



Overvektens kompleksitet
Psykomotorisk fysioterapi som behandling ved overvekt

Marte Thoresen Aspenes

**Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning psykiatrisk og
psykosomatisk fysioterapi**

**Institutt for helse- og omsorgsfag,
Det helsevitenskapelige fakultet
Universitetet i Tromsø**

Mai 2016

Forord

Da var jammen denne reisen snart slutt. En reise som startet i 2010 som en del av første kull i Master i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, er etter diverse krumspring nå snart over. Den siste arbeidsperioden med masteroppgaven har vært særlig intens og utfordrende. Samtidig må jeg innrømme at jeg kommer til å savne denne perioden. Det har vært en utrolig lærerik og utviklende periode, både faglig og personlig.

Først vil jeg rette en stor takk til mine informanter som stilte opp og velvillig delte deres refleksjoner og erfaringer på en veldig god måte. Dere har gitt meg mye inspirasjon til videre arbeid som psykomotorisk fysioterapeut i møte med denne pasientgruppen og har gitt meg verdifulle innsikter som jeg setter stor pris på!

Jeg vil også takke de inspirerende lærerne ved Universitetet i Tromsø med Anne Gretland i førerisetet, og mine medstudenter for gode år i Tromsø.

Tusen takk til min gode, fleksible og støttende veileder på oppgaven, Marianne Aars. Dine bidrag i en kaotisk og veldig lærerik prosess har vært uvurderlige!

Takk også til min arbeidsgiver, Nidaros DPS, St Olavs Hospital, for økonomisk støtte og fleksibilitet i arbeidssituasjonen, og til Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter for økonomisk støtte.

Mange og lange turer til Tromsø har det blitt. Jeg har levd i «studiebobla» og samtidig fleipa med at jeg reiser på «husmorferie». Jeg vil takke deg, Stian, for at du er den du er. For at du har tatt ansvar hjemme, og støttet og oppmuntret meg gjennom disse årene. Uten deg hadde ikke dette blitt noe av. Og til Even, Dina og Vetle som tålmodig har ventet, tatt hensyn og vist forståelse for at mamma bare må jobbe litt til; nå er nedtellinga over!

Marte Thoresen Aspenes,

Trondheim, 10. mai 2016.

Sammendrag

Hensikten med denne studien er å søke innsikt i psykomotoriske fysioterapeuters forståelse av overvektens sammenhenger og funksjon. Jeg vil drøfte hvordan disse innsiktene får betydning for pasientenes muligheter for endring, og videre for hvordan norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) kan bidra i behandlingen av denne pasientgruppen.

Studien er en fenomenologisk inspirert kvalitativ studie gjennomført med semi-strukturerte forskningsintervju. Det empiriske materialet analyseres med inspirasjon fra Malteruds systematiske tekstkondensering (Malterud, 2003) og en hermeneutisk fortolkning. Utvalget består av to psykomotoriske fysioterapeuter med klinisk erfaring fra arbeid med pasienter med overvekt. Studiens teoretiske perspektiver er psykomotorisk fysioterapi, kroppsfenomenologi og samfunnsviteren Bourdieus habitusbegrep.

I studien kommer det frem at forståelsen for overvektens sammenhenger og funksjon er kompleks, og at den overvektige kroppen er flertydig. Hvorfor en utvikler overvekt eller fedme må forstås ut ifra flere forhold som kultur, vaner og sosioøkonomi, genetikk og arv, samt behovet for følelsesregulering. Overvekten kan ha som funksjon å beskytte og regulere nærhet og avstand til andre. Samtidig synes menneskets vaner/habitus å ha innvirkning på både utvikling og opprettholdelse av overvekten. Nettopp fordi dette er så sammensatt og nyansert, påvirker det både hvordan terapeuter og pasienter kan forholde seg til endring, og hvordan en kan legge opp mål og tiltak for behandling.

NPMF kan synes å være nyttig som behandling for mennesker som lider av sin overvekt. NPMF kan bidra med noe annet, og kanskje noe mer, enn en behandlingstilnærming basert på biomedisinsk tenkning med vektreduksjon gjennom trening og kostholdsveiledning som mål. Et særlig viktig fokus i NPMF-behandlingen synes å være å jobbe mot økt fortrolighet til egen kropp – uavhengig av vekt – og tilstedeværelse (i kroppen) og å legge til rette for gode bevegelser. Å formidle kompleksiteten ved overvekt og å bidra til en større forståelse for sammenhengen mellom kropp og følelser og en «gjenforening» mellom subjekt- og objekt kroppen er noe psykomotoriske fysioterapeuter er godt rustet til.

Nøkkelord: Overvekt, fedme, overvektens kompleksitet, psykomotorisk fysioterapi, kroppsfenomenologi, habitus, kroppens flertydighet.

Summary

The aim of this paper is to explore how Norwegian psychomotor physiotherapists understand the development and complexity of overweight and obesity, why some people remain overweight and how these understandings affect the opportunities for change. I will also discuss the Norwegian psychomotor physiotherapy's (NPMP) role in the treatment of people that suffer from their overweight or obesity.

The study is a phenomenological inspired qualitative study with the use of a semi-structured research interview. The analysis is inspired by Malterud's systematic text condensation (Malterud, 2003) and a hermeneutical interpretation. The informants are two psychomotor physiotherapists who have clinical experience from working with this group of patients.

The theoretical perspectives are NPMP, body phenomenology based on Maurice Merleau-Ponty's and Drew Leder's work, and the social scientist Pierre Bourdieu's concept of Habitus.

The interviews show the complexity and ambiguity of the development and function of overweight and obesity. The reasons why people develop overweight or obesity requires several perspectives, such as cultural, habitual, socioeconomic, genetic and psychological dimensions. A large body can be a protector and regulate closeness and distance to others. This complexity affects the possibilities for change.

NPMP seems to be a useful treatment approach. NPMP can contribute something else, possibly something more, than the weight reduction with training and nutritional guiding based on a biomedical thinking. A particularly important contribution with the NPMP approach is the possibility to facilitate positive body movements and body contact.

Psychomotor physiotherapists have the expertise to convey the complexity of overweight and obesity, and to help the patients achieve an expanded understanding of their life history and the context between emotions and the body – and a reunion between their body as a subject and as an object.

Keywords: Overweight, obesity, complexity of overweight, Norwegian psychomotor physiotherapy, phenomenology of the body, habitus, ambiguous body.

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Sammendrag	2
Summary	3
1. Innledning	6
1.1. Min bakgrunn for studien	6
1.2. Kunnskapsstatus; overvekt og fedme i samfunnet.....	8
1.2.1. Definisjon av overvekt og fedme.....	8
1.2.2. Overvekt og fedme i Norge og på verdensbasis	8
1.2.3. Årsaksmekanismer for overvekt og fedme	9
1.2.4. Veiledende råd for utredning og behandling	9
1.3. Tidligere forskning; overvekt og fedme hos mennesket.....	9
1.3.1. Overvektens sammenhenger.....	10
1.3.2. Fysioterapi og overvekt	10
1.4. Hensikt og problemstilling.....	11
2. Teori	13
2.1. Kroppsfenomenologi	13
2.1.1. Kroppens subjektstatus, tvetydighet og intersubjektivitet.....	13
2.1.2. Den vanemessige kroppen og kroppen her og nå	14
2.1.3. Persepsjon og bevegelse	14
2.1.4. Leder og «The absent body»	15
2.2. Bourdieu og samfunnsperspektivet.....	16
2.2.1. Habitus.....	17
2.3. Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF)	17
2.3.1. NPMF og teoretiske perspektiver:.....	17
2.3.2. Sentrale psykomotoriske prinsipper	18
3. Metode	20
3.1. Valg av kvalitativt forskningsintervju	20
3.2. Utvalg.....	21
3.3. Etiske vurderinger	21
3.4. Gjennomføring av intervju og transkripsjon.....	21
3.5. Analyse	23
3.6. Metodediskusjon.....	25
3.6.1. Forskerens posisjon og perspektiver – refleksivitet	25

3.6.2.	Intern validitet – troverdighet og pålitelighet	26
3.6.3.	Ekstern validitet – overførbarhet	28
4.	Presentasjon av resultater og diskusjon.....	29
4.1.	Overvektens kompleksitet	30
4.1.1.	Kultur, vaner og sosioøkonomi	30
4.1.2.	Følelsesregulering	32
4.1.3.	Den store kroppen som buffer mot omverden.....	35
4.2.	Den fremmedgjorte og skambelagte kroppen	37
4.3.	Den store kroppen i bevegelse	39
4.3.1.	Å <i>unngå</i> bevegelse	40
4.4.	Den flertydige store kroppen.....	42
4.4.1.	Den relasjonelle kroppen – og om regulering av nærhet og avstand	43
4.4.2.	«Den stille kroppen» - og bevegelse	45
4.4.3.	Endring.....	46
4.5.	Psykomotorisk fysioterapi som behandling av overvektige	47
4.5.1.	Aksept – og fortrolighet til kroppen.....	48
4.5.2.	Bevegelsesgrupper i psykomotorisk fysioterapi	52
5.	Avsluttende kommentar	56
6.	Referanseliste.....	57
Vedlegg 1:	Forespørsel om deltakelse og informert samtykke.....	64
Vedlegg 2:	Intervjuguide.....	66
Vedlegg 3:	Godkjenning fra NSD	67

1. Innledning

Denne studien handler om forståelsen av overvekt og om psykomotorisk fysioterapi sitt bidrag i behandlingen av pasienter som lider av sin overvekt.

1.1. Min bakgrunn for studien

Min interesse for temaet overvekt har utviklet seg gjennom de siste årene, hvor jeg har jobbet i psykisk helsevern, både ved en spesialenhet for spiseforstyrrelser og i de siste to årene ved et distriktpsykiatrisk senter. I jobben har jeg møtt flere pasienter som lider av sin overvekt og påfølgende kroppsmisnøye. Mange har også hatt lange «slankekarrierer» uten å lykkes med varig endring. Vanlige behandlingstilnærminger til overvekt og fedme er trening, kostholdsveiledning og i økende grad også kirurgi. Disse tilnærmingene fører ikke nødvendigvis til målet, som ofte er varig vektreduksjon. For meg har det blitt viktig å finne frem til mennesket bak overvekten, mennesket utover overvekten – noe som representerer noe annet enn dette fokuset. Med opplevelsen av en kropp som ikke samarbeider, som står i veien for fri utfoldelse i både bevegelse og sosial deltakelse, som den overvektige kun i varierende grad kan stole på, synes en tilnærming avgrenset til trening og kostholdsending som snevert. I løpet av studiet i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi har jeg fått innsikt i kroppsfenomenologi og andre teoretiske perspektiver. Dette åpner opp en forståelse av kropp og bevegelse på en annen måte enn gjennom den biomedisinske forståelsen og gjennom et årsak-virkningsforhold. Innsiktene blir viktige å anvende for å kunne hjelpe og til å forstå menneskers kroppslige uttrykk, utvikling og opprettholdelse av overvekt.

Overvekt og fedme har fått økende oppmerksomhet i samfunnet de siste årene, og både politikere og medisinske forskere har engasjert seg i samfunnets «fedmeepidemi». Å skulle endre menneskers livsstil, utseende og kroppsform, vekt, kosthold og bevegelsesvaner har blitt «populære» helsefaglige tema. Det utvikles stadig behandlingstilbud med fokus på vektreduksjon, og disse utvikles med bakgrunn i medisinsk forskning. Mange av disse studiene retter oppmerksomheten mot viktigheten av vektreduksjon for å redusere risikoen for hjerte/karsykdom, diabetes og kreft (Helsedirektoratet, 2015). Dette er selvfølgelig viktige perspektiver, men flere studier viser at det er vanskelig å oppnå varige endringer når en først har oppnådd vektreduksjon; deltakerne i studiene gikk gradvis opp i vekt igjen etter endt intervensjon (Elvsaa & Giske, 2013; Giske & Elvsaa, 2013).

Helsedirektoratet (2011) angir at overvekt og fedme skyldes en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk. Overvekt og fedme henger sammen med manglende daglig fysisk aktivitet og et uheldig kosthold (ibid., s. 8). Flere har de siste årene tatt til orde gjennom blant annet kronikker og artikler, for at en endring i behandlingstilnærming er nødvendig (Rugseth, Groven & Engelsrud, 2015; Rugseth, 2007, 2011). Perspektivet må endres fordi den biomedisinske forståelsen og behandlingstilnærmingen ikke er tilstrekkelig. Det skrives om fedmekirurgiens skyggesider (Groven, Råheim & Engelsrud, 2013), om utfordringer ved individuell vektkontroll og om et savn etter tiltak på samfunnsnivå. Rugseth, Groven og Engelsrud (2015) utfordrer også fysioterapeuter til å melde seg på i fedmedebatten og gjerne synliggjøre sine erfaringer med alternative og mer utforskende måter å tilnærme seg kroppsmissnøye og fedmeproblematikk på. Vi som fysioterapeuter har spisskompetanse på kropp, bevegelse og aktivitet. Men hvordan anvender vi vår kunnskap i forhold til å tilrettelegge for disse pasientene?

Det vestlige samfunnets normer og idealer for hvordan vi skal se ut er også et aspekt som må tas med i forståelsen av overvektige menneskers opplevelse av seg selv og sin egen kropp. Det å oppleve seg selv som stor er ikke uavhengig av andre. Man er stor *i forhold til* noe og noen. Å være tykk er noe en person erfarer både «i seg selv» og gjennom kulturelt betingede assosiasjoner. Disse to dimensjonene leveres av subjektet samtidig (Rugseth, 2011, s. 26).

Kroppen har blitt vårt nye statussymbol. Kroppen er noe vi kan og bør forme og som vi kan uttrykke oss gjennom for å vise våre verdier og holdninger, vår helsestatus og som igjen viser vår status i samfunnet. Hvordan innvirker dette på den overvektiges status i samfunnet og på individet? *Konsumkroppen* eller *presentasjonskroppen* er begreper som flere har tatt i bruk og som gjenspeiler hvordan kroppen har blitt et objekt for å selge tjenester som kosmetisk kirurgi, slankepreparater, abonnement på treningssentre og lignende (Thornquist, 1998, 2009; Bordo, 1990; Gretland, 2007). Ifølge Susan Bordo (1990) har den sosiale symbolismen for kroppsvekt og –størrelse utviklet seg gjennom historien. Frem til slutten av det 19. århundre var den korpulente kroppen til menn med makt et symbol på suksess og velstand. Gradvis ble den statusøkende middelklassen opptatt av å ha slanke fruer som et symbol på deres suksess. I dag har den faste og formede kroppen blitt et symbol på den korrekte holdning; en bryr seg om hvordan en oppfattes av andre; viser viljestyrke, energi, impulskontroll og muligheten til å «utrette noe» med seg selv. «You exercise, you diet, and

you can do anything you want» (ibid.). Motsatt blir overvekt sett på som et uttrykk for manglende vilje og på personlig og moralsk utilstrekkelighet (ibid.). Implisitt i dette ligger en forståelse av at overvekt er noe som kan – og bør trenes bort.

1.2. Kunnskapsstatus; overvekt og fedme i samfunnet

For den videre lesningen er det relevant å presentere hvordan overvekt og fedme defineres og å gi en oversikt over hvor stort omfang overvekt og fedme har i samfunnet. Videre hva som er vektlagt i forhold til årsaksmekanismer for utvikling av overvekt og hva en legger vekt på i utredning og behandling.

1.2.1. Definisjon av overvekt og fedme

Overvekt defineres av Verdens Helseorganisasjon (WHO) som kroppsmasseindeks (Body mass index; BMI) på 25 eller over (Økt risiko for diabetes).

Fedme defineres som kroppsmasseindeks på 30 eller over. WHO deler fedme inn i tre grader:

Grad 1: BMI 30-34,9 (Økt risiko for diabetes og økt dødelighet).

Grad 2: BMI 35-39,9 (Høy risiko for flere helseproblemer og økt dødelighet).

Grad 3: BMI ≥ 40 (Ytterligere økt helserisiko)

BMI regnes ut ved å dividere vekten i kg med kvadratet av høyden i meter (Folkehelseinstituttet, 2004, 3. februar).

1.2.2. Overvekt og fedme i Norge og på verdensbasis

Ifølge Helsedirektoratet (2011) har i dag en av fem nordmenn en kroppsmasseindeks på 30 eller over. Dette utgjør en dobling av andelen i befolkningen med fedme i løpet av de siste 20 årene. Økningen i vekt er kraftigst i de yngste aldersgruppene. Det er ingen nevneverdige forskjeller mellom kjønnene i de yngre aldersgruppene, mens det i de eldre aldersgruppene er større forekomst av fedme blant kvinner. Det er en klar sammenheng mellom overvekt og sosioøkonomiske forhold, spesielt for kvinner. I helseundersøkelsen i Oslo 2000–2001 var det lavest andel med fedme blant kvinner i høyeste utdanningsgruppe, mens det for menn ikke var like tydelige forskjeller etter utdanning. Kvinnelige innvandrere fra ikke-vestlige kulturer hadde høyere fedmeandel enn kvinner med norsk bakgrunn. På verdensbasis er også forekomsten av fedme økende. Fedme er en av de største helseutfordringene i verden. Om lag 315 millioner, eller 5 % av verdens befolkning, har BMI ≥ 30 . Økningen i forekomsten av fedme omfatter ikke bare industrialiserte vestlige land, men har de siste

årene også blitt et økende problem i utviklingsland (ibid.). I en nylig utgitt artikkel i The Lancet, antydes det at hvis trendene fra 2000-tallet fortsetter er det sannsynlig at prevalensen for global fedme innen år 2025 når 18% for menn og 21% for kvinner. Alvorlig fedme vil nå 6% for menn og 9% for kvinner (NCD Risk Factor Collaboration, 2016).

1.2.3. Årsaksmekanismer for overvekt og fedme

Helsedirektoratet (2011) definerer overvekt som en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk. Den fysiske hverdagsaktiviteten er for nordmenn flest kraftig redusert i forhold til tidligere, og befolkningens ernæringsvaner endres i retning av økte porsjoner og mer energitette måltider og snacks. Utvikling av vektproblemer kan henge sammen med oppvekstforhold, livsvilkår, psykologiske forhold og belastninger. Genetiske forhold gir ulik individuell sårbarhet for vektøkning. Også medikamenter kan gi vektøkning, særlig hos dem som på forhånd har vektproblemer (ibid).

1.2.4. Veiledende råd for utredning og behandling

I utredningen av overvekt og fedme vektlegger Helsedirektoratet (2011) kartlegging av vekthistorie og årsaksforhold, vurdering av eventuelle spiseforstyrrelser, hormonprøver, blodtrykk og utvalgte blodprøver, gjennomgang av medisiner og kartlegging av fysisk aktivitet og kosthold. Videre angir Helsedirektoratet at en vektreduksjon på 5-10 % bør betraktes som tilstrekkelig i forhold til ønsket helsegevinst ved overvekt. Ved fedme og fedme med vektrelaterte komplikasjoner som type 2-diabetes eller søvnapné kan det likevel være nødvendig med større vektreduksjon for å oppnå den ønskede helseeffekten. Fysioterapeuter nevnes som viktige medspillere for individualisert oppfølging i forebygging av overvekt og fedme, som mulig koordinator av behandling, og i behandlingssammenheng i forhold til treningsopplegg.

