



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

“Det slipper, du puster og beveger deg på en annen måte”

Erfaringer med psykomotorisk fysioterapi hos kvinner med anoreksia nervosa

Caroline Ringø Næss

Masteroppgave i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, HEL-3901 – Mai 2020



FORORD

Det har vært svært interessant og meningsfullt å jobbe med masteroppgaven. Prosjektet har økt min interesse for temaet angående behandling for personer med anoreksi og fagfeltet psykomotorisk fysioterapi generelt. Arbeidet har vært krevende, men givende og en læringsprosess jeg ikke ville vært foruten. I dette forordet ønsker jeg å takke en del sentrale personer som har hjulpet meg å nå målet med innleveringen av denne masteroppgaven i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi.

Først og fremst ønsker jeg å takke mine informanter som var villige til å ta del i denne oppgaven og til de psykomotoriske fysioterapeutene som hjalp meg med å rekruttere informanter – takk.

Jeg ønsker også å takke min veileder Liv Jorunn Kolnes som har vært enestående med sin faglige kunnskap, dine tilbakemeldinger har vært uvurderlige.

En takk rettes også til medstudenter og lærere for tilbakemeldinger på masterseminarene. Jeg vil også takke “Fond for etter- og videreutdanning av fysioterapeuter” for økonomisk støtte.

Mine nærmeste og gode kollegaer fortjener også en stor takk. Deres motiverende ord og støtte underveis har vært en stor hjelp i denne prosessen.

Caroline Ringø Næss

Bergen, 12. Mai 2020

SAMMENDRAG

Tittel: “Det slipper, du puster og beveger deg på en annen måte” – erfaringer med psykomotorisk fysioterapi hos kvinner med anoreksi.

Hensikt: Studien hadde som formål å undersøke hvilke erfaringer personer med anoreksi har med psykomotorisk fysioterapi.

Metode: Datainnsamlingen ble gjort gjennom semistrukturert intervju av to personer med diagnosen anoreksia nervosa som har fått Norsk psykomotorisk fysioterapi i mer enn seks måneder. I analysen er det benyttet tematisk analyse.

Sammenfatning av resultatene: I analysen av intervjumaterialet ble tre hovedtema identifisert; den terapeutiske relasjonen, kroppslige endringer og eierskap til egne følelser. Under den terapeutiske relasjonen var det å oppleve forutsigbarhet og kjenne seg trygg og føle seg respektert avgjørende for å få noe ut av behandlingen. Psykomotorisk fysioterapi opplevdes som en trygg kontekst hvor informantene gradvis kunne gi slipp på kroppslige spenninger, de fikk en bedre kontakt med kroppen og erfaringer med nye måter å bevege seg på, noe de også klarte å integrere i hverdagen. De erfarte i større grad kroppen som sin egen og følte seg mer “hjemme” i sin egen kropp. Det å erfare å bli bekreftet og anerkjent av terapeuten, og det å ha fått større aksept for egen kropp, ser også ut til å ha bidratt til at informantene opplever et styrket selv og en bedre selvfølelse. Informantene erfarte at de fikk bedre kontakt med egne grenser, en større fleksibilitet i relasjon til tidligere fastlåste grenser, samt muligheter for å utfordre disse. Endelig viser resultatene at informantene i større grad synes å åpne opp for, sette ord på og stå opp for egne følelser. Det kan se ut som at de erfarte å få mer eierskap til egne følelser. Å være fortrolig med egne følelser kan ha bidratt til at de følte seg tryggere og tydeligere i sosiale og relasjonelle sammenhenger. Studien gir indikasjoner på at psykomotorisk fysioterapi kan være en hensiktsmessig del av behandlingen for personer med anoreksi. Tilnærmingen kan hjelpe pasienten å bli kjent med og akseptere egen kropp, samt aspekter knyttet til følelser og grenser. Psykomotorisk fysioterapi er en tilnærming der kroppen og selvet ikke kan skilles fra hverandre. Det at samtalen har en viktig plass i den psykomotoriske behandlingen innebærer at pasienten sammen med terapeuten kan reflektere over sin aktuelle situasjon, vanskelige livserfaringer og klare å se kroppslige sammenhenger.

Nøkkelord: Anoreksia nervosa, Norsk psykomotorisk fysioterapi, den terapeutiske relasjonen, kroppslige endringer, eierskap til egne følelser.

ABSTRACT

Title: The experience of Norwegian psychomotor physiotherapy in females with anorexia.

Purpose: This study aimed to investigate what experiences people with anorexia have with Norwegian psychomotor physiotherapy.

Method: Data collection was conducted through qualitative semi-structured interviews with two people with the diagnosis of anorexia nervosa having received Norwegian psychomotor physiotherapy for more than six months. Thematic analysis is used in the analysis.

Summary of results: Three main themes were identified in the analysis of the interview material; the therapeutic relationship, bodily changes and ownership of one's own emotions. During the therapeutic relationship, the experience of predictability and feeling confident and respected are crucial to getting something out of the treatment. Norwegian psychomotor physiotherapy was perceived as a safe context where informants could gradually let go of bodily tensions, gain better contact with their bodies and gain experiences with new ways of moving, something they also managed to integrate into their everyday life. They experienced the body to a greater extent as their own and felt more "at home" in the body. The experience of acknowledgement by the therapist, and a greater acceptance of one's own body, also appears to have contributed to the informants experiencing a stronger self and a better self-esteem. The informants learned that they had better contact with their own boundaries, greater flexibility in relation to previously fixed boundaries, as well as opportunities to challenge them. Finally, the results show that informants to a greater extent appear to open up to, speak up and stand up for their own emotions. It may look like they are experiencing more ownership of their own feelings. Being familiar with one's own feelings can also help one to feel safer and clearer in social and relational contexts. The study provides indications that Norwegian psychomotor physiotherapy may be an appropriate part of treatment for people with anorexia. The approach can help the patient to become acquainted with and accept their own body, as well as aspects related to emotions and boundaries. Norwegian psychomotor physiotherapy is an approach where the body and the self cannot be separated. The fact that the conversation is part of the psychomotor treatment means that the patient, together with the therapist, can reflect on their current situation, difficult life experiences and be able to see bodily relationships.

Keywords: Anorexia nervosa, Norwegian psychomotor physiotherapy, the therapeutic relationship, bodily changes, ownership of one's own emotions.

INNHOLDSFORTEGNELSE:

INNLEDNING	1
KROPPSORIENTERTE TERAPIER FOR PERSONER MED ANOREKSI	3
<i>Erfaringer med psykomotorisk fysioterapi</i>	4
<i>Kropporienterte terapier (Body awareness og BBAT)</i>	5
<i>Andre pasientgruppers erfaring med psykomotorisk fysioterapi</i>	6
<i>Hva tenker fysioterapeuter om fysioterapi og anoreksi?</i>	7
HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	8
TEORI	8
OM PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI	9
METODE	10
<i>Design</i>	10
<i>Deltakere</i>	10
<i>Intervjuguide og gjennomføring</i>	11
<i>Analyse</i>	12
<i>Kvalitetskrav og kvalitativ forskning</i>	13
<i>Refleksivitet</i>	14
<i>Etiske vurderinger</i>	15
RESULTATER	15
<i>Den terapeutiske relasjonen</i>	16
<i>Kroppslige endringer</i>	20
<i>Eierskap til egne følelser</i>	24
DISKUSJON	27
SAMMENFATNING	32
REFERANSER	34
VEDLEGG	37
<i>Norsk senter for forskningsdata (NSD)</i>	37
<i>Intervjuguide</i>	39
<i>Samtykkeerklæring</i>	40

INNLEDNING

Anoreksia nervosa (AN)¹ er en spiseforstyrrelse som kjennetegnes av et forstyrret kroppsbilde og en intens opptatthet av å være tynn (Fisher & Schenkman, 2012). AN har to underdiagnoser; restriktiv type og bulimisk type. Den restriktive referer til de som bruker ekstremt lite næring og/eller som overdreven fysisk aktivitet for å holde vekten nede, mens den bulimiske refererer til de som bruker oppkast eller andre metoder for vektreduksjon (renselse) (APA, 2013). I tillegg til at pasientgruppen som følge av langvarig undervekt og tvangspregnet trening kan ha en rekke medisinske komplikasjoner, har mange pasienter med spiseforstyrrelser et negativt og mer sårbart forhold til egen kropp og utseende. Personer med anoreksi føler ofte at kroppen er fremmed for dem, de føler seg ikke “hjemme” i kroppen og har ofte nedsatt eierskap til kroppen (erfaringen av kroppen som sin egen) noe som får konsekvenser ettersom det kan føre til at de splitter fysiske fra subjektive dimensjoner knyttet til den kroppslige selvforståelsen (Legrand, 2010).

Kroppsbildeforstyrrelser er utbredt i denne pasientgruppen (Danielsen & Bratberg, 2013). Kunnskap om hvordan forstå fenomenet kroppsbildeforstyrrelser er imidlertid mangelfullt, og har gjerne fokusert på hvordan pasientene vurderer og oppfatter egen kroppsstørrelse og fasjon, samt misnøye med kroppen (Danielsen & Bratberg, 2013). Ifølge nyere forskning kan kroppsbildeforstyrrelsen være uttrykk for manglende integrering av subjektive kroppslige erfaringer inkludert persepsjon, tanker og følelser (Espeset, 2011). Likevel, personer med anoreksi har ofte mye fokus på ytre dimensjoner (kroppsvekt og form) og overvurderer ofte størrelsen på kroppen. De kan ha urealistiske tanker om de kroppslige konsekvensene ved å spise, og kan for eksempel få en følelse av at magen eser ut og at fett øyeblikkelig legger seg på kroppen (Probst et al., 2013). Forestillingen om at magen er stor kan føre til at mange holder magen inne, noe som hindrer muligheten for en fri og basal respirasjon. Andre kan være misfornøyd med bestemte kroppsdeler som lår og sete, men også deler av kroppen som ikke nødvendigvis er relatert til vekt, som brede hofter eller lav høyde (Probst et al., 2013). Personer med anoreksi har ofte problemer med fysisk nærhet og misliker å bli tatt på. Denne måten å distansere seg fra kroppen kan være en form for dissosiasjon, som ligner det som

¹ I fortsettelsen vil jeg bruke forkortelsen AN eller bare anoreksi når jeg refererer til anoreksia nervosa.

skjer hos personer som har vært utsatt for fysisk eller seksuelt misbruk (Kirkengen & Næss, 2015). De kan ofte være overfokuset på hvordan andre ser på dem og kan gå rundt med en følelse av at andre tenker negativt om dem. Dette får betydning for sosiale relasjoner, men også for hvordan de erfarer kroppen som sin egen, og som integrert del av selvet (Legrand, 2010). Ifølge Legrand må det anerkjennes at anoreksi handler om mer enn forstyrrelser i forhold til kroppslige aspekter og kroppsbilde, men også om hvordan de oppfatter seg selv, ettersom kroppen og selvet ikke kan atskilles fra hverandre (Legrand, 2010).

Det negative forholdet til kroppen, problemene med å akseptere kroppen og med å forholde seg til egen kropp som ses hos personer med anoreksi, kan med høy sannsynlighet virke negativt på utfallet av behandlingen. Hvordan personer med AN erfarer kroppen og terapeutiske tilnærminger som fokuserer på å bedre kontakten med kroppen, kan følgelig ha en viktig plass i behandlingen til denne pasientgruppen (Kolnes, 2012). Det er imidlertid liten tradisjon for å inkludere kropporienterte terapier i behandlingen. I behandling av inneliggende pasienter med AN inngår vanligvis psykoterapi, ernæringsrehabilitering og familieterapi. De senere årene er det publisert noe litteratur som beskriver kropporienterte og fysioterapeutiske tilnærminger for pasienter med anoreksi (Davison, 1988; Fisher & Schenkman, 2012; Probst et al., 2013; Vancampfort, Vanderlinden, De Hert, Soundy, Adámkova, et al., 2014; Vandereycken, Depreitere, & Probst, 1987). Det argumenteres for at ulike kropporienterte terapier som for eksempel kroppsbevissthetsterapier, avspenningsøvelser, massasje og tilpasset trening kan bidra til å redusere spisepatologi, depresjon og til bedret mental og fysisk livskvalitet hos pasienter med spiseforstyrrelser (Probst, Coppénolle, & Vandereycken, 1995; Probst et al., 2013; Vancampfort, Vanderlinden, De Hert, Soundy, Adamkova, et al., 2014).

Norsk psykomotorisk fysioterapi (heretter bare kalt psykomotorisk fysioterapi) kan være en relevant tilnærming i behandlingen i denne sammenheng, og kan tilføre noe som er annerledes og som kan komplementere andre behandlingstilnærminger for pasienter med spiseforstyrrelser (Børsum & Råheim, 2017). Kroppsundersøkelser av inneliggende pasienter med anoreksi har vist at de kan ha liten kontakt med og lite eierskap til kroppen, bremset respirasjon, nedsatt postural kontroll og mye muskulatur med høy stivhetsgrad (Kolnes, 2017). Psykomotorisk fysioterapi anses å være en tilnærming som kan hjelpe pasientene til å

erfare og tolke kroppslige signaler på en ny måte, og bidra til at pasientene opplever bedret kontakt med følelser og en styrket erfaring av kroppen som sin egen (Kolnes, 2012; Probst et al., 2013). Det finnes imidlertid lite kunnskap om pasienters *egne* erfaringer med psykomotorisk fysioterapi, hva de får ut av denne behandlingsformen og hva det betyr for dem å gjennomgå en slik behandling. Ønsket med denne oppgaven er derfor å innhente kunnskap om pasienters subjektive erfaringer med psykomotorisk fysioterapi, belyst gjennom kvalitative intervju med personer som har erfaring med individuell behandling hos psykomotorisk fysioterapeut.

