

Johansen, H. R. (2025). Makten i kroppsbegrepet: Om objektivisering, dualisme og mulighetene i et utvidet kroppsbegrep på psykisk helsefeltet. I H. Nordby & B. Øvreid (Red.), *Makt i velferdstekster* (s. 63–86). Fagbokforlaget. DOI: <https://doi.org/10.55669/oa670902>

2

## **Makten i kroppsbegrepet**

*Om objektivisering, dualisme og mulighetene i et utvidet kroppsbegrep på psykisk helsefeltet*

**Henrik Ravneng Johansen**

**Sammendrag:** Dette kapitlet er en analyse av kroppsforståelse slik den kommer til uttrykk i et utvalg norske styringsdokumenter på psykisk helsefeltet. Utvalget består av to dokumenter: «Sammen om mestring», en retningslinje for psykisk helse og rusarbeid fra 2014, og den nye opptrappingsplanen for psykisk helsefeltet fra 2023. Disse tekstene er undersøkt med ønske om å identifisere og diskutere hvilke kroppsdiskurser som er og har vært dominerende på feltet. En viktig inngang til analysen er den fenomenologiske tradisjonen, der særlig den franske filosofen Maurice Merleau-Pontys begrep om den levde kroppen har blitt lagt til grunn. Resultatene av analysen viser at dokumentene gjennomgående anvender et ganske ensidig kroppsbegrep, der *kropp* refererer til et fysisk objekt i et sammensatt biopsykososialt puslespill. Bare unntaksvis tematiseres kroppen som et utgangspunkt for erfaring, og det er da visse spesialiserte profesjoner som settes til å håndtere denne subjektive kroppsligheten. Kapitlets diskusjonsdel fremhever hvordan dette kan forstås i et maktperspektiv, med fokus på kroppsforståelsens betydning for det psykiske helsearbeidets mulighetsrom. Den levde kroppens mer eller mindre uforløste potensial på feltet utforskes avslutningsvis.

*Nøkkelord:* den levde kroppen, kroppslighet, fenomenologi, diskursanalyse, psykisk helsearbeid

**Abstract:** This chapter explores how the body is conceptualized in a selection of Norwegian policy documents within the field of mental health. The selection includes two texts: *Sammen om mestring* (Together for mastery), a 2014 guideline for municipal mental health work, and the 2023 strategic plan for strengthening mental health services. The analysis seeks to identify and discuss the dominant discourses on the body within the field. It is grounded in a phenomenological perspective, with the French philosopher Maurice Merleau-Ponty's concept of the lived body playing a central role – the body understood not merely as a biological object, but as the very foundation of our experience and engagement with the world. The results of the analysis reveal that the documents consistently employ a fairly one-dimensional concept of the body, depicting it primarily as a physical object within a complex biopsychosocial framework. Rarely is the body approached as a source of lived experience; and when it is, this understanding is typically reserved for certain specialized professions responsible for addressing subjective embodiment. The discussion section of the chapter considers these findings through the lens of power, focusing on how prevailing conceptions of the body shape the scope of possibilities within mental health work. Finally, the chapter explores the largely unrealized potential of the lived body in this field.

*Keywords:* lived body, embodiment, discourse analysis, mental health work

## Introduksjon

Psykisk helsearbeid er gjennomsyret av maktforhold. Bruken av ulike former for tvang på feltet er overtydelige eksempler på dette, der pasienters kropp bokstavelig talt kan bli holdt nede ved andres hånd, mot sin vilje og evne til selvbestemmelse. Slike situasjoner er åpenbare eksempler på maktutøvelse. Mindre tydelig blir det når makten utøves indirekte gjennom tekster, for eksempel via Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for psykisk helsearbeid. Denne typen dokumenter kan fremstå som verdinøytrale tekster som ikke tar stilling til så mye annet enn det kunnskapsgrunnlaget de bygger på. Utgangspunktet for dette kapittelet er imidlertid at slike dokumenter aldri kan være nøytrale; snarere speiler de bestemte fagdiskurser og et visst kunnskapsgrunnlag, som ikke er skrevet i stein.

En ofte fremhevet dimensjon på psykisk helsefeltet er den som dreier seg om kroppen. Kunnskap om den psykisk syke hjernen har blitt en grunnstein i kunnskapsbasen vi forholder oss til, og er for eksempel en sentral del av den populære biopsykososiale modellen. Dette perspektivet på kroppen som biologi er utvilsomt viktig, men er ikke den eneste veien å gå. En rekke stemmer har derfor tatt til orde for at andre kunnskapstradisjoner kan være av betydning for å forstå den psykisk lidende kroppen.

Særlig har den franske fenomenologen Maurice Merleau-Ponty blitt viktig for flere, med sin synliggjøring av kroppen som noe mer enn et objekt betraktet utenfra med et vitenskapelig blikk (for eksempel Kirkengen & Næss, 2015; Skårderud & Isdahl, 1998). For Merleau-Ponty (2012a) er kroppen et eksistensielt premiss, vårt førstepersonsperspektiv og vår eneste tilgang til verden. Kroppen er først og fremst et meningssøkende og meningsbærende subjekt, og derfor også en sentral kilde til innsikt og erfaring – en kilde vi ikke kommer utenom når kunnskap, terapier og tilbud til brukere og pasienter skal utvikles.

Det er dette kroppsfenomenologiske perspektivet som i kapittelet ligger til grunn for analysen av et utvalg styringsdokumenter for psykisk helsearbeid. Utvalget inkluderer to sentrale dokumenter på feltet: «Sammen om mestring – en retningslinje for psykisk helsearbeid i kommunene» (Helsedirektoratet, 2014) og den nye opptrappingsplanen for psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Hvilke kroppsdiskurser viser seg i denne typen dokumenter? Og hvordan kommer ideen om kroppen som subjektiv og autonom til syne i deres redegjørelser for den gode psykiske helsehjelpen?

Med diskurs menes her en akseptert måte å forstå et tema på innenfor en bestemt kontekst, gjerne uttrykt gjennom tekster (Aadland, 2011). Diskurser er systemer av begreper og utsagn som bør settes søkelys på fordi de virker definerende på et felt på tatt-for-gitte måter. På psykisk helsefeltet finnes det en rekke slike stilltende forståelser, og de siste tiårene har det skjedd betydelige endringer og en vending der bruker- og pasientperspektivet fremheves mer enn noen gang fra politisk hold (Opptappingsplanen, 1996–2008).

