

Anette Ødegård

Sorg, sinne, skam og fortvilelse; en anerkjennelse av depressiv lidelse.

Fortellinger om hvordan akupunkturbehandling har vært til hjelp og nytte i møte med depressive lidelser.



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helsevitenskap
Institutt for klinisk helsearbeid, psykisk helsearbeid
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2018 Anette Ødegård

Sammendrag

Bakgrunn:

Studien gjennomføres som en del av masterstudiet i klinisk helsearbeid, psykisk helsearbeid ved Universitetet i Sørøst – Norge. I denne studien ønsker jeg å undersøke nærmere hvordan akupunkturbehandling kan være til hjelp og nytte for mennesker med depressive lidelser. Depresjon er en av de ledende årsaker til «burden of disease» i verden, mer enn 300 millioner mennesker over hele verden lider av depresjon. Depresjon er en stor årsak til den samlede globale sykdomsbyrden. Færre enn halvparten av de som er rammet i verden mottar behandling. Utfordringer i møte med behandling påvirkes av mangel på ressurser, mangel på et helhetlig tilbud samt sosial stigma forbundet med psykiske lidelser. Det krever derfor mer kunnskap og forståelse. Utgangspunktet for mitt valg av tema bygger på min forforståelse som praktiserende terapeut innenfor kinesisk medisin. Min forståelse er at flere alternative behandlingsmetoder kan være til hjelpe og nytte for mennesker som strever med depressive symptomer. Jeg ønsker derfor å lære mer om hvordan mennesker med depressive lidelser opplever at akupunkturbehandling kan være til hjelp og nytte.

Hensikt:

Studiens hensikt er å få bedre innsikt i hvordan mennesker med depressive symptomer opplever at akupunkturbehandling kan være til hjelp og nytte.

Teoretisk referanseramme:

Studiens teoretiske referanseramme bygger på depresjon, kinesisk medisin, akupunktur, anerkjennelse, recovery, salutogenese og kroppsfenomenologi.

Design og metode:

Studien har et kvalitativt, beskrivende og eksplorerende design basert på en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Åpne, dybdeintervjuer, her narrativer, ble valgt for innsamling av data. En narrativ analyse basert på Polkinghorne (1995) og Kvale & Brinkmann (2017) ble brukt til å analysere dataene.

Funn:

Studiens funn peker på at anerkjennelse av informantenes opplevelser og livserfaringer kan være en viktig faktor for en bedringsprosess. Informantene vektlegger betydningen av å bli sett i sin helhet, både kroppslig og psykisk. Dette innebærer en omlegging fra den medisinske modellen sin dikotomi, hvor det er et skille mellom kropp og psyke, til en mer helhetlig og holistisk forståelse av ulike lidelser. Informantene påpeker at den vestlig medisinske modellen fortsatt har en oppfatning om at kroppen og sinnet er delt. Kroppens fenomenologi er et funn da begge informantene uttrykker at de er syke i kroppen sin. De kroppslige uttrykkene er vanskelig å sette ord på, men funn viser at depresjonen og de kroppslige uttrykkene er uttrykk for innestengte følelser.

Akupunktøren er til hjelp og nytte gjennom å anerkjenne følelsene. Det oppleves som at nålene fremprovoserer følelsene hvorpå akupunktøren anerkjenner deres opplevelser.

Basert på funnene i denne studien ser det ut til at bedringen skjer i en anerkjennelsekontekst som gjør det mulig for informantene å utforske egne livserfaringer. Studien indikerer at opplevelse av en større mening i livet samt sosiale ressurser og anerkjennelse setter stresset og lidelsene i en opplevelse av sammenheng. Dette nærer en bedringsprosess. Funn peker på at begge informantene lettere kunne komme seg når de ble møtt i sine totale livssituasjon. Akupunktøren er en ressurs som hjelper de med å bearbeide ulike fysiske og emosjonelle utfordringer. I lys av problemstillingen har begge informantene opplevd akupunktur som en nyttig behandling. Funn fra analysen resulterer i tre kategorier. Anerkjennelse i et recoveryperspektiv, meningen med livet og kroppens fenomenologi.

Resultat:

Anerkjennelse av egne livserfaringer kan virke som en av de viktigste faktorene i en bedringsprosess. Personer med depressive lidelser vil ha nytte av å få kontakt med sine følelser gjennom en anerkjennelse. Vi er i recovery hele tiden og slik studien fremtrer, så vil en bedringsprosess handle om hvordan vi mestrer livene våre. Akupunktur blir en resurs i et recoveryperspektiv. En sosial støtte som anerkjenner følelser gjennom et terapeutisk forhold. I tillegg stimulerer akupunktøren de fysiske organene gjennom energien kalt qi. Denne energien kan hjelpe mennesker til å uttrykke følelser og derav oppleve en bedringsprosess. På den måten vil akupunkturbehandling være til hjelp og nytte.

Dette fordi hvert menneske får økt kunnskap om sine livserfaringer, sine emosjoner samt hvordan kroppslige erfaringer kan etablere seg og føre til stagnasjon, både fysisk og psykisk. Det er derfor viktig at helsepersonell anerkjenner menneskers ulike livserfaringer i møte med depressive lidelser, slik at flere mennesker kan få hjelp til sin bedringsprosess. Funnene støtter akupunktur som et egnet behandlingsalternativ for depressive lidelser. Likevel er det behov for flere studier.

Nøkkelord:

Depresjon, akupunktur, recovery, anerkjennelse, kroppens fenomenologi, meningen med livet, hermeneutikk, levde erfaringer og livsverden.

Abstract

Background:

This thesis is written as a part of my Master`s degree in mental health, study of clinical health, faculty of Health sciences at Sørøst – Norge University College. Depression is a common and serious mental disorder that affects how we feel, the way we think and how we act. Depressive disorders can affect us all, and globally more than 300 million people suffer from depression. Depression is therefore the leading cause of disability worldwide and is a major contributor to the overall global burden of disease. It may be challenging to help people with depressive disorder and fewer than half of those who is affected in the world receive treatment. Barriers to effective care include a lack of resources, lack of trained health-care providers, and social stigma associated with mental disorders. It requires more knowledge and understanding. The basis for my choice of subject is rooted in my understanding of practice where I meet people who are struggling with depression. I meet people from a Traditional Chinese Medical perspective; here acupuncture. My understanding is that several alternative treatment methods may help and benefit people who are struggling with depression. I wish to learn more about how people experience acupuncture treatment to be helpful and useful in terms of depressive disorders.

Purpose:

The aim of this study is to illuminate and understand the experiences of acupuncture treatment for people with depressive disorders. The purpose is to learn more about how acupuncture can be helpful and useful as a treatment for depressive disorders.

Theoretical framework:

The study is based on theories about depression, acupuncture, Traditional Chinese Medicine, recovery, acknowledge, meaning of life and the phenomenology of perception.

Design and method:

The study has a qualitative, descriptive and explorative design based on a phenomenological- hermeneutic approach. Open-ended, in depth-interviews was chosen for collecting data. A narrativ analyse based on Polkinghorne (1995) and Kvale & Brinkmann (2017) was used to analyse the data.

Results:

This study suggest that acknowledge of people`s life experiences may be an important aspect in getting better. The informants point out the importance of seeing the whole body and psyche. This involves a reorientation from the medical model to a more inclusive and holistic one. It could be said that the professional mental health care still has a role as an expert in mental health in general and it is interpreted as there is still a perception that the body and the mind are divided. Both informants describe how their feelings express through their body. Whereupon they experience that acupuncture helps them to acknowledge both their feelings and their bodily expressions. Based on the findings in this study, it appears that recovery occurs in a acknowledge context that allows the people to explore and get in touch with their own life experiences. They need someone to be there and help them to find their own ability. Both of the informants have experienced acupuncture as a helpful and useful treatment. The analysis of the personal narratives results in three categories. Acknowledge in a recovery perspective, meaning of life and the phenomenology of perception.

Conclusion:

To acknowledge peoples life experiences may seem to be one of the most important aspects in a recovery process. People with depressive disorders will benefit from getting in touch with their feelings through acknowledge. We are all in recovery every day and the study reveals that recovery process is all about how we deal with our lives. Acupuncture can stimulate organ stagnation, the phenomenon of the body and acknowledge emotions; therefore be helpful and useful towards gaining more knowledge about our life experiences.

This will make us more prepared to deal with depressive symptoms and make it easier to express emotions. It is therefore important that health professionals acknowledge people's life experiences so that more people can get help to recover. The findings support acupuncture as a suitable treatment alternative for depressive disorders. Still; there is a need for more studies.

Keywords:

Depression, acupuncture, acknowledge, the phenomenon of the body, recovery, meaning of life, hermeneutic and lived experiences.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract.....	6
Innholdsfortegnelse	9
Forord	11
1 Introduksjon	14
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	14
1.2 Forankring og problemstilling	17
1.3 Begrepsavklaringer	18
1.4 Studiens oppbygging.....	20
2 Teoretisk referanseramme	21
2.1 Litteratursøk.....	21
2.2 Utvalgte tidligere forskningsartikler.....	21
2.3 Recovery.....	23
2.4 Anerkjennelse.....	24
2.5 Salutogenese.....	26
2.6 Kroppens fenmenolgi.....	26
3 Metode.....	28
3.1 Vitenskapsteoretisk forankring.....	28
3.2 Forforståelse.....	29
3.3 Forskningsdesign.....	30
3.3.1 Begrunnelse for valg av metode.....	30
3.3.2 Kvalitativt forskningsintervju.....	31
3.4 Utvalg og rekruttering.....	32
3.5 Intervjuguide.....	33
3.6 Gjennomføring av intervjuene.....	34
3.7 Analyse av data.....	36
3.7.1 Første del av analysen.....	36
3.7.2 Andre del av analysen.....	37
3.7.3 Tredje del av analysen.....	37
3.8 Validitet og reliabilitet i kvalitative studier.....	38
3.9 Forskningsetiske refleksjoner.....	40

4	Analyse/funn/resultat	41
4.1	Toril sin historie.....	41
4.2	Selvforståelseskonteksten, tolket ut ifra Toril sin historie.....	44
4.3	Forskerens kritiske forståelse.....	46
4.4	Maria sin historie.....	49
4.5	Selvforståelseskonteksten, tolket ut ifra Maria sin historie.....	53
4.6	Forskerens kritiske forståelse.....	55
4.7	Toril sin historie til et hovedplott.....	60
4.8	Maria sin historie til et hovedplott.....	61
5	Diskusjon	62
5.1	Anerkjennelse i et recoveryperspektiv.....	62
5.2	Betydningen av en større mening med livet.....	67
5.3	Kroppens fenomenologi i møte med depressive lidelser.....	70
5.4	Studiens begrensninger.....	75
5.5	Kliniske implikasjoner.....	76
6	Konklusjon.....	78
	Referanser/litteraturliste	79
	Vedlegg	82
	Vedlegg 1 Godkjenning fra NSD	
	Vedlegg 2 Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	
	Vedlegg 3 Søketabell	

Forord

En stor takk til Toril og Maria som delte sine svært personlige erfaringer med meg. Jeg er ydmyk for å kunne få ta del i deres livserfaringer. Den erfaringsbaserte kunnskapen dere formidler er av stor verdi for meg som forsker og hjelper. Jeg håper at studien kan belyse historiene deres godt, slik at deres opplevelser og erfaringer kan ha nytte også i et samfunnsperspektiv.

En like stor takk til min veileder Esther Ogundipe. Uten deg hadde jeg gått meg vill. Du har veiledet meg inn på rett vei hver gang jeg har vært ute på tur i det fri. Det er ikke så lett å forholde seg til alle kjørereglene når man er fersk i forskerrollen. Det hjelper heller ikke å ha et stort engasjement i forhold til temaet, da kan tankespinnnet lett ta overhånd, men du Esther har vært enestående. Ditt kritiske blikk samt tålmodighet til å møte meg i mitt tankespinn har fått meg igjennom denne prosessen med en stor nysgjerrighet på feltet. Jeg er deg evig takknemlig.

Jeg vil også takke Bengt Karlsson for inspirerende seminarer. Din kunnskap, måte å formidle på, berolige oss studenter på, samt berike oss med andre, nye perspektiver, det har vært enormt lærerikt. Du formidler på en så fin måte som vekker et stort engasjement. Takk for det.

Aller mest: takk til alle de menneskene jeg møter daglig i min praksis. Samtalene og erfaringene i møte med deres opplevelser har drevet meg til å søke denne reisen og studiet. Det har gitt meg en styrke og masse ny kunnskap til videre praksis fremover, Takk!

<Drammen, 15.05.2018>

<Anette Ødegård>

The real conspiracy we are participating in
is to stop saying what is wrong with psychiatric survivors
and start asking:

How do we create hope filled, humanized environments and relationships
in which people can grow

(Deegan, 1996, s. 2-3)

1 Introduksjon

Dette kapittelet presenterer bakgrunn for valg av tema og problemstilling. Studiens forankring i psykisk helsearbeid vil også belyses her, samt mål, problemstilling, forskningsspørsmål og begrepsavklaring.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

I denne studien ønsker jeg å undersøke nærmere hvordan akupunkturbehandling kan være til hjelp og nytte for mennesker med depressive lidelser. Depresjon er en av de ledende årsaker til «burden of disease» i verden (World Health Organization, 2017). Med «burden of disease» menes helseutfordringer i et samfunnsperspektiv hvorpå ulike sykdommer er rangert i forhold til dødelighet og funksjonshemming. Depresjon er rangert på fjerde plass over de ti lidelsene i verden som medfører størst tap av livskvalitet og leveår. Depresjon er derav en av de vanligste psykiske lidelsene og mer enn 300 millioner mennesker lever med depresjon, en økning på over 18 % siden 2005 (World Health Organization, 2017). Det å oppleve psykisk helse kan være både et personlig og et sosialt fenomen. Personlig kan det erfares både kroppslig og eksistensielt. Dette må igjen sees i sammenheng med konteksten personen står i; alt fra økonomi, arbeid, bosted, kultur, religion, familie, venner og andre fritidsaktiviteter (Karlsson & Borg, 2017). Behovet for å se helheten er understreket i verdens helseorganisasjon (WHO) sin definisjon av helse: «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity» (World Health Organization, 2006, s. 1).

WHO sin definisjon av helse og herav vektlegging av komplett velvære er et mål som kan være vanskelig å nå. Deres definisjon av god psykisk helse er en mulig bedre definisjon. Den påpeker at psykisk helse innebærer å kunne realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner, arbeide på en fruktbar måte og ha muligheter til å bidra overfor andre og i samfunnet (World Health Organization, 2017). Det er med andre ord ikke fravær av psykiske lidelser som er ensbetydende med god psykisk helse, men psykisk helse handler om, slik jeg ser det i lys av studien, hvorvidt en person klarer å bruke sine kognitive og emosjonelle ferdigheter til å fungere i samfunnet og møte hverdagslige krav.

WHO sin definisjon av god psykisk helse samsvarer med mine egne personlige erfaringer i praksis. Som sykepleier og praktiserende terapeut innen tradisjonell kinesisk medisin (TKM) ønsker jeg å forstå mennesker med depressive lidelser og deres opplevelse av hjelp og nytte i møte med akupunkturbehandling. Jeg erfarer at de som oppsøker akupunktur ofte har forsøkt ulike behandlingstilbud i møte med helsevesenet, men mangler opplevelse av bedring. Jeg undrer meg over hvorvidt den enkelte har blitt møtt som subjekt og ikke utelukkende som en diagnose. Jeg erfarer også tiltak i den medisinske modellen som forsøker å motvirke en dikotomi mellom del og helhet, altså kropp og psyke, men oftest møter jeg mennesker som forklarer at de har blitt møtt med ulik forståelse av deres sammensatte symptomer. En årsak til dette kan være at den psykiatriske modellen hviler på den medisinske modellen, noe som nettopp betyr at for hver psykiatriske diagnose så finnes det en medisinsk behandling knyttet til den spesifikke diagnosen. Kritikken av diagnosesystemet består i at det er en for enkel og smal forståelse av pasientenes liv (Hummelvoll, 2012). Den nyeste rapporten fra FN's høykommissær underbygger denne påstanden gjennom å si at det diagnostiske verktøy, for eksempel international klassifisering av sykdommer, har vist seg å være et verktøy uten solid vitenskapelig grunnlag (United Nations, 2017). Kritikere advarer om at overbruk av diagnostiske kategorier rammer menneskers erfaring på en måte som kan føre til en smalere aksept av det menneskelig mangfold (United Nations, 2017). Karlsson & Borg (2013) påpeker at ulike fenomener som spiller inn på vår helse er knyttet til om vi har et sted å bo, jobb, god økonomi, venner, familie, naboer og fritidsaktiviteter. Samt at vår psykiske helse bør sees i sammenheng med kultur, etnisitet, klasse, kjønn, seksuell identifikasjon og religion. Vår psykiske helse avhenger derfor av hvor i livsløpet vi befinner oss. Grunnleggende antakelser om at det er fagfolk sitt syn på hva som hjelper, og hvordan hjelpen skal ytes, har lenge vært det bestemmende. Diagnosen kommer foran personen, skriver Hummelvoll (2012). Dette synet skaper en overdimensjonert tro på at atferd kan objektiveres til en diagnose og at avvikende atferd forstås som sykdomsprosesser uavhengig av livsforhold. Min erfaring er at bedring kan skje i det små for noen, mens for andre i det store. For å motvirke negative virkninger av den medisinske- psykiatriske modellen er det derfor viktig at hjelperen ikke ser symptomer som indikatorer på sykdom, men heller som løsningsstrategier (Hummelvoll, 2012).

Min erfaring i praksis er at akupunktur kan møte den enkelte i sin opplevelse og beskrivelser nettopp ved at den hjelpetrengende kan komme uten diagnoser. Akupunktøren må åpne opp for det subjektive og individuelle i ethvert nytt møte med mennesker. Det at et menneske kan få være et subjekt, åpner igjen for selv å ta valg og la seg engasjere i sin eksistens og bedringsprosess (Martinsen, 2012).

Koblingen til kinesisk medisin; her akupunkturbehandling, som et alternativ til - eller supplement til «vår» medisinske modell er spennende. Det både utvider og utfordrer. Den annerledesheten som ligger i bunn skaper en urobasert tilnærming til egen praksis, erfarer jeg. I en urobasert tilnærming legger jeg et kroppslig og følelsesmessig grunnlag. Et «ubehag» som både kan være et utgangspunkt for pasienten til å beskrive og formidle, samt et utgangspunkt for meg som terapeut til å bli berørt og beveget til å ta opp noe (Seikkula & Arnkil, 2013). Dette er i tråd med en fenomenologisk-hermeneutisk filosofi der bevissthet og opplevelse skaper essensen og danner virkeligheten. «Den virkelige virkeligheten er den ethvert menneske oppfatter» (Kvale & Brinkmann, s 45, 2017).

I October 2016 lanserte WHO en ettårig kampanje med navnet: «Depression: let's talk,» Målet med kampanjen er at flere mennesker i hele verden både oppsøker og får hjelp. Mild til moderat depresjon utgjør det store flertallet av deprimerte pasienter i primærhelsetjenesten. Helsedirektoratets retningslinjer påpeker at behandleren, for eksempel legen, først skal tilby rådgivning og psykologiske tiltak som hjelp til problemløsning og stresshåndtering (Helsedirektoratet, 2009). Ved alvorlig depresjon er det ofte behov for medikamentell behandling med antidepressive og eller profesjonell samtale terapi, understreker WHO (2017). Opplysning og behandling av depressive symptomer er på bakgrunn av dette et av satsningsområdene til WHO (2017). Denne studiens folkehelsemessige relevans er nettopp knyttet opp til å løfte frem og spre komplementerende kunnskap, noe som kan bidra til større åpenhet og hjelp ovenfor depressive lidelser. Tidligere forskning (Ernst et al, 1998, Smith et al, 2010, MacPerson et al, 2013 & Hopton et al, 2014) peker på at det er behov for å undersøke nærmere effekten av akupunktur for depressive lidelser. Derav er studien nyttig samt nyskapende. Nyskapende da det meste av tidligere forskning er basert på kvantitative data. Denne studien er en kvalitativ metode hvor formålet er å undersøke menneskers opplevelser.

I et humanistisk og eksistensielt menneskesyn, vil deltakernes fortellinger være til nytte da hvert menneske møtes i sin livsverden og for den enkelte kan det generere positiv opplevelse og ny innsikt i sin livssituasjon. I et samfunnsperspektiv vil disse personlige historiene om hva som har vært til hjelp og nytte, kunne bidra til økt kunnskap. Deltakerne vil være en stemme, noe som er viktig også på et systemnivå.

På denne bakgrunn, mine egne erfaringer innen TKM og tilgjengelig empiri, ønsker jeg å få frem en dypere forståelse av, og kunne gi utfyllende kunnskap om, hvordan deltakerne selv har erfart og opplevd sin bedringsprosess i møte med akupunkturbehandling mot depresjon.

1.2 Forankring og problemstilling

Denne studien er en masteroppgave i klinisk helsearbeid forankret i psykisk helsearbeid. Psykisk helsearbeid knyttes sammen med fysiske, sosiale og åndelige aspekter ved det å være menneske. Vi har alle en psykisk helse som er i samspill med våre livsbetingelser og omgivelser (Karlsson & Borg, 2017). Dette kan tematisere grunnleggende eksistensiell og menneskelige spørsmål. Det å arbeide med psykisk helse er derfor mangefasettert både i relasjoner til mennesker, til livsfaser, livsbetingelser og kulturer (Karlsson & Borg, 2017). Psykisk helsearbeid handler om å gi et helhetlig tilbud til hjelpetrequende på bakgrunn av et samarbeid mellom den som trenger hjelp og den som kan yte hjelp. Jeg støtter meg til Karlsson & Borg (2017) sitt ønske om forandring i psykisk helsearbeid gjennom at den som søker hjelp skal være den som er eksperten. Personen selv vet hva som skal forandres, hvordan og når, men trenger hjelp til å gjennomføre arbeidet, sier Karlsson & Borg (2017). Bedring kan opptre uten profesjonell hjelp da noe av det viktigste er å ha tilgang til folk som tror på deg og kan hjelpe deg gjennom bedringsprosessen (Karlsson & Borg, 2013). De henviser til Rolf Sundet som skriver at fagpersoner som oppleves som hjelpsomme er de som kan følge i stedet for å lede. Med dette som bakteppe, er målet med studien at jeg som fagutøver skal kunne få bedre innsikt i hva personer med depressive symptomer erfarer at har vært til hjelp og nytte i møtet med akupunkturbehandling.