Denne bakgrunnen gjør at jeg i min studie er opptatt av å utvide perspektivene på overvekt og utforske nærmere hvordan vi som psykomotoriske fysioterapeuter kan tilby et alternativ til behandling med trening og kostholdsendring basert på en biomedisinsk tenkning.

1.3. Tidligere forskning; overvekt og fedme hos mennesket

Når det gjelder å forstå overvekt og hva som kan være aktuelle tiltak når det gjelder overvekt, er det mye forskning som tilhører den biomedisinske tradisjonens tenkning. Men det er også forskning som utfordrer denne. Jeg finner mye som har med trening å gjøre.

1.3.1. Overvektens sammenhenger

I tillegg til det som Helsedirektoratet presenterer som årsaksforhold finnes det flere måter å forstå overvektens sammenhenger på. Studier viser at det hos jenter er sammenheng mellom psykiske plager og overvekt. Og det er tydelige forskjeller i livsstil mellom overvektige og ikke-overvektige ungdommer (Lien, Kumar & Lien, 2007). Forskjeller i sosioøkonomiske forhold er dokumentert blant norske voksne (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005; Helsedirektoratet, 2011). Sammenhengen mellom lavere sosioøkonomisk status (lav inntekt og utdanning hos foreldre) og økt risiko for utvikling av overvekt blant barn og unge er også antydnet i studier med norske deltakere (Vilimas, Glavin & Donovan, 2005; Lien, Kumar & Lien, 2007). Det finnes også etter hvert mange studier som viser korrelasjoner mellom overgrep i barndommen og utvikling av overvekt (Felitti et al, 1998; Westerhof, 2013; Hemmingsson, Johansson & Reynisdottir, 2014; Stensland, Thoresen, Wentzel-Larsen & Dyb, 2015). Studien av Hemmingsson og medarbeidere indikerer at slike barndoms erfaringer kan føre til mentale og emosjonelle forstyrrelser, uhensiktsmessige mestringsstrategier, stress, inflammasjoner og forstyrrelser i metabolismen. Dette kan igjen være faktorer som bidrar til en utvikling av overvekt (2014). Stensland og medarbeidere hevder at det å være utsatt for vold som barn eller ungdom gir like stor risiko for å utvikle overvekt som mer veletablerte faktorer, for eksempel et stillesittende liv (2015).

1.3.2. Fysioterapi og overvekt

Det finnes lite forskning på psykomotorisk fysioterapi og overvekt. Søk i universitetsbibliotekets databaser og PEDro ga ingen funn som omhandlet dette. Jeg brukte og kombinerte søkeordene «overvekt», «fedme», «psykomotorisk fysioterapi», «obesity», «overweight», «(norwegian) psychomotor physiotherapy(physical therapy)». Jeg søkte også på «body-oriented therapy» og «Feldenkrais method» uten å finne relevante studier. I tidsskriftet til Norsk Fysioterapeutforbund fant jeg imidlertid flere artikler og kronikker som omhandler overvekt. Ett fagessay omhandler fysioterapi for barn og unge, der de i hovedsak fokuserer på trening og bevegelsesglede for pasientgruppen (Melvær & Stensletten, 2014). I april i år kom Berg (2016), som selv er psykomotoriker, ut med en artikkel som omhandler kroppsbildeforstyrrelse hos pasienter med overspisingslidelse. Hun skriver at det for mennesker med overvekt eller fedme som har spiseforstyrrelser – der kropp og mat er innvevd i psykologiske prosesser som omhandler følelsesregulering – er vektreduserende tiltak som trening og kostholdsveiledning ofte utilstrekkelig (ibid.). Hun oppfordrer

fysioterapeuter som møter denne pasientgruppen til å undersøke og behandle eventuelle kroppsbildevansker. Hun mener fysioterapeuter har gode forutsetninger for dette. Danielsen og Rø (2012) skriver om behandlingen av spiseforstyrrelser som også inkluderer psykomotorisk fysioterapi for pasienter med overvekt. Ved å utvide søket ytterligere og kombinere «Binge Eating Disorders» og «physical therapy» fant jeg i PubMed en oversiktsartikkel om fysioterapi for pasienter med overspisingslidelse som viste at aerobe øvelser og yogaøvelser reduserte antallet overspisingsepisoder og BMI for pasientene. I samme studie uttaler de følgende: «Siden en forstyrret kroppsopplevelse og en stillesittende livsstil står sentralt i BED-forløpet, kan fysioterapi være en interessant tilleggsterapi» (Vancampfort et al, 2013).

Studier som omhandler *kun* overvekt og psykomotorisk fysioterapi har jeg ikke lyktes å finne. Når artiklene omhandler fysioterapi er det oftest i sammenheng med trening (utholdenhetstrening og styrketrening) og vektreduksjon. Jeg fant to studier som etterlyser mer spesifikk kunnskap om overvektens kompleksitet i utdanningen av fysioterapeuter – og som antyder at fysioterapeuter ofte velger trening og kostholdsending som tiltak (Sack, Radler, Mairella, Touger-Decker & Khan, 2009; Setchell, Watson, Gard & Jones, 2015). Det finnes imidlertid mange artikler som sier noe om positive effekter av *trening* som intervensjon for vektreduksjon og bedret helse (Strømme & Høstmark, 2000; Aadland & Andersen, 2013; Gjevestad, Karlsen, Røislien, Mæhlum & Hjelmesæth, 2013; Ruotsalainen, Kyngas, Tammeling & Kaariainen, 2015).

Dette synliggjør behovet for å undersøke om psykomotorisk fysioterapi kan ha en plass i møtet med disse pasientene. Med dette som bakgrunn går jeg videre til det som er min hensikt med denne studien.

1.4. Hensikt og problemstilling

Jeg ønsker å undersøke hvordan vi som psykomotoriske fysioterapeuter forstår overvekt – både hva som er bakgrunnen for at noen blir overvektige og hva som gjør at overvekten opprettholdes. Erfaringer med forholdet overvektige har til egen kropp og til bevegelse blir viktige innsikter for å kunne bidra for denne pasientgruppen. Videre vil jeg undersøke *om* og *hvordan* psykomotorisk fysioterapi kan bidra for mennesker som lider av sin overvekt.

Jeg har valgt å ikke skille mellom overvekt og fedme, samt ikke å skille mellom pasienter med og uten overspisingslidelse. Hovedpoenget mitt er å se på hvordan overvekten forstås av psykomotoriske fysioterapeuter og hvordan psykomotoriske fysioterapeuter opplever at psykomotorisk fysioterapi kan bidra – uavhengig av størrelsen på BMI.

Oppgaven kan forhåpentligvis være et faglig bidrag til oppmerksomhet og refleksjon om forståelsen av overvektens sammenhenger og funksjon, og gi økt innsikt for meg selv og kanskje for andre fysioterapeuter som møter denne pasientgruppen.

Problemstillinger:

- 1. Hvordan kan vi forstå overvekt – hva har den sammenheng med og hvilken funksjon har den?**
- 2. Hvilken betydning får forståelsen av overvekt for mulighetene til endring?**
- 3. Hvordan kan en bidra som psykomotorisk fysioterapeut?**

2. Teori

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for de teoretiske perspektivene, eller «brillene» jeg velger å se materialet med. Teorien jeg presenterer vil hjelpe meg til å forstå og tolke intervjuene og informantene sine uttalelser.

Kroppsfenomenologien benyttes ofte som grunnlagstenkning i psykomotorisk fysioterapi. Denne vil kunne gi et viktig bidrag til å forstå hvordan det å leve med overvekt oppleves på individnivå. Samtidig som vi er bærere av vår historie er vi også bærere av vår tid og lever i verden som sosiale vesener. Vi er del av en kultur med sine normer og regler for hva som er akseptert i vårt samfunn. Samfunnsviteren Bourdieu vil være relevant å trekke inn for å belyse nettopp dette. Jeg vil også presentere noen hovedprinsipper i psykomotorisk fysioterapi.

2.1. Kroppsfenomenologi

Fenomenologiens grunnlegger sies å være Edmund G.A. Husserl (1859-1938).

Fenomenologi er en vitenskapsfilosofisk tradisjon som ofte kalles en bevissthetsfilosofi eller konstitusjonsfilosofi. Subjektet og objektet forstås som sammenbundet og et konstituert hele. Dette representerer et tydelig brudd med tidligere tradisjoner som skilte mellom subjekt og objekt – mellom sjelen og kroppen. Husserls hovedinteresse var å studere menneskenes bevissthet og den måten fenomener er gitt for vår bevissthet på. Mens Husserl ga *bevisstheten* forrang, var den franske filosofen Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) en av de første innen vestlig tenkning som fremhevet *kroppen* som sentrum for erfaring og erkjennelse (Thornquist 2003 og 2009 og Bengtsson 2001).

2.1.1. Kroppens subjektstatus, tvetydighet og intersubjektivitet

For å forstå hvordan det er å leve i en overvektig kropp er kroppens subjektstatus relevant. Merleau-Ponty skriver «I am my body». Å være subjekt betyr ifølge ham å være i verden som kropp. Vår sammenheng med verden gjør kroppen vår både til subjekt og objekt, vi både *er* en kropp og *har* en kropp. Og vi er slik til stede både som seende og sett, berørende og berørt. På den ene siden er kroppen individuell og på den annen side allmenn (Merleau-Ponty, 1994). Kroppen er tvetydig og samtidig er subjekt og objekt ett integrert hele.

Som kroppslige subjekter er vi også i relasjon både til verden og til andre mennesker. Denne relasjonen mellom kropper som subjekter omtales i fenomenologien som *intersubjektivitet*. Mennesker sameksisterer sammen med andre mennesker.

Vi har en intensjon med våre væremåter og handlinger. Hvordan vi opplever verden omkring oss påvirker både våre handlinger og væremåter. Dette er et viktig perspektiv å ha med i forståelsen av overvektens sammenhenger og funksjon. Et sentralt begrep i fenomenologien er *intensjonalitet*, som kan forklares som bevissthetens *rettethet mot verden*. Kroppen er sentrum for erfaring og erkjennelse og er alltid rettet mot verden. Det er som kropper vi persiperer, søker mening, utvikler bevissthet og er i kontakt med andre og integreres i sosialt liv (Thornquist, 2003; Gretland, 2007). Ifølge Merleau-Ponty er våre kroppslige vaner og væremåter *intensjonale*. «De springer ut av personens subjektive oppfatning av en konkret omverden og ansporer personen nettopp til den aktuelle handlemåten» (Gretland, 2007, s. 28). Begrepet *den levde kroppen* brukes om kroppen som erfart på en ikke-objektiv måte. Kroppen er altså både preget av historie/tidligere erfaringer og situasjonen her og nå.

2.1.2. Den vanemessige kroppen og kroppen her og nå

Ifølge Merleau-Ponty består kroppen av to lag som gjør at den er et møtested for fortid, nåtid og framtid. Den vanemessige kroppen har fortiden iboende – på engelsk omtales denne som *the habitual body*. Det andre laget er kroppen som er her og nå; *the present body* (Thornquist, 2003, s. 130). Som subjekt *bebor* kroppen rommet og tiden. Den fenomenologiske kroppen erfarer, handler og søker mening. Den er i interaksjon og i en stadig dialog med verden (Duesund & Skårderud, 2003). Både fortid og fremtid oppfattes i lys av nåtiden, men også omvendt: Det jeg opplever her og nå preges også av mine tidligere erfaringer og av mine framtidsutsikter (Thornquist, 2003; Gretland, 2007). Den levde kroppen kan ikke forstås uavhengig av sin omverden og historie. Både livsbetingelser og erfaringer er en del av vår kroppsvirkelighet. Vi kan glemme tidligere erfaringer og hendelser, men de vil likevel være med oss videre i livet. Livet «setter seg i kroppen» (ibid.). Den levde kroppen uttrykker dermed noe i situasjoner her og nå, samtidig som den uttrykker sin livssituasjon og livserfaring (Råheim, 2003).

2.1.3. Persepsjon og bevegelse

Den overvektige lever i en stor kropp. Dette gjør noe med både persepsjon og bevegelse. Sansing, persepsjon og bevegelse forutsetter hverandre, og en kan si at de utgjør en funksjonell enhet (Moe, 2003). «... Persepsjonen og bevegelsen utgjør et system, som modifiseres som helhet» (Merleau-Ponty, 1994, s.58). Persepsjon er utenkelig uten bevegelse. Det er som bevegelige kropper vi kan tilegne oss ulike perseptuelle felt og

perspektiv. Persepsjon og bevegelse er dermed grunnleggende i vår erfaring. Persepsjon og bevegelse henger sammen i all kroppslig erfaring og handling, i en vedvarende prosess med muligheter til å utvide så vel det perseptuelle feltet, som å utvikle bevegelsesformer og mestringssevne (Gretland, 2007, s. 24-25). Som mennesker er vi meningssøkende og derfor sorterer vi også i sensoriske signaler. Noe blir framtrødende for vår oppmerksomhet, mens andre ting forblir i bakgrunnen. Våre tidligere erfaringer gir mening til det vi persiperer og utgjør på den måten vår bakgrunnshorisont (ibid.). Kroppen i bevegelse er ikke en objektiv tingliggjort kropp, men en erfarende og erfart kropp som er forbundet med aktivitet (Duesund & Skårderud, 2003). Vi legger til tidligere forståelse når vi persiperer og persepsjonen er en aktiv prosess der vi velger hva vi retter oppmerksomheten mot.

2.1.4. Leder og «The absent body»

Drew Leder, filosof og lege, er inspirert av Merleau-Ponty. Han tilfører viktige innsikter til Merleau-Ponty og utdyper og synliggjør noen andre dimensjoner. Blant annet fremhever han hvordan kroppen kan kjennes fremmed for oss når den endrer funksjon eller blir rammet av skade eller sykdom. Hans perspektiver kan gi innsikt i hvordan kroppen kan oppleves for overvektige – enten den er som fraværende eller fremtrødende for oppmerksomheten.

Leder skriver i sin bok «The absent body» (1990) om hvordan kroppen kan erfares som både fraværende og til stede. Vi erfarer *fra* kroppen *til* verden.

Insofar as the body tends to disappear when functioning unproblematically, it often seizes our attention most strongly at times of dysfunction; we then experience the body as the very absence of a desired or ordinary state, and as a force that stands opposed to the self (Leder, 1990, s. 4).

Leder definerer tre kroppsdimensjoner; «The ecstatic body», «the recessive body» og «the dys-appearing body». Kroppen som «ecstatic» og «dys-appearing» blir de viktigste perspektivene for forståelsen av overvekt.

The ecstatic body: «Den levde kroppen – som ekstatiske av natur – er den som er borte fra seg selv» (min oversettelse) (ibid., s. 22). Den ekstatiske kroppen plager oss ikke – når vi er friske og funksjonsdyktige kan vi delta for fullt i verden. Den friske kroppen er fremmedgjort på en måte som gjør at vi ikke er oppmerksom på den. Vi kan rette oppmerksomheten mot andre ting. Dette betegner Leder som at kroppen er *dis-appearing* (i motsetning til *dys-apperaring*).

The recessive body: Dette er den indre kroppen med indre organers fysiologi og funksjon. Den indre kroppen er ikke så tilgjengelig for oss. De indre organene styres uten at vi må tenke på dem, og de lindrer seg selv.

The dys-appearing body: Ved sykdom, skade eller kroppslige plager utfordres den ekstatiske kroppen og oppmerksomheten rettes innover mot kroppen i stedet for ut mot verden. Plagene reorganiserer vårt levde rom og tid, våre relasjoner til andre og til oss selv. Kroppen blir dys-appearing. «Being ill is before all alienation from the world» (ibid., s. 80). Kroppen er ikke lenger noe man *er*, men noe man *har*. Å erfare den problematiske kroppen som et objekt og dermed som noe separat fra selvet, utgjør en trussel for ens integritet (ibid.). Når kroppen oppleves som dys-appearing, oppleves den ofte som borte eller adskilt fra selvet. Egenkroppen kan dermed studeres, betraktes og vurderes med en viss distanse av subjektet, men samtidig bidra til en opplevelse av å «være fanget» og «umulig å slippe unna» (Rugseth, 2011, s. 31 referer til Leder).

In the case of health, the body is alien by virtue of its disappearance, as attention is primarily directed to the world. With the onset of illness this gives way to the dys-appearance (Leder, 1990, s. 91).

Disse begrepene kan bidra til noen perspektiver å forstå den store kroppen med.

2.2. Bourdieu og samfunnsperspektivet

Pierre Bourdieu (1930-2002) er kjent for sosiologisk teoriutvikling, og særlig for teoriene om habitus og sosial kapital. Han presenteres her slik Gretland (2007) og Thornquist (1998, 2003, 2009) forstår og presenterer deler av hans teori. De trekker frem elementer som belyser hvordan individer preges av sin sosiale kontekst. Bourdieu retter oppmerksomheten mot samfunnet og dets betydning for menneskelig utvikling og identitet. Han er inspirert av fenomenologien og er samtidig kritisk til at sosialt liv faller utenfor fenomenologiens synsfelt. Gretland mener at fenomenologisk teori dermed har begrenset verdi i forhold til å forstå hvordan konkrete livsbetingelser og erfaringer preger personers væremåter (Gretland, 2007).

Våre levevaner sitter i oss fra oppveksten av og kan også være medbestemmende for våre valg senere i livet. Når man skal studere det å leve som overvektig og forstå utviklingen av overvekten må våre vaner og vår sosiale kontekst tas i betraktning. Vi er et produkt både av

historie, sosialisering og kulturen vår, ikke bare av livserfaringer. Her kan Bourdieus habitusbegrep tilføre et annet og viktig perspektiv på hvordan overvekten utvikles og opprettholdes og hvordan det er å leve i verden i relasjon til andre som overvektig.

2.2.1. Habitus

Begrepet kan defineres som et system av væremåter og disposisjoner (Neumann sitert av Gretland, 2007, s. 59), som kunnskap og hukommelse i kroppen (Gretland, 2007), eller med Thornquists ord; «det refererer til de bestemte tilbøyeligheter ethvert menneske har til å tenke, kategorisere og handle, og til hvordan kunnskap «sitter i» kroppen og er «utenfor bevisstheten»» (2009, s. 208). Kroppen bærer med seg våre historier og vi er alle preget av vår sosiale og kulturelle bakgrunn. Historien vår er nedfelt i kroppen og har blitt til en praktisk viten. Og enhver aktør er bærer av overindividuelle forhold (Gretland, 2007; *ibid.*). «Enhver sosial aktør vil bevisst eller ubevisst, være en produsent av og bidra til reproduksjon av objektiv mening» (Bourdieu sitert av Thornquist, 2009, s. 209). Gjennom sosialisering lærer vi hvordan vi skal bli medlemmer av sosiale lag og klasser. Kunnskap om sosiale og kulturelle forhold blir til kroppslig praktisk kunnskap (*ibid.*; Gretland, 2007). Vår habitus påvirker våre handlinger. Vi har visse gitte rammer og er predisponerte for bestemte handlinger, reaksjoner, hva vi foretrekker, liker, føler oss fortrolige med og for hva vi unngår (Thornquist 2003, s. 137). Habitus skaper noen felles perspektiver på omverdenen og på vår selvforståelse. Habitusbegrepet kan kanskje forstås som summen av det levde liv.

