seg nedfor, ensom og føler håpløshet med tanke på fremtiden, på kortversjon av Symptom Check List ( SCL 90). Jeg erfarte at mange pasienter som fikk individualisert behandling av leger, fysikalsk medisiner, psykiater, psykolog, spesialsykepleiere, akupunktør og fysioterapeuter rapporterte lindring av smerteplagene. Det var likevel en del pasienter ”vi ikke kom i mål med”. Denne erfaringen var incitamentet til at

jeg tok videreutdanning i billedterapi, i håp om at det kunne være en intervensjon som kunne tjene pasienten og bidra i tverrfaglig smertebehandling.

Billedterapi som behandlingsmodalitet, forutsetter aktive deltakere. Det sentrale er å stimulere deltakerne til å gi tanker og følelser visuelle uttrykk i kreativ utfoldelse med tegning, maling, collage og samtale sammen med en terapeut, i et trygt miljø, eventuelt utfra en tematisk plan. Denne masteroppgaven handler om billedterapi som kompletterende behandlingsstrategi til pasienter med langvarige smertetilstander. Studien har følgende problemstilling:

*Hvilken betydning har opplevelsene og erfaringene med ekspressivitet i billedterapi hatt for deltakerne i ettertid?*

Studiens hensikt er å få kunnskap om betydning av opplevelse og erfaringer med ekspressivitet i billedterapi for deltakerne, minst to år etter at tilbudet ble avsluttet.

Om betydningen av billedterapi som kompletterende behandlingstilbud skulle vise seg å være mer varig for informantene i denne studien, vil det være betydningsfullt om flere pasienter med smerter kan tilbys denne terapeutiske intervensjonen. Fordi billedterapi er lite kostnadskrevende vil det også fra et samfunnsøkonomisk perspektiv være viktig å få dypere kunnskap om betydning av metoden. Selv små økonomiske resurser kan gi mulighet for at mange pasienter med langvarige smerter tilbys dette.

### **1.3 Oppbygning av studien**

Fenomenologi med vekt på Merleau-Ponty`s kroppsfilosofi er valgt som studiens analytiske perspektiv. Jeg vil ikke vektlegge tema som gruppeprosesser, aspekter i gruppedynamikk. Det engelske ordet for billedterapi, Art-therapy, og innbefatter alle ekspressive terapier som er bilde, dans, musikk og drama. Denne studien konsentrerer seg om billedterapi som ekspressiv terapi. Jeg benytter begrepet kunst utfra forståelsen *noe som er skapt av mennesker* og jeg vil trekke inn Merleau-Ponty`s syn på malerkunst. Kreativitet vil jeg kun benytte i positiv betydning. Jeg vil bare kort komme inn på praktiske metoder i billedterapi, og da spesielt i tilknytning til oppgaver som er gitt. Jeg vil anvende kronisk smerte og langvarig smerte som likeverdige begreper om smertefulle ikke maligne tilstander i denne studien. Neste kapittel omhandler aktuell litteratur og forskning med fokus på langvarige smerter, symptomreduksjon og følelser og deretter billedterapi før studiens analytiske perspektiv med vekt på kroppsfenomenologi utdypes. I kapittel 3 presenteres studiens design og metode. I

kapittel 4 følger analyse og funn fra de sju intervjuene. Funnene vil presenteres som et forløp, før, under og etter billedterapi. I kapittel 5 vil funnene drøftes opp mot litteratur og aktuell forskning. I kapittel 6 oppsummeres studien og jeg peker på implikasjoner for praksis og områder for videre forskning.

## 2 Tidligere forskning og forankring av studien

For å forankre studien har jeg gjort en systematisk, kritisk undersøkelse av litteratur og tidligere forskning om langvarig/-kronisk smerte, smertelindringsstrategier med vekt på smertehåndtering og billedterapi/Art-therapy for å sette problemstillingen i perspektiv og utdype den. Det er søkt i databasene Svemed, Ovid, Embase, Medline, Psycinfo, og søkeord har vært 'pain/ chronic pain', 'pain management', 'quality of life', 'Art-therapy', 'alexithymia', 'emotions', 'group therapy', 'coping', 'cognitive techniques', 'cognitive processes', 'cognitive ability'. Søkeordene er brukt i ulike kombinasjoner. Gjennomgangen av litteratur og tidligere forskning er systematisert og presenteres nedenfor under overskriftene: Langvarige smerter, smertehåndtering og symptomreduksjon, billedterapi og kroppsfenomenologi.

### 2.1 Langvarige smerter

Hyppig tilbakevendende smerte kan over tid utvikles til å bli kronisk. Langvarige smerter kan være svært invalidiserende for personer som er rammet og medføre betydelig lidelse, redusert arbeidsevne, dårlige sosiale funksjoner og dårlig livskvalitet (Legeforening, 2009).

I introduksjonen til Textbook of Pain, beskrev Patric D. Wall smerte på følgende måte:

*Pain is one facet of the sensory world in which we live. It is inherently ridiculous to consider pain as an isolated entity although many do exactly that. Our understanding brains steadily combine all available information from the outside world and from within our bodies and from our personal histories and our genetic histories. The outcome are decisions of the tactics and strategies which could be appropriate to respond to the situation. We use the word pain as shorthand for one of these groupings of relevant response tactics and strategies (Wall & Melzack, 1999).*

Beskrivelsen peker på at smerte er sammensatt og kompleks å forstå. Dagens smertehandling bygger på en bio-psyko-sosio-kulturell forståelsesmodell (Legeforening, 2009). Den vanligste inndelingen av smerte skiller mellom tre hovedtyper: Smerte som skyldes påvisbar vevsskade (nociceptiv smerte), smerte som skyldes smerte i nervesystemet (nevropatisk smerte) og smerte med ukjent årsak (ideopatisk smerte/ sammensatt lidelse).

Vår forståelse av hvordan nervenetverk, sensoriske nerver, ryggmargen og høyere senter i hjernen samhandler i forhold til smerte har økt etter at neuroimaging er tatt i bruk (Tracey &



Mantyh, 2007). Variasjon i nerveaktivitet relatert til varierte smerteerfaringer har ført til økt oppmerksomhet på at faktorer som kognisjon, emosjoner, kontekst og skade hver for seg innvirker på smertepersepsjon. Smertepersepsjon og smertemodulering medvirker til endring i smerteintensitet, men setter ikke bare fokus på hjernens signatur for smerteopplevelse og smertemodulering. De foreslår at hjernestammen har avgjørende rolle i videreformidling av graden av nociceptiv transmisjon, slik at resultatsmerte er hensiktsmessig for situasjonen individet er i (Tracey & Mantyh, 2007).

Det essensielle elementet i smerte er aktivering av spesialiserte høy-terskelreseptorer som varsler organismen om truende vevsødeleggelse. Dette sensoriske signalet er gjerne fulgt av en mindre definert, men sterk emosjonell opplevelse. På uimotståelig måte blir personen drevet til å stoppe smerten eller flykte fra stimuli som forårsaker smerten. Den komplekse kombinasjon av diverse forskjellige sensoriske og affektivt motiverte elementer i smerte og rollen til kognitive prosesser i evaluering av denne informasjonen, begrenser vår mulighet til å forstå hvordan neurobiologiske signaler er oversatt til smerte (Jensen, 2005).

I motsetning til klassisk kartiansk kroppsforståelse der smerte er et ”strengsystem” med sensoriske kanaler, involverer smertesignaler et nettverk av neuroner, funksjoner og neurokjemiske profiler som konstant blir modifisert i dynamiske prosesser ved eksterne og interne innflytelser. Immunsystemet er også en viktig modulator i smerteprosessering (Marchand, Perretti, & McMahon, 2005). Smerte innbefatter aktivering på molekylnivå som fortsetter inn i en komplisert prosess, tidvis til stor lidelse (Jensen, 2005).

Neste kapittel vil kort omhandle behandlingstilnæringer av langvarige smerter.

## **2.2 Smertehåndtering og symptomreduksjon**

Dette kapittelet har en kort innledning om smertebehandling. Deretter vil smertehåndtering og symptomlindring omhandles. Deretter utdypes betydning av forventning, oppmerksomhet og læring. Dette er aspekter som kan ha betydning for, og kan innvirke på en persons smerteopplevelse.

Smertebehandling kan inndeles i medikamentell og ikke medikamentell behandling. Lindring av langvarig ikke malign smerte medfører andre utfordringer enn behandling av akutt smerte eller smertestillende palliativ behandling ved livets slutt.

Smertestillende midler er av de mest brukte legemidler i Norge og er hyppig brukt ved akutt og kronisk smerte. Smertestillende medikasjon kan være effektivt i en kort periode, men vil

kunne gi betydelig risiko for tilvenning og avhengighet ved langtidsbruk (Folkehelseinstituttet, 2010).

Ikke medikamentell behandling er kirurgi, avansert behandling som spinal cord stimulation (SCS), fysioterapi og trans-cutan nervestimulering, akupunktur, kognitiv- og adferdsterapeutiske metoder, mestringskurs/smerteskolet, og rehabiliteringsopphold og muligens billedterapi. Langvarig smerte er et sammensatt fenomen, og pasientene trenger ofte tverrfaglig behandlingstilnærming (Legeforening, 2009). Med høy forekomst av personer som rammes av langvarige smerter og ikke opplever tilstrekkelig lindring, er det betydningsfullt å få sikker kunnskap om effekt av ulike behandlingsmetoder, slik at flest mulig som plages av langvarige smerter kan tilbys virkningsfulle behandlingsmetoder. Å leve med smerter i timer, dager, uker, måneder og år kan være svært utfordrende, og kan ha negative konsekvenser for livsutfoldelsen for personen.

Neste avsnitt vil omhandle smertemestring.

## **2.2.1 Smertehåndtering**

Hva som gjør om en person mestrer smerte på den ene eller andre måten, og hva som er hensiktsmessig eller uhensiktsmessig håndtering, er omdiskutert (Taraldsen Valeberg & Klopstad Wahl, 2008). Det finnes retninger i psykologien som legger mer vekt på personlighetsmessige faktorer, på den måten at hvordan individet mestrer er avhengig av hvordan vedkommende er som person. Andre ser mestring mer i et prosessperspektiv hvor situasjonsbetingede elementer er avgjørende for hvordan personen opptrer (Taraldsen Valeberg & Klopstad Wahl, 2008). Smerte i et psykososialt perspektiv ser smerte som stress, og personen vil derfor reagere forskjellig avhengig av situasjonens stressnivå. Smerter er subjektive pr definisjon. Hvordan personen oppfatter smerten er derfor individuell, og er avhengig av grad av smerte, situasjonen smerten oppleves i, hvordan smerte forstås og hvor lenge den har vart. Smertemestring er det personen gjør for å redusere smerteopplevelsen eller ubehaget som følger smerten, og omfatter tanker, følelser, oppfatninger, holdninger og handlinger (Knardal, 1998).

Det kan skilles mellom emosjonsfokusert og problemfokusert mestring (Lazarus & Folkman, 1984). Ved emosjonsfokusert håndtering av smerten, gjør personen ikke noe med selve problemet, men prøver å lindre på ulikt vis. Ved problemfokusert mestring gjør individet noe aktivt med problemet. En tilsvarende måte å beskrive mestring på er begrepene unngåelse og tilnærming. Unngåelsesstrategi medfører aktiv unngåelse av problemet, tilbaketrekking, at en

holde følelser på avstand og uttrykker tegn på resignasjon eller benektning (Taraldsen Valeberg & Klopstad Wahl, 2008). Tilnærming innebærer aktiv problemløsning. Personen søker sosial støtte, vurderer situasjonen i et positivt lys og gir uttrykk for hvordan vedkommende har det. Å se mestring utfra begrepene emosjonsfokuset og problemfokuset kan være inspirert av dualistisk tankemåte, en årsak- virknings tenkning; følelser gir ikke ønsket effekt, mens problemløsning, underforstått konstruktiv tenkning, gir effekt. Mestring utfra begrepene unngåelse og tilnærming synes å ta opp i seg både emosjons- og problemløsningsaspektet. Å inkludere begge dimensjoner kan være fruktbart for å belyse elementer i mestring.

Bandura hevder at troen på egen mestringsevne påvirker handlingsevnen og går forut for handling (Bandura, 1997). Evne til å gjøre og fullføre ulike handlinger, er bestemt av personens tro på å klare å gjøre oppgaven, og dette kan knyttes til både følelser og kognisjon, og evnen til mestring. Bandura's beskrivelse av mestringstro synes å samstemme med de som hevder at egoets essens er en prosess som strever for å mestre, integrere, forstå erfaringer og å skape mening i en strøm av sanseintrykk, følelser og drømmer (Monsen, 2000).

Utfra studiens kroppsfenomenologiske perspektiv er pasientene erfarende og opplevende subjekter. Banduras vektlegging av personens tidligere erfaring står ikke i et motsetningsforhold til det kroppsfenomenologiske perspektiv, men inkluderes og utdypes i dette perspektivet.

Ulike mestringsstrategier kan hjelpe personer som er rammet av langvarige smerter. Vanlige mestringsstrategier er avslapning, redefinering av smerten, å oppmuntre seg selv, ignorere smerten og å søke emosjonell og åndelig støtte og distraksjon (Taraldsen Valeberg & Klopstad Wahl, 2008). I arbeidet med smerte, har bruken av tilnærminger som påvirker oppmerksomheten; å ignorere, avlede eller henlede mot smerter blitt fremhevet. Å se på betydning av å lede oppmerksomheten mot å uttrykke tanker og følelser i billedterapi for pasienter med langvarige smerter i et mestringsperspektiv er derfor interessant.

## **Symptomlindring**

Billedterapi er brukt i mange forskjellige kliniske settinger og til forskjellige typer pasienter. Få studier har utforsket billedterapiens betydning for symptomlindring/kontroll. En studie har utforsket effekt av en times kunstterapi/ billedterapi på smerte og symptomkontroll hos voksne kreftpasienter (Nainis, Paice, Ratner, Wirth, Lai, & Shott, 2006). Et kvasi-eksperimentelt design ble benyttet (n=50). Edmunton Symptom Assessment Scale (ESAS) og

Spielberger State-Trait Anxiety Index (STAI-S), ble brukt før og etter sesjonen og åpne spørsmål ble gitt for å evaluere personenes oppfatninger i intervensjons- og kontrollgruppen. Det var signifikant reduksjon på åtte av ni symptomer på ESAS, signifikante endringer på de fleste STAI-S målene og subjektivt overveldende lindring av prosessen. Studien gir begynnende dokumentasjon for effektiviteten av billedterapi med hensyn til å redusere en mengde symptomer hos kreftpasienter. Mange pasienter med langvarig smerte som kommer til tverrfaglige smerteklinikker, har like lav helse relatert livskvalitet som kreftpasienter (Fredheim, et al., 2008). Om billedterapi kan gi smertelindrende eller symptomreduserende ved langvarige smertetilstander, gjenstår å se.

Hvordan smerte og oppmerksomhet rettet mot smerte, innvirker på hverandre, er komplekst (Eccleston & Cronbez, 1999). Smerte er et varsel som krever oppmerksomhet og skal beskytte oss. Graden av oppmerksomhet henger sammen med smerteintensitet, forutsigbarhet, varighet av smerten og trusselen den representerer.

Trygghet innebærer å bekrefte personens verdi og følelse ved å lytte og å være tilgjengelig og viser forståelse for at vedkommende tenker som han/hun gjør (Jahren Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2005). Ser en trygghet som en *væren*, viser det til noe mer enn indre trygghet. Som *væren* blir trygghet en måte å møte verden på, ikke bare en indre tilstand. Denne tryggheten kan en ha med fra barndommen, og for de fleste kan den vakle litt i perioder. Et "skjær" kan føre til at en "går under", men et "skjær" eller en tøff livserfaring kan også bære i seg mulighet. Tryggheten er grunnleggende for oss og som en grunnstemning i livet. En grunnstemning eller grunnfølelse kan muligens karakteriseres ved åpenhet rettet mot noe. Stemthet er en måte å være på. Et instrument som er utsatt for kulde må stemmes på nytt for å låte rent. En kan for eksempel ha grunnstemninger preget av angst og lavt livsmot. Grunnstemninger stammer fra livet selv (Jahren Kristoffersen, et al., 2005).

Smerte betraktes som et fenomen med flere dimensjoner bestående av sensoriske, fysiologiske, kognitive, følelsesmessige og adferdsmessige samt sosiokulturelle dimensjoner (IASP, 2010; Legeforening, 2009; Utne & Rustøen, 2008). Både håp og smerte er opplevelse av en tilstand. Håp gir personen evne til å være flytende i sine forventninger, og i tilfelle det ønskede eller utfallet ikke skjer, kan håpet fortsatt være til stede (Utne & Rustøen, 2008). Håp blir en måte å tenke og føle på som påvirker personens adferd. Håp vil kunne avspeile personens karaktertrekk. Samtidig vil håp påvirkes av personens omgivelser og personens livserfaringer. I lys av IASP's (2010) smertedefinisjon hvor både en emosjonell og sensorisk dimensjon inkluderes i smerteopplevelsen, vil pasienter med langvarige smerter leve i en

kontinuerlig strøm av ubehagelige følelser og opplevelser, noe som kan tenkes å påvirke måten de tenker på, deres adferd og livet i sin helhet. Det vil derfor være nyttig å se nærmere på følelser og følelsenes rolle.

### **2.2.2 Følelser**

Vestlig kulturs sterke preg av rasjonell tankegang, - rasjonalitet og fornuft som allmenngyldige erkjennelsesform, - kan bidra til at fornuft og følelser blir motsetninger. Følelser og kognisjon er imidlertid ikke separate fenomener eller funksjoner, fordi de står i et gjensidig påvirkningsforhold (Monsen, 2000). Forskeren Damasio hevder at det å bli bevisst noe, alltid begynner med en følelse (Engelsrud, 2006). Emosjoner kan sees som er hjernerepresentasjon av kroppstilstand, der mønster av aktivitet i retinale reseptorceller prosesseres seriemessig og parallelt for å skille de visuelle aspektene fra omgivelsene som vi oppfatter (Damasio, 1999). Mønster i den eksterne verden korresponderer med mønster av nervecelleaktivitet i hjernen. Disse hjernemønstrene er kognitive representasjoner, og tenking skjer ved aktivering av nervecellemønstre.

I tillegg til at følelsene kan ha overlevelsesverdi, kan de også ha kommunikasjons- og signalverdi (Monsen, 2000). Ut fra et slikt syn vil følelsene virke som et signalsystem som kontinuerlig forteller oss hvor vi befinner oss i forhold til oss selv og andre. Eksempelvis når en smertepasient igjen får et smerteattak, vil en kroppstilstand av frykt som respons også kunne registreres. For å bruke denne informasjonen til å planlegge fremtidig handling, trenger hjernen å skape en kognitiv representasjon som inneholder både perseptuell informasjon om de sterke smertene og den interne emosjonelle informasjonen. Reaksjonsformen vil kunne være frykt i respons til smerten. Dette aktiveres i arbeidshukommelsen ved at det har utviklet seg mulighet til å projisere kroppstilstand inn til arbeidsminnet, og personen kan bli oppmerksom på denne kroppsinformasjonen. Dette samsvarer med Damasio's syn på følelser. Damasio hevder at følelser er avgjørende for de høyere nivåer av menneskelig intelligens. Følelser er avgjørende for rasjonalitet.

Monsen representerer et perspektiv i klinisk psykologisk-forståelse hvor psykiske forstyrrelser som for eksempel angst og depresjon sees på som vitalitet på avveie. Begrepet vitalitet uttrykker et godt, gjensidig forhold mellom hvordan et menneske har det følelsesmessig og hva det gjør med følelsene opplevelsesmessig og ekspressivt (Monsen, 2000). Verken vitalitet eller psykiske forstyrrelser er et individuelt fenomen. Det begrunnes med at mennesket har lang avhengighetstid i forhold til sine omsorgsgivere. Dette gir oss et

stort potensiale for mental vekst og utvikling. Vitalitet kan sees på som en selv-virkeliggjøring hvor personen gjennom sin utvikling gradvis lærer seg å stole på egne opplevelser og vurderinger og på den måte også får et bevisst forhold til seg selv og andre. Følelser inneholder en kvalitativ form for opplevelsesinformasjon som ser ut til å være allmenmenneskelig (Damasio, 1999; Monsen, 2000). Uttryksmåtene kan følge bestemte fellesmønstre, slik at man kan hevde at følelser bærer mening og dermed berører kognitive funksjoner, som danner menings- og forventningssystemer, ideologier og tankemessige betraktninger. Dette medfører at følelser er med å gi innhold til begreper og meningssystemer, samtidig som begreper og meningssystemer påvirke våre følelser og opplevelser og står i et gjensidig påvirkningsforhold. Derfor kan åpen oppmerksomhet på våre følelser skape grunnlag for en kognitiv tilnærming av hva det er å være oss selv er på et visst tidspunkt. Selv om følelser er aktivert er det ikke gitt at personene bevisst opplever sine egne følelser. Med begrepet opplevelsessevne menes i hvor stor grad personen bevisst kan integrere sitt følelsesmessige innhold. Opplevelsessevnen utgjør da en vesentlig del av en psykologisk bevisstgjøringsprosess i forhold til de biologisk gitte følelsesreaksjonene: det å ta inn informasjon. Ekspressivitet uttrykker i hvor stor grad personen kan gi nyanserte og tydelige følelsesuttrykk (Monsen, 2000). Videre deles evnen til følelsesmessig ekspressivitet inn i delfunksjonen emosjonell og begrepsmessig. Emosjonell ekspressivitet innebærer hvor tydelig og nyansert personen adferdsmessig viser følelser i form av mimikk, stemmebruk, pust, kroppsholdning og synlige bevegelser. Det betyr at om antakelsen om at følelsene i seg selv er en gitt biologisk dimensjon, vil begrepene opplevelsessevne og ekspressivitet betegne det dialektiske forholdet mellom hvordan personen har det følelsesmessig og hvordan vedkommende selv tar det holdningsmessig. Vitalitet betyr at personen lever slik at følelsene aktiveres i en viss bredde, og at personen integrerer disse opplevelsene og uttrykke seg tydelig. Det sentrale i dette perspektivet er at psykiske forstyrrelser nettopp blir å fornekte eller å ikke kjenne egne og eventuelt andres vitale opplevelse. Det betyr at det oppstår et motsetningsforhold mellom vitalitet og psykiske forstyrrelser.

Når forholdet mellom følelser og bevissthet blir sentralt, vil følelsene inngå som en sentral kilde til vitalitet og psykisk sunnhet, personlig bevissthet og refleksjon (Monsen, 2000). Med dette som utgangspunkt vil det være viktig å få mer sikker kunnskap om det å gi tanker og følelser et visuelt uttrykk kan ha noe betydning i forhold for emosjonell ekspressivitet og det å håndtere å leve med langvarige smerter.

## 2.3 Billedterapi

Billeduttrykk laget av pasienter, ble tatt i bruk terapeutisk av den amerikanske psykoterapeut Margareth Naumburg, for ca 80 år siden (Rubin, 2001). Gjennom pionerarbeid i rehabilitering av krigsskadede og tuberkuloserammede i England på 1930- tallet, har kunstneren Adrian Hill (1895-1977) betydd mye for utvikling av billedterapi. Han hevdet at kreative prosesser var anvendelige og nødvendige for å stimulere mentale og fysiske prosesser under rehabilitering (Öster, 2007). Billedterapi har siden utviklet seg til en profesjonell behandlingsmetode, en uttrykksterapi hvor deltakerne får mulighet til å lage kreative uttrykk.

Billedterapi er en del av uttrykksterapiene, som har et interdisiplinært utgangspunkt. Kunnskap fra, filosofi og kulturhistorie, psykologi, kunsthøgskole og medisin trekkes sammen til en helhet. Uttrykksterapi ser mennesket som en helhet og fokuserer på menneskers muligheter til sensoriske uttrykk som stammer fra kroppserfaringene gjennom syn-, hørsel-, lukt-, smak- og berøringssans. Judith Aron Rubin, en av pionerene innen billedterapi, peker på at kunst kan styrke og bevirke oppdagelse og innsikt når pasienter kommuniserer i visuelle bilder (Rubin, 2001). Vår verbale evne setter både auditive, visuelle og motoriske sanser i sving. Når man uttrykker seg gjennom tegning og maling, brukes den visuelle og motoriske sansen, som hjelp til å skape mening. Disse kreftene er i seg selv intermodale på samme måte som kroppen; man beveger seg, lytter, snakker, mennesket er en hel organisme (Rubin, 2001).

I billedterapi kan personens eget materiale uttrykkes, omformes, transformeres og integreres på en ny måte. Denne symbolske kommunikasjonen i billedskapingsprosessen kan stimulere til uttrykk og verbalisering. Uttrykksterapi kan øke indre bevissthet, og evne til å uttrykke seg. Kreativitet og innsikt integreres i en prosess hvor en bruker intuitive evner med logisk tenkning for å inkorporere forskjellige kunstuttrykk i menneskets totale kommunikasjon og uttrykksapparat (Ødegaard, 2003).

Bevegelse er et poeng ved alle kreative prosesser; bevegelse i fysisk og overført betydning er således felles for kunstneriske uttrykksformer. Å bevege seg fra indre til ytre uttrykk skaper utvidet mening. Den indre bevegelse kan være spore til ytre bevegelse mellom terapeut og billedskaper. Beskrivelser gjennom uttrykkene kan være beskrivelser av ens virkelighet. Uttrykksterapier berører mer enn noe annet i det kliniske helsefeltet, den gjensidige relasjon mellom bevissthet, kropp og sjel (Ødegaard, 2003).

I billedterapi skiller en mellom to tilnæringsmåter. Tilnærmingen *Art as Therapy* eller *kunst som terapi* vektlegger den skapende, helende prosessen og *Art Psychotherapy* eller *kunst psykoterapi* vektlegger den verbale dialog i tilknytning til billedskapingen. Disse to

tilnærmingene eksisterer side om side. Den grunnleggende tanke i billedterapi som terapeutisk modalitet er at mennesket i det hengivende, lekefulle, skapende gir uttrykk for seg selv, lærer seg selv å kjenne, og kan gi seg selv sjelelig påfyll, og det å skape blir en kilde til å hente kraft og energi (Grönlund, et al., 1999).

Manglende evne til å uttrykke følelser (alexithymia) er vanlig hos pasienter med langvarige somatiske symptomer, og dette medfører ofte redusert kapasitet og redusert livskvalitet (Theorell, Konarski, Westerlund, Burell, Engström, & Lagercrantz, 1998). En gruppe pasienter med kronisk smerte og langvarige psykosomatiske tilstander med delvis eller helt tapt arbeidskapasitet fikk billedterapi som behandling. Terapiperioden varierte fra et til over tre år. Det første året med behandling ble beskrevet som ”emotionell turmoil”. Parallelt økte energinivået og det ble registrert signifikant bedring av angst og depresjon etter et års behandling. Etter to års behandling så man reduksjon i psykosomatiske symptomer, og flere av de ikke arbeidende eller deltidsarbeidende begynte å arbeide mer (Theorell, et al., 1998). Dette antyder en mer varig endring. Intervensjonen innebar kun billedterapi. Behandlingslengden kan tilskrives kroniske smerTERS kompleksitet, men også at pasienter med alexithymia, trenger tid i en endringsprosess stimulert av billedterapi (Theorell, et al., 1998). En vet ikke om billedterapi i kombinasjon med medisinerer eller individualterapi kunne redusert behandlingstid for disse pasientene.