KROPPSORIENTERTE TERAPIER FOR PERSONER MED ANOREKSI

Litteratursøk viser at det er få studier direkte knyttet til hvilke erfaringer pasienter med anoreksi har med psykomotorisk fysioterapi. Ved søk etter relevante studier ble det søkt i følgende baser fra Ovid: Amed, Embase, Medline og PsycINFO (7. August 2019). Disse dekker fagområdene psykologi, psykiatri, medisin og sosiologi. Søkeordene som ble anvendt var: *anorexia nervosa, physiotherapy, physical therapy, Norwegian psychomotor physiotherapy, body awareness, experiences og qualitative studies*. Søkeordene ble skrevet på engelsk for å oppnå et større resultat og ble kombinert på ulike måter. Med “*Norwegian psychomotor physiotherapy*” og “*experiences*” i søkeordene kom det kun frem to artikler (Kolnes, 2012, 2017). I tillegg fant jeg en norsk artikkel, ved et søk i Google Scholar, med norske søkeord “*anoreksia nervosa*”, “*psykomotorisk fysioterapi*” og “*erfaringer*”. Artikkelen omhandler temaet psykomotorisk fysioterapi og spiseforstyrrelser av Børsum og Råheim (2017). Noen studier har sett på hva fysioterapeuter selv tenker om hva som er viktig i behandlingen for personer med spiseforstyrrelser. Ut fra at det fremkommer få studier som eksplisitt ser på personer med anoreksi sine erfaringer med psykomotorisk fysioterapi i litteratursøkene, er det i denne litteraturgjennomgangen nødvendig å inkludere studier som tar for seg vanlig fysioterapi, terapier som har som mål å bedre kroppsbevissthet (ofte omtalt under begrepet “*body awareness therapies*”), og andre kroppssorienterte behandlingstilnærminger for personer med anoreksi, samt både kvalitative og kvantitative studier.

Erfaringer med psykomotorisk fysioterapi

Det er som nevnt få studier som spesifikt har sett på pasienters erfaringer med psykomotorisk fysioterapi innen spiseforstyrrelsesfeltet med unntak av Kolnes (2012) som har publisert en artikkel basert på kliniske erfaringer med psykomotorisk fysioterapi for inneliggende pasienter med anoreksi. Uttalelser fra pasienter om deres erfaringer etter deltakelse i kroppsbevissthets-grupper er også inkludert. I artikkelen fremkommer det at en fysioterapeutisk tilnærming basert på psykomotoriske prinsipper kan bidra til at pasienter med anoreksi blir mer kjent med kroppen, og at de erfarer og tolker signaler fra kroppen på en ny måte (Kolnes, 2012). Videre ga pasientene uttrykk for at de bedre kunne sette ord på følelser, og at de i større grad erfarte og integrerte kroppen som sin egen og de følte mer eierskap til kroppen etter deltagelse i kroppsbevissthetsgruppe (Kolnes, 2012). I artikkelen kom det frem at enkelte pasienter tidligere erfarte at de ikke “hadde en kropp”, men at de kun “eksisterte som en person i hodet”. Pasientenes erfaringer knyttet til deltakelse i kroppsbevissthetsgruppen, viste videre at enkelte følte at det var som om de oppnådde en kontakt mellom hjernen og kroppen, og at dette var tankevekkende ettersom de i det daglige prøvde å unngå å kjenne på kroppen. Samlet sett uttrykte pasientene erfaringer som økt kontakt med kropp og sinn som ett, og mer tilstedeværelse i kroppen og dens reaksjoner (Kolnes, 2012). For å redusere kroppslige spenninger og hjelpe pasienten til å oppnå vektøkning og føle seg mer komfortabel med kroppen, har Davison (1988) benyttet metoder fra vanlig fysioterapi og tilpasset disse i behandlingen av pasienter med anoreksi. Hennes erfaringer er langt på vei overens med Kolnes (2012), i tillegg fremhever hun viktigheten av at behandlingen må tilpasses den enkelte pasient og betydningen av å ha en god relasjon til pasienten (Davison, 1988).

I en senere artikkel har Kolnes (2017) argumentert for at kroppsorienterte tiltak og terapier for pasienter med anoreksi, ikke bare bør ta utgangspunkt i de psykologiske og medisinske aspektene som ofte følger med sykdommen, men også hvilke funn som fremkommer gjennom en fysioterapeutisk kroppsundersøkelse. Med utgangspunkt i en ressursorientert kroppsundersøkelse (ROK) av seks kvinner med anoreksi, ble kroppslige belastninger relatert til respirasjon, muskulatur, holdning og postural stabilitet identifisert. Kroppsundersøkelsene inngikk i en studie av betydningen av overdreven fysisk aktivitet hos personer med AN. Det argumenteres for at nevnte forhold med fordel kan adresseres i fysioterapibehandlingen

gjennom øvelser fra “body awareness” tradisjonen, og at, for eksempel, en bremset respirasjon indirekte kan påvirkes gjennom øvelser som bedrer postural kontroll og balanse (Kolnes, 2017). Potensialet som ligger i slike øvelser med tanke på en bedret kontroll med og eierskap til sine kroppslige bevegelser kan potensielt ikke bare bidra til en mer sammenhengende kroppsopplevelse, men også til en mer sammenhengende opplevelse av seg selv, ettersom selvet er grunnleggende kroppslig og nært forbundet med erfaringen av kroppen som koherent (Kolnes, 2017; Legrand, 2011, 2013).

Kroppsorienterte terapier (Body awareness og BBAT)

Kroppsorienterte terapier og øvelser fra behandlingsformen Basic Body Awareness Therapy (BBAT) tradisjonen er relevante i denne sammenhengen, da fokus for behandlingen på noen områder overlapper psykomotorisk fysioterapi. Kroppsorienterte terapier (inkludert BBAT, massasje og yoga) har vist seg å ha positiv effekt på vektutvikling og spisepatologi, og kan bidra til bedret kroppskontakt, dempe hyperaktivitet og øke tilfredshet i egen kropp (Probst et al., 2013). I tillegg kan slike terapier påvirke livskvalitet hos personer med anoreksi positivt (Vancampfort, Vanderlinden, De Hert, Soundy, Adámkova, et al., 2014). Catalan-Matamoros et al. (2010) har i en randomisert kontrollert studie sett på effekten av BBAT hos 28 personer med spiseforstyrrelser (hvorav 11 hadde anoreksia nervosa). BBAT er en behandlingsform som er inspirert av vestlige og østlige bevegelsestradisjoner og utviklet av den franske psykoanalytikeren Jacques Dropsy (1988). Siden 1980 og 90 tallet er BBAT videreutviklet av fysioterapeuter i Skandinavia som bruker tilnærmingen innen rehabilitering og forebyggende fysioterapi. Fokus i BBAT er på å bli kjent med kroppen og tilegnelsen av kroppserfaringer gjennom ulike bevegelser og bevegelseskvaliteter. Tilnærmingen er basert på tre hovedelementer knyttet til dynamisk balanse: postural stabilitet, en fri pust og mental tilstedeværelse (Gyllensten, Skar, Miller, & Gard, 2010). Deltakerne i studien til Catalan-Matamoros et al. ble delt i en kontrollgruppe og en intervensjonsgruppe, hvor intervensjonsgruppen fikk BBAT behandling i syv uker. Behandlingen til intervensjonsgruppen ble utført av en fysioterapeut med kompetanse i BBAT og hadde som mål å forbedre kroppskontakt og gi positive kroppserfaringer. I intervensjonen inngikk grunnleggende og enkle bevegelser som hadde til hensikt å fremme balanse, forankring (“grounding”), koordinasjon av bevegelser og frigjøring av pust. Øvelsene ble utført i ryggliggende, sittende, stående eller under gange. Fokus på mental tilstedeværelse med

oppmerksomhet på hvordan øvelsene ble utført og hvordan de erfarte øvelsene var en integrert del av treningsprosessen. Etter hver behandlingstime var det satt av tid til samtale og refleksjon hvor den enkelte kunne sette ord på og dele sine erfaringer med de andre i gruppen. Resultatene viste at sykdomstrykket, misnøye med kroppen, og at noen spiseforstyrrelses-symptomer var blitt redusert hos deltakerne i intervensjonsgruppen. Studien viser også at kroppsorienterte terapier som BBAT kan ha en positiv effekt på mental helse og livskvalitet i behandlingen til personer med spiseforstyrrelser (Catalan-Matamoros et al., 2010).

Andre pasientgruppers erfaring med psykomotorisk fysioterapi

Endelig kan det være relevant å se hvilke erfaringer andre pasientgrupper med psykiske lidelser har med psykomotorisk fysioterapi. Øien, Iversen og Stensland (2007) har i en casestudie utforsket to forskjellige pasienters kroppslige erfaringer med psykomotorisk fysioterapi. Den ene var diagnostisert med depresjon og slet med kroppsbildeforstyrrelser, i tillegg hadde pasienten ryggplager, muskelspenninger og angst. Den andre pasienten var diagnostisert med kroniske ryggmerter. Behandlingsforløpet hadde en varighet på syv måneder, hvor pasientene hadde henholdsvis 23 og 24 behandlinger. Sentrale funn i denne studien var at begge pasientene erfarte at de fikk en mer sammenhengende opplevelse av kroppen, det vil si at kroppen ble en mer integrert del av identiteten og selvopplevelsen (Øien et al., 2007). I tillegg opplevde pasientene at behandlingen åpnet opp for nye bevegelsesmønstre og tilgang til nye kroppserfaringer (Øien et al., 2007). Ekerholt og Bergland (2008) beskriver subjektive erfaringer med psykomotorisk fysioterapi hos personer med muskel skjelett lidelser, angst, depresjon og søvnforstyrrelser. Pasientene i denne studien ble mer oppmerksomme på endringer i pustemønster og de erfarte kroppen på nye måter etter psykomotorisk fysioterapi (Ekerholt & Bergland, 2008). I tillegg opplevde de økt velvære og mestring i dagliglivet, og gjennom den terapeutiske prosessen erfarte deltakerne muligheter for å utforske og reflektere over mønstre som tidligere hadde preget deres måte å relatere seg til seg selv og til verden på (Ekerholt & Bergland, 2008). Ved å bli kjent med eget pustemønster ser ut til å gjøre erfaringer under den terapeutiske prosessen mer forståelig, håndterlig og meningsfull (Ekerholt & Bergland, 2008).

Hva tenker fysioterapeuter om fysioterapi og anoreksi?

Noen studier har undersøkt hva fysioterapeuter tenker om hvilken funksjon fysioterapi kan ha i behandlingstilbudet for pasienter med spiseforstyrrelser. Ved Rikshospitalet i København har fysioterapeutene benyttet avspenningsøvelser og massasje og erfart at slike tilnærminger kan bidra til at pasientene lærer seg å merke kroppen og forholder seg til kroppen på en ny og mer realistisk måte (Aggersbjerg, 2005). En norsk studie har sett på hva psykomotoriske fysioterapeuter tenker om deres bidrag i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser (Børsum & Råheim, 2017). I denne studien ble andre behandlere (inkludert psykolog, psykiater og spesialsykepleier) som inngår i behandlingsteam for inneliggende personer med spiseforstyrrelser også intervjuet om hva de tenker om hva fysioterapi kan bidra med i behandlingen. Børsum og Råheim (2017) fant at oppfatningen blant alle behandlerne var at psykomotorisk fysioterapi kan bidra med en spesiell ekspertise på kroppen, og noe som er vesentlig, annerledes og utfyllende i forhold de andre behandlingstilnærmingene ved enheten. Psykomotorisk fysioterapi ble dessuten oppfattet som en behandling som der det jobbes direkte med kroppen gjennom fysisk berøring, men også indirekte ved å bidra til økt forståelse av sammenheng mellom kropp, tanker og følelser hos pasientene (Børsum & Råheim, 2017). Basert på forståelsen av at kropp og følelser er tett sammenvevd, var de øvrige behandlerne samstemte i at en kroppslig innfallsvinkel kan være fruktbar i behandlingen av denne pasientgruppen (Børsum & Råheim, 2017).

