

Kroppsbilde, spiseforstyrrelse og fysioterapi – en kasusrapport

Marit Danielsen

Spesialist i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, Sykehuset Levanger
marit.danielsen@hnt.no

Innledning

Mange fysioterapeuter møter pasienter med spiseforstyrrelser i sin kliniske hverdag. I mitt daglige arbeid ved Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser i Helse Midt-Norge har jeg inntrykk av at det er stor variasjon i hva slags behandlingstilbud disse pasientene får hos fysioterapeuter. Det er forsket lite på fysioterapi for spiseforstyrrelser, og det finnes lite litteratur om emnet. Derfor laget i 2005 Helse vest og Helse midt-Norge sammen retningslinjer for fysioterapi og spiseforstyrrelser, med prosjektmidler fra Sosial og helsedirektoratet (1). Prosjektet var et samarbeid mellom helseregionenes spesialenheter for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser, hvor jeg og to kolleger i Bergen samlet erfaringsbasert og tilgjengelig publisert kunnskap. Videre forsøkte vi å integrere kunnskap om spiseforstyrrelser med fysioterapikunnskap. Resultatet er ment som et utgangspunkt for videre utvikling av fagfeltet (1).

Vårt kompetansesenter behandler kvinner og menn med spiseforstyrrelser fra Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag, men kan også tilby behandlingsplasser til pasienter fra andre helseregioner i Norge (1). Pasientgruppen har problemer i forhold til kropp som er sammensatte, og fysioterapi er en del av vårt tverrfaglige behandlingstilbud. Jeg arbeider med inneliggende og polikliniske pasienter, både individuelt og i grupper.

Kasusrapporten tar for seg behandling av kroppsbildeforstyrrelse hos en pasient innlagt ved spesialenhet for spiseforstyrrelser ved psykiatrisk klinikk, Sykehuset Levanger. Hensikten er å vise hvordan jeg som fysioterapeut forstår, utreder og behandler en slik pasient som en del av et tverrfaglig team. Den faglige plattformen bygger på retningslinjene fra 2005. For å kunne gi best mulig behandlingstilbud, er det etter min mening nødvendig med kunnskap om både spiseforstyrrelser og fysioterapi.

Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er en psykisk lidelse og kan forstås som en måte å mestre følelsesmessige problemer på. Slinking, overspising, oppkast og annen uhensiktsmessig atferd styrer etter hvert pasientens hverdag og tar over for annen normal aktivitet. Det er alvorlig for den som får en spiseforstyrrelse, men det påvirker også familie og venner. Mange tror at anoreksi er vanligst da dette er mest i øyeblikket, mens det faktisk er ti ganger flere som har bulimi (2). Overspisingsslidelser er igjen mer hyppig forekommende enn bulimi. Mange har faktisk bulimiske og anorektiske symptomer samtidig (2). Det offisielle diagnostiske systemet i Norge er ICD-10 som omfatter diagnostiske kriterier for anorexia nervosa, atypisk anorexia nervosa, bulimia nervosa og atypisk bulimia nervosa. I tillegg kommer de alvorlige formene som faller inn under andre spesifiserte og uspesifiserte spiseforstyrrelser. I de senere år er det også vurdert å inkludere patologisk overspising eller tvangsspising (3).

Kroppsbilde

Kroppsbilde (body image) er et kjent begrep innen fagfeltet spiseforstyrrelser, men det brukes også i flere andre sammenhenger i medisin og psykologi. Det er forsket mye vedrørende vårt syn på egen kropp, men fortsatt diskuterer fagfolk hva begrepet innebærer og hvilken rolle det spiller. Jeg belyser her bare en liten del av begrepet, ettersom forskere har fremsatt mange ulike definisjoner uten å enes om én som dekker hele fenomenet. Det refereres blant annet til fornøydhet med eget utseende og vekt, estimering av egen størrelse og persepsjon av egen kropp. Det er økende enighet om at kroppsbilde er et multidimensjonalt begrep med neurologiske, psykologiske og sosiokulturelle elementer (4,5,6).