Den første sammenliknende studie av ekspressive terapier og konvensjonell medisinsk terapi for Chronic Low Back Pain (LBP) hevder at pasienter som hadde fått ekspressive terapier viste samme bedring som pasienter som hadde fått konvensjonell medisinsk terapi (Hamre et al., 2007). Dessuten viste gruppen som ble tilbudt ekspressive terapier signifikant forbedring på tre dimensjoner i livskvalitetsmålet SF 36; Mental Health:  $p=0.045$ , Generell Helse;  $p=0.006$ ; Vitalitet;  $p=0.005$  (Hamre, et al., 2007). Dette peker på at den ekspressive terapien hadde effekt for deltakerne i studien. Muligens kan pasienter med langvarige smerter ha glede av billedterapi som ekspressiv terapi. Det vil være nyttig å utforske om billedterapi har effekt i forhold til å håndtere å leve med langvarig smerte og da muligens har sin plass som komplementært tilbud til pasienter med smerter.

I en randomisert studie om billedterapi og brystkreft, gis det støtte til at billedterapi er nyttig for kvinner med brystkreft under behandling og rehabilitering (Öster, 2007). Billedterapi bidrog som hjelp til å håndtere belastninger, bearbeide opplevelser av endret kropp og livssituasjon, og gav økt livskvalitet og helse. Billedterapi representerte et verktøy som hjalp kvinnene til å reflektere over kjønnsgrenser og begrensninger, samt fremme egne behov. I



mastergradsoppgaven *Billedterapi i en helsefaglig kontekst* er billedterapi teoretisk begrunnet; det å skape, male og tegne, er å anse som faglig godt tilbud til pasienter med psykiatriske lidelser (Berg, 2007). Studien er basert på Merleau-Pontys fenomenologi og inneholder et kvalitativt intervju med en erfaren billedterapeut i psykiatrisk praksis. Men en egnet behandlingsstrategi til pasienter med psykiatriske diagnoser er ikke uten videre overførbart til pasienter med langvarige smertetilstander.

I en artikkel som omhandler billedterapi til pasienter med kroniske rygg smerter, understrekes det at smerteopplevelse representerer en kompleks interaksjon mellom nevrobiologiske, emosjonelle, kognitive, sosiale og kulturelle faktor (Hass-Cohen & Findlay, 2009). Det pekes på utfordringen med å gi pasienter med kroniske rygg smerter tilpassede kortvarige behandlingstilnæringer, da langvarige utredninger og behandlinger kan oppleves som en ekstra byrde. Det presenteres en Art Therapy Relational neurobiology/ kunstterapeutisk relasjonell nevrobiologisk kartleggingsprotokoll (Art ATR-N) og demonstrerer fordelen med å kartlegge forskjellige psykososiale dimensjoner av smerteerfaringer. De sekvensielle visuelle uttrykk av sensorisk, emosjonell og kognitiv smerte medvirker til å avdekke mestringsevne og potensiale for symptomreduksjon. Smerte er opplevelse i kroppen, og non verbale visuelle tilnæringer er ofte brukt for å måle smerte. Det felles nevrologiske ledningssystemet for både sensorisk smerteopplevelse og emosjonell opplevelse, gjør at det med fordel kan benyttes en non verbal sensorisk kartleggings- og behandlingstilnærming.

Et relasjonelt nevrobiologisk perspektiv på kunst/ billedterapi fra en protokoll med en kvinne med smerter i nedre deler av ryggen demonstrerer hvordan både stressresponser og individuell tilknytningsstil påvirker individuell smerteopplevelse. Å forstå ledningssystemet for smerte som delt, legger til rette for å se betydningen av å inkludere en tilpasset relasjonell intervensjon som billedterapi er (støttende bevitelse av billedskapning), for pasienter med langvarige smerter.

Å forstå skjæringspunktet mellom nevrofysiologiske mekanismer, kulturell-, relasjonell- og emosjonell kontekst`s relevans for smertekartlegging og håndtering er uvurderlig for klinikere som arbeider med akutt og kronisk smerte. Å lage bilder innebærer meningsskapning, gir ettertanke, avslapning, fellesskap og samhørighet, som del av smertehåndtering (Hass-Cohen & Findlay, 2009).

Å ta hensyn til den overlappende nevrobiologien for smerte, affekt, tilknytning og kognisjon kan guide terapeuten til å hjelpe mennesker med ødeleggende konsekvenser av kronisk smerte. Art therapy relationel neurobiology approach (ATR-N) kan være en måte å forbinde

medisinsk og psykologisk praksis. Billedskapning sammen med en lydhør terapeut, kan vekke trygghet og skape relasjonell tilknytning som kan redusere smerte. Videre kan engasjert lystfylt aktivitet øke analgetisk respons og skape mening. Smerteprosessering innebærer tre konvergente opplevelser. Den første er sensorisk prosessering av smerte, den neste er emosjonell- kognitiv *bottom up-prosessering* av smerte og den tredje er kognitiv- affektiv *top-down-modulering*, som informerer om hvordan personen skal reagere. *Bottom-up prosessering* av smerte er både emosjonell og kognitiv og overlapper med nervebanene for sensorisk smerteprosessering. Når signalet er sendt gjennom den spinale- thalamiske rute til somatosensoriske cortex, engasjerer den også amygdala, den anterior cingulate cortex (ACC) og insular lobe. Amygdala er assosiert med den emosjonelle smerteerfaring, inkludert frykt og stressrespons, mens insular lobe medierer kroppslige følelser. ACC er mellom de høyere corticale områder og de limbiske strukturer (Ostrowsky, Magin, & Ryvlin, 2002). Den spiller en instrumentell rolle i affektregulering og konfliktløsning fordi den forbinder kroppslig og limbisk informasjon gjennom kognitiv kortikal prosessering.

Vanskeligheten med å uttrykke smerteerfaringer med ord, er utgangspunktet for arbeidet som presenteres i artikkelen *Expresión plástica del dolor por el paciente* (Colette, 2004). Muligheten for å gå over til en annen uttrykksform som å tegne og male, ble introdusert til 17 pasienter med terminal cancer, aids og kardiovaskulær lidelse både individuelt og i gruppe. Verdien av å benytte enkle eller mer sofistikerte formbare uttrykksmåter ligger i at de tillater uttrykk for følelser, fornemmelser og oppfatning av lidelse til å komme frem i en annen kontekst med former og farger. En spesiell uformell atmosfære og en åpen relasjon til billedterapeuten la til rette for økt formbarhet og kreativ sensitivitet. Pasienten oppnådde økt ekspressivitet og tilfredstilte uttrykk. En progressiv måte å presentere metoden på som å gi introduksjonsoppgaver til uttrykksskapingen og samtalene, økte resultatene merkbart. Refleksjon rundt smerte materialisert i et håndfast billeduttrykk, skapt av den enkelte pasient, induerte uttrykk for positive følelser i de fleste tilfeller (Colette, 2004).

I billedterapi er ikke kunstnerisk kvalitet og teknikk det viktige. Det er selve den kreative prosessen og billeduttrykkene som er det sentrale. Billedterapien henter likevel elementer både fra ekspresjonismen og impresjonismen.

Gjennom billedkunst gav ekspresjonistene uttrykk for sine indre følelser og opplevelser av den verden de hadde rundt seg (Minde, 2000). De ønsket ikke å forskjønne virkeligheten, men male den slik den var. Impresjonistene tok med seg farger og pensel ut og laget ulike billeduttrykk (Minde, 2000). Lyset og fargene fikk stor betydning. I billedterapi er også

farger og det å forsøke å se seg selv utenfra sentralt for å uttrykke tanker og følelser og for å få et nytt perspektiv (Minde, 2000). Bilder kan ha som formål å påvirke, fortelle, problematisere, dekorere, være et politisk innlegg, skape et miljø, provosere, være til glede, være pedagogisk, være kunst eller også å være terapeutisk. I billedterapi brukes billedskapning i en terapeutisk hensikt, og da med tro på kunstens helbredende egenskaper. Billedterapi kan hjelpe deltakerne til å se sin situasjon fra flere perspektiv (Minde, 2000).

Det er derfor interessant å få mer kunnskap om det å benytte konkrete materialer og farger kan bidra til at pasienter med langvarige smerter kan få nye perspektiv som kan bidra positivt inn i deres livssituasjon. I denne masteroppgaven er jeg spesielt interessert i å se på om ekspressivitet, både det å uttrykke smerteerfaringer i billedlig uttrykksform og refleksjon rundt de materialiserte uttrykkene kan ha noen betydning for deltakerne i ettertid.

## **Kreativitet**

Kreativitet er et element i billedterapi. Kreativitetsbegrepet kommer av det latinske ordet ”*creare*”, det betyr ”å bringe til verden” (Haabesland & Vavik, 2004). Det finnes ikke noen entydig definisjon av kreativitet. Jeg velger å bruke psykolog Carl Rogers definisjon av den kreativitet:

*Den kreative prosess er gjennom handling å danne et nytt produkt som er resultat av flere faktorer. Det vokser ut av individets unikhhet på den ene siden og av materialene, handlingene, menneskelige forhold eller individets livsomstendigheter på den andre (Haabesland & Vavik, 2004, s. 208).*

Roger vektlegger at flere faktorer samspiller til kreativitet. Materialene, de menneskelige forholdene i gruppen og den individuelle utøvers unikhhet og livsomstendigheter, innvirker når utøveren skal være kreativ, å ”gjøre, skape og gi eksistens” (May, 1994, s.36). May er den første som påviser det som er felles i mot og kreativitet. Det å skape er ikke bare er noe som tilhører kunstnere, mot har en viktig funksjon hos oss alle (May, 1994). Å skape medfører å satse alt og enda våge å mislykkes. Det er å våge å utlevere seg til det irrasjonelle, samtidig som man bevisst arbeider seg frem til et bestemt mål. Det å våge å tro at man strekker til.

Forskjellige materialer gir anledning til forskjellige uttrykksformer som kan stimulere sansene og forestillingsevnen hos en billedterapi-deltaker. Fantasi er en form for assosiativ tenkning (Grendstad, 2002). Fantasi er å forestille seg noe og når forestillinger uttrykkes gjennom bilde og ved hjelp av symboler, skjer det en transformering i sinnet. Menneskets fantasi er intermodal. Det konkrete billedtuttrykket, representerer en bitteliten del fra personens

livsverden. I antikken var filosofene opptatt av det skapende i mennesket. Hos Aristoteles (384-322 f.kr) er begrepet *poiesis* sentralt, menneskets genuine evne til å skape og forme ut en materie, fra et umodent til et mer modent. I motsetning til Platon mente han at mange typer kunst var verdifulle oppbyggelige innslag i menneskers liv (Ødegaard, 2003). Forutsetningen for Aristoteles` *poiesis* lå i *phronesis*, som rommer kvaliteter som lydhørhet, sansenes varhet, oppmerksomhet, fantasi og følelser (Ødegaard, 2003).

Mennesket som et uttrykkende og erfarende subjekt er sentralt i Maurice Merleau-Ponty`s kroppsfenomenologi. Engelsrud`s arbeid med kroppsforståelser gir verdifullt tilskudd som fenomenologisk sekundærlitteratur (Englund, 2004). Sveneaus` arbeid om sykdommens mening, gir verdifull tilnærming til det å leve med langvarige plager (Svenaesus, 2005). Dette presenteres i neste kapittel.

## 2.4 Kroppsfenomenologi

Termen fenomenologi brukes på ulike måter i ulike fagdisipliner. Sveneaus (2005) trekker frem tre vesentlige betydninger i medisin og helsefaget. Den første er den dagligdage betydningen; å gi detaljerte beskrivelser av opplevelser og situasjoner, som erfaringer med sykdom og møte med den som er syk. Det vil si en inngående beskrivelse og forståelse av det opplevde, som danner grunnlag for all fenomenologisk virksomhet. Den andre betydningen er fenomenologisk teori som innbefatter en systematisk refleksjon som bruker et spesielt begrepsapparat som benyttes i analyse av empirisk materiale. Det grunnleggende blir å etablere en forståelse av det individuelle perspektivet for hver især av intervjupersonene, ved å nærme seg de intervjuedes egne erfaringer og selvforståelse uten å la analysen bli formet av forutinntatte meninger og teorier (Sveneaus, 2005). Den tredje betydningen innebærer fenomenologisk synsmåte, som bygger på en filosofisk teori, en ontologi, læren om *væren* i videste betydning.

I denne studien benyttes termen fenomenologi i betydningen teori som angir den kvalitative metoden som velges for å studere og analysere det empiriske materialet, hvor hensikten er å belyse informantenes opplevelse og personlige erfaringer med ekspressivitet i billedterapi. Et menneskeliv leves gjennom kroppen. Menneskekroppen er avhengig av forholdet til andre menneskekropper, kroppen er individuell og relasjonell på en og samme tid (Engelsrud, 2006). Kropper kan ikke bare reduseres til en sosial konstruksjon eller til et fysisk objekt. Som menneske har man en kropp og er en kropp. Og kropper virker på hverandre og påvirkes

av det samfunnet de lever i. Ved langvarig smertetilstander opplever mange sosiale komplikasjoner.

Husserl var grunnlegger av den fenomenologiske bevegelse. Hans strategi var å gå tilbake til den hverdagslige erfaringen av verden (Svenaues, 2005). Filosofien måtte ha en forutsetningsløs holdning. Det var ikke tilstrekkelig å bringe med seg ferdigformulerte teorier og meninger om man skulle kunne danne et solid fundament for vår kunnskap om oss selv og verden. Merleau-Ponty, en av Husserl's elever, fortsatte fenomenologiske studier av ulike meningsfylte former som styrer hvordan vi tenker, føler og oppfatter; måten vi er på som mennesker. Han påpeker at erfaringen av å eksistere i verden er noe personen har, gjør og er som kropp.

### **2.4.1 Subjektets kroppslige væren**

Merleau-Ponty setter kroppen i sentrum og hevder kroppen er subjektiv, intersubjektiv, grunnleggende eksistensiell og personlig erfarende (Engelsrud, 2006). Det er ikke på grunn av kroppens sanselige og emosjonelle kvaliteter, sett i relasjon til den strenge fornuft. Han snur på det. Kroppen er personlighetens subjekt og det er gjennom kroppen bevisstheten tar form. Merleau-Ponty brøt med synet om at kroppen kun er et redskap og et objekt for erkjennelsen. Han skiller ikke mellom sansene og intellektet, men han skiller mellom de sansende tingenes spontane orden og ideenes og vitenskapens orden (Merleau-Ponty, 2000). Merleau-Ponty peker på at både den fysiologisk-objektive fortolkning så vel som den psykisk-subjektive er utilstrekkelig for å forklare forbindelsen som persepsjonen etablerer mellom oss og vår verden. Han konkluderer med at den sansende kropp verken er ren fysikk eller ren psykologi, men eksistens.

Det sentrale begrep hos Merleau-Ponty er *den levde kroppen*. Begrepet *levd* viser til at livet leves i og uttrykkes gjennom kroppen. Følelser innebærer ikke en indre kategori for følelser er i kroppen og kroppen er i verden. Begrepet *den levde kroppen* blir et analytisk perspektiv for å forstå kroppen i dens tvetydighet, at den er synlig og seende, berørt og berørende. Begge deler er samtidig uten at den ene delen kan redusere den andre.

Kropp forstås videre som tilgang til verden, kroppen er rettet mot verden, og kroppen blir rettet av verden. En kan si at mennesker retter seg ut mot verden og andre, og på samme tid retter vi oss etter det vi opplever i møtet med andre. En dialektisk forståelse i kontrast til en dualistisk forståelse betyr at fenomener bestemmes gjennom forholdet til hverandre. Fenomener blir det de er ved den andre, og kan ikke reduseres eller årsaksforklares. Kroppen

forstår og er utgangspunktet for forståelsen av egen situasjon og omgivelsene. Ut fra denne synsvinkelen har eller er kroppen i et forhold til omverden. Når vi ser forsiden av en bygning, ligger det i kroppens kompetanse at bygningen også har en bakside og er medværende (Merleau-Ponty, 1994).

Mennesket persepsjon er utviklet i relasjon til verden. Persepsjonens tilblivelse fra *sansedata* til *verden* må fornyes i hver enkelt persepsjonsakt. Hvis ikke, vil disse sansedata tape sin mening. Som en videreføring av Husserl's intensjonalitet og livsverden og Heidegger's væren i verden og følelse av å være hjemme, gir Merleau-Ponty eksplisitt innføring i kroppen.

Kroppssubjektet både skaper og skapes i en kulturell, historisk og situasjonell verden. Subjektet er aktivt skapende, og på samme tid formet av verden som subjektet alltid er. Mennesket er derfor et kroppslig vesen, som erfarer ikke bare på et bevisst, tankemessig nivå, men også på et førobjektivt eller førbevisst nivå gjennom den levde kroppen. Kroppen er levde, betyr at den ikke bare er levende, den er opplevd, meningsskapende, Merleau-Ponty ville sagt "en kraft for vår eksistens". I sykdom utfordres meningsaspektet, det kan bryte sammen, slik at pasienten føler seg fremmed i sin egen verden (Svenaesus, 2005).

Smerte er en kroppslig erfaring. Smerte er et vesentlig trekk hos respondentene, samtidig som studien har som mål å utforske personlige erfaringer med fenomenet billedterapi hos respondentene. Kroppsfenomenologiens fokus på subjektets eksistens og kroppslige erfaringer og vektlegging av kroppen som utgangspunkt for forståelse, syntes derfor å være et relevant perspektiv for denne studien for å etablere en forståelse av det individuelle perspektivet hos respondentene.

## **2.4.2 Stemning**

Når en som menneske er tilstede i verden omfatter det også vedkommendes egen kropp, der stemningen på en måte har sitt sentrum. Merleau-Ponty poengterer at hver type forståelse er stemt, det vil si følelsesmessig bestemt og passende i et konkret meningsmønster. Verden åpner seg for oss på ulike måter, alt avhengig av det stemningsleiet vi befinner oss i (Svenaesus, 2005). Svenaesus nevner at gleden ikke bare åpner opp verden på en spesiell måte, den kjennes i magen. Kunst formidler stemninger og kunstens måte å formidle hjemløse stemninger på er unik (Svenaesus, 2005). I billedterapi er det mulig for pasienter å la tanker og følelser få et billedlig uttrykk.

Husserl forstår det å leve som en meningstilblivende prosess der personen hele tiden realiserer seg selv i et frihetsforløp. Tilstedeværelse viser den måten en person befinner seg i en

situasjon på, som personen ikke har valgt fra starten av, som preges av gitte grunnforutsetninger, fordi personen er bærer av en bestemt kropp i en bestemt kultur. Frihet og mulighet for å utvikle et eget individuelt perspektiv er bare mulig utfra en slik faktisitet. Tilstedværelsens grunnleggende måte å fremtre på er gjennom følelsen og stemningen. Det er slik at verden åpner seg for personen som et landskapsområde der personen finner seg hjemlig utfra et bestemt stemningsleie.

Svenaesus sier kroppen rives i stykker ved sykdom, og det er den levde og ikke den biologiske kroppen som først rives i stykker ved sykdom (Svenaesus, 2005). Det er meningsmønster som gir en struktur som er avhengig av menneskets forståelse som meningsmønster i kroppen. Sammenflettet i en meningsstruktur henviser de enkelte delene til hverandre som momenter i den menneskelige tilværelsens handlende forståelse i og av sin egen omverden (Svenaesus, 2005). Å forstå pasientens perspektiv med de stemninger og tanker som det å være rammet av smerter medfører og gir opphav til, kan være en utfordring for helsepersonell og pårørende. Når en snakker om *værendet i egenkroppen* med langvarige smerter, er det ikke bare tale om smerte, men om den stemte forståelsen som smertetilstanden som er knyttet til kroppen, utgjør. Det kan være snakk om hjemløse stemninger, hvor det å ta plass i verden gjør veldig motstand (Svenaesus, 2005). Slik blir kroppen den fremmede som samtidig og på en gang er meg selv (Svenaesus, 2005). Merleau-Ponty peker på menneskets særmerke ved at kroppen har eller er et preobjektivt forhold til verden. Dette forholdet har intensjonalitet og vi er på grunn av en faktisk situasjon:

*Bevidshedslivet- erkendelseslivet, driftslivet eller det perceptuelle liv- bæres av en "intentionel bue" som omkring oss udkaster vor fortid, vor fremtid, vort menneskelige miljø, vor fysiske, og vor ideologiske situasjon, vor moralske situasjon eller som rettere sagt bevirker, at vi er situerende under alle disse forhold. Det er denne intentionelle bue der utgjør sansernes enhed, sansernes og intelligensens enhed, sensibilitetens og motorikkens enhet. Det er den der "bliver slapp" i sykdommen (Merleau-Ponty, 1994, s. 89).*

Kroniske smerter vil kunne gjennomgripe den faktiske situasjon for personen med smerter, hele vedkommendes væren i verden påvirkes og medvirker til at personenes intensjonelle bue blir sviktende. Kroppen som ifølge Merleau-Ponty er en kraft for eksistensen, svekkes også i forbindelse med sykdom.

## Kunstens materialitet

Å se tingen er å intendere den med bevisstheten. Det betyr å presentere den umiddelbart, opprinnelig. Og det er kun en ting, bevissthetens intensjonelle gjenstand. Videre er det bare en verden, den verden som trer frem for bevisstheter. Da tingen ikke eksiterer uavhengig av bevisstheten om den, er den heller ikke gitt en gang for alle. Fornyet sansing vil gi tingen i en fornyet avskygging og ”*synet er en uopphørlig fødsel*” (Merleau-Ponty, 2000, s.103). Synet er i følge Merleau-Ponty ikke en enkel kartesiansk konstitusjon, heller ingen simpel fysiologisk mekanisme, men en genese der ting og subjekt kommer til verden på samme tid. Å se er, med et fransk ordspill, ikke å erkjenne det man ser, *connaître*, men å fødes med det, *co- naître*.

Merleau-Ponty viser til kunstnere som Cezanne og Klee når han utdyper at malerkunsten i sin skildring av det synlige, kan åpenbare det usynlige (Merleau-Ponty, 2000). Både fenomenologen så vel som maleren søker i den sette tingen dens tilsynekomst, og ser etter det usynlige som skjuler seg i det synlige (Merleau-Ponty, 2000). Sansingens dobbelthet muliggjør å se det indre av det ytre, og det ytre av det indre. Uten dobbeltheten vil en ikke skjønne det nesten-nærværet og den umiddelbart forestående synligheten som er hele det imaginæres problem. I følge Merleau Ponty er malerens syn et *skapende syn*. Merleau-Ponty sier at synet sikrer oss et visuelt råmateriale. Og råmaterialet må bearbeides intellektuelt for å gi oss forestilling om verden. I intuisjonen inngår sansningen som en nødvendig del, dog blir den bare til en sannhet og erkjennelse når den følges av fornuften og sanksjoneres av fornuften, slik at evidens er en overensstemmelse mellom sansning og fornuft, det betyr ikke et dualistisk skille, men en inderlig samordning (Merleau-Ponty, 2000).

Deltakerne i billedterapi er ikke profesjonelle kunstnere og billeduttrykk skapes i en terapeutisk hensikt. I ly av Merleau-Ponty`s syn vil det likevel være interessant å få kunnskap om hvilken betydning og mening deltakernes *skapende syn* har hatt for den enkelte deltaker, i forhold til om det visuelle råmateriale som skapes gjennom billeduttrykkene, har noen betydning for deltakernes meningsfortolkning av sin situasjon og smerter, da meningsmønster i følge studiens metodiske og analytiske perspektiv kan gå i stykker når personen lever med smerter.

### 2.4.3 Mening

Som mennesker står vi i en uendelig strøm av opplevelser som på forskjellige måter gir mening. Fenomener er det som kommer til syne, det perseptuelle felt åpner seg for den



persiperende menneskekroppen, dette feltet rommer mange sedimenter, mange lag av mening (Merleau-Ponty, 1994). Det første laget, det førobjective og overgangen til det som Merleau-Ponty kaller det objektive, tilsvarer skiftet fra bevissthetsformen det prerefleksive til den refleksive bevissthet. Merleau-Ponty hevder at i den prerefleksiv modus erfarer kroppen det preobjective felt av fenomener, og når refleksjon skjer, blir de preobjective objekter til objekter. Merleau-Ponty vil ved sin kroppsfenomenologi vise at kantianismens erfaringsbegrep er for snevert. Han understreker at til grunn for objektiv erfaring som er dannet av forstanden og som er tilgjengelig for forstanden, er det en stilletende kroppsviten om de før objektive fenomener. Dette er situasjonen eller forholdet til verden som Merleau-Ponty kaller eksistens. Så menneskekroppens forhold til verden er ikke intellektuelt, mekanisk eller biologisk, men rett og slett eksistens. Kroppen er en syntese, en enhet, alle deler står i forhold til hverandre.

Husserl fremhevet at meningsbærende prosesser bygger opp erfaringene våre, og kan studeres systematisk gjennom "fenomenologisk reduksjon". Ikke for å redusere verden, men for å kaste lys over verden på en ny måte, ved å fokusere på opplevelsene selv og ikke bevege seg ut i verden. De objektene som danner vår verden, lages gjennom en serie av såkalte bevissthetshandlinger som må sees i lys av det Husserl kalte bevissthetsstrøm. Menneskets identitet er den kraften som holder denne strømmen i bevisstheten sammen og som også utgjør deres forutsetning. Ved at Husserl går tilbake til den direkte erfaringen til opplevelser av oss selv og verden, vil han fremheve hvor grunnleggende det meningsproduserende perspektivet er. Verden kommer ikke til individet ferdig, den bygges opp i en rekke operasjoner hvor individet tilskriver verden mening. Slik sett finnes ikke verden uavhengig av oss slik vi kan bli forledet til å tro når vi ikke har de fenomenologiske brillene på. Verden nedstammer fra vår egen aktivitet (Svenaeus, 2005). Forståelse av oss selv og verden omkring, avhenger av et språk og en kultur der andre personer har snakket og handlet før oss.