Soundy et al. (2015) har sett på hva fysioterapeuter tenker om egen kompetanse i behandling av personer med spiseforstyrrelser gjennom en internasjonal survey undersøkelse hvor 28 erfarne fysioterapeuter deltok. I undersøkelsen fremkom at fysioterapeutene mener sentrale mål for fysioterapi bør være knyttet til å hjelpe personene til å få en bedre kroppsbevissthet og endre synet på treningsaktivitet gjennom økt kunnskap om hva som er helsefremmende doser av fysisk aktivitet ved alvorlig undervekt (Soundy et al., 2015). Fire tilnærminger ble fremhevet som relevante for fysioterapi innen psykisk helse generelt og for personer med spiseforstyrrelser mer spesielt: *Den første* omhandler fokus på fysiske, funksjonelle og manuelle intervensjoner, og bruk av bevegelse eller trening. I tillegg nevnes behovet for øvelser og/eller massasje som kan dempe smerte og som kan bidra til en friere pust. I *den andre* tilnærmingen inngår ulike avspenningsteknikker og teknikker for å hjelpe personen til å fokusere på her og nå (for eksempel “mindfulness”) på en ikke dømmende måte. Dette er en

form for rasjonell-emosjonell terapi, en tilnærming som baserer seg på kognitiv adferdsterapi og som brukes for å identifisere hendelser som fører til bestemt atferd eller emosjonelle problemer. *En tredje* strategi er psyko-edukasjon der fokus er på å bli mer bevisst på og tolke kroppslige signaler. Fysioterapeuter kan i tillegg bidra til psyko-edukasjon i forhold til hva som er helsemessig forsvarlige mengder av fysisk aktivitet. I *den fjerde* intervensjonen ble BBAT trukket ut som en spesifikk fysioterapeutisk intervensjon; å jobbe med kroppslige opplevelser på forskjellige nivåer, inkludert atferd, persepsjon, bevissthet og holdninger (Soundy et al., 2015).

Selv om dokumenterte fysioterapeutiske intervensjoner generelt, og psykomotorisk fysioterapi spesielt, er i sin spede begynnelse når det gjelder behandling av pasienter med anoreksi, er det ifølge gjennomgangen av litteraturen indikasjoner på at kropporienterte terapier, vanlig fysioterapi og psykomotorisk fysioterapi kan bidra til bedret livskvalitet og redusert sykdomstrekk, bedret kontakt med og eierskap til kropp og følelser, og til nye kroppserfaringer hos personer med anoreksi.

HENSIKT OG PROBLEMSTILLING

Hensikten med prosjektet er å få kunnskap om hvilke erfaringer personer med anoreksi har etter behandling med psykomotorisk fysioterapi. Følgende problemstilling lyder:

Erfaringer med psykomotorisk fysioterapi behandling hos personer med anoreksia nervosa.

TEORI

Studien er inspirert av fenomenologi. Med fokus på menneskets eksistens, hvor subjektets væren i verden forstås som kroppslig, sosialt og kulturelt forankret, har fenomenologi gitt viktige bidrag til kunnskaps- og teoriutvikling innen en rekke fagområder, inkludert antropologi, sosiologi, psykiatri, og psykologi. Dersom ønsket er å forstå personers livsverden, så nytter det ikke å isolere eller ignorere førstepersonsperspektivet og det opplevelsesmessige aspektet (Zahavi, 2019). Dette har ført til at erfaringsdimensjonen har fått en gryende anerkjennelse innen den fenomenologiske tradisjonen. Hvordan vi erfarer verden gjennom kroppen og hvordan bevisstheten er tett sammenkoblet med kroppen og omgivelsene, har fått et særlig fokus i fenomenologien (Merleau-Ponty, 1945/1962). Dette

innebærer at kropp, subjekt og verden ikke kan forstås uavhengig av hverandre (Legrand, 2011). Hvordan kroppen er utgangspunkt for persepsjon og hvordan møtet med andre påvirker vår subjektivitet og måte å være i verden på, har også blitt aktualisert innen fysioterapivitenskap (Malterud, 2017). Å produsere rike, nyanserte og detaljerte beskrivelser av deltakernes egne konkrete erfaringer om et fenomen har potensiale til å generere data som kan være gjenstand for fenomenologisk inspirerte analyser og refleksjoner (Allen-Collinson, 2016). Å forstå individets personlige oppfatning eller fortelling om en opplevelse, står i motsetning til å forsøke å produsere en objektiv oversikt over selve opplevelsen (Smith, Larkin, & FLowers, 2009). Det kan trekkes paralleller mellom fenomenologisk forståelse av kroppen som sentrum for erfaring og erkjennelse, og prinsipper som ligger til grunn for psykomotorisk fysioterapi, hvor forståelsen om at livserfaringer kan nedfelles og reflekteres i kroppen er sentral for å forstå pasientenes plager (Thornquist & Bunkan, 1995).

OM PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI

Informantene som deltar i studien intervjues etter å ha gått til psykomotorisk fysioterapi behandling. Jeg vil derfor gi en kort beskrivelse av hva som kjennetegner psykomotorisk fysioterapi. Norsk psykomotorisk fysioterapi ble utviklet av fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen og psykiater Trygve Braatøy etter andre verdenskrig, og har i ettertid blitt videreutviklet og modifisert av fysioterapeuter og forskere i de nordiske landene. Psykomotorisk fysioterapi er basert på en forståelse av at holdning, respirasjon, muskelspenninger og kroppsbevissthet er nært knyttet til emosjonell og psykologisk belastning (Thornquist & Bunkan, 1995). Kroppen forstås som sentrum for opplevelser og kunnskap, vi tar inn informasjon gjennom kroppen, og det er gjennom kroppen vi samhandler med omgivelsene. Tilnærmingen har sin grunnleggende forståelse i at kroppen er en funksjonell enhet og at levde erfaringer og følelser er en del av, og uttrykkes gjennom kroppen. Ifølge den psykomotoriske tenkningen er påvirkning av respirasjonen en sentral komponent av behandlingen. Avhengig av funn hos pasienten kan behandlingen kan være støttende/stabiliserende eller inngripende/omstillende. Ved støttende behandling er formålet å hjelpe pasienten til å fungere best mulig ut fra sine forutsetninger, gjennom å forsterke pasientens ressurser, dempe smerteubehag, redusere muskulær stivhet og gi pasienten mestringsopplevelser, som kan virke stabiliserende og samlende for pasienten (Bunkan, 2010). Den omstillende sikter mot å endre pasientens kroppslige og følelsesmessige vane- og

reaksjonsmønster, samt øke kontakten med kroppen gjennom bevisstgjøring, denne tilnærmingen tar gjerne lengre tid (Bunkan, 2010). Ofte inngår begge tilnærmingene i et behandlingsforløp, men i ulike faser av behandlingen avhengig av hvordan pasienten har det.

METODE

Design

For å belyse hvilke erfaringer personer med anoreksia nervosa har i forhold til å ha gått til psykomotorisk fysioterapi, vil datainnsamlingen bli gjort ved å benytte et kvalitativt intervju. Kvalitativt intervju er velegnet når hensikten er dybdeforståelse av deltakernes subjektive erfaringer og hvilken mening erfaringene har i den livssammenheng som personen befinner seg i (Smith et al., 2009). Det er benyttet semistrukturerte intervju, noe som innebærer at jeg på forhånd har utarbeidet en intervjuguide med de hovedtemaene som jeg ønsker å belyse i intervjuet. Informantene vil få anledning til å utdype temaer som tas opp i intervjuet, samtidig som det vil være vesentlig å følge opp relevante tema som måtte dukke opp underveis (Tjora, 2017).

Deltakere

For å få inn data som belyser forskningsspørsmålet på best mulig måte ble deltakerne valgt ut fra strategiske utvalgsprinsipper (Malterud, 2017). Kriteriene for å inkludere deltakere til studien er følgende: a) informantene har diagnosen anorexia nervosa (AN), b) at hun eller han er i, eller nylig har avsluttet et behandlingsforløp på minimum seks måneder hos en erfaren fysioterapeut med spesialisering i Norsk psykomotorisk fysioterapi, og c) informantene må være over 18 år. Med erfaren psykomotorisk fysioterapeut menes at vedkommende bør ha minst tre års praksis som fysioterapeut med spesialisering i Norsk psykomotorisk fysioterapi (heretter benyttes kun, psykomotorisk fysioterapeut eller PMF i omtale av fysioterapeut med spesialisering i Norsk psykomotorisk fysioterapi). Det kan bemerkes at personer med diagnosen anoreksia nervosa som regel har andre psykiske plager eller tilleggssymptomer som for eksempel angst, depresjon og tvangstanker (APA, 2013).

Gjennom min veileder og hjemmesiden til Norges fysioterapeutforbund (NFF) fikk jeg kontaktinformasjon til aktuelle psykomotoriske fysioterapeuter som har erfaring med å behandle pasienter som har en spiseforstyrrelse. Jeg henvendte meg til noen av disse med

spørsmål om de kjente til personer som fylte inklusjonskriteriene, og fikk på den måten rekruttert to deltakere. Jeg ble satt i kontakt med aktuelle informanter gjennom mail og telefon. Målet var å intervju to – tre deltakere, men det viste seg vanskelig å få rekruttert flere deltakere, da mange psykomotoriske fysioterapeuter ikke hadde denne pasientgruppen i behandling eller at de som gikk i behandling ikke fylte kriteriene. I tillegg kom koronasituasjonen, derfor ble det to informanter. Begge informantene er kvinner i førtiårene. Informant en har fått psykomotorisk fysioterapi de siste par årene og informant to har over flere år fått psykomotorisk fysioterapi.

Intervjuguide og gjennomføring

Intervjuguiden ble utarbeidet for å dekke sentrale temaer knyttet til forskningsspørsmålet, inkludert kontakt med kroppen og erfaringer knyttet til kroppslige aspekter. Første tema i intervjuguiden var om informantene kunne si noe om årsaken til hvorfor de begynte i psykomotorisk behandling. Dette fungerte som en innledning for å komme i gang med samtalen rundt et tema som var uproblematisk å snakke om. De påfølgende temaene i intervjuguiden var om hvilke erfaringer de har med å gå i behandling, og om de kan fortelle mer om hvordan de merker det i kroppen, og hva det betyr for dem å ha disse erfaringene. Intervjuet var fleksibelt i forhold til å gå frem og tilbake mellom de ulike temaene, og jeg var bevisst på å lytte og stille spørsmål som kunne utdype aktuelle tema som kom opp underveis. Jeg gjorde også notater underveis som jeg kunne komme tilbake til under intervjuet. Intervjuene ble gjort i november og desember 2019, de varte mellom 50 og 70 minutter. Det ene ble gjennomført i et stille rom på mitt arbeidssted, det andre, av praktiske hensyn, hjemme hos informanten. Intervjuene ble tatt opp med en diktafon, noe informantene selv samtykket før opptaket ble satt i gang. Første intervju var egentlig tenkt som et prøveintervju, men ettersom informanten oppfylte inklusjonskriteriene og relevante tema ble godt belyst i intervjuet, gjorde at jeg i samråd med veileder besluttet å inkludere intervjuet i selve studien. Gjennom kritisk gjennomgang av prøveintervjuet og tilbakemeldinger fra veileder, følte jeg meg bedre rustet til påfølgende intervju. Intervjuene ble transkribert ordrett av meg kort tid etter intervjuet, så nøyaktig som mulig. Kroppsspråk, håndbevegelser og ansiktsuttrykk fanges ikke opp på bånd, men siden intervjuet var ferskt når transkripsjonen ble gjort, ble dette notert i parentes. Jeg noterte også dersom informantene gjorde noen håndbevegelser eller reiste seg opp i forbindelse med hva de sa.

Analyse

I analysen av materialet har jeg benyttet hovedtrinnene i tematisk analyse. Tematisk analyse er en tilgjengelig og fleksibel analysemetode som egner seg godt for nybegynnere innen kvalitativ forskning (Braun, Clarke, & Weate, 2016). Metoden kan benyttes til å identifisere mønstre og tema i datamaterialet, og har potensiale for en nyansert, kompleks og fortolkende analyse (Braun et al., 2016). Metoden er velegnet til å analysere personers perspektiver og erfaringer i forhold til bestemte tema eller fenomener, samt de faktorer og prosesser som ligger til grunn for og som påvirker personens erfaringer av disse (Braun & Clarke, 2006). Metoden er ikke knyttet til bestemte teoretiske vitenskapsteoretiske posisjoner. Forskeren har fleksibilitet i hvordan bruke tematisk analyse, og metoden betraktes som en anvendelig metode for analyse av kvalitative data.

Braun og Clarke (2006) har presentert forslag til en seks trinns guide som jeg har støttet meg på i analysearbeidet: I fase 1 har jeg gjort meg kjent med intervjumaterialet, ved å lese gjennom transkripsjonene flere ganger og notere interessante tema. I fase 2 leste jeg materialet analytisk; her så jeg etter ideer og begreper som kunne bidra til å belyse forskningsspørsmålet, deretter begynte jeg med kodearbeidet. Spørsmål som kan bidra til å gjøre analysearbeidet i denne fasen enklere, kan for eksempel være: Hva er det som gjør at deltakeren finner mening i ting på akkurat denne måten? Og: Hvilke antagelser ligger under utsagnene? I fase 3 til fase 5 gjøres det sentrale analytiske arbeidet i tematisk analyse (Braun et al., 2016). Her kodet jeg materialet og organiserte kodene som var med til å danne grunnlag for utvikling av tema. I denne prosessen så jeg etter semantiske (det som sies mer eksplisitt) og latente (underliggende meninger) utsagn som gjorde at jeg også kunne bevege meg bakenfor det som spesifikt ble sagt. Temaene skal fortelle oss noe viktig om og fanger opp noe betydelig eller interessant om det innsamlede datamaterialet som er relevant for forskningsspørsmålet (Braun et al., 2016). Temaene ble gjennomgått flere ganger og kontrollert i forhold til kodene i trinn en og hele datasettet, deretter lagde jeg et tematisk "kart" av analysen. Denne prosessen handlet om å samle ("cluster") koder for å identifisere mønstre på et høyere nivå, det vil si at det utvikles meninger som fanger opp mer enn bare beskrivelser av det som ligger i selve materialet. Temaene som utvikles skal generelt ha substans og nyanser, de skal fange opp forskjellighet, og ikke bare enkle ideer (Braun &

Clarke, 2006). I fase 5 ble temaene definert og navngitt, dette var den endelige avgrensningen av temaene og målet var å identifisere hva som var essensen i det som hvert tema handlet om. Siste fase i analysen handlet om å velge å gjøre de endelige valgene i forhold til eksempler, endelig analyse og bruk av sitater, for å kunne skrive ferdig studien.

