

*Kroppserfaring i terapi og dagligliv: På vei fra
kroppen som problem til mulighet*

- En fenomenologisk longitudinell studie av pasienter med overspisningslidelse sine erfaringer med Basal Kroppskjennskap

Marit N. Albertsen



Masteroppgave i helsevitenskap
Studieretning fysioterapivitenskap
Institutt for global helse og samfunnsmedisin

UNIVERSITETET I BERGEN

Våren 2017

Forord

Å ta utgangspunkt i kroppen i terapi, har vært en spennende reise. Å jobbe sammen med pasienter på denne måten har lært meg mye om livet og det å være menneske. Mitt ønske om å prøve å forstå mer har vært bakgrunnen for masterstudien. Det har vært en krevende, men samtidig lærerik prosess. Jo mer jeg har lært om forskning, jo mer ydmyk har jeg blitt for forskning som en kompleks vitenskapelig praksis. Det å forholde seg til klinisk praksis gjennom et forskningsperspektiv har gjort at jeg forstår mer, det har gitt meg en større faglig trygghet, samtidig som det har åpnet for nye spørsmål.

Først vil jeg få takke mine to veiledere Målfrid Råheim, fysioterapeut og professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Gruppe i fenomenologisk helsefaglig forskning, Universitetet i Bergen og Eli Natvik, fysioterapeut og førsteamanuensis ved Høgskulen på Vestlandet. Deres kunnskap og erfaring er imponerende. Evnen til konstruktiv veiledning og engasjementet dere har vist, har vært helt uvurderlig for meg i denne prosessen.

Studien bygger på intervju av to deltagere underveis og etter behandling med basal kroppskjennskap. Til deltagerne: tusen takk for at dere tok dere tid, og delte så villig av deres erfaringer. Takk til alle pasientene som gjennom sitt samspill i terapi oppigjennom, alltid har lært meg noe. Videre vil jeg takke Liv Helvik Skjærven og fagmiljøet rundt BK, der jeg har fått utvikle meg innenfor denne bevegelsestradisjonen. Jeg vil også takke alle mine kollegaer ved Avdeling for Spiseforstyrrelser på Haukeland Universitetssykehus og Institutt for Psykologisk Rådgivning for interesse og bidrag. Jeg ønsker også å takke mine kollegaer i nettverk for fysioterapeuter som jobber med spiseforstyrrelser, del av Nasjonalt Klinisk Nettverk for Spiseforstyrrelser, og Michel Probst for det internasjonale samarbeidet. Jeg vil takke Fondet for etter og videreutdanning for fysioterapeuter for utdanningsstipend.

Til slutt vil jeg gjerne få takke familie og venner, som viser interesse for det jeg driver med, og forståelse når jeg melder meg ut. Spesielt vil jeg få takke min mann Svend Inge og våre barn Oliver og Mathilde, for at dere er tålmodig og holder ut med meg når jeg forsvinner inn i jobb-prosjekter.

Bergen, juni, 2017

Marit N Albertsen

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: Pasienter med overspisingsslidelse har et problematisk forhold til egen kropp. Det er lite forskning på denne pasientgruppen i forhold til å utdype forståelsen av forholdet til kroppen eller i forhold til å inkludere kroppen i terapi. Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan pasienter med overspisingsslidelse erfarer behandling med Basal Kroppskjennskap (BK), som er en behandlingsform innen det psykomotoriske fysioterapifagfeltet.

Metode: I denne kvalitative, fenomenologisk inspirerte studien, ble to pasienter med overspisingsslidelse fulgt underveis i behandlingsprosessen og i etterkant, med dybdeintervju. I tillegg ble video-observasjon og loggbøker fra behandling benyttet som støttedata. Dataene ble analysert med utgangspunkt i metodologiske føringer beskrevet av Van Manen.

Resultat og diskusjon: «*På vei fra kroppen som problem til kroppen som mulighet*» ble analysert frem som en overgripende meningsstruktur i deltakernes levde erfaring av BK. Spiseforstyrrelsen, bevegelse, smerte, ro og selvopplevelse ble funnet å være essensielle tema som bestanddeler i den overbærende meningsstrukturen. Resultatene ble drøftet opp mot kroppsfenomenologisk teori og deler av moderne psykologi som til sammen kan utvide vår forståelse av deltakernes kroppslig baserte erfaringer.

Konklusjon: Studien har demonstrert hvordan BK kan åpne for ny erfaring av egen kropp og nye muligheter for handling for de to deltagerne med overspisingsslidelse. Det teoretiske grunnlaget har bidratt til å utdype sammenhenger i deltakernes behandlingshistorier mellom kroppserfaring og selvforståelse, mellom kroppserfaring og livet.

Nøkkelord: Spiseforstyrrelse, overspisingsslidelse, kroppserfaring, Basal Kroppskjennskap, kroppsorientert terapi

Summary

Purpose: Patients with binge eating disorder have a problematic body experience. There is a lack of research deepening our understanding of their body experience or of including the body in therapy. The purpose of this study is to investigate how patients with binge eating disorder experience Basic Body Awareness Therapy, which is a treatment method within the psychomotoric physiotherapeutic field.

Method: In this qualitative, phenomenological study, two patients with binge eating disorder were followed throughout their treatment period and after, with in-depths interviews. Additionally, video-observations and written logs from treatment were used as supporting data. The data were analysed inspired by Van Manen.

Result and discussion: As a result, «*On my way the body as a problem, to the body as possibility*», was through analyses found to be main meaning-structure of the participants lived experience from Basic Body Awareness Therapy. The eating disorder, movement, pain, calmness and self-experience was found to be the essential themes as parts of the main meaning-structure. The results were discussed in lights of phenomenology of the body and part of modern psychology which both may contribute to a deeper understanding of the meaning of the two participants body experience

Conclusion: The study demonstrates how Basic Body Awareness may have further developed the body experience and opened new possibilities for the two participants with binge eating disorder. The theoretical foundation has deepened the understanding of coherence between body experience and self-experience, body experience and life, in the participants narratives from the treatment-processes.

Keywords: Eating disorder, binge eating disorder, body experience, basic body awareness, body-oriented therapy

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Generelt om emnet	8
1.2.1 Basal Kroppskjennskap	8
1.2.2 Overspisingsslidelse	10
1.3 Kort om tidligere forskning om kroppen og bevegelsenes betydning i terapi, og kroppens betydning for pasienter med overspisingsslidelse	11
1.4 Hensikt og problemstilling.....	14
2. Teori.....	15
2.1 Valg av teori.....	15
2.2 Fenomenologi.....	15
2.2.1 Kroppsfenomenologi	16
Sykdom som forrykning mellom kroppssubjekt og kroppsobjekt.....	18
2.3 Kroppen i et psykologisk perspektiv.....	18
2.3.1 Modell om toleransevinduet.....	19
2.3.2 Nevrofysiologi som bidrar til forståelse av kroppens betydning.....	19
2.3.3 Å fremme en friere tilgang til vår levde erfaring gjennom kroppen	21
2.3.4 Inntoning i egen kropp har betydning for selvopplevelse, tilhørighet, opplevelse av sammenheng og mening	22
2.4 BK i lys av valgt teori.....	23
3. Metodekapittel.....	26
3.1 Valg av metode.....	26
3.1.1 Design	26
3.1.2 Teoretisk fenomenologisk forankring	26
3.2 Utvalg.....	27
3.2.1 Inklusjonskriterier.....	27
3.2.2 Rekruttering.....	28
3.2.3 Beskrivelse av utvalget og materialet	28
3.3 Datainnsamling.....	29
3.3.1 Dybde-intervju.....	29
3.3.2 Video-observasjon og loggbok som støttedata.....	30
3.4 Analyse	32
3.5 Etske vurderinger	33
4. Resultat:.....	35
Pasienter med overspisingsslidelse sine erfaringer fra behandling med BK	35

4.0 Deltagernes beskrivelse av behandlingssesjonene	35
4.1 På vei fra kroppen som problem, til kroppen som mulighet	36
4.1.1 Spiseforstyrrelsen: Fra mat som trøst og hat til egen kropp til større grad av innsikt og åpenhet	36
4.1.2 Bevegelse: Fra opplevelsen av plikt og ubehag til å bli en kilde til velvære med nye muligheter	40
4.1.3 Smerte: Fra å være styrt av smerten til å kunne leve bedre med den gjennom egenomsorg	42
4.1.4 Ro: Fra unngåelse til det å kunne finne ro og velvære i kroppen og i samspill	44
4.1.5 Kropp og selvpålevelse: Fra distanse og hat til egen kropp til håpet om å kunne være stolt av kroppen sin og anerkjenne den som en del av seg selv	45
5. Diskusjon	48
5.1 På vei fra kroppen som problem til kroppen som mulighet	48
5.1.1 Det fastlåste utgangspunktet	49
5.1.2 Erfaringer av nye muligheter	50
5.2 Hvordan står funnene i forhold til tidligere forskning?	57
5.3 Mulige konsekvenser for klinisk praksis	57
5.4 Metodediskusjon	59
5.4.1 Kredibilitet	59
5.4.2 Dependability	60
5.4.3 Validering underveis (Confirmability)	61
5.4.4 Kunnskapens overførbarhet	62
5.4.5 Refleksivitet - Forskerrollen	63
6. Konklusjon	65
Referanseliste	67
Vedlegg 1: Intervju-guide, 1. intervju for deltager A	
Vedlegg 2: Intervju-guide, 2. intervju for deltager A	
Vedlegg 3: Intervju-guide, 3. intervju for deltager A	
Vedlegg 4: Intervju-guide, 1. intervju for deltager B	
Vedlegg 5: Intervju-guide, 2. intervju for deltager B	
Vedlegg 6: Observasjonsguide for observasjon gjennom video-opptak	
Vedlegg 7: Informert samtykke	
Vedlegg 8: Rek-godkjenning	
Vedlegg 9: Utdrag fra transkripsjon	

1. Introduksjon

1.1 Bakgrunn

I min kliniske hverdag som fysioterapeut benytter jeg meg i stor grad av Basal Kroppskjennskap (BK), som er en metode innen psykomotorisk fysioterapi. Gjennom klinisk erfaring har jeg opplevd hvordan mennesker med helt ulikt utgangspunkt, både i psykiatrien, somatikken og i helsefremmende og forebyggende arbeid, har hatt nytte av en slik kroppslig innfallsvinkel. Jeg har også selv kjent nytte av denne type kroppslige øvelser for egen helse gjennom mange års egentrening. Disse positive erfaringene har vekket min faglige nysgjerrighet, og gitt et ønske om å forstå mer om kroppens betydning.

Å bruke kroppen for å fremme vår psyke er ikke nytt. I Østen har denne type tradisjoner utviklet seg over tusenvis av år, som i tai chi chuan, yoga, qui quong . Heller ikke innen det psykologiske fagfeltet er dette nytt. Flere former for kroppslig orientert psykoterapi har utspring fra Sigmund Freuds elev Wilhelm Reich (1897 – 1957) (Young, 2008). Innen nyere psykologi synes det å ha vært en utvikling , der man i stadig større grad ser potensiale av å inkludere kroppen i terapi (Ogden, 2015 s. 25). Dette gjelder på tvers av diagnoser og er etter hvert mer vanlig ved behandling av traumer, stress, angst, depresjon og spiseforstyrrelser (Balasubramaniam, Telles, & Doraiswamy, 2012; Kabat-Zinn, 1990; Levine, 2010; Ogden, 2015; M. Probst et al., 2013; Siegel, 2007; Vancampfort et al., 2013; Vancampfort et al., 2014). Retninger som beskrevet over, der kroppen har fått en mer sentral rolle, bygger på erfaring, inspirasjon fra østlige tradisjoner, men også forskning og utviklingen innen det nevrologiske fagfeltet (Gilbert, 2009; Kabat-Zinn, 1990; Levine, 2010; Ogden, 2015; Siegel, 2007).

Til tross for økende bevissthet og kunnskap om hvordan vi gjennom kroppen og bevegelsene kan påvirke vår mentale helse positivt, tyder mye på at denne kunnskapen svært langsomt integreres i praksis (Ogden, 2015 s. 13). Tilgangen til fysioterapi, eller andre kroppslige behandlingsformer synes å være svært varierende for psykiatriske pasienter (M. Probst, Knapen, J., Poot, G., Vancampfort, D., 2010). Innen fagfeltet for spiseforstyrrelser, der jeg har mye erfaring fra, eksisterer det to helt motstridende syn på fysioterapi. På den ene siden mener man at fysioterapi er overflødig og unødvendig, mens andre mener at fysioterapi er en essensiell og spesifikk intervensjon, vanligvis som del av et multimodalt behandlingstilbud (M. Probst et al., 2013). I Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser, som nylig er gitt ut av helsedirektoratet, er kroppsorienterte tilnærminger nevnt med psykomotorisk fysioterapi, bevegelsesterapi / kroppsbevissthets-

gruppeterapi og yoga i en liste over andre typer behandlinger og terapeutiske tilnærminger som brukes i Norge i dag. Det står at disse behandlingsformene kan gis i kombinasjon med anbefalte psykoterapeutiske behandlingsformer, og arbeid direkte rettet mot de spiseforstyrrede symptomene (Helsedirektoratet, 2017).

Dokumentasjon er hensiktsmessig for å kunne forstå mer om kroppens potensiale i psykiatrien, i behandling av spiseforstyrrelser, og for en bedre integrering av et slikt tilbud. Dette har motivert meg til å ville utforske hvordan pasienter opplever terapi som tar utgangspunkt i kroppen. På grunn av prosjektets omfang har jeg valgt å begrense meg til å fokusere på pasienter med spiseforstyrrelser. Gjennom mitt arbeid ved en spesialavdeling for spiseforstyrrelser har jeg mange års erfaring fra behandling med både kroppslige tilnærminger og samtalerapi som kognitiv atferdsterapi, for alle typer spiseforstyrrelser. Det synes å ha sammensatte grunner til at behandling av personer med overspisingslidelse ikke er blitt prioritert i helsevesenet (Götestam, Skårderud, Rosenvinge, & Vedul-Kjelsås, 2004). Dette til tross for at det er en pasientgruppe som i stor grad opplever redusert livskvalitet, har økt forekomst av andre psykiske lidelser, i tillegg til at de som følge av sin alvorlige overvekt står i fare for å utvikle alvorlige somatiske komplikasjoner (Wonderlich, 2009). Pasienter med overspisingslidelser har gjort et spesielt inntrykk på meg, og min opplevelse av mangler i tilbudet til denne gruppen, har gjort at jeg har valgt å ta utgangspunkt i akkurat denne pasientgruppen i masterstudien.

1.2 Generelt om emnet

1.2.1 Basal Kroppskjennskap

På Norsk Fysioterapeutforbund sine nettsider kan man lese at:

Fysioterapeutens kunnskapsfelt er kropp, bevegelse og funksjon. Det teoretiske grunnlaget for fagutøvelsen er forankret i naturvitenskapelig, samfunnsvitenskapelig og humanistisk kunnskap og en erkjennelse av at det er mange ulike faktorer som er med på å opprettholde helse, og som bidrar til funksjonsnedsettelse, smerte og sykdom. (NFF, 2017).

Psykomotorisk fysioterapi er et eget fagfelt innen fysioterapi. Psyko er gresk for «sjelen», og betyr hvordan jeg forstår, tenker og tolker meg selv og omverdenen. Motor er latin og betyr å «sette i bevegelse». Psykomotorisk fysioterapi handler om hvordan min kropp med bevegelser eller mangel på bevegelser forteller meg hvordan jeg har det nå (NFF, 2017 - pasientbrosjyre for psykomotorisk fysioterapi). BK er en godkjent fysioterapeutisk metode innen det psykomotoriske fagfeltet. Denne bevegelsesbevissthetstreningens retningen ble

utviklet allerede på 1970-tallet av den svenske fysioterapeuten Dr. Roxendal, og hadde utgangspunkt fra psykiatrien (Gyllensten, 2001). Roxendal var sterkt influert av den franske bevegelsesterapeuten og psykoterapeuten Jacques Dropsy (Dropsy, 1975, 1988). Det teoretiske og praktiske fundament i BK er hentet fra biomedisinsk kunnskap, eksistensiell og fenomenologisk tradisjon, selvpsykologi og vestlige og østlige bevegelsestradisjoner. Metoden har kontinuerlig blitt videreutviklet av den internasjonale lærergruppen. Det finnes egne kurs og videreutdanninger i BK for fysioterapeuter. Etterhvert har denne tradisjonen spredd seg til land og kontinent utenfor Norden. Behandlingstilnærmingen er særlig i bruk innen psykisk helse og overfor pasienter med sammensatt problematikk. I tillegg tilbys denne behandlingsformen i dag med økende grad av dokumentasjon innen somatikken, både på institusjoner og i kommunehelsetjenesten, i individuell- og gruppe behandling og er del av helsefremmende- og forebyggende helsetilbud (HIB, 2014; NIBK, 2017; Olsen & Skjaerven, 2016; Skjaerven, 2013).

BK bygger på hypotesen om at vi ved sykdom kan ha forstyrrelser i samspillet mellom kropp og sinn eller redusert sensomotorisk kontakt. Dette beskrives som et kontaktproblem som kan komme til uttrykk i ufunksjonelle bevegelsesvaner og vanskelige relasjoner til andre (Dropsy, 1975; NIBK, 2017; Liv Helvik Skjaerven, Gard, Sundal, & Strand, 2015). Gjennom behandling med BK søker en å fokusere på hele menneske. I gode rammer for læring søker terapeuten sammen med pasienten etter å utforske og integrere sammenheng, flyt og rytme i bevegelsene, og å relatere bevegelsene til rom, tid, og energi (Liv H Skjaerven, Kristoffersen, & Gard, 2008) Selve øvelsene som benyttes tar utgangspunkt i grunnleggende bevegelseskoordinasjoner fra daglivet: ligge, sitte, stå, gå og relasjonsbevegelser. En egen form for massasje og bruk av stemme kan inngå i behandlingen. Pasienten veiledes til å utforske egne bevegelsesvaner, kontakten til underlaget, kontakten til kroppens sentrum, til pust og til hvordan egen energi brukes. En søker å stimulere posturale reflekser / balanse, en mer fri pust og nærvær. Slik kan pasienten få hjelp til å oppdage uvaner og prøve ut mer funksjonelle bevegelser og koordinasjon i kroppen som helhet. Hver sesjon inneholder samtale med refleksjoner rundt erfaringen fra bevegelsen her og nå. Sammenheng og mening vektlegges, og å fremme pasientens selvforståelse og tro på egne muligheter for å mestre dagliglivet. Behandlingsmålet med BK er å fremme helse gjennom økt bevegelseskvalitet og mer funksjonelle bevegelsesvaner og væremåter i hverdagen. Bevegelseskvaliteten beskrives som et samlende fenomen, som representerer en syntese mellom menneskets biomekaniske-, fysiologiske-, psyko-sosio-kulturelle og eksistensielle perspektiver, og forstås som et uttrykk

for helse og velvære (NIBK, 2017; Liv Helvik Skjaerven et al., 2015; Liv H Skjaerven et al., 2008; Sundal, 2007).

1.2.2 Overspisingsslidelse

Spiseforstyrrelser er en psykisk lidelse med symptomer relatert til mat, kropp og vekt. I ICD-10, den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, skiller en mellom anorexia nervosa og bulimia nervosa. I dette klassifikasjonssystemet er ikke overspisingsslidelse en egen diagnose, men faller inn under ”uspesifisert spiseforstyrrelse”. Mens i DSM-5, som er et klassifikasjonssystem utarbeidet av American Psychiatric Association (APA), er overspisingsslidelse (Binge Eating Disorder) tatt med som en egen spiseforstyrrelsesdiagnose (Helsedirektoratet, 2017). Hva som regnes som overspisingsslidelse kan derfor variere utfra hvilke diagnostiske kriterier en legger til grunn. Det er heller ingen klart definerte grenser mellom spiseforstyrrelsesdiagnosene, og en god del pasienter med spiseforstyrrede symptomer faller utenfor de tre hoveddiagnosene. Det har blitt stilt spørsmål ved om man ikke heller bør tenke på spiseforstyrrelser som et spektrum, der en veksler mellom ulike symptombilder (Fairburn, 2008; Gøtestam et al., 2004).

Patologisk overspising skiller seg fra det å spise for mye, gjennom selve spiseatferden der en spiser selv når en er mett, en skammer seg og spiser gjerne alene, og den patologiske overspisingen innebærer tap av kontroll og synes å fungere som et forsøk på å mestre stress og emosjonelle problemer (Gøtestam et al., 2004). Konsekvenser av patologisk overspising er overvekt (Gøtestam et al., 2004). WHO definerer overvekt utfra kroppsmasseindeks, som er vekt i kilo dividert på høyde i meter opphøyd i annen (kg/m^2). En KMI over 30 indikerer fedme. Verdens helseorganisasjon beskriver fedme som en global epidemi med stor kompleksitet som ikke kan løses på individnivå alene (WHO, 2000). Befolkningsstudier anslår at 20 – 30 % av overvektige har en spiseforstyrrelse (Gøtestam et al., 2004). En anslår at rundt en tredjedel av pasientene som blir henvist til spesialisert overvekts-behandling, har en overspisingsslidelse (Helsedirektoratet, 2009).

Livstidsprevalensen for overspisingsslidelse anslås til 2,5 % - 4,5 % blant kvinner i en oversiktsstudie (Hoek HW, 2003). En spørreskjemabasert norsk undersøkelse i en kvinnelig representativ normalbefolkning viste en livstidsprevalens på 3,2% (Gøtestam KG, 1995). Omsatt til reelle tall anslås det at om lag 28 000 kvinner i Norge i alderen 15 – 45 år har en overspisingsslidelse (Rosenvinge JH, 2002). Overspisingsslidelse rammer både menn og kvinner, og ved overspisingsslidelse er det betydelig psykiatrisk samsykelighet (AJ., 2003).

Inkluderer man dette vil tallene bli enda høyere. Overspisingsslidelse er et omfattende og utbredt problem (Götestam et al., 2004).

1.3 Kort om tidligere forskning om kroppen og bevegelsenes betydning i terapi, og kroppens betydning for pasienter med overspisingsslidelse

Studier innenfor både det neurofysiologiske- og psykologiske fagfeltet, tyder på at man gjennom kroppen kan påvirke hvordan vi har det, både fysisk, mentalt og sosialt. Innen det neurofysiologiske fagfeltet har man gjennom studier undersøkt hvordan aktivisering av nervesystemet påvirker oss, og på bakgrunn av dette dannet nye teorier om sammenhengen mellom kropp og sinn (Porges, 2011). Dette vil jeg komme mer inn på i teoridelen. Innen det psykologiske fagfeltet er kroppen etter hvert inkludert i mange ulike terapiformer, som når en fremmer oppmerksomt nærvær (mindfulness) (Kabat-Zinn, 1990), selvmedfølelse (self-compassion) (Gilbert, 2009), i emosjonsfokusert terapi (Stiegler, 2015), acceptance-commitment therapy (Hayes, 2004), psykomotorisk fysioterapi, body-mind terapi, kropporientert- og sensorimotorisk psykoterapi (Ogden, 2015). Denne type terapiformer der kroppen er sentral, har etter hvert fått økende dokumentasjon som viser helsegevinst. For eksempel har terapi med oppmerksomt nærvær og selvmedfølelse gjennom en rekke studier generelt vist positiv effekt fysisk, mentalt og sosialt (Gilbert, 2009; Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004; Kabat-Zinn, 1990). Gjennom forskning har en funnet at en gjennom denne type tilnærming kan regulere stress, påvirke følelser positivt, forbedre kroppsfunksjoner, som tilhelning, immunrespons, stress reaktivitet og fysisk velvære. I tillegg har det vist seg å bedre opplevelse av tilhørighet og gjøre deltakerne i studiene rausere både i forhold til seg selv og andre (Jazaieri et al., 2013; Siegel, 2007 s. 6). Disse terapiformene har røtter fra Østen og Zen-meditasjon, slik som BK, og i alle tre tradisjonene er kontakten med kroppen og pusten sentral i øvelsene (Gilbert, 2009; Gyllensten, 2001; Kabat-Zinn, 1990).

Gjennom en rekke studier har man også dokumentert hvordan bevegelse gjennom fysisk aktivitet generelt gir positiv helsegevinst fysisk og mentalt (Penedo & Dahn, 2005). Yoga er en form for fysisk aktivitet som har flere fellestrekk med BK, blant annet ved at en i stor grad retter fokus innover i oss selv, mot selve bevegelseserfaringen her og nå (Kabat-Zinn, 1990). I dag benyttes yoga i stadig større grad i terapi. I forskning viser yoga lovende resultater ved både psykiske lidelser som angst, depresjon, post-traumatisk-stress-syndrom (PTSD), ved psykiske symptomer, stressreduksjon og det å fremme velvære mer generelt (Balasubramaniam et al., 2012; Chong, 2011; Cramer, Lauche, Langhorst, & Dobos, 2013; Emerson, Sharma, Chaudhry, & Turner, 2009; Kirkwood, Rampes, Tuffrey, Richardson, &

Pilkington, 2005; Stankovic, 2011), i tillegg til lovende resultater på mer fysiske symptomer som insulinresistens, type 2 diabetes mellitus, kardiovaskulære sykdommer og ryggplager (Cramer, Lauche, Haller, & Dobos, 2013; Kim E. Innes, Bourguignon, & Taylor, 2005; Kim E Innes & Vincent, 2007).

Bevegelseskvalitet som refleksjon av aspekter ved helse, funksjon og mestringsevne, som er en sentral antakelse i BK, har en også funnet støtte for i forskningen. Body Awareness Scale-Health og Body Awareness Rating Scale, som er undersøkelsesverktøy for bevegelseskvalitet utviklet fra BK, har blitt testet for validitet gjennom to ulike studier. Utvalgene i studiene var fordelt i grupper av psykiatriske polikliniske pasienter, kroniske smertepasienter, pasienter med langvarige muskel- og skjelett plager og kontrollgruppe av friske. Studiene viste hvordan funnene fra undersøkelse av bevegelseskvalitet korrelerte med skårene for selvevaluering sinstrument for opplevd mestringsforventning (General Perceived Self-Efficacy Scale (GPSES), helse relatert livskvalitet (Short-Form Health Survey (SF-36) / Nottingham Health Profile (NHP), mestringsforventning (Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES), generelt psykologisk velvære (Psychological General Well-Being (PGWB), opplevelse av sammenheng (Sense of Coherence (SoC), somatiske og psykiatriske symptomer (Symptom Check List 90-R (SCL 90-R) og smerte (Visual Analogue Scale for pain intensity (VAS-pain) (Gyllensten, Ekdahl, & Hansson, 1999; Liv Helvik Skjaerven et al., 2015).

Randomiserte kontrollerte studier og andre effektstudier har vist signifikant målbar effekt av BK for pasienter ved langvarige tilstander innen det psykiatriske fagfeltet (Catalan-Matamoros, Helvik-Skjaerven, Labajos-Manzanares, Martínez-de-Salazar-Arboleas, & Sánchez-Guerrero, 2011; Gyllensten, Ekdahl, & Hansson, 2009; Gyllensten, Hansson, & Ekdahl, 2003). I kvalitative studier har psykiatriske pasienter beskrevet deltakelse i BK som psykososialt empowering (Hedlund & Gyllensten, 2010; Johnsen & Råheim, 2010; Olsen & Skjaerven, 2016).

Når det gjelder bevegelse og spiseforstyrrelser har fokus i stor grad vært på tvangspreget trening (Danielsen, 2016). Forholdet til kroppen for pasienter med spiseforstyrrelser har forskere og klinikere lenge vært oppmerksom på, men da med fokus på kroppsbildeforstyrrelse. Til tross for kompleksiteten i kroppsbilde som fenomen, er det i stor grad kroppsmisnøye som da har blitt adressert (M. Danielsen, 2012). En har studert kroppsbildeforstyrrelse som symptom ved spiseforstyrrelser (Cash & Deagle, 1997; Garner, 2002; M. Probst, 1997; Stice, 2002; Striegel-Moore, 2002; Vocks, Wächter, Wucherer, & Kosfelder, 2008), og funnet at kroppsbildeforstyrrelsen har betydning for utvikling, som

oppretholdende faktor og risikofaktor for tilbakefall ved sykdommen (Danielsen, 2016). En nyere studie indikerer at redusert kroppsbildeforstyrrelse, målt gjennom Body Attitude Test (BAT), for inneliggende pasienter med spiseforstyrrelser har signifikant betydning for positiv endring av andre spiseforstyrrelsessymptomer målt med Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2). Her er det fortrolighet i egen kropp som viser størst korrelasjon med positiv endring (M. Danielsen, Rø, Ø., 2012).