### **Smertens mening**

Mennesker med kroniske smerter strever med smertens mening, delvis fordi de er blitt sosialisert til å se smerte som sensasjon, som en fysisk følelse (Csordas, 1994). Mye i språket kan ledes tilbake til det faktum at vi snakker fra et kroppslig perspektiv. Csordas peker på at Merleau-Ponty ser på persepsjon som preobjectiv, men vil ikke si at den er prekulturell (Csordas, 1994). I hovedsak ser fenomenologer på kroppen som det eksistensielle grunnlaget for kulturen, og kulturen er sett på som en projeksjon av kroppen i verden. Det betyr at de

som lider av kronisk smerte må skape en ny projeksjon, et uttrykk, fra hans eller hennes smertefulle tilstand. Og den nye tilstanden, litterært sett, inkorporerer kulturen, siden all smerte har en mening gitt av den kulturelle verden en lever i. Ingen smerte er kun biologisk, smerte har alltid en mening, er alltid sosialt informert. Vi trenger å snakke om smerte som mettet med mening, mettet med kultur. Det er ingen tvil om at vi bruker uttrykket *kroppsspråk* til å beskrive at noen fremviser mening med hans eller hennes kropp. Man tenker ofte at kroppsspråk er primitivt eller førspråklig (Csordas, 1994). Smerte er også sett på som prelinguistisk, en ubehagelig sensasjon praktisk talt uten tilleggende mening, modell av smerte -som en følelse- presenterer det som noe som bare er. Med naturlig og kjent informasjon om medisinske, kjemiske og elektriske årsaker, kan en begynne å behandle smerte linguistisk, gi den et navn og karakterisere den kort. Med ytterligere informasjon, for eksempel reaksjoner til resten av kroppen, slik som hodet/ det mentale og emosjonene, vil en gitt smerte bli håndtert på en mer språklig utvidet måte. Men uten en slik beskrivelse vil den aktuelle smerte motsette seg verbal beskrivelse fordi vi ser den er i kroppen og er derfor prelinguistisk, lik andre sensasjoner som lukt, hørsel og sensasjoner fra det indre av kroppen som for eksempel sult. Ut fra denne forståelsen kan smerte være ordløs eller vanskelig å uttrykke for personen som har den.

Fenomenologer ser på kroppen som det eksistensielle grunnlag for kulturen, som igjen har betydning for smertens mening. Kravet om forutsetningsløshet i fenomenologisk metode innebærer ikke å se bort fra alle mine tidligere erfaringer. Ved å utforme et visst begrepsapparat i det fenomenologiske studiet, ved å fokusere blikket mot det generelle i det individuelle, overskrides den umiddelbare, åpenbare beskrivelsen og beveges mot en nærmere og mer systematisk forståelse av innholdet og strukturen av individets opplevelser.

Merleau-Ponty vektla at mennesket er et kroppslig vesen, for mennesket er ikke erfaringen bare blitt til på et bevisst og tankemessig nivå, men også gjennom kroppsligheten, på et førbevisst nivå. Merleau-Ponty erfaringsbegrep favner derfor vidt. Smerte er på et førbevisst nivå.

#### **2.4.4 Intersubjektivitet**

Merleau-Ponty hevder at kommunikasjon lykkes når det skjer en bekreftelse av meg gjennom andre og bekreftelse av andre gjennom meg (Engelsrud, 2006). Vår forståelse av oss selv og verden rundt oss avhenger av en kultur og et språk der andre har handlet og snakket før oss. Å *være i verden* innebærer samvær med andre mennesker, levde som avdøde og utfra det

samværet skapes en egen selvstendig forståelse. Slik sett oppdager jeg ikke først meg selv og så andre. Jeg oppdager heller meg selv gjennom andre. Menneskelig tilværelse får mening ved å være rettet mot framtid samtidig som den tar sats fra fortid. Heidegger sier livet må forstås som en meningsproduserende prosess hvor personer kontinuerlig realiserer seg selv i et frihetsforløp. Samtidig bestemmer ikke individet over mulighetene som er i enhver situasjon. De faktiske omstendighetene virker inn. Dette blir erfaring som er gjensidig og direkte, av en selv og andre gjennom kroppens uttrykk og intensjonalitet (Engelsrud, 2006). Gjennom kroppen får individet tilgang til andre. Engelsrud skriver at uttrykk og handlinger ikke kan nedtegnes på papir som talt språk. I billedterapi skapes uttrykk på papir.

I fenomenologien gis det kun plass til en hovedrolle, subjektet (Svenaesus, 2005). Begrepet ”levd kroppslig erfaring” henspeler på totaliteten av en persons subjektivitet og intersubjektivitet. ”Levde erfaringer” skapes i kommunikasjon med andre og erfaringene en har. Merleau-Ponty peker på at tankene ikke fullbyrdes før de uttrykkes. På den måten kan en si at en ikke vet hva en skal si før en har sagt det, det er en indre relasjon mellom tanken og ordet, slik at talen er skapende og bringer frem noe nytt. Merleau-Ponty trekker et skille mellom en talende tale og en talt tale. Det en sier kan nettopp være gjentakelser av allerede ferdigtenkte tanker, da bringer ikke vår tale noe nytt og viser heller ikke vår situasjon tydeligere. Slik at meningen blir innholdet i talen, og talen blir meningens ytre eksistens. Det åpner for en ny erfaring i form av en uttrykkskraft. Merleau-Ponty hevder at samtale kan berike og forandre samtalepartnerne ved at personene ikke snakker ut fra gitte program, men står i et indre, foranderlig forhold til samtalepartneren.

Livsverden er det meningsmønsteret som kontinuerlig danner bakgrunnen for våre bevissthetshandlinger. Man er ikke hele tiden bevisst bakgrunnen for sine handlinger, men bakteppet er der hele tiden som en ”stille” meningsproduserende bakgrunn.

Sykdommer må derfor forstås som flerdimensjonale fenomener, og de er meningsbærende på flere nivåer (Svenaesus, 2005). Møtet med den syke som utgangspunkt for klinisk praksis, kan havne i skyggen av kropps- og laboratorieundersøkelser (Svenaesus, 2005). Det betyr ikke at sykdommen har skjulte mål eller meninger, men heller at sykdom på en gjennomgripende måte forandrer livssituasjon til personen som rammes av sykdom og tvinger personen til nye tolkninger.

## 2.5 Avslutning og oppsummering

Eksisterende forskning og litteratur er presentert, og belyser studiens valgte tema med fokus på langvarig smerte, billedterapi, smertehåndtering og symptomreduksjon.

Smerte representerer en kompleks interaksjon mellom nevrobiologiske, emosjonelle, kognitive, sosiale og kulturelle faktorer (Hass-Cohen & Findlay, 2009). Det er høy forekomst av kroniske smerter blant nordmenn og spesielt blant kvinner (Folkehelseinstituttet, 2010). Langvarig smerte kan være svært livsødeleggende for personer som har det, og mange pasienter opplever ikke tilstrekkelig lindring (Legeforening, 2009). Kun 30 prosent av pasienter som behandles for smerter opplever moderat til god smertelindring (Jensen, 2005). Det er få studier som viser effektive behandlingsstrategier for langvarige smertetilstander. Det etterlyses dypere kunnskap om effektive smertelindringsmetoder, og studier som har mer fokus på pasient-opplevelser, pasient-erfaringer og pasientens rolle i behandlingen (SBU, 2006). Smertepasienter er storforbrukere av helsetjenester, og langvarig smerte er en viktig årsak til at mange uføretrygdes (Folkehelseinstituttet, 2010). Som mulig mestringstrategi for å hjelpe personer med langvarige smerter tar billedterapi utgangspunkt i at mennesket i det skapende gir uttrykk for seg selv, lærer seg selv å kjenne. Det skapende kan bli en kilde til kraft og energi. Studiens analytiske perspektiv utfra Merleau-Ponty's kroppsfenomenologi danner sammen med den presenterte litteratur og forskning, grunnlaget for de neste stegene i studien; design, metode, analyse og diskusjon av funnene i det empiriske materialet.

## 3 Design og metode

Formålet med denne studien er å undersøke betydningen av opplevelsene og erfaringene med ekspressivitet i billedterapi som et utvalg pasienter med langvarig smerte hadde, to år etter deltakelse. Dette er ikke tidligere undersøkt i Norge. Prosjektet har et kvalitativt design hentet fra kroppsfenomenologi beskrevet i Merleau-Ponty`s bøker: *Kroppens fenomenolog* (Merleau-Ponty, 1994) og *Øyet og Ånden* (Merleau-Ponty, 2000). Overordnede, metodiske, praktiske og etiske aspekter i forbindelse med studien presenteres i dette kapittelet. Et kritisk blikk på forskerrollens betydning for studien beskrives under forskningsetiske etiske vurderinger, kapittel 3.2.5.

### 3.1 Design

Studien har et kvalitativt, retrospektivt, deskriptivt design. Designet har et retrospektivt perspektiv fordi studiens fokus, fenomenet pasienterfaringer, er forbundet med fenomenet deltakelse i billedterapi, som foregikk to år før studien ble planlagt (Polit & Beck, 2008). Jeg har valgt individuelt intervju med en semistrukturert intervjuguide som datainnsamlingsstrategi. Deskriptivt design er hensiktsmessig når et fenomen er mangelfullt definert eller konseptualisert, og gir mulighet for å samle omfattende og rikholdige beskrivelser av erfaringer og opplevelser (Kvale, 2001; Polit & Beck, 2008; Sandelowski, 2000). Å gjennomføre en deskriptiv fenomenologisk studie innebærer bracketing; å gruppere, som også innebærer prosessen med å identifisere og holde i bero forutinntatte holdninger og meninger, og å analysere og beskrive (Polit & Beck, 2008).

Studiens ”terreng” er betydningen av erfaringer med billedterapi i forbindelse med langvarige smertetilstander. Fenomenologer hevder at levd erfaring gir mening til den enkelte persons persepsjon av et spesielt fenomen, og ser menneskelig eksistens som meningsfull og interessant på grunn av menneskets bevissthet om denne eksistensen (Polit & Beck, 2008). Designet setter krav til meg, dels å være tett på de innsamlede data, og dels å være tett på overflaten av ordene og hendelsene som kommer frem i intervjumaterialet. Målet er å være mindre tolkende, og at jeg i analysen ikke beveger meg langt bort fra eller inn i dataene. Det er heller ikke et mål å få til abstrakte gjengivelser av dataene. Det deskriptiv designet produserer et verdifullt sluttprodukt i seg selv (Sandelowski, 2000).

## 3.2 Metode

Jeg vil først presentere fremgangsmåte for studieplanlegging, gjennomføring og dataanalyse. Deretter vil forskningsetiske overveielser belyses. I kvalitativ deskriptiv forskning er det alltid bevegelse mot noe. Forskeren skaper noe av dataene, da dataene aldri snakker for seg selv (Sandelowski, 2009). Studien fokuserer på meningen av pasientenes erfaringer med billedterapi for å få dybdekunnskap og svare på forskningsspørsmålet (Polit & Beck, 2008). Pasientens erkjennelse av det som eksisterer og hennes tanker og følelser er bevisste gjennom kroppen, alt er i interaksjon med verden. Det interne og eksterne, det subjektive og det objektive er ikke mulig å skille. Med støtte i Merleau-Ponty er det å vende tilbake til *"Lebenswelt"* i levd erfaring vesentlig for å forstå sammensatte fenomener som det å leve med langvarig smerte er (Omery, Kasper, & Page, 1995). Respondentene er forespurt om å delta i intervju for å bidra med beskrivelser om betydningen sett i ettertid, av opplevelser og erfaringer fra deltakelse i billedterapi. Sandelowski peker på at metoder er levende fordi alle anstrengelser for å definere og generalisere likevel ikke makter å fange opp alle variasjoner i aktuell praksis av en metode. Metoder må alltid tilpasses den virkelige verden, og dens forskningspraksis, anvendelse og utøvelse av metoder er alltid "situated" (Sandelowski, 2009). Sandelowski hevder at metoden i seg selv har biografi og historie, at historien til en metode er historien til studien, og metoden er hva den blir i hendene på forskeren. Verdien av denne kvalitative deskriptive forskningstilnærmingen er dybdeinformasjon som innhentes gjennom intervju, og som kan belyse betydningen av en terapeutisk intervensjon fra deltakernes subjektive ståsted. Intervjuene vil utgjøre et empirisk materiale, en levende enhet, som skal behandles metodisk gjennom studiens analytiske perspektiv. Den fenomenologiske metode blir et hjelpemiddel for presentasjon av et omfattende empirisk materiale. Det motsetter seg enkel klassifisering, og er levende i den forstand at det beveger seg etter hvilket perspektiv det blir sett igjennom, og utfra hvilke deler forskeren velger å ta med. Studiens valgte fenomenologisk metode og analytiske perspektiv er et hjelpemiddel for presentasjon og behandling av intervjumaterialet som motsetter seg enkel klassifisering (Sandelowski, 2009). Funnene blir det sentrale og vil belyse betydningen av en ekspressiv, lite kostnadskreven terapeutisk intervensjon, for de sju informantene med langvarige smerter, to år etter deltakelse.

### 3.2.1 Setting for studien

Smerteklinikken Aker – OUS er en poliklinikk. Hit henvises pasienter med kompliserte smertetilstander, hvor tradisjonell smertebehandling ikke har ført til akseptabel smertelindring. Henviste pasienter blir utredet og behandlet i en tverrfaglig sammenheng. Et av behandlingstilbudene ved Smerteklinikken OUS, Aker i perioden 2003-2007, kombinerte billedskapning og terapeutiske samtaler for å hjelpe pasienter til å håndtere og leve med langvarige smerter. En pasient som deltok gav mer enn et år etter deltakelse, uoppfordret, følgende tilbakemelding:

*Smertene får bare leve i skyggen av meg nå, ikke som før da smertene levde med meg.*

Uttalelsen peker på at billedterapi kan ha bevirket noe positivt for denne pasienten i forbindelse med å håndtere å leve med langvarige smerter. Tilbudet har ikke vært systematisk evaluert over tid. Billedterapi kan muligens være en intervensjon og supplement i moderne helhetlig smertebehandling. En ser at i andre land kompletteres tradisjonell smertebehandling med uttrykksterapi (Sivik & Schonfeld, 2002). Det er grunn til å utforske om norske pasienter med langvarige smerter, har hatt utbytte av deltakelse i billedterapi, og om det har betydning utover selve terapitiden.

I perioden 2003-2007, ble pasienter tilbudt å delta i et opplegg der billedterapi var et av behandlingstilbudene. Formålet var å hjelpe pasientene til å håndtere å leve med langvarige smerter. Hver billedterapi gruppe hadde fra 3-7 deltakere. Intervensjonen strakk seg over 8 uker, med ukentlig samlinger à to timer. Den terapeutiske tilnærmingen ble ledet av undertegnede; spesialsykepleier med billedterapiutdanning og lang erfaring med smertepasienter. Billedterapi gruppene fulgte en fast struktur. I første samling ble billedterapiens opplegg som helhet presentert, og deltakerne fikk prøve ut materialer. Siden ble hver samling innledet med en kort samtale om deltakernes tanker og opplevelser siden forrige samling. En kort oppvarmingsoppgave som for eksempel å lage streker på et papir, ble gitt for å fokusere deltakerne for billedskapningen. Deretter ble dagens tema presentert. Billedoppgaven ble gitt i tilslutning til temaet. Hver sesjon ble avsluttet med refleksjon og samtale utfra dagens billeduttrykk. Oppgavetemaene blir kort beskrevet i kapittel 4, hvor også funnene presenteres.

### **3.2.2 Rekruttering av informanter**

Studiens utvalg av respondenter er et bekvemmelighetsutvalg. Utvelgelseskriteriene var langvarige smerter og to år siden deltakelse i billedterapi. Svært få av de som deltok i billedterapigruppene var menn. Alle som ble forespurt var kvinner. Navn og kontaktinformasjon ble gitt av Smerteklinikken OUS-Aker. Ti pasienter som tilfredstilte overfornevnte kriterier ble forespurt. Alle fikk tilsendt informasjon om studien og skjemaet: Informert samtykke (vedlegg 4). Sju av disse sa seg villig til å være med i studien. Alle underskrev på informert samtykke før intervjuet.

### **3.2.3 Datainnsamling**

En semistrukturert intervjuguide ble utformet med utgangspunkt i Merleau-Ponty's kroppsfenomenologi, og Kvales anbefalinger for det kvalitative forskningsintervju (Kvale, 2001; Merleau-Ponty, 1994). Intervjuguiden ble tematisert for at intervjuet i størst mulig grad skulle sentrere om studiens hovedfokus. Guiden la til rette for en viss strukturering av intervjuenes innhold. Slik ble intervjuguiden et viktig redskap til rigorøsitet i det empiriske datamaterialet på tvers av informantene (Polit & Beck, 2008). Intervjuene fokuserte på pasientenes tidligere opplevelser og erfaringer fra billedterapi. Det kvalitative forskningsintervjuets styrke er at det gir tilgang til intervjupersonenes verden som og bidrar til en forståelse av det syn på verden som skaper grunnlaget for intervjupersonens handlinger. Giorgi's empiriske fenomenologiske metode omfatter lojalitet overfor fenomenet, forrang for pasientens livsverden og den deskriptive metoden, og legger til rette for intervjupersonens synsvinkel i søken etter mening (Kvale, 2001). Den semistrukturerte tematiske intervjuguiden skapte en intervjustruktur som la til rette for at intervjuer kunne tilstrebe å lytte på en så fordomsfri måte som mulig og la informanten fritt beskrive sine erfaringer uten å forstyrre med unødige spørsmål og de forutinntakelser det måtte innebære. Dette ga mulighet for at den fenomenologiske metodetilnærmingen kunne prege intervjuet. Det var underordnet om guidens temaer ble behandlet i oppsatt rekkefølge. De utvalgte temaene i guiden hadde eventuelt-spørsmål som gav mulighet for at intervjueren kunne bruke spørsmålene for eventuelt å utdype vesentlige individuelle aspekter hos informanten under intervjuet. Slik ble forskerintervjuet en mellommenneskelig situasjon, hvor kunnskap fremkom gjennom dialog (Kvale, 2001).

Informantene valgte selv sted for gjennomføring av intervjuet. Fire intervju foregikk i informantenes hjem, et intervju ble gjennomført i eget rom på et bibliotek ved informantens



hjemsted og to intervjuer ble gjennomført på Avdeling for sykepleievitenskap, Instituttet for Helsefag og samfunn, UIO. Antall informanter bidro til meningsrikhet i det samlede intervjumaterialet. Intervjuene varte fra 45 til 71 minutter. Alle intervjuene ble tatt opp digitalt og deretter transkribert.

### **3.2.4           Analysen**

Transkripsjonen danner begynnelsen på den kvalitative analysen og den klargjorde datamaterialet for det videre arbeidet. Transkriberingen førte intervjusamtalene over fra muntlig til skriftlig form (Kvale, 2001). Det transkriberte materialet fra det enkelte intervju varierte fra 7 til 17 sider. Samlet ble det et material på 74 sider, enkel linjeavstand. Analysen er utelukkende utført av forsker; undertegnede, med veiledning. Å søke etter det substansielle i det empiriske intervjumaterialet, har vært både en aktiv og interaktiv prosess (Polit & Beck, 2008).

#### **Innholdsanalysen**

Studiens analytisk perspektiv er fra Maurice Merleau-Ponty's kroppsfenomenologi med den hensikt å bidra med dybdekunnskap for å svare på forskningsspørsmålet (Kvale, 2001). Ifølge Kvale er fenomenologisk meningsfortetning ikke tilstede for å redusere verden, men for å se verden på en ny måte ved å konsentrere opplevelser og erfaringer for å studere deres grunnstruktur (Kvale, 2001). Utgangspunktet for innholdsanalysen er en fenomenologisk analyse i fem trinn (Kvale, 2001). Kvales trinn ble kun benyttet som en grunnstruktur i analysen. Tilpasninger er gjort underveis. Datamaterialets egenart gjorde det nødvendig å ta i bruk meningskategorisering i flere omganger for å få tak i dimensjoner og kategorier i de uttrykte beskrivelsene. I tillegg ble en type "komponent-analyse" eller "kategori-analyse" benyttet, inspirert av Spradley's metode:

*"A back and forth process to establish different categories; searching for contrasts among these domains, grouping some together as dimensions and combining related dimension"* (Polit & Beck, 2008, s. 519).

Tema fra den semistrukturerte intervjuguiden; *smertes, billedterapi, å bruke materialer for å uttrykke, å få oppgaver, følelser og opplevelser, sette ord på eget bilde, la andre ta del i eget uttrykk, endring og energi* var indirekte medvirkende i hele analysearbeidet av det empiriske materialet. Analysen vil nå presenteres i en tabelloversikt.

Tabell 1.

Oversikt over analysetrinnene.

	Operasjonsfokus
Første trinn	Datamaterialet fra hvert intervju ble gjennomlest. Dette gav en oversikt og begynnende forståelse av hvert intervju. Samlet fremstod materialet som innholdsrikt, mangfoldig og omfattende.
Andre trinn	Hvert intervju ble gjennomgått og delt inn i meningsenheter som ble satt inn i en matrise i Exel ark. Det resulterte i 463 meningsenheter. På bakgrunn av det teoretisk perspektiv, utkrystallerte det seg fem mellomliggende teoretiske kategorier i materialet: ”Mening”, ”intersubjektivitet”, ”den levde kroppen”, ”stemning” og ”livsverden”.
Tredje trinn	Informantenes uttrykte meninger ble fortettet for å komme frem til mer grunnleggende betydninger av erfaringer og opplevelser med billedterapi. Meningsenhetene ble meningsfortettet til kortere formuleringer og satt inn i neste kolonne i en Word tabell, fremdeles fortløpende for hvert intervju. Materialet ble deretter gjennomlest for å finne analytisk drevne kategorier utfra informantenes synsvinkel. Tre analytisk drevne kategorier utkrystallisert seg: ”Den levde kropp”, ”relasjon” og ”visuelt uttrykk/ billedterapi”.
Fjerde trinn	Materialet ble gjennomgått i lys av studiens spesifikke formål, og hovedpoeng og tema utkrystalliserte seg i materialet. Et tidsforløp ble tydelig i datamaterialet. Tidsforløpet bidrog til organisering av temaene i analysen til perioden før, under og etter billedterapien.
Femte trinn	Re-presentasjon av beskrivelsene i datamaterialet. Dette presenteres i eget kapittel som en deskriptiv beskrivelse av studiens funn.

Funnene presenteres i kapittel 4.

### 3.2.5 Forskningsetiske overveielser

Smerteklinikkens leder, gav første tillatelse for tilgang til feltet, slik at tidligere deltakere i billedterapi kunne forespørres om deltagelse i studien (vedlegg 1). Forutsetningen var at nødvendige søknader ble innsendt og godkjent. Søknad til Personvernombudet OUS (vedlegg 2) og søknad til Regional etisk komitè (REK) (vedlegg 3) ble sendt etter et samarbeid med i veileder førsteamanuensis Anne Moen. Det ble vedlagt prosjektbeskrivelse, informasjonsskriv med informert samtykkeskjema (vedlegg 4) og semistrukturert intervjuguide (vedlegg 5). Personvernombudet ga sin anbefaling under forutsetning av at studien tilfredstilte krav i helse- og personvernlovgivingen, og REK gav prosjektgodkjennelse (vedlegg 3).

Informantenes deltakelse i studien var frivillig. For innhold i samtykkeskjemaet, se vedlegg 4. Alle informantene undertegnet samtykkeskjemaet før intervjuet.

Det har vært en utfordrende analyseprosess for å få tak i fakta og å fremstille empirien på en hensiktsmessig måte. Jeg har tilstrebet at dybdeinntregningen i datamaterialet er ”surface”- på overflaten- i analyseprosessen (Sandelowski, 2000).

### **Reliabilitet og validitet**

Å ha fokus på reliabilitet og validitet er knyttet til arbeidet med empiriske materialet fra intervjuene, og er vesentlig for å tilstrebe kvalitet i studien (Kvale, 2001). I kvalitativ forskning innebærer dette å sikre en viss rigor i datainnsamlingen og analysene (Polit & Beck, 2008). Den semistrukturerte tematiske intervjuguiden var et viktig redskap for å medvirke til rigorøsitet gjennom intervjuene og for at intervjuer kunne konsentrerte intervjusamtalen om de aktuelle temaene i intervjuguiden.

Deskriptiv validitet i analysen innebærer en nøyaktig beskrivelse av en hendelse, her forstått som transkripsjon av intervjuet. Informant og intervjuer, alle som opplevde samme hendelse, bekrefter at nedskrevet beskrivelse er korrekt (Sandelowski, 2000). Alle informantene ble tilbudt å lese gjennom det transkriberte intervjuet, men ingen ønsket å gjøre det. Transkriberingen av hvert intervju ble derfor gjennomgått flere ganger samtidig som intervjuet ble avspilt, for i størst mulig grad å sikre tekstens gyldighet og validitet.

Interpretiv validitet er en nøyaktig beskrivelse av hendelsens mening slik som deltakerne relaterte hendelsen og deltakernes mening stemmer med det slik det er skrevet (Sandelowski, 2000). Å sikre validitet berører sannhets- og kunnskapsaspektet sammen med de slutninger og funn som kommer ut av analysen (Kvale, 2001). Det er tilstrebet en naturalistisk generaliserbarhet av intervjuene, fordi de er basert på personlige erfaringer fra pasientene. Naturalistisk generalisering hviler på en konvensjon om og hvordan ting er og gir forventninger mer enn formelle forutsigelser (Polit & Beck, 2008). Naturalistisk generalisering hviler på en aksept av at det er mange tolkninger av virkeligheten. Målet med denne forskningen er å forstå pasientenes virkelighet i deres kontekst, ved å fokusere på betydningen av erfaringer fra billedterapi uttrykt i ord gjennom intervjuene. Den stille kunnskap som er hos pasientene ble uttrykt i ord gjennom intervjuene. Dermed har kunnskapen beveget seg til å bli eksplisitt konkret kunnskap.

Kunnskapen fra pasientene er det substansielle og essensen studien har hatt som mål å få tak i. Underveis i analysen og utformingen av deskriptive beskrivelser, er det foretatt valg i

forhold til hva, og hvilke funn som var relevante og skulle inkluderes og presenteres. Beskrivelsene av studiens funn må være så nøyaktig som mulig, formidles i riktig rekkefølge og ha deskriptiv validitet (Kvale, 2001). Kvale peker på at dette ikke setter til side betydningen av presise observasjoner og logisk argumentasjon, men oppfatningen fører til et bredere sannhets- og dermed kunnskapsbegrep.