2.3. Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF)

NPMF ble utviklet fra slutten av 1940-årene av psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Adel Bülow-Hansen. De hadde et felles utgangspunkt med forståelsen av sammenhengen mellom muskelspenninger, pust og følelser (Thornquist & Bunkan, 1986; Bunkan, 2001). I denne oppgaven har jeg valgt å utelate en detaljert presentasjon av den historiske utviklingen av NPMF. Dette har flere fysioterapeuter skrevet om tidligere (se for eksempel Thornquist & Bunkan, 1986).

2.3.1. NPMF og teoretiske perspektiver:

Kroppsfenomenologien, med kroppen som sentrum for erfaring og erkjennelse, blir ofte benyttet for å belyse kroppsforståelsen i psykomotorisk fysioterapi. I NPMF er kroppen i sentrum for behandlingen, men en skiller ikke mellom kropp og subjekt. Hele personen er i sentrum gjennom kroppsbehandlingen og påvirker personens forhold til egen kropp og dermed til seg selv (Thornquist & Bunkan, 1986). Merleau-Pontys begrep *tvetydighet* finner

en også igjen i NPMF. Utgangspunktet for psykomotorisk behandling er det hele mennesket, og innfallsporten er kroppen. Kroppen erkjennes som en funksjonell og samspillende enhet hvor psyke og soma er uatskillelig, og på den måten er mennesket både psyke og soma samtidig (Thornquist & Bunkan, 1986). Gretland (2007) skriver om kroppens flertydighet. Kroppen er alltid både en biologisk organisme og et uttrykksfelt – altså et sosialt og kulturelt fenomen. Dette krever at vi som fysioterapeuter må innta flere ulike perspektiver og veksle mellom disse (ibid.). For å forstå NPMF benyttes også flere vitenskapelige perspektiver, blant annet nevrobiologi og biomedisin (Øien, 2013). Teori fra sosiologi (som Bourdieu presentert over) kan belyse kroppen som sosialt og kulturelt fenomen.

2.3.2. Sentrale psykomotoriske prinsipper

Noen viktige momenter i psykomotorisk fysioterapi er:

- Gjensidighet mellom kropp og følelser – og mellom respirasjon og følelser
- Kroppskontakt og tilstedeværelse
- Ressurser og potensiale
- Bevegelse
- Samtale

Med kroppen formidler vi våre følelser. Og med kroppen formidler vi oss til omverdenen som psyko-sosiale vesener. Via kroppsholdning, pust og bevegelser formidler vi hvordan vi har det. Men, det er ikke bare snakk om at følelser gjenspeiler seg i kroppen. Det er en gjensidig vekselvirkning mellom kropp og følelser: Via kroppen regulerer vi også vårt følelsesliv (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 20). Vi bremser oss kroppslig – med pust, muskulatur og bevegelser – og slik holdes ubehag borte fra bevisstheten. Pusten har en sentral rolle i bremsingen av kropp og følelser. Pusten kan bremses for å undertrykke følelser (Thornquist, 2005). Muskelspenningers funksjon i psykologisk forstand er å regulere følelser. Å slippe spenninger er å slippe til – og å slippe opp for oppdemmete og tilbakeholdte følelser. Gjennom psykomotorisk fysioterapi jobber man for å oppnå spenningsregulering. Forandringer i spenning, kroppsholdning og pust er ledd i arbeidet mot en kroppslig omstillingsprosess (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 18). Gjennom bevegelse oppnår en mer kontakt med følelser og med seg selv. Øvreberg og Andersen (1986) poengterer at psykomotorisk fysioterapi går ut på å assistere pasienten til å blåse liv i sitt

gamle og avstengte jeg gjennom å tine opp og skape liv i forfrosne reflekser og bevegelser (s. 15). I NPMF anses bevegelser som fremmer ledighet og har strekk-komponenter som gode. Variasjon og å følge egen lyst er anbefalt (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 104). «Å arbeide med berøring og bevegelser er å arbeide med livserfaringer. Tilsynelatende små endringer i nærhet og avstand, stillinger, spenninger og bevegelser, i kraft eller tempo eller bevegelsesutslag, kan berøre viktige erfaringer og tema for pasienten» (Gretland, 2007, s. 177). Hvordan vi beveger oss er medbestemmende for evnen til opplevelse. Med ufrie og anstrengte bevegelser låser vi oss inne, både kroppslig og følelsesmessig (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 106). Dette kan bli viktige innsikter for å forstå de overvektige pasientenes forhold til bevegelse. I psykomotorisk fysioterapi er en ikke kun opptatt av problemer og vanskeligheter. Like viktig er det å få innblikk i pasientens ressurser og muligheter (Thornquist & Bunkan, 1986; Gretland 2007). Dette er i fokus både gjennom anamnesen, undersøkelsen og i videre behandling, og er viktige perspektiver når en skal vurdere muligheter for endring.

Å søke innblikk i pasientenes verden gjennom samtalen er også noe som fremheves som viktig (Råheim, 2003; Thornquist & Gretland, 2003; Gretland, 2007). Fokus i samtalen er ikke bare rettet mot plager og symptomer, men også mot kroppslige forhold i en videre forstand, og mot forholdet mellom kroppslige og følelsesmessige reaksjoner. På denne måten kan en bli kjent med pasientens forståelse, tanker og vurderinger. Dette kan fremme deltakelse på pasientens premisser. En signaliserer dermed at denne deltakelsen er viktig (ibid.). Den terapeutiske samtale kan ifølge Råheim (2003) skape et fundament for felles kommunikativ grunn, ny tilhørighet, innsikt og tro på egne muligheter (ibid.).

Disse innsiktene viser at en gjennom psykomotoriske prinsipper kan påvirke spenninger og fremme kroppskontakt og tilstedeværelse. Psykomotorisk behandling tilstreber at pasienten skal være til stede i og med seg selv i situasjonen. Først når pasienten stillinger og bevegelser oppleves gode, når positive følelsesmessige erfaringer kan knyttes til bruk av kroppen, kan pasienten nyttiggjøre seg behandlingen i det daglige liv (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 93). I behandlingen gjeninnsetter man kroppen som subjekt og sentrum for å skape mening og knytte forbindelser mellom levd liv, kropp og følelser.

3. Metode

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for hvordan jeg har gått frem for å besvare mine problemstillinger. Jeg vil presentere utvalg, rekruttering og gjennomføring av intervjuene, hvordan jeg har gått videre i analysen, samt etiske vurderinger. Til slutt presenteres diskusjon av metoden.

3.1. Valg av kvalitativt forskningsintervju

For å få svar på problemstillingene mine som omhandler hvordan overvekt kan forstås, hva som kan gjøre det vanskelig å gå ned i vekt og hvordan psykomotoriske fysioterapeuter kan bidra, ønsket jeg å snakke med psykomotoriske fysioterapeuter med erfaring på området. Jeg var opptatt av å få frem terapeutenes perspektiver, og ønsket å snakke med psykomotoriske fysioterapeuter med klinisk erfaring fra arbeid med overvektige pasienter fordi jeg trodde disse kunne bidra med viktige innsikter. Å intervju terapeutene ville kunne gi meg informasjon for å belyse hvordan vi som psykomotoriske fysioterapeuter kan forstå overvekt. Videre ville det gjennom å snakke med terapeuter som har erfaring fra arbeid med pasientgruppen kunne belyse hvordan psykomotorisk fysioterapi kan være en relevant behandlingstilnærming. Å bruke intervju, som er en kvalitativ forskningsmetode, åpner for en eksplorativ undersøkelse – å avdekke nye dimensjoner ved forskningstemaet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 127-128). Kvalitative forskningsmetoder er virkemidler for utvikling av kunnskap om kvaliteter, egenskaper og karaktertrekk ved ulike fenomener (Malterud, 2003, s. 83). Jeg ønsket å gå i dybden heller enn å få en bred oversikt. Forskningsintervjuer kan gjennomføres for å innhente empirisk kunnskap om intervjupersoners typiske opplevelser av et tema (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 121). På bakgrunn av dette valgte jeg å bruke semi-strukturerte intervju og utarbeidet en intervjuguide med temaer og åpne spørsmål til informantene.

Som bidrag til diskusjonen av mine intervjudata har jeg valgt å bruke litteratur som bredt kan belyse flere sider av forståelsen av overvekt. Ikke alt regnes som teoretisk bakgrunn, men vil inngå som en del av analysen og diskusjonen av datamaterialet fra intervjuene. I og med at jeg selv også har klinisk erfaring med pasientgruppen er det nærliggende å trekke inn egne erfaringer fra klinikken. Jeg må imidlertid være bevisst min egen forforståelse gjennom hele prosessen og vil forsøke å få frem informantenes stemme så tydelig som mulig.

3.2. Utvalg

For å rekruttere informanter foretok jeg et strategisk utvalg fra eget nettverk innen det psykomotoriske miljøet i Norge. De to som jeg først vurderte som aktuelle kandidater har spisskompetanse på arbeid med den aktuelle pasientgruppen og har erfaring fra klinisk arbeid både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Jeg kontaktet disse per e-post hvor jeg kort informerte om prosjektet og ga de muligheten til å respondere per e-post eller telefon hvis de ønsket å delta. Begge to svarte raskt at de kunne tenke seg å delta og møte til intervju. De fikk tilsendt grovskissen for intervjuet per e-post i forkant av intervjuet. Den ene jobber nå i spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og behandler pasienter både individuelt og i gruppe, mens den andre er ansatt ved en privat institusjon og jobber mest med gruppebehandling. Begge har blitt utdannet som psykomotoriske fysioterapeuter i løpet av de fem siste årene, og har minst fem års erfaring fra arbeid i psykiatrien. De har fra ett til ni års erfaring fra arbeid med overvekt.

3.3. Ethiske vurderinger

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD (Norsk senter for forskningsdata AS) og godkjent (vedlegg nr. 3). Intervjuene ble tatt opp på lydopptak med mobiltelefon og overført til pc som er sikret med brukernavn og passord. Transkripsjonene er også beskyttet på pc med brukernavn og passord. Informantene fikk skriftlig informasjon ved henvendelse og spørsmål om deltakelse i prosjektet. De fikk mer utfyllende muntlig informasjon om prosjektet før intervjuet (vedlegg nr. 1). Både muntlig informasjon og muntlig samtykke ble tatt opp på lydopptaket. Ingen personopplysninger utenom yrke og arbeidserfaring ble innhentet. Råmaterialet skal slettes når prosjektet er ferdigstilt.

3.4. Gjennomføring av intervju og transkripsjon

Ett intervju ble gjennomført ved informantens arbeidssted mens det andre ble gjennomført på en rolig cafe. Intervjuene var styrt av en semi-strukturert intervjuguide (vedlegg nr. 2) og spørsmålene ble utarbeidet med utgangspunkt i mine problemstillinger. Innledningsvis informerte jeg om prosjektet og innhentet muntlig samtykke til deltakelse (vedlegg nr. 1). Intervjuene og informert samtykke ble tatt opp med lydopptaker. Intervjuene ble avsluttet med en avrunding av intervjusituasjonen og jeg åpnet for at de kunne tilføye noe hvis det var noe de opplevde at de ikke hadde fått formidlet. Begge informantene ga meg uoppfordret tillatelse til å kontakte dem i etterkant hvis det ble nødvendig med oppklarende

spørsmål. Etter å ha gjennomført det første intervjuet og transkribert dette, valgte jeg å justere intervjuguiden før neste intervju. Jeg tilføyde spørsmål om hvordan informantene mente psykomotorisk fysioterapi kunne bidra i behandlingen, samt mer om hva de la vekt på i tilrettelegging av bevegelsesgrupper for pasientgruppen. Dette er i tråd med Malterud (2003) som skriver at intervjusituasjonen i kvalitative forskningsprosjekt ikke bør standardiseres, og at intervjuguiden bør revideres underveis i et feltarbeid og tilpasses situasjonen og informanten (ibid., s. 129). Problemstillingene ble også justert og psykomotorisk fysioterapi fikk en mer sentral plass. Etter intervju nummer to med påfølgende transkripsjon, kontaktet jeg igjen informant 1 for et kort supplerende intervju via Skype. Bakgrunnen for del to av intervjuet var at jeg ikke hadde fått nok materiale som sa noe om NPMFs bidrag i behandlingen. Jeg ønsket også å gå mer i dybden på konkrete tiltak og NPMF-prinsipper i bevegelsesgruppene. Del to av intervjuet ble transkribert dagen etter. Etter hvert intervju skrev jeg umiddelbart ned egne refleksjoner og et generelt inntrykk av intervjuet. Dette kom også til hjelp i analysefasen. Jeg valgte å ikke gjøre feltnotater underveis, da jeg ønsket å ha fullt fokus på samtalen. I og med at jeg transkriberte i kort tid etter intervjuene kunne jeg lett komme tilbake til situasjonen og huske stemninger og kroppsspråk. Jeg satt igjen med totalt 47 sider med transkripsjoner etter de tre intervjuene. Transkripsjonene ble skrevet på bokmål for å lette skrivearbeidet og leservennligheten, samt for å forminske muligheter for gjenkjennelse av informantene ved direkte gjengivelser av sitater i oppgaven. Det var til stor hjelp å transkribere første intervju før jeg gjennomførte det neste. Dette synliggjorde min egen rolle i intervjuet, samt at det ga meg ny innsikt i det som informanten fortalte som jeg i mindre grad la merke til underveis i samtalen. Malterud kaller dette for «de grå informantene» (ibid.).

Etter fullført transkripsjon lyttet jeg til lydopptakene igjen for å kunne gjøre eventuelle rettinger. Dette for å sikre en så nøyaktig skriftlig gjengivelse av intervjuet som mulig. Teksten blir ikke et nøyaktig bilde av virkeligheten, og når muntlig samtale skal omsettes til skriftlig tekst, skjer det ifølge Malterud (2003) alltid en fordreining av hendelsen, også ved detaljert gjengivelse ord for ord. «Formålet med skriftliggjøringen er å fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det som informanten hadde til hensikt å meddele. Som regel er det naturlige talespråket oppstykket og uformelt i forhold til skriftspråket» (ibid., s.78). Flere av setningene til informantene var ufullstendige. Jeg valgte å gjengi disse setningene slik de kom ut muntlig i teksten, men i analysen skrev jeg ut de ordene som ble

avbrutt midt i ordet for å sikre at det som ble hørt kom frem – selv om hvert ord ikke ble sagt helt fullstendig. Transkripsjonsstilen ble noe justert fra første intervju til de to neste: Jeg valgte å ta bort noen av lydene og ordene som ikke hadde betydning for sammenhengen (eks. «hm», «eh», «så», «altså»). Dette for å lette leservennligheten og videre analysearbeid.

3.5. Analyse

Jeg baserte min analyse på den hermeneutiske spiral og Malteruds systematiske tekstkondensering (Malterud, 2003). Mitt ønske var å foreta en analyse som sammenfattet informasjon fra intervjuene. Formålet med prosjektet var i utgangspunktet å utvikle beskrivelser som gir forståelse av mangfold, fellestrekk eller typiske egenskaper ved forståelsen av overvekt og hvordan psykomotorisk fysioterapi kan bidra i behandlingen av mennesker som lider av sin overvekt. Til dette formålet er Malteruds systematiske tekstkondensering egnet (2003). Denne er igjen inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og Grounded Theory. Både variasjonsbredde og fellestrekk kan studeres ved hjelp av denne analysemetoden, men bør ikke gjøres samtidig (ibid.). Malterud (2003) poengterer at det for nybegynnere er en fordel å følge en foreliggende analyseprosedyre. Derfor har jeg valgt å følge hennes systematiske tekstkondensering så godt det lot seg gjøre. Jeg benyttet meg også av den hermeneutiske sirkel – eller mer nøyaktig den hermeneutiske spiral, dvs. å fortolke og forstå delene ut fra helheten og helheten ut fra delene. Dette innebærer å veksle mellom å være data/tekstnær for så å bygge ut med mer teori, og gå tilbake til data/tekst igjen. «Den hermeneutiske sirkelen er en beskrivelse av en dynamisk erkjennelsesprosess som pendler mellom del og helhet i forsøket på å forstå begge deler best mulig» (Thornquist, 2003, s. 142). Jeg bruker begrepet *spiral* i stedet for *sirkel* fordi vekslingen mellom å se deler og helhet stadig gir meg nye innsikter og fordypning i min meningsforståelse. Dette er i tråd med Thornquists beskrivelse av begrepene (2003).

Dette innebar at analysen min ble deskriptiv og databasert, og fulgte hovedstrukturen med fire trinn; å få et helhetsinntrykk, å identifisere meningsbærende enheter, å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene, og til slutt å sammenfatte betydningen av dette (ibid., s. 96-112).

Etter gjentatte gjennomhøringer og gjennomlesning av intervjuene noterte jeg det jeg oppfattet som umiddelbare tema, som ble trinn én etter Malteruds struktur (2003). Temaene

presenterte et forholdsvis intuitivt og databasert utvalg. Disse temaene ble også utgangspunkt for neste trinn i analyseprosessen.

I trinn to leste jeg igjennom transkripsjonene og markerte det som Malterud beskriver som *meningsbærende enheter* (ibid.). Deretter utformet jeg en matrise med utgangspunkt i mine første tema, og de meningsbærende enhetene ble sortert under passende tema.

I analysens tredje trinn skrev jeg sammendrag av de meningsbærende enhetene i matrisen og markerte noen av disse med fargekoder der jeg så at innholdet var overlappende i flere kategorier. Fra matrise 1 ble det så utviklet nye kategorier, og ved hjelp av min teoretiske referanseramme og egen forforståelse, ble temaene raffinert og gjort om til mer beskrivende kategorier, særlig med utgangspunkt i at kategoriene skulle bli mest mulig gjensidig utelukkende. Dermed ble noen av de foregående kategoriene utelatt. Materialet jeg nå skulle jobbe videre med representerte det Malterud kaller et *dekontekstualisert utvalg* av sorterte og meningsbærende enheter. Det vil si at de meningsbærende enhetene ble tatt ut av sin opprinnelige sammenheng. Med utgangspunkt i matrisen formulerte jeg kjerneinnholdet i hovedkategoriene. Under jobbingen med dette så jeg at noen kategorier representerte et kunstig skille, og disse ble samlet til en ny.