Det finnes dokumentasjon for at pasienter med overspisingsslidelse har en over-evaluering av kropp og vekt, som er betegnende i de andre spiseforstyrrelsene. I en nyere studie sammenlignet en pasienter med overspisingsslidelse (n 31) og andre overvektige (n 28) gjennom relevante spørreskjema og digital foto teknikk der en kan forvrengte størrelse og måle persepsjon av kroppens størrelse. Her fant man gjennom statistiske analyser at pasienter med overspisingsslidelse har et forstyrret kroppsbilde som berører flere fasetter av dette komplekse og sammensatte fenomenet, og at forstyrrelsen ikke bare kan relateres til at en har en stor kropp (Lewer, Nasrawi, Schroeder, & Vocks, 2016). Jeg har funnet en doktorgrad der en gjennom kvalitativ metode har gått mer i dybden på selve kroppserfaringen ved å ha en overspisingsslidelse (Eshtehardi, 2014). Motsetninger, fysiske og psykiske helse utfordringer, selvbilde, relasjonelle beskjeder og spørrende selv ble funnet som tema, og studien konkluderer med at en større bevissthet om kroppen er sentral ved overspisingsslidelse.

Allerede i tidlige studier var det indikasjoner for at kropporienterte behandlingstilnæringer der man fremmet bedring i kroppsbildeforstyrrelsen, ga forbedring i spiseforstyrrelsen (Rosen, 1996). En studie basert på fysioterapeuters observasjoner og pasientenes egenrapportering fra 87 pasienter med spiseforstyrrelser, indikerer at pasientene hadde nedsatt kroppsbevissthet og selvbevissthet, med låst pust og restriktive uttrykk i kroppsbevegelser og emosjoner. Det konkluderes med at BK er et nyttig terapeutisk verktøy (Thörnborg & Mattsson, 2010).

Det har vært gjort systematiske oversikter av RCT studier med tanke på effekt av kroppslig baserte og/eller fysioterapeutiske tilnæringer som del av behandling ved spiseforstyrrelser. Åtte studier ble inkludert med totalt 213 pasienter. For anorexia og bulimia fant man at både aerobic, massasje, BK og yoga reduserte skårene signifikant for spisepatologi og depressive symptomer (Vancampfort et al., 2014). I en RCT som så på effekten av BK i tillegg til tradisjonell behandling, ble det funnet positiv effekt på spiseforstyrret psykopatologi, forhold til kroppen, kroppsbildeforstyrrelse og mental helse delen av SF 36 (Catalan-Matamoros et al., 2011). I en systematisk oversikt over RCT studier ved overspisingsslidelse, der tre studier

med et utvalg på totalt 211 pasienter ble inkludert, fant man at aerobic og yoga reduserte overspisinger (Vancampfort et al., 2013).

Jeg har ikke funnet noen studier som har sett på BK ved overspisingsslidelse, eller som har studert kroppserfaring for pasienter med overspisingsslidelse gjennom en behandlingsprosess med BK, eller andre kroppslige behandlingstilnæringer. Pasienter med overspisingsslidelser har et problematisk forhold til egen kropp. Det vil derfor være hensiktsmessig å utforske dette feltet.

1.4 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne masteroppgaven er å undersøke pasientperspektivet for pasienter med overspisingsslidelse med tanke på kroppserfaring, gjennom en behandlingsprosess med BK. En vil kunne utforske kroppserfaring i dybden, ved å undersøke hva som oppleves meningsfylt i denne behandlingen for pasientene, og eventuelt hva som oppleves utfordrende eller problematisk, samt hvordan det pasientene erfarer har innvirkning på deres hverdag. Studien kan hjelpe oss bedre å forstå kroppens betydning, ha innspill til hvordan BK kan brukes ved overspisingsslidelse, og bidra til fagmiljøenes diskusjoner om behandlingstilbud ved overspisingsslidelse.

Problemstilling:

Hvordan erfarer pasienter med overspisingsslidelse Basal Kroppskjennskap?

2. Teori

2.1 Valg av teori

Min problemstilling dreier seg om pasienter med overspisingsslidelse sine erfaringer fra behandling med BK, og kroppserfaring er fenomenet jeg ønsker å undersøke. Derfor har jeg valgt et teoretisk rammeverk der erfaring og kropp står sentralt. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i fenomenologien, spesielt kroppsfenomenologien. Kroppsfenomenologien er en hel eksistensfilosofi, så jeg har her valgt å begrense meg til de store linjene som synes mest relevant i forhold til deltagerens beskrivelse i denne studien. I tillegg har jeg tatt for meg deler av moderne psykologi, der kroppen er spesielt sentral. Kapittelet avsluttes med å se på BK i lys av valgt teori.

2.2 Fenomenologi

Fenomenologi er *erfaringsorientert*, også kalt *bevissthetsfilosofi*. Det betyr opprinnelig læren om det som kommer til syne og viser seg (Rasmussen, 1996 s. 47). Edmund Husserl (1859 – 1938) var fenomenologiens grunnlegger. Han var kritisk til tidligere vitenskapsfilosofiske tradisjoner (rasjonalisme, empirisk positivisme), spesielt med tanke på at man innen disse tradisjonene skilte skarpt mellom subjekt og objekt / den som erkjenner og det som erkjennes. Fenomenologien representerer et brudd med en slik epistemologisk dualisme. Det som kommer til syne / viser seg, kommer alltid til syne og viser seg for noen. Det er et *gjensidig avhengighetsforhold mellom subjekt og objekt* (Bengtsson, 2006; Zahavi, 2003). Erfaring inneholder alltid mer enn hva som i strikt betydning, direkte presenteres i den. Fenomenologien er opptatt av felles strukturer i menneskers livsverden. Om det ligger felles strukturer til grunn i erfaringen, vil en likevel si at en ikke har direkte tilgang til kunnskap om andres erfaringer. Fenomenologi handler om hvordan gjenstander (i vid forstand) i verden konstituerer seg for bevisstheten, slik det viser seg for noen (Bengtsson, 2006 s. 16; Thornquist, 2003).

Husserl utviklet *livsverden* begrepet, som går foran vitenskap og refleksjon. Vi befinner oss alltid i en verden, som vi aldri kan unnsnippe så lenge vi lever. Livsverden har vi tillitt til, er fortrolig med og tar for gitt. Dette er en verden vi vanligvis ikke forholder oss undersøkende, reflekterende og analytisk til. Det er en verden med menneskeskapt gjenstander, menneskelig organisering av livet, overlevert fra menneske til menneske. Livsverden er således både en sosial og historisk verden. I fenomenologien tar man altså utgangspunkt i at vi lever i en verden som har mening og betydning for oss (Bengtsson, 2006; Thornquist, 2003).

Fenomenologi har etter hvert utviklet seg til å bli en av hovedretningene i vår tids filosofi, med økende interesse innen en rekke fag som psykologi, pedagogikk, helsefag og sosiologi m.fl. Fenomenologi er ikke en enhetlig, kontant retning, men heller en bevegelse av forskjellige retninger med bestemte fellestrekk (Thornquist, 2003; Van Manen, 2014 s. 22; Zahavi, 2003). Slagordet «Tilbake til tingene selv», som ble formulert av Husserl, og viser til det som kommer til syne for oss, er noe av det grunnleggende som binder de ulike retningene sammen (Bengtsson, 2006 s. 16; Rasmussen, 1996).

2.2.1 Kroppsfenomenologi

Merleau-Ponty (1908 -1961) var fransk professor i psykologi og filosofi (Merleau-Ponty, 1994 s. V). Hans spesielle bidrag til fenomenologien var at han ga kroppen forrang (Merleau-Ponty, 1994 s. vi). Han la i sitt hovedverk «Phenomenologie de la Perception» i 1945, frem sin egen, selvstendige eksistensfilosofi på bakgrunn av Husserl og Heideggers tenkning, i tillegg til innsikt fra psykologiske og nevrologiske studier, samt refleksjoner rundt persepsjon fra klassisk og moderne filosofi (Merleau-Ponty, 1994 s. v; 2012 s. xxx).

Merleau-Ponty hevdet at menneskekroppen er en levende organisme, som aldri kan reduseres til en maskin slik Descartes hevdet, uavhengig av hvor kompleks denne maskinen måtte være (Merleau-Ponty, 1994 s. vi). Kroppen eksisterer aldri som objekt alene, men eksisterer alltid samtidig som erfarende kroppslig subjekt (Merleau-Ponty, 2012 s. 73; Thornquist, 2003 s. 117). Merleau-Ponty brukte begrepet *egenkroppen*, der kroppen ikke er en samling av organer, men en tvetydighet som jeg er i besittelse av, i en dobbeltbetydning; jeg både er og har egenkroppen (Merleau-Ponty, 1994 s. 41).

Merleau-Ponty hevder at *kroppen er vår tilgang til verden*, og beskriver kroppen som «*my point of view upon the world*» (Merleau-Ponty, 2012 s. 73). Persepsjon blir ikke bare en opplevelse av erfaring, men del av vår intellektuelle, sosiale, personlige, kulturelle og historiske selvforståelse, forankret i vår kropp (Merleau-Ponty, 2012 i forord av Carman, T. s. xi). Erfaring er grunnen mellom både intensjonell og kroppslig, både sensorisk og motorisk, subjektiv og objektiv, indre og ytre, åndelig og mekanisk (Merleau-Ponty, 2012 i forord av Carman, T. s. xiii). Kroppen i verden kan sammenlignes med hjertet i en organisme. Kroppen gir kontinuerlig liv, former og gir næring, og danner et system med verden (Merleau-Ponty, 2012 s. 209). Der er ingen livsverden uten kroppen. Kroppen er instrumentet for forståelse av verden, forening av alle sanseinntrykk og alle objekter. Sansningene kan ikke ses isolert (Merleau-Ponty, 2012 s. 255).

Intensjonalitet viser i fenomenologien til rettethet, vår bevissthet i et gjensidig og kontinuerlig til-fra-forhold. Innen kroppsfenomenologien er intensjonalitet en kroppslig ferdighet av responsivitet og spontanitet i direkte samspill med verden. Det er tilstander av væren i verden (Merleau-Ponty, 2012 i forord av Carman, T. s. x). Kroppen oppfattes som potensielle muligheter, og omverdenen mer eller mindre som invitasjoner og oppfordringer, der verden er meningsfull. Vi er både åpen for og forankret i verden (Merleau-Ponty, 2012 i forord av Carman, T. s. xii). Merleau-Ponty beskriver bevisstheten ikke som ”Jeg tenker”, men ”Jeg kan” (Merleau-Ponty, 1994 s. 91). Gjennom vår praktiske omgang med ting oppstår mening, tingene får en intuitiv sammenheng. Dette skjer gjennom en ikke-kognitiv, ofte ubevisst, kroppslig prosess. Dette er ikke språkavhengig, men språket kan utdype og være med på å forme det vi allerede har funnet før vi fant det i setninger, tanker, slutninger, begreper og samtaler (Merleau-Ponty, 2012 i forord av Carman, T. s. x).

Med kroppsskjema viste Merleau-Ponty til vår kroppslige subjektivitet som vilkår for å kunne erfare. Det er gjennom kroppsskjema vi forstår vår omgang med omgivelsene, uten å være det eksplisitt bevisst (Merleau-Ponty, 2012 s. 101). Våre *vaner*, oppstår ikke gjennom tanker eller i en objektiv kropp, men i kroppen som ”mellommann” / tilgang til verden (Merleau-Ponty, 2012 s. 146). Det samme gjelder våre bevegelser (Merleau-Ponty, 2012 s. 124). Vanene og bevegelsene oppstår i samspillet mellom egenkroppen og livsverden, som regel ubevisst.

I følge Merleau-Ponty er *kroppen et umiddelbart uttrykk for vår eksistens* (Merleau-Ponty, 2012). Kroppslige uttrykk er ikke bare noe ”ytre” som er forårsaket av ”indre” sjelelige prosesser, men det indre og uttrykket kan vanskelig skilles. Det er samtidighet mellom kropp og følelser (Merleau-Ponty, 2012 i forord av Carman, T. s. xv; Thornquist, 2009 s. 194). Han fremhevd at levd erfaring og levd liv har kroppslig forankring (Thornquist, 2003 s. 116). ”Levd liv setter spor – avleires i kroppen”. Slik knytter han også historie til kroppen. Også her ligger det en dobbelthet. Vi bærer med oss vår fortid, og da både som kroppssubjekt og kroppsobjekt, som seende og synlig (Thornquist, 2003 s. 131).

Merleau-Pontys kroppsfenomenologi, er betegnet som «*tvetydighetens filosofi*» (Merleau-Ponty, 1994 s. xii i forord av Østerberg). Vi både er og har kropp, og han bryter med et skille mellom indre og ytre verden. Han atskiller ikke kroppen fra sinnet, tanker og følelser, historie eller kultur. Han skiller heller ikke kroppen fra vårt sosiale liv, men hevdet det er uklare grenser mellom meg og andre, med en åpen sameksistens (Merleau-Ponty, 1994 s. xi). Kroppen kan aldri forstås som en fysisk gjenstand alene, men er en integrert enhet, eller syntese hvor alle delene står i indre forhold til hverandre (Merleau-Ponty, 1994 s. xiii). Hele

vår eksistens baserer seg på vår væren i verden som kropp (Merleau-Ponty, 2012 i forord av Carman, T. s. xii).

Sykdom som forrykning mellom kroppssubjekt og kroppsobjekt

I et fenomenologisk perspektiv har fenomenet sykdom meningsmønstre som går på tvers av diagnoser. Sykdom kan forstås som et savn av helse, der helse er som et bakgrunnsteppes av velbefinnende som åpner for initiativ og muliggjør andre prosjekt i livet. Sykdom trenger inn i hverdagen ved å endre tilværelsen slik vi vanligvis tar den for gitt. Ved sykdom skjer en reorganisering i personens erfaringsverden ved at forholdet mellom kroppsobjektet og kroppssubjektet forrykkes. Det oppstår en splittelse, oppmerksomheten rettes mot kroppen som objekt. Enhver slik forrykning utfordrer vår selvopfatning og vår uproblematiske væren i verden (Svenaesus, 2005; Thornquist, 2003 s. 118). Når vi er friske er mye av det vi gjør i vår hverdag tatt for gitt. For eksempel del-elementene bevegelsene består av når vi står opp av sengen ligger i et slags ”bevissthetsmørke” for oss, som *kroppens ubevisste måte å bo i verden på* (Svenaesus, 2005 s. 60), selv om vi kan ha en overgripende bevissthet om selve oppgaven - at jeg skal stå opp. Når vi blir syke begynner plutselig det som tidligere har gått automatisk, å gjøre motstand. En grunnleggende fremmedhet kommer til overflaten, overfor kroppen som samtidig er meg og overfor den verden vi samtidig er sammenvevd med. Sånn sett kan sykdom sammenlignes med det å være hjemløs, som en uhyggelig gjennomgripende form for væren-i-verden knyttet til det faktum at døden er uunngåelig, i motsetning til livet som en mer fri meningsproduserende samspillsprosess når vi er friske (Svenaesus, 2005). Denne forståelsen gir oss en ny dimensjon til det å være frisk og syk. Det åpner for en mer omfattende tilnærming enn hva man har tradisjoner for innen helsevesenet. I tillegg til det naturvitenskapelige perspektivet en har tradisjoner for, må da i tilfelle også erfaringsperspektivet med den enkeltes personlighet og omverdenen, både objekt og subjekt, inkluderes. Den sykes flerdimensjonale fortelling kan åpne muligheter for å bli mer hjemlig, og det å bli frisk handler om å gjøre den sykes væren hjemlig igjen (Svenaesus, 2005; Thornquist, 2003). Dette står i god sammenheng med budskapet i Merleau-Pontys kroppsfenomenologi, som er å gjenoppdage kroppen (her både den friske og syke kroppen) som eksistens, ettersom dette vil åpne opp for nye måter å forholde oss til verden på (Merleau-Ponty, 1994s. xii).

2.3 Kroppen i et psykologisk perspektiv

Innen det psykologiske fagfeltet snakker man om en tredje bølge av tilnærminger der konteksten er helt sentral. Psykologisk tilstand oppstår i samspillet mellom hele organismen, i

en historisk og situasjonell kontekst (Hayes, 2004 s. 7). Det har etter hvert blitt en bredere enighet om betydningen av det å gi oppmerksomhet til kroppslige signaler for å forstå oss selv (Siegel, 2012). Den nevrofysiologiske tenkningen modellen om toleransevinduet bygger på har fått fotfeste, der aktivering og regulering er sentrale begreper, som kan fremme forståelse av kroppens betydning innen moderne psykologi.

2.3.1 Modell om toleransevinduet

Med utgangspunkt i nevrobiologisk kunnskap har man innen traumefeltet og utviklingspsykologien dannet en modell om toleransevinduet. Toleransevinduet refererer til det spennet av aktivering som er optimalt for en person. Når vi er innenfor toleransevinduet er vi oppmerksomt tilstede i situasjonen, i relasjoner, vi kan utforske, erfare noe nytt, reflektere og lære (Nordanger, 2014; Salvesen, 2015 s. 30).

Modellen med toleransevinduet illustrerer hvordan våre overlevelsesreaksjoner virker på oss. Er man over toleransegrensen, er man hyperaktivert og går inn i en kamp, flukt eller frysreaksjon med forhøyet hjerterefrekvens, respirasjon, muskeltonus, panikk, uro, angst og tankekjør. Er man derimot under toleransegrensen er man i en tilstand av underaktivert med frys eller underkastelsesreaksjon, med redusert hjerterefrekvens, respirasjon, muskeltonus, og nummenhet, tomhet, handlingslammelse, tåkete i hodet, lav energi, håpløshet og eventuelt skam (Nordanger, 2014; Salvesen, 2015 s. 29).

Det legges til grunn at en persons erfaring fra det tidlige samspillet med primære omsorgsgivere er i stor grad med på å forme toleransevinduet både i forhold til spennvidde og fleksibilitet (Nordanger, 2014). Størrelsen på toleransevinduet varierer med hvilke erfaringer vi har, hvilken situasjon vi befinner oss i, dagsformen, emosjonell tilstand, temperament og sosial kontekst, der vi tåler mer med støtte fra andre. Etter traumer og stress er en typisk senvirkning et smalere toleransevindue, det skal mindre til før overlevelsesforsvaret aktiveres (Nordanger, 2014; Salvesen, 2015 s. 30).

2.3.2 Nevrofysiologi som bidrar til forståelse av kroppens betydning

Utviklingen på det nevrofysiologiske fagfeltet har bidratt til utviklingen av psykologisk teori om regulering og toleransevindue modellen (Nordanger, 2014). Vårt nervesystem evaluerer kontinuerlig grad av trussel, og den påfølgende aktiveringen er gjennomgripende for vår fungering (Porges, 2011). Forenklet kan man si at nervesystemet har visse strukturer som fremmer alarmreaksjoner og andre som potensielt kan bremse dem eller regulere dem ned. Amygdala er hjernens alarmsentral. Amygdala registrerer potensielle trusler, og sender signaler til binyrebarken som skiller ut adrenalin og noradrenalin og setter kroppen i

beredskap gjennom det autonome nervesystemet. Noen hundredelssekunder etterpå når signalet frem til hippokampus og prefrontal korteks, der situasjonen henholdsvis holdes opp mot tidligere erfaringer og det tas en totalvurdering av situasjonen. Signaler sendes så til de dypere lagene i hjernen, slik at beredskapen tilpasses situasjonen (Nordanger, 2014).

Stephen Porges, psykobiolog og leder av Brain Body Center ved universitet i Illinois, har utviklet polyvagalteori. Denne teorien bygger på at gjennom de tre ulike delene av vagus-systemet aktiveres det autonome nervesystemet til å respondere med trygghet og åpenhet, kalt smartsystemet, eller to ulike former for beredskap: sympatisk økt aktivisering fight/flight eller den eldre mer primitive responsen med økt parasymptisk aktivisering freeze (kollaps) (Siegel, 2007 s. 129). Hver av disse tre delene har tilhørende atferds- og følelsesmønstre (Levine, 2010 s. 97). Den evolusjonsmessige mest moderne delen av vagus-systemet, smartsystemet, fører til avslapning av ansiktsmuskler, roligere stemme og åpning for persepsjon og input utenfra og gjør oss i stand til å være sosiale. Porges bruker konseptet «love without fear», som viser til en interpersonlig forestilling ved at smart-systemet gir oss fordelaktig sosial atferd og kommunikasjon (Siegel, 2007 s. 130). Porges hevder at når våre neuroreptorer mister evnen til å skille mellom trygge og utrygge omgivelser, er dette røttene til en rekke psykiske lidelser (Porges, 2011 s. 17) .

Teorien om den treenige hjernen (the triune brain) utviklet fra 1949 til 1990 av den amerikanske nevrologen Paul D. Maclean. Han forestilte seg at hjernen gjennom millioner av år har utviklet seg nedefra og opp, fra eldre lavere til høyere og nyere deler, i tre lag: *Den sansende hjernen* med det autonome nervesystemet, også kalt overlevelshjernen eller krypdyrhjernen, *emosjonshjernen*, det limbiske systemet med både amygdala og hippokampus, også kalt den følende hjernen, og *den tenkende hjernen* med frontallappsystemet, også kalt logikk hjernen. Selv om MacLean mente at de tre lagene i hjernen har hver sin strukturog evolusjonsmessig er atskilte, var han helt tydelig på at delene var forbundet med hverandre gjennom massive nerveforbindelser, og fungerer som tre hjerner i en. Utvekslingen mellom delene inneholder mer informasjon enn om hver del fungerte for seg selv (Hart, 2012 s. 22). I følge Nevrofysiologen Antonio Damasio kan høyere funksjoner i hjernen bare arbeide med utgangspunkt i og sammen med lavere funksjoner i hjernen, mens lavere funksjoner kan arbeide uavhengig av høyere funksjoner systemet (Hart, 2012 s. 25). Det er kun når vi er innenfor toleransevinduet at nyere og eldre deler av hjernen virker sammen. Når vi er over- eller underaktivert, koples tenkehjernen ut, og forsvarsreaksjonene dominerer (Salvesen, 2015 s. 30). Våre tanker og følelser er sånn sett ikke uavhengige

prosesser, atskilt fra det autonome nervesystemet (Levine, 2010 s. 254), men kroppens tilstand har sterk innflytelse på både følelsesprosesser og tankeprosesser (Ogden, 2015).

Utviklingen på det nevrofysiologiske fagfeltet kan styrke vår forståelse av at kropp og sinn er uatskillelige og hvordan en bottom-up tilnærming har betydning for vår totale fungering.

2.3.3 Å fremme en friere tilgang til vår levde erfaring gjennom kroppen

I motsetning til i det Cartesianske synet med et skarpt skille mellom kropp og sjel, der man også antok at høyere lag i hjernen kontrollerte de lavere, har man nå begynt å se på top-down-, bottom-up prosesser som gjensidig, likeverdig trafikk for samarbeid (Levine, 2010 s. 253). Et eksempel på en bottom-up prosess, der vi gjennom kroppen kan regulere oss, er når man i utgangspunktet er stresset og puster rolig og dypt, eller får massasje. Dette kan virke beroligende på oss, noe som blant annet gir lavere puls, kroppen sender signaler til hjernen, følelsene påvirkes og tankeprosessen blir roligere (Hart, 2012 s. 31; Siegel, 2007 s. 134 - 140).

Vi kan bruke kroppen til å finne tilbake til toleransevinduet. Når vi er utenfor fare kan man regulere seg tilbake til toleransevinduet ved å kople oss på nåtiden (Salvesen, 2015 s. 47). Den kjente psykologen Dr. Peter Levine med PhD i både medisinsk biofysikk og psykologi, har med sin ekspertise på traumefeltet utviklet en modell kalt SIBAM med fem essensielle kanaler for å gjenvinne balanse etter traumer: Her står S for *sensation*, signaler innenfra kroppen knyttet til kinestetisk sans, som forteller grad av spenning i muskulatur, proprioepsjon som forteller oss om leddenes stilling, vestibularis, som forteller oss om forholdet til tyngdekraften, og endring i fart, visceral-systemet som gir informasjon fra blodårer og indre organer. I står her for *image*, som viser til eksterne sanseinntrykk som kan inkorporeres som minner i hjernen, gjennom syn, lukt, smak, hørsel og taktil berøring, der de to siste faktisk aktiveres på samme måte. B står for *behavior*, og viser til det vi utenfra kan observere som kroppsspråk, ansiktsuttrykk som kan vise følelser, kroppsholdning, autonome signaler, både pust og kardiovaskulære signaler, lyder fra fordøyelsessystemet, det arketypiske kroppsspråket som gjerne oppstår ubevisst i terapeutiske øyeblikk der det instinktive og bevisste blir ett, ved en integrering av hjernens tre lag. A i SIBAM står for *affect* med både emosjoner og mer diffuse konturer av følelser. Og M står for *meaning* som viser til totaliteten av erfaringen, en kombinasjon av de fire andre kanalene. Gjennom terapeutisk å jobbe med bevisstgjøring i de fire første kanalene kan ny mening oppstå. SIBAM modellen inkluderer nevrofysiologiske, atferdsmessige og somatiske aspekter ved all erfaring, ikke bare ved

traumer, og målet er en kontinuerlig fri flyt mellom kanalene, som åpner for en friskere, mer fleksibel og dynamisk levd erfaring (Levine, 2010 s. 138 - 153).

Denne frie flyten brytes gjerne av når hele situasjonen oppleves overveldende. En kan si at den vonde opplevelsen blir sittende fast i kroppen. Vi blir sittende fast i maladaptive mønstre med kroppen i beredskap preget av frykt, sinne, flashbacks, dissosiering, hjelpeløshet eller apati, som forstyrrelser fra tidligere erfaringer (Levine, 2010; Ogden, 2015). Vi prøver ofte å unngå ubehag, noe som kan gjøre toleransevinduet stadig smalere. Gjennom heller å lære oss å regulere, kan vi i stedet utvide toleransevinduet ved å utfordre oss selv, for så å regulere igjen (Salvesen, 2015 s. 47) Til tross for at kroppen kan oppleves ubehagelig, og kroppslige responser kan virke skremmende, er tryggheten i kroppen en nøkkel til god regulering. Porges hevder at en kan gjennom ulike teknikker der vi fokuserer på rytmer, oppmerksomhet på kroppslige signaler, stemme, ansiktsuttrykk i et trygt samspill med andre, åpne for smart-delen av nervesystemet (Porges, 2011 s. 130; Siegel, 2007). I følge Levine kan en gjennom kanalene i SIBAM modellen kople oss på nåtiden igjen. Å gjenvinne en fri tilgang til levd erfaring oppnås gjennom å la reaksjonene som har satt seg fast i kroppen få fullføres. Dette er en prosess som krever trygghet (Levine, 2010; Ogden, 2015).

2.3.4 Inntoning i egen kropp har betydning for selvopplevelse, tilhørighet, opplevelse av sammenheng og mening

Tilgangen til våre emosjoner, også når de oppleves ubehagelige kan bidra til at vi forstår våre behov, fremmer relasjoner og emosjonene kan være kilde til motivasjon. Basis i denne tenkningen er at våre emosjoner har tilhørende kroppslige opplevelser, og slik kan vi fornemme emosjonene gjennom kroppen (Stiegler, 2015). Også tankene kan en få større tilgang til gjennom en kroppslig forankring. En kan da gi slipp på dem og betrakte dem på avstand (Kabat-Zinn, 1990). Selvopplevelse kan forstås som den naturlige, automatiserte og før-reflekterte opplevelsen av tilstedeværelse i egen kropp, egne følelser, tanker og handlinger (Mandelid, 2006). Om vi er innenfor toleransevinduet kan vi være åpen, nysgjerrige og aksepterende. Dette påvirker opplevelsen av oss selv og samspillet med våre omgivelser. Gjennom en åpen, aksepterende nysgjerrighet i møte med vårt indre liv, selv når det oppleves negativt, irrasjonelt eller selv psykotisk, kan en åpne for mening i større grad enn gjennom motstand, unngåelse eller undertrykkelse (kamp, flukt eller resignasjon). (Hayes, 2004 s. 9). Inntoning skaper opplevelse av sammenheng (Siegel, 2007 s. 193).