Jeg ønsker å bli tryggere i min rolle som hjelper, men målet er at studien også kan være et bidrag til andre fagutøver som møter mennesker med depressive lidelser.

Som et resultat av dette har jeg formulert følgende problemstilling:

«Personer med depressive symptomer forteller: Hva slags hjelp og nytte har akupunktur bidratt med?»

Forskningsspørsmål:

De spørsmål studien forsøker å besvare er hvordan beskrives hjelp og nytte ved akupunkturbehandling?

1.3 Begrepsavklaringer

Definisjon av depresjon:

Kjernesymptomer ved depressive lidelser karakteriseres gjennom senket stemningsleie, nedtrykthet, tap av opplevelse av mening i tilværelsene, manglende interesse for andre mennesker og vanlige gjøremål samt tap av energi (World Health Organization, 2017). I tillegg kommer ofte svekket selvfølelse, selvbepreidelse og skyldfølelse (Helsedirektoratet, 2016).

Ordet depresjon kommer fra latin og betyr nedtrykking, forklarer Hummelvoll (2012). Nedtrykthet og sorg ligger som en mulig og nødvendig følelse hos alle mennesker og kan opptre som en del av livet. Så lenge vi lever i nærkontakt med andre mennesker og opplever nærhet og tilknytting vil man også være sårbar for å miste noe. Som følge av slike tap, vil man normalt oppleve sorg, smerte, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Evnen til å bearbeide slike opplevelser blir derfor viktig. Jeg har valgt Hummelvoll (2012) sin definisjon av depresjon nettopp fordi den underbygger behovet for å møte pasientene i deres opplevelse og beskrivelser. Hummelvoll (2012) peker på å etablere de nødvendige betingelsene for å fremme den enkeltes vekst og utvikling. Arbeidet må starte med personens opplevelse av seg selv.

Definisjon av akupunktur:

Akupunktur har en lang historie bak seg når det kommer til utvikling og bruk. Tradisjonell kinesisk medisin (TKM) er et medisinsk system som omfatter flere behandlingsmetoder; her blant annet akupunktur. TKM ble utviklet i Kina på 1950-tallet og er en modernisert versjon av Kinesisk medisin (KM) som er et gammelt teoretisk fundament som bygger på taoistisk filosofi. I teorigrunnlaget finner vi nøkkelbegreper som: qi, meridianer, ying og yang (Nifab, 2015).

Hovedmålet med TKM er å få en energi kalt qi til å flyte uhindret i kroppen, noe som innen denne tradisjonen er ensbetydende med å være frisk og ved god helse. Qi beskrives som en kraft som oppstår fra samspillet mellom ying og yang. Ying og yang er to motsatte, men gjensidig avhengige krefter som hele tiden påvirker hverandre. Ying er mørke, kulde og passivitet. Yang er lys, varme og aktivitet. I følge teorien sirkulerer qi i kroppen gjennom ulike kanaler kalt meridianer. Disse er nært knyttet til de ulike organene og systemene våre. Hver meridian er knyttet til et bestemt organsystem, som f.eks sirkulasjon. Denne energien som qi beskrives å være er derfor nært knyttet til kroppens livsprosesser og derav beskyttelse mot sykdom i de ulike organene. Qi i ubalanse kan derav igjen skape uhelse, både fysisk og psykisk. Det er i ulike punkter langs meridianene utøverne hevder det er mulig å manipulere qi og påvirke balansen i kroppen (Nifab, 2015). I følge Maciocia (2009) har all depresjon sitt utgangspunkt i en leverstagnasjon. Rossi (2007) mener det er en nær sammenheng mellom emosjoner og leverstagnasjon, da følelser kan stoppe flyten av qi i leveren. Akupunktur, slik jeg erfarer det, og på bakgrunn av denne taoistiske filosofien vil derav kunne være en alternativ behandlingsmulighet ved depresjon. Dette gjennom å stimulere energien kalt qi. Akupunktur vil også forsøke å fremme pasientens livssituasjon gjennom fokus på ying og yang. Dette gjennom at terapeuten er lyttende til pasientens totale opplevelse av sin livssituasjon og derav åpner opp for det subjektive og individuelle i ethvert møte. Dette fordi TKM mener at emosjonelle bevegelser påvirker funksjonene og samspillet mellom organene våre, slik at emosjoner og våre reaksjoner må tolkes helhetlig og ikke separeres fra kroppen vår (Rossi, 2007).

1.4 Studiens oppbygging

Denne oppgaven består ut av 6 kapitler:

Kapittel 1 består av beskrivelse av studien. Problemstilling og forskningsspørsmål blir belyst.

Kapittel 2 presenterer den teoretiske referanserammen knyttet opp imot problemstillingen.

Kapittel 3 redegjør for studiens vitenskapelige forankring, hvor studiens design og metode blir presentert. Avslutningsvis blir det redegjort for forskningsetiske overveielser.

Kapittel 4 presenterer studiens funn og resultat gjennom to ulike gjenfortellinger samt tolkning av disse gjenfortellingene.

Kapittel 5 presenterer diskusjonen i lys av funn og den teoretiske referanserammen. Samt påpeker studiens begrensninger og kliniske implikasjoner.

Kapittel 6 oppsummere studien i lys av forskningsspørsmål og problemstilling.

2 Teoretisk referanseramme

Dette kapittelet vil presentere litteratursøk samt aktuell teori og empiri knyttet til problemstillingen og forskningsspørsmålet.

2.1. Litteratursøk

Følgende databaser ble brukt til å gjøre søk: Chinal, Cochrane, Amed og PhysycInfo. Disse er brukt da de gir god oversikt over studier gjort på alternativ medisin samt at de gir omfattende referanser innen sykepleie og tverrfaglige studier. Helsebiblioteket og Google Scholar ble også brukt. Søkene ble startet i januar 2017, da prosjektbeskrivelsen og utførelsen av problemstilling og forskningsspørsmål ble forankret. Søkene vedvarte til april 2018. Dette på bakgrunn av at funn og analyse ble slutført i april 2018. Søkeordene som ble brukt var «acupuncture,» «depression» og «life experience». Inklusjonskriteriene i søket var mild til moderat depresjon og menneskers opplevelse av akupunktur i møte med sin depresjon. Eksklusjonskriteriene var studier som forklarte effekten av akupunktur i møte med andre fysiske eller psykiske problemer. Dette fordi det ikke er relevant for studien. Alvorlig depresjon ble også ekskludert samt depresjon hos gravide i møte med akupunkturbehandlingen. Jeg valgte å se igjennom de fleste artiklene jeg fikk treff på ved kombinasjon av «acupuncture» og «depression» nettopp fordi utvalget var lite. Når jeg i tillegg kombinerte «life experience» ble treffene kortet ned til 6 artikler totalt. De fleste tidligere studier er basert på kvantitative studier. Jeg valgte å bruke «life experience» fordi de fleste tidligere artikler er basert på kvantitative studier, men ønsket å få treff på studier basert på kvalitativ metode. Vedlegg 3 gir et utdrag av antall funn.

2.2 Utvalgte tidligere forskningsartikler angående depresjon i møte med akupunkturbehandling.

Artikkelen til Hopton, Eldred & MacPherson (2014) undersøkte 52 deltakere og deres egne opplevelser av sine depressive symptomer i møte med akupunkturbehandling.

Artikkelen påpeker pasienters opplevelse av depresjon under ulike behandlingsformer.

Her: rådgivning satt opp imot akupunkturbehandling.

Målet var å se på hvilke elementer som bidro til langtidseffekt. Begge gruppene kunne rapportere om behandlingseffekt. Hovedkonklusjonen var at etablering av et terapeutisk forhold, samt pasientenes aktive engasjement i selve behandlingen, var de viktigste faktorene for bedring. Dette fordi pasientene ble deltakende i sin egen bedringsprosess.

Oversiktsartikkelen til Smith, Hay & MacPherson (2010) viser at det er en generell interesse fra samfunnet angående bruk av selvhjelp og komplementære terapier for depresjon. På bakgrunn av dette ønsker artikkelen å belyse hvilken effekt akupunktur kan ha i behandling av depresjon. Artikkelen inneholder data fra 30 randomiserte og kontrollerte (RCT) studier hvorpå 2 812 deltakere ble inkludert. To studier fant at akupunktur hadde effekt på depresjon når det i tillegg ble brukt antidepressive medisiner. Artikkelen konkluderer med at det er utilstrekkelige evidens for vedvarende gunstig effekt av akupunkturbehandling for depresjon. Dette fordi det er høy risiko for bias, altså en forventning om effekt, i studien.

Oversiktsartikkelen til Ernst, Rand & Stevinson (1998) setter også, i likhet med artikkelen fra 2010, søkelyset på hvordan komplementære terapier, enten via behandling og eller forebygging, kan bidra til en opplevelse av helhet for pasienten. Dette gjennom å tilfredsstille en etterspørsel som ikke oppfylles gjennom rammebetingelsene i tradisjonell medisin. Det var ingen enkle, samstemte, svar som kunne identifiseres som årsak til bruken av alternativ terapi. Motivasjonene varierer avhengig av hvilken pasientgruppe man spør. Generelt sett velger pasientene alternativ behandling fordi de ønsker at ingenting skal være uprøvd samt at de søker etter behandlinger som er uten rapporterte negative bivirkninger. En annen viktig årsak, forklarer artikkelen, er at komplementære og alternative behandlinger blir sett på som mindre autoritære og gir pasienten mer kontroll.

I artikkelen til MacPerson et al (2013) vises god hjelp og nytte av akupunkturbehandling satt opp imot rådgivning og vanlig psykologisk hjelp gjennom de første 3 månedene av behandlingen. Studien baseres på en kvantitativ metode hvorpå 755 pasienter med depressiv lidelse deltok.

En kritikk til artiklene er at de er lite generaliserbare nettopp på bakgrunn av for få studier. Det er utilstrekkelig bevis til å konkludere med at akupunkturbehandling er en effektiv behandling i møte med depressive symptomer. Likevel viser alle studiene til funn som legitimerer videre forskning i feltet.

2.3 Recovery

Recovery knyttes til personens egne kunnskaper og erfaringer med hva som faktisk hjelper (Karlsson & Borg, 2013). I recovery settes personen i sentrum som et helt menneske med sine styrker og svakheter og ethvert møte handler om realitetsinnsikt i stedet for sykdomsinnsikt (Karlsson et al, 2013). Det dreier seg derfor om å finne frem til «hvor man er» og hvilke omgivelser som kan støtte bedringsprosessen. Dette fordi de sosiale og materielle betingelsene kan fremme eller hindre personens bedringsprosess (Karlsson & Borg, 2013). Forståelsen av recovery har vært mangesidig opp igjennom. Recovery beskrives som en tilnærming, en modell, et erfaringsbasert kunnskapsfelt, en filosofi, et paradigme, en bevegelse, en visjon og blant skeptikere en myte (Karlsson & Borg, 2013). En kritikk mot teorien er at recovery kan være vanskelig å implementere i hverdagen. Karlsson & Borg (2017) presiserer at recovery ikke skal eller kan implementeres, men heller utvikles i samarbeid mellom de personene det angår. Recovery skal slik sett være et ståsted når humane og sosiale praksiser skal utvikles. Min forståelse av recovery er at vi alle sammen er i recovery hele tiden. Recovery handler derfor om hvordan vi mestrer livene våre. Opplevelse av bedring er personlig og for noen kan det bety små endringene, mens for andre er opplevelse av bedring i de store endringene.

Det unike med recovery er at det er en kunnskap som er utviklet gjennom personers levde erfaringer med psykisk uhelse og bedring. Kontekstuelle forhold og rettighetsperspektiver har blitt mer og mer sentrale for recoveryperspektivet. Ingen skal gis merkelappen «så kronisk psykisk syk» at personen ikke skal kunne leve et selvstendig, verdig og meningsfylt liv i sitt lokalmiljø. Det bygger på en grunnleggende holdning om at vi alle er en del av den samme menneskeheten.

Fra et recovery perspektiv så eksisterer det ingen spesifikke årsaksfaktorer som gir psykisk lidelse, men man er opptatt av miljøfaktorer som kan være avgjørende for hvorvidt psykisk lidelse utvikles eller opprettholdes og hvordan de gjelder inn i forhold til bedring. Dette understøtter mine erfaringer i praksis. Eksempelvis i min praksis så kan jeg ikke ha som mål at den medisinske evidensen skal stemme overens med de symptomene pasientene kommer med; for mellom teori og klinisk praksis finner jeg viktigheten i selve relasjonen. Karlsson & Borg (2017) viderefører recoverybegrepet gjennom å si at alt liv er relasjonelt. De påpeker at sinnet vårt formes av alle relasjonene vi lever i her og nå, men også de relasjonene vi har hatt igjennom livet. Mennesker utvikler seg og dets sinn i møte med den andre. Det er med andre ord gjennom kontekstuelle forhold at vi kan tenke og formidle våre erfaringer. Sosial støtte blir derfor en viktig forutsetning for at mennesker som opplever lidelser i livet skal kunne komme seg, mestre og gjenvinne økt helse. Recovery er en personlig prosess og kan ofte omtales som bedringsprosesser (NAPHA, 2013). Helsedepartementets veileder, Sammen om mestring (Helsedirektoratet, 2014), påpeker at psykiske lidelser oppstår i en vekselvirkning mellom arv, miljø og personlige egenskaper, der evnen til å benytte seg av sosial støtte er en av egenskapene som spiller en større rolle. Veilederen forklarer sosial støtte gjennom: «empati og følelsesmessig støtte fra andre mennesker, men også praktisk hjelp og sosial kontroll» (Helsedirektoratet, 2014, s. 39). Å gi og få respons blir derfor avgjørende, forklarer Karlsson & Borg (2017). Dette fordi alle mennesker har en psykisk helse som er i konstant samspill med våre livsbetingelser og livskontekster. På bakgrunn av denne teorien, mener jeg at recovery blir svært sentral ved at akupunkturbehandlingen viser seg å være et samarbeid mellom akupunktøren og den hjelpetrengende. I lys av problemstillingen vil derav recovery kunne drøftes opp imot funn fra studien.

2.4 Anerkjennelse

Schibbye (2009) definerer selve begrepet anerkjennelse gjennom å lytte, forstå, akseptere, tolerere og bekrefte. Disse henger sammen og viser til hverandre, forteller hun, ved at lytting er en forutsetning for forståelse og forståelse er en forutsetning for aksept. Å lytte terapeutisk er komplekst og kan vanskelig beskrives med ord.

Hun forklarer det med at vår bevissthet i møte med andre mennesker farges av våre fordommer og hva som «kan komme» og påpeker derfor viktigheten av at terapeuten klarer å sette sine fordommer til side slik at inntrykkene i lyttingen får fri tilgang til vår bevissthet. For å klare det må vi sette egne behov, følelser og tanker til side for å radikalt åpne opp vår egen bevissthet. På den måten gir terapeuten pasienten plass, og det skapes rom for å oppdage og integrere følelser (Schibbye, 2009). Dette fordi lyttingen forteller den andre at hun er viktig, verdsatt og sannferdig. En gjennomgående ide i Schibbye (2009) sin psykoterapiforståelse er nemlig at pasienten trenger trygghet for å kunne utforske smertefulle følelser. Hun forklarer dette slik: «I en relasjon hvor terapeuten er emosjonelt tilgjengelig, blir det mulig for klienten å konfrontere smerte og angst, og på den måten endre utrygge tilknytningsmønstre» (Schibbye, 2009, s. 256).

Forståelse betyr at terapeuten må gå inn i den andre sin opplevelsesverden og kjenne på akkurat de samme følelsene som pasienten selv opplever. Hvis terapeuten klarer å vise denne forståelsen med undrende kommentarer eller spørsmål, og dette klaffer med pasientens opplevelse, så kan speilingen bidra til at den andre ser sin opplevelsesverden «utenfor» seg selv og lettere få et annet forhold til sine følelser. Videre forklarer Schibbye (2009) at aksept og toleranse i en relasjon er at terapeuten aksepterer den andres rett til sin følelse, tolererer den, og lar de følelsene som måtte komme være som de er. Slik jeg forstår det så er terapeutens oppgave å speile disse følelsene med varme, kjærlighet, aksept og toleranse, slik at den andre kan oppleve seg selv gjennom «nye» øyne og bearbeide sine opplevelser (Schibbye, 2009).

Bekreftelse forklarer Schibbye (2009) at inngår i måten vi lytter på. Altså i forståelsen og i de umiddelbare følelsene som speiles tilbake igjen. Opplever den hjelpetrengende at disse følelsene stemmer overens med sin opplevelse oppstår det en ekte bekreftelse av pasienten sin opplevelsesverden. Dette ved at terapeuten aksepterer den andre sin opplevelse uten å dømme den måten å se verden på. Schibbye (2009) mener derfor at anerkjennelse må ses på som en grunnleggende holdning, eller et ideal, som innebærer mange væremåter og derfor kan komme til uttrykk på forskjellige måter i forskjellige relasjoner.

I lys av problemstillingen vil anerkjennelse fra akupunktøren være sentral i studiens diskusjon, nettopp for å belyse hvordan deltakerne opplever å bli møtt i sin livsverden.

2.5 Salutogenese

Det salutogene perspektivet handler om å finne ressursene vi mennesker innehar for å klare oss gjennom store utfordringer i livet. Dette gjennom å finne ut av hva som kjennetegner de som faktisk har kommet seg og bruke de ressursene i en bedringsprosess. På bakgrunn av Antonovsky (2013) sine studier kom han frem til noen kjernekomponenter som han kalte generelle motstandsressurser; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Altså egenskaper hos personen eller omgivelsene som gir en effektiv beskyttelse av all anspenthet i hverdagen. Dette ved at de setter stresset i meningsfylte sammenhenger, mener Antonovsky (2013). Salutogenese, slik jeg forstår Antonovsky (2013), er derfor både individuell og kontekstuell. Skal man oppnå økt helse må man fokusere på det individuelle: pasienten og dens motstandsressurser, samt det kontekstuelle: gjensidigheten mellom pasienten og terapeuten. Jeg forstår videre at det er når vi opplever mening i kaoset at mennesker lettere «klar seg.»

2.6 Kroppens fenomenologi

Dikotomien mellom kropp og sinn har lenge vært omdiskutert. Renee Descartes (1596-1650) var en av tenkerne som ila kroppen et meget objektivt syn. Kroppen var ikke vesentlig for hans eksistens, mente han, men en gjenstand som ikke kunne forbindes med følelser (Merleau-Ponty, 1994). Dette synet har lagt et grunnlag for den medisinske tenkningen frem til i dag. Merleau-Ponty (1994) er derimot en av få tenkere i vesten som tar utgangspunkt i at vår forståelse av verden er grunnet på vår kropps forståelse av sine omgivelser eller sin situasjon. Menneskekroppen må betraktes som en helhet av instinkter, reflekser og selvregulerende forløp, mener han. Kroppsfenomenologi tematiserer derav hvordan vi som mennesker er i våre kroppslige erfaringer. Merleau-Ponty (1994) presiserer at det å være et subjekt er å være i verden gjennom vår kropp. Via kroppen har vi en eksistens og identitet. Det betyr at slik vi opplever kroppen er noe annet enn hvordan andre kan observere den fra utsiden.

Merleau-Ponty (1994) påpeker at det kan være vanskelig å beskrive med ord hvordan vi opplever oss selv, da mange av våre erfaringer sitter i kroppen og viser seg via fysiske og følelsesmessige uttrykk. Merleau-Ponty (1994) forklarer dette ved å si at når vi snakker, så gjentas ikke ordene ordrett slik vi tenker å si de, men tanken fullbyrdes gjennom å uttrykke. En kan si at kroppen kan være et subjekt og et objekt på en og samme tid. Vi kan forholde oss til kroppen objektivt når vi er syke, men på samme tid opplever vi sykdom gjennom kroppen som et subjekt. Et eksempel er å skille mellom en kropp som får et hjerteinfarkt og opplevelsen av å få infarkt. Kritikk av kroppsfenomenologien er at den er tvetydig og kan bli intetsigende. Nettopp fordi alle klare skillelinjer mellom kropp og sinn ikke gjelder. En underforstått oppfordring fra Merleau-Ponty (1994) er likevel at vi alle bør prøve å være fult og helt tilstede i vår verden gjennom å kommunisere i stedet for å objektivere og gjenoppdage kroppen som eksistens. I lys av problemstillingen vil kroppens fenomenologi være et viktig bidrag i diskusjonen da de fysiske utfordringene til deltakerne drøftes gjennom kroppen som et subjekt. Hvordan vi opplever lidelsene i lys av kroppens uttrykk samt på hvilken måte akupunktøren kan være til hjelp og nytte i møte med kroppens fenomenologi.

3 Metode

Dette kapitlet beskriver studiens design og metode samt utførelsen av intervjuene og transkriberingsprosessen. Videre beskrives gjennomføringen av analyse og tolkning av data. Avslutningsvis vil validitet, reliabilitet og forskningsetiske refleksjoner bli belyst.

3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Studios vitenskapsteoretiske forankring er et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv i en humanistisk tradisjon. Fenomenologien forsøker å forstå den dypere meningen som enkeltpersoner erfarer. Vi forsøker å forstå fenomenene ut i fra perspektivene til de personene vi studerer og beskriver omverdenen ut i fra deres erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2017). Derav er det fenomenologiske knyttet opp til menneskets livsverden. Vi er i erfaringene våre (Merleau-Ponty, 1994). I studien viser det fenomenologiske perspektivet seg gjennom at jeg har snakket med mennesker i deres livsverden; her intervjuene. Et fenomenologisk perspektiv betyr å gå i dybden og beskrive så presist og fullstendig som mulig. I følge Merleau-Ponty (1994) så er det ikke mulig å gi helt nøyaktige beskrivelser da mange av våre erfaringer kan sitte i kroppen og derav være vanskelig å overføre til verbale beskrivelser. Det betyr at denne studien er inspirert av det fenomenologiske perspektivet, men vier mest oppmerksomhet mot hermeneutikk og fortolkning av mening. Dette på bakgrunn av at selve fortellingene i intervjuet preges av informantenes egne fortolkninger av sine opplevelser.