Validitet og reliabilitet er de mest sentrale begrep som berører datakvalitet (Polit & Beck, 2008). For å sikre datakvalitet i kvalitative studier, utdyper Lincoln og Guba (1985) betydningen av fire kvalitetskriterier som utgår fra validitet og reliabilitet. Disse er troverdighet, overførbarhet, pålitelighet og bekreftbarhet. Troverdighet relateres til indre validitet. Det vil si i hvilken grad funnene beskriver det som forskeren er ute etter å beskrive. Troverdighet i en kvalitativ studie må ikke forveksles med det faktum at alle respondenter har hver sin erfaring og sannhet (Sandelowski, 1993). Troverdighet kan videre knyttes til forskeren og hvordan funnene benyttes og fremstilles. I denne studien handler overførbarhet om i hvilken grad funnene kan vurderes som gyldige utover utvalget som er intervjuet, og de forhold som er knyttet til utvalget. Denne studien representerer kun et utvalg på sju respondenter. Om jeg som forsker er trygg på at respondentene i studien kan reflektere pasienter som likner, er det likevel ikke mitt ansvar å trekke konklusjoner. Pålitelighet knytter seg til kriteriene for reliabilitet og objektivitet (Fagermoen, 2005). Åpne, ikke lukkede spørsmål vil kunne ha betydning for påliteligheten i studien, og sikre en mest mulig pålitelig beskrivelse av respondentenes erfaringer. Å sikre størst mulig grad av bekreftbarhet betyr at studien følger en rød tråd gjennom hele prosessen, og at det er samsvar mellom studiens hensikt og gjennomføringen av studien.

### **Retrospektivt perspektiv ved innhenting av data**

Studiens retrospektive perspektiv innebærer å utforske betydning av erfaringer og opplevelser med billedterapi, som har skjedd to år tilbake i tid (Polit & Beck, 2008). Tidsperspektivet stiller krav til informantenes hukommelse av erfaringer bygget på det som er skjedd tidligere. Det kan ha skjedd mye i livene til respondentene, og flere elementer ved livssituasjonen vil kunne påvirke det de husker. Tiden går, og erfaringer gjort tidligere kan preges av nye hendelser i ettertid (Tourangeau, Rips, & Rosinsski, 2000). Det betyr at respondentene kontinuerlig erfarer nye hendelser som kan farge tidligere opplevelse og erfaringer. Dermed kan *recall bias* opptre; en husker feil. At forskeren gir seg god tid under intervjuet kan være med å minske sjansen for *recall bias* i datamaterialet. Det er også slik at det finnes spesielle

hendelser som er vesentlige for erfaringer i ettertid. De spesielle hendelsene er med på å prege hukommelsen. Datakvaliteten ved retrospektivt design kan styrkes, om slike hendelser beskrives. En gledelig begivenhet, en ulykke eller sykdom er slike spesielle hendelser (Tourangeau, et al., 2000).

### **Forskersubjektivitet**

Å gjennomføre en studie på eget felt, på en behandlingsmodalitet jeg selv medvirket til, har jeg vært bevisst gjennom hele studien. Forskerens kommunikasjon og handling har betydning for validiteten til funnene i studien, og setter fokus på forskerens integritet. Min forskersubjektivitet kan både styrke og svekke studien (Kvale, 2001). Om forskeren har gode kunnskaper om feltet og anvender den i utforming og gjennomføringen av studien, kan forskersubjektiviteten styrke studien. Bidrag til en systematisk svekkelse av studien, en bias, skapes om forskeren i intervjuet legger føringer for egne synspunkter, overstyrer intervjuet og hindrer informantens frie måte å snakke om temaene på. Om jeg tenkte negativt om egen posisjon som intervjuer, ble passiv og tilbakeholden for å ta initiativ under intervjuet av redsel for å påvirke informanten, ville det kunne svekke studien ved at mulige vesentlige aspekter ikke ble belyst. En forskers forståelse av fagfeltet kan også være så dominerende at viktige utsagn underveis i intervjuene blir overhørt. Kunnskap konstrueres gjennom kommunikasjonen i intervjuet. Det var et mål at intervjuer hele tiden tilstrebet å være seg bevisst balansen mellom etiske aspekter ved den følelsesmessige interaksjonen, og kunnskapsinnhenting under intervjuet, slik at intervjuet ikke utviklet seg til en terapeutisk samtale (Kvale, 2001). Det var videre et mål at intervjuer i intervjusituasjonen ikke fremsto med skråsikkerhet, men hadde en ydmyk holdning fundamentert på et likeforhold, noe som er betydningsfullt for en god relasjon (Ødegaard, 2003).

Ideelt sett burde kanskje en annen billedterapeut utført intervjuene, for å unngå at den tidligere behandlingsrelasjonen jeg hadde til noen av pasientene kunne innvirke og svekke reliabiliteten av datamaterialet, og dermed redusere studiens gyldighet. Av praktiske og økonomiske årsaker lot dette seg ikke gjøre. Den første informanten som skulle intervjues, ble før intervjuet forespurt om en tredje person kunne være observatør under intervjuet, noe informanten syntes var greit. Dette gav en type ”interrater-reliabilitet”. En studiekollega var observatør med fokus på hvordan intervjuguiden fungerte, på intervjustil og forskersubjektivitet. I etterhånd beskrev observatøren intervjustilen som god, bruk av intervjuguides tematisering fungerte, det fremkom rikelige med beskrivelser. Sammen med

observatøren konkluderte jeg med at kvaliteten på dette muntlige intervjumaterialet var akseptabelt med hensyn til validitet og reliabilitet, og intervjumaterialet ble inkludert i studiematerialet. Tilbakemeldingen fra observatøren gav tilstrekkelig trygghet i intervjurollen, og de neste intervjuene ble gjennomført uten observatør.

Neste kapittel gir en presentasjon av studiens empiriske funn.

## 4 Funn

Presentasjon av funnene starter med de demografiske dataene. Videre presenteres funnene i et tidsforløp, før, under og etter billedterapi.

### 4.1 Demografiske data

Alle syv informanter var kvinner. Da de ble intervjuet, hadde det gått minst to år siden de deltok i billedterapi i regi av Smerteklinikken Aker- OUS.

Tabell 2.

#### Demografiske data

---

Alder da intervjuet fant sted

Gjennomsnittsalder 48 år, yngste kvinne 33 år, eldste kvinne 69 år.

2 kvinner > 60 år

5 kvinner < 60 år

Utdanning

2 Helsefaglig utdanning

2 Pedagogisk utdanning

1 Økonomi utdanning

1 Service/Hotell

1 Student

Forløper for den langvarige smertetilstanden

3 Raskt innsettende sykdom

2 Trafikk ulykke

1 Ulykke i forbindelse med trening

1 Arbeidsskade

Under billedterapi

2 Uføretrygdet

1 Sykemeldt 100%

4 Rehabilitering/Attføring

Etter billedterapi

1 100% jobb og avsluttende studier

4 Uføretrygdet 100%

1 Uføretrygdet 50%

1 Alders pensjonist

---

Kjennetegn ved informantenes beskrivelser av smertesituasjon vil nå presentere i et forløp. Først presenteres kjennetegn før behandling ved Smerteklinikken, Aker-OUS og billedterapi.

## 4.2 Den levde kropp før billedterapi

Funnene knyttet til “den levde kroppen før billedterapi” er kjennetegnet av smerter som ikke ble lindret, flere måtte kjempe for å bli hørt om sine smerteplager, tilstanden bar preg av håpløshet og en følelse av ikke å håndtere smertene selv. Deltakerne beskrev også gjennomgripende endringer i hverdagens sosiale liv, de opplevde funksjons- og aktivitetsreduksjon, utmattelse med energi- og søvnmangel, depresjon og følelse av mindreverd og de hadde dårlig mestringsfølelse.

### Smerter

Kroniske smerter dominerte respondentenes liv, og de beskrev å være i en invalidiserende tilstand. En beskriver smertesituasjonen før hun kom til Smerteklinikken;

*Lenge satt jeg... med en varmeflaske .... jeg orket ikke annet liksom jeg satt jo bare og da blir det veldig fokus, det er bare den magen du kjenner.... Jeg bare var i smerten, bare prøvde å holde ut dag etter dag ....og så takla jeg det mye dårligere også (1).*

*Når du bare går i en situasjon som bare er vond og vanskelig.. at du ikke vet hvordan du skal gripe det an, fordi når hvert skritt du tar, er vondt, er jo hele hverdagen ganske vond (7).<sup>1</sup>*

Respondentene beskriver kontinuerlige og vedvarende opplevelser av smerter. En sa hun ”forsøkte å komme unna smertene som var der hele tiden” (3). En respondent beskrev at sykdommen kom som ”lyn fra klar himmel” (5). Flere informanter sa de var optimistiske etter å ha gjennomgått kirurgi, de håpet behandlingen de hadde fått ville ”virke”. Håpet tapte terreng, deres livsverden bar etter hvert preget av smerter og håpløshet. En respondent gjennomgikk fire operasjoner uten å erfare smertereduksjon, hun opplevde heller smerteøkning. Hun sa: ”Jeg var jo helt sikker på at det var noe som skulle gå fort over igjen, og så gikk det jo ikke over...” (4). Hun oppsøkte leger for å få hjelp mot smertene:

*Da jeg kom til Smerteklinikken så hadde jeg vært hele rundgangen med 4 operasjoner med alt det innebar, og masse smerteklinikker og private... og rundt omkring,.. prøvde liksom alt,... ikke det at penger betydde noe, men jeg betalte masse penger til private leger for å bli kvitt de smertene (4).*

En opplevde at sykehuset som hadde operert henne nevrokirurgisk ”var svært trege og når det gjaldt smerter... så var det ikke noe mer de hadde å tilføre” (3). Da hun ba om å søkes til Smerteklinikken, OUS-Aker, uttrykte legen: ”Jeg tror de har nok pasienter der” (3). Kvinnen

---

<sup>1</sup> Direkte sitat på 20 ord eller mer er satt inn med 5 innrykk, enkel linjeavstand, uten anførselstegn for å tilstrebe ryddighet i tekstmaterialet



insisterte på søknad, og fikk behandling på Smerteklinikken, inkludert billedterapi. En respondent måtte opereres akutt. I etterkant hadde hun sterke, vedvarende smerter og gikk igjennom langtekkelige utredninger. Hun beskrev hun *"ikke hadde fått noe hjelp for den eller noe medisiner som hjalp"* (1). En respondent bekostet dyre behandlinger uten effekt, en annen argumenterte ekstra for å få hjelp. En tredje fikk ikke noe smertelindring. Dette eksemplifiserer at pasientene opplevde uverdige møter med helsepersonell. Beskrivelsene samstemmer med innhold i SBU rapporten som peker på at en del pasienter med smertelager *ikke får den hjelp de trenger* (SBU, 2006). Å leve med smerter som ikke blir lindret kan være en utmattende lidelse, som bidrar til at pasienten har lite krefter til å kjempe for seg selv. At pasienten blir møtt, lyttet til og respektert er en forutsetning for at det kan skapes en god relasjon mellom pasient og behandler. En informant beskriver uoppfordret fastlegen som *"fantastisk"*, legen begynte å *"dra i ulike ting"* (6) og henviste videre til Smerteklinikken OUS-Aker. En av informantene beskrev Smerteklinikken som *"siste halmstrå"* (4) etter en rekke behandlinger uten effekt på smertene. Samlet sett gir informantene beskriver av manglende smertelindring, å måtte kjempe for å bli hørt, opplevelse av håpløshet og en følelse av ikke å håndtere smertene selv.

### **Komplikasjoner i sosialt liv**

For alle respondentene innebar smertetilstanden gjennomgripende endringer i deres sosiale liv. Å være i verden innebærer samvær med andre mennesker, og mange livserfaringer skapes i kommunikasjon med andre. En deltaker ønsket *"å være alene ..... det var så svart, for ingen forsto, for jeg pratet ikke med noen"* (6). En annen sa:

*Det å gå med sterke smerter, en sånn materie, som ikke er så lett å forklare til andre for det er bare noe jeg føler... smerter er noe en har for seg selv* (7).

*Det er ikke akkurat sånn at det er noe samtaletema..., det er jo vanskelige greier rundt dette med smerte, og ikke sant, ofte blir det bare overflatisk, helt overflatisk jeg har så vondt og sånne ting uten at du utdyper det, hva det betyr* (7).

Respondentene beskriver vansker med å kommunisere med andre om smertene. En uttrykte følgende om sin sosiale tilbaketrekking:

*Veldig skummelt hvor fort du på en måte kutter noen hyssinger... og isolerer deg...vært flere år hvor jeg har ligget veldig nede i forhold til sosial omgang* (4).

*Når man har mye smerter og blir langtidssykemeldt for det første, så kjenner du deg verdiløs, du kjenner deg mindreverdige, kjente meg bare som en belastning for hele samfunnet, hvem har anvendelse for en som er syk og er dårlig* (6).

Deltakeren opplevde seg mindreverdig da hun gikk sykemeldt på grunn av smertene. To deltakere trakk frem betydningen av et godt forhold til ektefellen (6,5). En var også redd familien skulle lide under hennes nye situasjon, ”redd for å miste dem” og ”påføre andre byrder” (5). Respondentene beskrev kommunikasjonsvansker om smerter, isolasjon, redsel for å bli forlatt, følelse av mindreverdighet, redd for å miste, og redd for å være til byrde, følelse av ikke mestre sin situasjon og å ikke ha kontroll.

### **Funksjonstap og fravær av aktivitet**

Alle informantene var aktive og i jobb eller studie før sykdom og smerter ble dominerende i livet deres: En sa:

*Du kjenner på alt du har mistet av funksjon først og fremst for min del fysisk funksjon. Før var jeg i full fart, full jobb og veldig aktiv jente, til nesten å ikke klare å gå (7).*

Hun sa: ”Hvert skritt du tar er vondt” (7). En annen sa: ”Jeg satt jo bare” (1). To beskrev direkte at kroppsfunksjoner var endret (5,2). En fikk ”skikkelig krampegråt” da hun forsøkte skigåing etter operasjonen og oppdaget at ”det hadde gått ut over balansen”(5). En informant hadde sequele med ”lese og skrive vansker” (2) etter trafikkulykke. En som sluttet i jobb på grunn av smertene, sa: ”Det var for galt å slutte på den måten jeg gjorde ...jeg trivdes jo kjempegodt”, hun sa videre ”jeg klarte ikke å jobbe” (4). En annen deltaker fortalte:

*Jeg var ute av jobb i to år direkte, og så kom jeg tilbake på attføring, ja det var helt umulig for meg å kunne greie en fulltidsjobb så jeg fikk nedsatt jobb, det gjorde at jeg fungerte på jobben mens jeg var der, ....det var så givende på jobben (5).*

*Jeg klarte ikke å akseptere det, hvertfall ikke uføretrygden, det var liksom ikke meg, men jeg prøvde aktiv sykemelding, sammen med legen min og jobben min, å finne noe jeg kunne være produktiv i, men det ble en belastning (1).*

Respondenten slet med å godta at arbeidsevnen var så redusert at hun måtte slutte i arbeid. En sa: ”Når vi krasjet, stoppet alt opp” (7). En annen respondent fortalte: ”Foruten arbeidsskaden, satt mye som knuter i kroppen fra barndommen” (6). Samlet sett erfarte informantene kroppslige forandringer og reduserte funksjoner, ingen fungerte i jobb eller studier. Hverdagens funksjons- og aktivitets mønster var endret for alle.

## Depresjon

Sykdomssituasjonen og smertene medførte store livsendringer for deltakerne. Flere beskrev endringene med en bevegelseskontrast til det som hadde vært: ”Alt stoppet”, ”fallet”(7), livet ”snudd opp ned”(4). En sa:

*I den vanskelige guffa.. der du kjenner på alt du har mistet av funksjon først og fremst for min del fysisk funksjon, hobbyer, interesser, venner, jobb,.. det ble så voldsomt mye.... før var jeg i full fart.. i full jobb og veldig aktiv jente, til å ikke klare å nesten gå, da ble fallet ganske hardt.... Konstant vondt, og vondt å gå, og ikke klarer å gjøre det man har gjort før, blir en sånn stor vond klump (7).*

*Den perioden ble livet mitt snudd ganske opp ned, ja, for jeg klarte ikke å jobbe for jeg fikk ikke til å sove, det var liksom det største problemet; det var ikke så verst om dagen, bare jeg kunne komme meg opp av senga å begynne å gå, nei, jeg fikk ikke sove og det gikk også en stund før det gav seg utslag i den tingen at egentlig ..ble ganske deprimert etter hvert, fordi jeg ble så utslitt (4).*

Respondenten opplevde en rask innsettende og omfattende livsendring. En annen ble ”nedbrutt og deprimert av å være syk”(1) og opplevde å ikke få hjelp med smerteplagene. En annen sa ”så er det de tårene da”(5), de kom fordi hun var redd for å miste det gode familiesamholdet, og hadde ukentlig ”smådepresjoner”(5):

*Trodde heller aldri den skulle vedvare, den vokste i løp av det første året, i forbindelse med min situasjon, ... så jeg trodde jo den skulle gå den andre veien, og når den først kom da så tenkte jeg at nå er det toppen nå må den gå ned igjen og at det skal hjelpe så jeg beholdt en viss optimisme, men så ramlet den sammen så jeg fikk depresjonsdager eller stunder (5).*

En mørk sinnstemning over tid kan utvikle seg til mer alvorlig depresjon. Alvorlighetsgrad og varighet av depresjon avhenger av sykdom, person og situasjon. Flere deltakere sa direkte at de var ”deprimerte”(1,4,5). En beskrev smertesituasjonen som å være i en ”svart gryte”(7) eller ”guffe”(7), noe ekkelt. En respondent sa situasjonen var ”svart” (6). En beskrev tap av fremtidsperspektiv: ”Klarte ikke se forover, bare var i smerten”(1). Fire deltakere beskrev at de opplevde tap (2,5,7,4). Tap kan skape tristhet og utløse en depressiv reaksjon. Depresjon kan vises med ”tårer” (5), og også ved å være ”rasende” på situasjonen (5). ”Forferdelig at dette skulle skje meg” ... ”jeg kjenner ingen som har det slik som meg”(5).

Depresjon forsterker ofte smerteopplevelse. Alle respondentene beskrevet direkte eller indirekte at de var deprimerte, en deltaker beskrev å ikke ha fremtidsperspektiv.

## Utmattelse

I tillegg til smerter slet respondentene med dårlig søvn. En sa *”jeg fikk ikke til å sove, det var det størst problemet”* (4). En deltaker som var mor, sa at hun *”ikke sov på et og et halvt år”* (6). I tillegg opplevde hun at en av hennes nærmeste hadde det svært vanskelig: *”Jeg kunne ha gitt faen i alt”* (6), ville bare *”være ensom og sove”* (6). Søvn er nødvendig for hvile som bidrar til å gjenvinner krefter. *”Jeg kunne våkne om natten og være helt dyvåt av svette enda så lite jeg sov, og de gangene jeg sov så var det mareritt”* (4). Flere brukte ordet *”sliten”* eller *”utslitt”* (2,3,4). En deltaker sa:

*Den perioden var jeg egentlig ganske lei både det ene og det andre, du blir så sliten av å ha smerter hele tiden ikke sant* (3).

*”Hvis man er sliten eller sånn, som jeg var før jeg kom til Smerteklinikken”* (1), så tenkte hun *”jeg orker ikke lenger”* (1). En deltaker sa: *”Brukte energien bare på det jeg var helt nødt til”*. En annen sa hun var *”tappet for energi”* (4).

Informantene erfarte at de var tappet for på energi, var utmattet og utslitt og hadde søvnplager.

## Ikke mestre

En deltaker sa det slik:

*En kan ikke kontrollere ting eller man rett og slett ikke mestrer da... Alt det vonde som ligger i det med å plutselig komme i en situasjon der du ikke har kontroll og det er mye endret så det jo veldig mange vanskelig følelser rundt det* (7).

*”Den perioden ble livet mitt snudd ganske opp ned, ja, for jeg klarte ikke å jobbe”* (4).

*Jeg bare var i smerten bare prøvde å holde ut dag etter dag, jeg klarte ikke å se forover, og når jeg så bakover så tenkte jeg hvordan har jeg overlevd* (1).

Å leve med smerter, ha et komplikasjonsfylt sosialt liv med isolasjon og kommunikasjonsvansker, ha funksjonsnedsettelse og fravær av aktivitet, oppleve utmattelse, depresjon og følelse av ikke å mestre, kompliserer livsutfoldelsen for respondentene og truer deres eksistens.

## 4.3 Den levde kropp under billedterapi

I materialet er funnene knyttet til ”den levde kropp under billedterapi” kjennetegnet ved en positiv arena, bevisstgjøring gjennom kreativitet, visualisering, stemning og spontanitet.

### 4.3.1 En positiv arena

Alle respondentene deltok frivillig; med forpliktelse til regelmessig oppmøte så sant de var i stand til det. Deltakerne var på forskjellige stadier i sitt behandlingsforløp, noen gikk parallelt til annen behandling, en ventet på en behandling, to gikk kun til billedterapi. På forskjellige måter formidlet respondentene sitt møte med billedterapi. En sa:

*Når jeg ble spurt eller det fantes en plass, så tenkte jeg, ja jeg går vel dit da, det kjentes som hva dere enn tilbyr meg, hva dere enn sier, og hvordan jeg skal sitte, hvordan jeg skal stå, det kommer ikke å hjelpe,... men allerede etter første gangen, så var det, det var noe som vekket slik interesse (6).*

Det første møte vekket interesse, ”det drog å gå dit, fordi at her kom man fram” (6). En beskrev sitt møte med billedterapi og hele den tverrfaglige behandlingen; ”..det var min erfaring.., at jeg ble tatt på alvor hele tiden, og at jeg ble sett” (4). ”Jeg følte jeg ikke ble et kasus” (7). En informant beskrev billedterapien som en ”positiv arena”:

*Billedterapien var i et koselig hus på sykehusområdet, det å ha en positiv setting i det koselige huset, at det er utenfor sykehuset .... Det er få arenaer der du kan komme med ..... følelser du ikke har turt å si til noen (7).*

Å komme med følelser en ikke har turt å si til noen, forutsetter en form for trygghet slik at personen åpner seg og kommuniserer om seg selv med de andre. Flere respondenter kom inn på at deltakelsen i billedterapi bidro til en hverdagsstruktur.

*Jeg tenker at i den perioden eller den situasjonen så var det utrolig fint å gå, bare det å ha en fast formiddag i uken hvor jeg skulle noe,... for meg var det nesten som en Amerikareise å komme meg opp dit i begynnelsen (4).*

En sa det var en seier å mestre å komme til billedterapi.

*At jeg klarte å komme, .. flest mulig ganger hvertfall, det var også litt sånn seier at jeg liksom kunne gå på noe som var bestemt og avtalt og at jeg kunne holde noe, skal vi si tider (1).*

To beskrev at de gledet seg til billedterapien: ”Det var noe veldig positivt, jeg gledet meg til hver gang”(1), den andre sa:

*Jeg gledet meg til hver onsdag, jeg gledet meg slik at det boblet i magen på meg og det hadde det ikke gjort på lenge (3).*

En sa billedterapeuten var *”varm og.. åpenhjertig .. hadde alltid tid for oss når vi kom”* (6). Uttalelsene peker på at deltakerne fikk et positivt møte med billedterapien, noe som nok bidrog til at deltakerne opplevde en form for trygghet i situasjonen. Billedterapien ble en positiv arena deltakerne så frem til å delta på, et sted de kunne komme med hele seg og dele personlige følelser og opplevelser. Billedterapien engasjerte deltakerne og representerte en begynnende hverdagsstruktur i de åtte ukene det varte. Følelse av glede ble knyttet til deltakelse i billedterapi. Glede virker motiverende. Å være motivert har betydning for mestring.

## Organisering

Flere deltakere beskrev at organiseringen av billedterapien, bidrog til et positivt møte *”jeg har bare godt å si om førsteinntrykket, møtet.. hvordan det var lagt opp.. bare godt”* (6). En sa det var *”inspirerende”* (5) få konkrete oppgaver:

*Vi har veldig godt av å gå ut av den grå hverdag og inn i at vi måtte konsentrere oss også, følte at det var for oss.. vi fikk jo en base, vi fikk dikt, vi fikk flott atmosfære hvor du både lærte faglig en del ting....bildene inni meg fikk lov å få et uttrykk når jeg gjorde det i den hyggelige atmosfæren som det var* (5).

Deltakeren pekte på at oppgaver inspirerte og bevirket ekspressivitet, ved at indre bilder ble til materialiserte uttrykk. En annen kommenterte hvorfor hun satte pris på å få oppgaver:

*Jeg synes det er godt å få en konkret oppgave, for det verste er å velge fritt. Når man velger fritt har man så innmari mange muligheter, man vet ikke hva man skal ta, så hvis man tar en oppgave eller bli ledet til å ta en oppgave eller to oppgaver er det lettere å velge mellom definerte valg, enn at alt var åpent* (2).

Å få oppgaver i billedterapi ble beskrevet: *”Få oppgaver, tenke på noe som ikke kom innenfra meg, sitte og ikke si så mye, men løse oppgaven”* (4). En annen beskrev at billedterapiprosessen, det å først få en oppgave, lage uttrykket, og etterpå få mulighet til å formidle noe om eget bilde var *”positivt”* (1). Flere deltakere sa at billedterapi var spennende. En respondent sa:

*Jeg har alltid likt og holdt på å tegne og bruke farger og sont noe, så bare ordet billedterapi klinger veldig bra for meg da,.. så derfor syntes jeg det var veldig spennende* (4).

To deltakere pekte på det positive i å ta i bruk forskjellige materialteknikker. En sa *”vi gjorde forskjellige teknikker hver gang son at det ble ikke kjedelig”* (7). En annen: *”Lærerikt å lære litt om de forskjellige materialene jeg ikke hadde så veldig mye forhold til”* (3). Å gjøre noe

nytt og konkret, oppleve variasjon i bruk av teknikker og materialer var positivt. En sa at *"lederen" gjorde det "gøy å få ut vonde følelser" (1).*

Respondentene hadde opplevelser knyttet til fellesskapet som utviklet seg: *"Det var bra å være med" (2),* en annen sa: *"Veldig fint å være i den gruppen" (5).* En beskrev at det var fint å vite at de andre var i samme situasjon som henne:

*Å sitte der og ikke si så veldig mye, men å løse den oppgaven og i grunnen ikke se på de andre, men vite at det i grunnen er andre som er i samme situasjon.. et eller annet skjæringspunkt hadde vi vel, det syntes jeg var veldig fint (4).*

De andre var *"positive"(1),* en annen sa at *"det var en hyggelig gjeng å være sammen med"(3).* En annen brukte ordet *"fasinerende"(4)* om en annen deltaker. En uttrykte at det var kjempepositivt å være i en gruppe, selv om ikke alle var like positive, hun sa *"det var en annen dame som syntes det var like gøy"(7),* som hun identifiserte seg med.

Organiseringen ble beskrevet på ulike måter: Bra med *"konkrete oppgaver",* de gav *"valg innenfor definerte rammer",* var *"inspirerende", "opplysende", "spennende", "stimulerende"* bevirket *"konsentrasjon",* var *"ikke kjedelig", "lærerikt"* lagde *"variasjon".*

Organiseringen av billedterapien fanget deltakernes interesse. Flere respondenter omtalte de andre deltakerne som positive. Deltakerne utviklet en type samhørighet, en vesentlig faktor som utvikles gradvis og skapes av alle personene i gruppen. Samhørighet og organiseringen av opplegget, var betydningsfulle elementer som la til rette for det kreative miljøet i billedterapien.