Enkelte fagpersoner har likevel pekt på at denne vendingen er mer overfladisk enn den først kan fremstå, og at feltet fortsatt preges av et objektiviserende kunnskapssyn som ikke står til de politiske ambisjonene (Ekeland, 2021). Kapittelet kan leses i forlengelsen av slike diskusjoner, og hensikten er her å løfte frem de omtalte kroppspraksisenes underliggende kunnskapsstrukturer. Vi starter med en redegjørelse for den fenomenologiske kroppsforståelsen som ligger til grunn for analysen.

## Kroppens fenomenologi og psykisk helsefeltet

Maurice Merleau-Ponty omtales ofte som kroppens redningsmann i filosofien (Rasmussen, 1996). Denne betegnelsen viser til en tydelig stillingtagen mot en av nyere tids mest innflytelsesrike tenkere, nemlig 1600-tallsfilosofen René Descartes.

For Descartes var kroppen noe som måtte forstås i kraft av sin funksjon og sine indre årsakssammenhenger, mens det subjektive var noe annet, tilhørende det sjelelige og overordnet det kroppslige. Descartes splittet kroppen fra sjelen på gjennomgripende vis, og reduserte den til et rent fysisk og mekanisk objekt: Kroppen er i bunn og grunn bare «en ting blant andre ting» (Duesund, 1995). Denne kroppstingen er samtidig svært sammensatt, og splittelsen mellom subjekt og objekt danner etter hvert grunnlaget for fag som fysiologi og anatomi. Dette er fag som avgrensner kroppen, deler den opp og undersøker dens store og små bestanddeler. Ut fra Descartes' dualisme springer det slik frem en meget anvendelig detaljkunnskap, som helt konkret kommer til nytte innenfor medisin og helsefag, der den blant annet kan ligge til grunn for bytte av organer og andre målrettede intervensjoner i kroppens indre (Duesund, 1995; Engelsrud, 2006).

Den kartesianske kroppsideen blir svært fruktbar for helsefagene, men for Merleau-Ponty (2012b) er den av en rekke grunner problematisk og mangelfull, blant annet fordi den mangler bevissthet, kontekst og individualitet. Descartes tar aldri høyde for at kroppen også er vår alles eksistensielle premiss, menneskets måte å være-i-verden på. Merleau-Ponty forkaster derfor dualismen og starter i stedet med det han argumenterer for må være det primære: kroppen som subjektiv meningsbærer (Merleau-Ponty, 2012b).

Et grunnbegrep i den fenomenologiske tradisjonen er *den levde kroppen*, som refererer til denne subjektrollen. Som kropper er vi bevisste og meningssøkende, rettet mot omgivelsene våre, og kroppen er en eksistensiell betingelse som ligger til grunn for det vi erfarer – helt konkret gjennom å være vårt perspektiv i verden, for eksempel i kraft av sin status som oppreist og sansende, men også gjennom sin evne til å huske og bære med seg tidligere erfaringer i en kroppshukommelse (Merleau-Ponty, 2012b; Lakoff & Johnson, 1999; Fuchs, 2013).

Merleau-Ponty snur med dette så å si Descartes på hodet: Det finnes ikke noe egentlig sjeelig «jeg» uavhengig av kroppen; i utgangspunktet er den det vi er, ikke noe vi har. Det er altså ikke det at *jeg tenker* som er eksistensbeviset, slik Descartes forfektet; heller er enhver tanke kroppsliggjort, og vi eksisterer fordi vi er kropper i verden. Samtidig understreker Merleau-Ponty at vi alltid både er subjekt og objekt; kroppen er både vårt individuelle førstepersonsperspektiv og et objekt som kan sanses utenfra av andre og av oss selv.

Denne fundamentale tvetydigheten mellom subjekt og objekt illustrerer han med referanse til hendenes berøring av hverandre: Vi kan som subjekter gripe vår høyre hånd med den venstre som da er objektet, men når berøringen først skjer, oppheves skillene: Hvem som griper og hvem som er grepet smelter sammen (Merleau-Ponty, 2012a, s. 35).

Innenfor helsefagene har den fenomenologiske tradisjonen for mange vært et sårt tiltrengt perspektiv, blant annet fordi den bidrar til å synliggjøre sykdommers lidelsesdimensjon (jf. Svenaeus, 2005; Carel, 2019). Tradisjonelt har man her vektlagt kunnskap om et kroppsobjekt sett fra et tredjepersonsperspektiv, mens det menneskelige subjektet har vært et uvitenskapelig ikke-tema. Fenomenologien utfordrer denne endimensjonale tenkningen og gjenoppliver førstepersonsperspektivets betydning for helsefagene.

Den svenske filosofen Fredrik Svenaeus påpeker for eksempel at ingen strengt tatt ville interessert seg for sykdom uten menneskers faktiske erfaringer

med dem: Først og fremst er det i den individuelle opplevelsen av sykdom den «finnes» i den «påtakelige betydningen at en eller annen person lider av den» (Svenaesus, 2005, s. 40).

På samme måte som i helsefagene for øvrig har også psykiatrien vært preget av en splittelse av det syke mennesket, med ulike fagtradisjoner som har søkt kunnskap på hver sin kant. Psyken og sinnet har gjennom 1900-tallet blant annet vært psykoanalytiske og psykodynamiske tradisjoners domene, mens kroppen og hjernen har vært nevrobiologiens og hjerneforskerens. Tradisjonelt har psykiatrien i tillegg vært dominert av en biomedisinsk diskurs, og særlig har legene med sin kompetanse innenfor anatomi og fysiologi hatt stor innflytelse (Schaanning, 2007). Tanken har da vært at ulike intervensjoner i den objektive kroppen skal kunne avhjelpe pasientenes psykiske plager. Biologiske tilnærminger har til nå likevel ikke gitt samme uttelling som i somatikken, og selv om vi de siste tretti årene har oppnådd mye ny viten om hva som skjer i hjernen når psykisk sykdom inntreffer, har dette ledet til få nye terapier (Ekeland, 2021).

Tor Johan Ekeland viser til at psykiatriens «epistemologiske pine» fortsetter, og at problemet blant annet er at det er vanskelig å enes om hva psykiske lidelser i det hele tatt er, fordi spørsmålet skyves mellom somatiske og psykologiske definisjoner (Porter, 2002 i Ekeland, 2021).

Enkelte mer helhetlige forståelsesmodeller har forsøkt å bøte på disse grunnlagsproblemene, med den biopsykososiale modellen som det mest innflytelsesrike forslaget. Modellen stammer fra psykiateren George Engel (2012), og har lenge fungert som en form for teoretisk paraply på psykisk helse- og rusfeltet. Engels utgangspunkt var en systemteoretisk tilnærming, der mennesket forstås som sammensatt av biologiske, psykologiske og sosiale delsystemer som påvirker hverandre gjensidig og sirkulært. På denne måten imøtekommes på sett og vis utfordringene knyttet til reduksjonisme og mangel på helhetstenkning (Engel, 2012; Wifstad, 2018, s. 76). Senere skal vi likevel se hvorfor også denne modellen ikke nødvendigvis løser de grunnleggende problemene den ble utviklet for å svare på – til tross for den brede utbredelsen.