Hermeneutikk betyr tolkning og er et redskap for å forstå hvordan andre mennesker forestiller seg verden og hvilken mening de ilegger sine opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2017). Hermeneutikkens betydningen er å fortolke folks handlinger gjennom å utforske dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart er innlysende. Utgangspunktet er at det ikke finnes noen sannhet. Fenomener kan tolkes på ulike nivåer. Meningen kan bare forstås i lys av den sammenhengen, det vi studerer, er en del av. En forstår delene i lys av helheten. Betydningen av hermeneutikk i studien er at jeg som forsker skal forsøke å forstå meningen i deltakernes beskrivelser. Ricoer (1976) har som utgangspunkt at fortellingen den enkelte forteller er en rekonstruering av det levde liv.

Gjennom å fortelle til andre kan informantene skape en identitet på bakgrunn av sammenbinding av sine ulike erfaringer og opplevelser i livet. Forankret i et hermeneutisk perspektiv så har informantene i studien mulighet til å forstå seg selv gjennom å fortelle. Derav vil selve intervjuet og fortellingen ikke bare være forankret i et fenomenologisk perspektiv, men også være et utgangspunkt for en hermeneutisk perspektiv. Videre vil det hermeneutiske perspektivet komme frem i analyse og funn. Dette gjennom at fortellingene blir til gjenfortellinger. Den hermeneutiske tolkningen finner da sted mellom teksten og meg som forfatter og tolker. Jeg tillegger beskrivelsene en mening basert på måten jeg forstår de på i lys av problemstillingen. Hermeneutikk baseres derfor også på min forforståelse. Ved bruk av et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv i studien har målet vært å undersøke informantenes subjektive livsverden og forståelsen av deres opplevelse av hjelp og nytte i møte med akupunkturbehandling for depressive lidelser.

3.2 Forforståelse

Min forforståelse er preget av mine erfaringer og mine fordommer til intervjumaterialets innhold. Jeg jobber i et miljø som anerkjenner akupunktur som et behandlingsalternativ. Miljøet får stadig tilbakemeldinger fra mennesker om at de opplever bedring. Det har ført til antagelsen og min forforståelse om at akupunkturbehandling i møte med depressive lidelser er til hjelp og nytte. Jeg undrer meg derfor over om det i det hele tatt er mulig å sette min egen forforståelse til side i møte med deltakerne og studien. Likevel har jeg en urobasert tilnærming til hvilken effekt akupunkturbehandling har på den enkelte. Med en urobasert tilnærming ilegger jeg uro fra samfunnet da det er lite forskning som «dekker ryggen» og underbygger akupunkturpraksis, men også en kroppslig uro fra mitt eget ståsted i søken etter hva som faktisk er til hjelp og nytte i møte med akupunkturbehandling (Seikkula & Arnkil, 2013). Fortellingene er derfor fortolket i lys av egne livs- og yrkesmessige erfaringer samt det jeg har oppfattet som relevante teorier og begreper. Med egne livs og yrkesmessige erfaringer opplever jeg derfor at jeg ikke kan sette min egen forforståelse i parentes. Merleau-Ponty (1994) påpeker at det er helt umulig å sette vår egen forforståelse i parentes.

Heidegger (1889-1976) underbygger dette gjennom å si at vi alltid har en forståelse på bakgrunn av miljøet vi lever i når vi går inn i en ny forståelse. Dette er i tråd med Kvale & Brinkmann (2017) sin opplevelse, men dette er en debatt. Noen mener at det er mulig å parentes sette sin forforståelse. Jeg er enig med Merleau-Ponty (1994) hvorpå han sier at det ikke er mulig å ikke la meg påvirke av min egen forforståelse i denne studien. Jeg har derimot forsøkt å være bevisst min forforståelse, nettopp for å åpne opp for akkurat disse menneskene sine opplevelser av hva som har vært til hjelp og nytte. Samtidig kan min bevissthet tydeliggjøre for leseren hvilken forforståelse som ligger til grunn i de ulike tolkningene i analysen og studien.

3.3 Forskningsdesign

I studien ble kvalitativ design med narrativt intervju og analyse sett på som mest hensiktsmessig, da målet er å utforske deltakernes opplevelser. Studien er deskriptiv og eksplorerende.

3.3.1 Begrunnelse for valg av metode

Ett argument for valg av kvalitativ metode er at tidligere forskning angående akupunkturbehandling i møte med depressive lidelser viser seg i størst grad gjennom kvantitative studier. Derav er det et behov for kvalitative studier da dette er gjort i mindre grad fra før. Studien, forankret i kvalitativ metodologi med narrativt intervju og analyse, kan på bakgrunn av det være med på å generere ny kunnskap. Et annet argument er at jeg, som nevnt tidligere, forankrer studien i en humanistisk tradisjon. Det vektlegger at ethvert menneske er unikt. Hver enkelt opplevelse er unik og hvert fenomen har sin egen indre struktur og logikk for den enkelte. Hummelvoll (2012) underbygger viktigheten av det å bli møtt i sin livsverden ved å påpeke at menneskeverdet er konstant, ugraderbart, betingelsesløst, absolutt, ukrenkelig og likt for alle. Kvalitative studier karakteriseres nettopp av at man forsøker å få økt forståelse av sosiale fenomener ut fra informantens egne perspektiver og beskrivelser av opplevelser. Emnet for kvalitative forskningsintervjuer er de intervjuedes levde livsverden. Livsverdenen er verden slik vi møter den i dagliglivet, og slik den fremtrer i den umiddelbare opplevelsen for den enkelte (Kvale & Brinkmann, 2017). Livsverden begrepet vil derav brukes som et begrep i analysen og resultater.

Dette fordi begrepet innebærer at mennesker snakker om det de er opptatt av. Den kvalitative metoden søker derfor kunnskap uttrykt i normalt språk og sikter mot nyanserte beskrivelser av den intervjuedes livsverden gjennom ord og ikke tall (Kvale & Brinkmann, 2017). Metodologien oppfordrer intervjupersonen til å beskrive så nøyaktig som mulig det de opplever og føler og hvorfor de handler som de gjør. Studien er derav deskriptiv. Videre vil studien være induktiv og eksplorerende i den forstand at den har et åpent forskningsspørsmål som forsøker å utforske livshistorier uten å «vite» utfallet av historiene. Noe åpner seg for oss når vi forsøker å være eksplorative. Det betyr at tolkningen skjer på bakgrunn av det som fremkommer i datamaterialet, via det hermeneutiske perspektivet. Ny kunnskap skapes i samspillet mellom fortelleren og forskeren hvorpå samspillet påvirkes av hverandre (Ricoeur, 1976).

3.3.2 Kvalitativt forskningsintervju

Innsamlingen av data ble gjort på bakgrunn av kvalitativ metodologi hvorpå valget av narrativt intervju kan løfte frem det deskriptive og eksplorative i den kvalitative metodologien. Narrative intervjuer fokuserer på de historiene intervjupersonen forteller, på handlingen i og oppbyggingen av fortellingene (Kvale & Brinkmann, 2017). Narrativt intervju er derfor basert på en samtale som brukes for å skape fortellinger som igjen kan føre frem til en strukturert historie med en bestemt handling. Begrepet narrativ er engelsk og betyr å fortelle, rapportere og informere. Narrativer er fundamentert i humaniora, som legger vekt på å studere menneskers uttrykk og deres evner til å forstå, utforske og forme de åndelige og materielle vilkårene i livene sine (Kvale & Brinkmann, 2017). Felles for de ulike narrative tilnærmingene er at innholdet i fortellingene utgjør analyseenheter som kan tolkes for å finne ut hvilken mening fortellingen har, eller har hatt, for den enkelte. Nettopp for å få frem hvilken mening mennesker tilskriver sine opplevelser. Ricoeur (1976) peker på at gjennom fortellingene får fortelleren en identitet og mening omkring tidligere opplevelser og derav ny innsikt i sin livsverden. Dette underbygger mitt mål med studien; å få frem deltakernes fortellinger om sin nytte av akupunktur mot depressive symptomer, ut ifra deres perspektiver, og så tolke fortellingene med henblikk på mening.

3.4 Utvalg og rekruttering

På bakgrunn av mitt yrke som praktiserende innenfor kinesisk medisin, har jeg valgt å rekruttere deltakere gjennom andre klinikker enn min egen klinikk. Dette fordi jeg ønsket at deltakerne ikke skulle stå i noe avhengighetsforhold til meg eller føle et press i forhold til at de kjenner meg. I tillegg har det vært viktig å kontakte de klinikkene som har erfaring med psykisk helse og akupunktur. Slik at utvalget kan uttale seg om temaet depresjon. Utvalget har derfor ikke vært tilfeldig, men strategisk. Inklusjonskriteriene i utvalget er pasienter som har selvrapporterte depressive symptomer og har hatt dette i over 3 måneder. I tillegg ønsker jeg pasienter som har hatt nytte og hjelp av akupunkturbehandling for sine depressive symptomer. Eksklusjonskriteriene innebærer de med alvorlig depresjon. Deltakerne skal ikke være psykotiske eller suicidale. Dette på bakgrunn av etiske overveielser angående om jeg som forsker har kompetanse nok til å håndtere spontane reaksjoner som kan fremkomme i samspillet underveis i intervjuet.

Deltakerne ble rekruttert gjennom sin akupunktør ved ulike klinikker, derav er studien basert på et hensiktsmessig utvalg hvor jeg har sendt ut informasjon og får tilfeldige deltakere tilbake. Deltakere som faller inn under inklusjonskriteriene vel og merke. Jeg startet med å sende ut informasjonsskrivet på mail til 17 akupunkturklinikker på Østlandet. Dette var i august 2017. I mailen presenterte jeg meg, studien og et ønske om hjelp til å rekruttere deltakere til studien. De aktuelle deltakerne ble invitert gjennom skriftlig invitasjon og spørsmål om deltakelse i studien. Det ble presisert at deltakelse er frivillig og at man når som helst kunne takke nei til videre deltakelse. Dette viste seg å gi null i respons. Videre kontaktet jeg lederen i akupunkturforeningen angående hjelp til rekruttering. Hun var svært behjelpelige og sendte ut en felles mail til 12 aktuelle klinikker ut ifra hvem hun erfarte at hadde kunnskap om psykisk helse i møte med akupunkturbehandling. Mailen ble sendt i september 2017. Dette gav også null i respons. To av disse klinikkene oppsøkte jeg og snakket med personlig. To andre klinikker sendte jeg på nytt mail til, fikk svar, men ingen resultat. Etter dette har jeg hatt kontinuerlig mail virksomhet med lederen i akupunkturforeningen. Lederen i akupunkturforeningen annonserte mitt ønske om hjelp til rekrutteringen via et sosialt forum for akupunktører; hvor akupunktører fra hele landet kunne nåes.

Her fikk jeg svar fra tre akupunktører at de ønsket å hjelpe meg, men det gav null informanter. Tiden gikk fort i denne prosessen. Tilslutt hjalp lederen i akupunkturforeningen meg med å rekruttere en deltaker. I tillegg hjalp hun meg med å komme i kontakt med nok en akupunktør som jeg ringte og snakket med. Hun ville gjerne hjelpe meg. Dette resulterte i en deltaker til. Derav endte jeg opp med to deltakere til sammen i studien. Det siste intervjuet ble utført i februar 2018. På bakgrunn av denne erfaringen opplevde jeg at det var vanskelig å få informanter til studien. En mulig tolkning av dette kan være at depressive lidelser er et vanskelig tema. Det kan være sårbart å snakke om sin depresjon. Men jeg har ikke nok belegg til å mene det. En annen mulig årsak kan være tiden intervjuet tar og planleggingen rundt møtet. Hverdagen er hektisk for mange og det å skulle møtes til et intervju kan være tidkrevende. En tredje tolkning er tiden akupunktørene må bruke for å hjelpe meg med å rekruttere. Jeg tolker det til at rekrutteringen er avhengig av frivillig deltakelse både fra akupunktørene og deltakerne og derav påvirkes av alt fra hverdagens krav og tidspress til fenomenet depresjon og dets sårbarhet. Begge informantene uttrykte takknemlighet for å få være med i studien.

Jeg ble i utgangspunktet anbefalt å ha 4-6 deltakere, men fikk to. I følge Kvale & Brinkmann (2017) så er det riktige antallet informanter studien burde ha, det antallet jeg som forsker trenger for å svare på forskningsspørsmålet. Derav kan to informanter kan forsvares. Det har tidligere vært gjort hovedfagsoppgave basert på kun ett intervju; refererer til Bjerke (2002) hvor han intervjuet seg selv.

3.5 Intervjueguide

Jeg har samlet narrativer i denne studien. Narrativer kan dukke opp spontant i intervjuer, eller bli fremkalt av intervjueren. Jeg som intervjuer har startet intervjuet med ett åpent spørsmål om en bestemt episode, et bestemt fenomen eller livshistorie (Kvale & Brinkmann, 2017). Derav har jeg ingen intervjueguide, men ett åpent spørsmål som et utgangspunkt for å invitere deltakerne til å kunne fortelle sine opplevelser. Mitt innledende åpningsspørsmål er som følger: «Kan du fortelle meg hvordan du har opplevd akupunktur som hjelp og nytte?»

Dette gav deltakerne muligheten til å beskrive detaljerte og levende fortellinger om sine erfaring i møte med akupunkturbehandling mot depressive symptomer. Kvale & Brinkmann (2017) uttrykker at når intervjueren har bedt om en historie eller livsopplevelse, så er intervjuerens viktigste rolle å lytte, ikke avbryte fortelleren, men stille oppklarende spørsmål og hjelpe den intervjuede med å fortsette fortellingen sin. Dette gjorde jeg gjennom oppfordrende nikk, tause perioder og gjennom å spørre om konkrete opplevelse for å bekrefte eller avkrefte om jeg hadde forstått fortelleren riktig.

I det ene intervjuet erfarte jeg spontan fortelling før jeg rakk å stille åpningsspørsmålet. Informanten la selv opp til å fortelle sin historie basert på hva hun opplevde hadde vært til hjelp og nytte. I det andre intervjuet stilte jeg åpningsspørsmålet, hvorpå informanten begynte å fortelle sin opplevelse.

3.6 Gjennomføring av intervjuene

I forkant av hvert intervju ble informasjonsskrivet sendt og samtykkeerklæringen underskrevet. Deltakerne kontaktet meg på telefon og ytret ønske om å være med i studien. Vi avtalte tid og sted. Jeg gav tydelig uttrykk for at jeg kunne tilpasse meg deres behov i forhold til tid og sted. Begge informantene syntes det var best at jeg kom hjem til de. Jeg følte meg ydmyk for deres ønske om å åpne opp hjemmene sine. Jeg forsøkte å ydmyke meg under informanten gjennom å vise denne ærbødigheten av at jeg var gjest. Dette for å utligne en maktposisjon. Det å ydmyke meg under den andre forsøkte jeg å gjøre gjennom å la informanten vise vei, gi klarsignal til når vi skulle sette oss ned samt at jeg viste interesse ovenfor noe håndfast i hjemmet. Begge deltakerne hadde hund og barn, så en naturlig kontekst var å vise interesse for denne livsverdenen. I tillegg gav jeg uttrykk for at jeg kom i en vennligsinnet kontekst. Det opplevde jeg at deltakerne også forstod, gjennom at begge informantene sa i en fortløpende kommentar at de ikke hadde følt noen tvil eller frykt i forhold til at jeg skulle komme. Stemningen var avslappet og rolig. Det resulterte i at begge intervjuene varte i over 90 min. Jeg spurte begge informantene om det var greit for de at jeg brukte båndopptager. Det var helt i orden og fungerte utmerket. Den lå på bordet underveis og ble viet liten oppmerksomhet. Jeg opplevde at den gav god lyd under transkriberingen.

Det oppstod noen utfordringer i intervjuet. En av utfordringen var det å lytte aktivt. I følge Eide og Eide (2017) så er det å lytte aktivt støttende når noen åpner seg. Det at jeg som forsker lytter aktivt uten å blande meg inn i historien og uten å forsøke å berolige eller dempe følelsen, det kan være tilstrekkelig til at intensiteten i følelsene slipper og at informanten blir stimulert til å bearbeide opplevelsene sine på nytt. Utfordringen i det å lytte aktivt var derimot frykten for om min aktive lytting fikk informantene til å åpne seg mer enn de ellers ville ha gjort. Aktiv lytting kan også krenke og såre (Eide og Eide, 2017). Jeg opplevde en frykt rundt hvorvidt informantene utleverte noe de kunne angre på i ettertid. Jeg synes det var vanskelig å stoppe informantene for å spørre om de var fortrolige med å fortelle om det de nettopp fortalte meg. Jeg opplevde i konteksten at det å skulle stoppe de, spørre de, ødela det å være henvendt til de. Med henvendt mener jeg min oppmerksomheten mot den andre og min tilstedeværelsen i deres historier, som nettopp skaper tilliten til at informantene kan utforske sine følelser i sine historier. Dette etiske dilemmaet tok jeg derimot opp med de etter intervjuet. Jeg spurte om de var fortrolige med det de hadde fortalt meg og presiserte at hvis de angret på noe, så måtte de si ifra. Da ville materialet bli destruert. Jeg uttrykte at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Ingen av informantene uttrykte slike behov i ettertid. De uttrykte kun takknemlighet for at de kunne få fortelle sin historie. En annen utfordring var at intervjuene tok lengre tid enn hva jeg var forespeilet at var «hensiktsmessig.» Jeg hadde derfor en uro i forhold til om deltakerne kunne bli slitne av å fortelle så lenge. At det kunne medføre reaksjoner i ettertid. Likevel ønsket jeg ikke å avbryte de midt i fortellingen for å spørre de om hvordan de følte det. Jeg valgte å være aktiv lyttende og henvende meg fullstendig til informanten og dens historie. Det jeg ville «gjort» annerledes i dag er nettopp denne opplevelsen av uroen. I dag ville jeg ikke brydd meg sånn om tiden, men tenkt at verden kunne stå stille akkurat underveis i intervjuet for å la deltakeren formidle så lenge de hadde behov for det. Martinsen (2012) underbygger det gjennom å si at tid og kunnskap kan verne om og fremme samtalen. Samtalen fordrer et nærvær som plasserer oss i tid og rom der vi gir hverandre tid og tar oss tid. I etisk forstand skapes tiden som vårt forhold til den (Martinsen, 2012). Det går ikke an å ikke respondere på hverandre i en samtale, slik at et møte sjelden kan styres med tid.

3.7 Analyse av data

Den narrative analysen i denne studien er inspirert av Polkinghorne (1995). Han beskriver to ulike strukturer i narrative analyser. Den ene er «analyse av narrativer» hvor forskeren samler utsagn og fortellinger og ser på mønstre og temaer som opptrer i de ulike fortellingene for å tolke disse på tvers av datamaterialet. Den andre analysemetoden er «narrativ analyse» hvor forskeren samler beskrivelser av hendelser, utsagn og erfaringer som datamateriale i hver fortelling, isolert, i første omgang. Dette datamaterialet brukes til å generere en ny historie, en gjenfortelling, med et tematisk plott for hver deltaker. Denne tilnærmingen: «narrativ analyse» ble ansett som egnet for denne studien. Dette fordi jeg har lite antall informanter, men jeg har to ulike historier hvor begge historiene har stor bredde og dybde. For å fremme bredden og dybden i hver fortelling anså jeg valget om å skape to individuelle gjenfortellinger som mest hensiktsmessig. På denne måten vil jeg som forsker tolke hver enkelt deltakers opplevelser av hendelser og generere en ny historie for den enkelte. Dette med henblikk på mening i utsagnene. Polkinghorne (1995) underbygger dette gjennom å mene at det første og viktigste steget i den narrative analysen er å betrakte hvert intervju individuelt.

Videre analyse av data er basert på Kvale & Brinkmann (2017) sin hermeneutiske meningsfortolkning. Det innebærer at jeg har fulgt noen prinsipper som har til formål å sikre gyldige fortolkninger av tekstene. Dette er ikke noen trinn for trinn metode, men er basert på generelle prinsipper som kan legitimere det faktum at forskjellige forskere og forskjellige spørsmål til selve teksten fører til ulike meninger i teksten. Disse fortolkningsprinsippene vil derav forsterke min metode å jobbe med den narrative analysen til Polkinghorne (1995). I tillegg forsvarer disse prinsippene at det i et hermeneutisk perspektiv vil kunne finnes et bredt fortolkningsmangfold (Kvale & Brinkmann, 2017).

3.7.1 Første del av analysen

Første trinn i analysen er selve fortellingen (Polkinghorne, 1995). Hvilke umiddelbare opplevelser har fortellingene gitt meg? Dette løste jeg ved at jeg etter hvert intervju skrev ned umiddelbare refleksjoner. Etter begge intervjuet følte jeg takknemlighet. Som forsker må jeg erkjenne at jeg ble dypt berørt av begge historiene. Dette gjelder opplevelse av sorg, glede, takknemlig og stor ydmykhet for deres fortellinger.

Umiddelbare tanker angående hva intervjuet handlet om ble gjeldene i dette stadiet. I begge intervjuene satt jeg umiddelbart med en sterk følelse av at de begge ønsket å formidle sin historie. Spre kunnskap. Hvorpå deltaker 1 gjentok at hun brenner for folkehelsa og deltaker 2 flere ganger sa at hun håpet jeg kunne lære noe av hennes historie.

3.7.2 Andre del av analysen

Neste prosess var at jeg transkriberte. Jeg hørte på lydbåndet og skrev ordrett ned etterpå. Denne prosessen tok tid, da jeg ofte måtte spole tilbake for å høre på nytt. Underveis i transkriberingen noterte jeg ned refleksjoner og ble bedre kjent med materialet. Derneft har jeg lest nærmere på transkripsjonene. Det inkluderte å begynne å systematisere fortellingen til en gjenfortelling. Dette på bakgrunn av å skape gjenfortellingen så nært opp til den opprinnelige historien som mulig, basert på Polkinghorne (1995) sin «narrative analyse». I prosessen etter transkriberingen har jeg tidvis latt materialet ligge. I en hermeneutisk meningsfortolkning underbygges dette av den kontinuerlige frem- og tilbake prosessen mellom deler og helhet hvor nye tolkninger vil finne sted mellom teksten og forskeren (Kvale & Brinkmann, 2017). Nettopp gjennom å lese over transkripsjonene om igjen, for så å la materialet hvile, har jeg opplevd tydeligere hva jeg synes fremkommer i fortellingene og hvilke reduksjoner og tolkninger som kunne være relevante. I den hermeneutiske tradisjonen betraktes denne sirkulariteten som en spiral som åpner opp for en stadig dypere forståelse av mening i fortellingene (Kvale & Brinkmann, 2017). Ved å lese over transkripsjonene og sette de opp imot gjenfortellingene har jeg kunnet se om gjenfortellingene står i sammenheng med datamaterialet. Deltakerne berikes med fiktive navn i gjenfortellingene. Her: «Toril» og «Maria.»