Kroppen gir oss tilgang til tanker og følelser, og er meningsskapende. I følge filosofen og psykoterapeuten Gendlin kan inntoning eller fokusering innover («focusing»), gi oss tilgang

til et dypere, visere, indre selv, forankret i vår kropp (Gendlin, 2007 s. xvii). «A felt sense» gjennom kroppen er den fysiske opplevelse av mening knyttet til livet (Gendlin, 2007 s. 80).

Daniel J. Siegel som er leder ved Mindsight Institute og UCLA Mindful Awareness Research Center, har integrert sammenhengen mellom nevrobiologi og oppmerksomt nærvær. Siegel påpeker at oppmerksomt nærvær i tillegg til å være bevissthet om bevisstheten, inneholder følgende kvaliteter: nysgjerrighet, åpenhet, akseptering og kjærlighet (curiosity, openness, acceptance and love (COAL)) (Siegel, 2007 s. 15). Han trekker paralleller til Porges smart-system og «love without fear», når han foreslår at vi kan ha et «self-engagement system». I følge Siegel kan man forestille seg at en inntoning mot oss selv, gir samme nevralt aktivisering som smartdelen av vagus-sytemet, ved at vi utvikler et kjærlig selv-engasjement med våre egne erfaringer. Videre hevder han at det kan dannes kart over vårt erfarende selv, gjennom nevralt fyrings mønstre i midtre prefrontale hjernestrukturer. Dette former vår oppmerksomhet (Siegel, 2007 s. 130). Inntoning mot oss selv kan forme hjernens utvikling gjennom nevralt integrering, sånn at vi fremmer balansert selv-regulering, og åpner for fleksibilitet og forståelse av oss selv. Gjennom inntoning kan vi også se og forstå andre. Det å føle seg sett og forstått er sentralt i en relasjon for å føle seg levende, akseptert og harmonisk, og det har vist seg å gjøre oss mer motstandsdyktige og forlenge levealder (Siegel, 2007 S. xiv).

Psykologiens utvikling med støtte i det nevrofysiologiske fagfeltet, og Merleau-Pontys kroppsfenomenologi, sier noe om hvor sentral vår kropp er. Vår væren i egen kropp er uatskillelig fra vår totale fungering og eksistens, vår væren i verden.

2.4 BK i lys av valgt teori

Utfra et kroppsfenomenologisk perspektiv kan en tenke seg at en gjennom BK kan styrke erfaringen av kroppen som min, ved å fremme bevisstgjøring og nye erfaringer. I BK prøves mer funksjonelle bevegelser ut og koordinasjon i kroppen som helhet fremmes (NIBK, 2017). På denne måten kan en forestille seg at en kan fremme en til-helning av den disharmoni eller «hjemløshet», som utfra en kroppsfenomenologisk forståelse kan oppstå ved sykdom (Svaneaus, 2005). En kan se for seg at en i BK gjennom kroppen åpner for nye erfaringer i bevegelse, handling og samhandling, og på denne måten stadig utdyper mening, som igjen forankres i kroppen (Svaneaus, 2005; Thornquist, 2003). En dvelende nysgjerrighet i egen kropp gjennom BK, vil på sitt beste kunne fremme erfaringen av å være i større grad av harmoni med egenkroppen og samstemthet med verden (Svaneaus, 2005).

I følge kroppsfenomenologien er det gjennom kroppen vi erfarer, mens man gjennom språket kan være med på å forme og utdype det man har funnet (Merleau-Ponty, 2012). Man kan derfor tenke seg at samtalen i BK timene, er med på å forankre det en har funnet gjennom kroppen i øvelsene. En styrking av egenkroppen gjennom BK, vil etter hvert kunne etableres i våre kroppsskjema og åpne opp for en helt annen tilgang til oss selv og livsverden, den virkelighet vi ubevisst omgir oss med (Merleau-Ponty, 2012). Det som skjer i BK timene kan sann sett ha innvirkning på hvordan vi erfarer oss selv og verden vi er en del av.

Ut fra den delen av psykologien jeg har sett på i teoridelen, har man kommet frem til hvordan en bottom-up stimulering er sentral i å fremme trygghet. I BK benyttes rytmer, bevegelser, en vennlig nysgjerrighet i og overfor egen kropp, frigjøring av pusten og relasjonen til terapeuten aktivt i behandlingen. Slike elementer kan fremme en trygg fungering (Kabat-Zinn, 1990; Porges, 2011; Siegel, 2007). Sentrale deler av kinestetisk sans, proprioepsjon og vestibularis apparatet stimuleres i bevegelsene, og gjennom hvordan vi forholder oss til underlaget og midtlinjen. Med tanke på at over 90 % av fibrene i vagusnerven er afferente, med hovedfunksjon å levere informasjon fra magens indre organer til hjernen (Levine, 2010 s. 141), synes stimuleringen av kroppens sentrum i BK veldig betydningsfull. I tillegg brukes sansene og visuelle bilder i stor grad når en instruerer BK. Atferden adresseres gjennom bevegelsen, med både kroppsspråk, ansiktsmuskulatur, kroppsholdning, pusten og sirkulasjonen. BK oppfordrer til nærvær, og slik adresseres det emosjonelle gjennom å møte følelsene som de er, akseptere og erfare dem her og nå, gjerne sette ord på dem under refleksjonen. Når det gjelder det affektive gir i tillegg oppdagelsen av speilnevroner oss en forståelse av hvordan vi gjennom kroppen kan oppleve emosjonell resonans med andre, gjennom at hjernen lager representasjoner av andres tilstand (Siegel, 2007 s. 166 -168). Sånn kan vi anta at BK kan hjelpe oss å håndtere emosjonelle utfordringer.

Som beskrevet over kan de fire første kanalene i SIBAM modellen: både eksterne og interne sanseinntrykk, atferd og følelsene (Levine, 2010), adresseres gjennom BK der en fremmer sammenheng og flyt (NIBK, 2017). En kan se for seg at mening oppstår på denne måten. Den femte kanalen adresseres, og en frisk, mer fleksibel og dynamisk tilgang til levd erfaring kan oppstå (Levine, 2010).

Andre forhold som gjør at vi kan anta at BK har en positiv effekt, er hormonet oxitocin, som kan utløses ved berøring, nærhet og ved aktivering av smart-delen av vagalsystemet (Siegel,

2007 s. 130). Dette hormonet er forbundet med velvære (Siegel, 2007 s. 130). Oxitocin har innvirkning på sosial atferd og sosial kognisjon, og har en stressregulerende effekt, spesielt i kombinasjon med sosial støtte (Kumsta & Heinrichs, 2013). I tillegg kan en se for seg en top-bottom stimulering i BK gjennom samtalen og refleksjon.

Hvis en ser for seg at en gjennom BK på flere måter fremmer en inntoning mot toleransevinuet, aktivering av smart-delen av vagus-systemet, kan det ifølge denne teorien være gjennomgripende for vår fungering og ha innvirkning på det autonome nervesystemet, på muskulaturen, våre emosjons- og tankemønstre, bevisstheten, atferden og vår sosiale fungering. Gjennom gjentagelse kan en konstruktiv form for fungering når våre omgivelser er trygge, da etableres som vaner gjennom nevral integrering (Porges, 2011; Siegel, 2007). Vi kan gjennom kroppen finne trygghet og harmoni innenfra.

Paradoksalt nok kan en utfra samme teorier se for seg at en gjennom kroppen og en tilnærming som BK, kan begrense vår fungering og væren i verden. Med utgangspunkt i kroppsfilosofien, kan kroppen og bevegelsene i BK bli kilde til en enda større fremmedgjøring, dersom øvelsene blir mekaniske handlinger, ikke gir noen mening. Fra det psykologiske perspektivet kan opplevelsen gjennom kroppen i BK, sette kroppen i beredskap, dersom den oppleves veldig skremmende eller ubehagelig. Vonde opplevelser kan ha satt seg fast i kroppen (Levine, 2010), eller følelser kan virke skremmende fordi en har unngått dem så lenge gjennom destruktive strategier som overspising. Når kontakten med ubehaget vekkes gjennom kontakten med kroppen, kan dette bli overveldende. Selv om veien ut av et slikt mønster er gjennom nærvær og selvmedfølelse i trygge rammer med forståelse av hva som skjer (Hayes, 2004; Levine, 2010; Ogden, 2015; Salvesen, 2015), kan møte med ubehaget gjennom kroppen ved å virke overveldende, sette oss i beredskap, slik at vi kjemper imot (fight), unngår (flight) eller resignerer (freeze uten mobilisering), og vi blir sittende fast. Så de samme øvelsene kan være både hensiktsmessig og destruktive. Det blir derfor helt sentralt at øvelsene i BK tilpasses den enkelte for hverken å virke mekaniske, meningsløse eller overveldende. Dette krever kompetanse og sensitivitet fra terapeuten.

Teorien som jeg har valgt og beskrevet i dette kapitlet anser jeg som et viktig grunnlag for å kunne forstå hvilke erfaringer som kan oppstå gjennom BK.

3. Metodekapittel

3.1 Valg av metode

3.1.1 Design

Denne studien har et kvalitativt, longitudinelt forskningsdesign, forankret i et fenomenologisk perspektiv. Når man vet lite om et tema, slik tilfelle er her, er en kvalitativ tilnærming ofte mest hensiktsmessig (Polit & Beck, 2012). Innen kvalitativ forskning går man i dybden på tema, og ser på detaljer og sammenhenger (Patton, 2002). Det var kroppserfaringen i behandlingsprosessen med basal kroppskjennskap (BK), for pasienter med overspisningslidelse, sett fra pasientens perspektiv, jeg primært ønsket å få frem. Videre ønsket jeg kompetanse om hvilken betydning kroppserfaring og endring av denne gjennom behandling, har for pasientene og deres liv, mer generelt. Med tanke på at jeg ønsket å undersøke deltagernes livsverden, har denne en kompleksitet som vanskelig lar seg fange gjennom kvantitative metoder. Dette talte for valg av kvalitativ metode (Bengtsson, 2006. s. 38). Med utgangspunkt i at det var erfaring jeg ønsket å fange, var et fenomenologisk perspektiv hensiktsmessig (Van Manen, 2014). Ettersom det er erfaringene gjennom hele behandlingsprosessen jeg ønsket å se på, valgte jeg å følge pasienter over tid, nettopp for å søke å belyse prosessen. Longitudinell kvalitativ forskning innebærer multiple datainnsamlinger over tid, for å søke å få frem hvordan det en undersøger utvikler seg (Polit & Beck, 2012 s. 489).

Generelt innen kvalitativ forskning bruker man fleksible design, der avgjørelser på hvordan man best kan innhente data, og hvem og hvor mange man skal inkludere, blir tatt etter hvert som man ser hva som er hensiktsmessig i studien. Jeg laget en grundig prosjektplan i forkant, og gjennomførte i hovedsak studien slik den var planlagt. I denne studien valgte jeg å bruke intervju som metode for å få svar på problemstillingene, samt observasjon ved hjelp av video og pasientenes loggbok som støttedata. Dette ble gjennomført (se punkt 3.). Jeg var likevel åpen for fleksibilitet tilpasset situasjonen og fenomenet jeg ønsket å belyse (Polit & Beck, 2012 s. 487). For å håndtere disse dynamiske elementene, førte jeg en prosjektlogg, som inneholder prosessdata (Malterud, 2011 s. 51).

3.1.2 Teoretisk fenomenologisk forankring

Fenomenologisk forskning er en av flere kvalitative forskningstradisjoner, og har røtter primært i filosofien (Polit & Beck, 2012 s. 490). Metodologisk er den fenomenologiske forankringen videreutviklet innenfor ulike fagfelt som psykologi, pedagogikk, helsefag og sosiologi m.fl. (Van Manen, 2014 s. 22). Ettersom jeg i dette prosjektet søkte å belyse pasientenes erfaringer, var et fenomenologisk utgangspunkt hensiktsmessig. I fenomenologisk

forskning står undersøkelse av erfaringsfenomener sterkt, og med det også førstepersonperspektivet. Fenomenologien er en vending «tilbake til tingene» eller fenomenene, og til det erkjennende subjektet – altså slik «tingene» trer frem for subjektet (Bengtsson, 2006). Det var kroppserfaring som fenomen, slik det erfares av pasienter med overspisingsslidelse gjennom behandling med BK, jeg her ønsket å undersøke. Innen BK fremmer man bevegelseskvalitet gjennom kroppen og bevegelsene, der bevegelseskvalitet beskrives som et samlende fenomen, som representerer en syntese mellom menneskets biomekaniske-, fysiologiske-, psyko-sosio-kulturelle og eksistensielle dimensjoner (Liv H Skjaerven et al., 2008; Sundal, 2007). Merleau-Ponty hevder at kroppen er kjernen i vår tilgang til verden. Ut fra et kroppsfenomenologisk perspektiv, er kroppen utgangspunkt for vår levde erfaring og levde liv (Thornquist, 2003 s. 116). På bakgrunn av dette, ble det spesielt interessant å ta utgangspunkt i kroppsfenomenologien, og spesielt se på sammenhengen mellom kroppserfaring og livsverden med BK som kontekst.

Livsverden er et sentralt begrep innen fenomenologien. Husserl var opptatt av den pre-refleksive livsverden av hverdagserfaringer, verden vi forholder oss naturlig til i hverdagen (Van Manen, 2014). Livsverden dreier seg om den konkrete dagligdagse verden vi tar for gitt, som vi har en grunnleggende og reservasjonsløs tillitt til, og som vi er fortrolige med (Thornquist, 2003). Fenomenologien retter seg spesielt inn mot å beskrive verden slik den oppleves av subjektet / deltagerne, med utgangspunkt i at «den virkelige virkelighet» er den mennesker oppfatter (Kvale, 2009 s. 45). Det var altså pasientenes opplevelse og erfaring i egen kropp jeg ønsket å se nærmere på, hvordan kroppserfaringen utvikler seg gjennom behandlingsprosessen med BK, og hvordan eventuelle endringer i kroppserfaring gjennom BK påvirket den enkeltes livsverden.

Ettersom jeg i dette prosjektet både ønsker å beskrive menneskers erfaringer, men også å forstå hva disse erfaringene betyr, er jeg inspirert av både deskriptiv - og fortolkende (hermeneutisk) fenomenologi (Polit & Beck, 2012).

3.2 Utvalg

3.2.1 Inklusjonskriterier

Å gå i dybden på erfaringer noen få pasienter har fra sine behandlingsprosesser er egnet når en ønsker å få innsikt i hva endring over tid i behandlingssammenheng kan handle om. Innen fenomenologiske studier er det viktigste at deltakerne har erfart fenomenet en vil studere, og kan uttrykke hvordan det var å erfare det (Polit & Beck, 2012). Ut fra problemstillingen trengte jeg derfor et utvalg med pasienter med overspisingsslidelse, som fikk behandling med BK og

som ville fortelle om sine erfaringer. Pasientene skulle videre ha fått plass på behandlingsenheten for spiseforstyrrelser det her er snakk om, som også innebærer en vurdering etter gitte kriterier i forkant. Innen kvalitative studier kalles dette ”purposive sampling”, dvs. når man strategisk velger ut informanter som er mest hensiktsmessig i forhold til hva man studerer, altså velger de som kan gi mest informasjon (Patton, 2002 s. 243; Polit & Beck, 2012s. 517). Det finnes flere former for «purposive sampling», men i dette tilfellet, når man velger informanter som møter gitte kriterier, kalles det «criterion sampling» (Patton, 2002 s. 243).

3.2.2 Rekruttering

Det ble rekruttert to deltagere fra en spesialenhet for spiseforstyrrelser. Kriteriene for inklusjon var at de var diagnostisert med en overspisingsslidelse, hadde fått et behandlingstilbud ved den aktuelle behandlingsenheten for spiseforstyrrelser, og var villig til å få behandling gjennom BK, i tillegg til tradisjonell behandling som i dette tilfellet var kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (CBT-e). Ved enheten er det vanlig at pasientene får tilbud om BK i tillegg til CBT-e, ut fra kapasitet og behov. Alle behandlerne ved enheten ble informert om prosjektet, og inntaks-teamet som består av leder og behandlere rekrutterte så deltagere fortløpende. Deltagere som fylte kriteriene, ble under forvern til behandling informert av sin tildelte behandler om prosjektet, som delte ut skriftlig informasjonsskriv med forespørsel om å delta i studien og hva dette ville innebære. Når deltagerne ga tilbakemelding til sin behandler om at de var interessert i prosjektet, ble forsker (jeg) informert. Jeg ringte deretter den aktuelle deltageren, repeterte informasjon og var åpen for spørsmål. Vi avtalte så tidspunkt for første intervju. Ved første møte gjentok jeg informasjon, og samtykkeskjema ble signert. Pasienter som hadde meg som behandler kunne ikke rekrutteres til studien.

3.2.3 Beskrivelse av utvalget og materialet

To deltagere med overspisingsslidelse har blitt fulgt gjennom behandlingsprosessen, med 2 dybdeintervju av den ene deltageren og tre dybdeintervju av den andre deltageren. I tillegg har video-observasjon av behandling og logg-bok fra behandlingen for begge deltagerne, blitt brukt som støttedata.

Det er ingen faste regler for størrelsen på utvalget / antall informanter innen kvalitativ forskning, men det avhenger av hva du vil vite, altså hensikten med forskningen (Patton, 2002 s. 244). Størrelsen på utvalget avgjøres ofte av metning, dvs. når man har samlet nok informasjon til å besvare problemstillingene tilstrekkelig, noe som avhenger av en rekke forhold (Polit & Beck, 2012 s. 523). Ønsker man informasjon som går i dybden, kan et lite

utvalg være svært verdifullt (Patton, 2002 s. 244). Det gir mulighet til et rikt datamateriale om noen få, og grundig analyse av dette.

Jeg ønsket, som nevnt, å undersøke hvordan fenomenet kroppserfaring utviklet seg over tid i en behandlingskontekst, og valgte å følge de to deltagerne over tid. Begge deltagerne var diagnostisert med uspesifisert spiseforstyrrelse -overspisingsslidelse, og hadde fått tilbud om behandling ved en spesialenhet. Begge var alvorlig overvektig og en av dem hadde hatt fedmekirurgi tidligere, men var gått opp igjen i vekt. Begge deltagerne var kvinner, den ene i 20-årene og den andre i 40-årene. De hadde begge også andre helseplager både fysisk og psykisk, og hadde hatt utfordringer i oppveksten. Begge hadde samboer og barn, og opplevde at de hadde mye ansvar å bære på i livet. En av deltagerne var i ulønnet permisjon, mens den andre jobbet. Begge bodde nær en by.

3.3 Datainnsamling

Planen var å ha datainnsamlingspunkt med intervju før oppstart, ved avslutning av behandling og ved 20 ukers oppfølging, altså tre intervju av hver deltager. I tillegg til støttdata gjennom video-observasjon, av helst to behandlings-timer for hver av deltagerne, og kopi av deltagerens loggbok fra behandling. I utgangspunktet beregner man 20 uker med behandling, så 20 uker med egentrening, før en oppfølgingstime, men alltid med rom for å justere etter behov. Ettersom det i begge tilfellene ble behov for individuelle tilpasninger av behandling, består datamaterialet for deltager A av tre intervju, et intervju før oppstart, et ved avslutning av behandling (totalt vel 30 uker med behandling), og et 21 uker etter endt behandling. Deltager B avbrøt behandlingen fordi hun skulle ta fedmekirurgi etter 47 uker med behandling. Det ble derfor gjennomført to intervju, et ved oppstart og et intervju uken før fedmekirurgi. Det er mulig at enheten fortsetter å følge opp pasienten, og man kan sånn sett ikke si med sikkerhet at behandlingen var ferdig.

Jeg fulgte deltager A i totalt 55 uker og deltager B i 47 uker. Hvert av intervjuene tok cirka 1,5 timer. Av hensyn til behandlingen, og fordi hver observasjon ga et såpass rikt materiale, ble det bare gjennomført en video-observasjon av behandling, for hver av deltagerne. Det ble innhentet kopi av logg-bok fra begge deltagerne.

3.3.1 Dybde-intervju

Jeg valgte datainnsamling gjennom dybde-intervju, som svært ofte er brukt innen fenomenologisk forskning (D. F. Polit, Beck, C. T., 2012). Forskningsintervjuet er ansett som en forskningsmetode som gir privilegert tilgang til menneskers grunnleggende erfaringer av sin livsverden (Kvale, 2009 s. 49). Jeg ønsket å få deltagerne til å snakke mest mulig fritt om

sin opplevelse fra BK, samtidig som jeg ønsket å komme i dybden på fenomenet kroppserfaring. Jeg valgte derfor dybde-intervju med åpne utgangsspørsmål. Jeg benyttet intervju-guide, som sirklet inn aktuelle større tema relevante for forskningsspørsmålene. Intervju-guiden ble tilpasset i forkant av hvert intervju (vedlegg nummer 1 – 5). Video-observasjon av behandlingen og pasientenes loggbok ble benyttet til utvikling av guiden, se nedenfor.

Hver intervju-guide ble brukt som et hjelpemiddel for å sikre at jeg fikk informasjon om relevante tema, uten at jeg forholdt meg strengt til den. Jeg strebet etter å holde meg aktivt åpen for erfaringer og tema som deltagerne opplevde som viktig, som jeg kanskje ikke tidligere hadde sett eller forventet. Dette ble spesielt viktig, siden jeg kjenner BK godt, og har positive erfaringer fra metoden som behandler.

Intervju krever ro (Malterud, 2011 s. 132). Jeg valgte derfor å gjennomføre intervjuene i et rom med minst mulig forstyrrelser. Jeg valgte et kontor i lokalene til behandlingsenheten, der deltagerne gjennomførte behandlingen. Det var også kjente omgivelser for deltagerne. Kontoret hadde en dataarbeidsplass i ene enden, og to stoler plassert rundt samme bord i andre enden, og det var her vi gjennomførte intervjuene. Kontoret hadde store vinduer med gardiner som kunne trekkes for. Det var lyse vegger med et fargerikt bilde på veggen og litt dekor på bordet vi satt ved. Samme kontor ble brukt hver gang.

Slik som vanlig er, ble det tatt lydopptak av intervjuene (Kvale, 2009 s. 47). For å sikre at ikke data gikk tapt, ble to diktafoner benyttet. I etterkant av hvert intervju, skrev jeg ned de umiddelbare inntrykkene. Jeg opplevde ofte at det var en utfordring å bli i forskerrollen på en ivaretagende måte, uten å falle inn i behandlerrollen, som jeg er vant med å være i. Hvert intervju ble transkribert ord for ord, et arbeid jeg selv gjorde. Jeg prøvde i stor grad å skrive ned ordrett hva som ble sagt, der jeg prøvde å få med pauser, små-ord, sukk og latter. Når deltager og jeg snakket samtidig, ved at jeg sa ja eller lignende underveis, prioriterte jeg å få frem hva deltageren sa, i transkripsjonen. Jeg gjenga ikke dialekt, men oversatte det meste til vanlig bokmål. Selv om dette var et tidkrevende arbeid, var det en god måte å få nærkontakt med deltagerens formidlede erfaringer. Fra totalt fem intervju, ble det 114 sider transkripsjon, med rike beskrivelser. Intervjuene var hovedkilde til deltagerens erfaringer.

3.3.2 Video-observasjon og loggbok som støttedata

Det er ikke uvanlig innen fenomenologisk forskning å inkludere observasjoner i tillegg til dybde-intervjuer. Når en bruker flere metoder for å samle inn data, kalles dette

metodetriangulering (Polit & Beck, 2012). Observasjon gir muligheten til å forstå en behandlingsform på en måte som ikke er mulig kun gjennom intervju (Patton, 2002 s. 23). Jeg valgte derfor å bruke observasjoner til å støtte opp om intervjuene. Jeg observerte hver av deltagerne i en behandlingstime hver. Observasjonene ble først og fremst brukt til å planlegge intervjuene ved behandlingsavslutning og i etterkant, nettopp fordi observasjon gir innblikk i hva som skjedde, hva behandlingen konkret inneholdt og den non-verbale kommunikasjonen. Denne informasjonen benyttet jeg til å konkretisere intervjuene med tanke på å få grundigere nyansering av pasientens erfaringer. Ettersom persepsjon er selektiv (Patton, 2002), laget jeg en observasjonsguide (vedlegg nummer 6) i forkant. Fokus for observasjonene var primært hva som faktisk skjedde under behandlingen (struktur og innhold i behalingstimen), tegn på pasientenes opplevelser (ord, kroppslige uttrykk), i tillegg til kontekst. Fordi beskrivelser via feltnotater kan ha mange ulike versjoner (Malterud, 2011), og jeg ønsket å fange opp mest mulig autentisk, valgte jeg å filme. Video-opptak gir reliable og stabile data, som gir mulighet for å inkludere det ikke-verbale (Steihaug, 2003).

Med utgangspunkt i at behandlingen foregikk i et relativt lite rom, og fordi jeg ønsket å observere i en mest mulig naturlig behandlingssituasjon, valgte jeg å være mest mulig ikke-deltagende -, altså en iakttagende observatør. Observatørrollen befinner seg i et kontinuum mellom ytterpunktene full deltagelse til fullstendig separasjon (Patton, 2002 s. 265). I mitt tilfelle dreide det seg om fullstendig separasjon. Jeg var ikke tilstede i rommet. Kameraet stod ferdig innstilt på stativ, og hadde en kjent rolle for aktørene som ble observert, og terapeuten tok ansvar for å sikre at kamera-innstillingen var slik at deltageren kom godt frem på filmen. Mennesker endrer gjerne atferd når de vet at de blir observert (Patton, 2002 s. 265), derfor ble det viktig at jeg tok så lite fokus som mulig under observasjonene. Det viser seg at man ofte glemmer at opptakene er i gang så snart hendelsen og handlingen er i gang (Malterud, 2011 s. 147). Det er likevel viktig at jeg som forsker er klar over at det ikke er den «autentiske», uberørte hendelsen jeg fikk tilgang til (Malterud, 2011 s. 147). Rett etter å ha sett filmene skrev jeg ned mine umiddelbare refleksjoner (Patton, 2002 s. 302), med utgangspunkt i observasjonsguiden. Disse notatene ble aktivt brukt til å gjøre intervjuguiden mest mulig relevant med tanke på hva som skjedde i timen og ut fra problemstillingene.

Når man går i BK behandling er det vanlig å føre logg-bok, der pasientene noterer ned hva man legger merke til i øvelsene, i behandlingen. Dette er en rik kilde til informasjon om tema. Jeg fikk derfor tillatelse fra deltagerne til at kopi av logg-boken ble del av datamaterialet.

Lydopptaket fra intervjuene og transkripsjoner utgjør hovedmaterialet i studien, og var råmateriale for videre analyse. Logg-bøkene, videoopptakene fra observasjonene og feltnotatene ble benyttet som støttedata det vil si at de ikke ble benyttet i fremstillingen av resultatene, men disse dataene bidro til å gjøre intervjumaterialet så rikt som mulig.

I etterkant ser jeg at det kunne gitt verdifull informasjon å få følge hver enkelt deltager over lengre tid. Begge deltagerne hadde ved siste intervju planlagte operasjoner for fedmekirurgi. Det å utforske hvordan fedmekirurgien preget kroppserfaringen deres, og om det de hadde med seg fra BK hadde noen innvirkning i dette løpet, ville vært verdifull innsikt. Rammene i en masterstudie, ga ikke rom for dette.

3.4 Analyse

Hensikten med fenomenologisk analyse er å fange den essensielle meningen ved fenomenet en studerer, i dette tilfellet kroppserfaring slik den arter seg ved deltagelse i BK. Mening er aldri en-dimensjonal, men alltid multi-dimensjonal og har flere lag. Selv om vi i vår hverdag hele tiden forholder oss til pre-refleksiv levd forståelse av ulike fenomener, er det å søke å fange meningsstrukturen ved levd erfaring av et fenomen, en krevende prosess. Jeg har valgt å støtte meg til Van Manen (Van Manen, 2014) i analysen i denne oppgaven.

Denne analytiske prosessen innebærer å tydeliggjøre strukturelle og tematiske aspekter ved den levde erfaringen. Tema i denne sammenheng er et verktøy i en fri prosess der en søker mening, og fenomenologiske tema er strukturen / aspekter ved erfaringen, som leder oss mot forståelse (Van Manen, 2014 s. 319 - 320).