Fenomenologiske og eksistensialistiske perspektiver har også vært motstemmer til ren biomedisinsk reduksjonisme, selv om innflytelsen herfra i det store og hele må sies å ha vært relativt marginal på psykisk helsefeltet (Ekeland, 2021). Selv om innflytelsen kanskje ikke har vært så betydelig, åpner det fenomenologiske begrepssettet likevel opp for interessante fortolknings-

strategier, og blant annet ledes fokuset vårt til å se psykiske vansker i lys av deres mening for den enkelte.

Psykose kan fra et fenomenologisk perspektiv for eksempel forstås som tilfeller hvor subjektiviteten bryter sammen, og hvor objektiveringen av ens selv fungerer som en måte å stenge seg ute fra samfunnet og slippe den angsten som kommer med å være en handlende og ansvarlig aktør i verden (Ekeland, 2021). På samme måte kan utviklingen av en rusavhengighet tolkes som en eksistensiell tilbaketrekning, der verden gjøres mindre og det dynamiske samspillet med omgivelsene i økende grad reduseres til et repetitivt samspill med rusmiddelet (Johansen, 2021). Tilsvarende kan vi forstå en lidelse som anoreksi som en lukkethet mot verden og en avvísning av maten og de sosiale relasjonene måltidet er forankret i (Fürst, 1998).

Denne typen fortolkningsstrategier leder naturligvis også til andre hjelpestrategier. Ved kroppslige sammenbrudd må objektiveringen og lukketheten mot verden motarbeides, og den som har vansker må få hjelp til å gjenoppdage kroppen som eksistens. I møte med den andre er det derfor et avgjørende startpunkt å anstrenge seg for å tre inn i deres perspektiv, for sammen å forsøke å dvele ved og språkliggjøre den levde erfaringen av å være en kropp i verden. Bare i forlengelsen av dette kan nye formative erfaringer skapes, noe som igjen kan gjøre det mulig for personene det dreier seg om å føle seg hjemme i omgivelsene (jf. Fuchs, 2013).

## **Å se etter kroppsdiskurser**

Den tradisjonelle kritikken mot fenomenologien har blant annet handlet om dens manglende integrering av makt- og språkperspektiver (Thornquist, 2018). Disse dimensjonene fremheves særlig av filosofen Michel Foucault (1994; 1999), en av Merleau-Pontys viktigste etterfølgere i Frankrike. Min tilnærming til styringsdokumentene kan, i tråd med Foucault, tenkes på som et forsøk på å identifisere kroppsdiskurser.

Foucault (1994) både utvider og klargjør diskursbegrepet ved å se dem som redskaper for opprettholdelse og utvidelse av makt. Eksempelvis ligger medisinske diskurser til grunn for produksjon av sosialt konstruerte diagnoser

som virker styrende på mottakerne sine. Foucault opererer samtidig ikke med en forståelse av makt som noe rent undertrykkende, og psykiatriens kategorier kan derfor potensielt både bidra til å løfte opp og trykke ned personene som plasseres i dem.

Utgangspunktet er at det finnes flere sannheter om virkeligheten, og mens visse diskurser om kroppen kan gi rom for visse muligheter, kan andre virke begrensende. Mens Merleau-Ponty (2012) påpeker menneskekroppens tvetydighet som subjekt og objekt, viser Foucault oss hvordan vi i vårt selvformingsarbeid både er skapt og skapende (Martinsen, 2018). Psykisk helsefeltet opprettholdes av en viss språkbruk, og hensikten her blir å undersøke denne: Hva er det som skrives om kroppen, og hvilke kroppspraksiser er det dette peker mot? Hvilke betingelser er det som legges for kroppssubjektene vi ønsker å styrke?

I utvalget som undersøkes, har jeg som nevnt inkludert to styringsdokumenter på feltet: «Sammen om mestring – en retningslinje for psykisk helsearbeid for kommunene» (Helsedirektoratet, 2014) og «Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)». Disse to dokumentene har ulike funksjoner i systemet. Opptrappingsplanen beskriver den overordnede retningen og satsingen for de neste ti årene, mens «Sammen om mestring» har fungert som en veileder i lokalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne, og dermed vært et mer konkret verktøy for arbeidet som gjøres i kommunene.

Det må nevnes at siden jeg begynte med denne analysen, har det kommet en revisjon og faglig oppdatering av «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet, 2025). Analysen er basert på den tidligere versjonen, da dette var det gjeldende dokumentet i perioden arbeidet ble påbegynt. Det er naturlig nok sånn at det har skjedd endringer med den nye utgaven, men hovedtrekkene i analysen anses fortsatt som relevante for å forstå utviklingen og tenkningen på feltet. Helsedirektoratet skriver selv at det her er snakk om en faglig oppdatering, ikke noe helt nytt. «Sammen om mestring» er for øvrig et langt fyldigere dokument enn den nye retningslinjen, og ga et betydelig bedre grunnlag for å undersøke kroppsforståelser enn den nye revisjonen ville ha gitt.

For å få en klarere forståelse av kunnskapssynet dokumentene bygger på, har jeg også gått inn i en av veilederne det ofte ble referert til, «Aktivitetshåndboka» (Helsedirektoratet, 2008). Samlet sett kan dette materialet kanskje fremstå som noe omfattende, men hensikten med variasjonen i utvalget er å få et visst helhetsinntrykk, der for eksempel omtaler av kropp

både i retningslinjene for kommunen og i spesialisthelsetjenesten kan undersøkes. Ønsket om å se etter en eksplisitt bruk av kropp og andre kroppsnære begreper fokuserte og effektiviserte uansett lesningen, og mitt fokus var hele tiden på overordnede tendenser og tydelige uttrykk for kunnskapssyn i dokumentene.

I arbeidet med analysen forsøkte jeg å lese dokumentene grundig og yte dem rettferdighet, men uten å se meg blind og miste perspektivet. En hovedutfordring var å se etter det som både sies og *ikke* sies samtidig; å være etterrettelig, men likevel utforskende overfor mangetydighet i tekstene. Å lese og lese på nytt. Språket i dokumentene vanskeliggjorde dette siktemålet, og det var utfordrende å holde på det kritiske blikket på grunn av den tørre og tilsynelatende nøytrale stilen de er skrevet i.