3.7.3 Tredje del av analysen

Etter å ha utarbeidet de to gjenfortellingene startet struktureringen av gjenfortellingene. Gjenfortellingene gir meg mye informasjon om hvilken hjelp og nytte informantene har erfart. For å få frem dette mangfoldet i fortellingene har jeg så vurdert tekstenes betydning gjennom tre ulike fortolkningskontekster basert på Kvale & Brinkmann (2017) sine analytiske verktøy. Disse tre fortolkningskontekster har hjulpet meg med å arbeide strukturert med Polkinghorne (1995) sin «narrative analyse». De tre fortolkningskontekstene ser slik ut:

1. Selvførståelseskonteksten som er min, tolkerens, forsøk i en fortettet form å formulere det den intervjuede selv oppfatter som meningen med sine uttalelser.
2. Kritisk forståelse hvor fortolkeren, her meg, går lenger enn til å omformulere den intervjuedes selvførståelse. Dette nivået preges av en alminnelig sunn fornuft og forskerens kritiske forståelse av teksten. Her blir forståelsen av teksten bredere enn informantens opplevelse, men det er viktig at min fortolkning holder seg innenfor konteksten.
3. Teoretisk forståelse er fortolkning der tolkningen går lenger enn til intervjupersonens selvførståelse og også lenger enn en fortolkning basert på forskerens kritiske og sunne fornuft. Her vil teoretiske referanserammer underbygge og gi tolkningene en større mening en hva fortelleren selv kan ha ilagt sine uttalelser.

Den siste fortolkningskonteksten, teoretisk forståelse, vil vise seg først i diskusjonen der meningene fra kontekst 1: selvførståelse, og kontekst 2: forskerens kritiske forståelse, vil bli diskutert i lys av den teoretiske referanserammen.

3.8 Validitet og reliabilitet i kvalitative studier

Å vurdere studiens validitet er komplisert. Utfordringen starter allerede gjennom transkriberingen ved at det ikke finnes en sann objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form (Kvale & Brinkmann, 2017). I denne studien har jeg derfor hatt fokus på å inkludere pauser, gjentakelser og tonefall i transkriberingen, da dette kan støtte opp under tolkningen av deltakernes engstelser, benektelser og glede i fortellingene. Det skaper tolkninger basert på en større bredde og dybde i tekstene som kan bidra til å formidle meningen i de narrative tekstene i et mer helhetlig perspektiv. Validitet forsøker å etterstrebe i hvilken grad studien er gyldig i forhold til det man har satt seg som formål å undersøke. En kvalitativ metode med en narrativ analyse vil således kunne underbygge studiens validitet, da en kvalitativ metode forsøker å møte hvert menneske i sin livsverden.

Dette er nettopp studiens formål. I tillegg har jeg forsøkt å beskrive hva jeg har gjort og hvordan jeg har gjort analysen. Jeg som forsker styrker validiteten ved å hele tiden være kritisk gjennom analyseprosessen. En vurdering av validiteten i studien er hvorvidt resultatene representerer den virkeligheten jeg har undersøkt. Derav har jeg forsøkt å dokumentere hvordan jeg kom frem til ulike funn.

Validitet handler på en annen side ikke bare om metodologien som blir benyttet, men om meg som forsker og min moralske integritet. At jeg er konsistent i forhold til hva jeg sier, tror på og gjør i møte med den andre. Derav vil studiens validitet påvirkes av forskerens holdning til den intervjuede (Kvale & Brinkmann, 2017)

En nødvendig betingelse for studiens validitet er også reliabilitet. Studiens reliabilitet kan først og fremst diskuteres opp imot om deltakerne ville ha endret sine historier i møte med en annen forsker. Et narrativt intervju vil således kunne unngå ledende spørsmål som kan få store følger for svaret deltakeren gir. I denne studien har informantene selv fortalt sine historier uten at jeg som forsker har påvirket med ledende spørsmål. De gangene jeg har kommentert underveis i intervjuet har det vært gjennom nikk, anerkjennende ord eller spørsmål til historien i forhold til om jeg har forstått utsagnene riktig. Dette kan forsterke studiens pålitelighet da det er informantenes historier som har tredd frem. På en annen side vil jeg med anerkjennelse underveis oppfordre deltakeren til å formidle, slik at jeg likevel har påvirket historiene til en viss grad. Likevel vil en kvalitativ studie fremme at det kan være utallige resultater, hvor ingen funn er feil. En for sterk fokusering på reliabilitet og vilkårlig subjektivitet av funn vil kunne motvirke studiens kreativitet, nytenkning og variasjon (Kvale & Brinkmann, 2017). Noe som ikke er hensiktsmessig i en kvalitativ studie. Jeg som forsker har derav fulgt min magesfølelse underveis i intervjuet gjennom å nikke anerkjennende og bekrefte med ord samt fulgt mine fornemmelser underveis i analysen og tolkningen av historiene. Dette med henblikk på min holdning og ydmykhet ovenfor fortelleren. Med det vil denne studiens validitet og reliabilitet underbygges av den kvalitative metodologien (Kvale & Brinkmann, 2017).

3.9 Forskningsetiske refleksjoner

For å ivareta at studien gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til personvernloven ble studien meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Informantene som deltok fikk en grundig gjennomgang av studiens mål, både skriftlig og muntlig, i god tid før intervjuet fant sted. Innhenting av informert samtykke sikret at de involverte deltok frivillig samt påpekte at de når som helst kunne trekke seg frivillig uten å måtte oppi grunn (Kvale & Brinkmann, 2017).

Temaet som belyses kan være følsomt og svært personlig, slik at jeg vurderte deltakelsen til muligens å kunne være en belastning for deltakerne. Det etiske prinsippet om velgjørenhet betyr at det skal være minimal risiko for å skade en deltaker. Fra et nytteperspektiv bør summen av potensielle fordeler for deltakeren og betydning av den oppnådde kunnskap veie tyngre enn risikoen for å skade deltakeren (Kvale & Brinkmann, 2017). Ikke skade prinsippet er gjennomgående i hele prosjektet. For å redusere faren for å skade valgte jeg å la deltakerne velge tid og sted, samt at jeg inntok en holdning som var preget av medmenneskelighet og ikke som terapeut. Som forsker forsøkte jeg derav å være bevisst på den åpenheten og intimiteten som et kvalitativt studie kan medbringe (Kvale & Brinkmann, 2017). Det er et menneske jeg møter, et menneske med en egen identitet som åpenbarer en del av sin opplevelse og selvaktelse. Det innebærer at jeg ser på den andre som et likeverdig subjekt og respekterer det menneskets egenverd og ukrenkelighet. Derav var jeg bevisst på at hvis noe skulle tilsi at det er behov for å avslutte intervjuet ville jeg være et medmenneske og avslutte intervjuet. Skulle det komme frem suicidale eller psykotiske antydninger eller symptomer ville jeg i tillegg hjelpe deltakeren til å komme i kontakt med sin primærhelsetjeneste. Min erfaring i denne studien var at deltakerne så på deltakelsen som en positiv opplevelse. De uttrykte begge to at de gjerne ville bidra mer, hvis behov.

For å ivareta personvern er konfidensialitet en selvfølge. Deltakerne er anonyme, med fiktive navn. Det ble også spurt hver enkelt om å få lov til å bruke båndopptaker underveis i intervjuet. Båndopptakeren er oppbevart, innelåst i et skap, godkjent for å oppbevare pasientinformasjon. All datamateriell vil bli slettet når forskningsoppgaven foreligger som et ferdig resultat.

4 Analyse/funn/resultat

De narrative analysene er basert på to ulike historier og opplevelser av hjelp og nytte i møte med akupunkturbehandling. Hver historie er formidlet i hver sin livssituasjon, hvorpå den enkeltes livssituasjon og kontekst påvirker opplevelsen og erfaringen av hva som har vært til nytte og hjelp. Meningen med narrativ analyse er ikke å generalisere, men å forstå hva som har vært viktig for den enkelte og utforske den enkeltes forståelse av akupunktur som en behandlingsmetode for depressive lidelser. Derav kan disse to historiene inspirere og eksemplifisere akupunktur som et nyttig behandlingsalternativ, fra to ulike perspektiver. Nå skal du lese Toril og Maria sine historier, omgjort til gjenfortellinger, om hvordan de opplever akupunktur som en behandlingsmetode for depressive lidelser.

4.1 Toril sin historie: «Skamfølelsen som forsvant, da tårene rant»

Toril er i slutten av 60 årene. Hun bor sammen med sin mann i et hus i naturskjønne omgivelser, på et lite tettsted, øst i Norge. Hun har to barn som ikke bor hjemme lenger. Toril har vært uføretrygdet og kjempet sin lange kamp for: «å få tilbake helsen min,» slik hun selv beskriver det. Følgende kommer Toril sin historie:

«Det var tilfeldig! Den akupunktøren som har hjulpet meg nå med masse helseplager, der havnet jeg tilfeldig. Sønnen min hadde på den tiden nakkeproblemer og kronisk bihuleproblemer og da vi var hos fysioterapeuten, så sier fysioterapeuten: «du vil ikke prøve en akupunktur som jobber her på klinikken og som er veldig dyktig?» Ja, det gjør vi gjerne hvis du vil, sa jeg til min sønn. Og ingen av oss ante hva vi begav oss ut på. Vi fikk en time og ved første møtet med akupunktoren fremstod hun for meg som en heksedoktor med sine metoder! Jeg glemmer det aldri; det var så fasinende. Underveis i behandlingene til sønnen min sa hun til meg som satt ved siden av: «jeg har god effekt av behandling for hetetokter.» Altså, hun så at jeg slet! Og jeg slet veldig med hetetokter. Så da sønnen min ble frisk av den kroniske bihulebetennelsen, da bestemte jeg meg for å prøve en time. Det var i 2011 og siden har jeg vært der.

Hun har reddet livet mitt. Hun har gravd opp alt det innestengte. Altså jeg har gått veldig lenge i terapi hos psykolog og jeg har brukt utallige metoder, ja hundre, tusen lure ting, for å sette ord på følelsene mine. Rollespill blant annet, der jeg har «drept» noen mennesker opp igjennom årene. Da tar jeg kjøkkenkniven og «dadadadada» og spiller ut følelsene mine. Og jeg har vært til psykomotorisk fysioterapi og musikkterapi. Men jeg opplevde det slik at det var først når jeg kom til akupunktøren at hun gravde opp depresjoner og angster. Hun gravde opp overgrepsopplevelser som jeg hadde fortrenget. Og for hver enkelt overgrepshistorie som jeg hadde fortrenget, så var det innestengte følelser jeg ikke hadde bearbeidet. Følelsene kommer opp imens hun behandler meg. Følelser som sinne, sorg og skam. Et nyttig verktøy for meg da var å se på nålene som at hun stikker hull på ballonger. Det er akkurat som om hun finner tak i ballonger inni meg som er fylt av tårer, sinne, sorg, savn og skamfølelser. For jeg har jo bare grini siden 2011 og nå er jeg frisk! Jeg har jo erfart i alle disse årene at når jeg har grini ut det som til enhver tid kommer til overflaten med akupunktøren, ja da letter det. Depresjonen lettet for hver gang. For depresjonen har jo egentlig vært en sorg. Eller et sinne eller savn eller skam. Akupunktøren har tømt kroppen min for skamfølelse. Ja, for hver ballong fylt med skamfølelse som nålene har stukket hull på, så har depresjonen lettet. Jeg føler meg frisk i dag. Av så mange diagnoser som jeg har hatt, så er jeg frisk i dag. Det er en lettelse, en ubeskrivelig og ufattelig lettelse.

Lærerboken putter oss i båser og doktoren sitt språk er depresjon. Men jeg ønsker å få frem min historie og jeg har skrevet mye innlegg i avisen om hvordan helsevesenet deler oss opp i biter. Hver gang jeg kom til akupunktøren så spurte hun meg om hvordan det var med mannen min, hvordan sexlivet er, om jeg sover godt, hva jeg spiser, hvordan det går med ungene, altså hun ville vite om hele dagliglivet mitt. Og da tenkte jeg at dette her, det er det da aldri noen i helsevesenet som har vært opptatt av før. De har kun vært opptatt av hvilke medisiner jeg bruker og følelsene mine. Så jeg fikk en sånn voldsom aha opplevelse av at hun passet på hele meg. Hun så hele meg før hun behandlet meg. Og for meg så handler det om folkehelse!

Den første ordentlige opplevelsen jeg hadde på min kropp hos henne, det var etter bare tre ganger. Jeg har følt et angsthull gjennom mellomgulvet, tvers igjennom magen, som har vært der siden jeg var 15 år. Jeg har hatt et bilde av min angst som om det er et rør, en tunnel, som gikk på tvers igjennom magen. Røret var helt åpent. Ingenting der. Det bildet hadde jeg ikke satt ord på, men jeg hadde det inni hodet mitt. Etter tre behandlinger var den tunnelen borte. Den opplevelsen husker jeg svært godt. Og siden har jeg hatt en million reaksjoner. Jeg har grått, vært sint, trøtt, frustrert. Først når jeg var grått ferdig kjente jeg ikke på disse følelsene lenger. Og etter noen år, så var det slutt på å ligge på sofaen her. Da sa venninnene mine til meg: «Det har skjedd noe med deg?» Ja, det har skjedd noe med meg; jeg var meg selv igjen!

Jeg har lenge lurt på hvordan jeg skulle beskrive hennes kompetanse, og det tok nok noen år før jeg klarte å definere det slik at utenforstående kunne forstå, men jeg tenker at hun er lege, atferdsterapeut og kostholdsekspert. For hun er faktisk det. Men så skjønner du ikke kompetansen før du har vært der i behandling og kjenner det på kroppen. Men jeg har inntrykk av at legene har begynt å forstå at ting henger sammen. At det er holistisk og ikke bare naturmedisin. Det ideelle i Norge hadde vært om akupunktører fikk godkjenning som Kinesisk lege. Folkehelsen trenger hennes kompetanse. Det å få samlet kroppene våre igjen. Det blir det bedre folkehelse av. Jeg kan snakke i timevis om hvordan helsevesenet vårt er organisert feil, men så lenge alt er fragmentert så er det ikke så lett å se. Vi produserer uføretrygdede. Jeg opplever jo mer og mer at folk føler seg litt oppgitt over at de ikke får hjelp ifra helsevesenet. Man innfinner seg jo med det systemet man har. Jeg hadde jo prøvd alt jeg kunne innenfor den medisinske modellen. Og jeg har fått hjelp av alt. Men når helsevesenet hadde gjort alt de kunne, så var jeg fortsatt halvt uføretrygdet. Jeg hadde angst, depresjon, ja hva var det hun skrev hun psykologen: «Dystymi.» Ja, det var en kronisk tilstand av depresjon, sa hun. Akupunktøren har stukket hull på disse følelsene. Skamfølelsene. Ja, altså hun har fått tilbake helsa mi. Det er det ingen andre som har gjort, for medisiner tar ikke bort skam. Det er akupunktøren sin ære at jeg nå kan snakke om overgrepene og skamfølelsene. Jeg opplever at skamfølelsene har ligget i bunn og vært årsak til både depresjon og angst og nålene er de som har stukket hull på disse følelsene. Jeg måtte spørre henne en gang: si meg i alle verdens ting: er det sånn at nålene åpner opp språket vårt også? «Yes,» sa hun!

Det var da fortellertrangen kom. Jeg har fått et talebehov og har skrevet mye i avisen om det her. Folk med kreft og hjerteproblemer har vi blitt tyttet ørene fulle med i 30 år. Men det er akupunktøren sin ære at jeg tør å snakke om overgrepen, så åpent og ærlig. Og fortellertrangen sier hun at nålene skaper. Du vet; dårlig språk, det gjør til at ting blir innestengt! Derfor er det viktig å fortelle hva jeg har opplevd. Viktig å formidle om hennes kunnskap og kompetanse til andre, så folk kan få en økt forståelse. Jeg skal skrive bok om alle disse erfaringene jeg har i møte med akupunkturbehandlingen. Ja, det går ikke an å forstå hvis man ikke har kjent det på kroppen over år. Hun har fått til ting som ikke jeg har lært om noen andre steder. Før jeg fikk denne hjelpen, så visste jeg jo ikke at hun hadde denne kompetansen som kunne hjelpe meg med. Det som har slått meg er at vi ikke har noe kunnskap om kinesisk medisin. Etter ett år hos henne, hvor jeg hadde fått ett nytt liv, så tenkte jeg: hvorfor vet vi jeg ikke noe om dette her? Jeg skal skrive det i boken. Og det var da jeg begynte å skrive i avisen. Jeg unner ikke folk å gå uføretrygdet hvis de kan slippe det. Derfor ble jeg veldig glad når avisen tok min historie på alvor. Jeg har satt i gang mye. Det vet jeg. Og er veldig glad for det. Nettopp fordi jeg har gått så lenge til akupunktur, har kroppen min blitt hel igjen. Jeg har fått samlet sammen bitene. Ja, hun har reddet livet mitt. Dette har blitt min kjepphest. Dette har blitt min kjepphest!»

I lys av Kvale & Brinkmann (2017) sine ulike analysekontekster, vil videre analyser av Toril sin historie presenteres fortløpende her:

4.2 Selvforståelseskonteksten, tolket ut ifra Toril sin historie:

Toril opplever at det var en ren tilfeldighet hun kom i møte med akupunkturbehandling. Akupunktøren fremstod for henne som en terapeut som brukte ulike metoder for å hjelpe, noe hun så på som veldig fasinerende. Med ulike metoder forklarer Toril det som at akupunktøren møtte henne i hennes totale livssituasjon. Hun passet på hele Toril. Dette gjennom at akupunktøren spurte om og viste interesse for Toril sin mann, barn, kosthold; ja hele hennes subjektive livsverden. Toril sin opplevelse er at nålene var forløsende gjennom at de fikk frem opplevelser og innestengte følelser hun hadde fortrenget. Toril beskriver det som at nålene stakk hull på «ballonger» med tårer, sinne, frustrasjoner og skam.

Hennes opplevelse er at tårene og skammen kommer fra overgrep hun ble utsatt for som barn. Skamfølelsen knyttet til overgrepene, opplever Toril at er årsaken til depresjonen hun utviklet. Når akupunktøren satte nåler fremprovoserte nålene følelser. «Det er en lettelse å ha grått ut alle følelsene,» sier hun. «Hun reddet livet mitt,» formidler Toril og henviser til akupunktøren. Toril opplever derav at nålene var med på å skape forløsende reaksjoner. Toril forteller om mange reaksjoner underveis og etter behandlingene. Dette beskriver hun som kroppslige reaksjoner gjennom sinne, tårer og utmattelse. Eksempelvis når angsthullet forsvant; et åpent rør gjennom mellomgulvet. Den opplevelsen husker hun svært godt. Hun gråt etter hver behandling. Og depresjonen lettet etter hver reaksjon. Først når hun hadde grått ferdig var alle de tunge følelsene borte. Hun opplever seg selv som frisk i dag på bakgrunn av alle de forløsende reaksjonene hun har hatt i møte med akupunkturbehandlingen. Toril sin opplevelse er jo at depresjonen egentlig har vært skam, sinne og sorg. Overgrepene hadde hun ingen erindring av og derav heller ingen forståelse av at kunne ligge i bunn og forårsake depressive symptomer. På bakgrunn av dette er hun irritert på helsevesenet. De har delt henne opp i biter, sier hun. Et eksempel på det forklarer hun gjennom å påpeke at helsevesenet medisinerer henne i stedet for å se skammen som lå til grunn for depresjonen. For som hun selv sier: «medisiner tar ikke bort skam.»

Toril opplever at det var akupunktøren som var den eneste som så hele henne. Hun beskriver det som at akupunktøren samlet sammen delene i henne og gjorde henne hel igjen. Det hadde ingen andre i helsevesenet gjort tidligere. Toril formidler det slik: «når helsevesenet hadde gjort alt de kunne, ja så var jeg fortsatt halvt ufør, hadde depresjoner og angster.» Hennes opplevelse er at det er akupunktøren sin fortjeneste at hun nå kan snakke om overgrepene. Hun sier på bakgrunn av dette at hun ønsker å formidle sin historie ut til alle. Formidle hvilken kunnskap akupunktører kan ha. Nettopp for å hjelpe til med å øke folkehelsen. Den holistiske kunnskapen til akupunktører ante hun ingenting om selv og på bakgrunn av det ønsker hun å skrive en bok om sine erfaringer. Toril formidler gjentatte ganger at dette har blitt hennes kjepphest. Hun brenner for folkehelse og opplever selv at hun har et samfunnsansvar. Toril opplever at det å ha fått kontakt med følelsene sine har åpnet opp språket hennes og ført til denne formidlertrangen. Hun legger det å ha dårlig språk som en følge av at følelser er innestengt.

Hun mener selv at hun har satt i gang mye gjennom å formidle. Hun opplever at avisen og andre medier tar hennes erfaringer på alvor og vil høre på hennes opplevelse av det å ha fått hjelp. Det er hun veldig glad for.

4.3 Forskerens kritiske forståelse:

Inntrykkene fortellingen gir meg er Toril sin kamp og seier i forhold til å bli møtt i sin totale livsverden. Toril har mye erfaring og kunnskap om egen helse og ulike behandlingsmetoder opp igjennom. Jeg hører hun fortelle om ulike terapier hun har vært til tidligere og hvilke verktøy hun har benyttet seg av når depressive følelser har stormet som verst. Min forståelse er at Toril har hatt god nytte av både medisiner samt tidligere terapeutiske behandlinger. Dette forteller hun gjennom rollespill hun har brukt for å forløse sinne. Likevel er det et funn at Toril aldri helt har følt seg hel. Hennes opplevelse er at hun blitt delt opp i biter av helsevesenet. Jeg forstår at akupunkturbehandlingen åpnet opp for en ny helhetlig erfaring for Toril. Toril beskriver dette gjennom at akupunktøren møtte henne med spørsmål som ingen tidligere hadde spurt henne om og med verktøy som nåler. Jeg tolker dette på bakgrunn av at Toril forteller at akupunktøren så hva hun strevde med der og da, som eksempelvis hetetokter, og viste interesse for det uten at Toril hadde sagt noe om det. Hun brydde seg om henne gjennom å spørre og vise interesse for hele Toril sin hverdag; hennes mann, barn, kosthold; ja hele hennes livsverden. Jeg forstår det slik at Toril følte seg møtt og sett hos akupunktøren fra første stund. Det å bli sett og møtt i sin totale livsverden gir en grunnleggende anerkjennelse som igjen skaper et tillitsgrunnlag. På bakgrunn av det tolker jeg det til at akupunkturbehandlingen var til hjelp og nytte allerede i det øyeblikket Toril ble møtt av sin akupunktør.