Jeg startet med å lage en oppsummering for hvert av intervjuene, basert på transkripsjonene, der jeg også inkluderte stemningen og atmosfæren som hadde vært under intervjuet. Videre i analyseprosessen forholdt jeg meg til en deltager av gangen, og startet med første intervju og sluttet med siste for hver av dem, slik at jeg startet med å analysere to atskilte prosesser. Jeg benyttet to framgangsmåter i analysen som begge er inspirert av Van Manen (Van Manen, 2014 s. 320 - 321).

- 1) Holistisk lesing: Der jeg gjennom å lese teksten som helhet, alle transkripsjonene, deltager for deltager, prøvde å uttrykke en overgripende, essensiell fenomenologisk mening av deltagerens erfaringer.
- 2) Selektiv lesing: Der jeg gjennom å lese teksten flere ganger markerte og samlet utsagn og fraser som spesielt utdypet den overbærende meningsstrukturen fra steg 1.

Etter å ha gått frem og tilbake mellom de to stegene flere ganger over lengre tid, med utgangspunkt i kroppserfaring i BK som fenomen, og i diskusjoner med mine veiledere som også hadde lest intervjuene, ble etter hvert en gjennomgripende meningsstruktur i det deltakerne fortalte om tydeligere for meg. Denne er:

på vei fra kroppen som problem til kroppen som mulighet

Spiseforstyrrelsen, bevegelse, smerte, ro og selvopplevelse ble essensielle tema som bestanddeler i den gjennomgripende meningsstrukturen. Dette ble utgangspunkt for presentasjon av data i resultatdelen.

3.5 Ethiske vurderinger

Helsinki deklarasjonen sammenfatter etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker. I tillegg er forskningen underlagt regler og forskrifter i helseforskningsloven og forskningsetikkloven (Malterud, 2011 s. 201). Det har vært viktig at dette følges i prosjektet. En skal ta hensyn til etiske problemstillinger fra begynnelsen av undersøkelsen til den endelige rapporten foreligger (Kvale, 2009). «The Belmont Report» er de mest brukte retningslinjene i USA for å evaluere etiske aspekter ved studier. Denne inneholder tre vide prinsipper: fordeler (minimere ulemper og fremme fordeler), respekt for menneskeverd (selvbestemmelse, innsyn) og rettferdighet (rettferdig behandling og konfidensialitet) (Polit & Beck, 2012).

I forhold til det første prinsippet, er det sentralt at studien kommer pasienter med overspisingsslidelse til gode. Det er ingen forskning på erfaringer pasienter med spiseforstyrrelser har fra BK. De erfaringene jeg har gjort gjennom BK med denne pasientgruppen tilsier at det vil kunne være nyttig å få dokumentert hva pasientene erfarer, om og hva de drar nytte av i denne behandlingstilnærmingen. Dette vil potensielt kunne føre til ytterligere forskning og et bedre behandlingstilbud til denne pasientgruppen. Det blir også sentralt at pasientene som deltar i studien ikke får dårligere behandling enn ellers.

Overspisingsslidelses-pasientene ved spesialenheten for spiseforstyrrelser får vanligvis kognitiv atferdsterapi (CBT-e) (Fairburn, 2008), poliklinisk over 20 sesjoner. Det er også vanlig at enkelte av disse pasientene får BK i tillegg til CBT-e, utfra pasientenes behov og såfremt enheten har ledig kapasitet på fysioterapi. Utfra etiske hensyn var det derfor viktig at deltagerne i studien fikk både CBT-e og BK, og at deltagerne ikke måtte stå lengre på

venteliste enn andre pasienter. Dette for å fremme fordeler og minimere ulemper ved å delta i studien.

Når det gjelder det andre prinsippet, menneskeverd, er både medbestemmelse og innsyn sentralt. Det ble innhentet skriftlig informert samtykke fra informantene (vedlegg nummer 7). Et slikt samtykke er basert i at deltagerne er informert om prosjektets formål og design. Informasjonsskrivet beskriver også mulig risiko og fordeler ved å delta, og det er viktig at det kommer tydelig frem hvordan dataene skal brukes. I tillegg ble det informert om at deltagelsen var frivillig og at deltagerne kunne trekke seg når som helst (Kvale, 2009 s. 88). Det var også sentralt at jeg som forsker viste lojalitet til den intensjon som er deltagerens forutsetning for å fortelle (Malterud, 2011 s. 202)

Innunder det tredje prinsippet rettferdighet, er konfidensialitet sentralt. Deltagerne kunne ikke være anonym for meg som forsker, men det er viktig at rapporten ikke inneholder informasjon som identifiserer deltagerne. I tillegg har alt materiale under prosjektet vært oppbevart utilgjengelig for utenforstående, etter institusjonens (UiBs) og datatilsynets regler og prosedyrer (Malterud, 2011 s. 205).

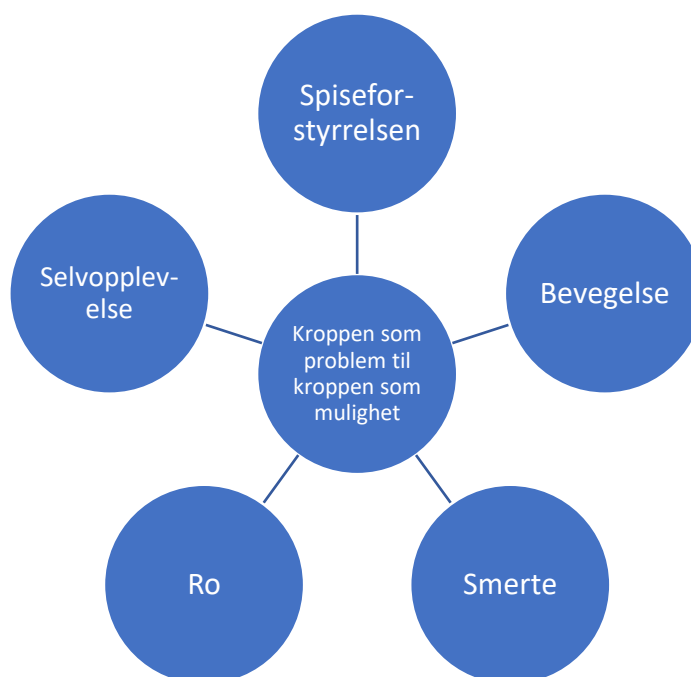
Innen helsevitenskapene er det obligatorisk å forelegge et intervju-prosjekt med pasienter som deltakere for et etikkutvalg i forkant av undersøkelsen (Malterud, 2011). Det ble i forkant av rekruttering av deltagerne sendt formell søknad til Regional Etisk Komité (REK), som godkjente søknaden (saksnummer 2015/897 vedlegg 8). Godkjennelsen fra REK innebar også at den ble behandlet av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatilsyn (NSD).

Videre var det helt sentralt at jeg som forsker behandlet deltagerne med respekt under hele prosessen med prosjektet, og la til rette for at dette blir en positiv opplevelse for deltagerne.

4. Resultat

Pasienter med overspisingslidelse sine erfaringer fra behandling med BK

Resultatdelen starter med en kort beskrivelse av innhold og oppbygning av BK timene, slik deltagerne forteller om det. Videre følger en fortettet kjernebeskrivelse av den gjennomgripende meningsstrukturen fra analysen, *på vei fra kroppen som problem til kroppen som mulighet*. Til slutt presenteres fem essensielle tema som er bestanddeler i den overbærende meningsstrukturen: spiseforstyrrelsen, bevegelse, smerte, ro og selvopplevelse. Figuren under viser strukturen i resultatdelen.



Figur 1: Essensielle tema i den gjennomgripende meningsstrukturen: *På vei fra kroppen som problem til kroppen som mulighet*

4.0 Deltagernes beskrivelse av behandlingssesjonene

Deltagerne fortalte at de i BK timene hadde gjort øvelser i liggende, sittende, stående og gående stilling, i tillegg til par-øvelser og massasje. I øvelsene hadde de jobbet med forholdet til underlaget, kontakten med pusten, egen kropp, kroppens sentrum og midtlinje. De ble oppfordret til åpenhet og nysgjerrighet i kontakten med egen kropp, og de hadde prøvd ut ulike bevegelser. Øvelsene var kombinert med samtale før og etter. Samtalen ble brukt til henholdsvis å samle seg til BK timen, gjerne fordi de kom rett fra samtaleterapi eller at annet fra den dagen opptok dem, eller til å reflektere rundt erfaringene fra øvelsene. De ble oppfordret til å gjøre øvelsene på egenhånd mellom behandlings-timene. Dette var det vanskelig å finne tid til, og i starten opplevde de det som enda en ting å forholde seg til i en

travel hverdag. Etter hvert som enkelte elementer fra BK ble relevante i forhold til livet ellers, ble det en mer naturlig del av hverdagen, og det var disse integrerte elementene de tok med seg etter endt behandling.

4.1 På vei fra kroppen som problem, til kroppen som mulighet

Gjennom denne prosessen kom det frem at deltagerne i utgangspunktet erfarte kroppen sin som et problem. Den var feit, tung, stygg, tok for stor plass, var smertefull, vekket indre uro og ble mer problematisk ved bevegelse. Det var vanskelig for dem å identifisere seg med en kropp som så slik ut og som betydde smerter og hindringer i hverdagen. Kroppen var på mange måter tingliggjort i deres erfaring, noe fremmed og opplevd på distanse. De kjente seg ikke hjemme i sin egen kropp. De skammet seg over den store kroppen sin, og så ikke noen annen vei ut av den elendigheten som den store kroppen betydde for dem, enn ved at kroppen kunne «fikses» gjennom operasjon.

Deltagerne beskrev BK som en prosess der de ble bedre kjent med sin egen kropp. Det var ikke sånn gjennom behandlingsprosessen at problemene forsvant, men nye muligheter vokste frem, som var knyttet til at de fikk tilgang til nye erfaringer gjennom kroppen. Overvekten, ønsket om å bli tynnere, det kulturelle stigmaet ved å være stor forsvant ikke. Det gjorde heller ikke smertene og de ubehagelige følelsene. Likevel skjedde det en endring. De gikk fra å hate egen kropp, fra å prøve så langt som mulig å unngå oppmerksomhet på den og å være styrt av smerter, til økt kontakt med kroppen sin, med glimt av ro og velvære. Gjennom å være mer aksepterende i kontakten med egen kropp, i stedet for å stenge av for kroppslige fornemmelser, åpnet de opp for nye erfaringer og erkjennelser, som tidligere ikke hadde vært noe alternativ. Dette kom spesielt godt frem gjennom deltagerens beskrivelse av spiseforstyrrelsen, bevegelse, smerte, ro og selvpålevelse.

4.1.1 Spiseforstyrrelsen: Fra mat som trøst og hat til egen kropp, til større grad av innsikt og åpenhet

Kroppen var i stor grad preget av spiseforstyrrelsen, med et negativt forhold til egen kropp. Begge deltagerne beskrev sin spiseforstyrrelse som trøstespising. Gjennom overspisninger «medisinerte» de bort ubehagelige følelser. Vanskelige følelser, gjerne forårsaket av hendelser i livet, ble unngått gjennom å spise. Dette startet helt fra barnealder av. Etter hvert vokste kroppen seg større og større. Dette skapte et hat til egen kropp, de skammet seg over kroppen og kjente på skyldfølelse. Disse ubehagelige følelsene ble igjen døyvet gjennom å spise. Slik beskrev de seg som fanget i en vond sirkel.

Begge deltagerne var alvorlig overvektige, og det var tydelig at de hadde et svært negativt forhold til egen størrelse. ”Det har vært tider der jeg hater kroppen min, og vært sint for at jeg ser ut som jeg gjør. Og.. ja... Jeg har nå prøvd å skade meg opp igjennom årene da.” Den ene deltageren oppdaget etter hvert i behandlingen at den store kroppen hadde blitt en beskyttelse, ettersom hun hadde vært utsatt for seksuelle overgrep. Den andre deltageren beskriver kroppen som bærer av sin historie slik:

Altså, kroppen er et resultat av sånn jeg har hatt det opp gjennom årene da. Så når jeg ser på kroppen så tenker jeg tilbake på fortiden. Tenker på det som gjorde at det ble sånn. Og jeg går jo rundt med en konstant påminnelse om hva som har skjedd. Og på den måten får jeg et dårlig forhold til kroppen. Jeg føler det ikke er så lett å snakke om det her. Jeg har aldri snakket med noen om det på den her måten før.

Størrelsen ble et bevis på selvhat, noe som gjaldt dem begge, fordi det viste at de ikke hadde tatt vare på seg selv. Og de var dypt bekymret for at størrelsen skulle påvirke helsen negativt og føre til sykdom.

Også sosialt, opplevdes størrelse problematisk. Den store kroppen satte begrensninger i forhold til hva de kunne gjøre sammen med barnet sitt. En av deltagerne beskrev fortsatt etter endt behandling bekymring og skyldfølelse for at hennes størrelse skulle frarøve datteren det beste, ved at moren ikke kunne delta på aktiviteter som aking, gå på tivoli eller hoppe på trampoline sammen. Hun fryktet at datteren kunne bli mobbet på grunn av morens størrelse. Begge deltagerne hadde også opplevd størrelsen som begrensning i oppveksten både i forhold til fysisk aktivitet, det å kunne kle seg som andre, med klær de ønsket og de hadde opplevd at størrelsen påvirket dem sosialt.

...altså av og til så skulle jeg egentlig ønske at jeg bare kunne brette vekk dette skallet og bare vært meg, hvis du skjønner hva jeg mener. For men av og til så møter jeg mennesker som faktisk bare ser meg. Og da føler jeg meg ok. Det kommer veldig an på hva andre utstråler og. For det at du kan fort være altså..., si du sitter på et legekontor, selv om ikke legen sier noe, så kan du utstråle at han dømmer deg. Altså det kjenner man, og man kan ta og føle på det. Det har jeg gjort mange ganger i livet mitt. Mens man kan sitte i et rom med noen som på en måte ser deg. Altså de ser ikke kroppen min de ser meg. Og da føler jeg meg som meg. Da føler jeg meg mer ok, da,

da er det mer ok å være i min innpakning. Mens, ja, det er som du sier veldig situasjonsbetinget, og kommer faktisk mye an på hvem jeg har rundt meg. Altså hvordan de forholder seg til meg og min kropp.

Først kort tid før behandlingsoppstart ble det fanget opp at deltagerne hadde en spiseforstyrrelse. Dette var i forbindelse med at de var i forvern til planlagt fedmekirurgi. Ingen av deltagerne hadde tidligere tenkt at det kunne dreie seg om en spiseforstyrrelse. Å få denne diagnosen vekket sinne, både i forhold til at det betydde utsettelse av operasjon, men også fordi ingen hadde sett og sagt dette før. Det å få spiseforstyrrelse som diagnose opplevdes likevel befriende, men skyldfølelsen var der fortsatt.

Den ene av deltagerne hadde hatt fedmekirurgi før, men hadde gått opp igjen i vekt. Den andre var henvist til kirurgi for første gang. Begge deltagerne så i utgangspunktet på fedmekirurgi som eneste løsning, og ble veldig sinte når operasjonen ble utsatt, og de måtte først gå igjennom behandling for spiseforstyrrelser. Etter hvert uttrykte de begge at det var nødvendig.

Det var jo derfor også jeg ønsket så sterkt og inderlig den der operasjonen. For at det skal kunne endre, for at jeg skal kunne bli tynn, sant. Samtidig så vet jeg det, hallo, problemene forsvinner ikke selv om jeg blir tynn. Så det er jo ikke der oppe i hodet jeg blir operert, det er jo faktisk i magen.

Begge deltagerne var etter endt BK-behandling fortsatt innstilt på operasjon som løsningen på å få en mindre kropp. Selv om de innså at fedmekirurgi ikke kunne løse hele problemet, var det å endre størrelsen fortsatt viktig. Den ene deltageren beskrev størrelsen som en midlertidig situasjon i forbindelse med dette.

Altså kroppen min er jo bare en del av meg. Og., og som sagt en midlertidig situasjon, at jeg ser ut som jeg gjør. Men at jeg har en verdi i form av at jeg er meg. Og jeg betyr noe for meg selv, og for de som er rundt meg.

Det var tydelig at det gjennom behandlingsprosessen pågikk bevisstgjøring i forståelsen av forholdet mellom mat og følelser. Etter endt behandling var vekten stabil, noe som var målsetning i behandling av spiseforstyrrelsen. De opplevde større grad av kontroll over det å spise regelmessig, selv om de begge fortsatt opplevde ”snublinger” tilbake til gammelt

spiseforstyrret mønster. «...jeg planlegger dagen min, og derfor så spiser jeg regelmessig. Altså jeg, jeg fører opp hvordan min dag skal være».

Deltagerne fortalte at de gjennom behandling lærte mer konstruktive strategier for å kunne holde ut vanskelige følelser, uten å bruke maten til «medisinering». «... men nå har vi jo funnet ut sånne ting som jeg skal gjøre istedenfor, istedenfor å trøstespise».

Samtidig skjedde endringer i forholdet til egen kropp. Den ene deltageren beskrev at hun etter hvert aksepterte kroppen mer, kjente trygghet i kroppen og var mer i balanse med den. Hun fortalte hvordan hun gjennom denne prosessen ble bevisst i hvor stor grad hun sammenlignet seg med andre, men innså etter hvert at alle har noe de sliter med, og hvor meningsløst det var å sammenligne seg med andre. Hun fortalte at hun nesten hadde sluttet å sammenligne seg med andre. Betydningen av størrelsen på kroppen og negativiteten knyttet til dette opplevdes etter hvert som mindre dominerende. Hun turte i større grad å utfordre seg selv og gjøre nye erfaringer, selv om størrelsen fortsatt var hemmende. Hun begynte etter hvert å utfordre seg selv, ved for eksempel å gå i badedrakt på spahotell, som var en situasjon hun tidligere ville unngått på grunn av størrelsen.

...i sommer, så var vi, så bestilte jeg tur til strandhotell. Vi var, eller sånn spa hotell, vi var meg og samboeren og småen, og der var det...eeh, svømmebasseng med garderobe da. Jeg har jo avskydd sånne situasjoner, de takler ikke jeg. Ja. Jeg bare presset meg selv til å klare det da, til å gjøre det. Og også da kle meg i bikini. Det liker jeg ikke. Men jeg har liksom tenkt at alle er mennesker, alle ser forskjellig ut. Det er sånn som jeg ser ut nå, og nå må jeg akseptere det. Og...og alle har forskjellige fasonger, og alle har komplekser, eller stort sett alle, ja.

I siste intervjuet fortalte hun hvordan hun hadde gjenopptatt det å strikke som hun hadde stor glede av, hun hadde begynt å pynte seg, utfordret seg mer sosialt, og det opplevdes positivt.

Den andre deltageren ble gjennom behandlingsprosessen mer bevisst på hvor mye hun hatet seg selv på grunn av egen størrelse. Selv om hun skulle ønske at hun kjente stolthet i kroppen sin, innså hun at hun tidligere bare hadde innbilt seg at hun var glad i kroppen. Dette var en smertefull erkjennelse, men likevel en forutsetning for endring mente hun.

Og da skjønnte jeg egentlig at det jeg sier, det er bare ord. Det er ikke sannheten. Så det var vel egentlig der og da det gikk opp for meg. Så ja... Men jeg har veldig lyst,

jeg håper, håper veldig at jeg endrer det, for å si det sånn, det håper jeg. For det at jeg blir litt sånn der, jeg blir alltid litt sånn bekymret at herregud jeg hater kroppen min, jeg er mor, jeg er et forbilde, det jeg gjør det reflekterer jo barnet mitt igjen. Jeg vil ikke at hun skal lære av mine feil, hvis du skjønner hva jeg mener. Så man fører jo videre ting man ikke vil.

Gjennom hennes fortelling fra behandlingen kom det frem at kroppen hennes etterhvert fikk en videre betydning enn bare å handle om å være så stor.

Gjennom deres beskrivelser kom det frem at forholdet til kroppen utviklet seg, og de oppdaget nye muligheter gjennom nye former for kontakt med egen kropp fra BK behandlingen.

4.1.2 Bevegelse: Fra opplevelsen av plikt og ubehag til å bli en kilde til velvære med nye muligheter

Begge syntes i starten at denne behandlingsformen var veldig uvant, og det hele virket veldig rart. De hadde aldri tidligere vært borti noe lignende, og tidligere erfaring med fysioterapi var i stor grad basert på lokal behandling av smerteområde, med liten grad av effekt. De mente at det hadde vært nyttig med mer informasjon i starten, der en gjerne tok med at det kunne virke uvant, men at man etter hvert ville se hensikten. Det at terapeuten tilpasset øvelsene utfra deltagerens behov, og at de klarte å integrere elementer fra øvelsene i viktige situasjoner i sin hverdag, synes å ha vært viktig for dem. Det har gjort det hele meningsfylt.

Den ene deltageren opplevde det å kunne sette seg ned på gulvet å leke med datteren som en stor utfordring på grunn av størrelsen. Hun hadde mye dårlig samvittighet for at hun passivt observerte datterens lek. Gjennom behandlingsprosessen oppdaget hun hvordan hun kunne sette seg på gulvet å leke med datteren sin. Hun klarte det ved å støtte seg, gjerne sitte på en pute, og ved å endre stilling underveis.

«Og har ikke vært så aktiv på gulvet med hun tidligere. Og nå liksom å kunne det der, det er ikke så farlig. Og det å, og det går fint an å komme seg opp igjen. Og hvis jeg bruker den matten jeg har hjemme, så går det fint. Mye mer aktiv og deltagende med hun da. Eeh, å lære å kjenne kroppen såpass, å vite det at nå er det nok, nå har jeg sittet nok på gulvet. Enten at jeg begynner å bli litt uvel i kroppen eller noe sånt, kjenner at jeg må opp igjen. Det er litt lettere å håndtere nå, enn tidligere. Ja»

Hun hadde ikke tidligere prøvd noe slikt fordi hun hadde tenkt at hun ikke kunne, og hun syntes det var nedverdiggende at hun måtte støtte seg for å komme opp og ned. Etter hvert fant hun også nye muligheter i hverdagen for hvordan hun lettere kunne hjelpe datteren med å stille seg.

Begge oppdaget også gjennom behandlingsprosessen hvordan de gikk rundt med ”unødvendige” spenninger. Den ene deltageren fortalte hvordan hun spente musklene når hun satt sammen med andre, av frykt for at stolen skulle knekke. De lærte hvordan de kunne bli bevisst spenningene og slappe av når de kjente at de var ansente. Dette prøvde de å bruke så godt de kunne gjennom dagen.

Deltagerne hadde et negativt forhold til fysisk aktivitet i utgangspunktet. De beskrev ubehagelige opplevelser fra gymmen på skolen og treningsentre. Det var noe de tenkte at de burde gjøre, men det var smertefullt å trene med en stor kropp, de opplevde at de ikke fikk det til, og unngikk gjerne det hele. Mens fysisk aktivitet gjerne ble forbundet med plikt og trening, var bevegelse for dem noe annet enn det som foregår på treningsstudio og gymmen på skolen. Deltagerne fortalte hvordan de fant glede i bevegelse som var en naturlig del av hverdagen som å gå, danse, svømme og leke med datteren.

Gjennom behandlingen oppdaget spesielt den ene deltageren hvordan hun kunne være fysisk aktiv når hun ville. Det kjentes godt, og bevegelse ble mer naturlig integrert i hverdagen. Hun sluttet som støttemedlem på treningsstudio, men gikk mer på tur.

Det er deilig å komme tilbake igjen etter å ha vært ute og gått tur, å kjenne at nå har jeg gjort noe bra for kroppen min. Åååå, ja, jeg får jo meg til å føle meg mer komfortabel med meg selv.

Hun utfordret også seg selv i forhold til å være fysisk aktiv, på en ny måte. Hun gikk på fjelltur, fordi hun kjente at dette var noe hun hadde lyst til. Det var noe hun ikke hadde gjort på mange år. Hun kunne velge det fordi det gjorde henne godt, selv om hun kjente at hun var tungpusten og kroppen var tung.

...disse damene på jobben, og snakket så masse om å gå på fjellet. Det er et sånn spesielt fjell i (navn på bosted), som virker veldig greit å gå på da. Så var det liksom, nå skal jeg prøve... Og jeg fikk med meg samboeren min. Og det gikk jo veldig fint.

Jeg slet og jeg hadde hatt lyst å gi opp på veien opp. Det var helt grusomt. Herregud, hva er det jeg har gått ut på, hva er det jeg gjør? Og jeg fant jo ut at jeg er i helt elendig form (ler). Kondisen min er jo ikke eksisterende i hele tatt. Men jeg ser på det med litt humor. For jeg slet og slet og slet, og jeg kjefte på samboeren min. Nå får ikke du mase på at kommer du ikke snart, for jeg kommer jo sant. Og han, nei jeg skal ikke si noe, jeg skal ikke si noe. Og..., men bare det å komme seg opp på toppen. Det var så deilig, ååå, fy søren. (Ler). Det var så godt. Jeg tenkte, jeg har ikke gått på fjellet på i alle fall 10 år. Siden jeg sluttet på ungdomsskolen. Det var da vi gikk på fjelltur. Jeg har jo ikke gått på fjellet etter det. Nei. Og det var så deilig. Og det var fint vær den dagen. Det var veldig godt. Og så var det bare, ha, jeg klarte det! Ja.

Bevegelse ble en naturlig del av hverdagen, også på jobb:

Jeg prøver å være mer aktiv under arbeidsdagen. Altså, det er klart, jeg sitter og skriver en hel arbeidsdag, det... Jeg må ut å bevege meg. Å jeg..., eller så både stivner jeg til og blir treig i topplokket og ja... Jeg ser nytten av fysisk aktivitet under arbeidsdagen.

4.1.3 Smerte: Fra å være styrt av smerten til å kunne leve bedre med den gjennom egenomsorg

Begge deltagerne hadde mye smerter i kroppen. Smertene ga bekymring. "Bekymringer for at jeg, jeg har vondt sant. Jeg vet at det er varsel om at jeg faktisk kan pådra meg store skader hvis jeg ikke klarer å gå ned i vekt." Gjennom behandlingsprosessen skjedde det en endring i hvordan de forholdt seg til smertene.

Ja, men min oppfatning av smerten har endret seg. At jeg har lært den å kjenne kan du si. At jeg vet at det er ikke noe farlig. Selvfølgelig kjenner jeg at det blir mye verre en dag, så da er jeg klar over det egentlig, sant altså og tar det der ifra. Men i det store og det hele så føler jeg at jeg takler smertene bedre... Ja... Før var liksom holdningen min at det ... at jeg må bare ha smertestillende.

Den andre kvinnen fortalte ved oppstart at hun kjente smertene, og opplevde at kroppen prøvde å fortelle henne at hun måtte ta vare på seg selv, men hun ignorerte det. Det var vanskelig å ta hensyn til seg selv.

Jeg føler at jeg har blitt eldre. Jeg føler han (kroppen min) er veldig sliten. Jeg føler at jeg ikke hører på kroppen min, og jeg tror han gir meg veldig mange signaler som jeg ignorerer, for jeg har ikke tid til å høre på han. Så...jeg vet selv at jeg gjør en stor feil da, at jeg kjenner jo at jeg har vondt mange steder, veldig mange steder, har smerter daglig.

Utover i behandlingen var smertene blitt så intense at hun var nødt til å gjøre noe, og hun begynte i annen tradisjonell kroppsbehandling der en jobbet mer lokalt med smerteområdene, og behandlingen i stor grad foregikk på behandlingsbenken. Samtidig oppdaget hun hvordan det hun lærte gjennom BK kunne påvirke smertene.

Mens når du gjør dette, så på en måte, så gjør du det, det er akkurat som du fyller mage, og du puster ordentlig, du slapper., skuldrene... Jeg har egentlig konstant vondt oppe i her. Men det er akkurat som når du gjør det så senker det seg. Og veldig ofte så i de øyeblikkene, så det er veldig interessant faktisk, så kjenner du at smerter slipper.

Hun hadde altså startet en prosess med å kjenne etter spenning og avspenning, og at det hadde en sammenheng med smertene.