Kvalitetskrav og kvalitativ forskning

I kvalitativ forskning er det ikke tilsvarende faste universelle kriterier for å etablere sannhet og kunnskap, som i tradisjonell kvantitativ forskning. Det er derfor av betydning å gjøre vurderinger i forhold til kriterier som er meningsfulle i relasjon til det aktuelle forskningsprosjektet og prosjektets formål når man vurderer kvaliteten og gyldigheten i kvalitativ forskning (Yardley, 2000). For å imøtekomme vitenskapelige krav om pålitelighet, kan kriteriene for vurdering av kvalitet og gyldighet i kvalitativ psykologisk orientert forskning utarbeidet av Yardley (2000) være nyttige. Kriteriene omfatter sensitivitet til kontekst, forpliktelse og grundighet, sammenheng og gjennomsiktighet (transparens), samt innvirkning og betydning (Yardley, 2000). I denne studien viser jeg *sensitivitet til kontekst* ved å klargjøre den teoretiske konteksten, ved å vise hva som allerede er gjort på området og ved å formulere konkrete forskningsspørsmål som ikke tidligere har vært utforsket (Yardley, 2000). Videre har jeg hatt fokus på å få frem perspektivene til informantene gjennom å stille åpne spørsmål og ved å følge opp interessante tema som oppstod underveis slik at informantene fikk mulighet til å utdype hva som var viktig for dem. En rekke ordrette sitater er benyttet i presentasjonen av resultatene for å få frem informantenes stemme, både som støtte til analysen og for å gi leseren mulighet til å sjekke tolkningene som er gjort. I tillegg hadde jeg fokus på å gjennomføre intervjuene på et sted som gjorde at informantene følte seg vel. *Forpliktelse og grundighet* er kriterier som forteller noe om engasjementet og grundigheten i studien. Forpliktelse henspiller på innsikt i og interesse for forskningstemaet og en forsvarlig behandling av datamaterialet (Yardley, 2000), mens grundighet dekker utvalgets relevans, kvalitet i gjennomføring av datainnsamlingen og i analyseprosessen (Smith et al., 2009). Tidligere kunnskap og gjennomgang av litteraturen har gitt meg god innsikt i forskningstemaet. Utvalget var relevant for forskningsspørsmålet, og i intervjuene bestrebet jeg meg å følge opp relevante og interessante tema som kom frem underveis, slik at informantene fikk mulighet for å reflektere og utdype svarene. Ved å gå gjennom transkripsjonen av det første intervjuet med veileder, fikk jeg innspill som gjorde at jeg følte

at det påfølgende intervjuet ble bedre, jeg klarte bedre følge opp relevante utsagn fra informantene. *Sammenheng og gjennomsiktighet (transparens)* sier noe om i hvilken grad presentasjonen av studien gir mening som et sammenhengende hele og hvor klart trinnene i analysen er beskrevet slik at leseren kan se hva som er gjort (Yardley, 2000). I arbeidet med oppgaven har jeg jobbet mye med presentasjonen av materialet og jeg har bearbeidet teksten grundig for å få til en presentasjon som gir sammenheng og mening. *Transparens* vises ved at de ulike trinnene i analysen er godt beskrevet, samt ved å presentere sitater som viser leseren hva de analytiske fortolkningene er basert på. Med *innvirkning og betydning*, poengterer Yardley (2000) at det ikke er tilstrekkelig å utvikle en sensitiv, gjennomarbeidet og plausibel analyse, men at det er vel så viktig at forskningen formidler noe som er interessant, betydningsfullt og som kan ha nytte for leseren. Selv om jeg kun har intervjuet to personer, og resultatene således ikke kan generaliseres, tenker jeg at materialet kan være illustrerende for i alle fall noen betydningsfulle erfaringer som personer med anoreksi har med psykomotorisk fysioterapi som behandlingsform. Økt kunnskap om hva personer med anoreksi kan få ut av psykomotorisk fysioterapi kan kanskje bidra til å sette temaet på dagsorden, samt bidra til at denne behandlingen kan få større plass i behandlingsopplegg for denne pasientgruppen.

Refleksivitet

Refleksivitet innebærer at man som forsker skal erkjenne at man alltid har sin egen bakgrunn og for forståelse med seg inn i forskningen, og at alle fenomen uunngåelig vil fortolkes i lys av disse. Bakgrunn for valg av tema bunner i stor interesse og nysgjerrighet for denne pasientgruppen, blant annet fordi jeg selv har noe erfaring med en spiseforstyrrelse i en periode i tenårene. Etter jeg begynte på masterstudie i psykomotorisk fysioterapi har jeg undret meg over hvordan en mer kroppslig tilnærming kunne hatt betydning for tilfriskningen. Jeg er klar over at min bakgrunn kan påvirke alle faser i prosjektet, inkludert tolkningen av datamaterialet, og at den kan begrense deltakerne i å komme frem med sine erfaringer. Samtidig kan min tidligere erfaringsbakgrunn også være en styrke i analysearbeidet da min bakgrunn kan gjøre det lettere å forstå det deltakerne forteller og hjelpe med å utforske betydningen av viktige hendelser og prosesser mer i dybden.

Etiske vurderinger

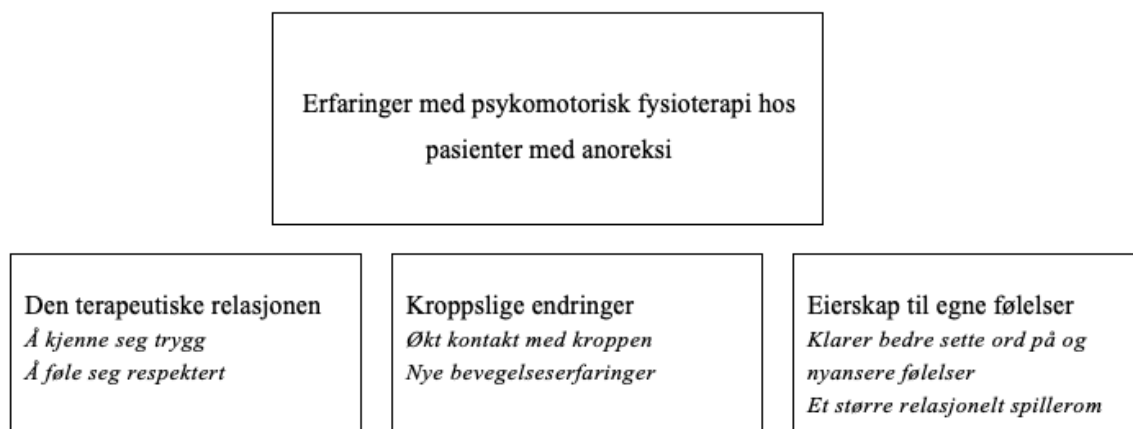
Studien gjøres i tråd med Helseforskningsloven (2008), Personopplysningsloven (2018) og Forskningsetikkloven (2017), og oppgaven er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Forskeren skal sørge for at informantene kan kjenne seg trygg på at *personvern* og *anonymitet* blir tilfredsstillende ivaretatt, uten risiko for gjenkjennelse (Malterud, 2017).

Informantene fikk informasjonsskriv og samtykkeerklæring tilsendt i forkant av intervjuet. I informasjonsskrivet stod det kortfattet om oppgavens bakgrunn og hensikt, samt informasjon om at deltagelsen var frivillig. Samtykkeerklæringen ble skrevet under av begge informantene i forkant av intervjuene, i tråd med Helsinki-deklarasjonen (Devold, 2014). I forbindelse med selve gjennomføringen av intervjuet er det viktig at informantene ikke kommer til skade, og prosjekter med informanter som er alvorlig syke, stiller særlig høye krav til etisk omtanke (Malterud, 2017; Tjora, 2017). Temaet som omhandler erfaringer i psykomotorisk behandling *kan* innebære at følsomme temaer kommer opp underveis, derfor informerte jeg informantene om muligheten til å ta pauser under intervjuet. Den ene informanten ønsket en kort pause, men forsikret meg om at det var greit å fortsette intervjuet etter pausen. De hadde også mulighet til å kontakte meg i etterkant dersom de hadde behov for å bli ivaretatt og snakke om eventuelle tema som ble vanskelige i etterkant av intervjuet. Ingen av dem tok kontakt i etterkant, men begge hadde vedvarende kontakt med sin behandler og ble mest sannsynlig godt ivaretatt på den måten.

RESULTATER

Gjennom analysen av intervjumaterialet har jeg identifisert følgende tre hovedtema: *den terapeutiske relasjonen, kroppslige endringer, samt eierskap til egne følelser*. Under hvert hovedtema har jeg dannet undertema, disse er illustrert i figur 1. Det er viktig å understreke at alle temaene påvirkes av og er relatert til hverandre. Sitater fra informantene presenteres for å belyse undertemaene.²

² I sitatene er pauser illustrert med tre punktum etter hverandre "...". Der hvor deler av teksten er tatt bort vises dette som tre punktum i parentes "...". Tekst i parentes i sitatene er mine forklaringer.



Figur 1. Figuren over illustrerer hoved- og undertemaene i materialet.

Den terapeutiske relasjonen

Informantene opplevde sider med den terapeutiske relasjonen som viktig for å kunne ha nytte av behandlingen. Å kjenne seg trygg og føle seg respektert er undertemaer som favner erfaringene som fremheves i forbindelse med den terapeutiske relasjonen.

Å kjenne seg trygg: Informantene fortalte at forutsigbarhet og tydelig kommunikasjon var faktorer som bidro til at de følte trygghet i behandlingen. Begge informantene erfarte det som trygt at terapeutene tok hensyn til dem og tilpasset behandlingen etter deres behov og situasjon. Den ene informanten sier dette slik:

Jeg møtte en psykomotorisk fysioterapeut som tydelig ga signaler om at her gjør vi det på dine premisser. Vi skal hjelpe deg og for at vi skal kunne hjelpe deg, så må vi gjøre det slik at du føler deg trygg i denne situasjonen (Informant 2).

Å kunne påvirke hvor terapeuten skulle stå i rommet ble av den ene deltakeren fremhevet som viktig, da hun på den måten visste hvor terapeuten til enhver tid befant seg og hun kunne se henne under hele behandlingstimen. Å kunne velge å ha innflytelse på terapeutens plassering i rommet bidro til å styrke følelsen av å være trygg, det gav en følelse av å kunne være forberedt på hva som til ville skje:

Jeg liker at hun står bak eller på siden, slik at jeg har kontroll, jeg liker å ha veggen bak meg og ikke en dør, for eksempel. Litt sånn at jeg kan velge plasseringen i rommet (...) Hun gir alltid beskjed på forhånd om hva hun skal gjøre (Informant 1).

Å bli “pakket inn” under behandlingen bidro til at informantene følte seg godt ivaretatt hos terapeuten. En av dem forklarte denne følelsen slik:

Det som jeg virkelig sitter igjen med er denne enorme trygge, gode følelsen av å bli pakket inn (...) Etterpå fikk jeg lov til å bare ligge og slappe av. Det var veldig fint for da lå man inni den rammen (Informant 2).

Hun sier at å bli “pakket inn...inni den rammen” var noe som fungerte godt for henne, spesielt når hun følte seg langt nede. Hun fikk på denne måten følelsen av at hun ikke “fløt” ut på benken. Hun forklarer at terapeuten brukte hendene og trykket med et fast grep på hodet, på resten av kroppen og helt ned til føttene, og at hun følte seg “rammet inn”. Terapeuten gjorde dette på slutten av hver time. Informanten forklarer hvordan personer med spiseforstyrrelser ofte kan føle at de er veldig store, men her fikk hun ligge inni denne “rammen” og slappe av, noe som føltes godt og beroligende. Hun sier dette var noe av det hun nyttiggjorde seg mest under behandlingsforløpet hos den psykomotoriske fysioterapeuten. Den andre informanten hadde lignende erfaringer gjennom en øvelse hun alltid gjorde i starten av hver time. Fokuset var på å “lande” i en god stol, der terapeuten gikk igjennom kroppen del for del, slik at hun fikk kjenne etter hvor hun spente seg, og deretter kunne hun spenne av. For henne var dette en god øvelse, hvor hun også opplevde at hun kunne slippe å tenke så mye.

Sakte progresjon i behandlingen og det å få mulighet til selv å bestemme i forhold til hyppighet, var også av stor betydning for informantene. Å kunne ha ukentlige behandlinger ga forutsigbarhet. En av informantene fortalte at det tok lang tid for henne å bli trygg. Det å av og til ha doble timer var viktig for henne, og det bidro til at hun klarte å bli roligere under behandlingen. Begge informantene fremhevet at forutsigbarhet og fortrolighet i behandlingen var av stor betydning, både for selve behandlingen og den terapeutiske relasjonen.