I analysens fjerde trinn skulle bitene settes sammen igjen, og prosessen kalles *rekontekstualisering* (Malterud, 2003). I dette trinnet sammenfattes det en har funnet i form av gjenfortellinger som kan legge grunnlag for nye beskrivelser eller begreper. Teksten blir til en analytisk tekst med basis i de kondenserte tekstene og utvalgte sitater fra hver kodegruppe. Den analytiske teksten skal presentere resultatene i prosjektet (Malterud, 2003). I det videre arbeidet med resultatpresentasjon og diskusjon, ble imidlertid kategoriene på ny endret. En stadig pendling mellom materialet, kategoriene og mine teoretiske perspektiver førte til de endelige kategoriene: «Overvektens kompleksitet», «Den fremmedgjorte og skambelagte kroppen», «Den store kroppen i bevegelse», «Den flertydige store kroppen» og «Psykomotorisk fysioterapi som behandling av overvektige». Underkategoriene blir presentert i resultat- og diskusjonskapittelet. Under hele analyseprosessen, men særlig i trinn fire, ble funnene validert i forhold til datamaterialet. Malterud poengterer at det er viktig å se de meningsbærende enhetene i sin opprinnelige sammenheng for å sikre dette – å sikre at dekontekstualisering følges av

rekontekstualisering (ibid.). Jeg valgte å gå helt tilbake til transkripsjonene og samtidig bruke den siste utgaven av matrisen til dette – og opplevde at denne ga en god oversikt.

3.6. Metodediskusjon

Her vil jeg diskutere studiens gyldighet, overførbarhet og hvordan jeg som forsker har innvirket i prosessen. Jeg har valgt å dele diskusjonen inn i følgende underkapitler: «Forskerens posisjon og perspektiver – refleksivitet», «intern validitet – troverdighet og pålitelighet» og «ekstern validitet – overførbarhet».

3.6.1. Forskerens posisjon og perspektiver – refleksivitet

Forforståelse: Mine egne erfaringer fra klinikken vekket en nysgjerrighet for temaet og har vært styrende for både problemstilling og design av prosjektet. Disse motivene utgjør en viktig del av min forforståelse. Det er viktig å ha teoretisk kjennskap til de tema som skal undersøkes for å kunne stille relevante spørsmål. «Det tematiske fokus i et prosjekt påvirker hvilke aspekter ved et emne spørsmålene retter seg mot, og hvilke aspekter som forblir i bakgrunnen» (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 123). Min egen forforståelse har blitt påvirket av lesningen om temaet. Da jeg i første trinn i analysen skulle tilstrebe intuitive og ureflekterte temaer, så jeg i stor grad at disse lignet hovedtemaene fra intervjuguiden. Dette kan ifølge Malterud (2003) tyde på at jeg har forfulgt forforståelsen i for stor grad. Utover i analysen klarte jeg imidlertid å fri meg noe fra de første temaene. Mine teoretiske perspektiv, problemstillingene og spørsmål jeg stilte til materialet ble etter hvert mer styrende for kategoriene enn intervjuguiden. Min egen forforståelse – men også informantenes – ligger implisitt i samtalene våre. Vi møtes som psykomotoriske fysioterapeuter og dermed preges også samtalen av vår felles fagbakgrunn.

I og med at jeg studerer psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi er det nærliggende å tenke at jeg har et ønske om å vise at psykomotorisk fysioterapi er et godt egnet tilbud til denne pasientgruppen. Ved å intervju andre med lignende bakgrunn er det stor sannsynlighet for at jeg vil «finne det jeg leter etter». Jeg kan bli styrt av dette ønsket – og bli blind for andre faktorer som kan peke i motsatt retning. Som forsker gjør jeg hele tiden valg, både i intervjuene og i forberedelsen av disse, underveis i analysen, og ikke minst ved valg av teoretiske perspektiver. Ved å redegjøre for disse valgene og forforståelsene underveis, vil prosjektets validitet og refleksivitet, som Malterud (2003) skriver om, styrkes.

Underveis i arbeidet med mitt materiale vil jeg si at jeg utviklet en «kjærlighet til teksten» (Malterud, 2003, s. 117). Å begeistres av treffsikre formuleringer og velartikulerte informanter, kan føre til at en taper den avstand som er nødvendig for å vurdere hva av dette stoffet som er relevant for leseren og problemstillingen. «Kjærlighet til stoffet skal ikke overgå kravene til refleksivitet» (ibid.).

Refleksivitet og systematikk er viktige forutsetninger for at analysen kan levere vitenskapelig kunnskap, og bevissthet om den teoretiske referanserammens betydning er avgjørende for en forsvarlig og kreativ tolkning av empirien. Derfor skal forskeren rapportere hvilke prinsipper og posisjoner som har ført fram til resultater og konklusjoner» (Malterud, 2003, s. 96).

Gjennom å presentere min vei gjennom prosjektet i metodekapittelet og gjennom tydeliggjøring av skillet mellom materialet, egne vurderinger og teoretiske perspektiver, har jeg forsøkt å bevare refleksiviteten i oppgaven. Forskningen skal være *transparent* (Tjora, 2012) gjennom å vise hvordan en har gått frem i forskningen og hvordan endringer har blitt gjort underveis. Dette skal gi leseren anledning til å vurdere studiens kvalitet (ibid.).

3.6.2. Intern validitet – troverdighet og pålitelighet

3.6.2.1. Valg av metode

Jeg kunne fått relevante innsikter ved å snakke med overvektige pasienter som mottar NPMF-behandling, i tillegg til behandlerne jeg snakket med. Dette ville blitt et mye større prosjekt, men også et *annet* prosjekt. Det er ikke sikkert at pasientene ville hatt refleksjoner om sammenhenger og funksjon – eller et språk for å uttrykke disse – slik terapeutene på sin side har. Jeg kunne også styrket min studie med observasjon av fysioterapeutene i arbeid. Mitt hovedanliggende i denne oppgaven var å utforske deres *forståelse* for overvektens sammenhenger og funksjon, og dermed ble observasjon utelatt og ansett mindre relevant i denne sammenhengen.

3.6.2.2. Metodekritikk

Som uerfaren forsker og intervjuer har jeg i dette prosjektet hatt en bratt læringskurve. Intervjusituasjonen ble en ny erfaring for meg. I det første intervjuet opplevde jeg i stor grad å bli «mikrofonstativ». Informantenes mulige forventninger til at jeg forsto hva de mente – uten at setninger ble fullført eller ved at jeg responderte med «ja» og «mm» før de hadde snakket ferdig, kan ha bidratt til å forsterke dette. Jeg lyktes i liten grad å følge opp

informantens svar med utdypende spørsmål, og sjekket sjelden underveis om jeg hadde forstått henne riktig – med andre ord lite *dialogisk validering* (Malterud, 2003) som kan brukes for å styrke intersubjektiviteten mellom informant og forsker. «Validering av fortolkninger blir lettere hvis man stiller kontrollspørsmål under intervjuet» (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 127). Dette bedret seg imidlertid noe til intervju nummer to. I etterkant ser jeg at jeg med hell kunne gjennomført et prøveintervju først, noe som er i tråd med anbefalinger fra blant andre Malterud (2003) og Tjora (2012).

Intervjuguiden min kan ha blitt for styrende for samtalen. Informantene fikk hovedspørsmålene tilsendt før intervjuet og jeg opplevde at begge ble opptatt av å styre i forhold til disse. Det kan tenkes at samtalen hadde blitt annerledes hvis de kun fikk presentert temaene for intervjuet. Dette hadde kanskje utfordret meg som intervjuer til å stille mer oppklarende spørsmål ut fra hva informantene snakket om. Jeg ble også litt styrt av mine egne spørsmål, samtidig som det for en uerfaren intervjuer opplevdes trygt å ha disse å støtte meg på for å sikre at jeg fikk svar på det jeg lurte på.

Jeg gjorde transkripsjonene selv og i nær tid etter intervjuene. Dette for å sikre at eventuelle uklarheter kunne oppklares ved at jeg selv husket situasjonen og kunne forstå meningen i det som ble formidlet. Dette er også ifølge Malterud (2003) noe som styrker validiteten av analyse materialet. I tillegg, skriver Malterud, er det å selv være mellomledet mellom tale og tekst en fordel for å gjenoppleve erfaringer fra feltarbeidet, samt at en får gjort seg kjent med materialet fra en ny side.

Ved å følge en fast struktur i analysen gjennom Malteruds systematiske tekstkondensering, kan noe av studiens validitet styrkes. Dette er særlig en fordel når jeg er en uerfaren forsker.

3.6.2.3. *Uvalget*

Antallet informanter avhenger av formålet med undersøkelsen. Som Kvale og Brinkmann (2009) skriver, så er det vanskelig å generalisere og umulig å teste hypoteser om forskjellene mellom grupper hvis antallet informanter er for lite. På motsatt side, hvis antallet informanter er for stort, blir det neppe tid til å foreta en dyptgående analyse av intervjuene (ibid.). Å kun ha to informanter er i utgangspunktet lite, men jeg vurderte likevel etter intervjuene med disse at jeg i kombinasjon med egen erfaring hadde fått nok materiale til å kunne gå i dybden for å belyse problemstillingene og bidra til større innsikt i feltet. I og med at de har ulike arbeidshverdager og møter pasienter i ulike behandlingssammenhenger

og med noe ulike behandlingstilnæringer, vurderte jeg at de også kunne presentere ulike perspektiver på overvektens sammenhenger og funksjon. Ideelt sett skulle jeg nok intervjuet minst en eller to psykomotoriske fysioterapeuter til. Dette ville sannsynligvis gitt en enda større bredde i materialet. Hvis jeg skulle gjennomført prosjektet på nytt ville jeg tilstrebet å intervjuere terapeuter fra primærhelsetjenesten i tillegg.

Ved å velge informanter med spisskompetanse på feltet vil dette helt klart påvirke resultatene, og ifølge Malterud (2003) vil en lettere få gyldige svar med informasjonsrike informanter – som også sikrer at oppgaven svarer på det som etterspørres i problemstillingen. Gjennom et strategisk utvalg mener jeg at jeg fikk nettopp dette – informasjonsrike informanter med spisskompetanse.

3.6.3. Ekstern validitet – overførbarhet

Overførbarhet/generalisering: Jeg har få informanter, og begge sa ikke like mye om alt.

Mine egne erfaringer som støtter utsagn kan være referanse, men det er likevel viktig å understreke at generalisering basert på én informant blir tynt (Malterud, 2003, s. 110-111).

Malterud taler for å bruke begrepet overførbarhet heller enn generalisering – fordi bare unntaksvis kan forskningen levere allmenngyldige resultater som gjelder for alle mennesker og i alle samfunn under enhver historisk betingelse (ibid., s.63). Overførbarhet er en forutsetning for kunnskap som skal kunne deles med andre. «Aha-effekten, altså det at en annen forstår noe mer om sitt eget av det jeg har gjort, er en viktig indikator for overførbarhet» (ibid., s. 64).

Før jeg kan si noe om studiens overførbarhet, må den interne validiteten være god nok. Jeg har som nevnt et lite utvalg, men til tross for dette mener jeg at innsiktene jeg har fått etter å ha jobbet med materialet og analysene, kan være overførbare også for andre fysioterapeuter og psykomotorikere som møter denne pasientgruppen. Å synliggjøre konteksten via informantenes bakgrunn ble av forskningsetiske hensyn ikke mulig å gjøre på en god nok måte. Jeg mener likevel at gjennom å fortelle litt om deres felles bakgrunn, og informere om at de er psykomotorikere, så kan andre fysioterapeuter uavhengig av arbeidssted få nytte av innsiktene som presenteres.

4. Presentasjon av resultater og diskusjon

I arbeidet med materialet ble det stadig mer synlig for meg at jeg hadde et spesielt rikt og interessant materiale når det gjelder å forstå overvekt; hva som kan bidra til at noen blir – og forblir overvektige, og hvor komplekst forhold overvektige kan ha til egen kropp og bevegelse. Dermed ble dette mitt hovedfokus, og jeg valgte å vie mindre oppmerksomhet til informantenes fortellinger om hvordan de selv jobbet som psykomotoriske fysioterapeuter. Jeg mener at forståelsen av overvekt er helt sentral for at vi som (psykomotoriske) fysioterapeuter skal kunne bidra til endring hos de pasientene vi møter som lider av sin overvekt.

Oppbygging: Denne resultat- og diskusjonspresentasjonen er inndelt i fem kapitler med tilhørende underkapitler. I kapittel 4.1-4.3 besvares problemstilling en og to. Her er jeg empirinær og presenterer informantenes refleksjoner og erfaringer knyttet til forståelsen for overvekten – hvorfor noen utvikler overvekt og hvorfor overvekten hos noen opprettholdes. Her presenteres også hvordan de opplever pasientenes forhold til egen kropp og til bevegelse. Direkte sitat og utsagn fra informantene er markert i kursiv og med anførelsestegn og innrykk. I kapittel 4.4 vil jeg gjøre en mer dyptgående drøfting som samler det som er fellestrekk i kapittel 4.1-4.3 med bruk av mine teoretiske perspektiver. Her vil jeg også diskutere hvilke implikasjoner denne forståelsen får for mulighetene for endring for pasientene. I kapittel 4.5 skal jeg besvare den tredje problemstillingen. Her tar jeg med meg de innsiktene som har kommet frem i de foregående kapitlene og drøfter videre hvordan psykomotorisk fysioterapi kan bidra for pasientgruppen. I drøftingen av behandling vil jeg være mindre nær informantene. Jeg har valgt å behandle informantenes stemmer på en annen måte her enn i foregående kapitler – deres utsagn brukes ikke som ren empiri. Jeg forsøker å bygge det de sier om behandling inn i mine egne drøftinger. Jeg vil selvfølgelig dra veksler på den empirien jeg har, men vel så mye på teorien og de drøftingene jeg har gjort i foregående kapitler. Informantenes stemme får dermed en litt annen status her enn i de tre første kapitlene.

4.1. Overvektens kompleksitet

Informantene mener at bakgrunnen for at mennesker utvikler og opprettholder overvekt er mangeartet. Felles for dem er at de fremhever oppvekst og sosioøkonomiske forhold, samt emosjonelle forhold som faktorer som kan bidra til utvikling – og opprettholdelse av overvekt.

4.1.1. Kultur, vaner og sosioøkonomi

Informant 1 har erfaringer med at pasienter hun jobber med ofte har svake sosioøkonomiske ressurser som et lite nettverk, sårbar økonomi og få valgmuligheter. Dette mener hun også kan ha sammenheng med at oppveksten har vært utfordrende. Å ha følt seg utenfor, erfaringer med mobbing, samt foreldre som ikke har «fylt de godt nok opp» nevner hun som mulige sammenhenger med hvordan livet er i dag. Informant 2 er opptatt av samfunnsmessige forhold og hvordan overvekt i befolkningen er skjevt fordelt og at både kulturer innad i familier og i andre miljøer påvirker oss og våre vaner. Det handler ifølge henne ikke bare om den enkeltes valg eller det personlige forholdet til mat og kropp, men om forhold utenfor den enkelte. Hun legger også til at genetiske disposisjoner kan være medvirkende.

«Det er sterke krefter inni oss i forhold til følelser, men kulturen legger også bånd på oss. Det er mye vaner, vi styres av ting utenfor oss selv. Vi påvirkes av sosialiseringen og av kulturen, sosioøkonomisk status og klasse. Man kan ikke bare bryte ut av noe bare fordi at man får kunnskap og så tenke at det ordner seg bare du blir opplyst nok. Vi er alle en del av en sammenheng» (informant 2).

Informant 1 opplever å møte pasienter med ambivalens til å endre på vaner. Det kan ifølge henne ligge mye følelser der som de «må gjennom». Hun mener det kan være enklere å sette seg overfladiske mål som å begynne med og slutte med noe, og desto vanskeligere å ta tak i det som gjør at de er overvektige.

«For mange er det vanskelig og slitsomt og skummelt å begynne å grave dypere ned for å se sammenhenger» (informant 1).

Her erfarer informantene at ubearbejdede krenkelser kan komme frem, og at de da ikke nødvendigvis er klare for endring og har svært vanskelige følelser knyttet til kroppen.

Utsagnene deres sier både noe om hvorfor noen blir overvektig, hvorfor overvekten kan opprettholdes, og hvorfor det kan være vanskelig å endre vaner.

Informantenes uttalelse om sosiale forskjeller ved utvikling av overvekt støttes av flere studier som jeg har presentert i oppgavens innledning. At både sosiale og biologiske forhold virker inn på utviklingen av overvekt støttes også av Hemmingsson (2014). Han viser i sin oversiktsartikkel at barn som vokser opp i disharmoniske familieforhold pga. foreldrenes sosioøkonomiske utfordringer er særlig i risikozonen for utvikling av overvekt. Slike forhold kan ifølge forfatteren føre til økt risiko for psykologisk og emosjonelt stress og uhensiktsmessige mestringsstrategier som å spise for å døyve følelser, økt appetitt, inflammasjoner i kroppen og muligens redusert basal metabolisme.

Sammenhengen mellom overvekt, kultur og vaner kan også ses med perspektiver fra Bourdieus habitusbegrep. Han fremhever at vanene har makt over oss fordi de er en del av oss. Våre sosiale og kulturelle mønstre videreføres og påvirker vår habitus. Det som kjennes naturlig for oss er til syvende og sist det vi er vokst inn i, og som vi ikke vet vi har lært (Gretland, 2007). Ut ifra hvilken kultur vi har vokst opp i, og hvilke skjema som er definert for verdsettelse, utvikler vi våre måter å te oss på (ibid.). Dette mener jeg også er viktige innsikter når en skal forstå overvektens «skjevfordeling» i samfunnet.

Informantenes erfaringer kan ses i lys av Rugseths (2006, 2011) fenomenologiske perspektiv på overvekt. Hun påpeker at den subjektive og erfarende kroppen er rettet mot noe utenfor seg selv. Våre erfaringer gjøres gjennom kroppen og samtidig i verden sammen med andre og forbundet med tid og rom. «Å forutsette at det å spise mindre er et rasjonelt valg den enkelte kan ta, og følge, vil være å overse denne kompleksiteten og tatt-for-gittheten som kroppen også er» (Rugseth 2006). Med Merleau-Ponty forstås erfaringer som sammenhengende med tid og rom – de sees ikke som avsluttede eller avgrensede. På den måten vil vårt forhold til mat fra barndom og oppvekst få betydning for vårt forhold til mat som voksne. «Etablerte vaner strekker seg utover nåtiden og inn i ulike erfaringsrom» (ibid). Sett fra et kroppsfenomenologisk perspektiv er altså kroppslige vaner og væremåter intensjonale. De er alltid hensiktsmessige ut fra ens oppfatning av en opprinnelig situasjon som har fellestrekk med den aktuelle (Gretland, 2007).

Dagens samfunn er også medvirkende til den livsførselen vi har. En mer stillesittende tilværelse pga. økt bruk av elektroniske media, samt stor tilgang og lave priser på energirik

mat er noe som kan påvirke og fremme en usunn livsstil. For barn og unge kan også helsemessige, religiøse, kulturelle eller økonomiske forhold sette en stopper for deltakelse i fritidsaktiviteter som fremmer god helse. Disse barrierene kan være knyttet til kapasitet og ressurser i familien. Strukturelle barrierer i samfunnet kan hindre deltakelse for alle, slik som avgifter knyttet til deltakelse, mangel på universell utforming og fysisk tilgjengelighet (Helsedirektoratet, 2015).