Den tidlige utviklingen av kroppsbildet er først og fremst avhengig av kroppssansning. Vår mest sentrale informasjon kommer fra (7):

- hudsanser (smerte, temperatur, berøring)
- proprioceptorer (muskler, ledd, ligamenter)
- enteroreseptorer (indre organer, organsystemer)
- fjernsanser (syn, lukt, hørsel)

Mange faktorer på ulike nivåer påvirker utviklingen av vårt kroppsbilde. Hvordan andre møter vår kropp er viktig. Dette etter som andres positive, negative, eller nøytrale reaksjon på oss integreres i kroppsbildet og blir medvirkende til vår selvoppfatning. Vi påvirkes også av et komplisert samfunn med idealer, holdninger og forventninger. På samme måte som vår kropp er i endring hele livet, endres vårt kroppsbilde under påvirkning i positive og negative retninger (4,7).

Kroppsbildet er dynamisk, og fysioterapi begrenser seg ikke til det visuelle aspektet ved fenomenet. For å fremheve dette brukes begrepet kroppserfaring i tilnærmingen til kroppsbildeforstyrrelser hos pasienter med spiseforstyrrelser. Kroppserfaring består av fire komponenter og gir en bedre forståelse av kompleksiteten i forstyrrelsene. Det er likevel viktig å huske helheten, og at komponentene påvirker hverandre gjensidig (1).

Første del er anatomiske eller ytre som beskriver oppfatning og bevissthet rundt kroppens helhetlige størrelse, fasong, proporsjoner samt hud og muskulaturs ytre form og struktur. Her kommer pasientenes vurderinger av utseende og størrelse frem sammen med tiltak for å påvirke det. For eksempel kan pasienten bruke klær for å skjule eller framheve kroppen, krype sammen for at kroppen skal virke mindre, holde magen inne for at den skal være flat og lignende (1).

Dernest kommer den fysiologiske eller motorisk komponenten som beskriver oppfatning og bevissthet om kroppens indre oppbygning, og hvordan den fungerer. Den omhandler indre organer, skjelett, muskulatur, pust, bevegelse og så videre, men også om kroppens indre signaler som sult, metthet, trøtthet og opplagthet. Når gjelder den indre del av kroppserfaringen, strever pasienter med spiseforstyrrelser med mange feiltolkninger. De kan for eksempel tro at alt det myke vevet på kroppen er fett, at å være i ro innebærer at forbrenningen i kroppen stopper opp og at inntatt mat og drikke går rett ut i vevet og medfører at kroppen umiddelbart eser ut (1).

Den psykologiske delen handler om at mat og kropp er blitt et verktøy for å mestre vanskelige følelser. Kroppen oppleves i liten

grad gjennom sansene, men preges av negative tanker og følelser. Dette kan vise seg ved at opplevelsen av kroppsgrensene og størrelse på kroppen varierer etter sinnsstemning, og i forbindelse med måltider. Fysisk aktivitet kan blant annet brukes som verktøy for å holde tanker og følelser unna. Da blir det ikke plass til det som er vanskelig. Tanker om utseende og indre signaler blir omskrevet slik at det passer inn i spiseforstyrrelsens negative logikk. Det å kontrollere kropp og mat gir for mange pasienter en opplevelse av å ha kontrollen i eget liv (1).

Siste komponent er den eksistensielle som handler om oppfatningen av kroppen som helhet og individets personlige forhold til kroppen. Opplevelsen av kroppens evne til å mestre forskjellige ting, og kroppslige relasjon til språk, andre mennesker og sosiale omgivelser (1). En person uttrykker seg selv gjennom kroppen, og kroppen uttrykker alltid en person (8). For eksempel kan en meget undervektig person forstå andres oppmerksomhet som tegn på beundring for den flotte kroppen, i stedet for at de ser tegn på sykdom. Andre pasienter vil ikke se seg selv eller ta i seg selv, fordi de opplever kroppen som ekkel. Pasientene unngår andre mennesker fordi de mener andre ser på dem på samme måte, og at de andre må få slippe å ha noe så ekkelt i nærheten (1).