Å føle seg respektert: Å føle seg sett og bli tatt på alvor, og det at terapeuten ga tydelige beskjeder om hva som skulle skje i behandlingen, opplevde informantene som viktige faktorer. Terapeutene kunne i forkant fortelle informantene hvor på kroppen hun skulle ta på dem. For den ene informanten kunne berøring være utfordrende, spesielt var magen et vanskelig område. Derfor synes hun det var viktig med god tid i behandlingen, at terapeuten kunne tilnærme seg kroppen hennes gradvis, slik at hun etter hvert kunne klare å ta i mot behandling på benken. For eksempel likte hun godt at hun fikk ha en varmeflaske på magen når hun lå på benken:

Begge fysioterapeutene som jeg har gått til har brukt varmepakninger i kombinasjon (til det andre de gjør) ... Det har fungert veldig bra for meg, dels fordi at jeg har frosset mye og dels fordi at varme gjør at kroppen min slapper av (Informant 2).

Ettersom psykomotoriske fysioterapeuter jobber med kroppen som innfallsvinkel, fremhevet den andre informanten at dette med å få spørsmål om “hvordan er dette for deg, at jeg tar på deg her”, eller “er det greit at jeg tar på deg her”, som viktig for å føle seg respektert og litt etter litt klarte å gi slipp og venne seg til en kroppslig tilnærming. I enkelte tilfeller opplevde den ene informanten å kunne “forsvinne” litt fra behandlingssituasjonen dersom noe var ubehagelig eller vanskelig. Det var viktig for henne at terapeuten var oppmerksom på dette og fulgte opp. Terapeuten kunne for eksempel spørre hva som skjedde i øyeblikket og hvor hun forsvant hen. På den måten fikk informanten mulighet til å sette ord på hvor hun var og hva som skjedde med henne, noe som gjorde at hun følte seg sett og ivaretatt i behandlingen.

Å føle seg trygg i behandlingen ser også ut til å ha gitt informantene muligheter til å i større grad kunne reflektere over krevende hverdagssituasjoner. Den psykomotoriske fysioterapeuten kunne i den forbindelse fungere som en veileder og sparringspartner i forhold til å reflektere over viktige livsendringer som fant sted. For å kunne reflektere over krevende livserfaringer, må en erfare trygghet i omgivelsene og den man snakker med, noe informantene følte i relasjon til fysioterapeutene. En av informantene fortalte at hun kunne søke etter bekreftelse hos terapeuten for hva som var normalt, og opplevde at det ble lettere å søke mot det normale lenger ut i behandlingsforløpet. I tillegg kunne hun ta opp ting som

opptok henne, og følte at samtalene med terapeuten bidro til at hun fikk et mer naturlig forhold til verden rundt seg:

Jeg er blitt veldig opptatt av at, jeg har jo tre barn, hvor en er en datter i tenårene, og hos oss så finnes det ikke badevekt. Hos oss spiser vi sjokolade på en onsdag hvis vi har lyst på det (...) Og det har jeg snakket mye, med både psykiater og psykomotorisk fysioterapeut, om (...) Søkt råd i hvordan jeg skal være i forhold til sånne ting (Informant 2).

Å bli respektert for sine personlige grenser opplevdes som viktig av begge informantene. De kunne for eksempel ha på seg klær gjennom hele behandlingsforløpet, noe som hjalp dem til å gi slipp og ha fokus på det som skjedde i behandlingen:

Jeg husker det var så fint at jeg ikke trengte å ta av meg klærne, jeg kunne faktisk bli behandlet med klærne på. For meg som slet veldig med kroppen min, så var dette veldig bra (...) Da merket jeg at det roet seg veldig (Informant 2).

Etter hvert som de erfarte at behandlingssituasjonen var trygg, opplevdes det lettere å la seg utfordre med tanke på egne grenser. Dette var noe som tok lang tid for begge informantene, men etter hvert som de opparbeidet seg en relasjon til terapeutene ga det en trygghet som gjorde det lettere å utfordre egne grenser. En av informantene erfarte at det også ble tryggere å akseptere sykdommen, når hun følte seg akseptert av terapeuten:

Det er jo mye skam rundt det å ha en spiseforstyrrelse, litt sånn selvpåført og ikke så lett å styre. Så kan du komme der (til fysioterapeuten), og ikke måtte prestere, eller noe (...) De vet at du er der fordi du har det trøblete og vanskelig, ikke fordi du har det vondt i en skulder. Det er en forskjell der (Informant 2).

Hun opplevde at terapeuten var imøtekommende og forståelsesfull, og følte seg ikke dømt på noen måte.

Kroppslige endringer

I løpet av den psykomotoriske behandlingen erfarte begge informantene flere kroppslige endringer. Økt kontakt med kroppen og nye bevegelseserfaringer er undertemaer som favner over endringer på det kroppslige plan.

Økt kontakt med kroppen: Informantene erfarte at det ble mer naturlig å kjenne etter kroppslig og koble på kroppen i løpet av behandlingen. Det at behandlingen hadde en kroppslig tilnærming, hvor terapeutene forklarte hvordan spenninger og smerter kan henge sammen og hvordan nakke- og skulderspenninger kan gi hodepine, bidro til at informantene følte de fikk økt innsikt i kroppslige sammenhenger. Mens de tidligere kunne oppleve å bli engstelige når de kjente på smerter i kroppen, bidro den økte innsikten til å ufarliggjøre situasjonen. Informant 1 fortalte at hun i etterkant av behandlingsforløpet kunne kjenne på at hun kunne sitte *i* stolen og ikke *på* stolen, noe hun også merket mer av i hverdagen. Hun kan for eksempel oppleve å sitte ordentlig nedpå stolen i andre sammenhenger, og ikke fremme på kanten av stolen, som om hun var på vei til å gå noen steder. Ved å sitte godt og få støtte for kroppen erfarte hun at det ble enklere å bare sitte og ikke gjøre noe. For eksempel merket hun sist hun var på en flyreise, at hun satt *i* setet, og at hun kunne sitte uten å holde på med mobilen, eller ha et blad i hendene, og bare være tilstede.

Informant 1 fortalte også at det var blitt enklere å se en sammenheng mellom øvelsene de har hatt fokus på i behandlingen og hvilken betydning det har for henne i hverdagen. Gjennom isolerte øvelser av for eksempel setemuskulaturen i stående og i mageliggende på benk, har hun fått mer kontakt med muskler som holder henne oppreist og som har en funksjonell betydning i hverdagen:

Nei altså, når jeg lå på benken så skulle jeg løfte på, bruke forskjellige muskler. Så har det ikke vært noe liv i de musklene, sant ... lår og setemuskulaturen har vært helt død (...) Det har vi jobbet en del med og jeg har fått mange øvelser for det. Hun har hjulpet meg til å få en bedre gange.

Den andre informanten erfarte at det at hun hadde drevet med en estetisk idrett med stor bevegelsesfrihet i barndommen har hatt betydning for hennes muligheter til å klare å gi slipp

på kroppslige spenninger i dag. Dette bidro også til at hun i mindre grad stivnet til i kroppen under behandlingen:

Hvis man gjør noe man liker da, og det gjør jo jeg, så er det akkurat som om det slipper litt, ikke sant, du puster på en annen måte, beveger deg på en annen måte og glemmer litt alt som er vondt og vanskelig (...) Jeg har ikke fått så sterke låsninger, eller sånn at musklene har blitt så (stramme), at de bare er nesten umulige å løsne igjen (Informant 2).

Etter å ha erfart at kroppslige spenninger slipper, og at hun puster og beveger seg annerledes, så har hun klart å gjenoppta en treningsaktivitet som hun drev med og hadde stor glede av i barndommen.

Informantene knytter også en bedret evne til å gi slipp både kroppslig og mentalt til den psykomotoriske behandlingen. Informant 1 fortalte at det å ha en spiseforstyrrelse ofte innebærer at mange tanker går igjennom hodet, men at dette endret seg etter “landingen” som hver behandlingstime startet med. Å “lande” innebærer i denne sammenheng at hun bedre klarer å kjenne på kontakten med underlaget når hun sitter i stolen. Gjennom å lande oppleve hun at det kunne bli helt stille og at hun kunne gi slipp på tankekjøret, noe som gjorde at hun både følte seg mer tilstede, både mentalt og kroppslig.

Informant 2 erfarte at det at terapeuten benyttet varmpakninger i kombinasjon med behandling var noe som fungerte godt for henne og som bidro til at hun bedre klarte å slippe seg ned på benken mot slutten av behandlingstimen. Ettersom hun var undervektig, frøs hun ofte, og det med varmpakninger merket hun at hun responderte godt på. Hun hadde også tatt i bruk slike varmpakninger hjemme. Denne type “verktøy” og teknikker fra behandlingen var noe informantene gjerne benyttet seg av i hverdagen:

Jeg har jo lært teknikker ikke sant, å puste, dette med å tenke gode tanker og dette med å snakke om ting, ikke sant. Og det er jo verktøy jeg hele tiden bruker veldig ofte (...) Man tilegner seg rett og slett litt verktøy som man kan bruke andre steder i livet og da, og det er faktisk veldig nyttig.

Pusten var noe begge informantene erfarte ble lettere å slippe til som følge av måten pusten var i fokus på under den psykomotoriske behandlingen:

Hun (les: terapeuten) er veldig flink til å spørre “hva skjer med pusten din nå, hva merker du”, hvis hun plutselig tar meg på skuldrene, stopper alt, eller ja. Og så har jeg gjort, så skulle jeg prøve å slippe magen ... Det sliter jeg med, det har jeg ikke fått helt til. Så pusten er ikke helt på plass, det er vanskelig ... (Informant 1).

Informantene kunne synes det var vanskelig å endre et høykostalt pustemønster som de hadde hatt i mange år, men opplevde at det ble lettere å få pusten “helt ned i magen” når de hadde fokus på det i behandlingen. Informant 2 fortalte at hun har blitt bedre til å ta seg tid til og minne seg selv på pusten i hverdagen, og at hun ofte setter av tid før hun legger seg til å fokusere på pusten.

Ny bevegelseserfaringer: Begge informantene fortalte om nye måter å bevege seg på i tilknytning til det psykomotoriske behandlingsforløpet. Informant 1 forteller her hvordan tilnærmingen har gjort henne mer bevisst på kroppsholdning og hvordan hun bruker kroppen:

For eksempel, trykke hælene ned, tærne ned, hele foten. Du skal kjenne hele konturen av foten. Stramme leggen og slappe av, bevege på knærne, vrikke på rumpen og så kjenner du at hele ryggen er inntil ryggstøtten (...) Og så kjenner du at det blir god flyt.

Hun fortalte at hun nå har bevegelser som kjennes mer naturlige ut, og at hun er mindre anspent når hun går og sitter enn hva hun var tidligere. Hun har oppdaget at mens hun tidligere hadde liten kontakt med og bevissthet om setemuskulaturen, kan hun nå, etter å ha fokus på dette i behandlingen gjennom øvelser, bruke denne muskulaturen mer hensiktsmessig. For eksempel har hun erfart at dette er muskler som har betydning for fotavviklingen under gange og at hun har fått mer flyt i bevegelsene når hun går:

Jeg har alltid snublet veldig mye, kommer det en liten stein så snubler jeg i den ... men det har jeg merket har endret seg, for det at jeg løfter føttene eller beina på en annen måte enn tidligere. Så har jeg med vilje prøvd å gå litt i trapper og gå der som det er litt steinete, og liksom for å bli mer bevisst på at nå må du faktisk løfte hele foten og ikke bare i hoften. Effekten av det har jo vært at det er blitt mindre smerter, så føler jeg at jeg har fått nye muskler (Informant 1).

I starten av behandlingsforløpet kunne hun føle på at hun kunne gå som om hun marsjerte, siden hun hadde en forestilling om at hun måtte løfte beina ordentlig når hun gikk. Nå føler hun at hun beveger seg friere og mindre statisk enn før, og at hun har fått en bedre rytme i gangen. Dette er erfaringer som har bidratt til økt bevegelsesglede og en følelse av å ha bedre kontroll på bevegelser mer generelt. Hun har også merket hvordan det nye gangmønsteret, eller det å gå på en mer avspent måte, har gitt positivt utslag på nakkemuskulaturen, som tidligere var veldig anspent:

Jeg har hatt mye problemer med nakke og skuldre fordi jeg går jo veldig anspent, men det har hjulpet meg å bli mer bevisst på når tid du spenner, altså for å kunne slappe av da, for å få mindre plager (Informant 1).

Informant 2 hadde lignende erfaringer. Hun erfarte at bevegelsesmønsteret endret seg når hun lærte å bruke tid på å gjøre øvelsene riktig. For eksempel har det å bruke mer tid på å rulle “gjennom alle leddene” fra mageleie eller fra fremoverbøyd stilling i sittende, og det å være tilstede i bevegelsen, bidratt til at hun erfarer kroppslige bevegelser på en ny måte. For henne var det viktig at terapeuten ga henne øvelser som var tilpasset henne, som var enkle å gjennomføre og som hun kunne integrere i hverdagen. Hun erfarte at det aldri var fokus på store og kraftige øvelser, men heller øvelser som var enkle å gjennomføre, som for eksempel å rulle gjennom virvel for virvel i ryggraden. Etterpå kunne hun kjenne seg ledigere i ryggen og kjente også mindre spenninger i nakkeområde.