Gjennom BK-timene forsto begge at det å ta vare på seg selv var viktig:

Ja, hun (BK terapeuten) fikk jo meg til å innse det at jeg må kunne fungere bra med meg selv, hvis jeg skal kunne klare å fungere bra rundt andre, sant så. Jeg må, jeg må ta vare på meg selv. Og det var jeg ikke så flink til..

Det ble gitt eksempler på at det å ta hensyn til seg selv ble integrert i hverdagen, og dette kom spesielt frem gjennom hvordan de forholdt seg til smertene. Den ene deltageren fortalte for eksempel om hvordan hun gjorde noe for å forhindre smertene fra å bryte ut når hun kjente at smerter var i ferd med å sette seg, som å endre sittestilling, eller prøve å slappe av i spent muskulatur. Hun fortalte at hun gjennom bevegelse forebygget smertene.

4.1.4 Ro: Fra unngåelse til det å kunne finne ro og velvære i kroppen og i samspill

Begge deltagerne beskrev en god relasjon til terapeuten. De opplevde terapeuten som rolig og harmonisk, en ro som påvirket timene i positiv forstand. De slappet spesielt godt av i massasjen, men også i andre øvelser. Gjennom prosessen med BK lærte begge deltagerne seg å slappe av på en ny måte. Det å slappe av på måten de lærte i BK, åpnet for velvære slik uttrykt her: *”Åååå det er så godt. Det er så deilig. ... Jeg blir så avslappet av det»*. Den ene deltageren fortalte hvordan det å finne roen gjennom kroppen fortsatt var mer krevende når følelsene var sterke. Sterke følelser hadde hun tidligere unngått gjennom overspisninger. Å høre på musikk og det å rydde kunne være nyttig, for å holde ut følelsene istedenfor å overspise. Senere kunne hun igjen finne roen gjennom kroppen. .” I sin beskrivelse av BK sa den ene deltageren følgende: *”Altså mitt senter, kjenne på pusten, lære å kople av. Altså på en måte kople av ytter-verdenen, mens kople deg på inn-verdenen, hvis det går an å si det, altså kroppen min.”* Deltageren beskriver en ny form for forankring i egen kropp.

Begge fortalte om stress, et liv med mye travelhet og stort ansvar, og det var tydelig at denne måten å kople av på var sentralt i det de opplevde som positivt fra behandlingen. Roen de fant i disse timene kunne være nyttig for dem i krevende situasjoner i hverdagen. Den ene deltageren fortalte at når hun følte seg overveldet på jobb, så kunne hun trekke seg tilbake på do, for bare å være. Den andre deltageren fortalte for eksempel om hvordan hun klarte å ta MR til tross for klaustrofobi, ved hjelp av det hun hadde lært.

Noe som jeg vanligvis hadde sagt til legen min, du jeg skal på det (MR), du må gi meg noe for det at klaustrofobi..... Men jeg klarte faktisk å gjennomføre det med å lande hele kroppen min oppå MRen, å finne senteret mitt, å finne pusten min. Og jeg var faktisk så utrolig stolt. Selv om jeg syntes det var helt pyton, men jeg klarte det, med hennes... Altså jeg trengte ikke, du får en valium sant, altså jeg klarte å gjøre det på egenhånd med verktøyene hun (fysioterapeuten) har gitt meg.

Hun hadde også brukt øvelsene for å klare å roe seg ned fra en situasjon med traumerelaterte flashbacks. Det opplevdes som om hun skulle dø i situasjonen traumene var knyttet til, men gjennom elementer fra BK klarte hun å gjenvinne roen.

En av deltagerne hadde alltid hatt problemer med å legge datteren. Hun erfarte at ved å finne roen gjennom en av de liggende øvelsene fra BK når hun skulle legge datteren, så smettet

denne roen over på datteren. Det var ikke lengre noe problem å legge henne. Hun sovnet helt greit rett og slett. Dette betydde svært mye for henne som mor. Daglig brukte hun elementer fra øvelsene hun hadde lært for å ”regulere” datterens tilstand i flere situasjoner enn bare når datteren skulle sove.

Altså det som jeg har opplevd positivt, min hoved, altså det som jeg elsker, og det kommer jeg til å si igjen og igjen, det er den roen, som jeg har klart å finne sammen med datteren min, for det har vært en gave. Rett og slett.

Den andre deltakeren oppdaget også at hun kunne fremme ro hos nære personer i livet sitt: ”Jeg føler at jeg har mer kontroll. Jeg må prøve liksom å roe ned begge to da. Og jeg føler at jeg klarer det bedre nå enn før.”

Gjennom beskrivelsene kom det også frem at roen hang sammen med aksept av seg selv og påvirket selvtilliten.

4.1.5 Kropp og selvopplevelse: Fra distanse og hat til egen kropp til håpet om å kunne være stolt av kroppen sin og anerkjenne den som en del av seg selv

Begge beskrev at de i utgangspunktet i stor grad forholdt seg til kroppen som størrelse, og at det var mye negativitet knyttet til den store kroppen. Underveis gjorde de seg erfaringer som syntes å åpne for noe nytt. En av deltagerne beskrev BK slik: ”Jeg oppfatter det som på en måte å finne mitt indre meg.” Selv om negativiteten knyttet til egen størrelse ikke ble borte, kom det frem hvordan de i større grad etter hvert kunne oppleve kroppen som mer enn størrelse, og at dette åpnet for mer positive følelser. For eksempel uttrykt slik: ”Jeg føler meg litt harmonisk, egentlig. Jeg føler meg bra. Ja.”,

og: ”Så da følte jeg liksom ok, her er mye inne i her som... Han (kraften min) må bare få slippe ut igjen, hvis det går an å si det sånn.»

I de øyeblikkene ble negativiteten knyttet til størrelsen mindre fremtredende. «Da har jeg det bra, faktisk. Da har jeg det, da er jeg lykkelig, faktisk, uansett om jeg er stor.»

Fra å stenge av for erfaringen av egen kropp som sin, begynte de å føle seg mer i ett med den.

Da er jeg inne i senteret mitt. Altså og da er jeg jo inne i meg. Så det at jeg må bare...jeg må bare lære meg å bruke, altså få, la de to være en, om du sier det på den måten. Så, for det at jeg har det jo godt når jeg er der (i mitt senter). Det har jeg. Og da blåser jeg i hele verden. For å si det sånn».

Det er nok det med selve bevisstheten. At jeg har... Jeg stenger ikke ute kroppen min lengre, sånn som jeg gjorde før.”

Gjennom deltagerens beskrivelser kom det frem erkjennelser av at det var en sammenheng mellom selvopplevelsen og kroppen. Noe de også kunne observere hos andre : *”Hun (terapeuten) er forent, hun er en, mens jeg er to.”*

Det ble gitt eksempler på at en forening av kropp og selv, åpnet det for å inkludere og romme mer av ens egen historie:

Han (kroppen min) er ikke bare der lengre. Han har blitt inkludert i det som er meg. Og før så tenkte jeg ofte sånn at jeg kunne bare skiftet ut hele kroppen min. Det hadde ikke gjort noe. Jeg kunne gladelig gjort det. Jeg hadde gjort det på dagen. Men nå får jeg sånn, nei, nei. For denne kroppen den, den preger meg. Den er på en måte beviser for hva jeg har vært igjennom. Jeg har ikke lyst å kvitte meg med kroppen min nå. Den er jo min. Sant (ler litt). Og det høres jo helt rart ut, men...

Spesielt den ene deltageren som underveis i prosessen innså at hun hatet kroppen, fortalte at om hun opplevde kroppen som feil størrelse versus mer i ett med seg selv, i stor grad var situasjonsbetinget, og var avhengig av hvem hun omga seg med.

...altså av og til så skulle jeg egentlig ønske at jeg bare kunne brette vekk dette skallet og bare vært meg, hvis du skjønner hva jeg mener. For men av og til så møter jeg mennesker som faktisk bare ser meg. Og da føler jeg meg ok.

Altså det, vanligvis vil jeg si at kropp og meg selv ikke er der, på en måte. Mens ja, jeg tror kanskje sånn som når jeg er med datteren min, da smelter det sammen. Da er det bare meg. Og da er det helt ok...

Hun beskrev hvordan hun sammen med datteren, og i stor grad sammen med andre barn, opplevde seg som mer hel og det kjentes godt. Hun la også merke til om noen forholdt seg til henne som en stor kropp, eller om de så hele henne. For henne gikk det opp underveis i intervjuet hvordan den gode opplevelsen av en sterk selvfølelse hadde sammenheng med at hun ga slipp på den ensidige opplevelsen av kroppen som feil størrelse: *«Nå ble det faktisk bare sånn wow-effekt på meg selv.»* Hun lengtet etter å kunne være stolt av kroppen sin, og hun formidlet et håp om at hun kunne få et bedre forhold til kroppen.

Men jeg har veldig lyst, jeg håper, håper veldig at jeg endrer det (forholdet til egen kropp), for å si det sånn, det håper jeg.”

Så på en måte så tror jeg det er noe jeg ikke kjenner, men jeg kjenner at jeg har veldig lyst, jeg har veldig lyst å oppleve det, en dag, en gang i livet mitt. Så.. jeg har, jeg tror jeg aldri har tenkt på kroppen min på den måten, altså at han er noe man skal være stolt over og noe man skal... Altså mitt tempel. Altså tenk å si det da. Dette er mitt tempel. Det kunne jeg godt tenkt meg og sagt en gang».

For begge deltagerne var det å være mor en viktig del av deres identitet, og det var tydelig at de var stolte over å ha blitt mødre. De ønsket å være en god modell og formidle et godt og trygt forhold til kroppen til sine barn. Gjennom behandlingsprosessen erfarte de at de klarte å ta tak i dette på nye måter.

5. Diskusjon

Denne studien bringer frem to kvinner med overspisingsslidelse sine erfaringer fra behandlingen med BK. I dette kapittelet starter jeg med å drøfte deres erfaringer. Jeg vil så trekke frem mulige konsekvenser for praksis. Kapittelet avsluttes med en metodediskusjon.

5.1 På vei fra kroppen som problem til kroppen som mulighet

Det mest sentrale i kvinnenenes erfaringer med BK behandlingen handlet om bevegelse, en endring som var satt i gang. I utgangspunktet ble den store kroppen og spiseforstyrrelsen beskrevet som bundet til et fastlåst mønster. Vonde følelser ble dempet med å spise, som igjen økte selvhatet og skammen over den store kroppen. I fortellingene fremstod egen kropp som et «stengt område» for både gode erfaringer, utvidet handlingsrom og anerkjennende tanker, og forholdet til egen kropp som hatefullt. Gjennom behandlingens fokus på å utforske igjen og igjen hva som skjedde i egen kropp under bevegelse og i ulike stillinger, fikk de etter hvert nye erfaringer i, og med egen kropp. Gjennom å sette ord på disse erfaringene sammen med terapeuten, ble de bevisste på sammenhenger mellom følelser og kroppslige reaksjoner de tidligere ikke hadde sett så tydelig. Glimtvise erfaringer med ro og velvære under behandlingen ga grobunn til å utforske dette videre hjemme sammen med viktige andre. Gjennom å dvele i bevegelse og i utvalgte stillinger fikk de mulighet til å oppleve kroppen som noe annet enn vond, og de forsøkte å bruke disse erfaringene i situasjoner i hverdagen for å forebygge og motvirke at smertene dominerte og til å holde ut utfordringer. Å utforske bevegelse under behandlingen stimulerte også til å utforske flere muligheter til aktivitet og bevegelse, som å prøve ut om det var mulig å sitte på gulvet og leke med barnet sitt, om det var mulig å gå for dem krevende turer osv. De beskrev at handlingsrommet utvidet seg på måter som var viktige for dem. Prosessen gav også grobunn til at forholdet deres til egen kropp ble mer nyansert. Det ensidige hatforholdet ble utfordret, og de fikk et mer harmonisk forhold til seg selv. Et håp om i fremtiden å kunne anerkjenne kroppen som sin og kunne være stolt over den var del av fortellingene mot slutten av behandlingen. Det er viktig å peke på at utviklingen ikke gikk «rett frem». De fortalte om tilbakefall i negative tanker og handlingsmønstre, og planen om overvektsoperasjon ble igjen aktualisert under løpet. Ønsket om ikke å være så stor, var fremdeles sterkt. Likevel, behandlingen hadde åpnet for nye erfaringer og muligheter til handling.

For å fordype forståelsen endringsprosessen deltagerne beskrev, denne veien mot endring og erfaringene den var knyttet til for disse kvinnene, vil jeg diskutere sentrale momenter i denne prosessen mot teorien jeg valgt. Jeg vil også trekke inn forskning der dette er relevant. I

tillegg kommenteres enkelte momenter underveis ut fra den kliniske erfaring og innsikt jeg har som terapeut.

5.1.1 Det fastlåste utgangspunktet

Hva betyr det å hate egen kropp, å ha et fastlåst forhold til den? Forholdet til kroppen for pasienter med spiseforstyrrelser er noe forskere og klinikere lenge har vært opptatt av, uten at det har vært enighet om hva det egentlig dreier seg om, og hvordan det skal adresseres. En har gjerne betegnet det problematiske forholdet til egen kropp som kroppsbildeforstyrrelse, og tolket det i snever forstand som kroppsmisnøye (Danielsen, 2016). En nyere studie som jeg tok opp i introduksjonsdelen, indikerer at redusert kroppsbildeforstyrrelse for pasienter med spiseforstyrrelser, har signifikant betydning for positiv endring av andre spiseforstyrrelsessymptomer. Her kan det være verdt å merke seg at fortrolighet i egen kropp, var det som viste størst korrelasjon med positiv endring (M. Danielsen, Rø, Ø., 2012).

Deltagerne beskriver det fastlåste forholdet til egen kropp som en tilstand der overvekten og smertene tar overhånd og preger ens verden. Utfra kroppsfenomenologien kan vi forstå det som den hjemløse uhyggelighet som går igjen ved sykdom (Svenaesus, 2005). Deltagernes erfaringer tyder på at det fastlåste mønsteret innebar en forrykning mellom kroppen som objekt og kroppen som subjekt, ved at de ble mer oppmerksomme på kroppen som objekt i negativ forstand, her først og fremst størrelsen, og at det var vanskelig for dem å anerkjenne og erfare kroppen som meg. Gjennom en slik splitting kan vi forstå at det var vanskelig for deltagerne å åpne opp for nye erfaringer, og slik ble de stående fast i et negativt forhold til seg selv og sin kropp.

Utfra en psykologisk forståelse kan vi forstå denne fastlåstheten som en tilstand preget av utrygghet. Vi har sett hvordan utrygghet gjennom aktivering (kamp, flukt eller resignasjon), begrenser vår evne til en fri form for erfaring (Levine, 2010; Porges, 2011; Siegel, 2007). Ved både underaktivering og over-aktivering uttrykt som beredskap i kroppen preges vår selvopplevelse og hele vår fungering (Porges, 2011), vår tilstedeværelse i oss selv og samspillet med våre omgivelser og andre. Hvordan det fastlåste mønsteret har innvirkning på hvordan vi har det og på vårt samspill med omgivelsene, kan også forstås utfra et kroppsfenomenologisk perspektiv. Innen kroppsfenomenologien er kroppen utgangspunkt for vår eksistens (Merleau-Ponty, 2012), og sånn sett blir den hjemløse, uhyggelige tilstanden som deltagerne beskriver, styrende for deres væren-i-verden, kroppen erfares som et hinder for å delta og handle i omgivelsene. Utfra en slik forståelse vil det å redusere denne

disharmonien være sentralt. En bedre regulering og inntoning i seg selv gjennom behandlingen av disse pasientene med overspinningslidelse gir mening.

Innen kroppsfenomenologien anser en denne fremmedhet ofte beskrevet som en hjemløs tilstand, som noe som går igjen som del av meningsmønstre ved sykdom. En tilstand som i større eller mindre grad går på tvers av diagnoser (Svenaesus, 2005). Sånn sett kan en tenke seg at tilnærminger der en fremmer større grad av harmoni i egenkroppen og omgivelsene kan være hensiktsmessig ved flere typer sykdom. Min kliniske erfaring fra ulike diagnoser, med pasienter både fra somatikken, psykiatrien og ved sammensatte lidelser, er at en varierende grad av splittethet i egen kropp og fremmedhet til omgivelsene oppstår når vi blir syk. Ved sykdom er det vanskelig å akseptere de problematiske sidene ved kroppen og det å være syk. Det å lege denne forrykningen som har oppstått og gjenvinne en mer aksepterende tilstedeværelse, opplever jeg som et vendepunkt mot bedring i behandling. Funnen i denne studien antyder også at noe nytt vokste frem gjennom akseptering for deltagerne.

5.1.2 Erfaringer av nye muligheter

Gjennom prosessen med BK gjorde deltagerne seg nye kroppslige erfaringer som åpnet for nye erkjennelser og handlingsmuligheter. I en kroppsfenomenologisk forståelse betydde det blant annet at de erfarte egen kropp mer nyansert og mindre på distanse, og nærmet seg en vennligere innstilling overfor egen kropp som kan ha bidratt til at de i sterkere grad erfarte kroppen som sin. Utfra psykologien vil en mer aksepterende inntoning i oss selv, kunne åpne for fleksibilitet og en dypere forståelse av oss selv (Gendlin, 2007; Siegel, 2007). I følge Merleau-Ponty er vår bevissthet i et til-fra-forhold en kroppslig ferdighet av responsivitet og spontanitet i direkte samspill med verden (Merleau-Ponty, 2012). Slik kan vi forstå hvordan kroppserfaringene fra BK kan ha åpnet nye muligheter. Psykologisk teori viser til hvordan en bedre inntoning i egen kropp kan ha innvirkning på hvordan vi føler, tenker, vår oppmerksomhet, atferd og sosiale samspill, både vår væren og gjøren i verden (Nordanger, 2014; Porges, 2011; Salvesen, 2015; Siegel, 2007). Gjennom større grad av harmoni i egenkroppen, være innenfor toleransevinduet endres persepsjonen, oppmerksomhet, og evne til refleksjon, vi åpner for en friskere, mer fleksibel og dynamisk levd erfaring (Levine, 2010; Merleau-Ponty, 1994; Nordanger, 2014; Salvesen, 2015).

Vekten og størrelsen var en side av kvinnenes kroppslige utfordringer. I utgangspunktet opplevde de at hovedproblemet var at kroppen var for stor, vekten for mye. Så kom helsevesenet inn og redefinerte problemet deres til også å omfatte en spiseforstyrrelse. Det naturvitenskapelig perspektiv er fortsatt dominerende i vårt helsevesen (Thornquist, 2003).

For kvinnene innebar dette at de måtte forholde seg til ulike avdelinger, utfra hvilke deler av problematikken avdelingen hadde ansvar for. Det ble mange å forholde seg til, tok mye tid og symptombylde ble på mange måter mer sentralt enn individet. Dette kan ha forsterket den splittethet og fremmedgjøring, som var del av det fastlåste utgangspunktet. En mer kroppsfenomenologisk tilnærming kunne vært mer fruktbar i helsevesenet. Det å ha med seg en kroppsfenomenologisk forståelse betyr ikke å gå bort fra det naturvitenskapelige. Vi trenger fortsatt prøvesvar og spesialisering, men samarbeid blir viktig. I tillegg blir det hensiktsmessig at hver og en av representantene i helsevesenet klarer å forholde seg til hver enkelt pasient slik de bebor sin kropp og sin omverden, med den fremmedhet sykdom skaper akkurat nå, ikke bare som et prøvesvar med en gitt prosedyre (Svenaesus, 2005). Kvinnene i denne studien måtte forholde seg til stigma ved å være overvektig (Puhl & Heuer, 2009), stigma ved å få en psykisk sykdom (Lai, Hong, & Chee, 2001) og til et helsevesen som kan bidra til økt splittethet og fremmedgjøring i erfaringen av seg selv. Kvinnene beskriver hvordan det vekket sinne, å skulle ta inn over seg at deres problemer handlet om mer enn fedme, men etter hvert innså de at dette var nødvendig.

Gradvis, gjennom behandling omstilte kvinnene seg gjennom ny kroppslig erfaring, de fikk ny innsikt og forståelse. Både før og etter behandlingsprosessen var fedmekirurgi aktuelt for kvinnene. I utgangspunktet var det den eneste løsning på deres problemer, men etter hvert ble fedmekirurgi en del av løsningen. *Fedme* er en av de største helseutfordringene vi i dag står ovenfor (WHO, 2000), men hvor viktig er det å bli tynn igjen ved overvekt? Overvekt gir stor helserisiko, men «crash»-slanking og jojo-slanking kan også medføre helsefare. Dessuten er større vekttap svært vanskelig å vedlikeholde (WHO, 2000). Fedmekirurgi er den eneste intervensjonen som indikerer langvarig resultater ved større vekttap, men en betydelig gruppe får ikke resultater fra fedmekirurgi, og vi vet lite om langtidseffekten av denne type inngrep. Samtidig vet vi at et mindre vekttap på under 10 %, kan gi betydelig helsegevinst (Natvik, 2015). Likevel er min kliniske erfaring at overvektige pasienter stadig får beskjed om å slanke seg, og andre problem de har, blir lett oversett i helsevesenet. Overvektige blir stigmatisert både i og utenfor helsevesenet (Puhl & Heuer, 2009). Vi vet at ca. 20 – 30 % av overvektige har en spiseforstyrrelse (Götestam et al., 2004), og trenger tiltak som retter seg mot dette (Helsedirektoratet, 2017). Verdens helseorganisasjon slår fast at fedme er et komplekst problem (WHO, 2000). Ser man på fedme utfra et kroppsfenomenologisk perspektiv, fremstår vekttap alene som en utilstrekkelig tilnærming, og gjennom en slik forståelse trenger en ved fedmekirurgi en grundigere forståelse av kompleksiteten av hva pasientene gjennomgår og en

mer omfattende oppfølging. Dette er også indikert gjennom forskning (Lier, Aastrom, & Rørtveit, 2016; Natvik, 2015). Kvinnenes utfordringer handlet om langt mer enn en forhøyet kroppsmasse indeks.

Endringen underveis i kvinnenes prosess innebar større grad av innsikt og større grad av *aksept i forholdet til egen kropp*. Det problematiske forholdet til kroppen endret seg uten at vekten endret seg, og uten at ønsket om å bli tynnere ble borte. Den fiendtlige innstillingen kvinnene i utgangspunktet hadde til egen kropp viste seg å ikke utelukkende være knyttet til vekt eller størrelse. Prosessen med endringer i forholdet til kroppen hadde sammenheng med en mer åpen og aksepterende tilgang til kroppsformemmelsene. Hvordan deltagerne erfarte egen kropp var med på å endre hvordan de erfarte seg selv. Kroppsbilde er nært knyttet til *selvopplevelsen* (WHO, 2009/10). Det opplevdes positivt når de ble mer i ett med seg selv. Denne erfaringen var situasjonsbetinget og i stor grad avhengig av hvem de hadde rundt seg. Det å isolere selvfølelsen fra forholdet til kroppen og vår væren i verden, vil være helt utenkelig innen et kroppsfenomenologisk perspektiv (Merleau-Ponty, 2012). Også innen den psykologiske forståelse jeg har benyttet, er et dypere, visere, indre selv forankret i vår kropp (Gendlin, 2007). Tryggheten i egen kropp påvirker vårt samspill med verden vi lever i (Porges, 2011). Et mer aksepterende forhold til egen kropp åpnet nye muligheter for hva kvinnene kunne delta på og hvordan de forholdt seg til andre.

I introduksjonen så vi at kroppsbildeforstyrrelse er vanlig ved overspisingsslidelse (Lewer et al., 2016), og at kroppsbildeforstyrrelse har vist seg å være et komplekst fenomen (Danielsen, 2016). Vi lever i en kultur som preges av kroppen som statussymbol, med massiv oppmerksomhet på kroppen som objekt (Engelsrud, 2006). Norge er et av de landene som ligger på topp når det gjelder *kroppsbildefordringer*, der over halvparten av ungdommer på 15 år, svarer at de synes de er for tykk (WHO, 2009/10). Det synes hensiktsmessig å søke å en dypere forståelse av kroppsbilde som fenomen. Et kroppsfenomenologisk perspektiv kan kanskje åpne for nye måter å forholde oss til de kroppsbildefordringer vi står ovenfor, gi innspill til tilnærminger, aktuelle nivåer og arenaer for å kunne ta tak i dette.

Gjennom prosessen med BK oppdaget kvinnene at *bevegelse* kunne integreres i hverdagen og kunne være grobunn for velvære. Synet kvinnene i utgangspunktet hadde på *fysisk aktivitet*, var preget av reduksjonisme, en ting de følte de burde gjøre. For kvinnene var det nye kroppslige erfaringer, heller enn informasjon som åpnet for nye muligheter til bevegelse. Nye erfaringer i kroppen var viktig for å oppdage nye former for bevegelse. I introduksjonen så vi at bevegelseskvalitet i BK indikerer mestringsforventning (Gyllensten et al., 1999).

Kroppsfenomenologiens forståelse av vår bevissthet som en kroppslig forankring av «jeg kan», kan utdype vår forståelse av hvordan nye fornemmelser i kroppen kunne åpne for mer bevegelse. Til tross for at inaktivitet er en av de 10 største risikofaktorene for død, viser en rapport fra Verdens helseorganisasjon (WHO, 2010) at 23 % av den voksne befolkningen og 81 % av skolebarn i alderen 11 til 17 år på verdensbasis, var utilstrekkelig fysisk aktive. Voksne som er 150 minutter moderat aktive i uken og barn som er aktive 60 minutter daglig har stor gevinst. Kunne en mer kroppsfenomenologisk forståelse av bevegelse, der en mer naturlig integrering av bevegelse i hverdagen, trygghet og velvære hadde større fokus, vært forebyggende for inaktivitet? For kvinnene i denne studien var det ikke mangel på kunnskap eller påminning som i utgangspunktet stoppet dem fra å bevege seg mer, tvert om hadde den stadige påminningen om at de ikke mestret noe de burde, vært grobunn for mer dårlig samvittighet. Min kliniske erfaring er at både ubehagelige følelser og et dårlig kroppsbylde kan hemme bevegelse. En kropp i bevegelse er mye mer truende enn en kropp som er helt i ro. Jeg tror et kroppsfenomenologisk perspektiv der man fremmer kroppen som meg, en kilde til velvære og muligheter, heller enn å objektivisere den som et prosjekt vi skal lykkes i, hadde vært nyttig innen det helsefremmende fagfeltet generelt, ikke bare når det gjelder bevegelse. Utfra et kroppsfenomenologisk perspektiv etableres vaner gjennom et samspill mellom egenkropp og væren i verden (Merleau-Ponty, 2012).

Smerte er et annet tema som er essensielt i kvinnenens prosess. Utfra et kroppsfenomenologisk perspektiv kan smerte bidra til forrykning mellom kroppsobjektet og kroppssubjektet, en splittethet der vi blir mer bevisst på kroppen som objekt (Svenaesus, 2005). Deltagerne beskriver hvordan smerten bekymret dem og skapte utrygghet. Psykologisk kan vi sånn sett anta at smerten kan ha trigget en beredskap i nervesystemet, og at de beveger seg bort fra toleransevinduet. Kvinnene beskriver at det sentrale i endringen ikke var endring i grad av smerte, men heller måten de begynte å forholde seg til smertene med større grad av aksept og egenomsorg. En nyere studie viser hvordan nettopp det å åpne for ny mening i smerte, var nøkkelen til å kunne håndtere kronisk smerte og kunne ha et bra liv uavhengig av smerten (Ojala et al., 2015). En åpen, aksepterende nysgjerrighet i møte med det som her og nå erfares, selv når det er vondt og vanskelig, kan åpne for en dypere mening (Hayes, 2004).

Begge deltagerne beskrev hvordan de gjennom kroppen bar med seg sin historie, spesielt de vonde opplevelsene. I et kroppsfenomenologisk perspektiv kan man ikke skille mellom fysisk eller psykisk smerte, eller mellom smerte og historie. Utfra denne forståelsen blir det å søke mening i smerten, vedkjenne den som en del av meg, sentralt. Min kliniske erfaring er at det å

virkelig gå inn å erfare smerten, dvele ved den, sette ord på den, med trygghet, kan bringe frem en mer nyansert forståelse, noe som gjør den lettere å forholde seg til, integrere den i meg og mitt liv. Selv når kroppen oppleves ubehagelig eller smertefull, kan den like fullt være en kilde til muligheter. Merleau-Ponty påpeker at det er gjennom kroppen meningsdannelse og oppdagelse av sammenheng starter (Merleau-Ponty, 2012). Psykologisk har vi også sett på at vi gjennom kroppen kan skape mening (Gendlin, 2007). Kvinnene erfarte at de gjennom å være nysgjerrig i egen kropp kunne oppdage mønstre på godt og vondt som hadde betydning for å forstå og forholde seg til nyansene i smertene.