Denne utfordringen utgjør også et sentralt utgangspunkt for denne boka: Styringsdokumenter kan fremstå mer verdinøytrale enn de faktisk er, og innbyr derfor til å tas for gitt som eneste mulige forståelsesmåte. Motkraften mot sløvheten som oppsto, lå for meg særlig i kunnskapen om alternative diskurser og kroppsførståelser.

### **Dokumentene: Kroppen i et biopsykososialt puslespill**

I tråd med en mer sosial og helhetlig vending på psykisk helsefeltet de siste tiårene, løfter dokumentene frem et bilde av et sammensatt menneske, med ulike elementer som alle må tas hensyn til. Bruker- og mestringsperspektivet fremheves særlig, og fenomener som kropp og sinn, rus og psykisk helse må sees i sammenheng (Helsedirektoratet, 2014, s. 3; Helse- og omsorgsdepartementet, 2023).

I henhold til dette organiseres systemet for å sikre *helhetlige og koordinerte tjenester* (Helsedirektoratet, 2014, s. 3), og det skal tilrettelegges for et *tverrsektorielt eierskap* til arbeidet som skal utføres, med ulike tjenester som til sammen skal skape et mest mulig dekkende tilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Det psykiske helsearbeidet retter seg mot menneskets ulike enkeltdeler, bestående av det biologiske, psykologiske og sosiale. Kroppen er her et av flere delaspesker.

Typiske omtaler av kroppens rolle i helheten kan hentes fra «Sammen om mestring»:

Psykisk helse kan ikke skilles fra generell helse, og reflekterer samspillet mellom individet og omgivelsene. Årsakene til at en person utvikler psykiske lidelser kan være av både biologisk, psykologisk og sosial art. (Helsedirektoratet, 2014, s. 27)

Psykiske vansker og rusmiddelproblemer påvirkes av ulike forhold, og må ses i et samspill mellom biologiske, genetiske, sosiale og kulturelle fenomener. (Helsedirektoratet, 2014, s. 28)

Lignende utdrag forekommer flere steder i dokumentene, og det gjentas at «psykisk helse ikke kan skilles fra generell helse, men reflekterer samspillet mellom individet og omgivelsene» (Helsedirektoratet, 2014, s. 29). Utdrag av denne typen understreker nettopp sammensatthet og samspillet mellom ulike delfaktorer, samtidig som de uttrykker en gjennomgående dobbelthet: Det påpekes at vi må nærme oss personene det er snakk om som helhetlige mennesker som må sees i sammenheng med sine omgivelser, men språket det gjøres i er uttrykk for en dualisme – med det biologisk-kroppslige på den ene siden og det psykiske og sosiale på den andre. At denne dobbeltheten er vanskelig å unngå, blir særlig tydelig i utsagn av denne typen:

Psykiske plager og rusmiddelproblemer relateres oftest til atferds-, følelsesmessige og kognitive forhold, men de innvirker også sterkt på kroppslig funksjon. Psykisk og somatisk helse henger sammen og bør behandles under ett. (Helsedirektoratet, 2014, s. 32–33)

Kroppen som subjektiv og erfarende er ellers påfallende fraværende når det skrives om helhetsforståelsen som legges til grunn, og reduseres som oftest til det biologiske nivået og fysisk og somatisk helse. Kunnskap om hjernen og dens nevrobiologi fremheves enkelte ganger også som ekstra viktig, for eksempel i forståelsen av rusmiddelavhengighet:

Selv om årsakene til at en person utvikler avhengighet vil være av både biologisk, psykologisk og sosial art, har en nevrobiolo-

gisk forståelse av avhengighet vært et viktig tilskudd for å forstå dette området de siste årene. Det tenkes at jevnlig tilførsel og lang tids bruk av rusmidler fører til mer langvarig endring i motivasjonsbanene og stressregulering i hjernen som gir kognitive utfall. (Helsedirektoratet, 2014, s. 29)

I dette perspektivet handler arbeidet med kroppen om å bedre kroppssystemets funksjoner gjennom riktig næringsinntak, tilpasset treningsmengde eller medikamenter. Fysisk aktivitet blir for eksempel typisk fagliggjort slik i Aktivitetshåndboka:

Gjenoppretting eller forbedring av fysisk form er den viktigste langtidsvirkning, og regelmessig fysisk aktivitet fører til bedret hjertefunksjon og perifer sirkulasjon, normalisering av blodsukernivå og nevrologiske symptomer. Samtidig medfører regelmessig fysisk aktivitet til reduksjon av depresjon og angst. (Prochazka et al., 2008, s. 208)

Her er det effektene på fysisk form og kroppens biologi som står i sentrum, mens reduksjonen i negative subjektive erfaringer som depresjon og angst fremstår som et tillegg. I denne typen resonnementer blir kroppen primært et mekanisk objekt som kan brukes som et middel for å avhjelpe psykiske problemer. Det understrekes at det psykiske og det fysiske må sees i sammenheng, men når det kroppslige nevnes, er det sjelden ideen om kroppen som et sansende, følende subjekt som kommer til uttrykk. En reell sirkulæritet gjenspeiles derfor ikke, og når det skrives om kroppsnære tiltak som aktiviteter eller spising, fremstår kroppen først og fremst som et middel for å forbedre den psykiske helsen eller dempe uønskede symptomer.

Med utgangspunkt i synet på kroppen som noe rent fysisk og funksjonelt, er det naturlig at tiltakene som løftes frem i dokumentene ikke nødvendigvis tar hensyn til at kroppen også er en personlig meningsbærer med særegne interesser og preferanser. Likevel pekes det mot tiltak som på sett og vis også ivaretar denne kroppslige individualiteten, for eksempel gjennom opprettelsen av frisklivssentraler i kommunene:

Frisklivssentralen gir tilbud til personer og grupper i befolkningen som har behov for hjelp til å endre levevaner. Frisklivssentralenes viktigste oppgave er å styrke positive helsefaktorer. De skal bidra til å bygge opp individets mestringsfølelse, kapasitet og funksjon, slik at flere kan oppnå bedre helseatferd og takle hverdagens krav. (Helsedirektoratet, 2014, s. 83)

Tiltak av denne typen kan sies å ta hensyn til kroppens levde dimensjon, ettersom kroppen nødvendigvis er enhvers eneste måte å være aktiv på. Likevel er det verdt å merke seg at disse tiltakene ikke omtales direkte som kroppslige, selv om dette er en klar anledning til å anvende et utvidet kroppsbegrep. Nærmest det fenomenologiske kroppsbegrepet kommer dokumentene i avsnittene som omhandler psykomotorisk terapi og ergoterapi, hvor det for eksempel skrives at «kroppen preges av livs- opplevelser og følelsmessige erfaringer» og at «en psykomotorisk undersøkelse kartlegger hvilke ressurser brukeren har og gir innsikt i forholdet mellom tanker, følelser og kroppslige manifestasjoner» (Helsedirektoratet, 2014, s. 83). Utgangspunktet for en slik tilnærming er at erfaringer kan *sette spor som kroppslige belastninger* og at fysioterapeuter kan adressere dette ved å arbeide direkte med kroppen:

Fysioterapeuter møter mange med smerter, søvnvansker, tilbakeholdt pust, endret kroppsholdning osv. som kan være reaksjoner på utfordrende faser i livet. De kan bidra til at belastningene gjennomleveres uten å sette varige spor som kroppslige belastninger. (Helsedirektoratet, 2014, s. 83)

Fysioterapeuter har også mye kunnskap om hvordan en ond sirkel av inaktivitet, dårlig fysisk og psykisk helse kan brytes. De kan bidra til bevisstgjøring av kroppen som bærer av psykisk belastning, og bistå med å komme i gang med tilpasset aktivitet. (Helsedirektoratet, 2014, s. 44)

Dette er tiltak som forutsetter en forståelse av egenkroppers levde dimensjon. De retter seg mot kropper som bærere av mening og erfaring, og ser symptomer som uttrykk for personers kroppshukommelse. Analysen viser dermed at

selv om et begrep om den levde kroppen sjelden eller aldri brukes eksplisitt, er kroppens erfaringsdimensjon delvis ivaretatt i dokumentene.

Det bevisste arbeidet med kroppslighet fremstår imidlertid som noe som i hovedsak er forbeholdt fysioterapeuter, psykomotorikere og andre spesialister, og beskrivelsene av det øvrige helsearbeidet domineres av et snevrere, rent funksjonelt kroppsbegrep. Kroppsnære aktiviteter og tiltak finnes også her, men kobles sjelden til en bredere forståelse av kroppslighet.

## Diskusjon

### Underkjent kroppslighet

At ulike kroppsførståelser så sjelden trer frem i styringsdokumentene, kan ved første øyekast fremstå som en utfordring for denne analysen, da det nettopp er dette jeg ønsker å sette søkelyset på. Samtidig understreker det analysens nødvendighet: Makten i kroppsbegrepet virker først undertrykkende når begrepet brukes for ensidig, eller når visse betydninger tas for gitt som de eneste gyldige. «Ordet skaper det det nevner», skriver den danske forfatteren Inger Christensen (2017, s. 55). Når noe nevnes, åpnes et mulighetsrom som gjør oss i stand til å se og jobbe med et fenomen. Uteblir benevnningen, vil på den andre siden visse aspekter av fenomenet kunne forbli utilgjengelige for oss – og dermed også for terapi og hjelp.

Den dominerende ideen i dokumentene er at mennesker med psykiske problemer er sammensatte, og at kroppen er et fysisk objekt i et biopsykososialt puslespill. Kroppen omtales som oftest som et funksjonelt instrument som kan brukes til å avhjelpe psykiske plager, og selv når kroppslig subjektivitet omtales, er det som regel i form av symptomer som må dempes eller reduseres på ulike måter. Den levde kroppen faller utenfor kjerneforståelsen, og fremstilles som et marginalt fenomen forbeholdt utvalgte spesialister. Denne prioriteringen av én bestemt forståelse av kroppen – den fysiske og funksjonelle – kan sees som en form for diskursiv makt, der ett bilde av virkeligheten tvinges gjennom på bekostning av hva som kunne blitt synlig gjennom et annet språk (Meyer, 2000, s. 12). Makten virker her altså gjennom språklige føringer og en viss begrepsbruk som former hvilke fenomener som oppfattes som særskilt relevante.

Få andre analyser av kroppsforståelse i politiske styringsdokumenter finnes på psykisk helsefeltet. En mulig årsak til dette kan være at den levde kroppen tas for gitt, ettersom den for de fleste først og fremst er en stilltiende bakgrunn vi bare unntaksvis retter oss mot (Leder, 1990). Det biologiske perspektivet kan også være så innarbeidet at det ofte tenkes på som det eneste – eller som det eneste av relevans.

En av analysene som faktisk foreligger, er Ottesen og Thornquist (2015) sin undersøkelse av forløperne til dette utvalget: *Psykisk helsearbeid i kommunene* (Helsedirektoratet, 2005) og *opptrappingsplanen for psykisk helse* (1998–2006). Et sentralt funn i deres analyser var at den levde kroppen tas for gitt, og at *kropp* i dokumentene hovedsakelig knyttes til somatisk helse og fysisk aktivitet. Ottesen og Thornquist (2015) problematiserer dette med henvisning til at mennesker med psykiske lidelser ofte har begrenset kontakt med egen kropp (Karlsson, 2008; Kirkengen, 2009; Thornquist, 2005), og en tendens til å «bagatellisere og underkjenne kroppens fornemmelser og uttrykk» (Department of Health UK, 2006). Flere studier støtter opp under dette, blant annet ved å vise hvordan psykiske lidelser kan innebære en objektivisering og mistillit til kroppen, som på ulike måter gjør oss til dualister: Jeg har ikke kontroll på kroppen min, kroppen gjør ikke som jeg vil – derfor må den være noe annet enn meg (Leder, 1990; Fuchs, 2022; Johansen, 2021).

Filosofen Drew Leder (2024) påpeker at man som terapeut eller hjelper må forsøke å mobilisere motkrefter når slike splittelseserfaringer oppstår. Kroppen er vårt eneste utgangspunkt for erfaring, og dette må fremheves snarere enn å undertrykkes. Et viktig poeng er derfor å dvele ved det kroppslige – ved sansninger, følelser og andre før-språklige uttrykk – i stedet for umiddelbart å ta spranget til faglige fortolkninger (Engelsrud, 2023). I praksis viser dette seg imidlertid å være krevende, da bagatelliseringen av kroppslige erfaringer også underbygges av terapeuter som raskt forlater det kroppslige ved å forklare og kategorisere det som noe egentlig «psykisk» (Ottesen & Thornquist, 2015; Kirkengen, 2009). Dette spranget til psykiske eller biologiske forklaringer kan ses i sammenheng med den biopsykososiale tenkemåten, som er overgripende i styringsdokumentene.

### **Biopsykososial skyggelegging**

Tilsynelatende kan den biopsykososiale tilnærmingen fremstå som en løsning på problemene med objektivisering og dualisme. Denne modellens ankepunkt

er imidlertid at den verken er så uttømmende eller helhetlig som den gir inntrykk av å være. For eksempel peker Ekeland (2021, s. 15) på at teoretiseringen rundt hvordan ulike deler av mennesket og dets omgivelser faktisk samspiller, ofte uteblir i praksis. Det psykiske og det sosiale ender heller opp som tilleggsvariabler – lagt til for å gi et inntrykk av helhet, snarere enn å representere en reell helhetsforståelse.