Begge informantene presenterer en forståelse av at sammenhengene ofte er komplekse og kan bestå av mange ting samtidig. Både oppvekstvilkår, kulturer innad i familier og i større miljøer, sosioøkonomisk status, vaner, genetikk og arv påvirker oss og innvirker på vår livsstil og vårt forhold til mat, spising, bevegelse og kroppene våre. Disse sammenhengene kan en tenke innvirker på forholdet til egen kropp og selvfølelse og videre til et forstyrret forhold til mat, slankeatferd og jojoslanking, sykdom eller økende overvekt.

4.1.2. Følelsesregulering

Følelser ble et annet sentralt tema i informantenes forståelse av overvektens sammenhenger og funksjon. Informant 1 sier at overvekten kan ha sammenheng med *«hvordan de har det inni seg og hvordan de har opplevd å bli møtt på følelser»*. Usikkerhet i forhold til hvordan de skal trøste seg hvis en har opplevd mobbing eller å ikke ha blitt møtt som barn, at de voksne ikke har rommet de godt nok. De utvikler en uhensiktsmessig måte å tenke på og forholde seg til seg selv og andre på.

«Det å være sint, å være lei seg – de har ikke helt taket på det, vet ikke hvordan de skal møte seg selv. Det å være i en følelse, å få den ut. Noen er også redd. De har kanskje hatt noen voldsomme personer rundt seg som har vært veldig sinte og har en redsel for sterke følelsesuttrykk (...) Det de kan si er at de spiser på følelser. Det sier de helt klart» (informant 1).

Hun sier videre at en kan trenge følelsen av å fylle seg med noe. *«Man blir avhengig av maten for å trøste og roe seg, eller det er sånn man takler livet»*. Hun påpeker at nettopp fordi det er sammensatt og mange faktorer som kan forklare overvekten, så er dette noe som også gjør det vanskelig å endre på. *«En forstår at det ikke bare er å endre livsstil og så blir alt annerledes»*. Informant 2 snakker også om følelser:

«Det å spise setter oss i en annen tilstand eller demper ubehag – som affektregulering. Det er mange grunner til at folk trenger å regulere seg gjennom mat eller finner ut at det er en måte».

Hun snakker videre om hvordan en kan ha vært vant til å trekke seg unna måltidene med andre, eller å spise alene pga. vanskelige dynamikker i familien, krancling og utrygghet. Foreldres uforutsigbarhet eller sinne kan ha blitt tatt ut i forhold til mat. Dette kan igjen ha vært med på å skape sammenhenger mellom negative følelser og mat. Det spiller også en rolle hvordan våre omsorgspersoner regulerer følelser og hvilket forhold de har til mat og følelser. Informant 2 sier dette tydelig:

«Det handler om hva du har lært deg i familien. Hvis du er lei deg – får du en sjokolade?».

Som vi ser er følelser sentralt i informantenes forståelse av overvektens sammenhenger. Å ikke bli møtt på egne følelser eller å bli møtt på en uhensiktsmessig måte av omsorgspersoner i oppveksten kan ha skapt behov for å bruke maten som trøst eller som en måte å fylle et emosjonelt tomrom på. Mat og spising kan fungere som følelsesregulatorer, både ved å dempe uro, trøste, fylle et tomrom og dempe sterke følelser når en har problemer med å forholde seg til disse eller vansker med å forstå følelsene. Begge informantene snakker om vanskelige dynamikker i familien der foreldrenes uforutsigbarhet eller sinne blir tatt ut i forhold til mat – som igjen kan skape negative sammenhenger mellom følelser og mat. Buhl (1996) beskriver hvordan maten

...i kraft av sine kjemiske egenskaper har sterke fysiologiske virkninger (...) den virker beroligende, dempende og trøstende, og stimulerende og energiskapende, psykisk så vel som fysisk. Den fjerner indre spenning og tomhet, fyller opp biologiske og psykologiske savn og virker oppkvikkende (ibid., s. 35).

Dermed er det ikke unaturlig å bruke maten for å dempe, tilfredsstillende, fjerne tomhet eller møte behov som ikke kan tilfredsstilles på annen måte (ibid). Erfaringene som informantene presenterer kan støttes med Buhls perspektiv, som hevder at både maten og spisingen kan ha funksjoner som trøst, flukt fra vanskelige situasjoner eller problemer med å forstå og forholde seg til egne eller andres følelser og følelsesuttrykk.

Følelsesregulering eller *affektregulering* er et mye brukt uttrykk i psykiatrien (Fonagy, 2003). Gretland (2007) belyser begrepet *feilinnstilling*, som innebærer at barnet kan ha fått mistilpassede og uegnede gjensvar på sine væremåter. Hun bruker eksempelet med at et barn som er frustrert blir oppfattet av den voksne som trøtt. Et annet eksempel kan jo være at hvis barnet er lei seg, så får det mat, jamfør informant 2 sitt eksempel. Feil innstilling kan ifølge Gretland «... oppleves som emosjonelt tyveri og føre til hemmeligholdelse og tilbaketrekning fra kontakt med andre». Hun belyser videre at motsatt kan åpen anerkjennelse gi kontakt med egne følelser, noe som er «viktig for selvavgrensning, for å kjenne seg selv og andre og for å forstå betydninger av situasjoner, handlinger og hendelser» (ibid., s. 50).

Buhl (1996) betoner hvordan vi som ordløse spedbarn erfarte at å spise bort følelser og ubehag var noe som fungerte godt. Dette er noe Buhl understreker at kroppen husker, og dermed blir sult, følelser av tomhet eller hunger og en sugende fornemmelse i magen vanlige reaksjoner på følelsesmessig stress. Mat og spising gir oss betydningsstid til å sortere og fordøye følelser. Det demper både uro og rastløshet, men pakker ofte samtidig inn de ord som er nødvendige for å forstå hva man føler (ibid., s. 127). Hun belyser også hvordan spisingen ikke bare fungerer som forsvar mot selvforakt, sinne og sorg, men også for å avverge utfordringer og glede (Buhl 1991, s. 74). Dette er i tråd med at informantene forteller om vansker med å møte seg selv, romme og uttrykke følelser. Å spise bort alle typer følelser blir en mestringsstrategi.

I et kroppsfenomenologisk perspektiv sitter følelser i kroppen og er noe vi får tilgang til gjennom å være til stede i kroppen. Å spise kan både lindre og døyve ubehag i kroppen. Erfaringene fra informantene kan også støttes med Rugseths intervjustudier av overvektige mennesker (2006, 2011). Flere kunne her fortelle om hvordan de brukte maten som trygghet og trøst, og at mat og måltider fikk en sterk betydning for å løse opp i vanskelige situasjoner. Rugseth påpeker hvordan spising også er relasjonell virksomhet. Å spise seg tykk kan ikke forstås som et avgrenset forhold mellom personen og maten – maten og spisingen berører og beveger også forholdet til andre mennesker. Hun belyser videre hvordan det å leve i verden med andre har en grunnleggende betydning. «Gjennom handlinger subjektet gjør berøres andre mennesker. Eksempelvis at det å trekke seg tilbake fra andre også begrunnes i det sosiale» (Rugseth, 2006). Matens og spisingens funksjon kan

være å beskytte seg mot å gå inn i den subjektive kroppen og få kontakt med egne følelser og vonde erfaringer. Dette leder an til hvordan overvekten kan fungere som beskyttelse.

4.1.3. Den store kroppen som buffer mot omverden

Overvektens funksjon som beskytter kom frem i flere former. Informant 2 forteller en pasienthistorie:

«I: Jeg har en veldig sterk historie med en pasient hvor det var mannen som var en veldig sterk pådriver for å at hun skulle gjennomføre en overvektskirurgi. Hvor hun gikk ned mye og hvordan det endret deres relasjon, og hvor hun sier at «jeg har angret hver dag». Fordi at måten hun var et objekt for han – og at det i veldig stor grad handlet om seksualitet. Det var helt forferdelig for henne...

F: så han ville slanke henne for å..

I: ..for at hun skulle bli attraktiv og det var et enormt press. Det var jo selvfølgelig en helt forferdelig relasjon som hun ikke burde ha vært i, men en veldig satt på spissen-historie om hvordan overvekten beskyttet henne mot det seksuelle trykket fra mannen og hvordan det ble da hun gikk ned i vekt. Hvor hun ble veldig utsatt. Seksualisert vold i nære relasjoner er på en måte den grove delen av kontinuumet, men jeg tror at det her er gyldig for veldig mange.»

Erfaringene er hentet fra informantens samtaler med pasienter som har gjennomgått overvektskirurgi og som har fått store problemer med å regulere nærhet og avstand til andre etter å ha blitt normalvektige. Den store kroppens funksjon som beskytter ble tydelig. Informant 1 har også pasienthistorier med traumer som seksuelle overgrep eller mobbing og at disse opplevelsene, eller vansker med å sette grenser, har ført til et trøblete forhold til egen kropp. Hun forteller om en pasient der krenkelses ikke var blitt tematisert, men som informanten sier «*oppførte seg sånn - som at hun ikke hadde et «nei». At noen hadde tatt fra henne sitt «nei». Her kan noen bare ta seg til rette*». Hun erfarer også at enkelte ikke har forholdt seg til krenkelsene før de kommer i behandling, men at de kan se sammenhengen mellom krenkelses og overvekt, og sier at det å skjule seg bak en uattraktiv kropp kan være et ubevisst uttrykk for noen.

Informantene fremhever at den store kroppen både kan brukes for å beskytte seg etter traumatiske opplevelser som overgrep og mobbing og for å regulere nærhet og avstand til

andre. Atferd som fører til overvekt – som overspising – kan også fungere som en beskyttelse mot kontakt med egne følelser. Begge informantene har pasienthistorier der overvekten har blitt en måte å skjule og gjemme seg på eller en måte å gjøre seg lite seksuelt attraktiv på. Gjennomgående er deres erfaringer fra pasienter som har vansker med grensesetting. Den store kroppen kan fungere som grensesetter. Den kan beskytte mot å bli et *objekt*; å bli gjenstand for andres uønskede oppmerksomhet eller et seksuelt objekt for andres tilfredsstillelse. Gunn Engelsrud (1998) betoner at mennesker som har opplevd seksuelle overgrep «forskanser» seg i en utilgjengelig kropp.

I egen praksis husker jeg godt en pasient som fikk store problemer med å gå ned i vekt. Hun hadde opplevd et seksuelt overgrep da hun var normalvektig og senere utviklet overvekt. Da hun begynte å nærme seg normalvekten igjen ble dette skremmende og hun fryktet at dette skulle gjøre henne mer seksuelt attraktiv og dermed mer utsatt for nye krenkelser. Hun uttalte selv også at hun følte seg sterkere og mer beskyttet som stor. Et lignende eksempel finnes i en artikkel om ACE (*Adverse Childhood Experiences*)- studien (Felitti et al, 1998). Å være slank kan oppleves som en trussel. Dette perspektivet kan også settes i sammenheng med informantenes erfaringer. Som nevnt innledningsvis i oppgaven er det mange studier som viser korrelasjonen mellom overgrep i barndommen og utvikling av overvekt, som dermed støtter informantenes erfaringer. Både vansker med å regulere nærhet og avstand og behovet for å døyve vanskelige følelser kan være med på både utviklingen og opprettholdelsen av overvekt.

Informant 2 fremhever hvordan kroppen – til tross for at den kan kjennes feil, også kan bidra til beskyttelse fra *samfunnets* forventninger og krav. Som normalvektig opplevde overvektsoopererte hun har snakket med et helt annet forventningspress fra omgivelsene. Og begge informantene har møtt mennesker som har erfaringer med at livet for øvrig ikke ble lettere selv om kroppen ble mindre.

«Det er en beskyttelse i den store kroppen og den har sånn sett en positiv funksjon – midt oppi alt som også er smertefullt. Det er veldig flertydig. Det vet vi alle, at kroppen er flertydig i utgangspunktet» (informant 2).

Informant 1 snakker om pasienter som tidligere har forsøkt å gå ned i vekt der det ble for skummelt å være slank og at det var vanskelig å være tynn også. Hun mener det henger sammen med hvordan andre ser på en, og at det muligens kan være et uttrykk for

selvsabotasje i tillegg; at en ikke kan gi seg selv lov til å lykkes. Å beskytte seg mot samfunnets forventninger og krav, kan også ses i Buhls (1996) perspektiv, som beskriver hvordan en kan skjule seg bak kroppen. Hun hevder at mange kan ha et ubevisst ønske om å være store og tykke.

En tung kropp er ikke bare i veien, den er også et tydelig budskap til andre mennesker. Den kan være et signal om at man er sårbar og at man derfor har et beskyttende skjold mot andres tilnærmelser. Den kan også være et signal om at man er sterk og kan forsvare seg mot andres kritikk, angrep eller forventninger. Kroppens størrelse kan være en måte å vise andre at man er ensom eller at man ikke trenger noen (ibid., s. 161).

En kan ønske seg ned i vekt, men samtidig synes en slank kropp å bringe med seg andre forventninger og nye roller i relasjon til andre. Det å være slank og «se ut som at alt er i orden», kan bli skremmende. Den store kroppen kan i en slik sammenheng brukes for å uttrykke at man ikke har det bra.

4.2. Den fremmedgjorte og skambelagte kroppen

Informantene vektlegger pasienters skamfølelse over å være overvektig, samt manglende fortrolighet til egen kropp som viktige innsikter. De erfarer at pasientene kan oppleve seg som «feil» og at det ligger mye negative følelser og dårlig selvfølelse knyttet til dette. Informant 1 snakker særlig om skam i forbindelse med å være annerledes og å miste kontroll over maten. Hun beskriver en situasjon der hun opplever at selvforakt og skam kommer til uttrykk kroppslig ved at de «kuer og krymper seg» i rommet sammen med andre. Hun snakker også om den sterke aversjonen mot egen kropp. Om å være misunnelig på andre for deres utseende og om ønsket om å forandre egen kropp. Informant 2 snakker om hvordan skamfølelsen kan sette begrensninger for mulighetene til deltakelse og bevegelse. Hvis en har problemer med å gå ut, og være i aktivitet fordi en blir synlig og opptatt av hva andre tenker, så påvirker dette ens forhold til kropp og bevegelse.

«Det blir noe fremmed med en kropp som ikke er beveget og som vekker så mye skam og avsky når du beveger – at det blir for mye. Det er mye som er vanskelig å gjøre» (informant 2).

Det å ikke passe inn i samfunnets normer og «idealkroppen», det å ikke mestre en sunn livsstil eller å være annerledes og i behov for å fikses på, å bli møtt med andres granskende blikk, er faktorer som ifølge Rugseth (2011) kan bidra til skamfølelsen. Hun refererer til Skårderud som skriver at «det holder med å se seg selv med andres øyne».

Selv om det er få nervetråder i fett, skriver han, så har fett blitt vårt mest følsomme vev. Han formulerer en skammens fenomenologi på følgende måte: Kroppen stivner, og mimikken flates ut. De spontane bevegelsene avbrytes. Kroppen lukker seg. Talen mister rytme og kraft (Rugseth, 2011, s. 81).

Skårderud (2011) refererer til Jean-Paul Sartre som skriver om hvordan skammen er en skam over seg selv overfor den andre, og at de to strukturene er uatskillelige. «Den akutte skammen utløser en kroppslig lengsel etter å bli borte, å skjerme seg fra øyekontakt og «å synke i jorden»» (Skårderud, 2011). Thornquist (2009, s. 199) refererer til Goffman som påpeker hvordan de som skiller seg ut i utseende eller funksjon strever med å «pass as normals». Dette kan føre til planlegging og bevisst oppmerksomhet for å skjule sin annerledeshet. En unngår situasjoner eller bevegelser. Annerledesheten kan skape problemer i samhandling (ibid.).

Skårderud belyser et annet perspektiv i sin artikkel «skammens politiske geografi» (2011). Mange med spiseforstyrrelser beskriver maten som en nærende relasjon. For mange er spising og overspising skambelagt og vondt, mens det for andre kan beskrives som en lidenskapelig og tilnærmet erotisk handling. «Det er den ensommes fest. Det er som et hellig rom» (2011). Å være i relasjoner preget av at en føler seg utenfor – med lite sosial tilhørighet – er ifølge Gretland ofte forbundet med skam (2007, s. 43). Hvis denne skammen skjules eller benektes, kan skammen være skadelig ved at den skaper sosiale brudd og avstand. Dette kan igjen legge grunnlag for prosesser av avstenghet, isolasjon og ensomhet (Scheff gjengitt av Gretland, 2007, s. 43).

Også det å skulle gjøre seg til herre over kroppen gjennom arbeid med vektreduksjon kan utvikle seg til en selvforsterkende prosess med stadig mer pågående objektivisering og fremmedgjøring overfor egen kropp (Käll, gjengitt av Rugseth, 2011, s. 89). Psykomotorisk fysioterapi skal altså ikke bidra til at man skal gjøre seg til herre over kroppen, til ytterligere objektivisering. Å vite at aversjon og fremmedgjøring av kroppen eksisterer, samt å kunne gjenkjenne uttrykk for skam og avsky er viktig for oss fysioterapeuter. Både for å kunne

møte pasienter på en hensiktsmessig måte, tilrettelegge behandlingen og tematisere disse følelsene.

4.3. Den store kroppen i bevegelse

Pasienters negative forhold til bevegelse er noe begge informantene har erfaringer med. De opplever at pasientene ofte har et anstrengt forhold til fysisk aktivitet, det er lite glede og de unngår bevegelse hvis de kan.

«For mange er det et nødvendig onde å måtte bevege seg. Det er en del av det de bør gjøre for å ned i vekt, men det er vanskelig å finne noe glede ved det» (informant 1).

Videre opplever informant 1 at mange kan ha angst og bevegelsesfobi, og mener dette også kan handle om forholdet de har til kroppen. Hun fremhever at mange er fremmedgjort for egen kropp, kjenner seg utrygge i bevegelse og har lite erfaringer med bevegelse og det å bli sliten eller å trene innenfor gode rammer. De tar ut alt for mye når de først skal forsøke å trene og har vansker med å kjenne egne grenser og regulere aktiviteten. *«Det blir fort litt pyton»*. Angsten kan ifølge henne også komme i forbindelse med bevegelsesgrupper. Hun sier at dette kan ha sammenheng med at en gjennom bevegelse eksponerer seg for å være til stede i kroppen og at dette er utfordrende.

«De er vant til å spise for å døyve unna følelser, og så skal de plutselig øve seg på å kjenne nyanser i kroppen (...) De utfordres jo da på noe som er nytt, uvant eller skummelt, eller man kan kjenne på følelsene litt lettere – eller følelseslivet kan komme litt lettere til dem» (informant 1).

I tillegg snakker hun om en uhensiktsmessig måte å forholde seg til seg selv og bevegelse på. Det å presse seg hardt og sette for høye mål for hva en skal oppnå, for så å mislykkes og deretter kjenne både på forakt og skamfølelse.