Studier indikerer at kroppsbildeforstyrrelse er en av de store risikofaktorene for utvikling og tilbakefall ved spiseforstyrrelser (4,5). Videre, ifølge forfatterne, henger forstyrrelsen igjen hos mange pasienter i lang tid etter at symptomene knyttet til maten er borte.

Gjennom den følgende kasusbeskrivelsen belyser jeg hvordan fysioterapeuten kan bidra i utredning og behandling av en pasient med kroppsbildeforstyrrelse. Pasienten har gitt sitt skriftlige samtykke til å benytte hennes historie i artikkelen, som hun også har lest gjennom.

Kasusrapporten

Pasienten var en 22 år gammel kvinne som fylte kriteriene for atypisk anorexia nervosa, med diagnosekode F 50.1. Det innebærer at hun manglet ett eller flere av de mest sentrale kjennetegn ved anorexia nervosa, men hadde ellers et ganske typisk klinisk bilde (10). Hun hadde en kroppsmasseindeks (BMI) på 19, mens normalområdet er fra 20 – 25. Pasienten hadde således en moderat undervekt, men ønsket vektreduksjon. Hun hadde store problemer med mat og måltider, drev daglig tvangstrening og hadde en forstyrret kroppsoppfatning. Sykdomsdebut er beskrevet til

16 – 17 års alderen, uten noen klar utløsende faktor. Hun var innlagt ved spesialenhet for spiseforstyrrelser i Levanger i cirka seks måneder.

Vurderingsverktøy

Fysioterapiutredningen består vanligvis av anamnese, kroppsunndersøkelse og tre scoringsskjemaer (Body Attitude Test, silhuett-test, og fysisk aktivitetsskjema). Informasjon er tilgjengelig for teamet rundt pasienten i journal og gjennom tverrfaglige samarbeidsmøter. For meg er det derfor sentralt å danne et bilde av pasientenes kroppserfaringer med utgangspunkt i de forskjellige komponentene og å utdype hennes forhold til trening. Det er viktig å lytte til pasientenes egne ord og utforske hvilken funksjon de forskjellige elementene har for dem (1).

Kroppsunndersøkelsen gir meg et bilde av pasientenes kroppsfunksjon, men også mye tilleggsinformasjon om graden av kroppsbildeforstyrrelse. Sistnevnte går på forhold til nærhet og berøring, om det er samsvar mellom ordenes beskrivelse og det kroppen viser, kroppslige stressreaksjoner, trygghet versus utrygghet, tilstedeværelse i situasjonen, spontanitet, evne til å sette ord på det som oppleves her og nå, evnen til å sette grenser og så videre (1).

Scoringsskjemaene utfyller informasjonen i kartleggingen. Body Attitude Test (BAT) er et scoringsskjema utviklet spesielt for kvinner med spiseforstyrrelser. BAT gir informasjon om pasientenes holdninger til egen kropp, generell misfornøydhet, grad av fremmedhet til kroppen og negativ vurdering. Det har 20 utsagn som pasienten vurderer på en skala fra 0 til 5, fra aldri til alltid. Maksimum score (verst) er 100 og kuttverdien for friske er 36 (11,14).

Silhuett-test er et skjema med ni silhuettfigurer som viser forskjellige kroppsstørrelser. Pasientene velger figurer ut i fra hvordan de mener kroppens størrelse er, hvordan den oppleves og ønsket størrelse (12).

Skjema om fysisk aktivitet, som er under utprøving, har 20 utsagn hvor pasientene angir sin aktivitetsgrad. Det gir informasjon om holdninger til trening, konsekvenser ved trening og ikke-trening (hvile), bevissthet om kroppens signaler og hvorvidt signalene blir tatt hensyn til. Skala og poengangivelse er som for BAT, men skjema har ingen kuttverdi fordi det ennå ikke er testet på en kontrollgruppe. Slik testing er under planlegging (1).