Når det gjelder *følelser* unngikk kvinnene i utgangspunktet vonde følelser, rømte fra dem eller nummet dem gjennom å overspise. Min kliniske erfaring er at pasienter med overspisingsslidelse i stor grad er preget av skam som de kjemper med å holde på avstand. Ettersom følelsene fornemmes gjennom kroppen (Stiegler, 2015), fører en avstengthet i forhold til følelser til en distanse til egen kropp. Både utfra et kroppsfenomenologisk perspektiv og et psykologisk perspektiv kan en slik splitting kunne skape en utrygghet i kroppen som kan ha en eksistensiell betydning. Min kliniske erfaring er at en slik avstengthet er relativt vanlig i vår kultur. Vi er gjerne opplært til å ta oss sammen, knipe det i oss, og fortsette som om ingenting selv ved sterke ubehagelige følelser. I mange tilfeller erfarer jeg som terapeut at denne avstengtheten har sammenheng med fysiske symptomer som muskel og skjelettplager, hodepine, søvnvansker, utmattethet og svimmelhet. En slik avstengthet kan begrense vår livsutfoldelse enten ved at smertene den forårsaker hemmer oss, eller ved at vår atferd drives av å søke å unngå / flykte fra det ulmende ubehaget avstengte følelser gir.

I følge Merleau-Ponty er det en samtidighet mellom kropp og følelser (Merleau-Ponty, 2012). I det fastlåste utgangspunktet hadde kvinnene et avstengt forhold til egne følelser. Parallelt med at forholdet til kroppen endret seg gjennom denne prosessen, endret også forholdet til følelsene seg. Kvinnene kunne fornemme følelsene, sette ord på dem, akseptere dem og i større grad holde dem ut. Klinisk ser jeg at både for pasienter med spiseforstyrrelser og andre, er det en krevende, men svært nyttig prosess å gjenopprette kontakt med avstengte følelser. Kontakten med følelser en lenge har unngått kan oppleves smertefullt. Likevel gjennom akseptering av noe en så lenge har brukt mye krefter på å unngå, kan oppleves befriende og åpner for erkjennelse og nye muligheter. Psykologisk er kontakten med følelsene svært sentralt med tanke på at våre følelser kan bidra til at en forstår egne behov, fremmer relasjoner og kan være kilde til motivasjon (Stiegler, 2015).

Kvinnene beskriver at *ro* etter hvert vokste frem som en mulighet. Denne roen handlet om mer enn bare avspenning av muskulatur. Roen kvinnene beskriver opplevdes svært behagelig. Den hjalp dem til å håndtere små og store utfordringer i livet. Denne formen for ro de beskriver kunne oppstå i samspill med-, og bedret samspillet med andre. Merleau-Ponty bryter med et skille mellom den indre og ytre verden, og hevder at det er uklare grenser mellom meg og andre, og at vi eksisterer med en åpen sameksistens med andre og verden vi er en del av (Merleau-Ponty, 2012). Psykologisk kan vi forstå dette ved at en bedre regulering fremmer vår sosial fungering og at vi får en emosjonell resonans (Porges, 2011; Siegel, 2007). Roen var ikke bare nært knyttet til samspillet med andre, men også til selvpplevelsen. Psykologisk kan vi forstå dette som en aktivering av vårt «self-engagement system» (Siegel, 2007). Ved å være mer innenfor toleransevinduet har en oppmerksomhet i relasjoner som åpner for en gjensidig opplevelse av å føle seg sett og forstått, som er utrolig viktig for oss (Siegel, 2007). De to kvinnenes beskrivelser viser en bevegelse mot *trygghet*. Større grad av trygghet i forhold til seg selv, i samspill med andre og i livet mer generelt. Jeg forstår det som om de beskriver at de i større grad faller på plass i seg selv og sitt liv. Kroppsfenomenologisk kan dette forstås som at de kjenner seg mer i *harmoni* med egenkroppen og omgivelsene (Svenaesus, 2005). Deltagerne beskriver dette som å finne mitt senter, mitt indre meg og knytter det til både styrke, ro, lykke, velvære og harmoni, som om de ved å søke innover, oppdager nye ressurser, som var viktig i møte seg selv og med verden.

Vi lever i en verden i stadig endring, der vi forholder oss til enorme mengder med informasjon hver dag, impulser trekker i oss fra alle kanter. *Negativt stress* er en belastning for vår helse og vårt velvære (Kabat-Zinn, 1990). Det er kanskje nettopp ved å søke innover at vi kan finne det vi trenger. Klinisk er dette noe jeg ser er at pasienter har nytte av, og det er også noe jeg stadig aktivt søker og har nytten av i eget liv.

Kvinnene i dette prosjektet viste etter hvert ny innsikt, der de ble bevisst på sammenhenger de ikke hadde sett før. Som sammenhengene mellom vonde følelser og overspisninger, mellom forholdet til kroppen, selvpoplevelsen og livet, mellom forståelse av smerte og egenomsorg, bevegelse, indre ro og velvære. Alle disse nye sammenhengene som ble oppdaget, åpnet nye muligheter og en ny form for væren. Begrepet «*sence of coherence*» (SoC) ble utviklet av Aaron Antonovsky (1979) gjennom sitt arbeid med hvorfor noen til tross for stor belastning forblir friske, mens andre blir syke. SoC viser til opplevelse av sammenheng og det å finne en form for mening i verden (Antonovsky, 1987). Man har gjennom forskning funnet en klar sammenheng mellom SoC og helse som går på tvers av alder, kjønn, etnisitet og nasjonalitet

(Eriksson & Lindström, 2006). I innledningen så vi hvordan en gjennom forskning hadde funnet signifikant målbar sammenheng mellom bevegelseskvalitet målt gjennom BK undersøkelse og SoC (Gyllensten et al., 1999).

Begge kvinnene opplevde BK som en nyttig prosess. I tillegg til BK fikk deltagerne kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser. De formidlet at det kunne være litt vanskelig å knytte endringer helt klart opp til en av behandlingsformene, og det var ikke alltid like klart i deres fortellinger om endringer de beskrev hadde sammenheng med det de hadde lært gjennom BK. Både gjennom kroppsfenomenologien og psykologien er vår væren i egen kropp, og kroppen i verden, gjerne ureflektert og ubevisst (Mandelid, 2006; Merleau-Ponty, 1994). Dette kan sann sett tyde på at endringene var blitt en del av deres naturlige, mer ubevisste form væren. I forhold til det å kombinere BK med kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser, syntes begge deltagerne at de to behandlingsformene komplementerte hverandre, og opplevde ikke at de kunne kommet der de var med bare en av behandlingsformene.

Selv om BK opplevdes veldig rart i starten, opplevdes etter hvert behandling med BK mer meningsfylt for deltagerne. Deltagerne formidlet at dette hadde sammenheng med at terapeuten tilpasset øvelsene / bevegelsene til deres behov, og at de opplevde at elementer fra øvelsene var nyttig i viktige situasjoner i deres hverdag. Det de gjorde fikk relevans for dem og deres liv. Fra begge deltagernes fortellinger fremgikk det at disse elementene fra BK som ga mening og som etter hvert ble naturlig del av deres hverdag, var det de tok med seg videre etter endt behandling. Kroppsfenomenologisk forstår jeg dette som at relevans var sentralt for å unngå fremmedgjøring. Relevans synes å ha åpnet for at de kunne integrere de nye erfaringene i egenkroppen og i samspillet med verden. Klinisk opplever jeg at det å forstå hvordan det en gjør kan relateres til en selv, gjør det lettere å investere i behandlingen, prioritere den og fremmer trygghet i møte med ubehag. Deltagernes forståelse av at behandlingen hadde relevans for dem og deres liv, åpnet for en mer aksepterende nysgjerrighet, og dette åpnet for erfaringer de kunne ta med seg ut av behandlingsrommet. Igjen et eksempel som illustrerer vår bevissthet i et til-fra-forhold, en kroppslig ferdighet av responsivitet og spontanitet i direkte samspill med verden, og hvordan man gjennom kroppen skaper mening (Merleau-Ponty, 2012). Slik kan en oppdage nye muligheter både i forholdet til seg selv og verden vi er en del av.

Deltagernes erfaringer med utgangspunkt i den fastlåste kroppen, sett opp mot valgt teori, taler for at en tilnærming som BK er hensiktsmessig. Funnene kan kanskje også åpne opp for ny tenkning rundt sykdom, helse, og i samfunnet mer generelt. Hva ville skjedd om vi på flere

aktuelle nivåer og arenaer søkte å fremme det å kunne kjenne seg mer hjemme i egen kropp, en tryggere form for inntoning i oss selv, hvordan ville verden da sett ut?

5.2 Hvordan står funnene i forhold til tidligere forskning?

Andre studier av pasienters erfaringer med BK har funn som støtter opp om resultatene i denne studien. I en studie med fokusgruppeintervju av 17 kvinner og en mann med lettere psykiske lidelser, som hadde deltatt i BK gruppe, konkluderte man med at økt oppmerksomhet på erfaringen av kroppen som levd erfaring, bidro til at deltakerne kjente seg mer hele og følte seg mer hjemme i seg selv. Gruppeprosesser som aksept og støtte, inkludert terapeutens rolle, så ut til å være helsefremmende. Det å delta i en slik BK gruppe så ut for å bidra til en «stronger sense of belonging to one self», altså til å føle seg som et sterkere menneske, samtidig som endringsprosessen var krevende og tok tid (Johnsen & Råheim, 2010). Denne studien har likhetstrekk i den bevegelse av endring som jeg også har funnet i denne studien.

I en kvalitativ studie med dybdeintervju av 8 schizofreni pasienter, ble følgende hovedkategorier identifisert i behandling med BK: affekt-regulering, kroppsbevissthet, selvfølelse, effekter i sosial kontekst og evne til å tenke (Hedlund & Gyllensten, 2010). I en annen studie med intervju av totalt 44 informanter, 20 strategisk valgte friske, 13 terapeuter og 11 pasienter fra psykiatrien og med erfaring med BK, ble «embodied identity» gjennom grounded teori kjernekategori. Underkategorier i denne studien var «living in the body» og «living in relations to others and in society». Studien konkluderer med at kroppsbevissthet er uatskillelig fra identitet, og har sammenheng med et individs helse (Gyllensten, Skär, Miller, & Gard, 2010). Felles for studiene er at de belyser sammenhenger mellom kroppserfaring og selvopplevelse, i en kontekst der samspill med andre er betydningsfullt. Erfaringene fra BK som kommer frem i disse studiene sammenfaller godt med de to kvinnenes erfaringer fra BK.

5.3 Mulige konsekvenser for klinisk praksis

Det er umulig å generalisere og komme med bombastiske retningslinjer for klinisk praksis basert på denne studien av to deltagere. Men utfra en dyptgående gjennomgang av deltagernes fortellinger, med støtte i relevant teori, er det grunnlag for å komme med visse refleksjoner som kan ha relevans for klinisk praksis.

Både deltagernes fortellinger og teorien tyder på at man gjennom en kroppslig behandlingstilnærming kan fremme erfaring av egenkroppen som sin og bidra til større grad av harmoni og trygghet. I tillegg til en sterkere forankring i en selv, kan dette åpne for en mer samstemthet med verden en lever i. På denne måten kan en kan komme inn i en god sirkel der

en gjennom kroppen, tilgangen på oss selv, åpner for nye erfaringer gjennom bevegelse, handling og samhandling, og stadig utdyper mening som igjen forankres i kroppen. Ut fra problematikken deltagerne beskriver og de diagnostiske kjennetegn ved overspisingsslidelse (Helsedirektoratet, 2017), vil en behandlingstilnærming som BK kunne være nyttig for denne pasientgruppen. Med tanke på at kroppsbildeforstyrrelse er en del av kjerneproblematikken ved spiseforstyrrelser generelt, vil BK også kunne være nyttig ved andre former for spiseforstyrrelser. Med et kroppsfenomenologisk perspektiv på sykdom der en uhyggelig fremmedhet er betegnende, vil en kroppslig tilnærming som BK kunne være nyttig ved flere tilstander, der dette er spesielt fremtredende.

Informasjon i forkant av BK var noe begge deltagerne anbefalte. Her vil det kunne være hensiktsmessig å inkludere undervisning knyttet til kropp og følelser, kropp og selvopplevelse og kropp og liv, med teori og modeller som kan bidra til å gjøre disse sammenhengene mer begripelig. Dette kan åpne for en forståelse av at vi gjennom kroppen kan søke å påvirke mer enn det umiddelbare. Likeledes kan det være nyttig med innsikt fra psykologisk basert teori om at unngåelse av ubehag kan bidra til destruktive reaksjonsmønstre. En slik deling av kunnskap kunne åpnet for at pasienter i større grad kunne forstått sine reaksjoner, møtt dem med trygghet. Pasient og terapeut kunne dannet en felles plattform for forståelse som kan åpne for meningsdannelse i arbeidet med kropp og kroppserfaring i BK. Å forstå det spiseforstyrrede mønsteret gjennom et kroppsfenomenologisk perspektiv som en splitting mellom kroppen som subjekt og objekt, der objektgjøring og den fremmedhet som det kan innebære får overtaket, kan være klargjørende. Denne type informasjon kunne bidratt til at disse pasientene så nytteverdien av å jobbe med BK. Undervisning om denne forståelsesrammen kunne kanskje også hjulpet aktuelle pasienter forbi et vanlig dualistisk grunnsyn, der kroppen ses på som atskilt fra følelser og livserfaring, som gjerne gjør at BK oppleves som fremmed og rart i utgangspunktet.

Det synes også helt sentralt at terapeuten tilpasser behandlingen til den enkelte, slik at den ikke oppleves mekanisk eller overveldende, har relevans for den enkelte, oppleves som relevant for pasientens hverdag, og i det hele tatt gir mening for den det gjelder. Videre har terapeuten vært i timene mye å si for pasientenes erfaringer, ifølge deltakerne i studien. Ikke minst for å skape en trygg base av ro, som kan gi muligheter for nye erfaringer. Dette taler for at man som terapeut må øve opp evnen til å fremme ro og trygghet i egen kropp, gjennom praktisering av øvelser selv, og gjennom klinisk praksis øve på å hente dette frem i terapitimene. Innen BK er egentrening en godt innarbeidet del av det å være terapeut.

5.4 Metodediskusjon

Metode er de fremgangsmåter som benyttes i forskning, i innsamling og bearbeiding av informasjon, datamaterialet. Forskning innebærer en rekke valg, og metode bør styres ut fra problemstillingen, hvordan gå frem for å få svar på forskningsspørsmålene (Thornquist, 2003 s. 10). Innen kvalitative metodiske tilnærminger tar man vitenskapsteoretisk utgangspunkt i at det finnes mange ulike versjoner av virkeligheten, som samtidig kan være gyldige (Malterud, 2011 s. 181 - 189). Her søker man å få frem ulike perspektiver, og gå i dybden på et fenomen heller enn å finne en enkelt sannhet (Patton, 2002 s. 546). Til tross for bred enighet om viktigheten av høy kvalitet på forskningen, er det liten enighet om hvordan man skal definere høy kvalitet innen kvalitativ forskning (Polit & Beck, 2012 s. 582). Validitet er å stille spørsmål til kunnskapens gyldighet (Malterud, 2011 s. 181). Det er en pågående debatt om man innen kvalitativ forskning kan bruke termer som validitet, eller skal ha andre termer og kriterier for kvaliteten. Resultatet av dette er at det ikke er noe felles vokabular, eller kvalitetsmål. Lincoln og Guba er blant de kvalitative forskere som det oftest refereres til når det gjelder kvalitetskriterier (Polit & Beck, 2012 s. 584). Jeg har i metodediskusjonen valgt å ta utgangspunkt i deres fire kriterier for troverdighet (trustworthiness) (Lincoln, 1985), som har flere elementer: *Credibility* (intern validitet), *dependability* (at en tar høyde for kontekstuelle forutsetninger), *confirmability* (validering underveis), og kunnskapens overførbarhet (*transferability eller generaliserbarhet*) (Lincoln, 1985; Malterud, 2011 s. 211). Metodediskusjonen avsluttes med å drøfte refleksivitet / forskerrollen.

5.4.1 Kredibilitet

Kredibilitet viser i denne sammenheng til intern validitet i dataene (Polit & Beck, 2012 s. 585). I denne studien utforsker jeg to deltagere med overspisningslidelse sine levde erfaringer fra behandling med BK. Jeg prøver å se på hvilken betydning endringer i forholdet til kroppen de erfarte underveis, hadde for dem i deres livsverden

At det er sammenheng mellom problemstilling, valg av metode og valg av teori, er avgjørende for den interne validiteten i en studie (Malterud, 2011 s. 22). Valg av kvalitativ metode var her egnet fordi jeg ønsket studere et fenomen i dybden og se på sammenhenger (Patton, 2002), og fordi jeg ønsket å få frem kompleksiteten i livsverden (Bengtsson, 2006. s. 38). Valg av fenomenologisk føringer var videre hensiktsmessig med tanke på at det i denne studien var deltagerens levde erfaringer jeg ønsket å studere (Van Manen, 2014). Etersom det var erfaringer knyttet til behandlingsprosessene jeg ønsket å undersøke, valgte jeg et longitudinelt design. Dette innebar at jeg fulgte deltagerne over tid med multiple

datainnsamlinger, som er egnet når en søker å få frem hvordan det en undersøker utvikler seg (Polit & Beck, 2012 s. 489). Til innhentning av data var forskningsintervjuet hoved-metode. Forskningsintervjuet er vanlig innenfor fenomenologien og er ansett som en forskningsmetode som gir privilegert tilgang til menneskers grunnleggende erfaringer av sin livsverden (Kvale, 2009 s. 49; Polit & Beck, 2012).

Det kan være vanskelig å sette ord på våre kroppslige erfaringer. Gjennom språket kan man utdype levd erfaring (Merleau-Ponty, 2012), sånn sett kan intervjuet likevel være en god arena for å få frem kroppserfaringen. Om man gjennom intervjuet lyktes i få frem kroppserfaringen, er i stor grad avhengig av meg som intervjuer (Patton, 2002 s. 341). Jeg er nybegynner som forsker, noe som sånn sett kan ha svekket den interne validiteten. I forkant av intervjuet brukte jeg god tid på å utvikle en egnet intervju-guide, og øvde meg på å stille åpne spørsmål. Video-observasjon og deltageres logg-bok fra behandling ble brukt som støtdata, for gjennom flere metoder å belyse deltageres erfaringer, og var med på å styrke den interne validiteten.

Valg av teori kan svekke den interne validiteten om den ikke er relevant. Jeg prøvde å inkludere teori som var relevant og som kunne utdype deltageres erfaringer, som utgangspunkt for diskusjonsdelen. I tillegg drøftet jeg underveis med eksperter fra fagmiljø både når det gjaldt metode, teori og funn. Mye har vært gjort for å sikre den interne validiteten, i hvor stor grad jeg har lyktes er vanskelig å måle.

5.4.2 Dependability

Dependability viser til det å ta høyde for de kontekstuelle forutsetningene (Malterud, 2011 s. 211), som analog til reliabilitet (Patton, 2002 s. 546). Ville funnene vært de samme med de samme / lignende deltagerne under samme / lignende forhold (Polit & Beck, 2012)? Utvalget i studien ble inkludert utfra det man kaller ”purposive sampling”, for å velge deltagere som i størst grad kunne belyse fenomenet (Patton, 2002 s. 243; Polit & Beck, 2012). Ettersom pasienter med overspisningslidelse har et problematisk forhold til kroppen, ble intervjuene gjennomført individuelt i stedet for fokusgruppeintervju, som kunne gitt erfaringer fra flere deltagere. Trygge rammer gjør det lettere å reflektere rundt et vanskelig tema, derfor valgte jeg også å gjennomføre intervjuene i kjente omgivelser med god tid.

I forhold til om funnene hadde hatt mye til felles med et annet utvalg som oppfylte inklusjonskriteriene, er det vanskelig å si. Dette er to deltagers unike erfaringer. Samtidig ble deltagerne valgt utfra kriterier som gjorde dem relevante i forhold til det jeg ønsket å

undersøke. Dessuten har jeg gjennom bearbeidingen av data prøvd å løfte frem det som var essensielt i forhold til fenomenet kroppserfaring på tvers av deltakernes fortellinger. Jeg kunne antagelig fått utdypet fenomenet ytterligere ved å inkludere flere deltagere. Det var for det første uforutsigbart hvor lang tid rekrutteringen av deltagere ville ta. Da nesten et halvt år var gått, hadde jeg to deltagere. Det ville betydd betydelig forlengelse av datainnsamlingsperioden om en ytterlig deltager ble inkludert. Tidsrammen for masteroppgaven, tillot ikke det. Omfanget av datamaterialet ble også stort med to deltagere i og med at jeg fulgte dem ganske tett over tid. Med mer materiale ville utfordringen med grundige analyser blitt større.

5.4.3 Validering underveis (*Confirmability*)

Validering underveis avhenger av om presentasjon og fortolkning av dataene, funnene, kan føres tilbake til deltakernes sanne erfaringer (Polit & Beck, 2012 s. 585). I ethvert forsøk på å fange erfaring, vil vi alltid miste noe av den naturlige, uberørte eksistensen. Men gjennom fenomenologisk refleksjon over resultatene fra intervjuene, kan man søke å få frem noe av meningen fra livets dybder (Van Manen, 2014 s. 313). Validering underveis viser til en rettferdig fremstilling. At funnene (her meningsstrukturen) i studien reflekterer deltakernes fortellinger, ikke forskerens fordommer, motivasjon eller perspektiv (Malterud, 2011 s. 211; Polit & Beck, 2012 s. 585). I tillegg at prosessen som er gjort, er så tydelig beskrevet at leseren kan vurdere objektiviteten i fremstillingen (Patton, 2002 s. 576).

Språket kan gi rom for misforståelser. Jeg kan tro at jeg har forstått noe, uten at det er det er det deltageren faktisk prøvde å formidle. Her er rom for å skape en forståelse som kanskje ikke har forankring i meningen fra livets dybder. Det kunne derfor vært hensiktsmessig å benytte *member checking*, der jeg hadde bedt deltagerne om feedback på mine fortolkninger. Dette kunne vært gjort etter analysen, enten skriftlig eller muntlig (Polit & Beck, 2012 s. 591), men var vanskelig å få til innenfor tidsrammene i masterstudiet, da analysen først var ferdigstilt mot slutten av prosessen. I stedet prøvde jeg underveis i intervjuene å oppsummere det jeg oppfattet at deltagerne hadde sagt, og forhøre meg om jeg hadde forstått dem og for å oppklare eventuelle mistolkninger. Gjennom å snakke flere ganger med hver deltager, fikk jeg i tillegg muligheten til å sjekke ut om jeg hadde forstått dem riktig i forrige intervju. For å komme tett på prosessen, valgte jeg å intervju dem flere ganger underveis, i stedet for i etterkant. Dette for å søke å sikre at erfaringene jeg ønsket å undersøke var friskt i minne for deltagerne. Hele veien under utarbeidelsen av resultatkapittelet, søkte jeg å orientere meg mot hva deltagerne hadde formidlet gjennom transkripsjonene, og fremstille dette så tydelig som

mulig. I analysedelen støttet jeg meg til steg utarbeidet av Van Manen (Van Manen, 2014), som er ekspert innen det fenomenologiske fagfeltet.

Som jeg skal komme mer inn på under refleksivitet, kan min positive forforståelse ha truet validering underveis. Feltblindhet kan ha farget funnene. I et forsøk på å forebygge dette har jeg søkt å få frem både positive og negative opplevelser fra BK under intervjuene, og gjennom drøftingen ha med både fordeler og ulemper ved en kroppslig behandlingstilnærming. Jeg har i studien vært tydelig på min bakgrunn og forforståelse av tema, og prøvd å ha en gjennomsiktig prosess der jeg har prøvd å være åpen på hvilke valg jeg har tatt og hvorfor (Polit & Beck, 2012 s. 596).

5.4.4 Kunnskapens overførbarhet

Overførbarhet (*transferability*) viser til generaliserbarhet, om dataene har gyldighet i andre settinger eller blant andre grupper, analogt til ekstern validitet (Malterud, 2011 ; Patton, 2002 s. 246; Polit & Beck, 2012). I følge Lincoln og Guba er dette ikke opp til forskeren å vurdere. Forskeren kan bare søke å gi så rike beskrivelser av både forskningssettingen, deltagerne i studien, dataene og prosessen, at interesserte lesere kan konkludere med om dette lar seg overføre til andre kontekster (Polit & Beck, 2012 s. 526). *Thick descriptions* kan defineres som: «*A rich and thorough description of the research context in qualitative study*» (Polit & Beck, 2012 s. 744). Jeg har gjennom studien jobbet med å gi en fyldige beskrivelser av BK, bakgrunnen for studien, hvor intervjuene fant sted, av deltagerne, funnene (meningsstrukturen) og prosessen.

Autentisitet (*authenticity*) ble etter kritikk lagt til som et femte kriterium for troverdighet av Lincoln og Guba. Dette viser til om forskeren gir leseren muligheten til å få et videre og autentisk innblikk i deltagerens levde erfaring (Polit & Beck, 2012 s. 584 - 585), og kan defineres som: «*The extent to which qualitative researchers fairly and faithfully show a range of different realities in the collection, analysis and interpretation of data*» (Polit & Beck, 2012 s. 720). Jeg har prøvd å gi allsidige beskrivelser av deltagerens erfaringer, og gjennom fortolkningen prøvd å berike meningene som ligger i disse erfaringene, i diskusjonen søkt å få frem hva det kan bety, uten å drive bort fra det som faktisk ble erfart. Kvaliteten på kvalitative studier handler om å være balansert, rettferdig, seriøs, dedikert og grundig som forsker (Patton, 2002 s. 575), og dette har jeg etterstrebet.

5.4.5 Refleksivitet - Forskerrollen

Refleksivitet viser til forskerens forutsetninger og tolkningsramme. Forskeren skal aktivt sette spørsmålstegn til ved egne fremgangsmåter og konklusjoner og lete etter utfordringer til egne forestillinger gjennom hele prosessen (Malterud, 2011 s. 17 - 18). Fenomenologiske studier innebærer ofte følgende faser: «bracketing», «intuiting», analyse og beskrivelse (Polit & Beck, 2012 s. 495 - 496). «Bracketing» er en prosess, der forskeren identifiserer og søker å tøyne sin forforståelse om fenomenet som skal undersøkes, slik at man i størst grad får frem deltagerens levde erfaringer (Van Manen, 2014 s. 41). Intuiting er når forskeren er åpen for levd erfaring knyttet til fenomenet, fra de som har erfart det. Etter dette kommer analysen av dataene, før den beskrivende fasen, der forskeren søker å forstå og beskrive fenomenet (Polit & Beck, 2012 s. 495 - 496).

Moderne vitenskapsteori anser ikke forskeren som en nøytral part, men ser heller på hvordan forskeren påvirker prosessen (Malterud, 2011 s. 37). Det har derfor vært viktig å klargjøre min forforståelse som forsker og dele denne med leseren (Malterud, 2011 s. 18). Jeg har en nærhet til feltet jeg har forsket på, både gjennom egentrening og klinisk erfaring fra BK, og fra å ha jobbet med pasienter med overspisingsslidelse. Dette kan både være en styrke og en svakhet. I tillegg kan man si at jeg har egeninteresse av resultatene. Dersom jeg finner at BK ikke gir noen verdifull erfaring for pasienter med overspisingsslidelse, vil jeg som fagutøver kunne tape på dette, hvis det er med å føre til at fysioterapitilbudet til denne gruppen fjernes.