«Det er ikke den omsorgsfulle måten hvor man heier seg selv frem, men det er en veldig kjeftende måte hvor man skal presse seg og dytte seg i gang» (informant 1).

Informant 2 sier at hun møter mange med triste historier hvor fysisk aktivitet har vært vanskelig helt fra barndommen, og erfarer at tidligere tapsopplevelser fra det å være i bevegelse sammen med andre kan aktiveres når en skal begynne å bevege seg igjen. Hun fremhever også hvordan møter med helsepersonell som selv har positive erfaringer med

trening og fysisk aktivitet kan føre til ensomhetsfølelse og følelse av å ikke bli forstått, og om mye motstand forbundet med å bevege en stor kropp.

«Man tar for gitt at det at det hører med til livets plusside. At det er godt og at det er fint å være på tur. Det er mange som sier at for eksempel når jeg skal på tur, det de ikke tenker på er at – hvor skal jeg gå på do? Jeg kan ikke bare sette meg på huk bak en busk. Hvordan skal jeg komme meg ned på gulvet, hvordan skal jeg komme meg opp? Alt det vi som ikke er overvektig tar for gitt – og som gjør at vi er i flyt – eller at det er friksjonsfritt å være i bevegelse. Her er det motstand, motstand, motstand!» (informant 2).

Selv om det er mange negative erfaringer knyttet til bevegelse, har begge informantene også motsatte erfaringer med pasientgruppen. Bevegelse i basseng og bevegelsesgrupper (også med dans) sammen med andre overvektige trekkes frem som positivt. Sentralt er det at gruppene kan tilrettelegges og oppleves som noe godt. Informant 2 fremhever at mange kan ha positive erfaringer med bevegelse i en stor kropp, men at de kan hindres i å kjenne på dette sammen med normalvektige.

«Hvis du hele tiden blir målt mot andre er det vanskelig å kjenne på det selv. Hvis du hele tiden er selvbevisst på at «jeg får ikke til dette» eller «det er så mange begrensninger i min kropp som gjør at jeg ikke får til det alle andre gjør» så er det ikke så lett å bare være her og nå – og komme i flyt»

Begge informantene forteller om pasienters anstrengte forhold til fysisk aktivitet, hvordan aktiviteten blir sett på som et nødvendig onde for å gå ned i vekt og er forbundet med motstand, og om mangel på bevegelsesglede og et lite bevegelsesrepertoar. Samtidig kan tilrettelagt bevegelse være roten til positive opplevelser med bevegelse.

4.3.1. Å unngå bevegelse

Det kommer frem mange forhold som ifølge informantene kan føre til at bevegelse er vanskelig – og som gjør at de velger å la være. Ett sentralt funn er hvordan det å være i ro kan bidra til følelsesregulering.

«Hvis en tenker på undervekt da, så er det å trene ofte en måte å regulere følelser, det å være i aktivitet – som en del av spiseforstyrrelsen. For mange av de her så er jo det å være i ro. Når du setter i gang en stor kropp så blir det stort moment – det er

veldig mye å kjenne på, og det er tungt. Du får så masse sanseinntrykk fra den store kroppen at det å være i ro er en måte å regulere følelser på» (informant 2).

Hun trekker også inn et annet moment om bevegelse:

«Hjernen trenger hele tiden en oppdatering av kroppsbildet gjennom persepsjon, gjennom bevegelse, proprioepsjon. Og en kropp som har vært stille får ikke den oppdateringen og kontakten» (informant 2).

Informant 1 beskriver hvordan pasienter med sterk aversjon mot egen kropp helst vil unngå å delta i psykomotorisk bevegelsesgruppe.

«Å bevege seg bereder grunnen for å kunne være til stede i kroppen og følelseslivet».

Det er ifølge henne gjerne disse pasientene som ikke ønsker å «gå inn i dypet» og se at deres overvekt kan ha sammenheng med følelser og være uttrykk for mer enn at de har blitt late og har en usunn livsstil. Hun opplever det som en kraftig beskyttelsesmekanisme for å ikke forholde seg til følelser.

Hvordan kan en forstå motstanden som informantene her snakker om? Både kroppens størrelse og tyngde setter sine begrensninger for utfoldelse og bevegelse. En stor kropp er ikke upåvirket av sin tyngde. Leddbelastningene blir større, hver bevegelse er tyngre enn hvis kroppen hadde vært mindre, en tar større plass i rommet, det krever mer anstrengelse å holde seg oppe og jobbe mot tyngdekraften. Det kan også ligge andre sammenhenger til grunn for at bevegelser kan føles tunge, ubehagelige, skremmende eller på annet vis skaper motstand. I et kroppsfenomenologisk perspektiv er kroppens subjektstatus sentral. Kroppen er vår kilde til kontakt med både våre erfaringer, verden og oss selv (Gretland, 2007, s. 27). Kroppen bærer med seg mer enn det vi er bevisst. I psykomotorisk fysioterapi er sammenhengen mellom følelser og kroppslige uttrykk, bevegelse, muskulære spenninger og holdt pust sentral. Følelser innebærer bevegelsesimpulser – ved å bremse disse kan en unngå å komme i kontakt med følelsene. Vi kan også unngå situasjoner, omgivelser eller bevegelsesmåter og -stillinger for å skjerme oss. (Thornquist & Bunkan, 1986; Gretland, 2007; Thornquist, 3003, 2009). Hvis en ser på utsagnet om tidligere negative erfaringer med bevegelse, så kan dette ses i sammenheng med at fortiden aktualiseres i nåtiden, også på det kroppslig-sanselige plan. Å komme inn i en gymsal kan vekke mange dårlige minner. «Ethvert sted er et meningsmettet rom; vi legger inn våre tidligere erfaringer, forventninger,

kunnskap og minner her – vi med-gir noe her som i forhold til alle andre fenomener» (Thornquist 2003, s. 105-106). Buhl (1991, s. 52) bruker begrepet «urørlighet» ved frykt for å komme i kontakt med følelser og kroppskontakt som tilfeldige bevegelser gir.

Ubevegelighet og isolasjon ses på som ledd i en ond sirkel, som hindrer pasienten i å bli bedre kjent med sin egen kropp, sitt signalsystem og utvikle en mer realistisk kroppsfølelse.

«Oppdatering av kroppsbildet gjennom persepsjon, bevegelse og proprioepsjon» støttes av Brodal (2013, s. 288-289). Bevegelse gjør kroppen mer bevisst for nervesystemet, en blir mer «påkoblet». Slik kan en videre tenke at inaktivitet fører til at en blir mindre i kontakt med egen kropp, eller som en av informantene beskriver det; at en kropp som ikke beveges blir fremmed.

En kan også unngå å bevege seg for ikke å bekrefte andres fordommer: «Tjukke folk svetter mye og de lukter». Ved å være stille og passiv unngår en å svette og puste og pese. Flere presenterer i Rugseths avhandling (2011) et stort fokus på å alltid se velstelt og fin ut – og kan kanskje være et forsøk på å *motbevise* disse fordommene? Dette fenomenet kan også uttrykkes i motsatt retning når overvekten brukes som beskyttelse; nettopp å forsøke å *ikke* være attraktiv, la være å stelle seg, gå med uformelige klær for ikke å være utfordrende eller se bra ut på noen måte.

4.4. Den flertydige store kroppen

Jeg vil nå gå ytterligere i dybden i analysen og diskusjonen ved hjelp av mine teoretiske perspektiver. Fra den empirinære drøftingen av overvekt – kropp – bevegelse i de foregående kapitlene, er det et fellestrekk at «den store kroppen» er flertydig. Perspektiver fra kroppsfenomenologi bidrar til å forstå og utforske denne flertydigheten. Hva betyr det at vi både *er* en kropp og *har* en kropp? Hva betyr en slik innsikt for psykomotorisk fysioterapi når det gjelder personer med overvekt?

Å være tykk er objektiverende. Som Rugseth (2011) påpeker, så er vekt både et målbart fenomen og et erfart fenomen samtidig. Det kreves et tvetydig blikk. Vekt som objekt og vekt som erfart fenomen må forstås som gjensidige og relevante innsikter (ibid., s. 62). Overvekten – eller atferd som kan føre til overvekt, kan ha som funksjon å beskytte subjekt-kroppen gjennom å forhindre å få kontakt med følelser og kroppslig ubehag, og

beskytte objekt kroppen gjennom å regulere nærhet og avstand til andre, samt for å unngå å bli et objekt for andres blikk eller intensjoner. Vi får tilgang til verden gjennom den levde kroppen – som både er meningsbærende og uttrykk for levd liv. Både kroppen her og nå og den habituelle kroppen – med fortiden iboende i seg, vil påvirkes hvis kroppen endres. Hvis denne kroppen blir mindre, vil en med et fenomenologisk perspektiv også endre på hvordan en opplever seg selv og omgivelsene. Endringene vil også føre til at omgivelsene opplever en annerledes. Vi bebor rommet og tiden på en annen måte enn tidligere (Rugseth, 2006; Gretland, 2007; Thornquist 2009). «Det å gå ned i vekt er en direkte inngripen i forholdet til andre og kan medføre grunnleggende eksistensiell bekymring hos subjektet» (Rugseth 2006). Det å bli slankere blir ikke bare knyttet til forhåpninger, men også til tvil og usikkerhet. Når kroppen blir mindre blir det også mindre beskyttelse.

I forhold til fysioterapi, blir det viktig å forstå forholdet til egen kropp, den relasjonelle kroppen – og regulering av nærhet/avstand og Den stille kroppen – og bevegelse.

4.4.1. Den relasjonelle kroppen – og om regulering av nærhet og avstand

Overvekt er ikke «kun» noe som berører forholdet til egen kropp, og tilgang til egne følelser. Kroppen kan oppleves mest som objekt gjennom andres blikk, i speilet, på vekten og gjennom forestillinger av å bli sett på av andre, mer enn gjennom å leve og føle egen kropp (Duesund & Skårderud, 2003). Ved kroppsmisnøye og aversjon mot egen kropp kan en også selv objektivere kroppen – den blir noe en kan ta avstand fra. Dette tenker jeg igjen kan føre til ytterligere fremmedgjøring av kroppen og lite aksept og fortrolighet til egen kropp. Kroppen blir en fiende. Leder (1990) poengterer at det ved utmattelse, smerte eller sykdom skjer en objektivisering av kroppen. Kroppslig fremmedgjøring skjer ikke bare gjennom sosial konfrontasjon, men også fra kroppen-for-meg (ibid., s. 93). Rugseth (2011) refererer til Murray som betoner at hun på den ene siden ikke vil være identisk med sin tykke kropp, og kan kjenne seg fremmed for den og holdt fra å innta den som seg selv. På den annen side erkjenner hun at hun er uløselig forbundet med den. (ibid., s. 83).

Et anstrengt forhold til mat og kropp kan føre med seg mange sosiale hindringer. Det kan tenkes at det lett blir et mønster for den som strever at en holder seg unna sosiale situasjoner som innebærer mat og måltider. Og ikke minst kan overvekten fungere på samme måten. En lar være å delta sammen med andre i situasjoner der en er synlig for andre eller der overvekten blir et hinder for fri utfoldelse, som ved fysisk aktivitet eller å shoppe klær med

venninner i butikker som ikke har klær som passer. Leder (1990) fremhever hvordan fysisk og kulturell ulikhet kan føre til dys-appearance; det er lettest å glemme egen kropp når den ser ut og oppfører seg likt som alle andres (ibid., s.97). Hvis en utvikler en overopptatthet av enkelte kroppsdelene kan kroppen oppleves dys-appearing, som igjen kan lede til at en prøver å glemme sin uattraktive kropp med å unngå sosiale situasjoner, speil og lignende, eller rømme inn i intellektualisering (ibid., s. 97-98). Som overvektig kan en tenke at en blir overopptatt av *hele* kroppen, og at dette kan føre til samme atferd.

Det å kjenne seg «hyper-synlig» i sin store kropp, oppleve å tiltrekke seg andres blikk, være en kropp til skrekk og advarsel, en kropp som ikke passer inn og som må forandres, er noe Rugseth (2011) mener kan forsterke skamfølelsen. En identifiserer forakt, avsky og avstand i andres blikk (Murray, gjengitt av Rugseth, 2011, s. 79). Å erfare å tiltrekke seg andres oppmerksomhet, både via blikk og negativ kommentering, gjennom å være tykk, skaper ifølge Rugseth (ibid) potensial for å erfare kroppen på objektiverende måter.

Også grensekrenkelser får stor innvirkning på kroppen – både som subjekt og objekt. Ved grenseoverskridelser blir egne grenser invadert og man blir fratatt sitt nei. Ved å bli gjort til objekt for andres behov blir personen fratatt sin personstatus, sin rett til å være et fritt, selvstendig og ansvarlig individ (Gretland, 2007, s. 50). Kroppen er ifølge Gretland (2007, s. 60) gjort følsom for sosiale spill og kan gjenkjenne situasjoner emosjonelt. Emosjoner som skam, sjenanse, angst og skyldfølelse kan vekkes og gjøre at man «stilltiende foregriper og aksepterer andres dominans» (ibid.). Den kroppslige forlegenheten kommuniseres ifølge Gretland taust og forblir vanligvis ureflektert. Dette kan igjen bidra til at mønstre for å anerkjenne andres dominans videreføres. Habitus er et begrep om hvordan dominansforhold er innskrevet i kroppen. Våre vanemessige væremåter blir preget av relasjonelle dimensjoner som makt og status, inkludert kroppslige erfaringer av stolthet og skam, som i seg selv er nøkkelfenomenet i forhold til sosiale bånd (ibid., s. 61-64). Dette er viktige innsikter. Terapeut-pasientsituasjonen er en relasjonell situasjon, så derfor – enten det er individuell behandling eller aktivitet/bevegelse i grupper – er det viktig å kunne justere seg som terapeut ut fra pasientens reaksjoner, og ikke bidra til mer fremmedgjøring eller nye krenkelser.

4.4.2. «Den stille kroppen» - og bevegelse

Vi både beveger oss og blir beveget – både kroppslig og emosjonelt. Det å være i en «stille kropp» - en kropp som er i ro – kan regulere og dempe kontakten med både kroppen og følelsene. Med Leders (1990) perspektiv, kan det å være stille og urørlig gjøre at kroppen kommer i forgrunnen eller i bakgrunnen for vår bevissthet? Ved overvekt og problemer knyttet til bevegelse, kan kroppen ifølge Leder havne mer i vår bevissthet enn hvis den fungerer godt og kan havne i bakgrunnen. Kroppen erfares som *dys-appearing*; den oppleves som nærværende og påtrengende, men kan på samme tid også oppleves som «på avstand» eller adskilt fra, og til dels ugjenkjennelig for selvet. Når vi er engasjert i noe blir kroppen mindre til stede, mens hvis vi er i ro og opplever kroppen som «ikke samarbeidende og annerledes», vil den bli mer fremtredende. Med ved å være i bevegelse kan tyngden – og kroppen som objekt også erfares enda tydeligere. Bevegelse kan dermed føre til at vi blir *mer* oppmerksom på kroppen, og at den trer i forgrunnen – og på en måte som oppleves negativt; (bevegelse er tungt, en opplevelse av å presse seg osv.). Samtidig erfares kroppen (og vekten) som subjektivt fenomen. Kroppen i bevegelse kan også tre i bakgrunnen fordi man er engasjert i aktiviteten; noe som igjen kan igjen være positivt. Duesund og Skårderud (2003) påpeker at vi gjennom bevegelse plasserer oss selv i en aktiv relasjon til verden og kan glemme oss selv og kroppen vår ved å være oppmerksomt til stede. Den er borte fra vår bevissthet og observasjon. Bevegelse vil slik styrke vår mulighet til å være spontant og sikkert til stede i verden. Ifølge Merleau-Ponty er kroppen forbundet til verden og til seg selv som både subjekt og objekt. Den levde kroppen kan aldri reduseres til å være *bare* objekt eller *bare* subjekt (ibid.).

Disse perspektivene får videre følger for hva slags bevegelsesaktivitet man legger opp til som psykomotorisk fysioterapeut. Et mål om en kropp som blir *dis-appearing* og havner i bakgrunnen gjennom bevegelse sees på som positivt. Da kan en være til stede i livet og i aktiviteten. En er dermed til stede også i egen kropp, men uten at kroppen opptar all ens oppmerksomhet.

Å være tykk er objektiviserende også for den overvektige, man kan se på seg selv med et objektiviserende blikk. Dette får betydning for den kontakten man har til kroppen. En skiller mellom opplevelse og kropp – det henger ikke sammen. Å være seg selv blir noe annet enn å være sin kropp. Denne innsikten blir viktig for å kunne hjelpe pasientene til endring. Å

hjelp pasienten med å forstå forholdet de har til kroppen – at det å være seg selv og å være en kropp – kan oppleves som to forskjellige ting. Dette må bli forent igjen for å få kontakt med hele seg.

4.4.3. Endring

Innsiktene jeg nå har presentert mener jeg får stor betydning for hvordan en kan tenke om *endring* for disse pasientene. Er endring kun et individuelt anliggende? Noe man selv kan «kontrollere»? Informant 2 poengterer hvordan samfunnet formidler at hvis du går ned i vekt så blir alt annerledes; blodverdier bedres, diabetesen forsvinner.

«Forventningene fra omgivelsene handler om at en må ta seg sammen, og det er mye nederlag forbundet med at "jeg klarer ikke det som alle andre sier at jeg burde klart"» (informant 2).

Våre vaner eller vår habitus er både historisk, sosialt og kulturelt formet. Vanene har makt over oss og noe vi ikke alltid er oss bevisst. Dette er viktig for fysioterapeuter å være klar over. Å endre slike vaner tar tid. Alle mennesker har heller ikke samme utgangspunkt for å lykkes med endring. Hvilke forutsetninger man har for å sette i gang tiltak og hvilken forståelse man har for hvorfor ting er som de er, avhenger av den enkeltes sosiale kapital (med referanse til Bourdieus kapitalbegrep, Gretland, 2007, s. 44). Ansvar for utvikling og opprettholdelse av overvekt er ikke bare et individuelt anliggende. Også samfunnsstrukturer, oppvekstvilkår, miljø, kultur og sosialisering har innvirkning på oss og vår livsførsel.

Slik studier jeg har henvist til i oppgavens innledning viser (Hemmingsson et al, 2014; Hemmingsson, 2014), så kan også ulike belastninger i oppvekst og ved traumer ha ført til varige *fysiologiske* endringer i kroppen. Dette har stor betydning for hvor mye ansvar og skyldfølelse den enkelte skal og kan legge på seg selv. Ved fysiologiske endringer er mulighetene for endring i form av vektreduksjon kanskje uoppnåelig – eller i alle fall noe som vanskeliggjør dette.

Overvekten har også «positive» sider ved seg i form av å fungere som en nødvendig beskyttelse. Ambivalens og motstand mot vektnedgang må tas alvorlig. Og behovet for å finne alternativer til den store kroppen som grensesetter blir viktig.