Vurderingen ved innkomst

I anamnesen fortalte pasienten om et svært negativt forhold til sin egen kropp. Den ble

beskrevet som en masse uten faste holdpunkt og uten klare grenser. Hun var redd for å miste kontrollen over kroppen og følte seg utrygg når det gjelder nærhet og berøring. Kroppens signaler om sult, tørst og slitenhet opplevdes som utydelige; og om hun kjente signaler, tok hun ikke hensyn til dem. Trening flere timer hver dag var vanlig, og hun knyttet mye tvang til treningen. Samtidig ga det henne en følelse av å leve. Pasienten anga at hun følte seg utslitt. Samtidig kunne hun ikke tillate seg å hvile fordi det ga for mye dårlig samvittighet og negative kroppsopplevelser. Aktivitet ble benyttet som et verktøy for å holde vanskelige tanker og følelser unna. Hennes forståelse av kroppen og opplevelse av seg selv anga hun at skapte problem i relasjon til andre mennesker.

Kroppsunndersøkelsen avdekket få funksjonsproblemer, men pasienten fremsto som meget forsiktig. Hun fremviste få spontane bevegelser, uttrykk og kroppsspråk. Å sette ord på det hun kjenner her og nå var vanskelig. Hun viste utrygghet i forhold til nærhet og berøring og reagerte med å holde pust og å spenne seg når noe ble vanskelig. Scoringsskjemaene (BAT, Silhuett test, fysisk aktivitet) tydeliggjorde problemområdene. BAT viste generell misfornøydhet, at kroppen opplevdes fremmed og ble vurdert negativt. Her hadde hun en skår på 84 ved innleggelse (hvorav 100 er verst). Silhuett-testen viste at hun overvurderte egen størrelse, og at bildet var stabilt. Ønsket størrelse var en avmagret kropp. Svarene i forhold til fysisk aktivitet bekreftet tvangstrening. Aktiviteten var lite lystbetont, og det var nødvendig for henne å ha kontroll på kropp, mat og hvile. Hun kunne i liten grad kjenne kroppens signaler og tok sjelden hensyn til det hun kjente. Fysisk aktivitetsskår var på 65.

Samlet viste fysioterapiutredningen at pasienten hadde en kroppsbildeforstyrrelse som omfattet flere komponenter av kroppserfaringen. Tilstanden var i stor grad hemmende for hennes livsutfoldelse og styrte valg når det gjaldt aktivitet og relasjoner. Funn fra fysioterapivurderingen ble lagt fram på et tverrfaglig behandlingsmøte.

Tiltak og begrunnelser

Sengeenhetens behandlingssopplegg bygger vanligvis på miljøterapeutiske prinsipper. Opplegget er frivillig, faseindelt og gruppebasert, men det er også rom for individuelle behandlingstiltak. Vi konkluderte med at pasienten skulle få individuell fysioterapibehandling rettet mot kroppsbildeforstyrrelsen. Den kom i tillegg til kroppserfaringgruppen som alle innlagte pasienter deltar i.

Fysioterapibehandlingen av kroppsbildeforstyrrelser bygger på retningslinjene for fysioterapi og spiseforstyrrelser (1) som igjen bygger på prinsipper fra psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Her fremgår et helhetlig syn på mennesket med kroppslige, psykiske og sosiale dimensjoner. Kroppen er innfallsvinkel i metodene som benyttes i undersøkelse og behandling. Det legges vekt på aktiv deltagelse fra pasienten, med samtale og refleksjon over reaksjoner og opplevelser. Ulike kroppslige tilnæringsmåter benyttes for å bedre personens funksjonsevne, mestring og livsutfoldelse (13). Fysioterapien tilpasses og integreres i det som er spesielt for pasienter med spiseforstyrrelser.