Et enda dypere problem er at modellen lider av noe av det samme som den opprinnelig opponerte mot. Grunnleggeren George Engels startpunkt var nemlig at mennesket består av ulike dimensjoner eller delsystemer, med psykologiske og sosiale faktorer på den ene siden og biologiske på den andre (Wifstad, 2018). Disse delsystemene samhandler, men teorien springer fortsatt ut fra en forståelse der kropp og psyke er atskilte størrelser som må forenes – heller enn at dette allerede er en helhet (Borell-Carrio et al., 2004; Wifstad, 2018; Johansen, 2021). Det gamle skillet mellom fysiske og psykiske helseproblemer opprettholdes dermed, noe som også kommer til uttrykk i dokumentene.

Den biopsykososiale tankegangen kan derfor sies å inspirere en viss lyssetting og en viss mørklegging av kroppen som fenomen. Det dominerende søkelyset på objekt kroppen kommer sammen med en skyggelegging av kroppens øvrige erfaringsdimensjon, og løsninger på psykiske helseproblemer vil primært søkes på den målbare og funksjonelle kroppen – i tråd med det fagets mest innflytelsesrike profesjoner har kunnskap om. De potensielle konsekvensene kan slik forstås i analogi til historien om mannen som begynte å lete etter nøklene sine midt på natten: ikke der han mistet dem, men under en gatelykt der lyset var bedre (jf. Yalom, 2001; Schaanning, 2007).

Kroppen er i et fenomenologisk perspektiv mer enn bare sammensatt, og erfarer i helheter fra begynnelsen av. Dette underbygges av tenkning og forskning på psykisk helsefeltet, som viser at psykiske lidelser like gjerne kan knyttes til forstyrrelser av kroppens subjektivitet som til avvik i dens nevrobiologi (Fuchs, 2021; Ratcliffe, 2008; Johansen, 2021). Psykiske vansker er ikke bare noe man har, men noe man lever ut som kroppssubjekter, og mange erfaringer – som følelser av fremmedgjøring, tomhet eller meningsløshet – er uttrykk for forstyrrelser i kroppslig eksistens, ikke bare biologiske feil alene.

Til slutt påpeker Gunn Engelsrud (2006, s. 27) at når helsepersonell forankrer sin fagforståelse i dualistisk teori uten å undersøke den nærmere, risikerer de bevisst eller ubevisst å få et mekanistisk og distansert forhold

til menneskers kropp. Styringsdokumentene legger nettopp opp til en slik forankring hos sine lesere, og faren med dette er at den fragmenteringen som allerede preger mange med psykiske vansker, forsterkes av systemet og menneskene som jobber der, snarere enn at de representerer en motkraft.

### **Mulighetene i et utvidet kroppsbegrep – instrumentmetaforen**

Integreringen av en utvidet kroppsforståelse i dokumentene kan gjøre det mulig å unngå noen av de dikotomiske tenkemåtene som i dag preger både dokumentene og feltet for øvrig. Enhver språkliggjøring og modell vil riktignok være forenklede representasjoner av menneskers virkelighet, men dersom *kroppslighet* legges til grunn som et samlende fundament for en slik tenkning, kan mulighetene for å ivareta den reelle kompleksiteten i menneskers liv være betydelig større.

På psykisk helsefeltet har den tyske psykiateren Thomas Fuchs vært en viktig bidragsyter i videreføringen av Merleau-Pontys tankegods. Fuchs (2018) peker på mulige alternativer til den biopsykososiale modellen, og søker hele tiden måter å unngå å redusere mennesker til isolerte enheter. I stedet fremhever han kroppens utovervendte og relasjonelle samspill med verden, og understreker for eksempel at hjernen er et langt mer relasjonelt organ enn den ofte fremstilles som, alltid i aktiv utveksling med resten av kroppen og dens omgivelser.

Dette kapittelet kan leses som en kritikk av en ensidig instrumentalisering av kroppen. Bevegelser bør for eksempel ikke bare forstås som verktøy for å forbedre den objektive helsen, men som uttrykk for subjektiv meningsdannelse og vår kroppslige væren-i-verden (Merleau-Ponty, 2012b). Også Fuchs står i en fenomenologisk tradisjon, men uten å avvise instrumentmetaforen fullstendig. Tvert imot peker han på at den kan være fruktbar – ikke som et bilde på kroppen som en maskin, men som et resonnerende subjekt og et levende *instrument* som står i kontinuerlig samspill med omgivelsene. Kroppen *stemmes* alltid mot verden, og psykiske vansker kan derfor forstås som former for *utakt* der kroppens tone må justeres for å finne tilbake til *samklang* (Fuchs i Babelsbiblioteket, 2023).

Terapeutiske intervensjoner vil dermed innebære å lytte til kroppen – bli oppmerksom på kroppslige stemninger, fornemmelser og følelser – for deretter å kunne endre hvordan man som levd kropp reagerer i ulike situasjoner

(Fuchs, 2018; Fuchs i Babelsbiblioteket, 2023). Instrumentmetaforen åpner altså for å se bevegelser både som verdifulle i seg selv og som virkemidler for å styrke kroppens objektive funksjoner. Fordi kroppen både er subjekt og objekt, utelukker ikke disse forståelsene hverandre. Tvert imot gir den ene mening bare i kraft av den andres eksistens.

### **Å tilrettelegge for kroppslig mestring**

Påpekningen av kroppens meningsøkende og aktive samspill med omgivelsene er også en påpekning av de mange mulighetene vi har til å drive med mer utoverrettet terapeutisk arbeid. Å arbeide terapeutisk med kroppen dreier seg ikke bare om å vende seg mot den, tenke og føle *om* den, men også om å bli kjent med dens muligheter i bruk, som muliggjørende bakgrunnsstruktur.

Selv om beskrivelsen av psykomotorikeren og fysioterapeutenes arbeid innlemmer en forståelse av kroppen som levd og erfarende i dokumentene, beskrives dette som en form for spesialisert arbeid, rettet mot å kjenne etter og tematisere kroppen direkte. Dette er imidlertid bare én mulig side av å arbeide med kroppsligheten, en måte som er relativt marginal i forhold til alle de andre mulighetene vi har som kroppssubjekter i verden.

Fuchs (2013) påpeker at kroppshukommelsen vår ikke er skrevet i stein, at den kan forandres gjennom nye erfaringer, og at mennesker med en tyngende eller hemmende fortid derfor kan begynne å føle seg mer hjemme i verden med nye erfaringer. Erfaringer kan her selvfølgelig innebære mye, men særlig illustrerende eksempler er eksplisitt kroppslige aktiviteter, aktiviteter hvor oppmerksomheten vendes utover, hvor vi kan glemme oss selv.