For å vurdere muligheter for endring må en samtidig være tydelig på endringens *mål*. Skal en ned i vekt for å oppnå helsefremming eller forebygging med tanke på

livsstilssykdommer? Eller er målet å oppnå et bedre forhold til seg selv og kontakt mellom kropp og følelser? Er det å være til stede i eget liv, oppleve glede og mestring endringsmål? Eller kan det være en kombinasjon av disse målene?

Endring kan i et kroppsfenomenologisk perspektiv være å gjeninnsette forholdet mellom subjekt- og objekt kroppen. Rugseth (2006) understreker at erfaringer med ubehag knyttet til å endre vaner, bevege seg mer og spise mindre, også er viktige å utforske for å få subjektet med. Dette er ifølge henne vesentlig for at en skal kunne forandre seg. «Kroppen som et forankrende personlig utgangspunkt blir oversett og den overvektige kroppen blir da kun et problem for den overvektige selv og for helsepersonell» (ibid.).

Nettopp fordi overvekten er så nyansert og sammensatt, så handler det om mye mer enn å endre på den objektive kroppen. Endringer kan bestå av å bli mer fysisk aktiv og endre kostholdet, men like viktig kan det være å lære å ta bedre valg for seg selv – på flere områder, lytte til egne behov og følelser, vise selvomsorg, endre innstilling til seg selv for å redusere skam og skyldfølelse, og spille mer på lag med egen kropp. På grunn av de komplekse sammenhengene og fordi overvekten har så mange ulike funksjoner – også positive – kan det å gjøre endringer i livsstil for å oppnå vektreduksjon føre til at en kommer til kort når det gjelder varig og meningsfull endring.

4.5. Psykomotorisk fysioterapi som behandling av overvektige

I psykomotorisk fysioterapi erkjennes kroppen som en funksjonell og samspillende enhet, der psyke og soma er uatskillelig. Den overvektige kroppen, (som andre kropp) er både en biologisk organisme og et uttrykksfelt sosialt og kulturelt. Dette er innsikter som får betydning for hvordan vi som fysioterapeuter forstår og møter mennesker med overvekt, og det får betydning for behandlingens mål og innhold.

De som oppsøker behandling på grunn av sin overvekt, har ofte både et fremmedgjort og skamfullt forhold til seg selv og egen kropp. De har tendens til å splitte opplevelsen mellom kropp og følelser og mellom seg selv som person og som kropp. Mange unngår bevegelse for å ikke bli synlig, for å unngå ubehag og smerter, samt for å slippe å forholde seg til følelser. Objektstatusen til en overvektig person kan også være spesielt «iøynefallende» og medføre spesielle utfordringer. Både ved at den overvektige selv har tendens til å se på seg

selv med et objektiviserende blikk, samt at omgivelsene responderer og uttrykker det samme; den overvektige har en kropp som er i behov for endring og som må ned i vekt for å få god helse og «pass as normal». Og ansvaret blir ofte lagt til den enkelte på individnivå. «Det er bare å ta seg sammen og endre livsstil». Hvis en ikke mestrer dette, kan både skam- og skyldfølelsen bli overveldende. Fysioterapeuter blir oppfordret til å bidra med treningsgrupper (styrke- og kondisjonstrening) ved forebygging og behandling av overvekt og fedme (Helsedirektoratet, 2011). Når vi møter pasientene i kraft av å være psykomotoriske fysioterapeuter – med et annet kroppssyn enn «kun» det «vanlige biomedisinske», åpner dette for muligheter til å tilnærme oss de som lider av sin overvekt på en annen måte. Gjennom de innsiktene jeg nå har tilegnet meg, blir det naturlig å stille følgende spørsmål:

Hvordan kan vi som psykomotoriske fysioterapeuter møte disse mennesker som lider av sin overvekt og hjelpe dem til økt forståelse for egen situasjon, større sammenheng mellom kropp og følelser, og til å skape forbindelser igjen mellom subjekt- og objektkroppen? Og hvordan kan vi legge til rette for bevegelse – når kroppens fysiske hindringer, negative erfaringer, behovet for beskyttelse fra følelser, ambivalens og frykt for forventninger fra omverdenen står i veien?

4.5.1. Aksept – og fortrolighet til kroppen

Den røde tråden i psykomotorisk behandling er å oppleve kroppen og å oppleve via kroppen. Det overordnede målet kan skisseres som; å utvikle varhet og kontakt med kroppens signaler og reaksjonsmåter, opplevelse og forståelse av sammenhengen mellom kropp og følelser, og å utvikle en opplevelse av kroppen som MEG (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 72).

Gjensidigheten mellom kroppslige væremåter og følelser, både i øyeblikket og over tid, er sentral i psykomotorisk fysioterapi. Gjennom å alminneliggjøre og ufarliggjøre sammenhengen mellom kropp og følelser kan en hjelpe pasientene til større fortrolighet til seg selv. Hvis det å underkjenne følelser og bremse seg selv har blitt en vane, kan en miste kontakten både med den subjektive opplevelsen og den kroppslige siden ved opplevelsen (Thornquist 2005). Med psykomotoriske prinsipper kan en påvirke muskelspenninger og holdt pust, og jobbe for en omstilling som fører til mindre bremsing. Informantene benytter sentrale NPMF-prinsipper og fremhever særlig forholdet til føttene og underlaget, å stå godt

på beina, slippe ned tyngden og å ikke jobbe imot tyngdekraften. Bevisstgjøring av forskjeller mellom spenning og avspenning, samt spenningsregulering av muskulatur gjennom bevegelse er også noe de vektlegger.

Å tenke at det fysiske påvirker det psykiske og omvendt er en vanlig tankegang, men som Ianssen (1997) poengterer så kan vi gjennom psykomotorisk fysioterapi *overskride* denne tankegangen. «Når vi ser, berører og behandler den levende kroppen er det hele mennesket vi berører og behandler. Ordene kommer fra de levende kroppene og samtalene, bevegelsene og forandringene oppstår i samværet mellom deltakerne» (Ianssen, 1997, s. 20). Dette uttrykker hvordan behandlingssituasjonen er en situasjon preget av intersubjektivitet. Det som oppstår i situasjonen skapes i relasjonen mellom terapeut og pasient her og nå og det å jobbe sammen om et felles prosjekt og med samme fokus – via kroppen – er en unik mulighet vi som fysioterapeuter har.

Å jobbe med økt aksept og fortrolighet til kroppen – uavhengig av vekt – mener jeg blir sentralt i arbeidet med denne pasientgruppen, og er noe begge informantene også fremhever som viktig i psykomotorisk behandling for pasientene. Berg (2016) antyder i sin artikkel at kroppsbildeforstyrrelser forekommer i like stor grad hos overvektige med overspisingslidelse som hos pasienter med bulimi og anoreksi. En særlig viktig variabel i sammenhengen mellom spiseforstyrrelser og kroppsbildeforstyrrelse er *fortroligheten* til egen kropp. Med dette perspektivet vil økt fortrolighet til kroppen ikke være noe som automatisk kommer når vekten går ned, men noe en må jobbe med i behandlingen uavhengig av vekt. Dette er viktige innsikter i møtet med overvektige pasienter. Jobben må, slik informant 2 også poengterer, starte med det samme. Det er ikke noe en kan vente med til pasienten eventuelt har kommet ned i normalvekt. Slik vi nå har fått innsikt i, så vil ikke det å bli slank nødvendigvis føre til at livet ellers oppleves lettere. Fortroligheten til kroppen handler om mye mer – og noe annet – enn kroppens størrelse. Dette har jeg selv også erfart i klinikken, i møtet med pasienter med spiseforstyrrelser i *alle* størrelser som strever med et anstrengt forhold til, og misnøye med egen kropp.

Et viktig virkemiddel i NPMF er berøring. «Berøring frigjør hormonet oxytocin, som er hormonet for ro og velvære – og som er en motpol til «kamp og flukt»-hormonene» (Indregard, 2016). Som fysioterapeuter er vi i en naturlig posisjon til å jobbe med kroppslig nærhet – og å bidra til å legge til rette for nye og andre erfaringer med berøring. Å kunne

vis gjennom berøring at vi tåler deres kropp – også den kroppen som den overvektige kan ha et skambelagt forhold til, er viktig. «At du tåler meg, innebærer at jeg er mulig å bli tålt». Dette kan bidra til, og signalisere anerkjennelse, at «jeg er «elskverdig» som meg med min kropp». Det å jobbe mot at pasientene skal kunne tillate seg noe som er behagelig, og erfare kroppen på en annen måte enn å devaluere kroppens ytre som vekt og fasong, blir viktig. Råheim (2003) påpeker hvordan berøring og kroppslig nærhet kan bidra til å minske avstanden mellom subjekt- og objektkroppen. Det kan redusere splittelsen i selvopplevelsen og hjelpe pasienten til å gjenintegre kroppen som sin. Sentralt i dette er det ifølge Råheim (ibid.) å møte pasienten med respekt og lydhørhet.

Informant 2 tror mange pasienter lengter etter å bli møtt med noe annet enn trening og kostholdsveiledning – å bli møtt med hele sin historie. Det er en vesensforskjell mellom å anerkjenne kroppen som subjekt og ta pasienten og hans/hennes historie «på alvor» og å være en terapeut som har de gode rådene om trening og kostholdsveiledning. Det siste «snakker» til objektkroppen, og det er jeg som terapeut som er ekspert på hvordan kroppen kan bli mindre. «Prosjektet» er noe langt mer og noe annet enn å endre den kroppen som fremtrer for andres blikk. Med et slikt fokus kan jeg som terapeut signalisere at pasientens levde kropp tas på alvor. Å anerkjenne og få innsikt i pasientens livsverden og konsekvenser og sammenhenger med utviklingen og opprettholdelsen av overvekten blir sentralt. Å hjelpe pasienten til å binde sammen erfaringer og hendelser til en historie med mening og sammenheng er med å rekonstituere livsverdenen for den det gjelder (Råheim, 2003). Å hjelpe pasientene til å se sammenhenger mellom livshistorie og plager kan bidra til at pasienten ser nye handlingsalternativer og kan også være en mulig kilde til redusert skamfølelse.

Mennesker forstår seg selv i lys av andres reaksjoner og væremåter. Å anerkjenne seg selv, forutsetter anerkjennelse fra andre (...) Hvordan helsepersonell forholder seg til dem de møter, er avgjørende for hvordan den enkelte ser på og vurderer seg selv – og derigjennom for deres deltakelse, for hva de ønsker, tør og har glede av å engasjere seg i (Thornquist 2009, s. 199).

Å hjelpe pasientene til å bli kjent med egne følelser, å møte anerkjennelse og bekreftelse på å være god nok, er noe også Gretland (2007) fremhever. Å støtte pasientens selvutfoldelse og deltakelse kan hjelpe til å gjenvinne følelsen av å være et reelt subjekt – et *kroppslig*

subjekt (ibid., s. 206-209). Og videre kanskje bidra til å redusere behovet for å bruke mat og inaktivitet som følelsesregulatorer.

Sammenhengen mellom overvekt og grensekrenkelses ble tydelig i materialet. Å jobbe med traumeerfaringer kan være en viktig del av behandlingen. I møtet med pasienter som har slike erfaringer kan vi gjennom en kroppslig tilnærming bidra til at de kan bli kjent med egen kropp og egne grenser og sette gode grenser for seg selv – uten å måtte bruke den store kroppen som grensesetter. Når den store kroppen brukes som grensesetter, så kan det være noe annet enn at det er «jeg» som setter grenser. Det blir viktig å hjelpe pasienten til å finne gode måter å være til stede i egen kropp og eget liv på – å ta tilbake «jeg-et» som subjekt – og innsette «meg» og ikke kroppen som objekt. Ifølge Engelsrud (1998) kan det være vanskelig å endre en tilstand før en har *akseptert* tilstanden. Dette kan for eksempel gjelde for de som har opplevd overgrep. Det kan være vanskelig å skille og akseptere *tilstanden* fra en aksept av *overgrepet*. Hvis en kan oppnå aksept for tilstanden kan det slik Engelsrud belyser kunne skape en befriende åpenhet i kroppen (ibid.). Jensen (2006) belyser hvordan psykomotorisk fysioterapi kan ha en viktig plass i traumebehandlingen. Målet med NPMF her er å bidra til at pasienten kan gjenerobre sin kropp og få et mindre smertefullt forhold til kroppen sin. Pasienten skal gjennom terapien støttes i å sette grenser og kunne handle seg ut av kroppslige stillinger og situasjoner som vekker ubehag (ibid.). Det å jobbe kroppslig med sensorisk stimulering på en tilpasset måte kan hjelpe pasienten til å greie å ta inn bildet av sin egen kropp uten å måtte spalte av følelser og kroppslige sensasjoner. Pasienten får erfaring med nærhet og berøring uten at det assosieres med nærhet og hender utenfor situasjonen her og nå (Gretland, 2007, s. 180). Indregard (2016) skriver om det å «eie sitt nei», og betydningen av å lære å si *nei* før en kan lære å si *ja* til hva en ønsker. «Traumer er overskridelse av grenser. Traumatiske erfaringer betyr at pasientens grenser er blitt invadert (...) Å få kontakt med sine iboende ressurser og medfødte kompetanser. Det er det beste forsvar» (ibid.). Gjennom en kombinasjon av en kroppslig tilnærming og samtale kan vi bidra til å hjelpe pasienten til å se sin egen historie i sammenheng med overvekten. Og gjennom å finne andre måter for «jeg-et» å sette grenser på, kan den store kroppen som grensetter bli mindre nødvendig. Jensen (2006) fremhever viktigheten av å få språkliggjort sammenhengen mellom tidligere opplevelser og de nåværende symptomer og reaksjoner med henblikk på å skape bevissthet og sette i gang en endringsprosess (Jensen 2006).

Med et kroppsfenomenologisk kroppssyn kan vi som fysioterapeuter bidra til å forankre kroppen som et «personlig hjem», med Engelsruds (1990) begrep, og sentrum for erfaring og erkjennelse, heller enn å forsterke en dualistisk kroppsforståelse med kroppens status som gjenstand eller diagnose (ibid., s. 16-17).

I psykomotorisk fysioterapi har vi mye kunnskap til å formidle hvordan ting henger sammen på en annen måte. Kunnskap til å hjelpe pasienter til økt forståelse for seg selv og egen historie. Gjennom psykomotoriske behandlingsprinsipper kan vi støtte pasienten i en gradvis endring i kroppslig væremåte for å øke tilliten til egenkroppen, egne ressurser og dermed økt selvtillit og selvaksept. Dette er noe som informant 2 er opptatt av, og som jeg med henne, mener er helt sentralt for oss som faggruppe. Vi kan formidle at endring krever endring på mange nivåer – og at dette tar tid.

4.5.2. Bevegelsesgrupper i psykomotorisk fysioterapi

Bevegelse og aktivitet i psykomotoriske bevegelsesgrupper er noe annet og noe mer enn fysisk aktivitet. Styrke- og kondisjonstrening kan gi målbare endringer i BMI, kroppsvekt, muskelstyrke og oksygenopptak. Men med et kroppsfenomenologisk utgangspunkt som psykomotoriske fysioterapeuter ofte arbeider ut fra, så er det sentralt å fokusere på bevisstgjøring og endring av spenningstilstander i kroppen, økt fortrolighet og kontakt med egen kropp. I tillegg er det av betydning å skape endring gjennom gode opplevelser – å gi slipp på det som holder og styrke det som er svakt (Tvedten, 2013). For overvektige kan det være vanskelig å delta i bevegelsespraksiser som har som mål å oppnå målbare endringer – uten å hele tiden bli påminnet de negative aspektene ved sin overvekt. Ubehag, smerter, belastningsskader, tidligere negative erfaringer og lite mestringsfølelse er noen eksempler på faktorer som kan sette begrensninger for bevegelse og deltakelse. Begge informantene mine understreker at tilrettelegging av bevegelse ut fra pasientenes forutsetninger er særlig viktig. Å ikke legge opp til aktiviteter som forsterker deres frykt for hva som kan gå galt, eller deres tidligere opplevelser med at «dette får jeg ikke til». Begge informantene nevner erfaringer med å jobbe i liggende stilling i gruppe. Det er både tidkrevende å tilrettelegge for en god stilling, og det kan samtidig være ubehagelig å ligge på ryggen og oppleve at «magen og alt kommer oppover». Å velge bevegelser og utgangsstillinger som tar hensyn til belastninger på ledd og som er mulige å gjennomføre blir viktig.

Begge informantene har erfaringer med hvordan overvektige pasienter forholder seg til kroppens midtlinje. Erfaringene er imidlertid ulike. Informant 1 beskriver noen pasienter som er «utflytende» i bevegelsene og bruker da tiltak for å få kontakt med midtlinja og sentrum i kroppen. Informant 2 beskriver det motsatte; at pasientene ofte har et «smalt bevegelsesmønster» og ofte spenninger som trekker de inn mot midtlinja. Hun sier videre at dette kan handle om å gjøre seg mindre, ta mindre plass og oppleve kontroll. Dermed blir også tiltakene rettet mot å frigjøre spenning, prøve ut større bevegelser og bevege seg *ut* fra midtlinja. Informant 2 beskriver hvordan mange overvektige pasienter holder inn magen – og at dette også kan være en måte å oppleve kontroll på. Ved å hjelpe dem til å kunne gi slipp på dette holdet, kan de ifølge Buhl (1991, s. 45) også få mer kontakt med sult- og metthetsfølelsen igjen. Hos mange som overspiser kan denne følelsen være borte. For «stille kropper» og pasienter som mangler bevegelseserfaring, kan det være en god start å begynne med grunnleggende psykomotoriske prinsipper som forholdet til underlaget; å tørre og tillate seg å slippe ned tyngden. Dette kan være vanskelig for mange, men er noe som informant 2 særlig erfarer med denne pasientgruppen – at de ofte «lister seg rundt» og holder seg oppe med muskelspenninger. De bruker mye krefter på å holde seg samlet og på å gjøre seg mindre. Dette synliggjør hvordan vi som terapeuter må være observante på den enkeltes kroppslige uttrykk og bevegelser, og legge tiltakene til rette ut ifra den enkelte pasient.

I bevegelsesgrupper etter psykomotoriske prinsipper kan en gjennom bevegelser som virker spenningsregulerende, sensomotorisk stimulerende og utforskende oppnå økt kroppskontakt og dermed økt kontakt med seg selv. Slike gruppeaktiviteter mener jeg kan legge til rette for nye erfaringer uten å måtte presse seg eller overskride egne grenser på en negativ måte. Ved å vektlegge opplevelsesdimensjonen i aktiviteten synliggjøres at målet med bevegelse er bevegelsen i seg selv – mer enn resultatet av aktiviteten. Slike erfaringer kan virke subjektstøttende. Gjennom aktiviteter som krever oppmerksomhet og konsentrasjon, eller som innebærer lek, kan en oppnå selvforglemmelse. Dette fremhever begge informantene også som sentralt. Gretland (2007, s. 156) fremhever at slik aktivitet kan være terapeutisk ved at det gir mulighet til overskridelse av funksjonshemmende grenser. Å bli opptatt med en aktivitet i stedet for en overfokusering på den store og tunge kroppen som setter begrensninger, kan etter min mening være en kilde til videre motivasjon for mer bevegelse – og helsefremmende endringer. Det er dermed aktiviteten i seg selv som i første rekke er mål,

mening og fokus, og ikke resultatene av aktiviteten (som bedring av biologiske, målbare størrelser).