Med utgangspunkt i utredningen handlet min behandling av denne pasienten om å utvide hennes kroppserfaring, for at hun skulle kunne utvikle seg selv. I et tverrfaglig behandlingsmiljø er det viktig at yrkesgruppenes forskjellige kunnskap brukes til å utfylle hverandre til det beste for pasienten og i tråd med felles mål. Målet er å redusere symptomer, øke funksjonsnivå og livsutfoldelse og å komme bedre i balanse med seg selv og egne behov. Disse overordnede målene deles inn i delmål underveis i behandlingen (2).

Pasientens mål var å få et bedre forhold til seg selv og egen kropp. Hun ønsket å bli fysisk aktiv på en positiv måte, ikke på grunn av tvang og negativitet. I tillegg var det viktig for henne å bli tryggere i relasjoner til andre mennesker. Jeg brukte mange forskjellige tiltak i behandlingen, hvor noen er mer spesielle for behandling av kroppsbildeforstyrrelse, men de fleste er kjente fysioterapitiltak. Jeg tar for meg den individuelle behandlingen først og kroppserfaringgruppen etterpå. De individuelle tiltakene tar utgangspunkt i forskjellige deler av kroppserfaringen. Uansett hvilken ende jeg starter i, så er det hele tiden med en bevissthet om å trekke andre komponenter inn for å skape mer sammenheng og mening.

Hvile var et viktig behandlingsområde i hele behandlingsperioden, men var særlig viktig tidlig i forløpet. For pasienten var området meget vanskelig, og tilnærmingen innebar flere elementer. Det ene var forståelsen for at kroppen trenger hvile for å være frisk, og å bryte med «sannhetene» i spiseforstyrrelsen som gjør hvile umulig. Vi arbeidet med forskjellige hvilestillinger, med avspenningsteknikker og andre tiltak for å endre hvile fra å være negativt til å bli noe naturlig. Hun benyttet eksempelvis knotteballmassasje, musikk, kuledyne og varme (1). Dette er også en naturlig del av miljøterapien og det daglige programmet på posten.

Et annet tiltak var estimering og integrering av egen størrelse gjennom bruk av kroppsmål (1,9). Vi så på forskjeller angående hvordan hun opplevde egen størrelse, ønsket størrelse og reelle mål. De ulike målene ble sammenlignet. Måten dette gjøres på kan være avgjørende for om det stimulerer til mer helhet og ikke mindre. Det er viktig ikke å havne i en argumentasjon om hvem som har rett, men å skape trygghet og rom for undring og nysgjerrighet. Til dette benytter jeg oftest åpne spørsmål. Hvilke tanker og følelser er knyttet til det? Hva er det som gjør at det er forskjeller? Hva er det som påvirker våre vurderinger?

Bruk av speil er et annet alternativ for å tilnærme seg samme felt. Speil kan benyttes til å lære å se på en nøytral og objektiv måte, i stedet for «å se og vurdere ut i fra negative følelser». En kan ta for seg deler av kroppen, eller instruere i en systematisk gjennomgang av hele kroppen (13). Vi prøvde speil et par ganger, men det fungerte ikke så bra for denne pasienten. Det ble for vanskelig å skille mellom de konkrete sanseinntrykkene her og nå og det negative bildet som hun hadde av kroppen.

Undervisning og økt kunnskap er en naturlig og nødvendig del av enhver behandling. Jeg benyttet bilder, plansjer, anatomiske modeller osv, for å øke pasientens kunnskap og forståelse av kroppen, dens funksjon og sammenhenger (1). Jeg gjorde dette meget tydelig ved at jeg viste direkte på hennes kropp. Pasienten hadde mange «sannheter» og feiltolkninger om hva som er hva på kroppen og hvordan den fungerte i forskjellige sammenhenger. Oppfatningene hadde i liten grad sammenheng med naturlig anatomi og fysiologi, men passet godt inn i negative tanker forbundet med spiseforstyrrelse. Det handler ikke om at pasienten er vrang, men hun slites mellom fakta, fornuft og meget sterke følelser som tar helt over styringen og oppleves som sannhet. Også her er det viktig å skape rom for undring og utforsking for å finne alternative måter å forstå kroppen på. Det at jeg var med henne på trening og i andre situasjoner, ga mulighet til å ta opp relevante tema der og da, ettersom hun møtte sine dilemmaer.