## **Samtale**

Merleau-Ponty peker på at *å være i verden* innebærer samvær med andre mennesker. Vi mennesker oppdager ikke først oss selv og så andre, men vi oppdager oss selv gjennom andre.

To deltakere beskrev samtalen som *"spennende og lærerike" (5).*

*Det var ikke så lett å sette ord på det... jeg syntes de samtalen vi hadde var veldig spennende, de andre kunne fortelle så mye som jeg ikke tenkte på i grunnen, ikke sant, så det var egentlig veldig lærerikt og veldig morsomt (3).*

Utsagnet harmonerer med funn Hass-Cohen & Findlay gjorde, de pekte på at å lage bilder innebærer meningsskaping, gir ettertanke, avslapning, fellesskap og samhørighet som del av smertehåndtering (Hass-Cohen & Findlay, 2009). En sa det mest interessante ved å samtale etter å ha laget bilder, var:

*Å høre hvordan de så på ting og faktisk lære noe selv da... man lærte å se ting på flere måter, at det var flere sider på en måte (1).*

En beskrev at responsen fra de andre når hun delte noe, medvirket til at hun åpnet opp litt:

*Gjennom andre, å se det fra andre sider som kanskje kan ta opp det du har sagt eller i det du har tegnet, som kan, ..sees på en annen måte, så åpner man jo opp (2).*

*Det var veldig interessant å snakke med de andre som var der, nå ja, vi så kanskje på ting litt forskjellig og vi kunne lære litt av hverandre da alle opplevde ting litt forskjellig (1).*

*Vi diskuterte det jo etterpå og kom fram til ting som man aldri hadde gjort på egenhånd eller kommet på å tenke i de baner; ja jeg syntes det var veldig ok (1).*

Nye tanker ble skapt og nye perspektiv kom frem. En deltaker sa hun "ikke hadde behov" (4) for å snakke om eget uttrykk, men at det var helt greit å dele egne materialiserte uttrykk med andre. En opplevde det lærerikt å lytte til andres livshistorier, og hun erfarte at flere deltakere åpnet seg. Hun løftet frem at noen "våget" å komme med "personlige erfaringer" (6).

*Dels var andre mennesker med andre livshistorier som var mye verre, enn hva min var, men det er alltid den historien en bærer på selv som er verst for meg selv (6).*

Respondenten opplevde å få ta plass i gruppen og å være betydningsfull "fordi det fantes mennesker, visste ikke om de andre menneskene, men man kjente at her kom man fram" (6).

En understreket det verdifulle i å ha frihet til å "velge" (2) hvor mye hun ville dele med de andre.

Seks av syv deltakere erfarte at det å kommunisere med utgangspunkt i de materialiserte billeduttrykkene åpnet opp og bidrog med nye tanker og nye perspektiv. En påpekte betydningen av å våge å dele personlige erfaringer.

### **4.3.2 Kreativitet**

Kreativitet betyr å *bringe til verden* (Haabesland & Vavik, 2004). To respondenter fremhevet *den kreative* dimensjonen som viktig (1,4). En respondent som alltid hadde vært glad i å tegne, hadde flere år tidligere sluttet å tegne. Hun uttrykte:

*Når jeg begynne på eller var med på billedterapi, så fikk jeg liksom .... gnisten tilbake i forhold til det .... Det er noe jeg har funnet igjen som manglet (1).*

*Helt naturlig for meg å ta i en blyant eller i farger eller noe sont, men jeg hadde ikke laget noen bilder, eller noe sont noe, på.... lenge, fordi jeg hadde ikke noe overskudd til å gjøre det (4).*

*Tegne eller lage bilder, holde på med sonne kreative ting, det er en ganske stor del av meg, enten jeg hadde smerter eller ikke smerter, derfor så føler jeg at jeg begynte med de bildene... , som var veldig viktig i forhold til den smerten (4).*



May hevder at kreativitet er en viktig funksjon hos alle mennesker (May, 1994). Respondentene opplevde det som betydningsfullt å ta i bruk kreativiteten sin. En påpekte at det var viktig for å få laget uttrykk for smerten hun opplevde, utsagnet er litt i tråd med Merleau-Ponty`s synspunkt om at malerens syn er et skapende syn (Merleau-Ponty, 1994). En respondent sa: *"Å male selv hadde jeg ikke gjort siden ungdomsskolen,.. så derfor var det veldig morsomt"* (3). En deltaker beskrev at det å få gjøre en oppgave *"tok en bit av materien"* (7), det å uttrykke oppgaven på papir gjorde at hun kunne *"se ut av den sort gryta"* (7). Hun fikk mulighet til å se ut, og å arbeide med oppgaver gjorde det lettere å orientere seg:

*Det er nok å stri med, med å få det ned på papir... det er mye vanskelig, og det å få via oppgaven.. litt klart da... gjør det lettere å få orientere seg rett og slett.. i kaoset* (7).

Oppgavene gjorde det lettere for deltakeren å orientere seg i kaoset. En beskrev opplevelsen av å delta i billedterapi som: *"Å gå ut av den grå hverdagen og konsentrere seg"* (5). En respondent sa at *"å få være kreativ"*, *"ikke bare snakke"* (7), var positivt. En sa det var lettere å jobbe med en *"kreativ metode"* (5).

*Jeg tror at det med å utrykke ting som vi måtte i billedterapi, å ta det frem enten på den måten eller på andre litt kreative måter, .. tar i bruk andre sider av meg selv, enn det intellektuelle, bare* (5).

Uttalelsene peker på verdien av kreativitet for å uttrykke seg på en annerledes måte, enn gjennom ord. Deltakerne laget bilder utfra konkrete oppgaver. Å bruke sin kreativitet er å gjøre, skape og gi eksistens (May, 1994). Munch peker på kunstens skapende kraft og dens evne til å bevirke kommunikasjon (Tøjner, 2000). Farger og materialer var nødvendig utstyr i det kreative miljøet, som stimulerte til tegning og maling. Billedskapingen opplevdes som en lystfylt aktivitet, til tross for at oppgavetemaene aktualiserte smertefulle tanker og opplevelser, som ble gitt eksistens i bildene. Den kreative metoden engasjerte deltakernes kreative evner i en billedskapende prosess. Denne kreative prosessen muliggjorde det ordløse i å bli uttrykt og materialisert i et kreativt produkt. Kreativitet i miljøet, - i deltakeren, - i prosessen, bevirket et materialisert uttrykk. Det materialiserte uttrykket ble et redskap til kommunikasjon ved at deltakerne ble gjort i stand til å kommunisere via billedspråk.

### 4.3.3 Visualisering

De materialiserte uttrykkene bidrog til "bevisstgjøring", "det satte i gang tanker og følelser en ikke hadde hentet frem ellers"(1). "Jeg lærte nye ting"(1). Billedskapning bærer i seg mulighet til sensoriske uttrykk som stammer fra kroppserfaringer gjennom sansene. Merleau-Ponty pekte på at malekunsten i sin skildring av det synlige kan åpenbare det usynlige (Merleau-Ponty, 2000). Sansingens dobbelthet muliggjør at en observerer det indre av det ytre og det ytre av det indre ved et bilde. Hver billedterapi sesjon var knyttet opp mot et tema. Et tema var om følelser, og oppgaven var *Følelserregisteret*. Følelser har kommunikasjons- og signalverdi (Monsen, 2000). Alle informantene husket *Følelserregisteret*; som var den første oppgaven i billedterapien som omhandlet følelser mer generelt utfra fire positive følelsesord og fire negative følelsesord. Et ark skulle brettes tre ganger slik at brettene delte arket i 8 soner. Et og et følelsesord ble opplest. I løp av 1,5 minutter skulle farge velges og følelsesordet illustreres med linjer, streker eller symbol. Deltakerne laget et uttrykk i hver sone.

*Et følelserregister... vi syntes det var morsomt og det var mye vi snakket mye om, det var ganske forskjellige ting det var noe.... vi tenkte ganske likt, det var sånne assosiasjoner, likevel forskjellige ting (1).*

Oppgaven engasjerte deltakeren, følelseruttrykkene satte respondenten i stand til å kommunisere om følelser. Deltakerne kunne finne felles trekk ved billeduttrykkene i gruppen og også se etter det som utgjorde forskjellighet ved uttrykkene. Å lage et uttrykk for følelser på et papir, skaper en fysisk distanse til følelsen, og muliggjør betraktning av følelsen i materialisert utgave. En deltaker sa det var "opplysende"(1) å visualisere negative og positive følelser. De materialiserte uttrykkene fikk kommunikasjonsverdi for deltakerne. Tre respondenter sa at oppgaven med å lage; *et godt og et vondt barndomsminne* var betydningsfullt. En deltaker fortalte om det gode minnet:

*Spesielt var det godt å få det gode bilde frem.. om en sterk mor som hadde mye omsorg og ømhet og gav den nødvendige støtte og varmen, jeg var 13 år og hun 39 år da jeg mistet henne (5).*

En laget bilde av "mobbing" opplevd i barneårene (7). Respondenten opplevde å få "vonde følelser ut på et papir" (7). Billedterapi var positivt fordi "en del uttrykk jeg lagde gjorde at jeg kom videre"(7). En annen laget et uttrykk for familiesplittelsen som skjedde i barneårene, da foreldrene ble skilt og familien "splittet"(6). Vanskelige familierelasjoner preget

oppveksten. Deltakeren fikk også ytterligere livsbelastninger da billedterapien startet (6). Hun sa om billedterapien: Saker ”ble løftet fram” noe som ble ”starten på noe nytt”(6).

En sa billedterapien gav ny vinkling på smerteopplevelsen, oppgavene gjorde at hun koplet ”farge til følelse” (5). ”Dette med fargene, å få lov å uttrykke noe som er så vanskelig å uttrykke” (5). Fargene var en hjelp til å uttrykke det hun syntes var vanskelig å uttrykke.

*Jeg tror, for mange som har smerter, det er jo mer enn..., har man arbeidsskade, belastningsskade som jeg har, så kan det være andre faktorer som gjør at, når du har det dårlig fra barndom eller i et forhold eller noen ting, .. så blir du et offer for deg selv, du synes så synd på deg selv hele tiden, du har jo så vondt så det er så lett å grave seg ned (6).*

En sa at det var morsomt å konkretisere smerten og følelsene i et bilde:

*Det å få male følelsene sine ... spesielt det bildet hvor jeg skulle male smertene, ...og få det konkretisert på et vis, det syntes jeg var veldig morsomt fordi da opplevde jeg, jeg måtte bruke to farger sort og rødt, det bare kom med en gang det var ikke tvil.. Jeg hadde smerten i striper liksom på en måte, mens hun hadde to sånne runde (3).*

Billeduttrykket ble et sted billedskaperen kunne hente informasjon om seg selv i sin situasjon. Informanten oppdaget at eget smertebilde var sammensatt. Smerteuttrykket fikk striper i rødt og sort. Deltakeren oppdaget en sorg i bildet i tillegg til smerten. Respondenten sa:

*Det syntes jeg var veldig fint at jeg ble bevisst det på et vis, for det var noe som bare lå der på et vis, en vond klump av noe slag antakelig, sorgprosessen, jeg følte at jeg fikk den litt ut (3).*

Selv om respondenten ikke var kunstner, passer betydningen i utsagnet overens med Merleau-Ponty`s syn om at malerkunsten i sin skildring av det synlige kan åpenbare det usynlige. Sorgen ble avdekket gjennom billedskapingen. Billeduttrykket var også et hjelpemiddel for å kommunikasjon med andre i gruppen. Respondent (3) sammenliknet eget smerteuttrykk i striper med en annen deltakers smerteuttrykk som hadde ”to sånne runde” former i sitt smerteuttrykk. Respondent (3) brukte vond klump om den sammensatte smerten. En annen betegnet det å ha konstant vondt som ”en stor vond klump” en ikke vet ”hvordan en skal angripe” (7). En deltaker beskrev tilfredshet over å ha laget sitt smerteuttrykk med farger og sorte streker:

*Det ene var noe om hvordan jeg opplevde smerte, og det var altså så lett oppgave for meg å lage, det var ikke noe vanskelig i det hele tatt, fordi den smerten som jeg opplevde det var sonn elektriske støt, son sikksakk, hva skal jeg si... du hører det nå, det er litt vanskelig å beskrive det nå med ord, men da jeg fikk den, ble det orange og rødt og gult, inni hverandre, og sammen med noen veldig sorte harde streker, over hele arket, ..... jeg var så ivrig at det gikk hull på arket (4).*

En hadde mappen med bilder fra billedterapien med til intervjuet:

*Jeg hadde vel vanskelig for å definere det egentlig, her er vel en annen smerte og det er her er ryggsmerte, og dette er vel bare smerter over alt, som sett var smerte sort der.. mot en rød bunn, det kjennes som jeg har truffet kjernen i smerten, jeg vet hvor den kommer fra, dels den medisinske, men den andre smerten som fantes der, den har jeg virkelig truffet på (6).*

Deltakeren hadde vansker med å definere smerten. Hun sa: ”Foruten arbeidsskaden, satt mye som knuter i kroppen fra barndommen” (6). Videre sa hun:

*Jeg tror, for mange som har smerter, det er jo mer enn..., har man arbeidsskade, belastningsskade som jeg har, så kan det være andre faktorer som gjør at, når du har det dårlig fra barndom eller i et forhold eller noen ting,.. så blir du et offer for deg selv, du synes så synd på deg selv hele tiden, du har jo så vondt så det er så lett å grave seg ned (6).*

Respondenten mente at faktorer fra barndommen ”satt som knuter i kroppen”, og kompliserte smertesituasjon fra arbeidsskaden ytterligere. Hun så faren for ”å grave seg ned”, muligens et uttrykk for en unngåelsesstrategi i forhold til problemet. I sitat nedenfor peker hun på betydningen av å jobbe med tidligere vonde opplevelser.

*Alt som var løftet opp der og ut, og som ikke overhodet har vært framme siden, etter åtte ganger så går vi ut derifra så har jeg ikke hatt det oppe en gang siden, bortsett fra en gang på mail (6).*

*Når du får sette ned saker og får analysere og titte på saker på hva det faktisk er,...og det er først da du kan ta det videre. .. analysere og tar rede på grunnproblemet hva det er (6).*

Respondenten fikk et overblikk. Hun fikk kartlagt og bearbeidet råmaterialet intellektuelt (Merleau-Ponty, 1994). Hun understreket at det var avgjørende for at hun kom videre. En respondent beskrev prosessen med å lage oppgaven *drøm eller mareritt*:

*Da var det bare å tegne et menneske og tegne en svær diger kniv inne i ryggen og det var veldig befriende å få gjort .. ..Det var en helt konkret hendelse, ... på den siste operasjonen jeg hadde, hvor jeg våknet, tror jeg, for tidlig fra narkosen jeg vet ikke helt det, men det tror jeg, det er det aller værste jeg har opplevd i mitt liv, det var akkurat som den, og det var på den avdelingen det var overvåking jeg vet ikke noe med tiden.... det var så sterk opplevelse, og jeg husker så godt det rommet, så når jeg våknet opp, så var det et veldig deilig gult lys inni det rommet, men det var så grusomt vondt det jeg opplevde da at jeg, ..... jeg klarte, klarer ikke sette ord på det (4).*

Marerittet slo henne ut. Hun hadde forsøkt å beskrive smertemarerittet til de nærmeste. Hun kunne våkne om natten dyvåt av svette etter mareritt, enda så lite hun sov. Kanskje var det nyttig for henne å få laget et uttrykk for marerittet, som hun ikke hadde klart å sette ord på.

*Fæl opplevelse syntes jeg, jeg tenker aldri på det lenger, jeg vet ikke om det har noe med den oppgaven å gjøre, men jeg fikk det ut (4).*

En av oppgavene lød: *Lag et uttrykk for en gave til deg selv.* En, som tegnet seg selv helt alene sittende på en strand, ønsket *”seg bare stillhet og ro”(6)*. En annen tegnet *”en ramme rundt livet”* som gave til seg selv (2). Hun fikk *”en stor opplevelse”* med bildet, som *”ble veldig innsiktsfull”(2)*. Refleksjoner over bildet skrev hun som dikt. Bildet, henger fortsatt hjemme hos respondenten. En tredje laget uttrykket *”barn og hund”* som gave til seg selv (7). Se kapittel 4.4 i forhold til om hun fikk gaven.

En deltaker mente variasjon i materialbruk kunne *”legger tilrette for å prøve forskjellige ting, og ikke sette seg fast i spor” (2)*. En formidlet at erfaring med å skape igangsetter fantasi:

*Når du skaper..... at du kan gå litt inn i en annen verden og det er det jeg føler litt når jeg tegner, jeg det er litt sånn at jeg fantaserer (1).*

Fantasi er en form for assosiative tenkning. *”At man bare tegner en sol at.. man vil at det skal se lysere ut eller føles lyst”(1)*. Sol benyttes her til en symbolsk kommunikasjon. Noe som avspeiler at det skjer en transformering hos deltakeren. Sol blir symbolet for at det skal se lysere ut.

*Bildene inni meg fikk lov til å få et uttrykk, når jeg fikk lov til å gjøre det i den hyggelige atmosfæren som det var, så ga det meg så mye psykisk og innsikt i egen situasjon (5).*

Uttalelsen bekrefter Rubin`s utsagn om at kunst kan styrke og bevirke oppdagelse og innsikt når pasienter kommuniserer i visuelle bilder (Rubin, 2001).

Billedskapingen og de materialiserte uttrykkene, hentet fram følelser og tanker deltakerne ikke hadde hentet frem ellers. De materialiserte billeduttrykkene kunne betraktes på fysisk avstand, noe som gav deltakerne mulighet for å se bildene i perspektiv, noe som bevirket oppdagelser og innsikt i egen situasjon. Deltakerne erfarte at billedskapingen bidro til bevisstgjøring. Nye forståelser eller mening ble dannet. Selv om deltakerne jobbet med samme billedterapioppgaver, kom deres eget opplevelsesmateriale fram i billeduttrykkene. Oppgavene engasjerte deltakerne på forskjellig måte. En deltaker kom inn på at billedskapingen aktiverte fantasien.

#### **4.3.4 Stemning**

Første møte *”vekket interesse” (6)*. En respondent sa billedterapi var veldig *”positivt” (1)*, hun *”gledet”(1)* seg til hver gang. Hun hadde fått *”gnisten” (1)* tilbake til å tegne. Å komme

til billedterapi til avtalt tid, var "seier" (1). Billedterapi kom som "oppmuntring"(3), noe "konkret å glede seg til" (3), da jeg var "sliten og lei" (3) av smerter.

*Jeg gledet meg til hver onsdag, .. jeg gledet meg slik at det boblet i magen på meg, og det hadde det ikke gjort på lenge (3).*

Utsagnet passer med Sveaneus`syn på glede. Han sier at glede åpner verden og kjennes i magen (Sveaneus, 2005). Et spennende poeng er at glede åpner verden, at en gjør seg tilgjengelig for kommunikasjon på en måte. Oppgavene var "morsomme"(1,3). En sa at de andre var "hyggelige"(3). Det var "bra"(2) å være med. Deltakeren beskrev at hun hadde hatt en spesielt "stor opplevelse"(2) med et eget uttrykk. Billedterapien gav "lyst og trang"(4) til å fortsette å skape. En sa hun prøvde å være i billedterapi med "et åpent sinn"(5). En annen sa billedterapi "var veldig positivt", hun kunne komme med "følelser som du jeg ikke har turt å si til noe, da"(7). Det var mange vanskelig følelser rundt det med smerter, "det følte jeg jo at billedterapi kunne hjelpe meg litt med da,.. bare det å få det ut, jeg behøvde ikke akkurat å si det"(7). "Underveis" dukket opp ting som var "godt"(7) å få ut, det ble "lettere å mestre følelsene rundt smerten"(7). En uttrykte at hun måtte være villig til å:

*Ekspone seg på en måte... Som man ellers prøver å skjule, man prøver å fremstå så normalt i gåseøyne som mulig, slik man var før, men så der.. var en åpen (5).*

"Det å få male følelsene sine" var "morsomt". En uttrykte at hun "skjønte eget bilde"(5), hun gjorde oppdagelser som gav mening. Respondentene beskrev mange positive følelser knyttet til det å delta i billedterapi, noe som muligens bidro til et positivt emosjonelt klima i billedterapietningen.

Sveaneus (2005) pekte på kunstens evne til å formidle hjemløse stemninger. Vonde følelser og smerter kan inngi en hjemløs stemning hos personen som lider. Respondentene skapte materialiserte uttrykk av følelser og smerte som de ikke tidligere hadde uttrykt eller beskrevet. Denne ekspressiviteten bevirket at deres hjemløse stemninger fikk uttrykk på papir, deltakeren kunne beskuelse råmaterialet i bildet, og slik få et forhold til det tidligere uttrykte. Billedskaping bidro til ekspressivitet av vonde følelser, men òg av positive følelser. De materialiserte bildene bidro til refleksjon med eller uten ord og billedskapingen bidro til meningsskaping.

### 4.3.5 Spontanitet

Spontanitet beskriver en handling som skjer umiddelbart, mer utfra følelser enn fra veloverveide tanker. Knapp tid til å skape bilder etter at oppgavene var gitt, var ment å stimulere til spontane uttrykk. En deltaker som deltok i billedterapi i to perioder pekte på at elementet ”spontanitet”(4) muligens var viktig for å gjøre billedterapien ”spennende og utbytterik”(4). Hun sa:

*Den første gangen var det jo nytt, da løste jeg det helt sånn spontant, utifra slik som jeg følte, ..mens gang nr to, satt jeg der, for eksempel den der med smerte, så satt jeg og tenkte på hvordan var det jeg gjorde det sist? ikke nødvendigvis for å gjøre makent, kanskje akkurat motsatt, at jeg skulle løse det forskjellig og annerledes og så ble ikke det så spontant (4).*

Hun sier hun første gang ”sugde til seg alt, transformerte det og fikk det ut igjen”(4).

Deltakere beskrev det spontane i billedskapingen når oppgaven var gitt:

*En gikk inn i seg selv, det er... med billedterapi, ting man ikke tenkte på egenhånd liksom .....overraskende overfor en selv at du liksom gjør det på instinkt da, ikke tenker over hva en gjør (1).*

*Å gi negative og positive følelser.. et uttrykk syntes jeg ikke var vanskelig, det var bare ... man følte noe, visste kanskje, vanskelig å få det på papiret selv om man visste på en måte hva man ville uttrykke, men det var det å få det til (1).*

*Når man tegner et eller annet så er man her og nå i livet og hvordan man har det kan kanskje påvirke valg av farge....bruke lyse eller positive ting en dag,... tar det mørke.. så sier det liksom hvordan man har det akkurat da (1).*

En deltaker fikk ”gnisten” (1) tilbake til å tegne. Dette illustrerer et vendepunkt, fra det å ikke tegne, så oppstår gnisten og lysten til å tegne fortsetter. En beskrev: ”Måtte bruke to farger sort og rødt, det bare kom med en gang, det var ikke tvil” (3). En fortalte om fargevalget under utførelsen av følelsesregisteret:

*Når du skulle uttrykke glede, at du tar frem en viss farge og.. når du skulle uttrykke det motsatte, sinne så var det et naturlig valg, hvilke farge du tok... på en måte og fikk det... uttrykt... veldig enkelt da... og likevel så nær det var... bare noe du tok til (5).*

Spontan aktivitet, før tanken er på plass, ble beskrevet: ”Får det på arket og man er ikke klar over det før man tenkt tanken fullt ut da” (1). En beskrev å lage bilder etter oppgaver:

*Direkte å uttrykke, du måtte finne fram til en løsning, du måtte det, og greide å komme frem til noe som var villig til å komme ut gjennom hånden (5).*

Fantasien er intermodal. Billedskapingen utfordret fantasien hos den enkelte deltaker underveis i billedskapingen. Å finne et symbol og bruke det, er fantasi. Deltakerne peker på at forskjellige farger symboliserte forskjellige stemninger. Öster hevder at symbolsk

kommunikasjon i billedterapi stimulerer uttrykkene (Öster, 2007). Beskrivelsene overfor knytter seg opp mot temaet, spontanitet. De peker på at spontanitet i billedskapning ofte fikk frem spennende uttrykk, som bidrog til at billedskapningen ble utbytterik og gav innsikt.

Dette kapitlet har samlet respondentens mange beskrivelser av erfaringer med billedterapi, hvor billedterapiarenaen ble fremhevet som positiv, kreativitet ble stimulert og bidro til billedskapning av materialiserte uttrykk. Spontanitet bidro til at spennende materiale kom frem og ble visualisert. En positiv stemning underveis i billedterapien var trolig også medvirkende i den kreative prosessen som stimulerte til bevisstgjøring og innsikt hos deltakerne.

I neste kapittel presenteres funn som kan si noe om billedterapi kan ha hatt betydning utover selve terapitiden.

## 4.4 Den levde kropp etter billedterapi

Funnene i materialet knyttet til ”den levde kropp etter billedterapi”, er kjennetegnet av bevisstgjøring, økt aktivitet, økt relasjonell kontakt og bedre smertehåndtering. En deltaker uttrykte at *”billedterapi var en del av flere ting, kanskje var det starten på en prosess”(7)*. En annen sa *”jeg følte liksom at det var begynnelsen på noe”(1)*. En beskrev:

*Når du får sette ned saker, og får analysere og titte på saker, på hva det faktisk er og det er først da du kan ta det videre. Analyserer du det aldri, eller aldri tar rede på hva grunnproblemet er, så kommer du aldri komme videre, så tror jeg, slik det har det vært for meg (6).*

*Jeg syntes det var fint å gå inn i de forskjellige situasjonene. Jeg kan ikke si hvor mye det gav meg rent smertemessig, men det gav meg hvertfall veldig mye psykisk. Det var et påfyll jeg føler jeg trengte (5).*

Uttalelsene representerer synspunkter på betydningen av deltakelse i billedterapiprosessen.

### 4.4.1 Bevisstgjøring

En opplevde at billedterapi skapte nye tanker og bidrog til bevisstgjøring: Hun sa:

*Bevisstgjøring.. og da satte det i gang tanker og følelser som man ikke hadde henta frem ellers da, ... de derre viktige tingene liksom, det å gå inn i seg selv. Det blir ikke nei man setter ikke fokus på det selv, du må på en måte hentes fram (1).*

En uttrykte at det hadde vært spesielt nyttig for henne å delta i billedterapi:

*Saker som det har vært vanskelig å prate om, de har det vært lettere å rite ned. For jeg tror ikke jeg kan beskrive dem med ord i alle fall, i dag, eller jeg kan ikke det, men jeg behøver ikke det, for jeg har ritet ned det (6).*



Deltakeren understreket at hun hadde brukt billedspråket i billedterapien til å ”rite ned” det som var betydningsfullt for henne. Hun undret likevel på om det ”å våge” å være personlig også kunne ha betydning. Hun selv våget å være personlig. For henne ble billedterapi ”starten på noe nytt”(6). Hun sa: ”Saker ble løftet fram”.. har fått sortert opp det, tittet litt på forskjellige aspekter, hva det kan være” (6). Damasio hevder at å bli bevisst noe begynner alltid med en følelse (Damasio, 1999). Det vanskelige materialet var følsomt for deltakeren. Men hun tok tak i det, og ble bevisst hva det var. Hun opplevde at billedterapi ble et ”vendepunkt.. det behøves en brytning”(6). Hun fikk nytt perspektiv. Uttalelsen nedenfor peker på at langvarige smerter ikke lenger fikk ta deltakerens oppmerksomhet. Hun hadde tatt fatt i noe som lå der. Nå var det var annet som fanget hennes oppmerksomhet.