En annen erfaring etter psykomotorisk behandling, er at informantene erfarer mindre kroppslig uro og føler seg noe mindre drevet mot å overdrive treningsaktiviteter. Informant 1 forklarer at hun har fått mer innsikt over egne valg i forhold til aktivitetsnivå. Hun er blitt mer

bevisst på det å ta flere pauser i hverdagen og ikke kjøre seg så hardt, både i forhold til fysisk aktivitet, men også i relasjon til å få i seg nok næring. For henne er det nå enklere å sitte i ro over lengre tid og lytte til kroppens signaler:

Jeg er jo litt opptatt av kontroll (...) Tidligere, hvis jeg fikk vondt i kroppen, i bekkenet og ryggen ... Så i stedet for å ta det med ro (...) så gikk jeg heller tre kilometer ekstra ... i stedet for å ta hensyn til at nå må du faktisk vite at nå kan du ikke gå en tur, nå må du finne på noe annet å gjøre. Så nei, jeg skal ut så da hinker vi oss av gårde, i stedet for (...) Jeg kan si at i dag, nei i dag går jeg ikke på tur, det kjenner jeg (...) Jeg sliter med det, men jeg kan la være å gå.

Å kunne klare å gi slipp på kontrollen har ført til at hun i mindre grad driver med tvangspreget trening. Hun sier hun merker i ettertid at det har vært slitsomt å leve slik, noe hun ser tydeligere nå og hun tror det handler om en økt bevissthet rundt dette. Mer refleksjon over egne valg har gjort at det har opplevdes godt for henne å kunne gi mer slipp på de tvangspregede ritualene knyttet til å være mye i aktivitet.

Eierskap til egne følelser

Informantene fortalte om endringer i forhold til følelser og hvordan de forholder seg til andre. Det å bedre klare sette ord på og nyansere følelser, samt et større relasjonelt spillerom er undertemaer som rommer temaet om eierskap til egne følelser.

Klarer bedre sette ord på og nyansere følelser: Å snakke om følelser var noe begge informantene opplevde som krevende under behandlingsforløpet. De fortalte at de i utgangspunktet synes det å snakke om følelser var vanskelig, men at de gjennom behandlingen erfarte at de bedre klarte å sette ord på følelser, og de fikk mer kontakt med og aksept for egne følelser. Informant 1 kunne for eksempel si “*man føler*” og “*en kjenner*” når hun egentlig snakket om egne følelser, i stedet for å si “*jeg føler...*”. Dette var et tema fysioterapeuten hadde fokus på i behandlingen. Hun kunne bli stoppet av fysioterapeuten når hun snakket om seg selv uten å si *jeg*, noe som hjalp henne til å bli mer bevisst på hvordan hun ordla seg når hun snakket om seg selv. Å kunne snakke om følelser, som er noe som

gjelder henne og ikke noen andre, opplevde hun i starten som vanskelig, men erfarte at det er en treningssak som hun føler hun er blitt bedre til:

Det vi har øvd på, det er jo å snakke om meg selv som meg (...) Bare måten jeg snakker om ting på da. Jeg kunne jo også sagt man snakker om eller en snakker om, det er jo mye enklere liksom (...) Eller altså, jeg rettet meg selv mens jeg snakket (...) Det tar tid, jeg må øve på det, men jeg føler det er blitt bedre. Da snakker vi om ting som faktisk gjelder meg og ikke som gjelder en eller annen.

Gjennom samtaler og refleksjoner med den psykomotoriske fysioterapeuten, erfarte hun at hun klarte å sette flere ord på følelser, samt å være tydeligere på å si fra når noe ikke var bra. Nå kan hun for eksempel si: “*Nei, nå ble jeg lei meg*”, i situasjoner hvor hun tidligere ville sagt “*dette var kjekt*” eller “*dette var bra*”. At hun hadde en tendens til å ikke stå opp for eller benekte egne følelser, var noe som ble tydelig for henne etter hvert i behandlingsforløpet. Hun fortalte at hun er blitt mer bevisst på å kjenne etter hvordan hun egentlig har det, samt å sette ord på hvordan hun har det. Dette er fortsatt vanskelig, men det er noen steg i den riktige retningen, fortalte hun.

Informant 2 fortalte om lignende erfaringer. Da hun startet i psykomotorisk behandling, var det utenkelig for henne å skulle vise følelser, hverken i behandling eller utenom den. Hun forklarte hvordan hun alltid har vært opptatt av å fremstå som en “*flink pike*”, som skulle holde fasaden og fikse alt selv, men for all del ikke vise følelser. Hun fortalte hun kunne oppleve å ha nærmest en storm innvendig, mens det utenpå kunne se ut som om alt var greit. Etter hvert som hun ble trygg i relasjonen til fysioterapeuten, ble det enklere å gi slipp på fasaden og gradvis slippe følelsene mer til. Hun erfarte at samtalen ble viktigere ut i behandlingsforløpet, gjennom muligheten til kunne ta opp ulike tema med fysioterapeuten følte hun at hun gradvis fikk bedre kontakt med og klarte å akseptere egne følelser. Hun kunne for eksempel etter et møte på jobben som hun følte hadde gått dårlig kjenne seg mislykket:

Altså det er en situasjon som jeg føler er veldig vanskelig da, og ta det opp å snakke med noen og si hvordan synes du at jeg løste denne situasjonen, ikke sant. I stedet for

å føle seg mislykket og slutte å spise, forstår du. Altså bare for å sette det litt sånn på spissen, men bare rett og slett bearbeide følelsene sine i stedet for å destruktivt gjøre noe annet, rett og slett.

Ved å reflektere over slike situasjoner i behandlingen, føler hun at hun får nye perspektiver på ting og hun er blitt bedre til å stå opp for egne meninger, "hva andre mener, det betyr egentlig ikke så veldig mye". Endringer i livet for øvrig, som for eksempel å få barn, bidro også til at hun fikk nye perspektiver. Hun erfarte at å få barn på en måte bidro til å flytte fokuset bort fra henne selv, noe hun opplevde som positivt.

Når fysioterapeuten ba informant 1 sette ord på ting og utype dersom noe var uklart, erfarte hun at det ble enklere å reflektere over både det å ha en spiseforstyrrelse og det de hadde fokus på i behandlingen. På denne måten opplevde hun at det hele tiden var noen som trigget i det, uten å stille for store krav:

Det blir på samme måte som jeg snakket om dette med å bli bevisst på holdning og kropp og alt dette. Så er det noen som pirker i det hele tiden ... uten at det stiller alt for sånn store krav. For da er det lett å gå i vranglås, hvis det er noe du ikke vil, da hører jeg ingenting ... men at det liksom er noen som trigger i det hele tiden, som kan sette i gang en refleksjon inni deg da.

På denne måten erfarte informantene at gradvis endring på det følelsesmessige ga mer innsikt i egne behov, noe som gjorde at det ble enklere for henne å sette tydeligere grenser for seg selv.

Et større relasjonelt spillerom: Å kunne ta del i flere sosiale aktiviteter var også noe som informantene snakket om i tilknytning til behandlingen. Ved å få et mer nyansert forhold til kropp og få en økt bevissthet om ens egne følelser, erfarte en av informantene at hun følte seg tryggere i sosiale sammenhenger og at hun kunne delta mer aktivt i slike, samt at hun nå føler seg mindre stiv og er ledigere i kroppen i sosiale kontekster. Tidligere syntes hun det var vanskelig å være sosial, men etter hvert som hun ble tryggere på seg selv klarte hun bedre å ta del i sosiale sammenhenger:

Vi trener først, så spiller vi og så avslutter vi med kaffe og vafler (...) Nå føler jeg at det er lettere å prate og være litt sånn ledig, jeg er ikke så stiv selv, men det er bare fordi jeg er blitt tryggere i rollen min (Informant 1).

Den andre informanten opplevde at når hun kom i vanskelige situasjoner med andre mennesker, kunne hun merke at hun var tydeligere i dialogen og lettere kunne oppklare eventuelle misforståelser:

Hvis jeg kommer opp i situasjoner som jeg føler er helt rare, så sier jeg “men hva mener dere egentlig nå?” eller “hva tenker du egentlig, hvor er vi”, og “hvorfor kommer vi opp i denne situasjonen”. Det er innmari rart, men folk reagerer veldig fint på det (Informant 2).

Hun erfarte å bli møtt på en positiv måte når hun tok opp ting som kunne være uklare, som var verktøy hun lærte fra behandlingen og tok i bruk i hverdagen.

DISKUSJON

Informantene i denne studien erfarte at psykomotorisk fysioterapi var vesentlig forskjellig fra annen fysioterapi; de opplevde å bli forstått og erfarte at fysioterapeuten så sammenhenger som de tidligere ikke hadde vært klar over. Gjennom dialog med fysioterapeuten fikk de forklaringer og refleksjoner som ga dem økt innsikt i kroppslige sammenhenger (for eksempel mellom smerter og muskelspenninger), noe som var med på å ufarliggjøre smertene. Studien viser at kvaliteten på den terapeutiske relasjonen og det å kjenne seg trygg og føle seg respektert av terapeuten var faktorer som har stor betydning for å kjenne seg ivaretatt i behandlingssituasjonen. Forutsigbarhet for hva som skal skje i behandlingen og tydelig kommunikasjon, samt at terapeuten var tålmodig og forståelsesfull i situasjoner som informantene opplevde som utfordrende eller krevende, var også viktige aspekter.

Betydningen av god terapeutisk relasjon i møter mellom pasient og fysioterapeut, er på linje med hva andre forskere i fysioterapifaglig sammenheng har dokumentert (Davison, 1988; Ekerholt & Bergland, 2004; Gretland, 1999; Miciak et al., 2018). At terapeuten er tilstede, lydhør, engasjert og ekte i møte med pasienten, fremheves som viktige faktorer for en fungerende terapeutisk relasjon (Miciak et al., 2018). I en studie av pasienters første møte

med psykomotorisk fysioterapi, fant Ekerholt og Bergland (2004) at det at pasientene føler seg ivaretatt og følelsen av å bli anerkjent og akseptert, var viktige aspekter for å få til en god undersøkelse.

Å gå i psykomotorisk fysioterapi behandling gir videre en mulighet for å tematisere og utfordre grenser. Her forteller som regel terapeuten hva som skal skje i behandlingen, noe som bidrar til å skape forutsigbarhet og pasienten får anledning til å kommentere på hva som føles greit og hva som ikke er det. Informantene som i utgangspunktet hadde et svært anstrengt forhold til egen kropp, ble på den måten aktivt delaktige i behandlingen, og fikk mulighet til å sette grenser for hva som til en hver tid føltes akseptabelt. For eksempel gjorde det at de fikk beholde klærne på under behandlingen, at de følte de seg godt ivaretatt og respektert, og kunne rette fokuset mot å være tilstede i selve behandlingen.

Erfaringene til informantene i forhold til den tryggheten de opplevde i forbindelse med å bli “pakket inn” og følelsen av å bli avgrenset, dels gjennom grepene til fysioterapeuten, dels gjennom de rammene som benken representerer når de lå på benken med teppe pakket godt rundt seg, kan ha flere nivåer. Det kan handle om at følelsen av å være stor og av å flyte ut, blir mindre fremtredende. Misnøye med kroppsstørrelse, opplevelsen av “å være stor” og/eller deler av kroppen flyter ut, er som tidligere nevnt svært vanlig hos personer med anoreksi (Probst et al., 2013). En annen dimensjon er at tryggheten det gir å bli “rammet inn” kan være beroligende både på det mentale og kroppslige plan, og at tankekjøret blir mindre som følge av at en blir roligere i kroppen (Rothschild, 2011).

Betydningen av å føle seg respektert gjennom at terapeuten både aksepterte dem som de var og eksplisitt respekterte deres grenser gjorde at informantene senere i behandlingsforløpet klarte å utforske egne grenser både i behandlingssituasjonen og ellers. Det at terapeuten er sensitiv i forhold til ens grenser, samt at hun anerkjenner og respekterer disse ble også fremhevet som betydningsfullt av informantene i studien til Ekerholt og Bergland (2004). I en artikkel skrevet fra et psykomotorisk behandlingsforløp med en pasient med en depressiv lidelse, opplevde pasienten seg sterkere, mer stabil og hun fikk også bedre kontakt med egne grenser, spesielt ble dette tydelig når grensene ble utfordret (Sternberg, 2002). Thornquist (2009) utforsker det nærliggende begrepet anerkjennelse, hvordan vi mennesker forstår oss

selv sett i lys av andres reaksjoner og væremåter. Å anerkjenne seg selv, forutsetter at en føler seg anerkjent av andre, slik selvrespekt vokser frem av å bli møtt med respekt (Thornquist, 2009). Anerkjennelse handler om å kunne lytte til pasienten og virkelig få med seg hva som blir kommunisert, samtidig som terapeuten har fokus på hva som skjer med pasienten. Det at terapeutene anerkjente og respekterte grensene til en hver tid hos informantene i egen studie, bidro til at de fikk mulighet til å få en egen stemme i behandlingen og erfaringer med at terapeuten tok hensyn til, og tilpasset behandlingen etter deres behov. Når terapeuten behersker disse dimensjonene, kan det se ut til at pasientene bedre klarer å åpne opp for å utforske egne grenser.