Andre tema vi var innom var kroppspråk og nonverbal kommunikasjon. Hva er det vi viser med kroppspråk og hvordan forstår vi andres? I hvor stor grad tillegger vi andre våre egne vurderinger (1)? Pasienten brukte mye energi på å tenke over hva andre mente om henne og hennes kropp. Det er oftest nyttig å bli bevisst på slike ting og komme i gang med å sjekke ut hva som stemmer i praksis.

Vi arbeidet med bevegelser og øvelser for bevisstgjøring. Det vil si å bli kjent med kroppens funksjon ved å ha fokus på balanse, koordinasjon, bruk av kraft, forskjeller mellom spenning og avspenning med mer. Dette er oftest gode verktøy for bevisstgjøring. I tillegg utforsket pasienten andre elementer slik som konsentrasjon, og å lytte til og forstå det som skjer i kroppen. Det å få et bredt spekter av nye erfaringer gir vanligvis økt bevissthet og forståelse og et grunnlag for endring (1).

Et annet sentralt område i behandlingen omhandlet nærhet, berøring og grenser. Jeg brukte flere typer massasje, både direkte og indirekte, med forskjellige mål for øyet. Et var å skape trygghet i forhold til nærhet og berøring. Et annet å bevisstgjøre og stimulere sansene for å skape visshet om «hvordan avgrens min kropp seg mot omverden», samt å bli kjent med kroppens signaler. Tiltakene handlet om hvile og avslapning, og å øve seg på å tillate seg det uten negative tanker. Samtidig var det viktig at hun kunne kjenne hva som var behagelig og ubehagelig, og kunne si fra om det (1). Pasienten benyttet eksempelvis egenmassasje med knotteball for å øve seg på egenomsorg.

Pasienten arbeidet mye med å bryte sitt negative forhold til fysisk aktivitet. Ikke bare sammen med meg, men også sammen med andre i behandlingsopplegget ellers. Jeg har laget en loggbok som jeg brukte sammen med henne. Boken beskriver en del fakta om fysisk aktivitet, hvile og ernæring. Den tar blant annet opp hvordan du kan skille mellom når aktiviteten er positiv versus tvangspregget og har plass for pasientens egne registreringer. Jeg oppmuntret underveis til aktivitet uten vekt på konkurranse og prestasjon, og gjerne sammen med andre. Fokus var å stimulere til bevegelsesglede, gode opplevelser og mestring (1,15). Hos oss er pasienten i starten aldri alene under behandling; jeg eller noen andre er da alltid sammen med henne. Etter hvert tar hun mer ansvar selv. Det er viktig å bli trygg på evnen til å ta gode valg på egen hånd.

I kroppserfaringgruppen benyttes temaene fra den individuelle behandlingen, men det å være i gruppe gir andre muligheter og utfordringer (1). Med bakgrunn i denne pasientens problemer i relasjoner til andre mennesker, var kroppserfaringgruppen en viktig arena for å gjøre erfaringer i samspill med andre. Hun fikk øve seg på å være en del av et fellesskap hvor hun kunne utforske kroppslige relasjoner i sosiale omgivelser. Erfaringer ble delt med de andre i gruppa. Slikt krever samarbeid, å stole på andre, å

kunne få og gi omsorg, å kjenne på egne krefter og tørre å bruke dem i samarbeid med andre. Grupperarbeid er utfordrende for nær sagt alle disse pasientene. Lekpregede aktiviteter var også et viktig virkemiddel. Jeg brukte det for å fremme spontanitet og gode opplevelser. Hun anga underveis at det var lenge siden hun hadde kjent på det å le og slippe seg litt løs.