Handlingene våre er primært motivert av ytre hensyn, skriver Drew Leder (1990, s. 19); for å slå inn en spiker riktig må jeg rette meg mot spikeren, ikke mot hånden som slår den inn. «Use the body to forget the body», bemerket Skårderud og Fonagy (2012), og viser blant annet til klatring som en fruktbar terapeutisk aktivitet i arbeid med personer med spiseforstyrrelser. Klatring er nettopp et eksempel på en aktivitet der kroppen kan glemmes, og vi kan la oss bli trukket ut av omgivelsene. Å klatre krever oppmerksomhet mot noe annet enn oss selv, og fokuset er da primært på tilpasningen til utfordringen vi har foran oss.

Kroppen er ikke i seg selv målet, men måten vi er i aktiviteten på, og hele tiden må vi forholde oss til variasjoner i fjellet eller klatrevæggen, til ulike grep

eller grader av høyder, alt uten at det finnes noen klar og entydig vei opp. Det sentrale er at det ikke er gitt hvordan man skal gå frem, og rom for å bruke seg selv på individuelle måter for å finne løsninger på å nå toppen. Det ligger altså et potensiale der til å utvikle en kroppslig kreativitet i møte med utfordringer, ikke ut fra ingenting, men ut fra et oppmerksomt samspill med omgivelsene.

Aktiviteter i naturen er særlig nærliggende eksempler på erfaringer som kan gjøre det mulig å dvele i vår egen kroppslige eksistens, uten nødvendigvis å bli fanget i nyttetenkningen som ofte følger med ideen om fysisk aktivitet. I naturen er mulighetsrommet for erfaring påfallende åpent, og den naturlige variasjonen i marka vi går på eller fjellet som bestiges, vekker den kroppslige kompetansen som situasjonen krever av oss. Et kroppsbegrep som rommer relasjonen kropp-verden åpner nettopp for å se verdien av et slikt mangfold av sanselige og før-språklige erfaringer – en form for situerte mestringserfaringer som står i kontrast til dokumentenes styringslogikk og fokus på målbarhet.

## Styringsdokumentene sin mulighet

Kritikk av tidligere opptrappingsplaner på psykisk helsefeltet har kommet via dokumentanalyser som løfter lignende problemstillinger som jeg har gjort her. Særlig markant er kanskje Tor-Johan Ekelands analyse av den gamle opptrappingsplanen for psykisk helse (1996–2008), som munner ut i følgende konklusjon:

Det er i dag et misforhold mellom helse- og sosialpolitiske visjoner om utviklingen av et nytt psykisk helsevern, og det som er hegemonisk kunnskapsyn innen ledende profesjoner i feltet. Ny praksis krever ny kunnskap, og utvikling av en kunnskapsplattform for psykisk helsearbeid som i større grad legitimerer erfaringskunnskap, bør ha som ambisjon å utfordre denne dominansen. (Ekeland, 2011, s. 30)

Ekeland viser her til de mange grunnlagsproblemene på psykisk helsefeltet som vi ikke må glemme; problemer og dilemmaer som er knyttet til kunnskaps-syn, som igjen får konsekvenser for hva som tenkes på som god og forsvarlig

praksis. Blant annet stiller han seg kritisk til den dominerende antakelsen om at psykiske helsefenomener bør studeres og behandles fra et utenfra-perspektiv som rene objekter, et syn han mener kan lede til praksiser som er inhumane (Ekeland, 2021).

Dette kapittelet kan leses i forlengelsen av slike resonnementer, og har pekt på noen av konsekvensene av at kroppens subjektive dimensjon forblir underkommunisert i sentrale styringsdokumenter. Utgangspunktet har vært at språkbruken i dokumentene kan virke forsiktig, nærmest nøytral, men at språket som brukes i dem må tas på alvor, fordi det er definerende for hva kroppen *er* og *kan bli* for menneskene som søker hjelp. Via Merleau-Ponty og Michel Foucaults ansatser har vi særlig rettet oss mot det man kan kalle språkets andre side; mot fraværet av språk, mot stillhetens betydning. Dette er innflytelsesrike tekster som definerer hva det gode psykiske helsearbeidet skal være, og den manglende inkluderingen av et språk om den levde kroppen kan begrense det psykiske helsearbeidets praktiske mulighetsrom.

Samtidig åpner dokumentene også for former for praksis som er i tråd med en mer helhetlig forståelse av menneskers kroppslige eksistens. Innvendingen var likevel at et slikt perspektiv svært sjelden løftes eksplisitt frem, og at man derfor går glipp av visse måter å fagliggjøre og anerkjenne brukeres erfaringer på. Motargumentet mot dette igjen er at denne typen styringsdokumenter ikke er ment å være fylldige redegjørelser for grunnlagstenkning eller faglige forståelser, men heller er praktiske retningsgivere som på forståelige måter skal peke arbeidet i en forsvarlig retning.

Men på samme måte som nevrobiologiske forståelser kan formidles på ulike nivåer, kan jo også fenomenologiske tenkemåter innlemmes i styringsdokumenter på tilgjengelige og praksisnære måter. Et startpunkt er en mer gjennomgående bruk av et begrep om den levde kroppen. Integrasjonen av et utvidet syn på subjektiviteten vil kunne legitimere erfaringskunnskap og danne grunnlag for mer tilpassede tilnærminger og samtaler med og om kroppen. Enda mer radikalt kan kroppslighet fremheves som fundamentet for all hjelp som tilbys. Det er levde kroppar som møtes i alle ledd av systemet, og bevisstheten om dette bør ikke begrenses til enkelte spesialiserte profesjonsgrupper.

Et avsluttende poeng er en påminnelse om at tekstene i dette utvalget nettopp er tekster og rettesnorer, og ikke den faktiske praksisen som foregår mellom menneskene der ute. I praksis vil vi ikke kunne unngå å møte andre som meningssøkende, subjektive egenkropper. På samme tid er det slik at

ethvert styringsdokument på feltet utvilsomt vil få størst gjennomslag dersom de gjenspeiler nettopp dette.

Hvis vi erkjenner at verden konstrueres gjennom språket, må det også bety at den kan konstrueres på andre måter, og at det finnes måter å bruke språket på som er mer hensiktsmessige enn andre. Et utvidet kroppsbegrep kan by opp til en maktforskyvning, der eierskapet til kroppen i større grad kan føres tilbake til den som lever som den.