Funnene har paralleller til den amerikanske barnepsykiateren Daniel Stern når han sier at gode, anerkjennende berøringer og tolkninger av et barns kroppslige uttrykk kan virke bekreftende og utviklende på opplevelsen av å føle seg forstått (Stern & Randers-Pehrson, 2003). Å føle seg anerkjent og forstått har også betydning for utvikling av selvet. Selv om Stern var opptatt av spedbarnets utvikling, kan det trekkes paralleller til personer i andre utviklingsstadier som har et skjørt selv. Hvordan vi forstår oss selv er ikke en kognitiv konstruksjon, men basert på erfaringer i møter med andre. Følelsen av et kjerne-selv blir fundamentet for øvrige følelser knyttet til selvet gjennom livet (Stern & Randers-Pehrson, 2003). Det som er med på å skape og bygge gode fortrolige relasjoner, er de spesielle øyeblikkene hvor vi deler en felles erfaring eller følelsesmessig opplevelse. Det er disse øyeblikkene som er de grunnleggende byggesteinene i relasjoner (Øiestad, 2009). Det at informantene i min studie ble imøtekommet der de var og opplevde å bli bekreftet og anerkjent av terapeutene, kan ha bidratt til en opplevelse av en styrket selvfølelse. Hvordan terapeuten forholder seg til pasienter er således avgjørende for hvordan pasienten ser på og forstår seg selv, og hvordan de erfarer kroppen, noe som også er forenlig med fenomenologisk tenkning, der opplevelsen av kroppen betraktes som tett sammenvevd med forståelsen av seg selv (Legrand, 2010).

En bedre kontakt med kroppen og nye måter å bevege seg på ble identifisert som sentrale tema gjennom analysen av intervjumaterialet. Det at personer med anoreksi gir uttrykk for å kjenne kroppen bedre etter ulike fysioterapeutiske tilnærminger er i samsvar med resultater fra andre studier som har tematisert ulike former for kroppsbehandling for personer med

anoreksi (Davison, 1988; Kolnes, 2017; Probst et al., 1995; Vandereycken et al., 1987). Davison (1988), for eksempel, benyttet ulike tiltak for å øke persepsjon av kroppen og avspenning hos personer med anoreksi, og fant at når pasientene fikk en økt kontakt med og følte seg mer komfortabel i kroppen, ble det også enklere for dem å akseptere kroppen som sin egen. Gyllensten et al. (2010) har utforsket betydningen av økt kontakt med kroppen for selvforståelse og identitet hos pasienter i psykiatrien og hos friske personer, og er opptatt av å fokusere på den subjektivt erfarte kroppen. De forstår “embodied identity” som det å være tilstede i kroppen, i relasjon til andre og til samfunnet ellers (Gyllensten et al., 2010). De fant at kroppsbevissthet kan relateres til oppmerksomhet på og kontakt med hvordan kroppen sanses, og at dette kan ha avgjørende betydning for å forstå egne følelser og behov (Gyllensten et al., 2010). Når kroppskontakt og følelser er koblet sammen, er det gjerne forbundet med en bevissthet om at kroppen alltid er forankret her og nå. Dette er forenlig med Merleau-Ponty (1994) når han sier at kroppen er tilstede i alle handlinger og bevegelser, og at det er ikke er mulig å skille mellom det vi erfarer kroppslig og mentalt.

Probst (1995) fremhever viktigheten av at kroppsorienterte terapier kan åpne opp for nye bevegelsesmåter, avspenning eller dans, og at dette kan bidra til å stimulere til positive fysiske opplevelser hos personer med anoreksi, fremfor mer tvangspregede treningsformer. Det at personer som har gått i psykomotorisk fysioterapi opplever nye bevegelseserfaringer, er også beskrevet av andre forskere (Dragesund & Råheim, 2008; Sviland, Råheim, & Martinsen, 2012). I en studie der en pasient med anoreksi fikk psykomotorisk behandling, klarte pasienten både å kjenne følelser og kroppen bedre, noe som hun tidligere hadde hatt problemer med (Sviland et al., 2012). Pasientens nye erfaringer med å kjenne beina, synes å støtte hennes mulighet til å bære følelsesmessig smerte forbundet med tidligere livshendelser (Sviland et al., 2012). Mens smerte og kroppslig ubehag kan føre til at en distanserer seg fra og får et endret forhold til egen kropp og sosiale relasjoner, viser Dragesund og Råheim (2008) at ved å sanse kroppen og erfare kroppslige bevegelser på en ny måte, kan personene bli kjent med kroppen på nytt og klare å integrere kroppen som sin egen. Det at eierskap til kroppen og det at subjektets forbindelse med verden går gjennom bevegelse er forenlig med fenomenologisk tenkning og Merleau-Ponty’s ideer om at persepsjonen baseres på en kombinasjon av det som subjektet sanser og det som skjer gjennom handling, og at dette gir en totalitet som favner mer enn summen av de to (Merleau-Ponty & Landes, 2012).

I forlengelsen av trygghet i den terapeutiske relasjon og en opplevelse av å i større grad være mer koblet på kroppen, tyder resultatene på at informantene har blitt bedre til å åpne opp for, sette ord på og vedkjenne seg egne følelser. Det kan se ut som om de er i en prosess der de erfarer at de får et større eierskap til egne følelser. Det at de blir mer fortrolige med egne følelser gjør at de også føler seg tryggere og tydeligere i sosiale og relasjonelle sammenhenger. Å ha kontakt med og eie egne følelser er et funn som skiller seg noe fra litteraturen om å kjenne igjen og regulere følelser hos personer med anoreksi, og som sier at personer med anoreksi har problemer med å identifisere følelser hos seg selv og hos andre (Oldershaw et al., 2011). I følge Pemberton og Fox (2013) kan vanskelighetene personer med anoreksi har med å identifisere og sette ord på følelser relateres til at ansatte ikke alltid anerkjenner de følelsene pasientene kommer med. Kolnes og Rodriguez-Morales (2016) har funnet at personer med anoreksi er opptatt av å unngå negative følelser (sinne, angst, skam eller tristhet) og at de kan ty til overdreven fysisk aktivitet for å slippe å kjenne på problematiske følelser, og for å unngå konflikter med andre. Her uttrykte deltakerne at de identifiserte problematiske følelser og sanset omverden via kroppen, de erfarte følelser som kroppslige sensasjoner (for eksempel spenning i brystet og smerter i magen) (Kolnes & Rodriguez-Morales, 2016). Lignende funn fremkom i studien til Børsum og Råheim (2017), hvor pasientene ikke klarte å sette ord på vanskelige følelser og kroppen ble en formidler av følelsene (Børsum & Råheim, 2017). Etersom muskulære spenninger kan ha et emosjonelt innhold, kan det å slippe spenninger i muskulatur og en frigjøring av pust gjøre at personen bedre klarer å slippe til følelser (Thornquist & Bunkan, 1995). Det kan tenkes at deltakerne i min studie gradvis fikk muligheter til å sette ord på, nyansere og få et større eierskap til følelser gjennom den psykomotoriske behandlingen. Sammen med den tryggheten som lå i den terapeutiske relasjonen, ga tilgangen til følelser muligheter for å nyansere og regulere følelser, i stedet for å bruke strategier som å la være å spise, tvangstrener eller la være å relatere seg til andre.

Personer med anoreksi er ofte beskrevet som grundige og pliktoppfyllende, og oppleves gjerne som “de flinke” (Skårderud, 2013). Følgelig kan det å gi slipp på kroppslige spenninger også virke synonymt med å gi slipp på fasaden. Psykomotorisk fysioterapi og andre kroppsorienterte terapier (som for eksempel basal kroppskjennskap og “body

awareness” terapier) baserer seg på forståelsen av at personlig erfaring (fysisk, psykologisk og relasjonelt) kan reflekteres i kroppen gjennom endringer i respirasjon, kroppsholdning, spenninger i muskulatur og bevegelser. I slike behandlingstilnærminger er det også fokus på å stimulere og fasilitere en friere respirasjon, noe som i sin tur kan føre til at en får bedre kontakt med tilbakeholdte følelser (Thornquist & Bunkan, 1995). Slike kroppslige tilnærminger kan, i tillegg til å redusere muskulære spenninger og øke kroppslig fleksibilitet, også bidra til å hjelpe pasienten med å “tune” seg inn på hva de kjenner i kroppen i tillegg til å identifisere og nyansere følelser. Gjennom kroppsorienterte terapier, som psykomotorisk fysioterapi, kan man på en måte bygge bro mellom det ytre og indre, noe som kan bidra til at personer med anoreksi erfarer kroppen på en mer differensiert måte, og som kan hjelpe dem til å integrere kroppen i selvet og fremme bevissthet om følelser, slik at de bedre kan tune seg inn på og ta hensyn til egne følelser (Kolnes & Rodriguez-Morales, 2016).

Å føle seg trygg og respektert, samt bedret kontakt med kroppen og følelsene innebærer i mitt materiale muligheter for å utvide det relasjonelle og sosiale livet. Personer med anoreksi unngår ofte kontakt til familie og nære venner, i frykt for å ikke føle seg forstått eller føle seg som en belastning (Folkehelseinstituttet, 2009). Legrand fremhever hvordan personer med anoreksi ofte kan bygge opp kroppen sin som et lukket system, og at kroppen lukker seg om seg selv og mot omverden (Legrand, 2010). Det at denne pasientgruppen har en tendens til å avgrense seg til verden rundt, er begrensende både på det relasjonelle og sosiale plan. Andre studier viser også at kroppsorientert behandling til personer med anoreksi kan være med til å stimulere til økt sosiale kontakter (Probst et al., 2013). Gjennom ulike terapeutiske tilnærminger kan personer med anoreksi gradvis klare å åpne opp for mellommenneskelige relasjoner og livet utenfor behandlingen. Å kunne akseptere seg selv og sin egen sårbarhet er viktige aspekter i tilfriskningsarbeidet hos personer med anoreksi (Beresin, Gordon, & Herzog, 1989).

SAMMENFATNING

Denne studien hadde som formål å undersøke hvilke erfaringer personer med anoreksi har med psykomotorisk fysioterapi. I analysen av intervju materialet ble tre hovedtema identifisert; den terapeutiske relasjonen, kroppslige endringer og eierskap til egne følelser. Under den terapeutiske relasjonen var det å oppleve forutsigbarhet og kjenne seg trygg og føle

seg respektert avgjørende for å få noe ut av behandlingen. Psykomotorisk fysioterapi opplevdes som en trygg kontekst hvor informantene gradvis kunne gi slipp på kroppslige spenninger, de fikk en bedre kontakt med kroppen og erfaringer med nye måter å bevege seg på, noe de også klarte å integrere i hverdagen. De erfarte i større grad kroppen som sin egen og følte seg mer “hjemme” i kroppen. Det å erfare å bli bekreftet og anerkjent av terapeuten, og det å ha fått større aksept for egen kropp, ser også ut til å ha bidratt til at informantene erfarer et styrket selv og en bedre selvfølelse. Informantene erfarte at de fikk bedre kontakt med egne grenser, en større fleksibilitet i relasjon til tidligere fastlåste grenser, samt muligheter for å utfordre disse. Endelig viser resultatene at informantene i større grad synes å åpne opp for, sette ord på og stå opp for egne følelser. Det kan se ut som at de erfarte å få mer eierskap til egne følelser. Å være fortrolig med egne følelser kan ha bidratt til at de følte seg tryggere og tydeligere i sosiale og relasjonelle sammenhenger.

Studien gir indikasjoner på at psykomotorisk fysioterapi kan være en hensiktsmessig del av behandlingen for personer med anoreksi. Tilnærmingen kan hjelpe pasienten å bli kjent med og akseptere egen kropp, samt aspekter knyttet til følelser og grenser. Psykomotorisk fysioterapi er en tilnærming der kroppen og selvet ikke kan skilles fra hverandre. Det at samtalen har en viktig plass i den psykomotoriske behandlingen, innebærer at pasienten sammen med terapeuten kan reflektere over sin aktuelle situasjon, vanskelige livserfaringer og klare å se kroppslige sammenhenger. Psykomotorisk fysioterapi kan tilføre noe som er annerledes og som kan komplementere andre behandlingstilnærminger for pasienter med anoreksi.