Både positiv erfaring og egeninteresse i BK kan ha vanskeliggjort kritisk refleksjon, og gir risiko for redusert troverdighet i studien. For å kunne bringe frem noe nytt i forskningsprosessen, er et åpent sinn nødvendig, med plass for tvil, ettertanke og uventede konklusjoner (Malterud, 2011 s. 18). I min rolle som forsker har jeg måttet lete etter hva jeg må legge til side for å være i stand til å analysere deltagerens historie på en lojal måte, uten å lese mer inn i intervjuene enn det er grunnlag for (Malterud, 2011 s. 37 - 47). Jeg har prøvd å skrive ned refleksjoner rundt dette underveis. Er min person som forsker for tydelig til stede i materialet, vil det kunne true kunnskapens gyldighet og pålitelighet. Min målsetning som forsker har vært at de empiriske data, i størst mulig grad reflekterer deltagerens erfaringer og meninger (Malterud, 2011 s. 38). For å sikre dette kan det være nyttig å gå igjennom materialet sammen med andre, for å se på det i et meta-perspektiv, og gjøre nødvendige justeringer underveis (Malterud, 2011 s. 39). Jeg har som sagt drøftet underveis i prosessen med eksperter fra fagmiljø både når det gjelder metode og funn. Etersom dette har betydd gjennomgang av transkripsjoner og videomateriale som kan identifisere pasientene, måtte

tillatelse til dette innhentes gjennom det informerte samtykket for dem det gjaldt (Malterud, 2011 s. 204).

Da jeg holdt på med transkripsjonen av intervjuene, oppdaget jeg at jeg innimellom stilte ledende spørsmål, og at mine forsøk på oppsummeringer underveis i intervjuene ikke alltid traff det deltagerne prøvde å formidle. Heldigvis var deltagerne god på å korrigere meg. De ble tydelig også mer ordfattige når de ikke helt kjente seg igjen i min forståelse. I analysen prøvde jeg å rette dette opp ved å ta utgangspunkt i det som syntes å være deres beskrivelser, mest mulig ufarget av min forståelse. Dette var også tema for diskusjon med mine veiledere.

Mine erfaringer fra feltet kan samtidig være en styrke. Forskerens jobb er å få frem mening i fenomener som i utgangspunktet kan virke abstrakte og vanskelig å begripe (Polit & Beck, 2012 s. 476). Feltekunnskap kan både øke forståelsen og kan bidra til å skape tillit og gjensidig forståelse (Malterud, 2011 s. 151). Det å skape tillitt hos deltagerne er sentralt for å få frem erfaringene. Et rikt datamateriale forutsetter at deltakerne føler seg trygge uten å føle seg presset eller invaderte (Malterud, 2011 s. 202). Pasienter med overspisingsslidelse er ofte preget av skam (Arne & Økland Lier, 2008). Det at jeg har erfaring fra å jobbe med denne pasientgruppen kan ha vært vesentlig for å kunne skape tillitt hos deltagerne. Min kunnskap på feltet vil også kunne gjøre at jeg klarer å fange opp det som er med på å bygge essensen i erfaringene, fordi min egen erfaring gjør at jeg i større grad vil kunne se hva som er sentralt med utgangspunkt i denne måten å arbeide med kropp og kroppserfaring på. På den annen side er feltblindhet en felle, dersom jeg kun ser det jeg er vant til å se (Malterud, 2011 s. 151).

Ettersom forsker-rollen var helt ny for meg, var det avgjørende at jeg leste meg opp på litteratur som kunne fremme denne rollen, og at jeg gikk inn i forskningen med nysgjerrighet og ydmykhet. Min rolle som forsker var helt annerledes enn hva jeg er vant med som terapeut. Som terapeut jobber jeg målrettet sammen med pasienten for å fremme bedring. Som forsker søker jeg å få frem erfaringer, for så å analysere, beskrive og diskutere disse. I terapeutrollen leder jeg ofte mot endring, mens som forsker kreves det at jeg åpner for deltagerens erfaringer slik de er. Gjennom hele denne prosessen søkte jeg å styrke min nye rolle som forsker, for å få frem mest mulig av deltagerens erfaringer, på en ivaretagende måte.

6. Konklusjon

I denne studien har jeg søkt å belyse to deltagere med overspisningslidelse sine erfaringer fra BK. Gjennom analysen kom det frem en overgripende meningsstruktur: *På vei fra kroppen som problem til kroppen som mulighet*. Spiseforstyrrelsen, bevegelse, smerte, ro og selvpplevelse ble essensielle tema, bestanddeler i denne overgripende tematikken.

Deltagernes fortellinger diskutert ut fra et kroppsfenomenologisk perspektiv og deler av moderne psykologi har åpnet for en dypere forståelse av deltakernes erfaringer. For egen del har dette åpnet for nye muligheter og innfallsvinkler til forståelse av erfaringer som bringes fram i en behandlings- og bevegelsespraksis som BK er.

Deltagernes fortellinger fra prosessen med BK kan kroppsfenomenologisk forstås som å gå fra et fastlåst mønster med forrykning mellom kroppsobjekt og kroppssubjekt, der kroppen opplevdes som fremmed, til større grad av integrering av kroppen som sin i erfaringen.

Psykologisk kan det forstås som å gå fra en beredskaps-tilstand, til en tilstand mer preget av trygghet som åpnet for en friere tilgang til levd erfaring. Med utgangspunkt i begge de teoretiske perspektivene kan dette fremme en mer harmonisk væren i oss selv, og i samspill med våre omgivelser og andre. En god sirkel kan skapes der en gjennom kroppen, tilgangen på oss selv, åpner for nye erfaringer gjennom bevegelse, handling og samhandling, og stadig utdyper mening som igjen forankres i kroppen.

Til tross for at kroppens størrelse fortsatt opplevdes problematisk etter denne prosessen, deltagerne fortsatt hadde en plan om å gjennomføre fedmekirurgi, fortsatt hadde smerter og følelser som kunne være vanskelig å holde ut, oppdaget de gjennom fornemmelsene i kroppen nyanser ved utfordringene. Dette åpnet for nye måter å forholde seg til utfordringene på.

Deltagerne erkjente i større grad egne behov, og oppdaget sammenhenger de ikke hadde sett så klart før, som sammenhengen mellom kropp, selvpoplevelse og en indre form for ro.

Gjennom kroppen som tidligere hadde vært så problematisk, oppsto muligheter som aksept og fortrolighet. Nye muligheter oppsto da i forhold til deltagerens forankring i seg selv og i møte med livet.

Vi kan ikke konkludere noe med hvordan det gikk på sikt med disse pasientene på grunnlag av erfaringene de delte med oss. Det en likevel kan si er at en prosess i positiv forstand ble satt i gang. Vi kan ikke generalisere, men funnene kan inspirere til å tenke nytt, og vi kan spørre oss om en slik tilnærming der en fremmer egenkroppen som sin i erfaringen, kunne vært aktuell innenfor flere områder som i forhold til fedme, kroppsildeutfordringer, mer langvarige smertetilstander og i helsefremmende og forebyggende arbeid.

Denne studien har vært som å se på et bilde der motivet trer frem over tid. Jeg har skimtet noe som har vekket min nysgjerrighet. Å stadig utforske det jeg har skimtet, nærmere, har vært utrolig spennende, og en prosess som har åpnet for nye måter å se på. Denne prosessen har styrket troen på at en gjennom kroppslige behandlingstilnærminger og bevegelsespraksiser kan påvirke livene våre. Gjennom en studie av to deltagere, kan en umulig generalisere til behandling av alle pasienter. Likevel har deltagernes erfaringer sett opp mot relevant teori, åpnet for en forståelse av at å arbeide med kropp og bevegelse og erkjennelser som følger, kan være en mulig «universalnøkkel» til helsebringende prosesser. At man i behandling av spiseforstyrrelser der forholdet til kroppen er så problematisk og innen psykiatrien generelt ikke inkluderer kroppen i behandling i større grad, var for meg drivkraften til å gjøre denne studien. Studien har gitt meg en større faglig trygghet, og jeg håper at økt dokumentasjon over tid fremmer forståelsen av kroppens betydning for vår selvopplevelse og som uatskillelig fra vår væren i verden.

REFERANSER

- AJ., S. (2003). Binge eating disorder: disorder or marker. *Int J Eat Disord*, 34, 107 - 116.
- Antonovsky. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping*: Jossey-Bass.
- Arne, S., & Økland Lier, H. (2008). Et behandlingstilbud for pasienter med overspisingsslidelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 2008, 45, 460-463.
- Balasubramaniam, M., Telles, S., & Doraiswamy, P. M. (2012). Yoga on Our Minds: A Systematic Review of Yoga for Neuropsychiatric Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 3, 117. doi:10.3389/fpsy.2012.00117
- Bengtsson, J. (2006). *Å Forske i Sykdoms- og Pleieerfaringer: Livsverdensfenomenologiske Bidrag*. Norway, Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Cash, T. F., & Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 107-126. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:2<107::AID-EAT1>3.0.CO;2-J
- Catalan-Matamoros, D., Helvik-Skjaerven, L., Labajos-Manzanares, M. T., Martínez-de-Salazar-Arboleas, A., & Sánchez-Guerrero, E. (2011). A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 25(7), 617-626. doi:10.1177/0269215510394223
- Chong, C. S. M., B.S., Tsunaka, M., B.S., Tsang, H. W. H., PhD., Chan, E. P., B.A., & Cheung, W. M., . (2011). Effects of yoga on stress management in healthy adults: A systematic review. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 17(1), 32-38.
- Cramer, H., Lauche, R., Haller, H., & Dobos, G. (2013). A Systematic Review and Meta-analysis of Yoga for Low Back Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 29(5), 450-460. doi:10.1097/AJP.0b013e31825e1492
- Cramer, H., Lauche, R., Langhorst, J., & Dobos, G. (2013). YOGA FOR DEPRESSION: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. *Depression and Anxiety*, 30(11), 1068-1083. doi:10.1002/da.22166
- Danielsen, M. (2012). *Kroppsbildeforstyrrelser og spiseforstyrrelser: er diagnoseforskjeller eller alvorlighetsgrad viktigst?* (Master), [M. Danielsen], Namsos.
- Danielsen, M. (2016). *Disturbed body image and compulsive exercise in female eating disorder patients*. (Thesis for the Degree of Philosophiae Doctor (PhD)), Norwegian University of Science and Technology, Trondheim.
- 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
- Dropsy, J. (1975). *Leva i sin kropp: kroppsuttrykk och mänsklig kontakt* Natur & Kultur
- Dropsy, J. (1988). *Den harmoniska kroppen* Natur och Kultur.
- Emerson, D., Sharma, R., Chaudhry, S., & Turner, J. (2009). Trauma-Sensitive Yoga: Principles, Practice, and Research. *International Journal of Yoga Therapy*, 19(1), 123-128. doi:10.17761/ijyt.19.1.h6476p8084l22160
- Engelsrud, G. (2006). *Hva er kropp*. Oslo: Universitetsforlaget
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(5), 376-381. doi:10.1136/jech.2005.041616
- Eshthardi, S. (2014). *Voices Caught Within: The Embodied Experience of Women with Binge Eating Disorder*. (Degree of Doctor of Philosophy in Clinical Psychology (PhD)), The Chicago School of Professional Psychology, ProQuest LLC.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: The Guilford Press.

- Garner, D. M. (2002). Body image and anorexia nervosa In T. F. a. P. Cash, T. 295–303. New York, NY: (Ed.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 295 - 303). New York.
- Gendlin, E. T. (2007). *Focusing* (5th ed.). New York: Bantam Books.
- Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 57*(1), 35-43. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)
- Gyllensten, A. L. (2001). *Basic Body Awareness Therapy*. Lund, Sweden: Lund University.
- Gyllensten, A. L., Ekdahl, C., & Hansson, L. (1999). Validity of the Body Awareness Scale-Health (BAS-H). *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 13*(4), 217-226. doi:10.1111/j.1471-6712.1999.tb00544.x
- Gyllensten, A. L., Ekdahl, C., & Hansson, L. (2009). Long-term effectiveness of Basic Body Awareness Therapy in psychiatric outpatient care. A randomized controlled study. *Advances in Physiotherapy, 11*(1), 2-12. doi:10.1080/14038190802242061
- Gyllensten, A. L., Hansson, L., & Ekdahl, C. (2003). Outcome of Basic Body Awareness Therapy. A Randomized Controlled Study of Patients in Psychiatric Outpatient Care. *Advances in Physiotherapy, 5*(4), 179-190. doi:doi:10.1080/14038109310012061
- Gyllensten, A. L., Skär, L., Miller, M., & Gard, G. (2010). Embodied identity—A deeper understanding of body awareness. *Physiotherapy Theory and Practice, 26*(7), 439-446. doi:10.3109/09593980903422956
- Götestam KG, A. W. (1995). A population based epidemiological study of eating disorders in Norway. *Int J Eat Disord, 18*, 119 -126.
- Götestam, K. G., Skårderud, F., Rosenvinge, J. H., & Vedul-Kjelsås, E. (2004). Patologisk overspising - en oversikt *Tidsskrift for den Norske Legeforening, 16*(124), 2118-2120.
- Hart, S. (2012). *Den følsomme hjernen* (2. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hayes, S., Follette, V. M., Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and Acceptance*. New York: The Guilford Press.
- Hedlund, L., & Gyllensten, A. L. (2010). The experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia. *Journal of Bodywork and Movement Therapies, 14*(3), 245-254. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2009.03.002>
- Helsedirektoratet. (2009). Sykelig overvekt helsedirektoratet. Prioriteringsveileder.
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. <https://helsedirektoratet.no/>; Helsedirektoratet.
- HIB, H. i. B. (2014). www.hib.no, Høgskolen i Bergens nettside
- Hoek HW, v. H. D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord, 34*, 383 - 396.
- Innes, K. E., Bourguignon, C., & Taylor, A. G. (2005). Risk Indices Associated with the Insulin Resistance Syndrome, Cardiovascular Disease, and Possible Protection with Yoga: A Systematic Review. *The Journal of the American Board of Family Practice, 18*(6), 491-519. doi:10.3122/jabfm.18.6.491
- Innes, K. E., & Vincent, H. K. (2007). The influence of yoga-based programs on risk profiles in adults with type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 4*(4), 469-486.
- Jazaieri, H., Jinpa, G. T., McGonigal, K., Rosenberg, E. L., Finkelstein, J., Simon-Thomas, E., . . . Goldin, P. R. (2013). Enhancing Compassion: A Randomized Controlled Trial of a Compassion Cultivation Training Program. *Journal of Happiness Studies, 14*(4), 1113-1126. doi:10.1007/s10902-012-9373-z
- Johnsen, R. W., & Råheim, M. (2010). Feeling more in balance and grounded in one's own body and life. Focus group interviews on experiences with Basic Body Awareness Therapy in psychiatric healthcare. *Advances in Physiotherapy, 12*(3), 166-174. doi:10.3109/14038196.2010.501383

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Delacorte Press.
- Kirkwood, G., Rampes, H., Tuffrey, V., Richardson, J., & Pilkington, K. (2005). Yoga for anxiety: a systematic review of the research evidence. *British Journal of Sports Medicine*, 39(12), 884-891. doi:10.1136/bjism.2005.018069
- Kumsta, R., & Heinrichs, M. (2013). Oxytocin, stress and social behavior: neurogenetics of the human oxytocin system. *Current Opinion in Neurobiology*, 23(1), 11-16. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.conb.2012.09.004>
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2nd ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lai, Y. M., Hong, C. P., & Chee, C. Y. (2001). Stigma of mental illness. *Singapore medical journal*, 42(3), 111-114.
- Levine, P. A. (2010). *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. Berkeley, California: North Atlantic Books.
- Lewer, M., Nasrawi, N., Schroeder, D., & Vocks, S. (2016). Body image disturbance in binge eating disorder: a comparison of obese patients with and without binge eating disorder regarding the cognitive, behavioral and perceptual component of body image. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21(1), 115-125. doi:10.1007/s40519-015-0200-5
- Lier, H. Ø., Aastrom, S., & Rørtveit, K. (2016). Patients' daily life experiences five years after gastric bypass surgery – a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 25(3-4), 322-331. doi:10.1111/jocn.13049
- Lincoln, Y. S., & Guba (1985). *Naturalistic inquiry*. Newsbury Park, CA: Sage.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. (3. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mandelid, L. J. (2006). Kartleggingsinstrument for selvpplevelsen ved psykoser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43(5), 504.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi* (Dansk oversettelse ed.). Oslo: Pax Forlag.
- Merleau-Ponty, M. (2012). *Phenomenology of perception* (English ed.). New York: Routledge.
- Natvik, E. (2015). *Carrying the weight of uncertainty: Patients' long-term experience after bariatric surgery*. (PhD Dissertation for the degree of philosophiae doctor), University of Bergen, Oslo.
- NFF. (2017). www.fysio.no, Nettside for Norsk Fysioterapiforbund
- NIBK. (2017). www.nibk.org, Nettside for Norsk Institutt for Basal Kroppskjennskap
- Nordanger, D. Ø., Braarud, H. C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(7), 530 - 536.
- Ogden, P., Fisher J. (2015). *Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment*. New York: W. W. Norton & Company, Inc.
- Ojala, T., Häkkinen, A., Karppinen, J., Sipilä, K., Suutama, T., & Piirainen, A. (2015). Revising the negative meaning of chronic pain—A phenomenological study. *Chronic illness*, 11(2), 156-167.
- Olsen, A. L., & Skjaerven, L. H. (2016). Patients suffering from rheumatic disease describing own experiences from participating in Basic Body Awareness Group Therapy: A qualitative pilot study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 32(2), 98-106. doi:10.3109/09593985.2015.1115568
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Penedo, F. J., & Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(2), 189-193.
- Polit, D. F., Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (Ninth ed.). China: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.
- Porges, S. W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundation of: Emotions, Attachment, Communication and Self-regulation*. New York: W. W. Norton & Company Inc.

- Probst, M. (1997). *Body experience in eating disorder patients. Doctoral dissertation*,. K U. Leuven, Leuvun, Belgium.
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy in Psychiatry: What's in a Name. *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105 - 113.
- Probst, M., Majewski, M. L., Albertsen, M. N., Catalan-Matamoros, D., Danielsen, M., De Herdt, A., . . . Vancampfort, D. (2013). Physiotherapy for patients with anorexia nervosa. *Advances in Eating Disorders*, 1(3), 224-238. doi:10.1080/21662630.2013.798562
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*, 17(5), 941-964. doi:10.1038/oby.2008.636
- Rasmussen, T. H. (1996). *Kroppens Filosof: Maurice Merleau-Ponty*. København: Semi-forlaget.
- Rosen, J. C. (1996). Body image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 20(4), 331-343. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199612)20:4<331::AID-EAT1>3.0.CO;2-O
- Rosenvinge JH, G. K. (2002). Spiseforstyrrelser – hvordan bør behandlingen organiseres? . *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 122, 285 - 288.
- Salvesen, K., T., Wæstlund. (2015). *Mindfulness og Medfølelse: En vei til vekst etter traumer*. Oslo: Paw Forlag A/S.
- Siegel, D. J. (2007). *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-being*. New York: W.W. Norton & Company.
- Siegel, D. J. (2012). *Pocket Guide to Interpersonal Neurobiology: An Integrative Handbook of the Mind*. Kindle (www.amazon.com): Norton Series on Interpersonal Neurobiology.
- Skjaerven, L. H., Gard, G., Sundal, M. A., & Strand, L. I. (2015). Reliability and validity of the Body Awareness Rating Scale (BARS), an observational assessment tool of movement quality. *European Journal of Physiotherapy*, 17(1), 19-28. doi:10.3109/21679169.2014.992470
- Skjaerven, L. H., Kristoffersen, K., & Gard, G. (2008). An eye for movement quality: A phenomenological study of movement quality reflecting a group of physiotherapists' understanding of the phenomenon. *Physiotherapy Theory and Practice*, 24(1), 13-27. doi:doi:10.1080/01460860701378042
- Skjærven, L. H. (2013). *Promoting Movement Quality and Health for Daily Life*. Bergen: Høgskolen i Bergen.
- Stankovic, L. (2011). Transforming Trauma: A Qualitative Feasibility Study of Integrative Restoration (iRest) Yoga Nidra on Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorder. *International Journal of Yoga Therapy*, 21(1), 23-37. doi:10.17761/ijyt.21.1.v823454h5v57n160
- Steihaug, S., Malterud K. (2003). Part Process Analysis: a qualitative method for Studying provider - patient interaction. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, 107 - 112.
- Stice, E. (2002). Body image and bulimia nervosa. In T. F. a. P. Cash, T. (Ed.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 304 - 321). New York: Guilford Press.
- Stiegler, J. R. (2015). *Emosjonsfokusert terapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Striegel-Moore, R. H. a. F., D. L. . (2002). Body image issues among girls and women. In T. F. a. P. Cash, T. (Ed.), (pp. 295 - 303). New York: Guilford Press.
- Sundal, M.-A. (2007). *Bevegelseskvalitet - Et uttrykk for helse og velvære*. (Masteroppgave), Universitet i Bergen, Bergen.
- Svenaesus, F. (2005). *Sykdommens Mening -og møtet med det syke mennesket*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2 ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thörnberg, U., & Mattsson, M. (2010). Rating body awareness in persons suffering from eating disorders – A cross-sectional study. *Advances in Physiotherapy*, 12(1), 24-34. doi:10.3109/14038190903220362
- Van Manen, M. (2014). *Phenomenology of Practice*. New York Routledge.

- Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Adámkova, M., Skjaerven, L. H., Catalán-Matamoros, D., . . . Probst, M. (2013). A systematic review on physical therapy interventions for patients with binge eating disorder. *Disability and Rehabilitation*, 35(26), 2191-2196.
doi:doi:10.3109/09638288.2013.771707
- Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Soundy, A., Adámkova, M., Skjaerven, L. H., . . . Probst, M. (2014). A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disability and Rehabilitation*, 36(8), 628-634.
doi:doi:10.3109/09638288.2013.808271
- Vocks, S., Wächter, A., Wucherer, M., & Kosfelder, J. (2008). Look at yourself: can body image therapy affect the cognitive and emotional response to seeing oneself in the mirror in eating disorders? *European Eating Disorders Review*, 16(2), 147-154. doi:10.1002/erv.825
- WHO. (2000). *Obesity. Preventing and Managing the Global epidemic. Report of a WHO consultation on Obesity*. Retrieved from
- WHO. (2009/10). *Health Behaviour In School-Aged Children: World Health Organization Collaborative Cross-National Survey*. Retrieved from
http://www.hbsc.org/publications/datavisualisations/body_image.html:
- WHO. (2010). *Global Health Observatory (GHO) data* Retrieved from
http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/physical_activity_text/en/:
- Wonderlich, S. A., Gordon, K. H., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., & Engel, S. G. . (2009). The Validity and Clinical Utility of Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 687 - 705.
- Young, C. (2008). The history and development of Body-Psychotherapy: The American legacy of Reich. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 3(1), 5-18.
doi:10.1080/17432970701717783
- Zahavi, D. (2003). *Fænomenologi*. Fredriksberg C: Roskilde Universitetsforlag.

Vedlegg

- Vedlegg 1: Intervju-guide, 1. intervju for deltager A
- Vedlegg 2: Intervju-guide, 2. intervju for deltager A
- Vedlegg 3: Intervju-guide, 3. intervju for deltager A
- Vedlegg 4: Intervju-guide, 1. intervju for deltager B
- Vedlegg 5: Intervju-guide, 2. intervju for deltager B
- Vedlegg 6: Observasjonsguide for observasjon gjennom video-opptak
- Vedlegg 7: Informert samtykke
- Vedlegg 8: Rek-godkjenning
- Vedlegg 9: Utdrag fra transkripsjon

Vedlegg 1

INTERVJU-GUIDE, 1. intervju deltager A:

(semistrukturert intervju)

- Takke for deltagelse
- Min bakgrunn
- Bakgrunn for prosjektet
- Intervju. Varighet, gjentagelse, kan ta pauser og la vær å svare.

HOVEDTEMA: OPPLEVELSE AV BASAL KROPPSKJENNSKAP

UNDER-TEMA:

- **Sykehistorie og forhold til egen kropp?**

(inkludert i første intervju)

Bakgrunnshistorie:

- Alder, familiesituasjon, jobb / skole, oppvekst?
- Har du hatt andre sykdommer eller skader?

Spiseforstyrrelsen:

- Når fikk du en spiseforstyrrelse?
- Hvordan startet det?
- Hvordan har det vært å leve med en spiseforstyrrelse?
- Har spiseforstyrrelsen over tid endret seg?

Forholdet til kroppen:

- Har sykdom preget ditt forhold til egen kropp? I så fall, på hvilke måter?
- Hva tenker du om kroppen din?
- Hvordan opplever du egen kropp?
- Hvordan opplever du at kontakten med egen kropp er?
- Kan opplevelsen av kroppen være ulik i ulike situasjoner? (overopptatthet vs unngåelse)
- Hvilken betydning har opplevelsen av vekt og figur for deg?
- Om forholdet til kroppen er preget av opplevelse av vekt og figur, på hvilken måte er forholdet til kroppen preget av det?
- Tenker du at det å bli frisk fra spiseforstyrrelsen vil påvirke ditt forhold til kroppen? I tilfelle hvordan?

- **Erfaringer fra tidligere kroppslige behandlingsformer, samt forventninger til BK:**

Tidligere kroppslige behandlingsformer:

- Har du tidligere gått til fysioterapeut, eller noen annen form for behandling / terapi der kroppen har vært i fokus?
- Kan du i tilfelle beskrive hva behandlingene har gått ut på slik du oppfatter det?
- Hvor mange ganger gikk du til denne / disse typene behandling?

- Hvor lenge varte hver time?
- Hva gjorde dere i timene?
- Hvordan opplevdes dette for deg?
- Hva synes du at du fikk ut av det?
- Var det noe du opplevde utfordrende?
- Hva var hensikten med behandlingen slik du ser det?

BK:

- Har du hørt om Basal Kroppskjennskap (BK) før?
- Hva vet du om BK?
- Hvilke forventninger har du til BK?

- **Sammenhengen mellom kropp, tidligere kroppslig behandling, BK og hverdagen?**

Kropp og hverdag:

- Er der situasjoner som blir tydelig preget av ditt forhold til kroppen? (For eksempel aktivitet, måten du klær deg på, hvordan du plasserer deg, hvordan du forholder deg til speil, hvordan du forholder deg til andre?)
- Påvirker forholdet til kroppen din hverdagen din? I tilfelle hvordan?
- Er du fysisk aktiv? Preges forholdet til fysisk aktivitet av ditt forhold til egen kropp? I tilfelle hvordan?

Tidligere kroppslige behandlingsformer og hverdag:

- Hvis du har gått til kroppslige behandlingsformer, har du tatt med deg noe av det du lærte og bruker det i hverdagen? Hvordan?

BK og hverdag:

- Tenker du at BK vil påvirke ditt forhold til kroppen over tid? I tilfelle hvordan?
- Tenker du at BK vil ha innvirkning på din hverdag? I tilfelle hvordan?
- Om forholdet til kroppen endrer seg gjennom behandlingen, tenker du at dette vil påvirke hverdagen din? I tilfelle hvordan?

Vedlegg 2

INTERVJU-GUIDE, 2. intervju deltager A:

(semistrukturert intervju)

- Takke for deltagelse
- Repetere informasjon om prosjektet
- Intervju: Varighet, gjentagelse av spm, kan ta pauser og la vær å svare.
- Opptatt av kropp, gi beskjed ved behov for utdypning / oppklaring av spørsmål
- Loggboken

HOVEDTEMA: OPPLEVELSE AV KROPPEN GJENNOM BASAL KROPPSKJENNSKAP

UNDER-TEMA:

- **Erfaringer fra BK:**
 - Kan du i beskrive hva behandlingene har gått ut på slik du oppfatter det?
 - Hvor mange ganger har du gått til BK behandling?
 - Hvor lenge varte hver time?
 - Hva gjorde dere i timene?
 - Hvordan opplevdes dette for deg?
 - Hva synes du at du fikk ut av det?
 - Var det noe du opplevde utfordrende?
 - Var det noe du opplevde som positivt?
 - Hva var hensikten med behandlingen slik du ser det?
 - På filmen ser det ut som om du slapper veldig godt av når du får massasje, kan du fortelle litt om hvordan dette oppleves for deg?
 - Kan du kjenne noe av det du beskriver i de andre øvelsene?
- **Endringer:**
 - Har du opplevd noen endringer gjennom å jobbe med BK? I tilfelle hva?
 - Har forholdet til kroppen endret seg (opplevelsen av kroppen (størrelse og form), verdi av kroppen, følelsene knyttet til kroppen, kunnskap rundt kropp, hvordan du bruker kroppen (fysisk aktivitet))? I tilfelle hvordan? Har dette noen sammenheng med BK?
 - På filmen så jeg at du hadde øvelser nede på gulvet. På forrige intervju fortalte du at det å komme ned på gulvet for å leke med din datter, var utfordrende. Har dette endret seg etter at du begynte med øvelsene?
 - På filmen snakker dere om hvordan det å gjøre øvelsene har endret seg over tid, fra du begynte med BK, kan du si litt om hvordan det har vært?
 - Opplever du at du nå er tryggere i egen kropp? Hvordan kjennes i tilfelle dette?
 - Du fortalte sist om smerter du har i kroppen, har smertene endret seg? Har måten du forholder deg til smertene endret seg?
 - Sist fortalte du at mat på en måte fungerte som trøst når du ikke hadde det så bra, har du lært deg nye strategier for å håndtere ubehag på?
 - Har spiseforstyrrelsen endret seg? I tilfelle hvordan? Har dette noen sammenheng med BK?