Sammen med gjennomføring av tiltak, samtalte gruppelemmene om kroppens historie. Slik forsøker vi vanligvis å få deltakerne til å oppnå sammenheng mellom tanker, følelser og kropp. Vårt budskap er at helheten ikke bare er i kroppen, men i hele mennesket.

Behandlingsforløpet

I behandlingsperioden vekslet jeg mellom tiltakene etter behov. Utfordringene ble gradvis økt for å gi en naturlig progresjon tilpasset pasientens utvikling. Gradvis utviklet hun en mer konkret opplevelse av egen kropp som avgrenset og stabil. Den uavgrensede massen endret seg først til et fettlag som var utenpå hele kroppen. Opplevelsen av å ha en stor og ekkel kropp, som også innebærer forakt for seg selv som person, var lenge til stede. Følelsen av fettlaget ble redusert etter hvert. Hun undret, utforsket og torde å gjøre nye erfaringer. Mot slutten av innleggelsen kunne hun beskrive sansintrykk og følelser som hang sammen med hennes handlinger. Jeg har notert noen av utsagnene som pasienten kom med i løpet av behandlingen, og som beskriver hennes opplevelser:

«Nå kjennes hånden min ut som en hånd, ikke som tykke pølsefingre.»

«Jeg kjenner konturene på kroppen min, at jeg har en kropp.»

«Jeg kjenner at jeg er konkret til stede, og det har jeg ikke kjent på lenge. Det er forferdelig å ikke kjenne seg selv.»

«Det er godt å kjenne at jeg er trygg sammen med andre.»

«Nå kan jeg være aktiv uten at jeg må slite meg helt ut.»

«Det er deilig å kjenne solvarme mot huden. Jeg hører fuglesang, kjenner lukten av sjø, og er til stede med hele meg.»

Utreisevurdering

Hun fremsto for meg ved utreise som trygge, mer åpen, og avslappet. Hennes forhold til seg selv oppfattet både jeg og hun til å være i positiv utvikling. Hun beskrev det som godt å oppleve mening og sammenheng mellom tanker, følelser og kroppen – her og nå, samt å kunne forstå kroppens historie. Trening var noe hun anga å ha fått positive

opplevelser med. Den ønskede utviklingen ble bekreftet av scoringsskjemaene. BAT viste mindre misfornøydhethet, mindre negativ vurdering og mer positiv holdning til egen kropp. Totalskåren var på 30, som tilsa en reduksjon på cirka 65 prosent fra ved innkomst. Hennes egen silhuettvurdering stemte med virkeligheten, men var ustabil og kunne variere en størrelse opp. Ønsket størrelse var fortsatt noe avmagret, men mindre avmagret enn ved innleggelsen. Vedrørende fysisk aktivitet anga hun mindre opplevd tvang, og ikke lenger i samme grad å ha behov for trening for å kontrollere kroppslig ubehag. I tillegg mente hun å kunne kjenne kroppens signaler tydeligere og oppga at hun vanligvis tar hensyn til dem. Aktivitetsskåren var på 33, hvilket tilsvarer en halvert problemskår fra ved innskrivning.

Jeg anbefalte pasienten ved utreise å forsøke å videreutvikle sin relasjon til andre mennesker og fortsette å gi seg selv nye erfaringer. Hun fikk også råd om å arbeide mer med å integrere sin kropp til vanlig størrelse. Etter utskrivningen ble det derfor planlagt poliklinisk oppfølging av utviklingsarbeidet.

Avslutning

I kasusrapporten har jeg prøvd å belyse hvordan fysioterapikunnskap kan anvendes i utredning og behandling av kroppsbildeforstyrrelse i en spesialenhet for pasienter med spiseforstyrrelser. Fagutvikling er en del av jobben min hvilket gir meg mulighet til å arbeide med å dokumentere praksis. Forhåpentligvis vil det etter hvert bli flere fysioterapeuter som fatter interesse for å behandle pasienter med spiseforstyrrelser og å forske i feltet. Jeg synes å se at det å dokumentere egen praksis gir en bredere faglig plattform på sikt og finner pasientgruppen spennende å arbeide med som fysioterapeut. Jeg har fortsatt mye å lære, både av daglige møter med pasienter, av dem jeg arbeider sammen med og gjennom å utvikle egen kompetanse.

