

Når kropp er vanskelig:

Psykomotorisk fysioterapi for pasienter med spiseforstyrrelser. En intervjustudie



Karine Børsum, psykomotorisk fysioterapeut, MSc. helsefag. Varden spesialistsenter. karine-borsum@hotmail.com.

Målfrid Råheim, professor (100%) ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, University of Bergen (UiB).

Denne **vitenskapelige originalartikkelen** er fagfellevurdert etter Fysioterapeutens retningslinjer, og ble akseptert 26.1.2017. Det er innhentet informert samtykke fra deltakerne i studien. Ingen interessekonflikter oppgitt.

Sammendrag

- **Bakgrunn:** Forskning på behandling av pasienter med spiseforstyrrelser er omfattende, men lite finnes om behandling som tar utgangspunkt i kroppserfaring. Dette til tross for at det er en lidelse hvor det handler mye om kropp. Formålet med denne studien var å se på psykomotorisk fysioterapi sitt bidrag i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser sett fra terapeutperspektivet.
- **Metode:** Semi-strukturerte intervjuer med terapeuter i samme behandlingsteam ble gjennomført på en spesialenhet for spiseforstyrrelser: psykomotorisk fysioterapeut, psykolog, psykiater og spesialsykepleier. Analysen ble gjennomført ved hjelp av systematisk tekstkondensering.
- **Funn:** Artikkelenes funn består av to hovedtemaer: I. Psykomotorikerens bidrag i behandlingen: «kroppseksperthen», med undertemaene: Arbeidet direkte på kroppen: om å gå rett til sakens kjerne og Kunnskapsformidling om kropp og trening. II. Behandlingsteamet: tverrfaglig samarbeid i praksis, med undertemaene: Om behandlingsteam, behandlingsmøter og behandlingssinnhold og Samarbeid ut fra felles forståelse og likeverd.
- **Konklusjon:** Psykomotorisk fysioterapi bidro med noe som er vesentlig, annerledes og utfyllende i forhold til andre behandlingstilnæringer ved behandling av pasienter med spiseforstyrrelser i det tverrfaglige teamet. Den kroppslige innfallsvinkelen var forbundet med å gå «rett til sakens kjerne», og var følgelig sett på som helt sentral.
- **Nøkkelord:** felles forståelse, psykomotorisk fysioterapi, spiseforstyrrelser, tverrfaglig samarbeid.

Innledning

Spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse på flere beslektede tilstander (1). De mest kjente er anoreksi, bulimi og tvangsspising. Anoreksi er kjennetegnet av at pasienten holder en vekt som ligger 15% eller mer under forventet normal vekt og har intens frykt for å legge på seg (2). Kjennetegn ved bulimia nervosa er gjentatte episoder med overspising med påfølgende selvfremskalt breknin-

ger, misbruk av avføringsmidler, vekslende sultperioder med mer. Pasienter som lider av tvangsspising har også bulimisk overspising, men uten kompensierende handlinger (2). Studier anslår at rundt 2% av den kvinnelige befolkningen mellom 15-45 år rammes av alvorlige spiseforstyrrelser (2). Lidelsen forekommer også hos menn (1).

Omfattende forskning på behandling av pasienter med spiseforstyrrelser finnes, spe-

sielt når det gjelder kognitiv terapi/psykoterapi og medisiner (3, 4, 5). Det er også flere studier på effekt av familierapi og gruppeterapi (6, 7). Av særlig interesse for denne studien er fysioterapibehandling eller behandling med klare paralleller til fysioterapi. I en review-studie (8) hvor man så på multidisiplinær dagbehandling på sykehus, konkluderte forskerne blant annet med at det var mange likheter mellom de forskjel-



Funnene viste at psykomotorisk fysioterapi bidro med noe som var annerledes og utfyllende.

lige behandlingsprogrammene, spesielt bruk av tverrfaglige tilnærminger og gruppeterapi. En annen review-studie (9) så på effekten av fysisk aktivitet. Studien resulterte i retningslinjer for hvordan fysisk aktivitet på en vellykket måte kan brukes i behandlingen. Når det gjelder fysioterapi finnes det lite forskning. I en RCT-studie så man imidlertid på effekten av Basal Kroppskjennskap (BK) som tilleggsbehandling for pasienter med spiseforstyrrelser i poliklinisk behandling (10). Forskerne konkluderte med at pasientene som fikk BK viste bedring i noen av symptomene på spiseforstyrrelser. En kvalitativ studie basert på kliniske observasjoner, kroppslige symptomer og intervjuer med pasienter med anoreksi, er gjort innenfor en psykomotorisk tilnærming (11). Forfatteren konkluderte ut fra sentrale funn at psykomotorisk fysioterapi bør prøves ut ved siden av standard behandling for disse pasientene.