Det at nålene stakk hull på innestengte følelser opplever jeg at kan komme som en følge av anerkjennelsen fra akupunktøren. Når akupunktøren anerkjenner Toril sin livsverden kan det fortelle Toril at hun er viktig og verdifull. Anerkjennelsen vil kunne gi Toril en trygghetsfølelse som igjen er viktig for at Toril skal kunne klare å erkjenne følelsene sine. Det å utforske smertefulle opplevelser er lettere under trygge rammer.

Når nålene kunne sette i gang følelsene til Toril forstår jeg det dit hen at følelsene lettere kunne få tre frem gjennom akupunkturbehandlingen, nettopp fordi Toril befant seg i en trygg kontekst. Toril vil i en trygg kontekst lettere kunne utforske og konfrontere følelsene sine og derav oppdage seg selv på nytt. Dette gjennom at hun får økt bevissthet om sin livsverden. Ved å bli møtt for sine smertefulle opplevelser, vil Toril lettere kunne endre sine oppfatning. Jeg tolker det til at akupunktøren, via nålene og tilstedeværelsen og spørsmålene, åpnet opp for en større helhetlig opplevelse for Toril. Jeg opplever det som at Toril fikk økt kunnskap om sin livsverden. På det grunnlaget tolker jeg det dit hen til at selve konteksten og det å bli møtt var av stor hjelp og nytte i akupunkturbehandlingen og en av årsakene til at Toril ble frisk.

Det at Toril erfarte fysiske reaksjoner underveis i akupunkturbehandlingen tolker jeg som nok en medvirkende årsak til at akupunkturbehandlingen var til hjelp og nytte. Toril selv sier at hun har opplevd en million reaksjoner underveis. Jeg forstår det slik at disse fysiske reaksjonene har forsterket hennes opplevelse av å få hjelp. Med fysiske reaksjoner mener jeg angsten og tunnelen som forsvant underveis i behandlingen samt utallige reaksjoner av gråt og sinne i etterkant av behandlingene. Det å kjenne en endring i opplevelsen av sine fysiske symptomer kan gi Toril en større tillit til akupunktørens kunnskap, tenker jeg. Kinesisk medisinsk perspektiv understreker nettopp det at de indre organenes energi, kalt qi, påvirker hele kroppen vår. Hvis energien qi er lav i ett eller flere organer vil Toril ifølge Kinesisk medisin kunne oppleve det som ulike fysiske ubalanser. Min forståelse av Toril sin opplevelse av å kjenne fysiske endringene, kan også ha bidratt til en anerkjennende, trygg kontekst og økt tillit til akupunktørens evne til å hjelpe. I tillegg opplever jeg at de kroppslige endringene var en enorm lettelse for Toril. Jeg forstår at Toril sin opplevelse av depresjonen var at depresjonen også var forankret i en fysisk ubalanse i kroppen hennes; eksempelvis «tunnelen.» Når disse fysiske ubalansene ble borte med hjelp av akupunkturbehandlingen, så tolker jeg det dit hen at endringene av de fysiske symptomer forsterket Toril sin erfaring av at akupunkturbehandlingen var til hjelp og nytte. Hun ble møtt for hele hennes kroppslige og psykiske uttrykk. Hun gjentar dette gjennom å fortelle at kroppen hennes er hel igjen og at hun føler seg frisk. På den måten har akupunkturbehandlingen vært til hjelp og nytte for Toril.

Toril uttrykker at til tross for ulike terapeutiske tilnærminger i den medisinske modellen samt medisiner, så var hun fortsatt deprimert og uføretrygdet. Den medisinske modellen har ikke klart å fange opp skamfølelsen som lå til grunn for depresjonen. Som hun selv sier så tar ikke medisiner bort skamfølelsen. Min opplevelse er at Toril har svekket tillit til den medisinske modellen da hun ikke ble møtt for sine skamfølelser. Jeg tolker det til at Toril er skuffet over helsevesenet og hvor fragmenterte tjenestene er. Toril sier selv at hun følte seg delt opp i biter, men at hun fikk en veldig aha opplevelse når hun kom i møte med akupunkturbehandling. Toril sin opplevelse er at det var akupunktøren som samlet alle «bitene» av henne til en helhet. En helhet som jeg tolker at har gitt ny innsikt i hennes livsverden. Derav føler Toril seg frisk i dag. Slik jeg tolker det så har akupunkturbehandling anerkjent Toril for alle de totale opplevelsene i sin livsverden. Både de følelsesmessige erfaringene og de fysiske ubalansene. Dette gjennom å sette nåler for å balansere de fysiske energiene gjennom energien kalt qi, for deretter å anerkjenne følelsene og reaksjonene som fremkommer. En viktig årsak til at akupunktur har vært til hjelp og nytte for Toril, slik jeg tolker det.

Toril selv er tydelig i sin konklusjon når hun proklamerer at akupunktøren reddet livet hennes. Hun undrer seg derfor over hvorfor akupunkturbehandling ikke er anerkjent som en behandlingsform i Norge. Min forståelse er at bedring kan opptre uten profesjonell hjelp. Det er nok at en person ser deg og møter deg i din totale livsverden. Jeg tolker det dit hen at man ikke nødvendigvis må ha en offentlig godkjenning for å kunne hjelpe. Det viktigste er å ha tilgang til folk som tror på deg. Jeg tolker det slik at akupunktøren møtte Toril med verdier som er grunnleggende for å ivareta menneskets ukrenkelighet og egenverd. Verdier som empati, respekt for verdigheten og autonomien, velgjørenhet, rettferdighet og sannferdighet blir viktige i møte med Toril. Det å ha troen på Toril og hennes opplevelser i stedet for å farges av diagnoser og epikriser. Slik jeg tolker Toril sin opplevelse av hjelp og nytte i akupunkturbehandling så er det at akupunktøren kunne se og forstå det eksistensielle i mennesket Toril og anerkjennelsen og respekten for mennesket Toril en viktig faktor for Toril sin bedringsprosess.

Min forståelse er at Toril har et stort engasjement i forhold til å formidle sin opplevelse av akupunkturbehandling for depressive lidelser. Jeg tolker det til at Toril mener at

mennesker med samme lidelser som henne burde få større innsikt i de ulike perspektivene akupunkturbehandling kan bidra med. Dette tolker jeg på bakgrunn av at Toril er frustrert over at hun ikke fikk vite om akupunktur som et mulig behandlingsalternativ; fra fastlegen eller generelt i helsevesenet. Som en følge av hennes frustrasjon over manglende informasjon så opplever jeg at hun har fått et stort engasjement i å formidle. Toril vil skrive bok nettopp for å vise til sin erfaring og sin historie slik at andre med samme symptomer kan få informasjon om hvilke muligheter som er tilgjengelige. Jeg tolker det til at denne fortellertrangen er et godt symbol på at Toril er bedre, sterkere og har enda bredere erfaring i sin livsverden etter møtet med akupunkturbehandling. I tillegg tolker jeg det dit hen at det å dele sin erfaring også kan påvirke hennes egen bedringsprosess. Det å sette ord på sin historie vil igjen anerkjenne Toril og gi henne rom til å utforske egne følelser og derav generere en økt bedringsprosess. Selv uttrykker hun at akupunkturbehandlingen har åpnet opp fortellertrangen gjennom at nålene har hjulpet henne med å uttrykke sine følelser. I lys av problemstillingen forstår jeg at akupunktur kan være en trygg ramme til å få en bredere innsikt i sin egen livsverden samt utforske egne følelser. På bakgrunn av de ulike opplevelsene Toril har hatt underveis i akupunkturbehandlingen forstår jeg at akupunkturbehandlingen har vært til hjelp og nytte for Toril i et helhetlig perspektiv.

Nå skal du lese Maria sin historie, gjort om til en gjenfortelling, på bakgrunn av Polkinghorne (1995) sin «narrative analyse.»

4.4 Maria sin historie: «It is what it is»

Maria er i 50 årene og bor i en leilighet på østlandet i Norge. Maria forteller at hun har vært gjennom en skilsmisse; en vanskelig prosess, sier hun. I tillegg forklarer hun om flere rettsaker med sin eksmann angående boligsituasjonen deres. Hun formidler med lav, rolig stemme og et vakkert språk, slik jeg opplever henne. Hjemmet hennes er fylt med malerier. Vi setter oss i sofaen hvorpå jeg spør om jeg kan skru på båndopptageren; nettopp fordi det hun formidler uoppfordret og umiddelbart er de opplevelsene jeg ønsker å høre om. Følgende kommer Maria sin historie:

«Det er ingenting man lærer så mye av som egen erfaring. Og det er uten tvil gjennom smerte vi vokser mest. Man må virkelig kjenne på en dyp sorg og fortvilelse og gå så langt ned at du skjønner at du ikke kan kontrollere livet ditt lenger. Egoet ditt dør rett og slett og du må overgi deg til noe som er større enn deg selv. Der nede har jeg vært mange ganger. Jeg trodde at jeg var ferdig med det, men igjen hadde jeg en sånn nedtur nå nylig hvor jeg rett og slett ikke vet hvor veien går videre. Det eneste jeg vet er at jeg må gi slipp på alle de forventningen jeg har til at det skal være sånn eller sånn! Vis meg veien videre liksom. Og sakte men sikkert så blir den vist til deg. Det har virkelig vært en berg og dalebane. Det har vært dager hvor jeg har følt himmel på jord, men så er det noe nytt som kommer opp, som jeg har måttet igjennom, også har jeg vært helt nede i kjelleren igjen for å kjenne på det. Men det er jo ikke en sånn depresjon hvor man tenker at det ikke er noe håp lenger. Det er mer en anerkjennelse av at jeg må ned dit for å finne lys i mørket igjen.

Jeg følte meg fri som fuglen etter skilsmissen og jeg var så takknemlig for å få lov til å begynne på nytt. Ingen skulle bestemme over meg. Jeg kunne bestemme alt selv! Men så møtte jeg en mann på ferie på Sicilia. Det sa pang; helt ut av det blå. Det var sånn ordentlig kjærlighet ved første blick for begge to. En uke etterpå dro jeg ned igjen og det var virkelig himmel på jord og vi var begge enige om å møtes igjen. Etter en tid skriver han til meg: «det funker ikke, det går ikke, jeg kan ikke, det er for langt og barna og bla bla bla.» Men jeg klarte ikke å glemme han. Det var så utrolig sterkt. Og han speilet meg så. Jeg hadde aldri opplevd lignende. Senere innledet han ett forhold til en annen og da gikk jeg så i kjelleren som jeg aldri noen gang har vært før. Det var ti ganger verre enn etter skilsmissen. Det var så vondt at jeg fikk en voldsom forståelse for andre i lignende situasjoner. Jeg har alltid tenkt at de som tar livet sitt, de er så egoistiske, men for første gang så kjente jeg på at jeg skjønner. Jeg tenkte aldri at jeg ville gjøre det. Men jeg forstod hvor fortvilet de måtte være. Det som holdt meg oppe var troen på at det finnes noe mer mening i dette. Jeg har en genuin tro på at det er en større mening med livet enn å bli født, leve, gifte seg, få barn, jobbe og dø. Og på grunn av den troen så jeg et lys i tunnelen. Jeg skjønnte at det er en grunn for at jeg skal igjennom det her. Det første jeg gjorde var å stille spørsmål til troen min.

Hvorfor, hvis det finnes en Gud eller mening med livet; hvorfor viser han meg noe så vakkert og så bare tar det bort fra meg? Men hvis det ikke skulle være meg og han, så ville jeg være alene.

Så drar jeg og jentene til Kreta på ferie. Og første natten der nede drømmer jeg. Jeg har tidligere hatt mye forvarsler i drømmene mine, men jeg skjønnte ikke det da, jeg bare drømte at jeg møtte igjen han fra Canada og at han holdt rundt meg og sa: «nå har vi bare noen få problemer igjen, så kan vi være sammen igjen.» Når jeg våknet tenkte jeg: det var rart, for det var jo ikke hans ansikt. Men det var hans energi liksom. Men så slo jeg meg til ro med at det måtte jo være han. Så kommer vi på stranden første dagen og da kommer det en mann imot meg. Det er akkurat som om han følger etter meg og er besatt av meg. Jeg tenkte: hva er dette for noe? Jeg snakker jo med Gud hver dag. Det har blitt en følge av at når du er så langt nede at du skjønner at du ikke har kontrollen selv, da skjønner du at det er noe større enn deg selv som driver deg gjennom ting. Det å snakke med Gud, det har gjort til at jeg setter mere ord på det. Så jeg begynte å snakke med Gud inni meg: Hva er dette for noe? Jeg skjønner ingenting! Men så har jeg et sånt mantra inni meg som sier: «It is what it is. It is what it is.» Altså: jeg må slutte å bruke hodet, ikke prøve å forstå, men heller overgi meg og bare se hva som skjer. Og jeg kjente at jeg ble dratt mot han selv. Jeg klarte ikke å motstå. Det skjedde ikke noe, annet enn at vi pratet masse. Og han sa så mye som jeg kjente meg igjen i. Jeg tror jo på tvillingsjeler. At det er mange tvillingsjeler på jorden nå for å hjelpe jorden med å heve bevissthetsnivået og lære menneskene til å leve i ubetinget kjærlighet. Så underveis i samtalen kjenner jeg at jeg må gråte. Jeg fikk bare sagt: jeg må gå, og løper rundt hjørnet og strigråter. Den var en så merkelig følelse. Det traff meg innmari.

Så, siste kvelden, kom han og spiste middag med meg og jentene. Jeg kjente på mye frykt for å gå inn i dette, han var jo mye yngre enn meg, men så er det jo også en del av det med tvillingsjeler; at vi er her for å bryte de vanlige reglene. For sjelen har ingen alder. Den lever jo bare liv etter liv og er helt fri. Senere dro jeg ned igjen og besøkte han i en uke. Da var det bare enda flere bekreftelser på at dette var riktig. I desember kom han på besøk til meg i Norge og vi hadde det kjempesjener. Men noen dager etterpå så får jeg panikk og sender han en lang melding. Så fikk han panikk og skrev at han trengte tid.

Da gikk det opp for meg hvorfor jeg hadde blitt så redd når jeg møtte han på Kreta første gangen; for sjelen min visste at med dette møtet kom det til å følge mere smerte med. Du skjønner; det med tvillingsjeler handler om å speile hverandre og på den måten grave frem alt. Jeg sier ikke at jeg er helt ferdig enda, men nå er jeg veldig der at jeg ikke kan styre dette her. Dette er det noe annet som styrer. Jeg vil jo kontrollere jeg og. Altså: hvorfor svarer han ikke? Men nå så klarer jeg å la være å kontrollere. Og nå så er jeg ikke sint eller skuffet for jeg skjønner at han også har det vondt, at han også må ned i kjelleren og kjenne på følelsene sine. Jeg har ingen frykt lenger for nå vet jeg at dette er et hellig forhold. Fra jeg møtte han til nå nyttår, så hadde jeg en veldig energi. Jeg følte meg frisk.

Men selv om tankene og følelsene kan være høyt oppe, så henger kroppen etter, føler jeg. Den er veldig sliten etter alt jeg har gått igjennom og klarer ikke å generere de kreftene den trenger. Det hjelper akupunktøren med meg. Også har jeg hatt mye problemer med magen helt siden jeg var liten. Min erfaring er at når magen ikke er i orden, så påvirker det humøret. Hun ser helheten fordi hun henger kroppen og følelsene sammen. Jeg ser på meg selv som et veldig mildt og snilt vesen. Men når akupunktøren så på tungen min så sa hun: «oi, her var det mye sinne.» Eehh, hææ, liksom, svarte jeg. Men så, da jeg satte meg i bilen etterpå, da fikk jeg et så raserianfall. Jeg bare skrek og skjelte ut advokaten min som hadde avlyst et møte og hylte i bilen. Da tenkte jeg på akupunktøren: satte hun i gang dette her eller? Jeg tror at når jeg begynte å skrike, så kom alt det undertrykte ut. Alt sinne for eksmannen min. Hun ser det jo og kjenner det, altså hun er jo helt utrolig sånn, hun kjenner på pulsen og ser på tunga også har hun stukket noen nåler på det med følelser igjen, også har det kommet en foss av tårer etterpå. Så ja, akupunkturbehandlingen kan sies som å stikke hull på ballonger. Jeg kan uten tvil si at hun har hjulpet meg.

Jeg følte meg jo ikke deprimert, men jeg var syk. Jeg var skikkelig syk i kroppen min. Og jeg var nok deprimert, men mer i den retning av at det var så overveldende mye. Det med skilsmissten, jobben, barna. Ikke at jeg følte at jeg ikke skulle takle det, men jeg var så sliten. Så sliten at kroppen ikke ville bære meg. Jeg følte at det var kroppen som gjorde meg deprimert. Og jeg sa det jo til legen. Jeg er ikke deprimert. Det er noe i kroppen min som ikke fungerer.

Ja, jeg blir lei meg, men det er motsatt; jeg blir lei meg fordi kroppen ikke vil. Men han skrev jo hele tiden på sykemeldingen at det var depresjon. Tilslutt viste tester at jeg hadde ME (myalgisk encefalomyelitt/kronisk fatigue) og blodprøvene viste B12 mangel. Tilførsel av B12 sprøyte hver tredje dag følte som om å få livet i gave på nytt. De hadde jeg utrolig god respons på og det fortalte meg at det ikke bare er psyken, men at det er noe i kroppen som ikke fungerer som det skal. Det er komplekst. Alt henger sammen. Det er ikke bare følelsene eller kroppen. Men alt henger sammen. Også det åndelige.»

Videre tolkning av Maria sin historie vil også foregå i lys av Kvale & Brinkmann (2017) sine analysekontekster:

4.5 Selvforståelseskonteksten, tolket ut ifra Maria sin historie:

Maria uttrykker at det er erfaringene i livet hennes som er hennes største læremester. Hun uttrykker dette ved å si at det er gjennom alle nedturene hun har erfart og vokst mest. Maria opplever at livet har vært en «berg og dalebane» hvor hun har blitt ført inn i dyp sorg, smerte og fortvilelse. I slike opplevelser går hun ned i «kjelleren.» Maria formidler at det er så sterke opplevelser, det å kjenne på sorgen og smerten, at det føles ut som om egoet hennes dør. Da klarer hun ikke å styre livet sitt, forteller hun. Hun må overgi seg til noe som er større enn henne selv. Dette kaller hun for sin Gud. Når Maria henvender seg til sin Gud vet hun ikke hvor veien går videre. Hun må gi slipp på forventningene om hvordan det skal være. Hun sier at hun har vært nede i «kjelleren» flere ganger. Og for hver gang hun trodde hun var ferdig så kommer det frem eller opp noe nytt som fører henne ned i sorgen og fortvilelsen igjen. «Men det er jo ikke en sånn depresjon hvor man tenker at det er ikke noe håp lenger. Det er mer en anerkjennelse av at jeg må ned dit for å finne lys i mørket igjen,» formidler Maria.

Maria har vært gjennom en skilsmisse den senere tiden, men uttrykker at hun etter det følte seg sterk og klar for å begynne på nytt. Maria formidler ulike kjærlighetshistorier. Kjærlighetshistoriene er erfaringer som påvirker Maria i stor grad. Hennes opplevelse er at disse erfaringene er en av årsakene til hennes depressive lidelse. Hun forteller at hun ble forelsket ved første blick i en mann hun møtte på ferie.

Mannen speilet henne slik hun aldri før hadde opplevd at noen tidligere hadde gjort. Men kort tid etter gav han uttrykk for at avstanden ble et problem og at han hadde truffet en annen. Maria reagerte på nytt ved å gå i «kjelleren.» Hun forklarer selv at den opplevelsen av sorg og smerte var ti ganger verre enn etter skilsmissen. I den erfaringen av sorg og smerte får Maria en sterk forståelse av andre. Hun sier at hun alltid har tenkt at de som tar livet sitt er egoistiske, men nå kunne hun lettere forstå hvor fortvilet de måtte være. Selv uttrykker hun at hun aldri tenkte på å ta sitt eget liv, men at hun i den erfaringen stilte spørsmål til troen sin. «Hvorfor, hvis det finnes en Gud eller mening med livet, hvorfor viser han meg noe så vakkert og så tar han det bort fra meg?» Det som holdt Maria oppe var hennes opplevelse av at det er en større mening med livet. Hun opplevde selv at det var en grunn til at hun nok en gang skulle igjennom denne sorgen, smerten og fortvilelsen. På grunn av den troen så hun lysere på tilværelsen.

En tid senere drar Maria på ferie igjen. Den første natten drømmer hun mye. Maria uttrykker at i drømmen møter hun igjen mannen fra Canada og at han holder rundt henne og sier at de skal være sammen igjen. Maria formidler også at hun husker at hun syntes det var en rar drøm, men at hun ofte får forvarsler i drømmene sine. Maria ble fortrolig med seg selv om at drømmen handlet om mannen fra Canada. Helt til hun på stranden, på ferien, møter en ny mann. Maria sin opplevelse er at mannen følger etter henne og nærmest er besatt av henne. Maria snakker nok en gang med sin Gud: «hva er dette for noe?» Svaret Maria kommer frem til er et mantra som hun bærer inni seg: «it is what it is.» Hennes opplevelse er at hun må slutte å prøve å forstå, men heller overgi seg og se hva som skjer. Maria opplever å bli dratt mot denne mannen. De to prater mye sammen på turen. Hennes opplevelse er at han speilet henne akkurat som mannen fra Canada. Maria gir uttrykk for at hun fikk mange bekreftelser på at han var hennes tvillingsjel. Dette gjennom at han speilet henne og forstod henne og viste henne hva betingelsesløs kjærlighet kunne være. Mannen var yngre enn Maria, men alderen hadde ingen betydning i den betingelsesløse kjærligheten. Maria forstår det som at dette er mannen i drømmen. At drømmen var et forvarsel om at det var den her mannen hun skulle møte på tur. Det underbygget også hennes tro på at det eksisterer tvillingsjeler som skal lære hverandre å leve i ubetinget kjærlighet. Likevel kjente Maria på frykt, spesielt med tanke på aldersforskjellen.