*Det ble sagt at vi skulle lære smerten å leve med oss og ikke vi med smerten. Etter det, er det jeg som lever og smerten får henge med (6).*

*Måtte være villig til å eksponere meg. ... jeg fikk tid til å utvikle meg i den nye situasjonen ... rett og slett komme videre i egen akseptering og forståelse (5).*

En mente billedterapi kunne bevirke ”selvutvikling” (2). En uttalte: ”Jeg syntes faktisk jeg fikk opp en del ting som gjorde at jeg kunne gå litt videre” (7).

En sa at den tverrfaglige behandlingen, inkludert billedterapi, var med på å inngi ”håp” (1) i hennes situasjon. ”Å lytte til andres syn” på ting (1), reflektere sammen ”gav nye tanker”, bidrog til ”bevissthet og nye perspektiv” (1). Dette peker på at samtalen brakte frem noe nytt. Merleau-Ponty sier at når refleksjon skjer blir de preobjektive objekter til objekter, altså en bevisstgjøring skjer (Merleau-Ponty, 1994). Respondenten fokuserer nå på ”litt positiv tenkning” (1) og sier hun nå klarer å være takknemlig.

*Det har ikke vært like lett når jeg hadde det som værst, ..jeg klarer å finne ting jeg, det er jo mye å være takknemlig for, det er akkurat hvilket perspektiv man ser det i (1).*

#### **4.4.2 Økt aktivitet**

Flere sa de var mer bevisst hva som er hensiktsmessig i forhold til smerte og bevegelse. En sa det tok lang tid å finne ut hvor mye aktivitet hun tåler, og sier hun ”budsjetterer på beinet” og nå ”har jeg blitt flinkere til å dosere, nå kan jeg øke og redusere smertestillende” (7). En trente tidligere tre ganger ukentlig, men måtte betale med smerter. Det endte med at hun ikke kunne gå. ”Har kuttet ut fysioterapi....jeg har funnet hva som funker for meg” (7). En deltaker sier at hun ”nå er blitt flink til å gå,... jeg går ofte ute i 2 timer. Bare det å være ute, se på

folk rundt meg, jeg føler det er bedre, jeg føler det blir en slags sirkulasjon i hele kroppen”(1). En annen går i naturen, noe som påvirker humøret og gir inspirasjon, ”jeg kan jo gå i timevis alene i skogen”(4). Hun sier:

*Det var en stund jeg trente som folk flest, med det resultat at jeg fikk mye vondere etterpå. Og at det egentlig tappet meg for energi tror jeg, i stedet for å bygge meg opp. ... Så jeg har lagt det på hylla og så har jeg begynt å trene yoga, det har hjulpet meg, for jeg har mer energi (4).*

En deltaker erfarte at trening får ”endorfiner til å virke”, det holder som ”lindring utover dagen” (3). En kvinne beskriver at hun nå har det godt både privat og i arbeids- og studiesammenheng:

*Jeg har fred, så kjenner jeg at jeg behøves, at jeg gjør nytte, og ikke bare de, jeg er en bra mamma, jeg kjenner at jeg er en bra kvinne for min mann, har masse kunnskap som jeg kan formidle til andre, har en gedigen bakgrunnserfaring i mitt fag, jeg har tre måneder igjen på en hotellfaglig lærerutdanning, så holder jeg på å åpne min egen restaurant, ingen ting er vanskelig (6).*

*Egentlig ganske morsomt å være meg altså, og da tenker jeg at jeg egentlig er litt, privilegert, kunne bruke så mye tid på det som jeg har lyst til. Begynt å ta mye foto i naturen som jeg bruker som inspirasjon i bildene mine (4).*

En deltaker bruker energi på ”kunstopplevelser og reiser” (5). En annen går på ”språkkurs” og dyrker ”kunstinteressen” (3), som spiret frem i billedterapien.

*Jeg syntes det var fint å få det tilbudet fordi på det tidspunktet var jeg ikke borti kunst på noen som helst måte... Samtidskunst hadde jeg ikke noe grep om, og det fikk jeg på billedterapi kurset på en helt annen måte (3).*

To respondenter har på hver sin måte fortsatt med å lage bilder (4,1).

*Det gjorde jeg når jeg var liten. Det var min fantasiverden å tegne... når jeg tegner og sånn, samme med bøker, da er det en distraksjon, du er opptatt av noe annet, ...du kan gå litt inn i en annen verden, og det er det jeg føler litt når jeg tegner, det litt sånn at jeg fantaserer.....det er det som er så godt med på en måte at jeg har begynt med det, for at det er liksom noe som var trygt og godt, og som var en stor del av livet mitt fra barndommen (1).*

En deltaker sier om deltakelsen i billedterapi:

*Holde på med sånne kreative ting det er en ganske stor del av meg enten jeg har smerter eller ikke smerter. Derfor så føler jeg at jeg begynte med de bildene.... som var veldig viktig i forhold til den smerten, den gav meg på en måte sånn lyst og trang til å fortsette å skape noe, som ikke nødvendigvis har med smerten å gjøre (4).*

To respondenter hadde fortsatt å lage bilder på kurs, en på malekurs og en på et annet billedterapi kurs (3,7). Tre deltakere (1, 5, 2) uttalte at de hadde ønsket å gå lenger i billedterapi. En sa:

*Jeg er glad for at jeg gikk der og ville gjerne gå et kurs til... skulle gjerne gått videre.... hadde vært veldig sunt for meg å fortsette i den banen, det har jeg altså ikke gjort, tegnet meg på et akvarellkurs, så ble det avlyst (5).*

Deltakerne var mer beviste hvilken aktivitet som var bra for dem. Flere fortsatte regelmessig med kreativ aktivitet, to dyrket kunstinteresse, en var i full jobb, en hadde 50 prosent uførestønning og hadde nylig fullført utdannelsen. Fire deltakere hadde uførepensjon, en mottok alderspensjon.

#### **4.4.3 Økt sosial kontakt**

Nære relasjoner var viktig for alle deltakerne. En sa de andre var *"viktig støtte"* (5). To beskrev ektefellene sine: En sa ektefellen var *"helt guddommelig som har støttet meg i de mørkeste stunder"* (6). En uttalte: *"Hvis jeg skulle gått alene hele denne veien, så hadde jeg nok ikke greid det"* (5). Hun understreket *"samholdet"* i familien (5) og ønsket ikke å bli *"adskilt fra verden"*, ... *bli en lusen går rundt i hjemmet"* (5). Respondenten opplevde å få styrke til ikke å være *"sutreklut"* og klage over smertene (5). En deltaker savnet støtte fra de som skulle være hennes nære relasjoner (2). Deltakeren som hadde tegnet barn og hund i gave til seg selv, sa: *"Stortrives med å ha hund, det gir mye energi, det gjør barnet også"* (7).

Alle deltakerne fikk egne bilder ved terapiavslutning. En respondent viste smerteuttrykkene frem til sine aller nærmeste, og en annen brukte bildene sine i en utstilling hjemme for nærmeste familie (3,4). Disse to deltakerne erfarte at å kommunisere i visuelle bilder bevirket oppdagelse hos de andre i familien. At de andre fikk se bildene økte forståelsen for hvordan respondentene hadde det med smerter. Ordløse, sterke smerteopplevelser og smerteerfaringer kunne således kommuniseres gjennom bildene.

En deltaker hadde tatt opp igjen samvær med familien utfra egne premisser og grenser. Slik ble hennes barn oppvekst preget av nærhet til familien, uten at barna ble involvert i konflikter. Bestemoren fikk *"kun komme"* på besøk i edru tilstand (6). To respondenter var mer bevisst i valg av venner, de valgte bort *"negative"* venner (1,7). En deltaker uttalte: *Jeg har tid til andre mennesker i tillegg nå"*(4). En respondent deltok i *"frivillig arbeid"* med barn, gikk på *"språkkurs"*, og dyrket *"kunstinteressen"* sammen med andre (3).

Tre respondenter (4,5,1) peker på at samlet tverrfaglig hjelp hadde bidratt til at de hadde det bedre. Uttalelsene harmonerer med at smertepasienter ofte trengte tverrfaglig behandling (Legeforening, 2009). En kvinne var svært forundret over at billedterapi var så *"effektivt"* (6). To deltakere undret seg over hvordan det hadde gått med dem om de ikke hadde vært i

billedterapi. En sa: "Om man spoler båndet, da, hvordan skulle det ha vært om jeg ikke hadde hatt det?"(6). "Vet jo ikke hvordan det hadde gått hvis jeg ikke hadde gått på billedterapi"(7). En deltaker uttrykte at intervjuet "knytter i hop sekken" (6).

#### 4.4.4 Bedre smertehåndtering

*Jeg takler smerten bedre nå på en måte, hvis man har det bra på andre måter liksom, man er ikke er deprimert eller veldig sliten så klarer man å skyve fokus (1).*

Hun har mer kunnskap nå: "Jo mer man vet, jo lettere og bedre er det synes jeg, at en vet litt hvordan man skal ta det"(1). En sa hun har krefter nå " til å gjennomføre livet" (5). Hun var veldig glad for hjelp til mestring:

*Jeg tror at det, med det å uttrykke ting, som vi måtte .... å ta det frem enten på den måten eller på andre litt kreative måter,.. jeg tar i bruk andre sider av meg selv enn det intellektuelle, bare, og det var med til erkjennelse. Og om det ikke gav meg mindre smerter i ettertid, så tror jeg kom lenger på veien i håndtering (5).*

En deltaker sier hun opplever å ha mer overskudd, livet er mer "forutsigbart" (4) det har "tatt lang tid å bygge seg opp i forhold til å gjøre noe som krever noe av meg" (4).

*Mer positivt å få ut følelser gjennom billedterapi. Det er ikke sikkert at det passer like godt for alle, men jeg tror faktisk at karer som ikke har vært kreative kan ha nytte av det, selv om man ikke kan tegne (7).*

Hun formidlet: "Har mer kontroll nå"(7), og det er "viktigst å se ut og framover" (7).

*Smerten har hvertfall til en viss grad brent noe av da. Og det kan jo være det som gjør at jeg har det litt, at jeg mestrer det, ...men jeg mestrer det ikke når det er ille, det gjør jeg ikke, det er like vanskelig når det er like ille, men jeg føler det blir lettere fremover når en får uttrykt ting på papir ... Hun håper det kommer noe som kan lindre smerte på en positiv måte... Hun sier: Det blir destruktivt, det blir nesten bedre å tvinge seg igjennom i stedet for å gulpe intravenøst. .... hun sier: Orker ikke det intravenøskjøret...det er det som er alternativet, da er det bedre å velge det bort,...jeg har mer kontroll (7).*

*Hvis man... kunne målt smertene på en sånn skala, ..så er det nok på samme, men jeg takler det bedre,..så er det ofte sånn at det er intensiteten på en måte i smerten, de er ikke like hele tida.. Har ubehagsfølelse hele tiden da liksom eller krampefølelse eller det er forskjellig smerter og ubehag (1).*

En sa hun erfarte "bevisstgjøring" i forhold til å takle smerter (1). "Opplevelse av smerte er blitt en sånn del av meg som jeg greier å håndtere tror jeg, til et visst punkt" (5). En sier "jeg har smerter, men de hindrer meg ikke" (6) hun gjør det hun vil i alle fall, tar tidvis

smertestillende, som ved værromslag (6). Hun sier hun ”traff kjernen” i smerten, dels den medisinske, men den andre smerten som fantes der har jeg virkelig truffet. Flere deltakere nevner at de fremdeles har smerter om natten (4,5,7,2). En sier:

*Jeg kan jo ligge i sengen og ha kjempevondt, og så tenker jeg; å gud nå er det så vondt, men hvis jeg begynner å bevege på meg så blir smerten svakere (4).*

En respondent fikk lese og skrivevansker etter ulykken, fikk 50 prosent uførestønad og mestret å fullføre utdannelsen samtidig som hun gjennomgikk korrigerende operasjoner (2).

Hun hadde søvnproblemer: ”Jeg har veldig vondt om natta” (2). Hun uttalte:

*Jeg trenger å få livet mitt på plass i forhold til arbeid, aktivitet og hvile, det er noe jeg ikke har fått på plass (2).*

Deltakeren opplevde å ikke være i mål med smertehåndtering og rytme for arbeid, aktivitet og hvile. Hun ønsket å gå videre i billedterapi.

*Jeg har lært å leve med det... men det kan være forferdelig om natten, at jeg må gå opp og rundt i huset,.. når de kommer om natten så beveger du deg, og jeg klarer å få litt mer hvile og på dagtid...(5).*

*I forhold til smerter, plages jeg fremdeles.. kveld og natt. I perioder slår det meg helt ut, men livet er her og nå, slik det er må jeg forsøke å ha det så godt jeg kan (7).*

En har begynt å ”trene regelmessig”, og får smertelindring av det i flere timer etterpå (3). En får akupunktur (7). Kunstopplevelse gir ”avledning” i forhold til smerter (3) og glede. Denne deltakeren gjennomførte ”nedtrapping” av smertemedikasjon under en kunstopplevelse hun hadde gledet seg til (3). En av deltakerne som lager kreative uttrykk, sier det er ”en slags terapi for meg”, gjør meg ”avslappet” (1). Hvis jeg er frisk nok til det, er det som ”meditasjon” og ”distraksjon” (1) i forhold til smerter.

Alle deltakerne har fremdeles smerteplager, men i varierende grad. For seks deltakere er ikke lenger smertene så dominerende. Funnene er kjennetegnet av at de mestret situasjonen sin bedre da de ble intervjuet. En opplever smertelindring av billedskapning (1). En opplever smertelindring etter trening (3). En er fremdeles veldig smerteplaget, spesielt om natten, og ønsket å få en bedre rytme for arbeid, aktivitet og hvile (2).

## **Andre behandlinger**

Før deltakerne kom til Smerteklinikken OUS-Aker, hadde flere gjennomgått smertebehandlinger uten å ha fått smertelindring. For en deltaker var fysioterapi ”bortkastede penger” og en annen hadde forsøkt ”andre smerteklinikker” uten hjelp.

Ved Smerteklinikken AUS-OUS, fikk deltakerne individuelle behandlingstilnærminger. Fire deltakere hadde timer hos psykolog, en ventet på Spinal Cord Stimulation (SCS), to hadde gått i smerteskole, en gikk til akupunktur, og flere prøvde ut medisiner underveis.

Tre respondenter peker på at samlet tverrfaglig hjelp hadde bidratt til at de hadde det bedre. En sa at billedterapi var del av en samlet gave. Hun sa hun fikk: *"Tid til å utvikle meg i situasjonen, rett og slett komme videre i egen akseptering og forståelse"* (5).

#### **4.4.5 Oppsummering**

Langvarig smerte er sammensatt fenomen og ofte bør flere behandlingsstrategier kombineres (Legeforening, 2009). Smerteklinikken, OUS-Aker, gav deltakerne individualisert smertebehandling. Noen respondenter deltok i billedterapi på slutten av behandlingsforløpet. For andre var billedterapi supplement til annen smertebehandling. Studiens fokus er ikke sammenlikning av billedterapi som terapeutisk intervensjon opp mot andre behandlingstilnærminger. Hvilket tidspunkt i behandlingsforløpet den enkelte respondent deltok i billedterapi, varierte. Deltakernes beskrivelse av smertesituasjonen før billedterapi, betydde derfor at det var slik de hadde det før de begynte i billedterapi eller slik de hadde det før de opplevde lindring. Studiens fokus er på betydningen av erfaringene med billedterapi to år etter deltakelse. Informantene var deltakere fra fire forskjellige billedterapi grupper. Respondentene refererer derfor ikke til samme billedterapi kontekst.

For alle deltakerne representerte lokalitetene, tidspunktet på dagen, billedterapeuten og meddeltakerne en stabil kontekst. Denne konteksten og den enkelte deltaker's individuelle engasjement utfra erfaringers- og livsbakgrunn og smertesituasjon var av betydning for hvordan erfaringene i billedterapi gav mening for den enkelte.

Utfra studiens analytiske perspektiv handler billedterapien om den levde kroppen i aktivitet sammen med andre levde kropper, i lys av den enkeltes livsverden. Denne deskriptive beskrivelsen av funnene, gir et rikt og spennende bilde av i hvilken grad respondentenes opplevelser og erfaringer har gitt mening. Mange beskrivelser har jeg valgt å knytte sammen under et felles tema, andre beskrivelser er bundet opp mot nye temaer.

Funn fra "den levde kroppen under billedterapi", var kjennetegnet av at billedterapi ble fremhevet som en positiv arena. Deltakernes ekspressivitet ble stimulert gjennom billedskapning. Materialiserte billeduttrykk ble til gjennom en kreativ prosess. Billedaktiviteten ble tilstrebet å være preget av spontanitet. Stemninger, spesielt hjemløse stemninger, ble gitt

eksistens i bildene. Kommunikasjon og ekspressivitet økte gjennom de materialiserte uttrykkene og gjennom samtaler og refleksjoner rundt billeduttrykkene.

Funnene i materialet knyttet til ”den levde kropp etter billedterapi” er kjennetegnet av bevisstgjøring, økt aktivitet, økt relasjonell kontakt og bedre smertehåndtering. Seks av sju informanter opplevde bedre smertehåndtering. En respondent var tilbake i fullt arbeid. En hadde 50 prosent uførestønad og hadde i tillegg fullført utdannelsen. Fire var uførepensjonert og en var alderspensjonert.

I neste kapittel vil funnene diskuteres i lys av studiens fenomenologiske perspektiv og litteratur og forskning fra kapittel 2.

## 5 Diskusjon

Møte mellom empiri og studiens teoretiske perspektiv presenteres og vil utgjøre diskusjonen. De tre analytisk drevne kategoriene: den levde kropp, billeduttrykk og relasjon utgjør ledetråden i refleksjonene i diskusjonen.

Merleau-Ponty`s kroppsfenomenologi fokuserer på hvordan mennesket eksisterer og erfarer i verden og er i relasjon til andre og omverden. *Den levde kroppen* er studiens analytiske perspektiv og innebærer en kroppsforståelse der respondentene i studien betegnes som levde kropper.

Funnene diskuteres i rekkefølgen før, under og etter billedterapi.

### 5.1 Den levde kroppen før billedterapi

Funnene er kjennetegnet av smerter som er vanskelig å kommunisere, håpløshet, et komplikasjonsfylt sosialt liv med isolasjon, utmattelse, søvnplager, depresjon og bekymringer, erfarte kroppslige endringer og reduserte funksjoner. Ingen fungerte i jobb eller studier. Hverdagens funksjons- og aktivitets mønster var endret. Livsutfoldelsen var sterkt redusert.

Funnene bekrefter tidligere forskning, at langvarige smerter oppleves som en meningsløs lidelse som bryter ned personligheten, sluker energi og initiativ og reduserer livskvaliteten (Bullington, et al., 2005; Fredheim, et al., 2008; Legeforening, 2009; Nordtvedt & Nordtvedt, 2000). Deltakerne er således typiske representanter for pasienter med langvarige smerter som ikke opplever lindring av smerteplagene.

Merleau-Ponty`s erfaringsbegrep favner vidt. Kroppen er levd, den er ikke bare levende, den er opplevd og meningsskapende. Bevisstheten tar form gjennom kroppen. Merleau-Ponty fokuserer på persepsjonen og kroppens rolle i persepsjonen. Persepsjonens tilblivelse fra *sansedata* til *verden* må fornyes i hver enkelt persepsjonsakt. Hvis ikke vil sansedataene tape sin mening. Det betyr at å ha kontinuerlige smerter vil si at kroppen er i en kontinuerlig persepsjonsakt, hvor smertedata kontinuerlig tvinger seg til oppmerksomhet. Om ikke smertepersepsjonens tilblivelse fra sansedata til verden fornyes i hver enkelt persepsjonsakt, vil sansedataene tape sin mening. Uttalelsen "*klarte ikke å se forover, bare var i smerten*", kan sees som uttrykk for at personens eksistens var dominert av preobjektiv erfaring. For at smerte skal bli en bevisst erfaring, må den gis en mening. Merleau-Ponty sier kroppen er en syntese som retter seg henimot verden, den er intensjonal. Under sykdom svekkes den



”intensjonelle bue”. Respondentene rapporterte at de var ”*utmattet*”, noe som illustrerer at den ”intensjonelle bue” blir svekket. Den ”intensjonelle bue” tar sats fra fortiden og retter seg mot fremtiden. Uttalelsen ”*bare var i smerten*” illustrer en svekket og kraftløs bue, personen er uten fremtids perspektiv.

Merleau-Ponty ser persepsjon som preobjektiv, men vil ikke si den er prekulturell (Csordas, 1994). Studiens analytiske perspektiv ser kroppen som det eksistensielle grunnlaget for kulturen, som er en projeksjon av kroppen i verden. Det betyr at deltakeren som lider av kronisk smerte må skape en ny projeksjon, et uttrykk, fra vedkommendes smertefulle tilstand. Den nye tilstanden, litterært sett, inkorporer kulturen, siden all smerte har en mening gitt av den kulturelle verden en lever i. Slik sett er ingen smerte kun biologisk. Smerte har alltid en mening, den er alltid sosialt informert. Csordas mener vi må snakke om smerte som mettet med mening og kultur.

Pasienter med langvarige smerter strever med smertens mening, noe som uttalelsen ”*det var så svart..*”, gir et illustrerende bilde av (Csordas, 1994). Livet med smerter utfordret meningsaspektet og hverdagens meningsmønster. De var i en vanskelig eksistensiell situasjon. ”*Det var så svart, for ingen forstod, for jeg pratet ikke med noen*”. I lys av studiens analytiske perspektiv, kan kroppen ikke reduseres til en sosial konstruksjon eller et fysisk objekt. Den levde kroppen er individuell og relasjonell på en og samme tid. En person oppdager seg selv gjennom andre (Engelsrud, 2006). Deltakerne isolerte seg. Dette hemmet kommunikasjon med andre og reduserte deltakernes mulighet til å erverve levde erfaringer som må skapes i kommunikasjon med andre.

Mennesket kan bruke kroppsspråk for å beskrive noe og fremvise mening med kroppen. Kroppsspråket kan oppfattes som primitivt eller førspråklig (Csordas, 1994). Smerte kan sees som prelingvistisk. For å gi smerten mening må deltakeren gi smerten et uttrykk, og for å kommunisere med andre er det en forutsetning at deltakeren benytter et språk som gir mening for begge parter.

Merleau-Ponty fremhever kroppens tvetydighet ved å beskrive kroppen som *berørt og berørende, synlig og seende*. Tvetydigheten illustreres ved ”aktivitet” både utover fra kroppen og innover mot kroppen. Det ble beskrevet endringer i sosialt liv med ”*kutting av tråder*” og isolasjon. Betydningen peker på en dobbelthet. Å kutte forbindelse med andre mennesker medførte gjensidig fravær av kommunikasjon. Billedterapien la til rette for ekspressivitet av tanker og emosjonelle opplevelser, samt kommunikasjon gjennom billedspråk og talespråk. Studiens analytiske perspektiv uttrykker at kroppens erfaringer er med på å skape mening og

at enhver forståelse er stemt. Respondentene var preget av smerter, depresjon og bekymringer, isolasjon og funksjons- og aktivitetsreduksjon. Dette fanget deltakernes tanker og handlinger i et meningsmønster som brøt sammen (Svenaesus, 2005). Depresjon forsterker smerteopplevelsen. Svenaesus utdyper hvordan sykdommen river i stykker den levde kroppen og gjøre personen hjemløs i egen kropp (Svenaesus, 2005). Slik blir kroppen den fremmede som samtidig og på samme tid er kroppen. Kroppen blir en kilde til frustrasjon. Smerte skapte brudd i deltakernes meningsmønstre, ved at deltakerne opplevde at de *"ikke mestret"* sin situasjon. Når kroppens meningsmønster går i stykker, vil også den stemte forståelsen påvirkes. Mestringstro skapes av tidligere erfaringer med å mestre (Bandura, 1997). Tap av håp vil svekke mestringstro og motsatt, følelse av håp og tro kan stimulere mestringstro. Bandura hevder at det å ha tiltro til egen mestring er det som motiverer oss mennesker. Lav mestringstro som skapes fra erfaring med ikke å klare, hindrer personens vilje til å møte vanskeligheter. Bandura deler mestring i emosjonsfokuset eller problemfokuset mestringsstil (Bandura, 1997). En annen måte å definere mestring på, er tilnærming eller unngåelse. Det kan synes som deltakerne i smertesituasjonen hadde en emosjonsfokuset unngåelsesstil, en mestringsstil som ikke førte til bedre mestring. Deltakerne startet i billedterapi da deres væren i verden gjorde motstand (Svenaesus, 2005).

I billedterapi ble tanker og følelser aktualisert via de målrettede tematiske oppgavene; slik kunne deltakerne nærme seg smerteproblemet og om mulig preges av en tilnærings- og problemfokuset mestring.

## **5.2 Den levde kropp under billedterapi**

Billedterapien ble fremhevet som en positiv arena, et uttrykksrom. Deltakerne erfarte et vendepunkt ved å aktiviseres i kreativ billedskapning. Materialiserte uttrykk ble skapt utfra personlig materiale. De materialiserte uttrykk ble stimulert av stemninger og spontanitet og fantasi medvirket i den kreative prosessen. Dette bevirket økt ekspressivitet og kommunikasjon som bidrog til bevisstgjøring og innsikt hos deltakerne.

### **5.2.1 En positiv arena**

Funnene peker på at billedterapien var en positiv arena. Billedterapien og representerte en begynnende hverdagsstruktur i de åtte ukene den varte. Arena er latinsk og betyr "sand" som dekket overflaten der gladiatorene kjempet og blod utspilte seg, sanden absorberte blodet

(Wikipedia, 2011). Arenaen var et oval-formet lukket område med tilskuerplasser rundt der begivenhetene utspilte seg. ”Vi gikk ut av den grå hverdagen og måtte konsentrere oss”. Billedterapi-intervensjonen innebar at deltakerne var aktive med billedskapning, slik at ekspressivitet kunne gis uttrykk både ved billedspråk og talespråk. Opplevelser, tanker og følelser fra deltakernes virkelige liv kunne ”utspilles” og materialiseres i fysiske uttrykk på denne arenaen. Den enkelte deltaker kunne beskue sitt eget materialiserte uttrykk og bli mer kjent med eget materiale. I kraft av å delta, fikk alle deltakerne et relasjonelt forhold til de andre i billedterapigruppen.