- Har forholdet til kroppen innvirkning på spisemønsteret ditt, sult / metthetsfølelse, fordøyelsen?

- **Hvordan er forholdet til egen kropp nå?**

- Kan du si litt om hvordan forholdet til kroppen din er nå?
- Kunnskap
- Tanker
- Følelser
- Verdi
- Opplevelse
- Kontakt
- Vekt og figur
- Er forholdet til egen kropp preget av spiseforstyrrelsen? I tilfelle hvordan?
- Er forholdet til egen kropp blitt påvirket gjennom BK timene? I tilfelle hvordan?

- **Sammenhengen mellom kropp, BK og hverdagen?**

BK og hverdag:

- Tar du med deg noe av det dere gjør i BK timene i hverdagen? I tilfelle hva og hvordan?
- Gjør du øvelser hjemme?
- Tenker du at BK har hatt innvirkning på din hverdag? I tilfelle hvordan?
- Om forholdet til kroppen din har endret seg gjennom BK, tenker du at dette har påvirket hverdagen din? I tilfelle hvordan?

Kropp og hverdag:

- Påvirker forholdet til kroppen din hverdagen din? I tilfelle hvordan?
 - Under forrige intervju snakket vi om situasjoner som var tydelig preget av ditt forhold til kroppen? (For eksempel aktivitet, måten du klær deg på, hvordan du plasserer deg, hvordan du forholder deg til speil, hvordan du forholder deg til andre?), har dette endret seg på noen måte? Tenker du at det har sammenheng med noe av det du har erfart gjennom BK? I tilfelle hvordan?
-
- Er det noe annet du tenker at det er viktig at jeg får med?

Vedlegg 3

INTERVJU-GUIDE, 3. intervju deltager A:

(semistrukturert intervju)

- Takke for deltagelse
- Repetere informasjon om prosjektet
- Intervju: Varighet, gjentakelse av spm, kan ta pauser og la vær å svare.
- Opptatt av kropp, gi beskjed ved behov for utdypning / oppklaring av spørsmål
- Loggboken

HOVEDTEMA: KROPPSLIGE ERFARINGER GJENNOM BASAL KROPPSKJENNSKAP

UNDER-TEMA:

- **Erfaringer fra BK:**
 - Når du nå tenker tilbake, kan du beskrive hva BK går ut på slik du oppfatter det?
 - Husker du noe av det dere gjorde i timene?
 - Husker du hvordan du øvde hjemme? -Har du fortsatt med det?
 - Hvordan opplevdes dette for deg?
 - Hva synes du at du har fått ut av det?
 - Husker du noe som du opplevde utfordrende?
 - Var det noe du husker som positivt?
 - Hva var hensikten med behandlingen slik du ser det?
 - Under sist intervju, så sa du at BK og CBT-e utfylte hverandre, hva tenker du om dette nå?
- **Endringer:**
 - Kan du fortelle hvordan denne prosessen har vært for deg? (Fra du startet i behandling og frem til nå)
 - Har du opplevd noen endringer gjennom å jobbe med kroppen på denne måten? I tilfelle hva?
 - Har forholdet til kroppen endret seg
 - opplevelsen av kroppen (størrelse og form)
 - verdi av kroppen
 - følelsene knyttet til kroppen
 - kunnskap rundt kropp
 - hvordan du bruker kroppen (vaner og fysisk aktivitet)?

I tilfelle hvordan? Har dette noen sammenheng med BK?

- Vi har i de tidligere intervjuene snakket om det å komme ned på gulvet for å leke med datteren din, hvordan er det for deg nå?
- Tidligere har du fortalt om hvordan det å gjøre øvelsene har endret seg over tid, fra du begynte med BK, kan du si litt om hvordan det har vært?
- Opplever du at du nå er tryggere i egen kropp? Hvordan kjennes i tilfelle dette?
- Du fortalte om smerter du har i kroppen, har smertene endret seg? Har måten du forholder deg til smertene endret seg?
- Har spiseforstyrrelsen endret seg? I tilfelle hvordan? Har dette noen sammenheng med BK?

- Sist fortalte du at mat på en måte fungerte som trøst når du ikke hadde det så bra, har du lært deg nye strategier for å håndtere ubehag på? Hva går disse i tilfelle ut på?

- **Hvordan er forholdet til egen kropp nå?**

- Kan du si litt om hvordan forholdet til kroppen din er nå?
- Kunnskap
- Tanker
- Følelser
- Opplevelse
- Kontakt
- Vekt og figur
- Verdi
 - Tenker du at kroppen har sammenheng med selvfølelsen din? (Hvis du for eksempel føler trygg vs utrygg i egen kropp, påvirker det opplevelsen av deg selv)?
 - Har du alltid tenkt at det var sånn eller er dette noe som har endret seg, og i tilfelle har prosessen med BK påvirket dette?
- Er forholdet til egen kropp preget av spiseforstyrrelsen? I tilfelle hvordan?
- Er forholdet til egen kropp blitt påvirket gjennom BK timene? I tilfelle hvordan?

- **Sammenhengen mellom kropp, BK og hverdagen?**

BK og hverdag:

- Har tatt med deg noen av erfaringene fra BK i hverdagen din? I tilfelle hva og hvordan?
- Jeg ser av logg-boken din at du øvde hjemme, har du fortsatt med det?
- Tenker du at BK har hatt innvirkning på din hverdag? I tilfelle hvordan?
- Om forholdet til kroppen din har endret seg gjennom BK, tenker du at dette har påvirket hverdagen din? I tilfelle hvordan?

Kropp og hverdag:

- Påvirker forholdet til kroppen din hverdagen din? I tilfelle hvordan?
- Tidligere har vi snakket om situasjoner som var tydelig preget av ditt forhold til kroppen? (For eksempel aktivitet, måten du klær deg på, hvordan du plasserer deg, hvordan du forholder deg til speil, hvordan du forholder deg til andre?), Hvordan er dette nå? Tenker du at det har sammenheng med noe av det du har erfart gjennom BK? I tilfelle hvordan?
- Har forholdet til kroppen innvirkning på spisemønsteret ditt, sult / metthetsfølelse, fordøyelsen?

- Hva tar du med deg videre fra BK og forholdet til egen kropp? Hvordan? (Fremtiden)
- Er det noe annet du tenker at det er viktig at jeg får med?

Vedlegg 4

INTERVJU-GUIDE, 1. intervju deltager B:

(semistrukturert intervju)

- Takke for deltagelse
- Min bakgrunn
- Bakgrunn for prosjektet
- Intervju. Varighet, gjentagelse, kan ta pauser og la vær å svare.
- Opptatt av kropp, gi beskjed ved behov for utdypning / oppklaring av spørsmål

HOVEDTEMA: OPPLEVELSE AV BASAL KROPPSKJENNSKAP

UNDER-TEMA:

- **Sykehistorie og forhold til egen kropp?**

(inkludert i første intervju)

Bakgrunnshistorie:

- Alder, familiesituasjon, jobb / skole, oppvekst?
- Har du hatt andre sykdommer eller skader?

Spiseforstyrrelsen:

- Når fikk du en spiseforstyrrelse?
- Hvordan startet det?
- Hvordan har det vært å leve med en spiseforstyrrelse?
- Har spiseforstyrrelsen over tid endret seg?

Forholdet til kroppen:

- Hva vet du om kropp? (kunnskap)
- Hva betyr kropp for deg? –Hvor viktig er kroppen? Hva sier kroppen om en person? (verdi/mening)
- Hva tenker du om kroppen din?
- Hvilke følelser vekker kroppen din?
- Hvordan opplever du egen kropp?
- Hvordan opplever du at kontakten med egen kropp er?
- Kan opplevelsen av kroppen være ulik i ulike situasjoner? (overopptatthet vs unngåelse)
- Har forholdet til kroppen endret seg over tid?
- Har sykdom preget ditt forhold til egen kropp? I så fall, på hvilke måter?
- Hvilken betydning har opplevelsen av vekt og figur for deg?
- Om forholdet til kroppen er preget av opplevelse av vekt og figur, på hvilken måte er forholdet til kroppen preget av det?
- Tenker du at det å bli frisk fra spiseforstyrrelsen vil påvirke ditt forhold til kroppen? I tilfelle hvordan?

- **Erfaringer fra tidligere kroppslige behandlingsformer, samt forventninger til BK:**

Tidligere kroppslige behandlingsformer:

- Har du tidligere gått til fysioterapeut, eller noen annen form for behandling / terapi der kroppen har vært i fokus?
- Kan du i tilfelle beskrive hva behandlingene har gått ut på slik du oppfatter det?
- Hvor mange ganger gikk du til denne / disse typene behandling?
- Hvor lenge varte hver time?
- Hva gjorde dere i timene?
- Hvordan opplevdes dette for deg?
- Hva synes du at du fikk ut av det?
- Var det noe du opplevde utfordrende?
- Hva var hensikten med behandlingen slik du ser det?

BK:

- Har du hørt om Basal Kroppskjennskap (BK) før?
- Hva vet du om BK?
- Hvilke forventninger har du til BK?

- **Sammenhengen mellom kropp, tidligere kroppslig behandling, BK og hverdagen?**

Kropp og hverdag:

- Er der situasjoner som blir tydelig preget av ditt forhold til kroppen? (For eksempel aktivitet, måten du klær deg på, hvordan du plasserer deg, hvordan du forholder deg til speil, hvordan du forholder deg til andre?)
- Påvirker forholdet til kroppen din hverdagen din? I tilfelle hvordan?
- Er du fysisk aktiv? Preges forholdet til fysisk aktivitet av ditt forhold til egen kropp? I tilfelle hvordan?

Tidligere kroppslige behandlingsformer og hverdag:

- Hvis du har gått til kroppslige behandlingsformer, har du tatt med deg noe av det du lærte og bruker det i hverdagen? Hvordan?

BK og hverdag:

- Tenker du at BK vil påvirke ditt forhold til kroppen over tid? I tilfelle hvordan?
- Tenker du at BK vil ha innvirkning på din hverdag? I tilfelle hvordan?
- Om forholdet til kroppen endrer seg gjennom behandlingen, tenker du at dette vil påvirke hverdagen din? I tilfelle hvordan?

Vedlegg 5

INTERVJU-GUIDE, 2. intervju deltager B:

(semistrukturert intervju)

- Takke for deltagelse
- Repetere informasjon om prosjektet
- Intervju: Varighet, gjentakelse av spm, kan ta pauser og la vær å svare.
- Opptatt av kropp, gi beskjed ved behov for utdypning / oppklaring av spørsmål
- Loggboken

HOVEDTEMA: KROPPSLIGE ERFARINGER GJENNOM BASAL KROPPSKJENNSKAP

UNDER-TEMA:

- **Erfaringer fra BK:**
 - Kan du beskrive hva BK går ut på slik du oppfatter det?
 - Hvor mange ganger har du gått til BK behandling?
 - Hvor lenge varte hver time?
 - Hva gjorde dere i timene?
 - Har du i tillegg gjort øvelser hjemme?
 - Hvordan opplevdes dette for deg?
 - Hva synes du at du fikk ut av det?
 - Var det noe du opplevde utfordrende?
 - Under forrige intervju, sa du at du tenkte det kom til å bli både interessant og rart, ble det sånn?
 - Var det noe du opplevde som positivt?
 - Hva var hensikten med behandlingen slik du ser det?
- **Endringer:**
 - Kan du fortelle hvordan denne prosessen har vært for deg? (Fra du startet i behandling og frem til nå)
 - Har du opplevd noen endringer gjennom å jobbe med kroppen på denne måten? I tilfelle hva?
 - Har opplevelsen endret seg?
 - Har forholdet til kroppen endret seg
 - opplevelsen av kroppen (størrelse og form)
 - verdi av kroppen
 - følelsene knyttet til kroppen
 - kunnskap rundt kropp
 - hvordan du bruker kroppen (vaner og fysisk aktivitet)?

I tilfelle hvordan? Har dette noen sammenheng med BK?

- Opplever du at du nå er tryggere i egen kropp? Hvordan kjennes i tilfelle dette?
- Sist fortalte du at du bekymret deg for at kroppen din skulle ødelegge noe for datteren din, hvordan er det nå? (Tivoli, aking, mobbing)
- I forrige intervju fortalte du om smerter i kroppen som du ikke tok hensyn til, har dette endret seg? (Smertene, måten du håndterer dem?)
- Tar du vare på deg selv på en annen måte nå?
- Har søvnen endret seg?

- Har spiseforstyrrelsen endret seg? I tilfelle hvordan? Hvordan opplever du spiseforstyrrelsen nå? Har dette noen sammenheng med BK?
- Sist
- Sist fortalte du at mat på en måte fungerte som trøst når du ikke hadde det så bra, er det fortsatt sånn? Hvis ikke, hva gjør du nå når du har det vanskelig?

- **Hvordan er forholdet til egen kropp nå?**

- Kan du si litt om hvordan forholdet til kroppen din er nå?
- Kunnskap
- Tanker
- Følelser
- Opplevelse
- Kontakt
- Vekt og figur
- Verdi
 - Tenker du at kroppen har sammenheng med selvfølelsen din? (Hvis du for eksempel føler trygg vs utrygg i egen kropp, påvirker det opplevelsen av deg selv)?
 - Hvordan påvirker trygghet i egen kropp deg?
 - Har du alltid tenkt at det var sånn eller er dette noe som har endret seg, og i tilfelle har prosessen med BK påvirket dette?
- Hvordan er ditt forhold til fysisk aktivitet nå?
- Er forholdet til egen kropp preget av spiseforstyrrelsen? I tilfelle hvordan?
- Er forholdet til egen kropp blitt påvirket gjennom BK timene? I tilfelle hvordan?

- **Sammenhengen mellom kropp, BK og hverdagen?**

BK og hverdag:

- Har du tatt med deg noen av erfaringene fra BK i hverdagen din? I tilfelle hva og hvordan?
- Har du i situasjoner, hentet frem noe fra BK?
- Tenker du at BK har hatt innvirkning på din hverdag? I tilfelle hvordan?
- Om forholdet til kroppen din har endret seg gjennom BK, tenker du at dette har påvirket hverdagen din? I tilfelle hvordan?

Kropp og hverdag:

- Påvirker forholdet til kroppen din hverdagen din? I tilfelle hvordan?
- Er det situasjoner i hverdagen din som er preget av ditt forhold til kroppen?
- Har forholdet til kroppen innvirkning på spisemønstret ditt, sult / metthetsfølelse, fordøyelsen?

- Hva tar du med deg videre fra BK og forholdet til egen kropp? Hvordan? (Fremtiden)

- Sist så sa du at du ofte sa det som du tror er bra, uten at du er helt sikker på at det er sant. Du var spesielt usikker på om den positive holdningen du fortalte at du har til egen kropp, kan være preget av dette. Hva tenker du om det nå?

- Er det andre ting som har kommet frem i intervjuet som kan ha vært preget av ønske om å si det som du tror er bra?
- Er det noe annet du tenker at det er viktig at jeg får med?

Vedlegg 6

STRUKTUR OBSERVASJON GJENNOM VIDEO-OPPTAK AV BEHANDLING:

Fenomen: Kroppserfaring gjennom BK.

Hovedtema:

1. Timens struktur: hva gjør de, hva er tema, oppbygning?
2. Språk: Hva blir sagt direkte og indirekte.
3. Kroppsspråk: ansiktsuttrykk, plassering av kropp og kroppsdel, kroppsholdning.
4. Kontekst: Stemningen i rommet, hva skjer, relasjonen til terapeut, kommunikasjonen.

Vedlegg 7

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Pasienter med overspisinglidelses opplevelse av Basal Kroppskjennskap»

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å belyse pasienter med overspisinglidelses opplevelse av den fysioterapeutiske behandlingsformen Basal Kroppskjennskap (BK). Studien inngår i en mastergrad i Fysioterapivitenskap ved Universitetet i Bergen.

Hva innebærer studien?

Gjennom ditt behandlingsløp med kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser og Basal Kroppskjennskap, vil studien innebære ca tre intervjuer som vil ta ca. 1-2 timer hver gang. I tillegg vil ca. to behandlinger fra Basal Kroppskjennskap filmes. Til studien ønskes også en kopi av logg-boken din, som du vil bli bedt om å fylle ut som ledd i behandlingen i Basal Kroppskjennskap, der du har notert ned hva du legger merke til i øvelsene.

Mulige fordeler og ulemper

Studien vil ikke medføre noe ubehag, annet enn at du vil måtte sette av tid til intervjuene, måtte ha et kamera tilstede under et par BK-behandlinger, og tillate kopi av logg-boken din. Du vil, som er vanlig prosedyre ved Seksjon for Spiseforstyrrelser, få 20-sesjoners kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (KAT-s Fairburn). I tillegg vil du få Basal Kroppskjennskap som man ved Seksjon for Spiseforstyrrelser har klinisk erfaring fra, og har funnet at kan være gunstig å inkludere i behandlingen av spiseforstyrrelsen. En fordel med å delta i studien er at du vil kunne få et større omfang av Basal Kroppskjennskap, enn hva vi vanligvis vil kunne tilby. Å bli intervjuet kan også bidra til å bli mer bevisst hva behandlingen går ut på. Det vil kunne føre til erkjennelser som kan være viktig for deg. I noen tilfeller kan slike erkjennelser også medføre smerte.

Hva skjer med informasjonen om deg?

All informasjon om deg vil bli oppbevart og sikret etter gjeldende lover og retningslinjer, og vil bli slettet når masterstudiet er fullført, som er planlagt sommeren 2017.

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger.

Samtykkeerklæring er eneste sted navn angis, og disse oppbevares for seg og atskilt fra datamaterialet (lydopptak, transkripsjoner og film).

Det er kun autorisert personell (veiledere) knyttet til prosjektet som har adgang til datamaterialet og som via filmene kan finne tilbake til deg.

Det vil legges vekt på å publisere resultatene slik at det ikke vil være mulig å identifisere deg.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Om du har spørsmål til studien, kan du kontakte Marit N Albertsen, mobil 47268815.

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.

Ytterligere informasjon om biobank, personvern og forsikring finnes i kapittel B – Personvern, biobank, økonomi og forsikring.

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

Kriteriene for å delta i studien er at du har en diagnostisert overspisingsslidelse (uspesifisert spiseforstyrrelse), og går til behandling ved Seksjon for Spiseforstyrrelser. Bakgrunnen for studien, er at man over flere års klinisk erfaring har sett hensikten ved å inkludere den fysioterapeutiske metoden Basal Kroppskjennskap i behandling av spiseforstyrrelser, og man har også noe forskning som støtter dette. Ettersom det i forskningen ikke er sett på pasienter med overspisingsslidelses opplevelse av Basal Kroppskjennskap, er det dette man ønsker å få frem i denne studien.

Du må ha prøvd annen behandling for din spiseforstyrrelse, før du har rett til behandling ved Seksjon for Spiseforstyrrelser. Dersom du har rett på behandling ved Seksjon for Spiseforstyrrelser, og velger å ikke delta i studien, vil du likevel få tilbud om kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser over 20 sesjoner (KAT-s 20 Fairburn). Ved spesielle behov, og utfra kapasiteten ved Seksjon for Spiseforstyrrelser vil du kunne få tilbud om Basal Kroppskjennskap, men da i mindre omfang enn om du deltar i studien. Fordelen med å delta i studien vil være garantert å få Basal Kroppskjennskap, i større omfang enn ellers.

Å delta i studien vil innebære tre planlagte intervjuer a 1-2 timer, å bli filmet ved et par behandlinger, samt å gi fra deg kopi av logg-boken, som du bruker i behandling til å registrere hva du legger merke til i BK-øvelsene. Det første planlagte intervjuet vil finne sted før du starter i behandling, neste når du er kommet i gang med behandlingen, og det siste når du kommer tilbake til 20 ukers oppfølging etter endt behandling. Intervjuene vil foregå her ved Seksjon for Spiseforstyrrelser. Informasjon og beslutninger som vil kunne påvirke din villighet til å delta i studien, vil så raskt som mulig bli gitt deg.

Kapittel B - Personvern, økonomi og forsikring

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er lydopptak fra intervjuene, transkriberte intervjuer, filmene fra observasjon av behandling, samt kopi av logg-boken din, som alt vil oppbevares forsvarlig etter gjeldende retningslinjer. Kun prosjektgjennomfører, hovedveileder og med-veileder vil ha tilgang til dette materialet. Disse data vil slettes ved prosjektslutt.

Universitetet i Bergen ved administrerende direktør er databehandlingsansvarlig.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

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

Økonomi

Så langt det lar seg gjennomføre, vil intervjuene bli lagt i forbindelse med behandlingsavtaler du har her ved Seksjon for Spiseforstyrrelser, slik at man minimerer eventuelle reisekostnader.

Forsikring

Forsikringer som ellers gjelder ved behandling ved Seksjon for Spiseforstyrrelser, vil være gjeldende under studiet. Det er ingen særegne forsikringsordninger under studien.

Informasjon om utfallet av studien

Som deltaker har du rett til å få informasjon om utfallet/resultatet av studien.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 8



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Øyvind Straume	55978496	24.06.2015	2015/897/REK vest
			Deres dato:	Deres referanse:
			12.05.2015	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Målfrid Råheim
Institutt for global helse og samfunnsmedisin

2015/897 Pasienter med overspisingslidelse og behandling med Basal Kroppskjennskap. En fenomenologisk studie av pasienterfaringer

Forskningsansvarlig: Universitetet i Bergen
Prosjektleder: Målfrid Råheim

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 04.06.2015. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) 10, jf. forskningsetikkloven 4.

Prosjektomtale

Basal kroppskjennskap (BK) er benyttet i behandling av pasienter med overspisingslidelse. På spiseforstyrrelsesfeltet er det gjort liteforskning på denne behandlingsformen, særlig med tanke på overspisingslidelse og pasientperspektivet. Denne studien utforsker erfaringer denne pasientgruppen har med BK. I et kvalitativt og longitudinelt design, som inkluderer intervjuer, pasientnotater og observasjon, ønsker man å gå i dybden på noenja pasientenes perspektiv.

Vurdering

Søknad/protokoll

REK vest anser dette som et forsvarlig prosjekt, med en vitenskapelig tilfredsstillende protokoll. Rekrutteringen er gjort på en ryddig måte.

Sikre anonymitet ved publisering

Komiteen bemerker at utvalget er lite og at anonymitet må sikres ved publisering. Vi ber prosjektleder ta hensyn til dette ved presentasjon og publisering av funn.

Prosjektslutt

Tillatelsen til å oppbevare og behandle data gjelder i utgangspunktet til prosjektslutt 01.07.2017.

Vedtak

REK vest godkjenner prosjektet i samsvar medforelagt søknad.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest 01.01.2018, jf. hfl. §

12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK vest dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf.

hfl. 11

Besøksadresse:

Telefon: 55975000

All post og e-post som inngår i

Kindly address all mail and e-mails to
the National Ethics Committee, REK

Telefon: 55975000

All post og e-post som

Armaueé Besøksadresse: Hansens Hus (AHH), E-post: rek-vest@uib.no saksbehandlingen, vest og ikke til enkelte bes personeradressert til REK Üte vest,
Regional not to individual staff Tverrfloy Nord, 2 etasje. Rom Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>
281. Haukelandsveien 28

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Ansgar Berg

Prof. Dr.med
Komitéleder

Øyvind Straume
sekretariatsleder

Kopi til: postmottak@uib.no

Vedlegg 9

Utdrag fra transkripsjon

I: Ja, spennende. Mmm. Ja, eeh... Og så lurer jeg litt på om du kan fortelle, hvis du tenker tilbake når du startet forvernet her, all behandlingen du har vært med på, hjemmeøvelsene, disse 20 ukene med egentrening, oppsummeringen som du hadde med (navn på CBT-e terapeut) forrige uke, eeh..., hele den prosessen, hvordan har det vært for deg?

D: Det har vært...Det har vært en reise i og bli mere kjent med seg selv. Egentlig. Det har vært utfordrende, utrolig utfordrende, spesielt begynnelsen. Jeg ville jo egentlig ikke innse at jeg hadde problem. For det at dette var noe jeg hadde hatt i mange år, og det var sånn jeg var, kan du si. Det var sånn jeg reagerte på tingene. Ååå..ja og det som skjedde rundt meg. Og ja jeg kjente ikke til noe annet egentlig. Og så kommer (navn på CBT-e terapeut) og røsker opp i alt dette herre, alt sammen. Jeg var så sint i begynnelsen, det var sånn, det var tungt rett og slett. Det var tungt og det var slitsomt og jeg ville ikke, jeg ville gi opp, jeg var sint, sant. Det var... Jeg hadde jo tenkt, jeg skulle jo egentlig i september i fjor gjennomgå den operasjonen. ...Og..eh..hele den prosessen, sant. Jeg har...legen sendte henvisning i 2011, sant egentlig så var jeg blitt klar, men så måtte jeg igjennom dette først. Det var tøft. Men jeg fikk jo, jeg åpnet jo øynene etter hvert, når jeg så det at jeg er bare nødt til å gjennomføre dette herre. Jeg så jo egentlig selv og at det var behov. Det var etterlyst i forkant av operasjonen, så syns jeg det var rart at jeg ikke skulle få noe psykolog timer, et eller annet å snakke, på den pre-opr-dagen som var oppe på (navn på sted for operasjon). At jeg ikke snakket med.. Jeg snakket med ernærings fysiolog og sykepleier, eller jeg snakket ikke med sykepleier, hun tok bare blodtrykk og sånn, også fysioterapeut og en pitte liten samtale med han selve kirurgen da. Jeg liksom bare, var det, det? Så det var jo hun ernæringsfysiologen som anbefalte meg å få henvisning hit da. Og...jeg nevnte nå det for legen, og han sendte nå henvisning, men jeg trodde egentlig ikke at det kom til å bli så omfattende, at det ville føre til at jeg ville måtte utsette operasjonen. Sant, for jeg så på operasjonen som siste løsning. Det var litt ooh, det var det store som skulle endre hele meg og.. Men jeg har jo innsett det at jeg skal jo ikke operere meg i hodet. Det er ikke der jeg blir operert, det er jo tross alt i magen jeg blir operert, sant. Jeg må jobbe med hode først. Og jeg begynte jo å innse det da. Og...ja.....,ja..hva skal jeg si, det går jo bedre nå. Jeg har jo innsett det at det er jo lurt å vente litte granne til med operasjon. Ja. Jeg må ha på plass alt dette herre først. ...Så jeg prøver å skyve unna det med operasjonen. Jeg skal ta den nå om et halvt år. Og heller tenke på det at..

I: Er det fastsatt at du skal ta den om et halvt år?

D: Ja. Jeg har fått utsatt den til april. Så da håper jeg at jeg klar til det da...Og, altså jeg føler meg egentlig ikke ferdig her sånn sett. Men samtidig så føler jeg meg ferdig. Da er det sånn blandede følelser. Og jeg syns det var skummelt å skulle gå gjennom den egentreningsperioden i de 20 ukene, og jeg slet under de ukene, det har jeg og gjort å, glidd ut av mønsteret og, feilet litt og, kommet meg tilbake igjen og, ja... Det var en sånn stahet i meg som sa at jeg skulle ikke ta kontakt med dere og spørre om mer hjelp. Det var, skal klare.

I: Og det høres ut så du klarte å hente deg inn igjen?

D: Ja.

I: Hvordan kjentes det ut da?