Hun velger å konfronterer han med sin frykt og som en reaksjon får han panikk og formidler at han ønsker mer tid. Maria sin opplevelse er at hun ønsker å kontrollere utfallet av forholdet. Hun vil aller helst vite hvor veien går videre, men forstår at han også har det vondt og må stå i sine følelser.

Maria uttrykker at hun hadde en veldig energi i møte med denne mannen. Hun sier selv at hun følte seg frisk når de var sammen, men utdyper videre at selv om tankene og følelsene er høyt oppe, så føler hun at kroppen henger etter. Hun er sliten etter alt hun har erfart. Her kommer akupunktøren inn. Maria sin opplevelse er at akupunktøren ser denne helheten. I møte med akupunkturbehandling formidler Maria at hun erfarer endringer og reaksjoner. Hun har kjent på raseriutbrudd til tross for at hun opplever seg selv som et mildt vesen. Dette overrasket Maria, da hun ikke trodde at hun hadde så mye sinne i seg. Maria sin opplevelse i ettertid er at sinnet har vært undertrykt fra tiden med eksmannen. Akupunkturbehandling fikk sinnet frem. Dette uttrykker Maria gjennom å formidle at hun gjentatte ganger har kjent på en foss av tårer eller sinne etter behandlingene.

Maria uttrykker en tvetydig opplevelse av det å være deprimert. Hun føler seg ikke deprimert. Likevel var hun deprimert, sier hun. Hennes opplevelse av sin depresjon er at hun følte seg skikkelig syk i hele kroppen, men at hun ikke var deprimert fordi hun hele tiden følte at hun skulle takle dette. Hun sier at hun følte at det var kroppen hennes som gjorde henne deprimert. Hun blir lei seg fordi kroppen ikke vil eller orker. Maria får en bekreftelse av denne opplevelsen av sin depresjon, gjennom at hun følte seg sterkere etter at hun fikk gjenopprettet en vitaminubalanse. Hun følte det som å få livet i gave på nytt. For Maria ble det en bekreftelse på at det ikke bare var psyken som var i ubalanse, men også kroppen. Alt henger sammen, formidler Maria.

4.6 Forskerens kritiske forståelse av Maria

Maria forteller at hennes opplevelser og erfaringer i livet er hennes største læremestre. Erfaringene hun velger å snakke om er de erfaringene som kommer frem i kjærlighetshistoriene hun formidler.

Maria forteller at hun har gått i kjelleren etter hvert tap av kjærlighet fra de mennene i livet sitt som hun har elsket. Eksempelvis når Maria opplevde at mannen fra Canada ikke lenger ønsket å møte henne. I lys av dette eksempelet velger jeg å tolke det dit hen at Maria kan gå i kjelleren fordi hun kjenner på sorg, sinne og fortvilelse på bakgrunn av at hun blir avvist. Gjennom sorgen, sinnet og fortvilelsen opplever hun å måtte gi slipp på det å ha kontroll over sitt eget liv. Jeg forstår at det er i disse følelsesmessige utfordringene hun opplever at hun ikke kan kontrollere utfallet av kjærligheten eller kontrollere i hvilken retning livet hennes går videre. Det å oppleve kjærlighet fra noen man elsker kan være en viktig ressurs til å støtte Maria gjennom livets utfordringer. Når Maria mister denne ressursen så kan hun miste en opplevelse av mening, tolker jeg. Opplevelse av mening er en viktig ressurs i et helsefremmende perspektiv. Tapet av kontroll kan ytterligere forsterke tapet av mening og påvirke opplevelsen av å gå så voldsomt ned i kjelleren. Dette tolker jeg på bakgrunn av at Maria sier at hun går så langt ned i kjelleren at egoet hennes dør og at det er nettopp da hun opplever at hun ikke kan kontrollere noen ting lenger.

Sorgen, sinnet og fortvilelsen hun kjenner på i slike opplevelser har også gitt henne erfaringer som hun har vokst på. Maria formidler at hun i de tunge stundene hengir seg til noe som er større enn henne selv. Jeg opplever at Maria finner en større mening med livet gjennom hennes tro på Gud. Denne troen gir henne en opplevelse av sammenheng selv når kjærligheten ikke er meningsfull lenger. Maria forteller at hun også erfarer bedring når akupunktøren møter henne på sorgen og fortvilelsen hun kjenner på når hun er i kjelleren. Min tolkning av Maria sin erfaringsbaserte kunnskap er at Maria sin tro er en ressurs i livet som har hun tilgjengelig selv i vanskelige stunder og som hjelper henne til bedring. Til tross for tapet av kjærlighet, så har Maria god hjelp og nytte av å henvende seg til sin Gud og hun har god hjelp og nytte av å bli møtt i følelsene sine fra akupunktørens anerkjennelse. I lys av dette tolker jeg det til at jo flere tilgjengelige ressurser, jo bedre evne til å takle og bearbeide ulike livsopplevelser. Derav kan Maria vokse på bakgrunn av sine erfaringer. Akupunktøren blir en ressurs, akkurat som Maria sin tro på en større mening med livet er en ressurs. Disse ressursene er derfor med på å hjelpe Maria til å finne meningsfulle faktorer i livet sitt som igjen fremmer bevegelse i Maria sin helse.

Maria poengterer at det ikke er en alvorlig depresjon hun opplever. Maria selv ser på den dype sorgen og smerten hun har kjent på som en av de underliggende årsakene til depresjonen. Jeg tolker det dit hen at den depressive opplevelsen er et uttrykk for sorg, smerte og fortvilelse. Dette tolker jeg basert på at hun sier at det ikke dreier seg om en depresjon hvor det ikke er håp, men at depresjonen er en anerkjennelse av at hun må ned i kjelleren for å finne lys i mørket igjen. Maria selv sier at disse følelsene er et nødvendig onde for å bli bedre. Maria forteller at hun får hjelp av akupunktøren til å uttrykke følelsene når hun er i kjelleren. Dette ved at nålene utløser både sinne og tårer. «Det kan sies som å stikke hull på en ballong.» Da har Maria kjent på en foss av tårer i etterkant. Maria gir uttrykk for at akupunktøren har hjulpet henne med å forløse følelser. Jeg tolker det som at Maria har kjent at sorg og sinne lettere har blitt forløst gjennom akupunkturbehandlingen og på den måten har akupunktur vært til hjelp og nytte.

Jeg forstår det som at det er når Maria er i følelsene sine at hun lettere kan finne en mening med og en forståelse av sin depresjon. Når Maria er i kjelleren og erfarer å miste kontrollen, da opplever Maria at det må være noe som er større enn henne selv som driver henne igjennom det. Opplevelsen av en større sammenheng i livet driver henne igjennom sorgen og smerten, opplever jeg. I lys av Maria sine erfaringer så tolker jeg det til at depresjonen blir en erkjennelse av at Maria må erkjenne sine følelser for å kunne få økt forståelse av sin livsverden. Jeg tolker det til at depresjonen er en del av hennes livsverden. For å fremme helse må Maria erkjenne sine følelser som ligger til grunn for sin depresjon. Dette hjelper akupunktøren henne med.

Maria forteller at hun også erfarer en kroppslig opplevelse knyttet til sin depresjon. Hun får bekreftet dette gjennom blodprøver som viste vitaminmangel. Etter injeksjoner med vitamintilførsel erfarte Maria det som å få livet i gave på nytt. Det bekreftet hennes opplevelse av at depresjonen ikke bare var psykisk, men at kropp og psyke henger sammen. Jeg tolker det til at Maria sin opplevelse av hjelp og nytte for sine depressive symptomer var sammensatt av flere perspektiver.

Det å anerkjenne både kroppslige og psykiske ubalanser har vært til hjelp og nytte. Maria formidler at akupunktøren møter henne på denne helheten av hvordan kropp og psyke henger sammen. Akupunkturbehandlingen har derav anerkjent Maria sine opplevelser.

Maria forteller at akupunktøren ser på depresjonen som en følge av alle de totale opplevelsene hun har vært igjennom. Ved at akupunktøren fokuserte på både kropp og psyke førte det til at Maria ble møtt med en helhet. Akupunktøren sin anerkjennelse av Maria sine følelser og Maria sin kroppslige utmattelse hjelper Maria til å forstå sin livsverden og kan på bakgrunn av den anerkjennelsen oppdage nye måter å håndtere sine opplevelser på. Akupunktøren blir en ressurs som hjelper Maria til å stå i sine reaksjoner. Jo større mangfold av og flere tilgjengelige ressurser Maria har, jo bedre mulighet har hun til å takle og bearbeide de ulike livsopplevelsene. Akupunkturbehandlingen har derav vært til hjelp og nytte i Maria sin opplevelse av sin depressive lidelse. Dette fordi akupunktøren blir en slik ressurs som hjelper Maria til å takle de ulike livserfaringene sine.

Som en følge av opplevelsen av en større sammenheng i livet gir Maria slipp på behovet for kontroll, slik jeg oppfatter det. Eksempelvis når Maria sier til seg selv at hun må slutte å bruke hodet og slutte å prøve å forstå hvorfor disse kjærlighetsbruddene skjer. I en indre dialog med Gud opplever hun en større mening gjennom sin tro på at det som skjer, det skjer av en grunn. Selv om hun ikke forstår hvorfor i den gitte opplevelsen, så tror Maria at meningen vil komme for en dag. Hennes opplevelse av mening og tro på en større sammenheng er ressurser som hjelper Maria til å forstå sin smerten, sorg og fortvilelse i et større perspektiv. Et annet eksempel er nå Maria møter en ny mann på ferie. Maria formidler at hun blir dratt mot denne mannen. Hun sier at det var en større makt som påvirket henne. Maria gir her slipp på kontrollen og hengir seg til sin tro på en større sammenheng i livet og dette møtet med mannen. Maria erfarer videre at mannen er hennes tvillingsjel og at han har kommet for å vise verden at kjærlighet er betingelsesløst. Dette tolker jeg på bakgrunn av at Maria forteller at han speilet henne. Gjennom å speile henne møter mannen Maria sine følelser og anerkjenner de, slik jeg forstår det. Maria opplever en stor kjærlighet til denne mannen. Disse erfaringen kan gi Maria tillit til at hun skal følge i stedet for å kontrollere. Hennes opplevelse kan derav forsterke hennes tro på en større mening med livet.

På bakgrunn av det tolker jeg det til at troen på en mening med livet og opplevelsen av en større sammenheng i livet har hjulpet Maria med å håndtere tapet av kontroll i sin livsverden.

Til tross for tap av kontroll så føler Maria frykt og velger å konfrontere mannen med sin frykt. Jeg tolker dette til et vendepunkt i Maria sin historie. Dette tolker jeg på bakgrunn av at hennes tro på at kjærligheten fører henne dit hun skal endrer seg til at hun nå forsøker å kontrollere utfallet. Maria veksler mellom det å overgi seg helt til en større kraft og en større mening med livet, til å ville kontrollere følelsene sine og utfallet av forholdet. Jeg tolker dette vendepunktet som en reaksjon på at Maria ha blitt anerkjent i sine følelsesmessige reaksjoner. Det å bearbeide følelser kan føre til et endret syn av sin livsverden og derav økt opplevelse av kontroll. Anerkjennelsen har akupunktøren hjulpet henne med. Når den nye mannen kommer inn i livet til Maria så vil også han være en resurs for Maria til å endre sin opplevelse av sin livsverden. Det at mannen speilet henne og akupunktøren møtte Maria i hennes totale livsverden kan derav ha generert flere motstandsressurser hvorpå hennes opplevelse av kontroll kan ha endret seg. Maria sin opplevelse av at det er når hun er i kjelleren hun lærer kan også ha gitt Maria økt kontroll. Dette gjennom å utvikle en erfaring og en forståelse av at han også må ned i kjelleren og kjenne på sine følelser for at de to skal kunne ha det bra sammen. Derav kan Maria ta kontroll over forholdet, nettopp i den tro på at forholdet vil gjenopptas når mannen har bearbeidet sine følelser. Dette tolker jeg på bakgrunn av at hun forteller at hun ikke har frykt lenger og at hun uttrykker at hun fortsatt har troen på at dette er et hellig forhold. I lys av disse erfaringene tolker jeg at Maria er bedre av sin depressive lidelse. Maria har større kontroll i livet sitt gjennom egne erfaringer, troen på en større mening med livet samt en opplevelse av sammenheng i livet. Maria sine erfaringer av å bli møtt i sin livsverden, både gjennom mannen som speilet henne og av akupunktøren som anerkjente henne, har derfor vært til god hjelp og nytte.

I Maria sin opplevelse av smerte, sorg og fortvilelse, så opplever hun en endret forståelse av andre. Maria har gjentatte ganger måttet gå ned i kjelleren, forteller hun. Den andre gangen hun gikk i kjelleren, så gjorde det ti ganger vondere. Så vondt at hun fikk forståelse for de som velger å ta livet sitt. Sorgen og smerten har her endret hennes forståelse. Maria uttrykker det gjennom å si at: «det er ingenting man lærer så mye av som egen erfaring.» Det å endre en oppfatning krever derfor at Maria setter sin egen forforståelse til sides. Hun må ydmyke seg under den andre, slik jeg tolker det. Det at hun ydmyker seg under den andre tolker jeg gjennom at hun erkjenner at hun kan forstå deres valg.

Dette gjør henne sårbar og krenkbar. Det at hun er sårbar og krenkbar tolker jeg ut i fra at Maria stiller spørsmål til sin tro når hun opplever å være så dypt nede i kjelleren. Kunne det fortsatt finnes en Gud når alt det verdifulle ble tatt fra henne? Likevel erfarer hun at det er en grunn til at hun skulle igjennom denne smerten. I lys av å endre sin forståelse, så opplever jeg at Maria på nytt finner troen på at det er en større mening med livet. Akupunktøren hjelper Maria til å håndtere følelsene i denne forståelsen gjennom å anerkjenne opplevelsen. Anerkjennelsen vil således føre til en endring av Maria sin opplevelse av seg selv. I lys av problemstillingen tolker jeg det dit hen at Maria sine erfaringer og Maria sin tro på at det finnes en større mening med livet har vært til hjelp og nytte i Maria sin depressive lidelse. Dette i lys av at Maria har blitt anerkjent i sine opplevelser, slik at Maria har kunnet bearbeide sin forståelse av andre og seg selv. I lys av problemstillingen forstår jeg at akupunkturbehandlingen har vært til hjelp og nytte gjennom å møte Maria på hennes forståelse av sin livsverden.

Påfølgende vil jeg kort oppsummere en tolket helhet gjennom to plott som henviser til de funn og kategorier som vil bli drøftet videre i diskusjonen.

4.7 Toril sin historie til et hovedplott:

Toril spiller hovedrollen i hennes historie om hvordan akupunkturbehandling har vært til hjelp og nytte for hennes depressive lidelse. Det er flere aktører og faktorer med i Toril sin historie; Toril sine erfaringer med leger og helsevesenet, akupunktøren, andre behandlingsmetoder som psykologhjelp, bruk av medisin og Toril sin opplevelse av å formidle.

Hovedplottet synes å være Toril sitt opplevelse av at akupunktøren reddet livet hennes. Ut i fra min kritiske forståelse erfarer jeg at Toril opplever å bli møtt i hele sin livsverden, både fysisk og psykisk, gjennom akupunkturbehandlingen. Nålene fremprovoserte Toril sine følelser hvorpå akupunktøren anerkjente de. Summen av alle delene i Toril sin livsverden utgjør en større helhet og blir tyngden av funn i studien. Min kritiske forståelse er at Toril har blitt anerkjent for denne helheten. En viktig forutsetning for at Toril har kunnet bearbeide følelsene sine.

Jeg opplever at akupunkturbehandlingen har vært til hjelp og nytte. Videre vil derfor anerkjennelse i bedringsprosessen være et grunnlag for diskusjon. Dette med henblikk på recoveryorientert praksis.

4.8 Maria sin historie til et hovedplott:

Maria spiller hovedrollen i sin historie sammen med ulike menn som har hatt stor påvirkning på Maria sitt liv. Maria selv uttrykker at det er følelsene hun har måttet kjenne på i de ulike erfaringene i kjærlighetshistoriene som har påvirket hennes opplevelse av en større mening med livet og opplevelse av sammenheng i livet. Dette på bakgrunn av at når Maria har vært i kjelleren, så har hun selv kjent at det å måtte stå i følelsene sine har vært en anerkjennelse av depresjonen. Det er nettopp når hun er i følelsene sine at hun endrer sin forståelse av andre og seg selv. Akupunktøren hjelper henne til å få frem følelsene og anerkjenner de. Maria opplever også at kropp og psyke henger sammen. Maria ser på nålene som at de utløser både sinne og tårer. Akupunktøren, men også de ulike mennene i livet hennes, har så anerkjent hennes følelser og derav hjulpet henne med å bearbeide de. Gjennom å bli anerkjent for sine opplevelser så har det gitt Maria støtte som har hjulpet henne til å vokse gjennom sine erfaringene. På den måten har akupunkturbehandlingen vært til hjelp og nytte i Maria sin opplevelse av depresjon og opplevelse av sin totale livsverden. Opplevelse av mening, i lys av opplevelse av sammenheng, spiller derfor en større rolle i diskusjonen. Likeledes hennes opplevelse av kroppslige erfaringer samt det å bli anerkjent i sin totale livsverden.

5 Diskusjon

Dette kapittelet vil belyse funn på bakgrunn av det som kommer frem i analysen. Den siste fortolkningskonteksten, teoretisk forståelse, vil vise seg her i diskusjonen der meningene fra selvforståelseskonteksten og forskerens kritiske forståelse, vil bli diskutert i lys av teoretisk forankring. Hensikten med diskusjonen er nettopp å drøfte studiens funn i lys av den teoretiske referanserammen. Hvorvidt den teoretiske referanserammen harmonerer med studiens beskrivelser og funn fra historiene til Toril og Maria vil videre vise seg her. Hensikten med studien er å utvikle ny kunnskap på bakgrunn av erfaringene som kommer frem i analysen. Det forskningsspørsmålet studien forsøker å besvare er hvordan beskrives hjelp og nytte i møte med akupunktur mot depressive symptomer.

I lys av funnene vil det bli diskutert tre følgende temaer: Anerkjennelse i et recoveryperspektiv, betydningen av en større mening med livet i lys av den salutogene modellen samt kroppens fenomenologi i møte med depressive symptomer.

5.1 Anerkjennelse i et recoveryperspektiv

Begge fortellingene handler om livssituasjoner preget av sorg, sinne og fortvilelse i bevegelse på et helsekontinuum. Med helsekontinuum menes grader av helse, hvor fullstendig helse og fullstendig sykdom er ytterpunktene (Antonovsky, 2013). Det vestlig medisinske helseperspektivet er i all hovedsak basert på tanken om at det er en grunnleggende dikotomi mellom friske og syke mennesker. I følge den salutogene modellen er denne dikotomien et lite hensiktsmessig utgangspunkt, da vi alle er døende og vi alle er friske så lenge det finnes liv i oss i en eller annen grad. Derav handler det om å fremme bevegelse i et kontinuumet gjennom å finne ut hvor hver enkelt person befinner seg til enhver tid (Antonovsky, 2013). Recovery støtter teorien til den salutogene modell da utgangspunktet er at bedring i et helseperspektiv er en sosial og personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene problemet kan medføre (Borg et al, 2013). Målet er at vi skal oppleve et meningsfylt liv uansett hvor på kontinuumet vi befinner oss.

For Toril og Maria er derav utgangspunktet for bevegelse i deres helsekontinuum deres opplevelse av å måtte forholde seg til følelsene sine og det å uttrykke de. Maria forteller dette gjennom å si at hun gjentatte ganger har erfart å måtte gå ned i kjelleren for å kjenne på følelsene sine. Det å stå i følelsene sine ble for Maria en anerkjennelse av sin depresjon som igjen fremmet hennes helse. Toril formidler at hun har følt seg undertrykt gjennom å være delt opp i biter i helsevesenet. Når hun kom til akupunktøren og akupunktøren møtte hele Toril gjennom å spørre om hele hennes livsverden, fikk Toril en ny opplevelse av seg selv som åpnet opp for å uttrykke både følelser og språk. I et recoveryperspektiv vil derav Toril og Maria sin bedring være en følge av deres personlige prosess i oppdagelsen og bearbeidingen av deres følelser. Denne prosessen underbygges av tradisjonell kinesisk medisin (TKM) sitt teorigrunnlag. I følge Maciocia (2009) har all depresjon sitt utgangspunkt i en leverstagnasjon og påpeker at leveren kan bli stagnert som følge av emosjonelle påvirkninger. Som en følge av det blir det viktig å tolke emosjoner og våre reaksjoner helhetlig og ikke separere følelsene fra kroppen (Rossi, 2007). På den måten sier også TKM at det er viktig å finne frem til hvor Toril og Maria er. Hvilke følelsesmessige opplevelser de tidligere har erfart samt opplever nå. Hammer (2005) underbygger dette gjennom å si at samtalen og omsorgen akupunktøren gir vil i mange tilfeller være veldig viktig for behandlingseffekten pasienten opplever. Det er derfor viktig for behandleren å gi omsorg og lytte i tilfeller hvor pasienten presenterer symptomer på depresjon (Hammer, 2005). Dette sees i lys av et recoveryperspektiv som vektlegger hvilke omgivelser som kan støtte bedringsprosessen deres, nettopp fordi de sosiale og materielle betingelsene kan fremme eller hindre personens bedringsprosess (Karlsson & Borg, 2013). Med sosiale betingelser og hvilke omgivelser som støtter bedring, så vil recovery kunne underbygge akupunktørens rolle i Toril og Maria sin bedringsprosess. I akupunkturbehandling av depresjon kan derav samtalen med akupunktøren være vel så viktig som nålene som blir satt.

Innledningsvis henviser denne studien til Pat Deegan (1996) og hennes brukererfaring. Hun sier at første steget mot å overvinne undertrykkelse er å gi uttrykk for den. Evnen til å kunne uttrykke følelsene våre avhenger av anerkjennelse i prosessen.

For Toril viste dette seg gjennom muligheten til å gi tydelig uttrykk for tidligere innestengte følelser og opplevelser av overgrep hun hadde vært utsatt for. Toril sin opplevelse av sin depresjon er nettopp disse innestengte følelsene. Maria forteller også om følelser som en årsak til sin depressive lidelse. For Maria var det kjærlighet som hun ikke kunne kontrollere utfallet av og som derav utløste sorg og smerte. Anerkjennelsen av akkurat Toril og Maria sine opplevelser og verdighet kan påpekes at står sentralt i akupunktørens handlingsvalg i møte med de.