## Referanser

- Borrel-Carrio, F., Suchman, A. L. & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>
- Carel, H. (2019). *Illness: The cry of the flesh* (Third edition). Routledge.
- Christensen, I. (2017). *Hemmelighetstilstanden* (C. Groth, Overs.). Pax forlag.
- Department of Health, UK. (2006). *Choosing health: Supporting the physical health needs of people with severe mental illness*.
- Duesund, L. (1995). *Kropp, kunnskap og selvoppfatning*. Universitetsforlaget.
- Ekeland, T. J. (2021). *Psykisk helsevern – en kunnskapsplattform*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse.
- Ekeland, T.-J. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis? Et nytt psykisk helsevern*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. [www.erfaringskompetanse.no](http://www.erfaringskompetanse.no)
- Engel, G. L. (2012). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(3), 377–396. <https://doi.org/10.1521/pdps.2012.40.3>.
- Engelsrud, G. (2006). *Hva er kropp*. Universitetsforlaget.
- Foucault, M. (1994). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. Vintage Books.
- Foucault, M. (1999). *Galskapens historie i opplysningens tidsalder* (3. utg.). Gyldendal.
- Foucault, M. (2018). *Diskursens orden tiltredelsesforelesning holdt ved Collège de France 2. desember 1970*. Spartacus.
- Fuchs, T. (2013). The phenomenology of body memory. I S. C. Koch, T. Fuchs, M. Summa & C. Müller (Red.), *Body memory, metaphor and movement*. John Benjamins Publishing Company.
- Fuchs, T. (2018). *Ecology of the brain: The phenomenology and biology of the embodied mind* (First edition). Oxford University Press.
- Fuchs, T. (2021). *In defense of the human being: Foundational questions of an embodied anthropology*. Oxford University Press.
- Fuchs, T. (2022). The disappearing body: Anorexia as a conflict of embodiment. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(1), 109–117. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01122-7>
- Fürst, E. L. (1998). Mat, kropp og kvinnelighet. I F. Skårderud & P. Isdahl (Red.), *Kroppstanker* (s. 122–139). Universitetsforlaget.
- Føllesdal, D. (2018). Forord. I I. Yalom, *Eksistensiell psykoterapi* (M. Solli, Overs.). Arnaberg.
- Helsedirektoratet. (2008). *Aktivitetshåndboka: fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2025, 26. februar). Nasjonal veileder i lokalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne [nettdokument]. Helsedirektoratet. Siste faglige endring 26. februar 2025, tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helse-og-rusarbeid-for-voksne>

- Johansen, H. R. (2021). *Rus og avhengighet som kroppslig eksistens* [Doktorgradsavhandling]. <https://brage.inn.no/inn-xmlui/handle/11250/2831711>
- Karlsson, B. (Red.). (2008). *Se mennesket: Om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie*. Gyldendal Akademisk.
- Kirkengen, A. L. & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Lakoff, G. & Johnson, M. (1999). *Philosophy in the flesh*. Pax Forlag.
- Leder, D. (1990). *The absent body*. The University of Chicago Press.
- Leder, D. (2024). *The healing body: Creative responses to illness, aging, and affliction*. Northwestern University Press.
- Merleau-Ponty, M. (2012a). *Kroppens fenomenologi* (B. Nake, Overs.). Bokklubben.
- Merleau-Ponty, M. (2012b). *Phenomenology of perception* (D. Landes, Overs.).
- Meyer, S. (2000). *Avmakt: Skjebne, frigjøring eller maktbase?* Gyldendal Akademisk.
- Ottesen, A. & Thornquist, E. (2015). Kroppen i styringsdokumenter for psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(2). <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-02-04>
- Prochazka, H., Martinsen, W. E. & Hellandsjø Bu, E. T. (2008). Avhengighet og misbruk. I *Aktivitetshåndboken – Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-%09behandling/revisjon-aktivitetshandboken/Aktivitetshandboken-Fysisk-aktivitet-i-%09forebygging-og-behandling.pdf/\\_/attachment/inline/e7710401-9ac5-4619-916d-%09ff15a9edb3d4:441018d86046acca9848e8399246b11d9b9e8aa2/Aktivitetshåndboken%25%0920-%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-%09behandling/revisjon-aktivitetshandboken/Aktivitetshandboken-Fysisk-aktivitet-i-%09forebygging-og-behandling.pdf/_/attachment/inline/e7710401-9ac5-4619-916d-%09ff15a9edb3d4:441018d86046acca9848e8399246b11d9b9e8aa2/Aktivitetshåndboken%25%0920-%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf)
- Rasmussen, T. H. (1996). *Kroppens filosof*. Semi-forlaget.
- Ratcliffe, M. (2008). *Feelings of being: Phenomenology, psychiatry and the sense of reality*. Oxford University Press.
- Schaanning, E. (2007). *Makt og viten tekster i utvalg*. Unipub.
- Seidenfaden-Lassen, E. & Kristensen, G. (2023). *Fænomenologi og psykiatri* (med gjest Thomas Fuchs). Babelsbiblioteket.
- Skårderud, F. & Fonagy, P. (2012). Eating disorders. I A. W. Bateman & P. Fonagy (Red.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (s. 347–383). American Psychiatric Publishing.
- Skårderud, F. & Isdahl, P. (Red.). *Kroppstanker*. Universitetsforlaget.
- Skårderud, F. (1998). Idehistorier om kroppen. I F. Skårderud & P. Isdahl (Red.), *Kroppstanker* (s. 122–139). Universitetsforlaget.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Psykisk helsearbeid i kommunene*. (Veileder IS-1332). Sosial- og helsedirektoratet.
- St.meld. 23 (2022–2023). (2023). *Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/0fb8e2f8f1ff4d40a522e3775a8b22bc/no/pdf%09s/stm202220230023000dddpdfs.pdf>
- St.meld. nr. 63 (1996–2006). *Opptappingsplanen for psykisk helse*. Helse- og omsorgsdepartementet.

- Stortingsprp nr 63 (1997–98): *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006*. Sosial- og helsedepartementet.
- Svenaas, F. (2005). *Sykdommens mening – og møtet med det syke mennesket*. Gyldendal Akademisk.
- Thornquist, E. (2005). Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling: En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 01, 31–45. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2005-01-04>
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Universitetsforlaget.
- Yalom, I. (2018). *Eksistensiell psykoterapi*. (M. Solli, Overs.) Arnaberg.
- Øye, C., Øvre Sørensen, N. & Martinsen, K. (Red.). (2018). *Å tenke med Foucault: En bok for masterstudiene i helse- og sosialfagene*. Fagbokforlaget.
- Aadland, E. (2011). *Og eg ser på deg: Vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3. utg.). Universitetsforlaget.