*Jeg gledet meg til hver onsdag, jeg gledet meg slik at det boblet i magen på meg og det hadde det ikke gjort på lenge.*

Respondentene gledet seg til deltakelse i billedterapi. Glede virker motiverende, og innvirker på mestring. Noen av deltakerne hadde måttet kjempe for å få hjelp. Det må derfor ha vært godt med et positivt møte med billedterapien. En beskrev opplevelse av et ”positivt møte”. Deltakere opplevde ”å bli sett”, ”at en kom fram” og ”lederen hadde tid”. Forhåpentligvis opplevde de tilstrekkelig grad av trygghet. Trygghet er en individuell opplevelse. Å inngi trygghet innebærer å bekrefte personens verdi og følelse ved å lytte, være tilgjengelig og vise forståelse for hvordan vedkommende tenker (Jahren Kristoffersen, et al., 2005). Deltakernes begynnende åpenhet i billedterapien reflekterte en form for trygghet i situasjonen. Organiseringen av billedterapien fanget deltakernes interesse. Underveis utviklet deltakerne en samhörighet. Både organisering og samhörighet er viktige elementer for å skape et kreativt miljø.

Rogers beskrev fire viktige elementer i kreativitet; person, prosess, miljø og produkt (Haabesland & Vavik, 2004). Billedterapi ble en ”positiv arena”, hvor organisering, stemning og de menneskelige forholdene var med og innvirket på kreativitetsprosessen.<sup>2</sup>

## **5.2.2 Kreativitet**

Funnene peker på kreativitetens betydning for å skape materialiserte uttrykk som kan bevirke kommunikasjon. Munch`s bilder er produkt av hans skapende kraft og bildene er i stand til å bevirke kommunikasjon (Tøjner, 2000). Munch benyttet sine kreative evner i billedskapning, utfra en trang til å meddele seg til andre. Men kreativitet er ikke bare noe som tilhører kunstnere, det er en viktig funksjon hos alle (May, 1994). Billedskapningen la til rette for å

---

<sup>2</sup> Funn relatert til samtale i billedterapi blir tatt opp i kapittel 5.2.3 Relasjon

stimulere kreativitet, slik at personlig materiale kunne materialiseres i uttrykk. Fantasien ble aktivert hos deltakerne og ordløst materiale kunne gis uttrykk. Billedskapingen ble opplevd som lystfylt, til tross for at temaene aktualiserte en del smertefulle tanker og opplevelser. I billedterapi skiller en mellom to tilnæringsmåter. *Kunst som terapi*, som vektlegger den skapende, helende prosessen og *kunst psykoterapi*, som vektlegger den verbale dialog i tilknytning til billedskapingen (Grönlund, et al., 1999). Tilnæringsmåtene eksisterer side om side i billedterapien. At deltakelsen var lystfylt, er et spennende funn sett i lys av at deltakernes hverdag var fylt av smerter. Det kan være at opplevelsen av å skape, skapte glede. Muligens kan gleden skyldes at deltakerne erfarte *kunst som terapi*. Den kreative prosessen satte deltakerne i kontakt med egne skapende evner. Dette kan igjen bevirke glede. Svenaeus påpekte at glede åpner mot verden, noe som er betydningsfullt når deltakerne hadde vært isolerte med begrenset levd erfaring som konsekvens. Flere faktorer i miljøet, -i deltakeren og i prosessen, samvirket til kreativitet som resulterte i bilder, de kreative produktene (Haabesland & Vavik, 2004). Materialiserte uttrykk ble redskap til kommunikasjon for deltakerne, som ble gjort i stand til å kommunisere i et billedspråk. Når personens vante væremåte hindres av smerte, som endrer kroppen, stopper kroppens vanlige fungering opp (Englund, 2004). Å utvikle sin kreativitet kan føre til større mulighet for å finne alternativ for sine handlinger. Billedterapi stimulerer opplevelsesevne og ekspressivitet. Oppgavene hadde til hensikt å fange deltakernes oppmerksomhet for å lage uttrykk knytte til oppgavetemaene.

*Det er nok å stri med, med å få det ned på papir... det er mye vanskelig, og det å få via oppgaven.. litt klart da.... gjør det lettere å få orientere seg rett og slett... i kaoset.*

Skaperprosessen kunne materialisere det ordløse. Emosjonell ekspressivitet kunne uttrykkes på papiret, og personen kunne på den måten betrakte seg selv utenfra. Avstand gav deltakeren en mulighet for overblikk og perspektiv. De materialiserte uttrykkene kunne gi innhold til begrep og meningssystemer hos deltakerne, og begreper og meningssystemer kunne påvirke deltakernes følelser og opplevelser i et gjensidig påvirkningsforhold (Monsen, 2000). I billedterapi blir forholdet mellom følelser og bevissthet koplet gjennom det materialiserte billeduttrykket. Ekspressivitet uttrykte da i hvor stor grad deltakerne ga nyanserte og tydelige følelsesuttrykk (Monsen, 2000). Ved at deltakerne i det skapende ga uttrykk for seg selv, ble det en mulighet for deltakeren til å lære seg selv å kjenne gjennom de materialiserte uttrykkene. Slik kunne billedskapning bli en kilde til å hente kraft og energi. Det betyr at uttrykkene kunne bli transformator til personlig refleksjon, bevissthet og vekst. En gradvis

bevisstgjøring kunne gi mulighet for at deltakerne så valgmulighetene i en situasjon som ellers var preget av smerter, hvor verden buttet i mot.

En respondent beskrev at *"alt stoppet opp"* da ulykken skjedde. May (1994) peker på at å skape, eller være kreativ, medfører å satse. Å satse innebærer å ha kraft til å komme i *bevegelse*. Kreativitet medvirket til at deltakerne lagde materialisert uttrykk for smerter og følelser. Å være kreativ er å være i bevegelse.

Å jobbe med en kreativ metode ble av respondentene påpekt som positivt. Deltakere opplevde at billedterapi ble *"starten på en prosess"*. En utvikling startet (Wikipedia, 2011). Når pasienter har hatt smerter i lang tid, er det ikke sannsynlig med rask utvikling. En deltaker sa det ble *"starten på noe nytt"*, en tredje sa det ble et *"vendepunkt"* som behøvdes. Et vendepunkt er forandring som gir en ny retning. Psykologer har vært sterkt opptatt av forholdet mellom menneskelig intelligens og evne til originalitet og fantasi. Først rundt 1950 årene fikk kreativitetsforskning et virkelig gjennombrudd, da intelligensforskeren J.P Guildford pekte på at ved kreativ tenkning brukes intellektet på en annen og friere måte, noe som har hatt betydning for utvikling av romteknologi, datateknologi og metoder for lederutvikling. Kreativitetsbegrepet er også aktualisert gjennom moderne hjernehalvdelsforskning (Haabesland & Vavik, 2004). Dette er likevel ikke automatisk overførbart til smertefaget. Men kreativitet har vært sentral i utvikling på flere fagområder, er knyttet til moderne hjerneforskning og kreativitet er et viktig funn i denne studien. Kreativitet bør derfor få en plass i videre utforskning av billedterapi. Kreativitet er et vidt begrep, og jeg vil hevde at spontanitet, visualisering og stemning er temaer som kan knyttes mot kreativitet. En deltaker sa: *"Vi fikk bruke andre siden av oss selv enn de intellektuelle"* (5).

## **Stemning**

Deltakerne levde i en mer eller mindre besværlig tilværelse ved oppstart i billedterapi. Livet var preget av vanskelige følelser i tilknytning til sosialt liv, mindreverdighetsfølelse, redsel for å miste, for å bli forlatt, redsel for å være til bry, for å være et offer, de var deprimerte og utmattet. Svenaeus (2005) betegnet de levde kroppene herjet av sykdom, som hjemløse kropp. Tross opplevelse av hjemløshet, ble det positivt å delta i billedterapi. Konteksten opplevdes positiv, og organiseringen med oppgaver stimulerte og utfordret til billedskapingen. Respondentene skapte materialiserte uttrykk av følelser og smerte som de ikke tidligere hadde beskrevet. Ekspressiviteten bevirket at hjemløse stemninger fikk uttrykk på papir. Deltakeren kunne beskuelse råmaterialet, og slik få et forhold til det tidligere

uttrykte. Billedskapning bidro til økt ekspressivitet av vonde følelser. De materialiserte bildene bidro til refleksjon med eller uten ord og billedskapningen bidro til meningsskapning. Kunst formidler stemninger, og kunsten har en unik evne til å *formidle hjemløse stemninger* (Svenaesus, 2005). En deltaker uttrykte at hun "*skjønnte eget bilde*" (5), hun gjorde oppdagelser som gav mening. Respondentene beskrev at de gledet seg til deltakelse, de erfarte mange positive følelser rundt det å delta, som skapte et godt emosjonelt klima. I følge Hass-Cohen og Findlay (2009) kan engasjert lystfylt aktivitet øke analgetisk respons, og skape mening. Det betyr at lystfylt aktivitet også kan medvirke til lindring. Om billedterapiaktiviteten virket smertelindrende, er ikke mulig å si i ettertid.

Billedterapien aktiviserte og engasjerte deltakerne. Deltakerne gledet seg og trygghet ble skapt. Å være i verden innebærer derfor å gjøre den til sin egen, og føle og kjenne seg hjemme i den.

## **Visualisering**

Deltakerne fikk forskjellige oppgaver fra gang til gang. Deltakerne jobbet individuelt utfra eget livsmateriale, slik ble utførelsene forskjellige. Billedskapningen hentet fram følelser og tanker deltakerne ikke hadde hentet frem ellers. Billeduttrykket ble med Merleau-Ponty's uttrykk, værens speil. Billeduttrykkene gav deltakerne mulighet til å se noe av seg selv utenfra på samme måte som ekspresjonismens malere malte seg selv utenfra. Billedterapi ble en annerledes tilnæringsmåte til å uttrykke og kommunisere om smerten. Det var personlig materiale som materialiserte seg i billeduttrykkene. Bildene kunne betraktes på fysisk avstand, noe som gav mulighet for å se uttrykkene i perspektiv. Dette bevirket oppdagelser og innsikt i egen situasjon. Deltakerne erfarte at billedskapningen bidro til bevisstgjøring. Nye forståelser eller mening ble dannet. Dette harmonerer med studien til Öster, som fant at i billedterapi kunne personenes eget materiale uttrykkes, omformes, transformeres og integreres på en ny måte (Öster, 2007).

Fantasi er assosiativ tenkning. Fantasien er intermodal. Fantasi er å forestille seg noe, og når forestillinger uttrykkes gjennom bilder og ved hjelp av symboler, skjer det en transformering i sinnet (Grendstad, 2002). Billedskapningen utfordret fantasien som utfoldet seg i deltakerens billedskapning. Å finne et symbol og bruke det, er fantasi. Deltakerne peker på at forskjellige farger symboliserte forskjellige stemninger. Öster hevder at symbolsk kommunikasjon i billedterapi stimulerer uttrykkene (Öster, 2007).

Scarry peker på en mulig årsak til at smerte motsetter seg språk, nemlig smertens usynlighet (Csordas, 1994). Det å få uttrykke seg via billedspråket var en hjelp til å uttrykke smerteopplevelsen. En respondent fikk via smerteuttrykket satt ord på smerteerfaringen som var som ”lyn”, som ”siksakk”. Billedspråk ble en ny og alternativ kommunikasjonsmåte, men hjalp også til å få frem ordbeskrivelse om smerter. Ved å uttrykke seg gjennom maling og tegning bruktes den visuelle og motoriske sansen som hjelp til å skape et bilde og å skape en mening. Disse kreftene er intermodale (Rubin, 2001).

Visualisering er i lys av Husserl og Merleau-Ponty å se med bevisstheten. Merleau-Ponty pekte på at fornyet sansing vil gi tingen i en fornyet avskygging. Synet er i følge Merleau-Ponty ikke en enkel kartesiansk konstitusjon, heller ingen simpel fysiologisk mekanisme, men en genese der ting og subjekt kommer til verden på samme tid. Å se er, å fødes med det, *co-naître* (Merleau-Ponty, 2000).

Merleau-Ponty sier å se er å inntre i et univers av værender som viser seg, og de ville ikke vise seg, hvis de ikke kunne skjule seg bak hverandre eller bak meg. Respondentene pekte på at en betydning av å lage bilder, var at barndomsopplevelser ble løftet frem. To deltakere lagde billeduttrykk for vonde opplevelse som ikke tidligere var tatt frem. Visualiseringen bevirket bevissthet og gav innsikt i egen situasjon. Merleau-Ponty mener at å se på en gjenstand er å komme til å bebo den og på denne måten er hver eneste gjenstand er et speil for alle de andre. Dette uttrykker en dialektisk forståelse, at fenomener blir det de er ved de andre. Smertefenomenet blir det det er ved andre fenomen. I dette tilfelle er en vond barndomsopplevelse fått kommet til uttrykk og deltakeren kunne jobbe med det i bevisstheten; bebo opplevelsen ved å jobbe med det konkrete uttrykket. En annen visualiserte minnet av en god omsorgsfull mor, som deltakeren mistet i tidlig alder.

### **Spontanitet**

Funnene peker på at spontanitet i billedskapning ofte fikk frem spennende uttrykk, som igjen bidrog til at billedskapningen ble utbytterik og gav innsikt. Organiseringen av billedterapien la til rette for spontanitet, ved at oppgavene skulle løses på kort tid.

### **5.2.3 Relasjon**

Seks av sju deltakere erfarte at samtalene og refleksjonene rundt egne billeduttrykk gav dem innsikt og nye perspektiv. Merleau-Ponty hevder at samtale kan berike deltakerne og forandre dem ved at de ikke snakker utfra gitte program, men står i en indre, foranderlig forhold til

samtalepartnerne. Merleau-Ponty mente at tanken fullbyrdes ved å uttrykkes. Han peker på at når talen er uttrykk for tanken til personen er den skapende, den bringer frem noe nytt. Talespråket er ikke bare et uttrykksforhold, men det er kommunikasjonverktøy (Merleau-Ponty, 1994). Personens intensjoner tar bolig i den andres kropp, eller den andres intensjoner tar bolig hos den andre. Slik sett kan samtale berike. Billedskapingen satte fantasien i sving, som medvirker til bevisstgjøring. Ved å dele billeduttrykket med andre, ble flere tilskuere til billeduttrykket.

Stemningen på arenaen var god. Merleau-Ponty poengterer at hver type forståelse er stemt og passende inn i et konkret meningsmønster. Deltakerens persepsjon og den visuelle kommunikasjonen mellom bildet og personen, med eller uten ord, kunne således gi smerten og følelsene en mening. En deltaker som delte sitt billeduttrykk med de andre, fikk respons som medvirket til at vedkommende så ting i nytt lys. En påpekte betydningen av å våge å dele personlige erfaringer.

Selv om all smerte er individuell og subjektiv, hadde deltakerne noe til felles ved at alle hadde smerteerfaringer, de var ”peers” med hensyn til smerter, dette kan ha vært medvirkende til åpenhet mellom deltakerne.

Merleau-Ponty hevdet at tanken fullbyrdes ved at den uttrykkes, at vi ikke vet hva vi vil si før vi har sagt det (Merleau-Ponty, 1994). Han sier videre at talen blir meningens ytre eksistens. Merleau-Ponty hevder at det er gjennom kroppen individet får tilgang til andre. Levde erfaringer skapes i kommunikasjon med andre, og kommunikasjon lykkes når det skjer en bekreftelse av meg gjennom andre. Deltakerne trekk frem at det å samtale åpnet og bidrog til nye tanker og perspektiv og at det var betydningsfullt å dele personlige erfaringer. Aristoteles hevdet at forutsetningen for *poiesis*, menneskets genuine evne til å skape ut av en materie, lå i *phronesis*, som rommer kvaliteter som lydhørhet, sansenes varhet, oppmerksomhet, fantasi og følelser (Ødegaard, 2003). Deltakernes erfaringer peker på at billedterapien hadde en bra kontekst, en respondent sa det var en ”hyggelig atmosfære”, et betydningsfullt element i konteksten på arenaen. Den hyggelige atmosfæren, som hele tiden skapt av leder og deltakerne, la til rette for at kvaliteter som lydhørhet, sansenes varhet og oppmerksomhet fikk utvikle seg. En sa ”vi måtte konsentrere oss” noe som gjorde at hun både ”lærte” og ”måtte komme frem til noe” hun brukte fantasien og fikk uttrykke følelser gjennom *poiesen*. *Pronesis* peker på kvaliteter i personens adferd. Et trygt miljø kan bevirke at kvalitetene lydhørhet, sansenes varhet, oppmerksomhet, fantasi og følelser får ta stor plass hos deltakerne. Deltakernes liv før billedterapi ble beskrevet med mange sosiale komplikasjoner. Likevel



hadde deltakerne positive erfaringer knyttet til det å delta på billedterapiarenaen. Merleau-Ponty sier at å være i verden innebærer samvær med andre mennesker- levde som avdøde og utfra samværet, skaper jeg en selvstendig forståelse. Både billedskapingen og samtalene rundt uttrykkene ble verdsatt. Sykdommer må forstås som flerdimensjonale fenomener, og de er meningsbærende på flere nivåer (Svenaesus, 2005). Møtet med den syke som utgangspunkt for klinisk praksis, kan havne i skyggen av kropps- og laboratorieundersøkelser (Svenaesus, 2005). Det betyr ikke at sykdommen har skjulte mål eller meninger, men heller at sykdom på en gjennomgripende måte forandrer livssituasjon til personen som rammes av sykdom, og tvinger personen til nye tolkninger. I lys av studiens analytiske perspektiv, innebærer det å være i verden, å gjøre den til sin egen.

### **5.3 Den levde kropp etter billedterapi**

I følge Knardal (1998) er smertemestring det personen gjør for å redusere smerteopplevelsen eller ubehaget som følger av smerten, og omfatter tanker, følelser, oppfatninger, holdninger og handlinger. Funnene i materialet knyttet til ”den levde kropp etter billedterapi” er kjennetegnet av bevisstgjøring, økt aktivitet, deltakelse i sosialt liv og bedre smertehåndtering. Smerter er subjektive og hvordan deltakerne mestrer smerte er forskjellig, og de mestrer på hver sin måte og i varierende grad. En av respondentene ytret et ønske om å komme mer på plass i livet sitt og ønsket å gå mer i billedterapi. En av deltakerne valgte å gå på et annet billedterapi kurs etter at hun sluttet på kurset i regi av Smerteklinikken. En deltaker var veldig tilfreds med de åtte gangene hun hadde deltatt. Det viser at behovet for i billedterapi er individuelt. Person, situasjon og tiden personen har gått med langvarige smerter, kan muligens også spille inn. Pasienten som var tilfreds med de åtte gangene, var den gang i slutten av sykemeldingen, og vedkommende var nå i jobb og i avslutning på videreutdanning. Å bli bevisst noe begynner alltid med en følelse (Damasio, 1999). Banduras tilnærming legger vekt på personens tidligere erfaringer, noe som ikke står i et motsetningsforhold til studiens analytiske perspektiv, men inkluderes i det.

#### **Smertehåndtering**

Alle deltakerne hadde fortsatt smertepager. For seks deltakere var ikke smertene like dominerende, de mestret situasjonen sin bedre på intervju tidspunktet. To opplever smerteavledning av billedskapning (1,3). En studie som utforsket effekt av en times kortvarig

kunstterapi for smerte og symptomkontroll hos voksne kreftpasienter, viste signifikant reduksjon på åtte av ni symptomer på blant annet ESAS. (Nainis, et al., 2006). Om billedterapi kan gi smerte og symptomreduksjon ved langvarig smertetilstander, gjenstår å se. En respondent opplevde smertelindring etter trening (3). En deltaker var fremdeles veldig smerteplaget om natten og ønsket å komme i rytme for et bedre liv med billedterapi som metode (2).

Kreativitet var et vesentlig funn, sammen med spontanitet, stemning og visualisering. Spontanitet, stemning og visualisering er nært knyttet opp til kreativitet. Kreativitet, henspeler på personen, prosessen miljøet og produktet. Studiens analytiske perspektiv fokuserer på at kroppen er opplevd og meningsskapende, dette inkluderer tanker og følelsers innvirkning på hverandre (Damasio, 1999; Monsen, 2000). Om en person har sterke følelsesmessige erfaringer som vedkommende ikke får komme til orde med, kan det muligens redusere personens mulighet til å komme videre i en konstruktiv tenkende, problemfokustert tilnærming til smertene.

Smertemestring er det personen gjør for å redusere smerteopplevelsen eller ubehaget som følger av smerten og som følger av tanker, følelser, oppfatninger, holdninger og handlinger (Knardal, 1998). Under intervjuet gir deltakerne beskrivelse av egen smertehåndtering. Fire hadde fremdeles smerter om natten. To sier de står opp, de blir ikke liggende. En rusler en tur rundt i huset og legger seg igjen. En annen står opp når smertene vekker henne grytidlig, og smerten går over. To respondenter opplever at billedskapning gir avledning. En tegner mye og lager uttrykk, som hun opplever gir avledning, men fungerer ikke ved sterke smerter. En deltaker bruker tidvis kunstopplevelse som avledning. En maler fordi det er en meningsfylt aktivitet, ikke fordi det gir smertelindrende effekt. Deltakerne har større bevissthet rundt hva som er hensiktsmessig aktivitet for dem i dag. Tre dyrker sin interesse for kunst. Tre dyrker egen kreativ utøvelse, to aktivt, en av disse gjør det for avledning.

To benyttet bildene til en utstilling hjemme for de nærmeste, noe som bevirket større forståelse fra de "pårørende" for deres smertesituasjon etter at de hadde beskuet billedmaterialet. Bildene hjalp dem i kommunikasjon med sine nærmeste som fikk en økt forståelse for deres smertesituasjon.

Fire er i ettertid blitt tydeligere i kommunikasjon med andre og legger mer vekt på hva som er viktig for dem selv. To har kuttet ut venner som ikke er ok. En grensesetter samvær med problematiske relasjoner slik at det blir en så positiv setting som mulig. En forteller hun nå har tid til andre i tillegg til seg selv.

I følge Merleau-Ponty leves et menneskes liv gjennom kroppen. Kroppen er personlighetens subjekt. Følelser er ikke en indre kategori. Følelser er i kroppen og kroppen er i verden. I følge Damasio begynner det å bli bevisst noe alltid med en følelse. Monsen hevder at en person gjennom sin utvikling lærer å stole på egne opplevelse og vurderinger og får et bevisst forhold til seg selv.

Studien har søkt kunnskap for å svare på problemstillingen: Hvilken betydning har opplevelsene og erfaringene med ekspressivitet i billedterapi hatt for deltakerne i ettertid?

Billedterapi arenaen ble et uttrykksrom hvor deltakerne opplevde et vendepunkt gjennom deltakelse i kreativ utfoldelse med visualisering av materialiserte uttrykk, hvor stemning, spontanitet og fantasi medvirket. Billedskapning skjedde i et samspill, i prosess mellom den enkelte, miljøet og det materialiserte uttrykket. Det var også kommunikasjon mellom deltakerne. Deltakelse bevirket at deltakerne fikk levde erfaringer. Funnene peker på sannsynligheten for at erfaringer med ekspressivitet i billedterapi både med billedskapning og ved refleksjon og samtale, har medvirket til økt kommunikasjon og bedre smertehåndtering i dag. Deltakerne erfarte at billedterapi var en lystfylt aktivitet.

Erfaringene i billedterapi har bevirket økt kunstinteresse hos deltakerne, en benytter kreative uttrykk daglig.

Studien har gitt dybdekunnskap om betydningen av kroppserfaringer som respondentene har hatt i forbindelse med deltakelse i billedterapi. Som kropper bebor vi verden. Svenaeus sier at sykdom og smerte kan gjøre personen hjemløs. Svenaeus begrep den hjemløse kroppen, er utviklet gjennom tolkning og en hermeneutisk tilnæringsmåte. Begrepet hjemløs, får fram at kronisk smerte kan bli en eksistensielt utfordrende situasjon.

Studiens filosofiske teorigrunnlag har bidratt til utvikling av dybdekunnskap fra et pasientperspektiv.

Avslutningsvis vil jeg kommentere at jeg i diskusjonskapittelet nok har avveket litt fra fenomenologisk metode og tidvis tolket noe og dermed beveget meg litt mot hermeneutisk metode.

## 6 Konklusjon og implikasjoner

Studien har belyst hvordan fenomenet ekspressivitet i billedterapi er erfart av sju informanter med kroniske smerter, to år etter deltakelse. Deltakernes egne subjektive erfaringer er undersøkt i lys studiens analytiske perspektiv, som ser den levde kroppen som et uttrykkende og erfarende subjekt.

Respondentene startet i billedterapi med smerter som var vanskelig å beskrive og de hadde svært begrenset livsutfoldelse, den hadde nærmest stoppet opp. Billedterapi ble en positiv arena, et uttrykksrom, hvor deltakerne erfarte et vendepunkt gjennom deltakelse i en billedskapende prosess, hvor spontanitet og stemning innvirket. Tanker og følelser de ikke hadde hentet frem før, fikk uttrykk. Vanskelige, ordløse opplevelser ble gitt materielle uttrykk. De materielle uttrykkene ble deltakernes hjelpemiddel til kommunikasjon om sin smertesituasjon. Ekspressivitet som innebar refleksjon og samtale rundt de materielle billeduttrykkene, beriket deltakerne. Deltakerne erfarte økt ekspressivitet gjennom de materialiserte uttrykkene som bevirket økt kommunikasjon. Dette bidrog til økt bevissthet som på sikt medvirket til bedre smertehåndtering. Deltakerne uttrykte tilfredshet med metoden.

SBU-rapporten har etterlyst kunnskap fra pasientperspektiv og effekt av behandlingstilnærminger for smertepasienter på lang sikt. Studien har frembragt kunnskap fra et pasientperspektiv som antyder at billedterapi kan være en hensiktsmessig metode som kan bidra til kommunikasjon og bedre smertehåndtering hos pasienter med langvarige smerter. Studiens funn er interessante sett i lys av SBU rapporten og gir implikasjoner for videre forskning om behandlingsmetoder i smertebehandling. Langvarige smerter er et stort helseproblem. Metoden kan være betydningsfull i et kommunikasjons- og et mestringsperspektiv for den enkelte smertepasient. Metoden er billig. Om metoden er effektiv, vil den også være betydningsfull i et samfunnsperspektiv.

Studiens funn gir implikasjoner for å fortsette å tilby pasienter med langvarige smerter denne metoden.