Schibbye (2009) forklarer at det å lytte er en åpning for at mennesker skal kunne finne egne ord for å beskrive sine opplevelser. Det å lytte er derfor en forutsetning for forståelse og forståelse er en forutsetning for aksept. I denne studien viser det seg gjennom det personlige forholdet mellom akupunktøren og Toril og akupunktøren og Maria. Dette ved at både Toril og Maria opplever at sorg og sinne forløses etter akupunkturbehandlingen. Toril formidler det slik: «Jeg har jo erfart i alle disse årene at når jeg har grini ut det som til enhver tid kommer til overflaten med akupunkturen, ja da letter det. Depresjonen lettet for hver gang. For depresjonen har jo egentlig vært en sorg.» Maria formidler det slik: «Hun ser helheten fordi hun henger kroppen og følelsene sammen (...) Jeg ser på meg selv som et veldig mildt og snilt vesen. Men når akupunktøren så på tungen min så sa hun: `oi, her var det mye sinne.` (...) Eehh, hææ, liksom, svarte jeg. Men så, da jeg satte meg i bilen etterpå, da fikk jeg et så raserianfall.» Dette viser funn hvor akupunktøren sin anerkjennelse av både de fysiske og følelsesmessige utfordringene, fikk Toril og Maria til å uttrykke alt det innestengte. Anerkjennelsen som akupunktøren møter Toril og Maria med er en anerkjennelse av det indre. Med det mener jeg en holdning som inkluderer empati, forståelse og aksept. Det skaper en atmosfære av trygghet og tillit. En gjennomgående ide i Schibbye (2009) sin forståelse er nemlig at mennesker trenger trygghet for å kunne utforske smertefulle følelser. Hun forklarer dette slik: «I en relasjon hvor terapeuten er emosjonelt tilgjengelig, blir det mulig for klienten å konfrontere smerte og angst, og på den måten endre utrygge tilknytningsmønstre» (Schibbye, 2009, s. 256). Hun presiserer at anerkjennelse handler om en holdning som er genuin, uten fordommer og ingen bestemte konklusjoner i møtet med den andre. I følge Schibbye (2013) er ikke dette en teknikk man følger, men en metode i det hun kaller «veien å gå.»

Det utfyller Toril sin opplevelse av at hun for hver behandling har kjent på reaksjoner. Reaksjoner som det har tatt tid å få frem og tid å bearbeide. «Det er akkurat som om hun finner tak i ballonger inni meg som er fylt av tårer, av sinne, sorg, savn og av skamfølelser. For jeg har jo bare grini siden 2011, men nå er jeg frisk! (...) Akupunktøren har tømt kroppen min for skamfølelse. Det er en lettelse, en ubeskrivelig og ufattelig lettelse.» Maria formidler sin bedring gjennom å påpeke at akupunktøren ser og kjenner hvordan hun har det. «Hun ser det jo og kjenner det, altså hun er jo helt utrolig sånn, også har hun stukket noen nåler på det med følelser igjen, og når jeg har ligget der så har det kommet en foss av tårer liksom, eller etterpå. Så jeg kan uten tvil si at hun har hjulpet meg.» I lys av studiens funn opplever både Toril og Maria et helsefremmende kontinuum gjennom å få muligheten til å uttrykke følelsene sine. Dette på bakgrunn av akupunktøren sin anerkjennelse av Toril og Maria sine opplevelser.

Artikkelen til Hopton et al (2014) underbygger hvordan Toril og Maria erfarer det å bli anerkjent for sine opplevelser og hvordan anerkjennelsen har vært til hjelp og nytte. Hopton et al (2014) undersøkt 52 deltakere og deres opplevelser av effekt av akupunktur mot depresjon satt opp imot tradisjonell samtaleterapi. Artikkelen sin hovedkonklusjonen var at etablering av et terapeutisk forhold, samt pasientenes aktive engasjement i selve behandlingen, var de viktigste faktorene for langtidseffekt i en bedringsprosess. Dette fordi pasientene ble deltakende i sin egen bedringsprosess. Dette teorigrunlaget påpeker nødvendigheten av et terapeutisk forhold for at akupunkturbehandlingen skal være til hjelp og nytte. Artikkelen underbygger derav også TKM sitt teorigrunnlag angående samtalens viktighet. Anerkjennelse fra akupunktøren vil derav fremme en bedringsprosess, slik artikkelen påpeker og som kommer frem som funn i Toril og Maria sine historier.

I lys av studiens funn er min forståelse at det er gjennom å følge den andre vi kan prøve å forstå. Maria sin fortelling beskriver det slik: «Det har virkelig vært en berg og dalebane. Det har vært dager hvor jeg har følt himmel på jord, men så er det noe nytt som kommer opp og som jeg har måttet igjennom.» Min forståelse er at bevegelse i et helsekontinuum kan gå langsomt for noen, eller for andre skje raskt. På bakgrunn av det må terapeuten undre seg over hvordan den andres indre opplevelsesverden kan arte seg.

Tiden til å anerkjenne den andres opplevelser og livsverden er derav nødvendig for å kunne fremme helse. Martinsen (2013) underbygger det å ha «tiden til» gjennom sin forståelse av hjelperollen: «For tiden er ute når hjertet stanser, ikke når klokken stanser. Det problematiske er imidlertid at klokken er blitt lik med helsevesenets rom.» (Martinsen, 2013, s. 372). Med anerkjennelse som en prosess i lys av funnene opplever jeg at tid blir en viktig forutsetning for å kunne anerkjenne Toril og Maria sine erfaringer. Min forståelse er at akupunktøren innehar tiden til å møte Toril og Maria.

Dette kan underbygges som viktig i lys av recovery. Recovery har de beste vilkår i håpefulle og støttende omgivelser (Helsedirektoratet, 2014, s. 39). Karlsson og Borg (2017) viderefører recoverybegrepet gjennom å si at alt liv er relasjonelt. De påpeker at sinnet vårt formes av alle relasjonene vi lever i her og nå, men også de relasjonene vi har hatt igjennom livet. Dette trer frem som funn eksempelvis i Toril sin skamfølelse og Maria sin kjærlighetssorg der innestengte erfaringer aktiviseres i øyeblikkelige og spontane kontekster; her i møte med anerkjennelse fra akupunktøren. Med det påpeker Karlsson & Borg (2017) at mennesker utvikler seg og dets sinn i møte med den andre. Det er med andre ord gjennom kontekstuelle forhold at vi kan tenke og formidle våre erfaringer. Derav forlater recovery et skille mellom kropp og sjel, men anser mennesket som sammenvevd av fysiske og psykiske opplevelser. Denne helheten argumenterer for at vi er forskjellige i hvordan vi reagerer på bakgrunn av hvilke relasjonelle erfaringer vi har med oss eller befinner oss i. Det er nettopp denne anerkjennelse av denne annerledesheten som er den relasjonelle kjernen i recovery. Å gi og få respons blir avgjørende, forklarer Karlsson & Borg (2017). I lys av studiens funn blir akupunktøren denne sosiale støtten til Maria og Toril.

Akupunktøren, slik jeg forstår funnene i studien, setter ingen krav til mennesket Toril eller mennesket Maria, men skaper en relasjon de imellom som igjen skaper et grunnlag for Toril og Maria til å utforske sine erfaringer og følelser.

Oversiktsartikkelen til Smith et al (2010) viser at det er en generell interesse fra samfunnet angående bruk av selvhjelp og komplementære terapier for depresjon. Oversiktsartikkelen til Ernst et al (1998) setter, i likhet med artikkelen fra 2010, søkelyset på hvordan komplementære terapier, enten via behandling og eller forebygging,

kan bidra til en opplevelse av helhet for pasienten. Dette gjennom å tilfredsstillende en etterspørsel som ikke oppfylles gjennom rammebetingelsene i tradisjonell medisin. En annen viktig årsak, forklarer artikkelen, er at komplementære og alternative behandlinger blir sett på som mindre autoritære og gir pasienten mer kontroll. Satt opp imot Toril sin erfaring stemmer artiklene overens med funn om at Toril følte seg fragmentert i helsevesenet. Ingen i helsevesenet hadde sett hele henne. Hun sier selv at hun ble delt opp i biter. Toril opplevde at akupunktøren derimot møtte henne i hennes totale livsverden. Hun så hele meg, forteller Toril. Maria beskriver også denne opplevelsen av å bli møtt i sin helhet gjennom å forklare at hun ikke følte seg deprimert, men følte seg fysisk syk. «Jeg var skikkelig syk i kroppen min. Og jeg sa det jo til legen. Jeg er ikke deprimert. Det er noe i kroppen min som ikke fungerer.» Depresjonen er ikke kun et psykologisk problem for Maria, men den henger sammen med hennes fysiologiske opplevelser. Det at akupunktøren så hele Toril og hele Maria, kan ha medført til at Toril og Maria, i likhet med det artikkelen påpeker, opplevde en større egenkontroll i behandlingsøyemed. Dette fordi anerkjennelse i trygge relasjoner der annerledeshet er legitimt, kan støtte og nære en bedringsprosess, slik Schibbye (2009) og Karlsson & Borg (2017) underbygger.

I lys av problemstillingen kan anerkjennelsen fra akupunktøren være en av årsakene til at både Toril og Maria opplevde akupunkturbehandlingen som nyttig og som god hjelp til å fremme sin helse. Dette støttes opp av både tidligere forskning og den teoretiske referanserammen, slik jeg forstår det.

5.2 Betydningen av en større mening med livet

Vi mennesker søker som oftest å tillegge en større mening med livet. Min forståelse er at filosofene blir mer skeptiske til om det finnes noen bakenforliggende ide, Gud eller fornuft som gir livet en større mening. Kierkegaard (Kierkegaard, 2012) snakker riktignok om at det i siste instans er en form for guddom bak det hele som gir livet mening. Studiens funn peker nettopp på det Kirkegaard snakker om. Dette i lys av Maria sine erfaringer om at håpet og troen på en større mening med livet er det som holder henne oppe når hun er i kjelleren. Hun formidler at hun snakker med sin Gud hver dag.

«Det har blitt en følge av at når du er så langt nede at du skjønner at du ikke har kontrollen selv, så ja, da skjønner du at det er noe større enn deg selv som driver deg igjennom ting.» Hvordan Maria her forstår og håndterer stress/spenning i hverdagen gjennom å finne en større mening i og med livet sitt, kan være en av de viktigste faktorene for å fremme helse (Antonovsky, 2012). Opplevelse av sammenheng er en betegnelse på de felles motstandsressursene som hjelper oss til å sette stresset og spenningen vi utsettes for inn i meningsfulle erfaringer. Dette gjennom at stresset vi igjen og igjen utsettes for til slutt gir oss erfaringer som genererer en sterk opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 2012). Maria sin måte å forstå og håndtere sine kjærlighetshistorier, er et eksempel på opplevelse av sammenheng. Dette gjennom at Maria gjentatte ganger går ned i kjelleren og på den måten utfordrer sin eksistensielle tro gjennom økt stress og påkjenninger. Når Maria likevel finner en større mening i dette stresset, så økes hennes opplevelse av sammenheng i livet i form av at erfaringene hennes er meningsfulle. Maria uttrykker det slik: «Det er ingenting man lærer så mye av som egen erfaring. Og det er da altså uten tvil gjennom smerte vi vokser mest. Man må virkelig kjenne på en dyp sorg og fortvilelse og gå så langt ned at du skjønner at du ikke kan kontrollere livet ditt lenger (...) Det eneste jeg vet er at jeg bare må gi slipp på alle de forventningene jeg har til at det skal være sånn eller sånn eller sånn! Vis meg veien videre liksom. Og sakte men sikkert så blir den vist til deg.» Hennes tro blir en ressurs som hjelper Maria med å håndtere det å gå ned i kjelleren og det å kjenne på dyp sorg. Maria uttrykker dette selv gjennom å si at depresjonen er en anerkjennelse av at hun må ned i kjelleren for å finne lys i mørket igjen. I lys av studien vil derav den salutogene modellen underbygge Maria sin opplevelse av hvordan hennes tro på en større mening med livet hjelper henne i en bedringsprosess samt genererer bevegelse i et helsekontinuum.

Maria veksler videre i sin fortelling mellom det å ikke ha kontroll til å ta kontroll over sitt kjærlighetsliv. Maria velger å lytte til sin frykt angående aldersforskjellen i forholdet og på bakgrunn av det konfronterer hun mannen i sitt liv med sin bekymring. Dette er et vendepunkt i Maria sin historie. Funnene i studien viser at Maria til tross for sin tro på at det som skjer, det skjer, likevel tar kontroll. Dette forteller hun at hun gjør på bakgrunn av hennes tro på at det er en større mening med forholdet. Studiens funn underbygges også her av den salutogene modell.

Dette ved at erfaringene øker hennes kontroll over eget liv. På den måten kunne sorgen og fortvilelsen bli ressurser som førte Maria til å velge det som var til det best for henne i øyeblikket. Noe av det mest «vitale» innenfor det salutogene perspektivet er derfor å undersøke hvilke motstandsressurser Maria har; her i lys av funnene er det Maria sin tro på en større mening med livet. I lys av studien vil derfor akupunktøren være til hjelp og nytte nettopp fordi akupunktøren lytter og anerkjenner Maria sin opplevelse. Det hjelper Maria til å få tak i sine motstandsressurser. Antonovsky (2012) bruker begrepet erkjennelse som Schibbye (2009) forklarer at ligger innunder begrepet anerkjennelse. Akupunktøren sin anerkjennelse har gitt Maria rom til å kjenne på og bearbeide sine følelser. Den tilliten som reflekteres tilbake via anerkjennelse og sosial støtte; her akupunktøren, kan gjøre at Maria føler seg akseptert og det igjen blir en erkjennelse for Maria av å leve i et samfunn (Antonovsky, 2012). På den måten har akupunktøren hjulpet Maria med å erfare en større sammenheng i livet og opplevelse av bedring i hennes helsekontinuum.

Viktor E. Frankl (1993) sin erfaringsbaserte kunnskap kan vise til viktigheten av det salutogene perspektivet også i møte med akupunkturbehandling. Frankl betraktet menneskets søken etter mening i tilværelsen som en avgjørende drivkraft til mental sunnhet og livskvalitet. Livet er meningsfylt under alle omstendigheter, mente han samt at han påpekte at det er menneskets plikt å finne hva som gir livet mening. Frankl sin påstand er at menneskers streben etter å finne en mening med tilværelsen er den primære drivkraften i menneskers liv. Han mener at det ikke finnes noe annet i verden som så effektivt kan hjelpe oss til å overleve selv de verste forhold som troen på at livet har en mening. Frankl henviser til Albert Einstein som antyder: «Mennesket som anser sitt liv for å være meningsløst, er ikke kun ulykkelig, men knapt nok egnet til å leve» (Frankl, 1993, s. 29). Dette betyr at bedring er avhengig av at mennesker har tilgjengelige motstandsressurser til å komme seg. I lys av problemstillingen viser studien at både Maria og Toril ble møtt i sin livsverden gjennom akupunktørens egenskaper som anerkjennelse og en holdning uten fordommer. Med det menneskets egenskaper som anerkjenner Maria og Toril for sine opplevelser av hva som er meningsfylt i deres livsverden. En slik ressurs handler ikke om å fjerne symptomene for Maria og Toril, men hjelpe de til å bearbeide sine egne opplevelser.

Både Maria og Toril erfarte sinne og sorg som reaksjoner etter akupunkturbehandlingen, men disse følelsene var igjen forløsende over tid i møte med anerkjennelsen fra akupunktøren. Som Kirkegaard setter ord på i sin tekst «om at hjelpe» så handler det om å finne mennesket der hvor han er og begynne der (Martinsen, 2012). På bakgrunn av en opplevelse av sammenheng i livet, så har både Maria og Toril hatt god nytte og hjelp av akupunkturbehandling for sin depresjon. Dette gjennom å oppleve mestring og kontroll i sin livsverden gjennom at akupunktøren har vært en ressurs som har hjulpet de med å sette stresset og spenningen i meningsfylte opplevelser. Dette sett i lys av et salutogent perspektiv samt tidligere forskning (Hopton et al, 2014, Smith et al 2010, Ernst et al, 1998) som underbygger opplevelsen av å ha egenkontroll i behandlingsøyemed. Gjennom akupunkturen sin anerkjennelse blir Toril og Maria møtt i sin livsverden som igjen genererer økning av egne motstandsressurser. På den måten har akupunkturbehandlingen fremmet Toril og Maria sin bedring av helse og vært til hjelp og nytte.

5.3 Kroppens fenomenologi i møte med depressive lidelser

Kroppsfenomenologi peker på at sykdom, spesielt kronisk sykdom, innebærer grunnleggende endringer angående hvordan mennesket opplever seg selv og omgivelsene. Dette ut i fra et kroppslig perspektiv. Merleau-Ponty (1994) påpeker at det kan være vanskelig å beskrive med ord hvordan vi opplever oss selv, da mange av våre erfaringer kan sitte i kroppen og vise seg gjennom fysiske og følelsesmessige uttrykk. Toril sin opplevelse av sin depresjon er et funn i lys av kroppsfenomenologi. Toril opplever at tidligere overgrep med påfølgende skamfølelse er årsak til hennes depressive lidelse. Hvorpå depresjonen ble uttrykket for de innestengte skamfølelsene fra overgrepene. Toril hadde aldri før satt ord på skamfølelsen, nettopp fordi overgrepene var innestengte opplevelser og erfaringer. Toril formidler det slik: «Jeg opplevde det slik at det var først når jeg kom til akupunktøren at hun gravde opp depresjoner og angster. Hun gravde opp overgrepsopplevelser som jeg hadde fortrent. Og for hver enkelt overgrepshistorie som jeg hadde fortrent, så var det innestengte følelser jeg ikke hadde bearbeidet.» Det var først når Toril hadde grått ut alle skamfølelsene at Toril følte seg frisk.

«Jeg har jo erfart i alle disse årene at når jeg har grini ut det som til enhver tid kommer til overflaten med akupunkturen, ja da letter det. Depresjonen lettet for hver gang. For depresjonen har jo egentlig vært en sorg. Eller et sinne eller savn eller skam. Akupunktøren har tømt kroppen min for skamfølelse.» I lys av studiens funn og Toril sin opplevelse er kroppsfenomenologi et viktig perspektiv og av stor verdi i klinisk praksis. Det at vi kan forstå kroppslige fenomener og hvordan kroppslige fenomener kan komme til uttrykk som følge av opplevelser og erfaringer som sitter i kroppen, blir viktig kunnskap i et helsefremmende perspektiv. Maria formidler også kroppslige erfaringer som gjennomgående i sin depressiv opplevelse. Hun formidler det slik: «(...) kroppen henger etter, føler jeg. Den er veldig sliten etter alt jeg har gått igjennom og klarer ikke å generere de kreftene den trenger. Det hjelper akupunktøren med meg.» Maria formidler hvordan kroppen hennes gir uttrykk for alt hun har vært igjennom. «Jeg var skikkelig syk i kroppen min. Og jeg var nok deprimert, men mer i den retning av at det var så overveldende mye. Det med skilsmissen, jobben, barna. Ikke at jeg følte at jeg ikke skulle takle det, men jeg var så sliten. Så sliten at kroppen ikke ville bære meg. Jeg følte at det var kroppen som gjorde meg deprimert.» Maria får her via akupunkturbehandlingen en større evne til å uttrykke hva hun erfarte at var årsak til hennes kroppslige opplevelser. Maria gir uttrykk for at hun er sliten nettopp på bakgrunn av alt hun har vært igjennom. Og i likhet med Toril, opplever også Maria forløsende følelsesmessige reaksjoner etter akupunkturbehandlingen. Når Maria får grått ut tårene og skreket ut sinnet, så letter utmattelsen og depresjonen. I lys av studiens funn har derav akupunktøren vært til hjelp og nytte både for Toril og Maria i deres kroppsforståelse. Dette gjennom å hjelpe de med å uttrykke via ord eller emosjoner hvordan de opplever sine kroppslige uttrykk.

I den medisinske modellen er samtaleterapi den vanligste formen for behandling mot depresjon. Helsedirektoratets retningslinjer påpeker at behandleren, for eksempel legen, først skal tilby rådgivning og psykologiske tiltak som hjelp til problemløsning og stresshåndtering (Helsedirektoratet, 2009). Målet med samtalen er å snakke om vanskelige problemstillinger. Fordelen med samtaleterapien er at personen bevisstgjøres og oppmuntres til å møte sine opplevelser ved hjelp av teknikker eller en terapeut. Kritikken av denne formen for terapi kan være den psykiske påkjenning av å gå til psykolog, grunnet tabu over å ha behov for psykisk hjelp.

WHO sin kampanjen om at flere mennesker i hele verden skal oppsøke og få hjelp, underbygger behovet for å bryte et tabubelagt tema. Et viktig funn i studien er Toril sitt engasjement i å formidle sin historie, nettopp med ønske om å bryte dette tabubelagte temaet. Toril setter ord på at depresjon og overgrep sjelden diskuteres som et tema i media. Toril sin opplevelse er at ingen tidligere har forstått at hennes depresjon var en følge av overgrep. Toril har i stedet følt seg fragmentert i helsevesenet. Hun formidler det slik: «Læreboken putter oss i båser og doktoren sitt språk er depresjon. Men jeg ønsker å få frem min historie og jeg har skrevet mye innlegg i avisen om hvordan helsevesenet deler oss opp i biter,» uttrykker Toril. Den diagnostiske modellen Toril møtte i helsevesenet gjorde at hun følte seg stykkevis og delt, hvorpå det ble vanskeligere å forstå hennes kroppslige uttrykk som en reaksjon på underliggende stress og erfaringer fra overgrep. Toril sin opplevelse av å bli delt opp i biter er funn i studien som kan belyses fra flere perspektiver. Det ene er at akupunktøren møtte Toril ut ifra hennes fysiske og psykiske opplevelser, ikke ut ifra et forutbestemt diagnosesystem. Akupunktøren så hele henne, uavhengig av hennes diagnose. Rapporten fra FN's høykommissær (United Nations, 2017) nevnt innledningsvis peker nettopp på dette behovet for å se helheten. Rapporten formidler at diagnosesystemet er utdatert og at den medisinske modellen er kritikkverdigg. Maria erfarer også hvordan hennes depressive diagnose medvirker til en fragmentert opplevelse: «Og jeg sa det jo til legen. Jeg er ikke deprimert. Det er noe i kroppen min som ikke fungerer. Ja, jeg blir lei meg, men det er motsatt; jeg blir lei meg fordi kroppen ikke vil. Tilslutt viste blodprøvene B12 mangel. B12 injeksjoner hadde jeg utrolig god respons på og det fortalte meg at det ikke bare er psyken, men at det er noe i kroppen som ikke fungerer som det skal. Det er komplekst. Alt henger sammen. Det er ikke bare følelsene eller kroppen. Men alt henger sammen.» Dette kan belyses i tråd med kroppsfenomenologiens perspektiv og behovet for å se på helheten av både kroppslige uttrykk og følelsesmessige uttrykk som en forståelse av ulike lidelser.