REFERANSER

- Aggersbjerg, M. (2005). Den svære kamp. *Fysioterapeuten*, nr. 7, 12-16.
- Allen-Collinson, J. (2016). Breathing in life - phenomenological perspectives on sport and exercise. In B. Smith & A. C. Sparkes (Eds.), *Routledge handbook of qualitative research in sport and exercise* (pp. 11-23). London: Routledge.
- APA. (2013). *Arlington, VA: American Psychiatric Association*.
- Beresin, E., Gordon, C., & Herzog, D. (1989). The Process of Recovering from Anorexia Nervosa. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 17(1), 103-130.
- Braun, & Clarke. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Braun, Clarke, & Weate. (2016). Using thematic analysis in sport and exercise research. *Routledge, London*, 518.
- Bunkan, B. H. (2010). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde: teori og helsefremmende behandling* (4. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Børsum, K., & Råheim, M. (2017). Psykomotorisk fysioterapi for pasienter med spiseforstyrrelser. En intervjustudie. *Vitenskapelig fagartikkel*.
- Catalan-Matamoros, D., Skjaerven, L. H., Labajos-Manzanares, T., Martinez-de-Salazar-Arboles, A., & Sanchez-Guerrero, E. (2010). A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, 25(7), 617-626.
- Danielsen, M., & Bratberg, G. H. (2013). Kroppsbildeforstyrrelse hos kvinnelige pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse. *Fysioterapeuten*, 80(6), 22-27.
- Davison. (1988). Physiotherapy in the treatment of anorexia nervosa. *Physiotherapy*, 74(2), 62-64.
- Devold, R. K. (2014). Informert samtykke
[<https://www.etikkom.no/FBIB/Ressurser/Eksemppler/informert-samtykke/https://www.etikkom.no/FBIB/Ressurser/Eksemppler/informert-samtykke/>].
- Dragesund, T., & Råheim, M. (2008). Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients' perspective on body awareness (pp. 243-254). [London].
- Dropsy, J. (1988). *Den harmoniske krop : en usynlig øvelse*. København: Hans Reitzel.
- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2004). The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: patients' experiences, a basis for knowledge. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(6), 403-410.
- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2008). Breathing: a sign of life and a unique area for reflection and action.(Research Report). *Physical Therapy*, 88(7), 832.
- Espeset, E. M. S. (2011). Body Image Disturbance and Emotional Regulation in Anorexia Nervosa.
- Fisher, B. A., & Schenkman, M. (2012). Functional Recovery of a Patient With Anorexia Nervosa: Physical Therapist Management in the Acute Care Hospital Setting. *Physical Therapy*, 92(4), 595-604.
- Folkehelseinstituttet. (2009). *Livet med anoreksi : erfaringer fra mennesker med diagnosen*.
- Forskningsetikkloven. (2017). Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (LOV-2017-04-28-23). [<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>].
- Gretland, A. (1999). *Kroppens spor: en utfordring i psykiatrien*. Tromsø: Regionsykehuset i Tromsø.
- Gyllensten, A. L., Skar, L., Miller, M., & Gard, G. (2010). Embodied identity - a deeper understanding of body awareness. *Physiotherapy Theory & Practice*, 26(7), 439-446.

- Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). [<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>].
- Kirkengen, A. L., & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Kolnes. (2012). Embodying the body in anorexia nervosa - a physiotherapeutic approach. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 16(3), 281-288.
- Kolnes. (2017). Exercise and physical therapy help restore body and self in clients with severe anorexia nervosa. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 21(3), 481-494.
- Kolnes, & Rodriguez-Morales. (2016). The meaning of compulsive exercise in women with anorexia nervosa: An interpretative phenomenological analysis. *Mental Health and Physical Activity*, 10(C), 48-61.
- Legrand, D. (2010). Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their dis-integration in anorexia nervosa. *Neuropsychologia*, 48(3), 726-737.
- Legrand, D. (2011). *Phenomenological Dimensions of Bodily Self - Consciousness*: Oxford University Press.
- Legrand, D. (2013). Inter-subjectively meaningful symptoms in anorexia. *The phenomenology of embodied subjectivity*, (pp. 185-201).
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Merleau-Ponty, M. (1945/1962). *Phenomenology of perception London and New York: Routledge*.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax.
- Merleau-Ponty, M., & Landes, D. A. (2012). *Phenomenology of perception*
- Miciak, M., Mayan, M., Brown, C., Joyce, A. S., Gross, D. P., & Miciak, M. (2018). The necessary conditions of engagement for the therapeutic relationship in physiotherapy: an interpretive description study. *Archives of physiotherapy*, 8(1), 3-3.
- NSD. (Norsk senter for forskningsdata). Personvernombudet for forskning [https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meldeskjema].
- Oldershaw, A., Hambrook, D., Stahl, D., Tchanturia, K., Treasure, J., & Schmidt, U. (2011). The socio-emotional processing stream in Anorexia Nervosa. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(3), 970-988.
- Pemberton, K., & Fox, J. R. E. (2013). The Experience and Management of Emotions on an Inpatient Setting for People with Anorexia Nervosa: A Qualitative Study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(3), 226-238.
- Personopplysningsloven. (2018). Lov om behandling av personopplysninger (LOV-2018-06-15-38). [<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>].
- Probst, M., Coppenolle, H. M., & Vandereycken, W. (1995). Body experience in anorexia nervosa patients: an overview of therapeutic approaches *Eat. Disord.* 3, 145-157.
- Probst, M., Majewski, M. L., Albertsen, M. N., Catalan-Matamoros, D., Danielsen, M., De Herdt, A., & Vancampfort, D. (2013). Physiotherapy for patients with anorexia nervosa. *Advances in Eating Disorders*, 1(3), 224-238.
- Rothschild, B. (2011). *Kroppen husker: om krop og psyke i traumebehandling* (2. udg. ed.). Århus: Klim.
- Skårderud, F. (2013). *Sterk, svak : håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug.
- Smith, J. A., Larkin, M., & FLOWERS, P. (2009). Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research. *Los Angeles: Sage*.
- Soundy, A., Stubbs, B., probst, M., Gyllensten, A. L., Skjaerven, L. H., Catalan-Matamoros, D., & Vancampfort, D. (2015). Considering the role of physical therapists within the

- treatment and rehabilitation of individuals with eating disorders: An international survey of expert clinicians *Physiotherapy*, 237-246.
- Stern, D. N., & Randers-Pehrson, Ø. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sternberg, S. (2002). Den kommunikerende krop. *Fysioterapeuten*, 8, 4-13.
- Sviland, R., Råheim, M., & Martinsen, K. (2012). Touched in sensation – moved by respiration. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 811-819.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Pensumtjenesten.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Soundy, A., Adamkova, M., Skjaerven, L. H., . . . Probst, M. (2014). A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa *Disabil. Rehabil.* (Vol. 36, pp. 628-634).
- Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Soundy, A., Adámkova, M., Skjaerven, L. H., . . . Probst, M. (2014). A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disability and Rehabilitation*, 36(8), 628-634.
- Vandereycken, W., Depreitere, L., & Probst, M. (1987). Body-oriented therapy for anorexia nervosa patients. *Am J Psychother*, 41(2), 252-259.
- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology & Health*, 15(2), 215-228.
- Zahavi, D. (2019). *Phenomenology, the basics*. New York: Routledge.
- Øien, Iversen, & Stensland. (2007). Narratives of embodied experiences – Therapy processes in Norwegian psychomotor physiotherapy. *Advances in Physiotherapy*, 9(1), 31-39.
- Øiestad, G. (2009). *Selvfølelsen*. Oslo: Gyldendal.

VEDLEGG

Norsk senter for forskningsdata (NSD)

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Erfaringer med psykomotorisk fysioterapi hos pasienter med anoreksi

Referansenummer

446065

Registrert

28.08.2019 av Caroline Ringø Næss - cna004@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

UIT – Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Liv Jorunn Kolnes , l.j.kolnes@uit.no, tlf: 93226091

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Caroline Ringø Næss, carolinaeass@gmail.com, tlf: 45855029

Prosjektperiode

05.08.2019 - 15.06.2020

Status

18.09.2019 - Vurdert

18.09.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 18.09.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse, og alminnelige personopplysninger frem til 15.06.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Intervjuguide

Intervjuguide

- 1. Hva var det som gjorde at du begynte i psykomotorisk behandling?**
- 2. Nå har du gått noen måneder i behandling, kan du fortelle om dine erfaringer med å gå i behandling?** *Evt: hva har behandlingen bestått i? (hvis problemer med å komme i gang)*
Hvordan har det vært for deg?
Har det skjedd noen endringer?
Merker du noen endringer i kroppen?
Hva med det følelsesmessige? Har det skjedd noe der?

Husk: kan du fortelle mer om det?
Kan du utdype det eller gi eksempler?
- 3. Kan du fortelle mer om hvordan du merker det i kroppen?**
Har det skjedd noen endringer i kroppen – kan du si litt mer om hvilke, evt?
F.eks.: kontakt med kroppen; hva kjenner du?
Hvordan er det med pusten?
Hvordan beveger du deg?
Står du annerledes; merker du noe i bena?
Endringer på det sosiale og/eller relasjonelle plan?

Husk: På hvilken måte?
Kan du utdype/fortelle mer om det?
Kan du gi noen eksempler?
- 4. Kan du fortelle mer om hva det betyr/innebærer for deg å ha disse erfaringene?**
Hva gjør det med deg?
- 5. Er det noe du vil legge til?**
Noe av det vi har snakket om som du ønsker å utdype/fortelle mer om?
- 6. Hvordan har det vært å snakke om disse tingene?**

Samtykkeerklæring

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet:

Hvilke erfaringer har personer med anoreksia nervosa med psykomotorisk fysioterapi?

Bakgrunn og hensikt

Jeg holder på med en mastergrad i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved universitetet i Tromsø (UiT). Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie hvor jeg ønsker å innhente kunnskap om hvilke erfaringer personer med anoreksi har i forbindelse med psykomotorisk behandling. Psykoterapi, ernæringsbehandling og familierapi er ofte benyttede behandlingsformer for denne pasientgruppen, mens kropporienterte terapier har vi mindre dokumentert kunnskap om. Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMP, heretter bare kalt "psykomotorisk fysioterapi") er en helhetlig behandlingsform som har fokus på fysiske og psykiske aspekter, og hvordan livserfaringer kan manifestere seg kroppslig. Flere psykomotoriske fysioterapeuter behandler i dag pasienter med anoreksia nervosa, både individuelt og i gruppe. Det er derfor ønskelig å se nærmere på erfaringer som personer med anoreksi har i forbindelse med denne behandlingsformen

Hva innebærer det for deg å delta?

Problemstillingen jeg vil undersøke er følgende:

Hvilke erfaringer har personer med anoreksia nervosa med psykomotorisk fysioterapi?

Datainnsamlingen skjer gjennom kvalitativt intervju med to personer som har anoreksia nervosa, en som har gått i individuell psykomotorisk fysioterapi og en som har deltatt i gruppebehandling hos fysioterapeut med videreutdanning eller master i psykomotorisk fysioterapi. Informantene skal være i behandling hos psykomotorisk fysioterapeut, men kan også nylig ha avsluttet behandlingen. Behandlingen bør ha hatt en varighet på minimum 5-6 måneder, og fysioterapeuten som har stått for behandlingen bør ha minimum tre års erfaring som psykomotorisk fysioterapeut. Informantene vil følgelig delta i et intervju på ca. 60-90 minutters varighet (tas opp som lydopptak) hvor spørsmål knyttet til problemstillingen vil bli tematisert, inkludert spørsmål om kontakt med kroppen og erfaringer knyttet til kroppslige aspekter. Det er ønskelig å gjennomføre intervjuene i løpet av høsten 2019. Oppgaven vil være ferdig medio juni 2020.

Mulige fordeler og ulemper

Ved å være med i dette prosjektet vil du bidra til økt kunnskap om psykomotorisk fysioterapi som behandlingsform for personer med anoreksi. Temaet som omhandler erfaringer i psykomotorisk behandling *kan* innebære at følsomme temaer kommer opp underveis i intervjuet. Det er derfor viktig at du som informant får mulighet til å ta pauser underveis, samt mulighet til å kontakte prosjektlederen i etterkant, dersom det er behov for ytterligere samtale.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ansvarlig for prosjektet er masterstudent Caroline Næss. Veileder er Liv-Jorunn Kolnes, førsteamanuensis ved UiT. Hvis du har spørsmål til studien eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med Caroline Næs på e-post: carolina-naess@gmail.com eller tlf: +45 52409936. Dersom du ønsker å delta i undersøkelsen undertegner du samtykkeerklæring på siste side og returnerer den signert via e-post til carolina-naess@gmail.com

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta kan du når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke deg fra studien ved å kontakte undertegnede skriftlig via e-post, uten at det

medfører noen konsekvenser.

Ditt personvern – hvordan dine opplysninger oppbevares og brukes

Informasjon om deg brukes kun som beskrevet i hensikten med studien, og opplysningene om deg behandles i samsvar med regelverket for personvern. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. All informasjon vil bli slettet etter prosjektets avslutning. Det vil ikke være mulig å identifisere personen i resultatet av studien. All informasjon som direkte eller indirekte vil kunne identifisere deltakere i prosjektet vil anonymiseres i det ferdige skriftlige arbeidet.

Databehandlingsansvarlig

Det er kun jeg som vil behandle materialet som samles inn, evt. vil veileder gis adgang til materialet, men da uten personopplysninger. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og lagret på en kryptert minnepenn. Datainnsamlingen oppbevares sikkert i tråd med retningslinjer for personvern og datasikkerhet ved UiT.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og til å få korrigert eventuelle feil i opplysningene som er registrert. Hvis du skulle velge å trekke deg, vil alle opplysningene om deg bli slettet. Du kan ikke trekke deg etter at analysearbeidet er begynt.

Økonomi

Jeg står selv ansvarlig for det økonomiske i utførelsen av studien.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, ta kontakt med:

- Prosjektansvarlig: *Caroline Næss*, tlf. + 45 52 40 99 36 eller e-post: carolinaaess@gmail.com
- Vårt personvernombud: *Joakim Bakkevold ved UiT – Norges arktiske universitet*, personvernombud@uit.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

På oppdrag fra UiT – Norges arktiske universitetet – institutt for Helse og omsorgsfag har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Med vennlig hilsen
Prosjektansvarlig

Caroline Næss

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet; “Hvilke erfaringer har personer med anoreksia nervosa med psykomotorisk fysioterapi?” og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at materialet bearbeides og anonymiseres og publiseres i min masteroppgave
- at ferdig prosjekt kan munne ut i en publisert artikkel, med fortsatt full anonymisering.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 15.06.2020

(Signert av prosjektdeltaker, navn og dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, prosjektansvarlig, navn og dato)