En annen viktig dimensjon ved bevegelsesgrupper er gruppedynamikken som finner sted. Det å være sammen med «likesinnede» og kraften i dette er viktig – jamfør viktigheten av sosial tilhørighet. Det å bevege seg sammen med andre med store kropper kan bidra til at en ikke føler seg alene og annerledes. Å tilrettelegge for gode relasjoner mellom gruppedeltakerne kan åpne for å tørre mer. Også Leder (1990) fremhever gruppeaktivitet som en arena for å dele opplevelser og for overskridelse; «...transcend together to a common world» (Leder 1990, s. 94).

Bevegelsesgrupper kan også være en fin arena til å tilnærme seg arbeidet med å regulere nærhet og avstand til andre på. Å bli opptatt av noe felles ytre, som å løse oppgaver og utføre bevegelser sammen, kan få fokus over på aktiviteten heller enn mot egen kropp og nærheten til den andre. En kan også jobbe målrettet med grenser og tematisere dette. Å jobbe med berøring – å både gi og ta imot – kan brukes som del av å jobbe med grenser. Tydeliggjøring av kroppens ytre grenser gjennom sensomotorisk stimulering (for eksempel med knotteball, massasje eller klapping) kan bidra til en kontakt med egne kroppsgrenser. Samtidig kan berøringen legge til rette for trygg berøring av andre og bidra til nye og gode kroppsopplevelser. Hvis en som terapeut legger opp til forutsigbare rammer, mener jeg at aktivitetene kan gi nye og gode erfaringer med bevegelse, grenser og berøring sammen med andre.

I Moes (2009) artikkel kommer det tydelig frem hvordan det offentliges anbefalinger om fysisk aktivitet er biologisk forankret (ibid.). De biologiske virkningene av fysisk aktivitet er selvfølgelig viktige, men sett fra et samfunns- og kroppsfenomenologisk perspektiv hvor kroppen er flertydig – både biologisk, historisk og sosial – blir den biologiske forankringen for snever. I styrke- og kondisjonstrening, som ofte er det som anbefales for pasientgruppen, ligger det mye kontroll og disiplin av kroppen – noe som går imot psykomotoriske prinsipper. Drilling og disiplinering av kroppen fører ifølge Thornquist og Bunkan (1986, s. 106) til at en kroppslig og følelsesmessig bearbeiding og omstilling hindres. Rugseth, Groven & Engelsrud (2015) spør i sin artikkel om behandlingsopplegg som retter seg mot individuell vektreduksjon kan bidra til redusert fremfor bedret helse. Følgende utdrag er hentet fra Aktivitetshåndboken (Helsedirektoratet, 2015):

Det er et kjent faktum at fysisk aktivitet øker velværet hos personer med fedme. Aktivitetsprogrammer motvirker angst, depresjon og stress, og gir bedre humør. Kroppsoppfatningen påvirkes også positivt, og personer med fedme som har begynt å bli mer aktive, får en mer positiv innstilling til sitt eget utseende. Følelsen av selvtillit og mestring, altså troen på at man kan takle vanskelighetene i livet, øker også ved fysisk aktivitet og påfølgende vekttap (ibid., s. 478).

Med de innsikter som jeg nå har formidlet, håper jeg at jeg har vist behovet for å være mer nyansert enn det dette utdraget formidler. Utsagnet om «økende følelse av selvtillit og mestring ved økt fysisk aktivitet» kan absolutt støttes. Men da forutsetter det – både informantenes erfaringer tatt i betraktning, og etter min mening, en hensiktsmessig og individtilpasset tilnærming til bevegelse – som også virker subjektstøttende og bidrar til økt kontakt med seg selv. Hvis bedre helse kan oppnås gjennom bevegelser som oppleves både meningsfulle og gode, og som kan bidra til selvforglemmelse, mener jeg at sjansene også er større for at dette kan opprettholdes over tid.

5. Avsluttende kommentar

Denne studiens styrke mener jeg særlig er temaets relevans. Overvekt og fedme er aktuelle tema i dagens samfunn og alternative/supplerende behandlingstilnæringer synes nødvendige.

Gjennom studien kom det frem at *forståelsen* for hvorfor noen utvikler og opprettholder overvekt er utrolig viktig å søke innblikk i. Hvis vi fysioterapeuter ikke forstår hva overvekten har sammenheng med hos den enkelte, og hvordan overvekten spiller inn når det gjelder forholdet til seg selv, til bevegelse og for mulighetene for endring – mener jeg vi fort kan bidra til ytterligere fremmedgjøring, et utvendig forhold til kropp, og endring av vaner og aktivitet som i beste fall blir kortvarige.

Norsk psykomotorisk fysioterapi synes å kunne bidra med et nyttig og viktig supplement til dagens allmenne behandlingstilbud. Psykomotoriske bevegelsesgrupper kan være godt egnet som behandlingsform – både i forhold til at pasientene kan møte andre i samme situasjon, gjøre seg nye og gode erfaringer med bevegelse sammen med andre, samt til å tematisere og jobbe med tema som fortrolighet til egen kropp, relasjonelle vansker og utfordringer med grenser og berøring. I arbeidet med denne oppgaven har jeg selv blitt inspirert til å starte bevegelsesgruppe for overvektige på egen arbeidsplass.

Dette er en liten studie med få informanter. Jeg håper likevel at den kan være et lite bidrag i synliggjøringen av at det er mer som skal til enn å «trene og spise seg» til et bedre forhold til egen kropp og til seg selv. For videre forskning kan det være hensiktsmessig å gjøre observasjoner av fysioterapeuters yrkespraksis i møtet med pasientgruppen, noe som kan gi gode og systematiske beskrivelser av praksis. I tillegg vil det være svært relevant å snakke med pasienter om deres erfaringer – både fra tradisjonelle behandlingsformer og fra psykomotorisk behandling (både individuelt og i gruppe). Dette mener jeg kan gi grunnlag for å utvikle behandlingstilbud som kan komme til god nytte for pasientene. Og som kanskje også kan bidra til mer varige endringer i bedret helse og livskvalitet.

6. Referanseliste

- Bengtsson, J. (2001). *Sammanflätningar : Husserls och Merleau-Pontys fenomenologi*.
Gøteborg: Daidalos.
- Benum, K. (2006). I Anstorp T, Benum K, Jacobsen M (red.). *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Berg, K. H. (2016). Overspisingslidelse og kroppsbildeforstyrrelse. *Fysioterapeuten*, (4), 30-33.
- Bordo, S. (1990). Reading the slender body. I Jacobus, M., Keller, E. F. & Shuttleworth, S. (red.). *Body/Politics: Women and the Discourses of Science*, s. 83–112. New York: Routledge.
- Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet* (5. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Buhl, C. (1991). *Kampen om kroppen* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Buhl, C. (1996). *Overvekt og slanking. Psykologisk forståelse og behandling av overvekt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi : prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121(24), 2845-8.
- Danielsen, M. & Rø, Ø. (2012) Changes in Body Image During Inpatient Treatment for Eating Disorders Predict Outcome, *Eating Disorders*, 20(4), 261-275,
DOI: 10.1080/10640266.2012.689205
- Duesund, L. & Skårderud, F. (2003). Use the body and forget the body : treating anorexia nervosa with adapted physical activity. *Clinical child psychology and psychiatry*
London : Sage Publications 8(1).

- Elvsaas, I. K. Ø. & Giske, L. (2013). Effekt av livsstilsbehandling hos barn og unge med overvekt og fedme. Hentet fra www.kunnskapssenteret.no 28.03.16.
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekt-av-livsstilsbehandling-hos-barn-og-unge-med-overvekt-og-fedme>
- Engelsrud, G. (1990). *Kjærlighet og bevegelse. Fragmenter til en forståelse av fysioterapeutisk yrkesutøvelse*. Oslo: Helsetjenesteforskning. Rapport nr.1-1990.
- Engelsrud, G. (1998). Fysioterapiens kropp – hvordan styrke kroppens kunnskap? *Danske Fysioterapeuter*, (5), 4-17.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
- Folkehelseinstituttet (2004, 3.februar), Kroppsmasseindeks (KMI) og helse. Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=44496>
- Fonagy, P. (2003). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. London: Karnac Books.
- Giske, L. & Elvsaas, I. K. Ø. (2013). Effekt av konservativ behandling for pasienter med overvekt og fedme. Hentet fra www.kunnskapssenteret.no 28.03.16.
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekt-av-konservativ-behandling-for-pasienter-med-overvekt-og-fedme>
- Gjevestad, E., Karlsen, T. I, Røislien, J., Mæhlum, S. & Hjelmæsæth, J. (2013). The effectiveness of secondary and tertiary care lifestyle intervention in morbidly obese patients : a 1-year non-randomized controlled pragmatic clinical trial. *Clinical obesity*, (3), 39-50. doi: 10.1111/cob.12011

- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Groven, K.S., Råheim, M. & Engelsrud, G. (2013) Dis-appearance and dys-appearance anew: living with excess skin and intestinal changes following weight loss surgery. *Med Health Care and Philos*, (16), 507–523. DOI 10.1007/s11019-012-9397-5
- Helsedirektoratet (2011). Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne *Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/390/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne.pdf>
- Helsedirektoratet (2015): *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hemmingsson, E., Johansson, K. & Reynisdottir, S. (2014). Effects of childhood abuse on adult obesity: A systematic review and meta-analysis, *Obesity Reviews*. 15(11), 882-893. doi: 10.1111/obr.12216
- Hemmingsson, E. (2014). A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: conceptual review with implications for treatment and prevention. *Obesity Reviews*. 15(9), 769-779.
- Ianssen, B., Andersen, T., Hanssen, I., Kvebæk, I., Ottesen, A., Rongved, ... Øvreberg, G. (1997). *Bevegelse, liv og forandring: I Aadel Bülow-Hansens fotspor*. Oslo: Cappelen akademisk forlag as.
- Indregard, I. H. (2016). Et fagessay om behandlingsrelasjonen, traumer og medvirkning. *Fysioterapeuten*, (4), 22-24.

- Jensen, M. F. (2006). Samija kunne ikke kramme sine børn. *Fysioterapeuten (DK)*, (14),16-23.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Leder, D. (1990). *The absent body*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lien, N, Kumar, B. N. & Lien, L. (2007). Overvekt blant ungdom i Oslo. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 17(127), 2254-8.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (2. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Melvær, A. S. & Stensletten, Ø. (2014). To fysioterapeuters erfaringer: Behandling av overvektige barn. *Fysioterapeuten*, (6), 28-30.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax forlag A/S.
- Moe, S. (2009). Et kroppsfenomenologisk perspektiv på fysisk aktivitet og bevegelse. *Fysioterapeuten*, (4), 17-21.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2016). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19·2 million participants. Hentet 02.04.2016 fra: DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30054-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30054-X)
- Ruotsalainen, H., Kyngas, H., Tammeling, T. & Kaariainen, M. (2015). Systematic review of physical activity and exercise interventions on body mass indices, subsequent physical activity and psychological symptoms in overweight and obese adolescents. *Journal of Advanced Nursing*, (11), 2461-2477.

- Rugseth, G. (2006). Når perspektivet endres : fra fett til erfaring. *Fysioterapeuten*, (8), 17-21.
- Rugseth, G. (2007). Opplevelse av vekt og veiing. *Norsk farmaceutisk tidsskrift*, (12), 20.
- Rugseth, G. (2011). *Overvekt som livserfaring : et empirisk-teoretisk kunnskapsbidrag*. (Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet). Oslo: AIT Oslo AS.
- Rugseth, G., Groven, K.S. & Engelsrud, G. (2015). Nye grep i fedmefeltet. *Fysioterapeuten*, (1), 26-27.
- Råheim, M. (2003). Kroppsfenomenologi : Innsikt relevant for klinisk praksis. *Fysioterapeuten*, (1), 14-18.
- Sack, S., Radler, D. R., Mairella, K. K., Touger-Decker, R. & Khan, H. (2009). Physical Therapists' Attitudes, Knowledge, and Practice Approaches Regarding People Who Are Obese. *Physical Therapy*, 89(8), 804-815. DOI: 10.2522/ptj.20080280
- Setchell, J., Watson, B. M., Gard, M. & Jones, L. (2015). Physical Therapists' Ways of Talking About Overweight and Obesity: Clinical Implications. *Physical Therapy*. DOI: 10.2522/ptj.20150286
- Skårderud, F. (2011). Skammens politiske geografi; den finsk-estiske forfatteren Sofi Oksanen om kulturelt kaos, intimitet og spiseforstyrrelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(5), 436-450.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/gradientutfordringen-helsedirektoratets-handlingsplan-mot-sosiale-ulikheter-i-helse>

- Stensland, S., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2015). Interpersonal violence and overweight in adolescents: the HUNT Study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(1), 18-26. doi:[10.1177/1403494814556176](https://doi.org/10.1177/1403494814556176)
- Strømme, S. B. & Høstmark, A. T. (2000). Fysisk aktivitet, overvekt og fedme. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 120(29), 3578-82.
- Thornquist, E. & Bunkan, B. H. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (1998). Kroppslig erfaring, språk og tenkning. *Fysioterapeuten*, (14), 8-12.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. & Gretland, A. (2003). Samtale, (selv)forståelse og deltakelse. *Fysioterapeuten*, (9), 23-24.
- Thornquist, E. (2005) Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(1), 31-44.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tvedten, N. (2013). Øvelse gjør mester : Erfaringens betydning som kunnskapskilde i fysioterapeuters bevegelsespraksis. *Fysioterapeuten*, (6), 28-31.
- Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Adamkova, M., Skjaerven, L. H., Catalan-Matamoros, D., ...Probst, M. (2013). A systematic review on physical therapy

interventions for patients with binge eating disorder. *Disability & Rehabilitation*, 35(26), 2191-2196. doi: 10.3109/09638288.2013.771707

Vilimas, K, Glavin, K & Donovan, M.L. (2005). Overvekt hos åtte- og 12-åringer i Oslo i 2004. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, (125), 3088-9.

Westerhof, L. L. (2013). *Er jeg syk eller opplever jeg bare utfordringer i livet? Hvordan kan overvekt som livsstrategi kobles til barndomstraumer?* (Masteroppgave, Høgskolen i Vestfold – Fakultet for helsevitenskap). Hentet fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/191453>

Øien, A. M. (2013). Fortellinger mellom nærhet og avstand til kroppslig erfaring. *Fysioterapeuten*, (3), 22-26.

Øvreberg, G. & Andersen, T. (1986). *Aadel Bülow-Hansens fysioterapi*. Tromsø: Tromsprodukt A/S.

Aadland, E. & Anderssen, S. A. (2013). Effekt av fysisk aktivitet på vektreduksjon. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, (40), 133-37. doi: 10.4045/tidsskr.12.0523

Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse og informert samtykke

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Dette er et informasjonsskriv for mulige deltakere i prosjektet

«Forståelse av overvekt og psykomotorisk fysioterapi som behandling av overvekt»

Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å undersøke hvordan psykomotoriske fysioterapeuter med erfaring fra arbeid med pasienter med overvekt forstår overvektens funksjon, uttrykk og hva den kan ha sammenheng med. Problemstillingen er foreløpig som følger: «Hvordan kan en forstå overvekt hos pasienter som mottar psykomotorisk fysioterapi?». Prosjektet er en masterstudie ved institutt for helsefag ved Universitetet i Tromsø.

Du forespørres om å delta på bakgrunn av ditt yrke og din erfaring med arbeid med pasientgruppen.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse innebærer ett intervju av 1-1,5 timers varighet. Spørsmålene vil omhandle hvordan du forstår overvektens funksjon for den enkelte, hva overvekten kan være et uttrykk for, erfaringer med pasientenes forhold til bevegelse og fysisk aktivitet, samt hva du tenker overvekten kan ha sammenheng med. Du vil få tilsendt intervjuguide med hovedspørsmålene før intervjuet. Det vil ikke innhentes personopplysninger om deg, unntatt yrke og at du har erfaring fra arbeid med overvektige. Intervjuet registreres med lydopptak.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun student og veileder vil ha tilgang til opplysningene. Transkripsjonen av intervjuet vil lagres på pc beskyttet med brukernavn og passord, og lydopptaket av intervjuet lagres i Dropbox beskyttet med brukernavn og passord.

Du vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon, da kun yrke og erfaring med pasientgruppen publiseres.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 30.06.16. Både transkripsjon og lydopptak vil da slettes.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn, men ikke etter at analysearbeidet har startet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Marte Thoresen Aspenes, telefonnummer 958 15 048. Min veileder er Marianne Aars, telefonnummer 934 12 066.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Samtykke til deltakelse innhentes muntlig uten innhenting av personalia før intervjuet starter og lagres i lydopptaket.

Vedlegg 2: Intervjuguide

Foreløpig problemstilling: «Hvordan kan en forstå overvekt? Og kan psykomotorisk fysioterapi være egnet som behandling for overvektige pasienter?»

Overvektens sammenhenger, uttrykk og funksjon

- Hvis du skal tenke på noen konkrete pasienter du har møtt, hva tror du overvekten har sammenheng med?
- Hva forstår du overvekten som uttrykk for?
- Hvilken funksjon mener du overvekten kan ha for pasientene?

Kroppslig uttrykk og bevegelsesmønster

- Hvis du skal beskrive det kroppslige uttrykket og bevegelsesmønsteret til pasienter du har hatt med overvekt, hvordan vil du gjøre det?
- Hvordan forstår du dette uttrykket? Hvordan forstår du dette bevegelsesmønsteret?
 - Er det noe som skiller de overvektige fra andre i måten å bevege seg på?

Fysisk aktivitet og bevegelse

- Hvilke erfaringer har du med forholdet pasientene har til fysisk aktivitet og bevegelse? Og hvordan forstår du dette forholdet?

Psykomotorisk behandling

- Hvordan mener du psykomotorisk fysioterapi kan bidra i behandlingen for pasienter med overvekt?
- Hva legger du vekt på i tilrettelegging av bevegelsesgrupper for pasientgruppen, og hvordan bruker du prinsipper fra psykomotorisk fysioterapi inn i dette?

Eventuelt: Overraskende/uventet?

- Er det noe som har overrasket deg i møtet med denne pasientgruppen?

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Britt-Vigdís Ekeli
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 18.04.2016

Vår ref: 47815 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.03.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

47815	<i>Overvekt hos pasienter med spiseforstyrrelser evt. forståelsen av overvekt hos pasienter som mottar psykomotorisk behandling</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Britt-Vigdís Ekeli</i>
<i>Student</i>	<i>Marte Thoresen Aspenes</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Marte Thoresen Aspenes marte.t.aspenes@gmail.com

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 47815

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal sendes elektronisk eller lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 30.06.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

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