Fenomenologien belyser behovet for å være i sin helhet gjennom å si at mennesket er definert som væren i verden. Hos Merleau-Ponty (1994) blir kroppen en sentral komponent for å forstå denne væren. Han mener at det er gjennom våre aktive handlinger at vi erfarer. Altså hvordan vi erfarer en livsopplevelse eller en følelse og ikke bare hva vi erfarer.

I følge Merleau- Ponty (1994) vil derfor kroppslige reaksjoner være kunnskap om vår livsverden og hvordan og hvorfor vi handler som vi gjør. Derfor må vi undersøke fenomenene slik de fremtrer, ikke kjempe mot vår egen kropp nettopp fordi vår egen kropp ikke kan gjøres til en ekstern del. Toril og Maria sine opplevelser av å bli delt opp i biter kan understreke behovet for Merleau-Ponty (1994) sin forståelse av at vi er i vår livsverden, også med alle våre kroppslige erfaringer. I lys av studiens funn blir derav Toril og Maria sine kroppslige erfaringer viktige uttrykk for hva som kan være underliggende årsaker til depressive lidelser samt et viktig bidrag i møte med et helsefremmende perspektiv i helsevesenet. I lys av problemstillingen vil studiens funn fra Maria og Toril sine opplevelser av hvordan kropp og psyke henger sammen underbygges av Merleau-Ponty (1994) sin kroppsfilosofi. For Toril var det en skamfølelse som viste seg gjennom sorg og et kroppslig fenomen som utmattelse og depresjon. For Maria en tretthet og depressiv lidelse på bakgrunn av alt hun hadde vært igjennom av kjærlighetssorg. Dette er interessante funn tolket i lys av hvordan Toril og Maria erfarte møtet med akupunkturbehandlingen. Akupunktøren møtte de begge ut ifra hvilke kroppslige og følelsesmessige opplevelser og uttrykk de innebar, uten en forutinntatt diagnose. FN sin rapport vil således støtte opp under akupunktøren sin måte å møte Toril og Maria på, samt underbygge recoveryperspektivet og Merleau-Ponty (1994) sin fenomenologiske kroppsfilosofi angående viktigheten av å møte Toril og Maria i deres totale væren for å kunne hjelpe. Slik Toril og Maria erfarer at akupunktur har vært til hjelp og nytte i forhold til deres kroppsforståelse satt opp imot deres depressive lidelse.

Kroppsfilosofi kan videre underbygge TKM sitt teoretisk grunnlag der yu betyr depressive mønster gjennom å ha dobbel betydning i form av at yu også er stagnasjon, spesielt i leverorganet. Dette antyder til en viss grad at depresjon er synonymt med en stagnasjon (Maciocia 2008). Merleau-Ponty (1994) underbygger på et vis at TKM sin teori om at leverstagnasjon kan være en av årsaken til depressive lidelser. Dette gjennom at Merleau-Ponty (1994) mener at stagnasjon av følelser og erfaringer kan komme til syne gjennom fysiske handlinger, uten at vi egentlig klarer å sette ord på det. I lys av funn fra studien vil Maria sin opplevelse av utmattelse og følelsen av å være skikkelig syk i kroppen sin, være et slikt kroppslig uttrykk for sin depresjonen.

På bakgrunn av TKM sitt teoretiske grunnlag angående leverstagnasjon og hvordan stagnasjon igjen kan være årsak til depresjon, vil det at akupunktøren møter Toril og Maria med nåler, kunne være med på å forløse stagnasjon i forhold til både emosjonelle og kroppslige erfaringer, slik jeg tolker det. Derav blir målet med samtalen i akupunkturbehandling å finne eventuelle ubalanser i kroppen og ut i fra dette gi akupunkturbehandling for å rette opp i ubalansene. Fordelen er at nålebehandlingen skal rette opp i psykiske ubalanser, samtidig som pasienten får en samtaleterapi uten de følelsesmessige påkjenninger som forbindes med psykoterapi. Ulempen er nålestikkene som noen kan assosiere med smerter og ubehag.

I nyere forskning fra MacPerson et al (2013) vises god hjelp og nytte av akupunkturbehandling satt opp imot rådgivning og vanlig psykologisk hjelp gjennom de første 3 månedene av behandlingen. Kritikkk til tidligere forskning (1998, 2010, 2014) av akupunkturbehandling mot depresjon er at det er gjort flest randomiserte kontrollerte studier, der opplevelsen av hver sin livsverden og på hvilken måte de erfarer sin bevegelse i et helsekontinuum er lite undersøkt. Pragmatiske forsøk forteller oss derfor lite om hvilke aspekter ved behandlingen som har vært mest eller minst fordelaktige. Til tross for at tidligere forskning (1998, 2010, 2013, 2014) peker på en bedring gjennom akupunkturbehandling, er det lite som antyder på hvilken måte pasientene opplever bedring. Har de mer eller mindre kroppslige opplevelser knyttet til sin depresjon etter studien? Hvordan har pasientene blitt møtt i deres livsverden? I lys av funn i denne studien er derfor erfaringene knyttet til både kroppslige og følelsesmessige opplevelser viktig å belyse. I lys av problemstillingen viser denne studien at både Toril og Maria har hatt god hjelp og nytte av akupunkturbehandling på bakgrunn av både følelsesmessige og fysiske opplevelser som de har blitt anerkjent for av sin akupunktør. Dette har hjulpet Toril og Maria til å oppleve bevegelse i deres helsekontinuum hvorpå de i dag opplever at de har en ny forståelse av sin livsverden og derav bedring av sine depressive lidelser.

5.4 Studiens begrensninger

En svakhet ved studien er relatert til det å kunne generalisere. Studien kan påpekes at har flere begrensninger som må vurderes. Først og fremst det smale utvalget. Selv om fortellingene gav stor bredde og dybde i innhold, så vil det faktum at det kun er to informanter begrense i hvilken grad resultatene kan generaliseres.

En ytterligere begrensning er kjønn, kultur og alder. Med det smale utvalget studien innehar, vil resultatet være begrenset ut ifra lite nyanser når det kommer til alder, kjønn samt kulturforskjeller. Dette vil igjen påvirke studiens mulighet til å generaliseres.

Selv om disse begrensningene er en svakhet, så vil jeg som forsker påpeke at det å generalisere ikke er målet med kvalitative studier. Målet med kvalitative studier er å utforske og prøve å forstå deltakernes opplevelser, mening med og erfaringer i sin livsverden.

Videre er kvalitative studier basert på en oppfatning om at forskning skal være etterprøvbart. Samtidig er det å tolke ensbetydende med at det finnes like mange svar som det finnes spørsmål. Derav vil det i en kvalitativ studie kunne tolkes forskjellig noe som igjen kan skape begrensninger i forhold til oppgavens validitet og reliabilitet. Forskeren må derav være kritisk til egen påvirkning av resultatet. Min egen erfaring og profesjonelle bakgrunn kan derav ha skapt problemer med å forstå fortellingene fullt ut fra deltakernes perspektiv. Dette vil også medføre begrensninger i den grad at essensen i tolkningene kan være annerledes enn hva informantene ilegger sine opplevelser. Som nevnt i metodekapittelet, så opplever jeg at det er vanskelig å sette min egen forforståelse til sides, men som forsker har jeg forsøkt å være bevisst min forforståelse. Nettopp fordi jeg har vært bevisst på min forforståelse har jeg forsøkt å øke validiteten på studien gjennom å forklare til leseren hvordan jeg har vært bevisst min forforståelse.

I tillegg vil jeg påpeke at det ligger begrensninger i meg som forsker. Det å inneha en forskerrolle uten særlig erfaringer knyttet til denne rollen, vil selvsagt begrense studien med tanke på fortolkningskonteksten.

Frykten for å «tråkke feil,» både på bakgrunn av metodologien, men også på bakgrunn av hva deltakerne ønsker å oppnå med å være med i studien preger rollen. Som en følge av denne frykten, forsøker jeg å hele tiden ha deltakerne med meg etter hvert som studien tar form. Dette i respekt for deltakernes historier og i respekt for studiens etterprøvbarhet.

5.5 Kliniske implikasjoner

Som nevnt i innledningen er depresjon en av de ledende årsaker til «burden of disease» i verden. Fordi depresjon er en så vanlig lidelse er det viktig å møte de menneskene som strever med kunnskap om hva som kan være til hjelp og nytte. Resultatene i denne studien peker på behovet for å bli møtt i sin totale livsverden når man erfarer depressive symptomer. Dette på bakgrunn av Toril og Maria sine opplevelser av at det kan være underforliggende følelser og erfaringer som er årsaker til depresjon.

Funn fra studien viser til at tiden til å anerkjenne kan være en viktig implikasjon for helsevesenet. Hjelpepersonell, enten det er i den medisinske modellen eller i en alternativ kontekst, kan ha stor nytte av å ha nok tid tilgjengelig, nettopp for å møte den hjelpetrengende i akkurat sin livsverden. Gjennom et anerkjennende perspektiv, der hjelperen kan lytte aktivt og finne frem til personens egne motstandsressurser, så vil disse grunnleggende holdningene være til stor hjelp og nytte for videre behandling av personer med depressive lidelser. Dette ved at følelser og erfaringer lettere kan bearbeides når personen har en trygg tilknytning til hjelperen. En måte å implementere aktiv lytting og finne frem til pasientens egne motstandsressurser er å erverve tiden til å samtale. Tiden til å se og møte den andre der den andre er i sin livsverden. Samtalen virker å være truet i den medisinske modellen. Martinsen (2012) forklarer det gjennom å påpeke at pasienten ikke lenger blir sett på som subjekt. Hun mener at helsearbeidere må slutte å se på tid som om at tid produserer. På bakgrunn av det vil funn i studien kunne påminne den kliniske praksisen om at bevegelse i et helsekontinuum ilegges den tiden det tar. Muligens vil det å bringe frem samtalen i større grad og derav fremme økt bevegelse i et helsekontinuum.

Tidligere forskning konkluderer imidlertid med at det finnes for få studier med høy kvalitet til å kunne anbefale akupunkturbehandling for depresjon. Samtidig viser forskningen at akupunktur kan gi symptomlindring på lik linje med medikamentell behandling. Problemet er at det er gjort lite forskning som søker forståelse av akupunkturbehandling sett i lys av kvalitativ metode der personens livsverden er hovedfokus. I et humanistisk og eksistensielt menneskesyn, samt i et fenomenologisk - hermeneutisk perspektiv, vil derav denne studien og deltakernes fortellinger være med på å generere ny kunnskap. Dette fordi hvert menneske møtes i sin livsverden og for den enkelte person kan det generere positiv opplevelse og ny innsikt i sin livssituasjon. Dette kan igjen ha nytteverdi i et samfunnsnivå da hvert menneske er unikt og viktig. På en annen siden kreves det større bredde i videre forskning basert på kvalitative metoder, for å kunne generalisere funn i lys av denne studien.

6 Konklusjon

Studiens mål var å undersøke opplevelse av hjelp og nytte i møte med akupunkturbehandling for depressive lidelser. Resultatet antyder at anerkjennelse fra akupunktøren samt opplevelsen av å bli møtt i sin totale livsverden, der både kropp og psyke henger sammen, er en av de viktigste faktorene for bedring. Hvordan innestengte følelser påvirker oss, både fysisk og psykisk er interessant i et folkehelseperspektiv. Dette fordi anerkjennelsen av følelsene er avhengig av det relasjonelle i den enkeltes livsverden. Tilliten til, tiden til samt kunnskap om kroppens persepsjon kan virke som viktige faktorer i det relasjonelle møtet. Dette ved at terapeuten gjennom å lytte bygger opp en tillit som trygger og gjøre det lettere for informantene å utforske sine følelser. På den måten vil de lettere kunne bearbeide erfaringene og opplevelsene samt følelsene og derav oppdage sin livsverden med nye øyne. I tillegg vil det relasjonelle i det terapeutiske forholdet kunne øke hver enkeltes motstandsressurser gjennom å finne en større opplevelse av sammenheng i deres erfaringer. Dette hjelper akupunktøren Toril og Maria med gjennom å anerkjenne deres totale livsverden. Dette er med på å sette deltakernes erfaringer, stress, sorg og fortvilelse i livet til erfaringer gir mening i et større perspektiv. Sosial støtte, økt motstandsressurser og økt forståelse av sin livsverden vil således kunne generere bevegelse i et helsekontinuum. Denne hjelpen som akupunktøren er for deltakerne krever tid, slik recovery underbygger gjennom å presisere at det handler om å finne ut hvor personen er og hvilke omgivelser som kan støtte. Å gi og få respons blir derfor avgjørende for en bedringsprosess da vi alle har en psykisk helse som er i konstant samspill med våre livsbetingelser. Derav er det viktig at helse- og sosialtjenester i den vestlig medisinske modellen åpner opp for å bedre kunne møte den enkelte i sin totale helhet. Både kroppslig og psykisk. Dette vil kunne ha direkte eksistensielle konsekvenser, slik at flere med depressive lidelser vil kunne generere bedring. I lys av problemstillingen har akupunktøren vært til slik hjelp og nytte for begge informantene. Videre forskning av akupunkturbehandling i møte med depressive lidelser vil derav være til nytte samt av stor interesse i et samfunnsperspektiv.

Referanser/litteraturliste

- Antonovsky, A. (2013). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bjerke, T., N. (2002). *Rus som eksistensielt slankemiddel. Et identitetsprosjekt i det moderne samfunn*. Hovedfagsoppgave i pedagogikk. Universitetet i Tromsø.
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013) *Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (NAPHA).
- Deegan, P. (1996). *Recovery as a journey of the heart*. Psychiatric Rehabilitation Journal. 19(3), 91-97.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling og etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ernst, E., Rand, I. J. & Stevinson, C. (1998). Complementary Therapies for Depression. *ArchGen Psychiatry*. 1998;55:1026-1032.
- Frankl, V.,E. (1993). *Det overhørte råb om mening*. København: Gyldendal.
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Avdeling psykisk helse. IS-1561.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring*. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2016). *Psykisk helse og rus*. Depresjon. Nedlastet 13.09.2017. <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-ogdepresjon/depresjon>
- Hopton, A., Eldred, J. & MacPherson, H. (2014). Patients`experiences of acupuncture and counselling for depression and comorbid pain: a qualitative study nested within a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2014; 4 - Published Online First: 02 May 2014. doi: 10.1136/bmjopen-2014-004964
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Karlsson, B. & Borg, M. (2017) *Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kierkegaard, S. (2012). *Stadier på livets vei*. Oslo: Oktober AS
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Maciocia, G. (2009). *The Psyche in Chinese Medicine*. London: Churchill Livingstone.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2012). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS.
- McPherson, H., Richmond, S., Bland, M., Brealy, S., Gabe, R., Hopton, A., ... Watt, I. (2013). Acupuncture and Counselling for Depression in Primary Care: A Randomised Controlled Trial. *Plos Medicine*. September 2013. Volume 10. Issue 9. e1001518.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Valdres: Pax Forlag AS.
- Nifab; Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin. (2015). Tradisjonell kinesisk medisin. Universitetet i Tromsø. Nedlastet 19.04.2017.http://nifab.no/behandlingsformer/tradisjonell_kinesisk_medisin_tkm017
- Polkinghorne, D., E. (1995). Narrative configuration in qualitative analysis. *Internationale Journal of Qualitative Studies in Education*. 8:1, 5-23, DOI: 10.1080/0951839950080103.
- Ricoeur, P. (1976). *Interpretation Theory. Discourse and the Surplus of Meaning*. Fort Worth: Texas Christian University.
- Rossi, E. (2007). Shen: *Psycho-Emotional Aspects of Chinese Medicine*. London: Churchill Livingstone.
- Schibbye, A. L. L. (2009). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Seikkula, J & Arnkil, T. E (2013). *Åpen dialog i relasjonell praksis. Respekt for annerledeshet i øyeblikket*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Smith, C. A., Hay, P. P. & MacPherson, H. (2010). Acupuncture for depression. *Editorial Group: Cochrane Common Mental Disorders Group*. First Published: 20 January 2010. doi: 10.1002/14651858.CD004046.pub3

United Nations. General Assembly. Human Rights Council. (2017). *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. Thirty-fifth session. 6-23 June 2017. A/HRC/35/21.

World Health Organization. (2006). *Constitution of the world health organization*. Basic document, Forty-fifth edition, Supplement. Nedlastet: 13.09.2017.

http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

World Health Organization. (2017). *Health topic, Depression*. Nedlastet: 13.09.2017.

<http://www.who.int/topics/depression/en/>

Vedlegg

Vedlegg 1: <Godkjennelse fra NSD>

Esther Ogundipe

3603 K ON GSBERG

Vår dato: 05.08.2017

Vår ref: 54783 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.06.2017.
Meldingen gjelder prosjektet:

54783 Personer med depressive symptomer forteller om sine opplevelser: Hva slags hjelp og nytte har akupunktur bidratt med?

Behandlingsansvarlig Høgskolen i Sørøst-Norge, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig Esther Ogundipe

Student Anette Ødegård

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt

personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.01.2019, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52 / marie.schildmann@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

K opi: Anette Ødegård, aodegaard2000@yahoo.no

Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 54783

Formålet med studien er å undersøke erfaringer med akupunkturbehandling hos noen personer med depressive symptomer. De spørsmål studien forsøker å besvare er hvordan beskrives hjelp og nytte ved akupunktur?

Intensjonen bak studien er at deltakerne skal kunne fortelle selv det de opplever at har vært til hjelp og nytte.

Deltakerne skal kunne assosiere fritt på bakgrunn av ett åpent spørsmål.

I et humanistisk og eksistensielt menneskesyn, samt i et fenomenologisk perspektiv, vil deltakernes fortellinger være med på å generere ny kunnskap. Dette fordi hvert menneske møtes i sin livsverden og for den enkelte pasient kan det generere ny positiv innsikt i sin livssituasjon samt generere ny kunnskap i et samfunnsperspektiv basert på menneskers erfaringer.

Utvalget rekrutteres via behandler og de informeres skriftlig og muntlig om prosjektet. Samtykke til deltakelse sendes postalt til student/daglig ansvarlig. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Vi legger til grunn at behandlere/senteret som rekrutterer, ikke mottar informasjon om hvem som velger å takke ja til deltakelse.

Det er i meldeskjema ikke krysset av for at det behandles sensitive personopplysninger. Utvalgskriteriet for deltakelse i studien er imidlertid mild til moderat depresjon, og dette innebærer at det vil registreres sensitive opplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2, punkt 8 c). Dette korrigeres derfor i vår informasjon om prosjektet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Sørøst-Norge sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc /, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 01.01.2019. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger somf.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak

Vedlegg 2 <Informasjonsskriv og samtykkeerklæring>

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

Mennesker med depressive lidelser forteller: på hvilken måte har akupunkturbehandling vært til hjelp g nytte?

DEL A

Bakgrunn og hensikt

Denne forespørselen gjelder deltagelse i et intervju der hensikten er å undersøke erfaringer med akupunktur for depressive symptomer. Målet er å utvikle kunnskap om menneskers erfaringer i møte med akupunktur og komplementær behandling for depresjon. Du som bruker spørres med dette om du vil delta i intervju og dele dine tanker og erfaringer om temaet. Vedkommende som skal utføre intervjuet er mastergradsstudent i klinisk helsearbeid, studieretning psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN).

Hva innebærer studien?

For å få belyst erfaringene dine ønsker jeg å gjennomføre et intervju i tidsrommet mellom 15. september og 30. desember 2017. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og deretter skrevet ut og analysert slik at de kan presenteres i en masteroppgave og eventuell vitenskapelig artikkel. Intervjuet vil anslagsvis vare omtrent i én time.

Deltakelse krever ingen spesielle forberedelser. Det vil ikke innhentes noen opplysninger om deg fra journal, eller andre steder hvor det er lagret opplysninger om deg.

Hva skjer med informasjonen om deg

Alla data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven. Dette innebærer at mastergradsstudenten og vedkommendes veileder vil ha taushetsplikt for alle personopplysninger som samles inn, og det er kun disse som har tilgang til informasjonen fra deg. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet når mastergradsprosjektet er avsluttet, senest 30.06.2019.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta uten at dette får konsekvenser for behandlingen din. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side.

Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du skulle ønske å trekke deg fra studien på et senere tidspunkt, eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder Esther Ogundipe, Høgskolen i Sørøst-Norge, tlf. 31008808 eller epost:

Esther.Ogundipe@usn.no. Du kan også kontakte mastergradsstudent Anette Ødegård på telefon 99291566 eller på epost: aodegaard2000@yahoo.no.

DEL B

Personvern

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg når resultatene presenteres.

Dekan ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap er databehandlingsansvarlig.

Studien er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (evnt Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskning)

Prosjektleder (Anette Ødegård) har ansvar for den daglige driften av prosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

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

Informasjon om utfallet av studien

Du har som deltaker rett til å ta tilgang til utfallet av studien.

Dersom du ønsker å delta, ber vi deg om å underskrive samtykkeerklæringen og postlegge svarkonvolutten. Når vi har mottatt denne vil du bli kontaktet av prosjektlederne.

Drammen, 12.05.2017

Vennlig hilsen

Mastergradsstudent

Veileder

,

Samtykke til deltakelse

Jeg er villig til å delta i studien:.....

(Signert av deltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert av mastergradsstudent, dato)

Vedlegg 3 <Søketabell>

	Acupunture	Depression	Acupunture and Depresjon	Acupunture and Depression combained with Life experience
Cochrane	149	518	12	6
Amed	3286	1263	5	
Chinal	10 981	85 365	309	
psycinfo	1340	288932	180	