Pasientene på vår spesialavdeling arbeider innen mange områder i løpet av en innleggelse. Tverrfaglig samarbeid innebærer at de forskjellige områdene samordnes. Arbeidet innebærer også at de færreste pasienter er ferdigbehandlet i løpet av en innleggelse. Få pasienter med spiseforstyrrelser er innlagt i spesialenheter, hvilket trolig betyr at mange pasienter i kommunehelsetjenesten har udekkede behov for behandling av sine kroppsbildeforstyrrelser. Gjennom kasusbeskrivelsen håper jeg å ha formidlet en kombinasjon av kunnskap og inspirasjon som kanskje kan senke fysioterapeuters terskel for å kunne gi et tilbud til denne pasientgruppen. Jeg mener

mye av den presenterte tilnærmingen er overførbart også til andre behandlingssituasjoner. For å si det litt enkelt; pasienter med spiseforstyrrelser strever med sine kropp, mens fysioterapeuter har mye kompetanse på nettopp kropp. Etter min mening sier det seg da selv at pasienter med spiseforstyrrelser trenger fysioterapeuter med kunnskap, interesse og forståelse for sammenhenger. Arbeidet er spennende, utfordrende og erfaringsmessig nyttig.

Litteratur

1. Nilsen M, Danielsen M, Ege Grønlund G. Retningslinjer for fysioterapi og spiseforstyrrelser. Spesialenheter for pasienter med spiseforstyrrelser ved Haukeland Universitetssykehus og Sykehuset Levanger; 2005.
2. RKSF: Informasjonsbrosjyre Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF). Sykehuset Levanger, Helse Midt-Norge; 2005.
3. Statens helsetilsyn. Alvorlige spiseforstyrrelser; Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. (Utredningsserie 7-2000) Oslo; 2000.
4. Cash TF, Pruzinsky T. Body Image: A Handbook of Theory, Research, & Clinical Practice. New York: The Guilford Press; 2002.
5. Thompson JK et al Exacting Beauty: Theory, Assessment, and Treatment of Body image Disturbance. Washington: American Psychological Association; 1998.
6. Probst M, Van Coppenolle H, Vandereycken W. Body experience in anorexia nervosa patients: an overview of therapeutic approaches. Eating disorders: The Journal of Treatment and Prevention 1995; 3: 186-98.
7. Bunkan BH. Kropp, respirasjon og kroppsbilde. Ressursorientert kroppundersøkelse og behandling. Oslo: Universitetsforlaget; 1996.
8. Mattsson M. Body Awareness Applications in Physiotherapy. In Departments of Psychiatry and Family Medicine. Umeå University; 1998.
9. Majewski ML. Skatting av kroppsstorlek. Stockholm: Karolinska Institutet; 1996.
10. Statens helsetilsyn. ICD-10. Psykiske lidelser og psykiske lidelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Oslo: Universitetsforlaget; 1999.
11. Probst M, Vandereycken W, van Coppenolle H, Vanderlinden J. The Body Attitude Test for Patients with an eating Disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. J Treatment Prevention 1995; 3: 133-45.
12. Thompson, JK, Altabe, MN. Psychometric qualities of the Figure Rating Scale. Int J Eat Disord. 1991; 10: 615-19.
13. NFF. Norsk Fysioterapeutforbund, faggruppen for psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, informasjonsbrosjyre. Oslo; 2005.
14. Probst M. Body experience in eating disorder patients. (Doctoral dissertation) University Center Sint Jozef, Kortenberg, Belgium; 1997.
15. Duesund L, Skårderud F. Use the body and forget the body. Treating anorexia nervosa with adapted physical activity. Clinical child psychology and psychiatry; 2002