Studiens retrospektive perspektiv gjør at empirien lener seg mot informantenes hukommelse. Intervjuene dannet et rikt datamateriale med erfaringer og opplevelser. Respondenten kan ha husket noe feil. Datakvaliteten ved dette retrospektive designet styrkes av de spesielle hendelser rundt billedterapien som preget hukommelsen til deltakerne. Essensen i studien

peker på at billedterapi hadde betydning for respondentene og bidro til økt ekspressivitet og kommunikasjon og bedre håndtering av smerteplagene.

Studien bør danne grunnlag for videre forskning på området. Det vil derfor være nytting å gjennomføre en prospektiv randomisert studie hvor billedterapi gis som intervensjon i et kommunikasjons- og mestingsperspektiv over en lengre tidsperiode. Det vil kunne gi sikrere kunnskap om effekt av billedterapi som metode på lang sikt.

Funn i studien antyder at billedskapning kan bidra til smertelindring. Dette er også et område for videre forskning.

Studiens teoretiske forankring er betydningsfull for studiens funn. Det gir et annerledes epistemologisk fundament for det studerte enn det en kausal forståelsesmodell ville gitt. Studien funn løftes frem av en dialektisk forståelse i møte med pasienterfaringer. Den levde kropp som teoretisk perspektiv gir dybdeforståelse om billedterapi fra et pasientperspektiv, og er et lite, men viktig bidrag til videre helseforskning om billedterapi til pasienter med langvarige smerteplager.

# Litteraturliste

- Bandura, A. (Ed.). (1997). *Self efficacy The exercise of controll*. New York: Freemann.
- Berg, A. S. (2007). Billedterapi i en helsefaglig kontekst. Et kunnskapsutviklende prosjekt om billedterapi. Masteroppgave ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo.
- Breivik, H., Colett, B., Ventefrida, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe. Prevalence impact on daily life and treatment. *European Journal Pain*, 10(4), 287-333.
- Brodal, P. (Producer). (2007) Hva kan ny neurobiologisk viten lære oss om kronisk smerte? Avdeling for medisinske basalfag, UIO, Nidaroskongressen. Klinisk emnekurs i Psykosomatikk.
- Bullington, J., Sjøstrøm-Flanagan, C., Nordemar, K., & Nordemar, R. (2005). From pain through chaos towards new meaning. Two Case Studies. *The art in Psychotherapy*, 32 (No.4), 261-274.
- Colette, N. (2004). Expresión plàstica del dolor por el paciente. *Medicina Palliativa*, Vol 11(no 3).
- Csordas, T. J. (Ed.). (1994). *Embodiment and experience*: Cambridge University Press.
- Damasio, A. (Ed.). (1999). *The feelings of what Happens: Body, Emotion and the Making of Consciousness*. London: Harwest book Harcourt, INC.
- Eccleston, C., & Cronbez, G. (1999). Pain demands attention: a cognitive-affeditive model of the interruptive funtion of pain. *Psychol Bull*, 125(3), 356-366.
- Engelsrud, G. (Ed.). (2006). *Hva er kropp*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Englund, B. (Ed.). (2004). *Skapande og kroppsbaserade komplementära terapier*. Lund.
- Fagermoen, M. S. (2005). Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 7(2), 40-54.
- Folkehelseinstituttet. (2010). *Folkehelse rapporten 2010:2*.
- Fredheim, O. M., Kaasa, S., Fayes, P., Saltnes, T., Jordhøy, M., & Borchgrevink, P. C. (2008). Chronic non-malignant pain patients report as poor health-related quality of life as palliative cancer patients. *Acta Anaesthesiol Scand*. 52, 143-148.
- Gibran, K. (Ed.). (1995). *Sand og skum*. Oslo: Ex Libris Forlag as.
- Grendstad, N. M. (Ed.). (2002). *Fantasi og følelser*. Kristiansand: Høyskoleforlaget grafisk produksjon.
- Grönlund, E., Alm, A., & Hammarlund, I. (Eds.). (1999). *Konstnärliga terapier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Haabesland, A., & Vavik, R. (Eds.). (2004). *Kunst og håndverk -hva og hvorfor*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hamre, H. J., Witt, C. M., Glockmann, A., Wegscheider, K., Ziegler, R., Willich, S., N., et al. (2007). Anthroposophic vs. Conventional Therapy for Chronic Low Back Pain: A Prospective Comparative Study. *European Journal of Medical Reseach*, 12(7), 302-310.
- Hass-Cohen, N., & Findlay, J. C. (2009). Pain, attachment and meaningmaking: Reeport on an art therapy relational neuroscience assasment protocol. *The Arts in Psychotherapy*, 36, 175-184.
- IASP. (2010). from [http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728:](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728)
- Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F., & Skaug, E. A. (Eds.). (2005). *Grunnleggende sykepleie*: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Jarmund, S. (2008). Evaluering av gruppetilbud ved Smerteklinikken, AUS HF.
- Jensen, T. S. (2005). From molecules to suffering. *Nature Reviews Neuroscience*, 6(7), 505-505.
- Knardal, S. (Ed.). (1998). *Kropp og sjel psykologi, biologi og helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, S. (Ed.). (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (Eds.). (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Legeforening, D. N. (2009). Retningslinjer for smertelindring.
- Marchand, F., Perretti, M., & McMahon, S. B. (2005). Role of the immune system in chronic pain. *Nature Reviews Neuroscience*, 6 (7), 521-532.
- May, R. (Ed.). (1994). *Modet att skapa*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Melzack, R., & Wall, P. (Eds.). (1996). *The Challenge of pain* (Updated Second Edition ed.): Penguin Books.
- Merleau-Ponty, M. (Ed.). (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Merleau-Ponty, M. (Ed.). (2000). *Øye og ånden*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Minde, Å. (Ed.). (2000). *Kunsten som sjelens arkitekt*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Monsen, J. T. (Ed.). (2000). *Vitalitet og psykiske forstyrrelser og psykoterapi*: Tano A.S.
- Nainis, N., Paice, J. A., Ratner, J., Wirth, J., H., Lai, J., & Shott, S. (2006). Realiving symptoms in cancer: Innovative Use of Art Therapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(No 2).
- Nordtvedt, F., & Nordtvedt, P. (Eds.). (2000). *Smerte, fenomen og forståelse* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Omery, A., Kasper, C. E., & Page, G. G. (Eds.). (1995). *In Search of Nursing Science*. California: Sage Publications, Inc.
- Ostrowsky, K., Magin, M., & Ryvlin, P. (2002). Representation of pain and somatic sensation in human insula: A study of responses to direct electrical cortical stimulation. *Cerebral Cortex*, 12((4)), 376-385.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (Eds.). (2008). *Nursing Reserch*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rubin, J. A. (Ed.). (2001). *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*. New York Brunner- Routledge.
- Sandelowski, M. (1993). Rigor or rigor mortis: The problem of rigor in qualitative research revisited. *Advances in Nursing Science*, 16 (2), 1-8.
- Sandelowski, M. (2000). Focus on Research Methods Whatever Happened to Qualitative Descriptions? *Reseach in Nursing & Health* (23), 334- 340.
- Sandelowski, M. (2009). What`s in a name? Qualitative Descriptions Revisited. *Reseach in Nursing & Health* 33, 77-84.
- SBU. (2006). *Metoder för behandling av långvarig smertä. Systematisk litteraturoversikt: Statens beredning för behandling av långvarig smärta*.
- Sivik, T., & Schonfeld, R. (2002). Psychosomatic integrative treatment and rehabilitation. *Advances Mind Body Med Winter; 18( 2)*, 10-13.
- SSB. (2005). *Samordnet levekårsundersøkelse 2005 - tverrsnittsundersøkelsen Dokumentasjonsrapport*: Statistisk Sentralbyrå.
- Svenaesus, F. (Ed.). (2005). *Sykdommens mening*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Taraldsen Valeberg, B., & Klopstad Wahl, A. (2008). Smerte og mestring. In T. Rustøen & A. Klopstad Wahl (Eds.), *ULIKE TEKSTER OM SMERTE Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Theorell, T., Konarski, K., Westerlund, H., Burell, A. M., Engstrøm, R., & Lagercrantz, A. M. (1998). Treatment of Patients with Chronic Somatic Symptoms by Means of Art Psychotherapy: A Prosess Description *Psychoter Psychosom*, 67, 50-56.

- Tourangeau, R., Rips, L. J., & Rosinsski, K. (Eds.). (2000). *The Psychology of Survey Response*. New York: Cambridge University Press.
- Tracey, I., & Mantyh, P. W. (2007). The cerebral signature for pain perception and its modulation. . *Neuron*, 55 (3), 377-391.
- Tøjner, P. E. (Ed.). (2000). *MUNCH med egne ord*. Oslo: Forlaget Press.
- Utne, I., & Rustøen, T. (2008). Smerte og håp In T. Rustøen & A. Klopstad Wahl (Eds.), *ULIKE TEKSTER OM SMERTE Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wall, P. D., & Melzack, R. (Eds.). (1999). *Textbook of pain. Fourth edition*: Churchill Livingstone.
- Wikipedia. (Ed.) (2011). <http://en.wikipedia.org/wiki>.
- Ødegaard, A. J. (Ed.). (2003). *Kunst- og uttrykksterapi. Fra kaos til form*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Öster, I. (2007). *BILDTERAPI VID BRÔSTCANCER Kvinnens berättelser i ord och bild*. Umeå University Medical Dissertations. Department of Nursing, Department of Radiation Sciences- Oncology, Medical Faculty and National School og Gender Studies, Umeå University.



# Vedlegg

Vedlegg 1. Tilgang til feltet (Smerteklinikken OUS Aker)

Vedlegg 2. Svar fra Personvernombudet

Vedlegg 3. Svar fra Regional komitè for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst D

(REK Sør-Øst D)

Vedlegg 4. Informert Samtykke

Vedlegg 5. Semistrukturert intervjuguide



Dato: 08.08.2009

**Ad. Studien " Erfaringer med billedterapi i forbindelse med langvarige smertetilstander"**

Jeg gir herved tillatelse til å forespørre pasienter som har deltatt i billedterapi ved Smerteklinikken om å delta som informanter i studien.  
Betingelsen er at studien er godkjent av REK og personvernombudet.

Med vennlig hilsen

Oslo universitetssykehus, Aker  
Trondheimsveien 235, 0514 Oslo

Aker universitetssykehus er nå en del av Oslo universitetssykehus HF.  
Det nye sykehuset består av tidligere Aker universitetssykehus, Rikshospitalet og Ulevål universitetssykehus.

---

Postadresse:

Besøksadresse:

Telefon:

Telefaks:

E-post:

Internett:

Org.nr.:

Giro:

HELSE  SØR-ØST

## PERSONVERNOMBUDETS UTTAELSE OM FORSKNINGSPROSJEKT

Til: Tone E.B. Johannessen

Kopi:

Fra: Personvernombudet

Saksbehandler: Helge Grimnes

Dato: 28.09.2009

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets uttalelse om innsamling og databehandling av personopplysninger i forskningsstudie

Saksnummer/  
Personvernnummer: 37-2009 AUS

---

### **Personvernombudets uttalelse til innsamling og databehandling av personopplysninger for forskning i prosjektet "Erfaringer med billedterapi i forbindelse med langvarige smertetilstander"**

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er et formelt svar på meldingen. Forutsetningene nedenfor må være oppfylt før rekruttering av pasienter til studien kan starte.

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger / helseopplysninger tilfredsstiller de krav som stilles i helse- og personvernlovgivningen.

Personvernombudet har ingen innvendinger til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger / helseopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

1. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i studien skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen (se vedlagte meldeskjema).
2. Studien må vurderes og godkjennes av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), og eventuelle merknader må følges. Kopi av anbefaling fra personvernombudet vedlegges søknaden til REK. REKs uttalelse sendes i retur til undertegnede.
3. Vedlagte samtykke benyttes. Sykehusets logo påføres. Eventuelle endringer til dette som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.
4. Data lagres som oppgitt i meldingen.

5. Kodeliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres på papir, nedlåst på prosjektleders avlåste kontor. Listen lagres fysisk adskilt fra andre registerdata.
6. Data, inkl. lydbånd, slettes eller anonymiseres senest 31.12.2010. Kodelisten makuleres innen denne tid.
7. Dersom formålet, utvalget av inkluderte eller databehandlingen endres må personvernombudet gis forhåndsinformasjon om dette.

Studien er registrert i sykehusets offentlig tilgjengelig database over forsknings- og kvalitetsstudier.

Lykke til med studien!

Med vennlig hilsen

Helge Grimnes  
Personvernrådgiver  
Oslo universitetssykehus HF



**UNIVERSITETET I OSLO**  
DET MEDISINSKE FAKULTET

Vedlegg 3

Førsteamanuensis Anne Moen  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1153  
0318 Oslo

Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk Sør-Øst D (REK Sør-Øst D)  
Postboks 1130 Blindern  
NO-0318 Oslo

Telefon: 22 85 05 93  
Telefaks: 22 85 05 90

**Dato:** 21.09.09  
**Deres ref.:**  
**Vår ref.:** 2009/757

E-post: [sek@medisinsk.uio.no](mailto:sek@medisinsk.uio.no)  
Nettadresse:  
<http://www.forskningsetikk.uio.no/>

**Erfaringer med billedterapi i forbindelse med langvarige smertetilstander.**

Vi viser til søknad av 03.08.2009 om godkjenning av ovenfor nevnte studie.

Prosjektleder er førsteamanuensis Anne Moen.

Forskningsansvarlig er Universitetet i Oslo.

Komiteen gjør oppmerksom på at forskningsansvarlig etter helseforskningsloven § 4 e) er institusjon eller annen juridisk eller fysisk person som har det overordnede ansvaret for forskningsprosjektet, og som har de nødvendige forutsetningene for å kunne oppfylle den forskningsansvarliges plikter etter denne loven.

**Prosjekttema:**

*Billedterapi er en ekspressiv terapi for blant annet smertepasienter. Billedterapi tilbys pasienter ved Smerteklinikken Oslo universitetssykehus, avdeling Aker. Formålet med studien er å undersøke betydningen av erfaringer fra deltakelse i billedterapigruppe for pasienter med langvarige smerter, to år etter deltakelse.*

Komiteen har vurdert søknaden og godkjenner prosjektet med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

**Godkjenningen omfatter:**

- Tillatelse til å opprette forskningsprosjekt, helseforskningsloven § 10.

I tillegg til vilkår som fremgår av dette vedtaket er tillatelsen gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

**Vedrørende forskningsetisk vurdering:**

1. Komiteen forutsetter at informasjonsskrivet sendes ut av personell som normalt og lovlig har tilgang til pasientjournalene sender ut forespørlene om prosjektdeltakelse på vegne av prosjektleder. På denne måten legges det opp til en fremgangsmåte som er i tråd med gjeldende regelverk på området.

**Vedrørende informasjonsskrivet:**

Komiteen anbefaler at informasjonsskrivet revideres språklig med fokus på setningsoppbygning.

Prosjektet skal sende sluttmelding, se helseforskningsloven § 12, senest 31.06.2011.

**Vedtak:**

**Prosjektet godkjennes under forutsetning av at merknaden som er anført ovenfor blir innarbeidet før prosjektet settes i gang.**

Vedtaket var enstemmig

Komiteenes vedtak etter Forskningsetikklovens § 4 kan påklages (jfr. forvaltningsloven § 28) til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. Klagen skal sendes REK Sør-Øst D (jfr. forvaltningsloven § 32). Klagefristen er tre uker fra den dagen du mottar dette brevet (jfr. forvaltningsloven § 29).

REK har gått over til elektronisk saksbehandling og fått ny saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no>. Vi ber om at svar på merknader og henvendelser til REK sendes inn via denne portalen eller på epost: [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no). Vennligst oppgi REKs saksnummer.

Med vennlig hilsen

Stein A. Evensen (sign.)  
Professor dr.med.  
leder

Ingrid Middelthon (sign.)  
komitésekretær

*Brevet er godkjent elektronisk*



## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### *”Erferinger med billedterapi i forbindelse med langvarige smertetilstander”*

#### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er en forespørsel til deg om å være med i en studie der hensikten er å undersøke betydningen av erfaringer fra pasienter med langvarige smerter som har deltatt i billedterapi. Smerteklinikken, OUS-Aker har gitt tillatelse til å forespørre tidligere deltakere i billedterapi. Studien er en mastergradsstudie ved Universitetet i Oslo, Institutt for helsefag og sykepleiervitenskap, ved Tone E. B. Johannessen.

#### **Hva innebærer studien?**

Blir du med i studien vil du bli intervjuet av meg om dine erfaringer og opplevelser fra billedterapi, og den betydning billedterapi har hatt for deg i ettertid. Intervjuet vil vare inntil 90 minutter. Det er ingen riktige eller gale svar på spørsmålene i intervjuet. Du bestemmer selv hvor mye du vil fortelle om det du spørres om. Intervjuet tas opp på bånd for at det ikke skal oppstå avbrudd på grunn av notater underveis og for å lette det videre arbeide med materialet.

#### **Mulige fordeler og ulemper**

Det er ingen direkte risiko forbundet med å delta i studien. Du vil kanskje synes det er litt slitsomt å bli intervjuet for å dele egne erfaringer om et krevende tema. Du vil ikke selv ha noen spesielle fordeler av deltakelse i studien. Din erfaring kan imidlertid øke bevissthets- og kunnskapsnivået om behandling av pasienter med langvarige smerter, og på sikt være med å utvikle behandlingstilbudet til smertepasienter.

**Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg er villig til å delta i studien

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Tlf

-----

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----  
(Signert, rolle i studien, dato)



Intervjuguide til semistrukturert intervju

### **Erfaringer med billedterapi i forbindelse med langvarige smertetilstander**

#### **Introduksjon til intervjuet:**

Takke for villighet til å delta i intervju til denne studien.

#### **Informasjon før intervjuet:**

1. Intervjuets hensikt: Å få kunnskap om respondentenes opplevelser og erfaringer knyttet til tidligere erfart ekspressivitet i billedterapigruppen nå to år etter at gruppedeltakelsen ble avsluttet. Og betydningen det har hatt og eventuelt har. Det finnes ikke riktige eller gale svar på spørsmålene. I størst mulig grad få informanten til å slappe av.
2. Informanten velger selv hvor mye vedkommende ønsker å fortelle.
3. Relasjonen til billedterapeuten ikke skal være i fokus under intervjuet.
4. Intervjuet tas opp på lydbånd for å hindre forsinkelser med notater.
5. All informasjon fra intervjuet skal avpersonifiseres under transkribering.
6. Det er mulig å avbryte intervjuet om informanten blir for sliten, eller ikke ønsker å delta videre.

#### **Etter intervjuet: - debriefing**

7. Spørre om informanten har noe å spørre om umiddelbart?
8. Minne om at ved spørsmål som kommer opp i etterkant av intervjuet, kan informanten ta kontakt med intervjuer eller veileder på studien.
9. Informanten tilbys å lese igjennom avskriften av intervjuet, og har videre anledning til korrigere eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Lydbåndene blir slettet når mastergradsoppgaven er ferdig sensurert, og senest i desember 2010.

#### **Forskningsspørsmål**

**Hvilken betydning har opplevelsene og erfaringene med ekspressivitet i billedterapi, hatt for deltakerne i ettertid?**

**Forklaring:** Ekspressivitet i betydning både å skape bilder og verbalt uttrykke/ reflektere over billeduttrykkene.

## **Intervjuspørsmål**

### **Innledende:**

Du deltok i billedterapi for pasienter med langvarige smerter for to år siden. Du evaluerte etterpå hvordan du syntes det hadde vært. Det har gått to år nå og du har levd ditt liv med alt det innebærer. Jeg ønsker å forstå verden fra ditt ståsted, her og nå. Jeg vil vite det du vet om å leve med smerter i dag, på din måte. Jeg ønsker å forstå betydningen av dine erfaringer fra deltakelse i billedterapi, sett i ettertid. Jeg ønsker å være i ditt sted, føle det du føler om det, og forklare erfaringene slik du forklarer det. Vil du være læreren min og hjelpe meg med det?

### **Tema: Smerter**

Smertene tok mye av din oppmerksomhet for to år siden. Smertene dominerte livet ditt i mer eller mindre grad.

**Vil du fortelle litt om hvordan du hadde det da, og hvordan du har det nå i din verden?**

**Hvordan er det med smerter, hva gir smertelindring nå?**

**Hva betyr smerter for deg i ditt liv dag?**

Hvordan er en dag for deg nå?

Hva kan du gjøre?

Hvordan er det sosialt livet ditt, med familie og evt. venner nå?

Er det noe du ikke kan gjøre som du ønsker å gjøre?

### **Tema: Billedterapi**

**Har det betydd noe for deg å ha deltatt i et organisert opplegg som billedterapi var?**

**Hva husker du?**

**Er det noe du husker spesielt?**

Billedterapien bestod i å skape billeduttrykk etter en gitt oppgave og samtale om prosess og produkt etterpå. Jeg ønsker å få mer kjennskap til de erfaringene du gjorde deg?

Er det episode(r) du spesielt husker?

En situasjon, et tema, en tegning eller et bilde, eller.. ?

**Oppdaget du noe ved deg selv? I forhold til smertene?**

**Hvilke erfaringer gjorde du?**

Er det erfaringer som har betydd noe for deg i ettertid?

Var det noe du erfarte som var viktig for deg i din situasjon?

**Hva legger du vekt på i dag?**

**Hvordan var det å ta i bruk formingsmateriale og lage forbindelse til en opplevelse, en tanke eller følelse i et bilde du selv lagde?**

**Tema: Å bruke materialer for å uttrykke ...**

**Kan du fortelle litt om de ulike uttrykkene du fikk anledning til å bli kjent med?**

- **Farger;** mange farger, en farge, mørke-, lyse-, kontraster, nyanser
- **streker;** tykke, tynne, kantete, runde, symbol, regelmessig, ikke mønster, orden, kaos
- **Bevegelser;** store bevegelser, middels bevegelser og små bevegelser
- **papir i forskjellige kvaliteter til tegning, maling, klipping av kartong, collage av blader og aviser**
- **Malepensler, stifter, blyant, kullstift, maling**
- **Til å lage uttrykk; figurative, non figurative i forbindelse med følelser og opplevelser**

**Tema: Å få oppgaver**

**Hvordan var det å få en konkret oppgave?**

**Et uttrykk for smerte?**

Hva erfarte du da du gav deg i kast med en oppgave?

Er det et tema du husker og som du utformet i et bilde?

Hva erfarte du da du fikk i oppgave å knytte et tema til en konkret opplevelse, eller en fantasi?

Ved avslutning i billedterapi stilte alle ut bildene sine og alle fikk i oppgave å velge et bilde som var spesielt viktig for egen del. Husker du det?

Er det viktig for deg nå?

**Tema: Følelser og opplevelser**

Bildene dine skapte du selv. En av de første oppgavene var å lage et følelsesregister.

Alle deltakerne fikk samme korte tid til hvert følelsesuttrykk.

Alle valgte en farge og lagde et uttrykk for hver oppgitte "følelse": en strek, tykk, tynn, kort lang, buet, hakkete, et symbol eller nonfigurativt. Det var både positive og negative følelser i oppgaven. Følelse av: Sorg, tristhet, ensomhet, frykt, glede, kjærlighet, kreativitet, omsorg

**Hva kan du huske av det nå?**

**Hva erfarte du ved å se en følelse i et symbol eller i et uttrykk du selv hadde lagd?**

**Hva erfarte du da du koplede farge til en følelse?**

**Det å sortere følelsesuttrykk og snakke om følelser, har det betydd noe i ettertid?**

**Har du tenkt på det følelsesregisteret i ettertid?**

Hva erfarte du ved at du etterpå ved å knytte følelser til opplevelser?

Å knytte følelseskontraster til opplevelseskontraster?

Å knytte følelsesnyanser til opplevelsesnyanser?

**Tema: Sette ord på det du så i eget bilde**

Etter alle kreative oppgaver, var det samtale om bildeuttrykkene som hadde blitt laget.

Fokuset var å se på eget bilde på avstand og fortelle det en så i bildet. Det var helt frivillig, men alle som ønsket det, fikk anledning. Du fortalte om egne billeduttrykk.

**Kan du huske hvordan det var å snakke om et eget visuelt uttrykk?**

Kan du huske et bilde du reflekterte høyt om?

Hva erfarte du ved å snakke om noe som var ditt og personlig?

**Tema: La andre ta del i eget visuelt uttrykk**

**Hvordan var det å la andre ta del i ditt eget bilde?**

Å reflektere med ord over noe som var personlig, hvordan var det?

Du valgte å fortelle om en egen opplevelse?

**Husker du hva det gjorde med deg?**

**Hva har denne erfaringen gjort med deg i ettertid?**

**Hvordan var det å dele ditt bilde av smerten slik du opplevde det, med andre?**

Å knytte ord til eget bilde om smerter, hvordan var det?

Noe du oppdaget /erfarte, og som har betydd noe i ettertid?

**TEMA: Endring**

Det har gått 2-3 år siden du deltok i billedterapi. **Felles for alle deltakere da var at alle hadde erfaringer med å leve med smerter, og alle hadde det krevende hver på sin måte. Du hadde det kanskje på en annen måte da enn du har det nå?**

Klare du å beskrive litt om hvordan livet ditt var da og slik du har det er nå?

Det er ikke meningen å huske alt mulig.

Jeg ønsker bare å få vite om du har det på samme måte i livet dit nå eller om det er litt annerledes?

Er det skjedd en utvikling ift noe i livet ditt?

Hva består utviklingen i? Hva har utviklet seg? I positiv retning/ mindre positiv retning? Smertene mer eller mindre dominerende?

Utvikling ift aktivitet/ det sosiale?

Er noe annerledes? Hva er annerledes?

**Hvordan vil du beskrive det som er annerledes?**

Har det skjedd noen endring i livet ditt slik du levde det, i.f.t. hvordan du lever det nå?

**Er det noe endringer i det daglige livet ditt? Ingen endring/ litt kanskje/ stor endring?**

Er det noe som er nytt i din verden?

Hva består det nye i? Hva erfarer du er nytt nå?

Nytt ift velvære/ smerter, aktivitet, det sosiale, interesser?

Tenker du som før? Er som før ovenfor deg selv?

Er du som før overfor andre?

Gjør du det samme som før?

Hva innebærer endringen i livet?

**Tema: Energi – vitalitet**

**Hva går de kreftene du har /den energi du har, men til?**

Hva gir du oppmerksomhet i livet ditt nå? Hva bruker du tid og krefter på?

Er livet med smerter forutsigbart?

**Er det mye du egentlig må gjøre som du ikke får gjort?**

**Får du gjort ting du ønsker å bruke tiden din på?**

**Hva er viktig i din livsverden nå?**

Noe som er hyggelig/positivt/godt/gir innhold/gir glede er det noe som er verdifullt for deg?

Kan du planlegge å gjøre noe du ser for deg og som du ønsker å gjøre?

**Hva tenker du videre/om fremtiden, det å leve med smertene dine?**