Det er altså omfattende forskning på samtalerterapi (primært kognitiv terapi) og medisinerer når det gjelder behandling av pasienter med spiseforstyrrelser. Mer sjelden har forskningen vært rettet mot forholdet til egen kropp og kroppserfaring mer generelt. Det er kjent fra klinikken at psykologer og psykiatere samarbeider med psykomotorikere, og det finnes også psykomotorikere ansatt ved enheter for spiseforstyrrelser. Hensikten med denne studien var å se på psykomotorisk fysioterapi sitt bidrag i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser på en spesialenhet for spiseforstyrrelser. Forskningsspørsmålet var: Hva handler den psykomotoriske behandlingstilnærmingen sitt bidrag om i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser, sett fra terapeutenes ståsted?

Teoretiske perspektiver

Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) ble utviklet av fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen og psykiater Trygve Braatøy på slutten av 1940-årene (12). Behandlingsformen er basert på erkjennelsen av at kroppen er en enhet der psyke og soma er innvevd med hverandre kontinuerlig og gjensidig. Opplevelser og erfaringer setter spor i kroppen og påvirker pust, muskelspenninger,

kroppsholdning og autonome reaksjoner. Braatøys vekt på doble betydninger, f.eks. kroppsholdning som fysisk holdning og affektiv holdning, viser til dette (13). Målet med behandlingen er å endre holdning og å redusere muskulære spenninger gjennom respirasjonsfrigjørende bevegelser og massasje tilpasset den enkelte (14, 15, 16).

Kroppsfenomenologien har paralleller til og utvider grunnlagstenkning i psykomotorisk fysioterapi, hvor kroppens uttrykk og kroppserfaring er utgangspunktet i behandlingen (17). Merleau-Ponty (1908-1961), kroppens filosof, så på kroppen som sentrum for erfaring og erkjennelse, og la til grunn at livserfaring kroppsliggjøres (18). For Merleau-Ponty var kroppen dessuten grunnleggende tvetydig: objekt og subjekt; vi både er og har en kropp (19).

Psykiske lidelser, inkludert spiseforstyrrelser, er sammensatte og behandlingen blir da også sammensatt og ofte tverrprofesjonell. Det er gjort mye forskning på hva som kjennetegner et godt tverrfaglig samarbeid, og mange av de samme aspektene går igjen. Croker et al. (20) viser til fem aspekter som i deres studie viste seg å være viktige for et godt tverrfaglig samarbeid: å være positiv til at man har forskjellig kunnskap; å ta del i teamets form og sfære; å legge til rette for kommunikasjon og samarbeid; pasientsentrert samarbeid og å påvirke til forandring hos personer og i situasjoner. Andre studier viser lignende funn (21, 22), og at ledelsen spiller en viktig rolle (23).

Metode

Terapeutenes erfaringer står sentralt i denne studien. En kvalitativ tilnærming med semi-strukturerte intervjuer ble derfor benyttet (24, 25).

Behandlingsramme og utvalg

Intervjumaterialet ble produsert på en spesialenhet for spiseforstyrrelser, hvor psykomotoriker var en del av det tverrfaglige teamet. Enheten ble valgt fordi den er kjent for å ha solid kompetanse på dette området i Norge. Deltakerne var terapeutene i teamet: psykolog, psykiater, spesialsykepleier og psykomotorisk fysioterapeut; to menn og

to kvinner. Alle hadde lang erfaring med behandling av pasienter med spiseforstyrrelser.

Forberedelse

Før intervjuene ble gjennomført fulgte førsteforfatter den psykomotoriske fysioterapeuten som observatør i noen dager. Dette for å få et inntrykk av hvordan hun arbeidet med pasientene, og hvordan teamet samarbeidet. Vi har kalt dette for «uforpliktende observasjon», siden funksjonen var å forberede intervjuene best mulig. Det betyr at observasjon ikke inngår som del av materialet, men ble brukt til å utvikle en intervjuguide.

Gjennomføring

Intervjuene ble gjennomført i løpet av tre dager i samme uke. De fant sted på terapeutenes kontorer eller på et lukket rom på avdelingen. Intervjuene varte ca. en time, bortsett fra intervjuet med psykomotoriker, som varte i 80 minutter. Psykomotorikeren hadde ekstra mye å bidra med, og ekstra tid ble lagt til for å komme igjennom alle hovedtemaene i intervjuguiden. Lydopptak ble tatt.

Analyse

Førsteforfatter transkriberte intervjuene så ordrett og så raskt som mulig etter at intervjuene ble fullført. Analysen ble gjennomført ved hjelp av systematisk tekstkondensering (26) med visse tilpasninger. Første trinn var å lese intervjutekstene, for så å skrive ned foreløpige tema (se tabell I) knyttet opp mot problemstillingen.

Kort sagt

- Psykomotorisk fysioterapi bidro med noe som var annerledes og utfyllende sammenlignet med de andre behandlingstilnærmingene.
- Psykomotorisk fysioterapi hadde en sentral plass i det tverrfaglige teamet i behandlingen av personer med spiseforstyrrelser.

TABELL 1 Temaer med underpunkt.

<p>1. Behandlingstilnæringer i fysioterapi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fysioterapi, det å jobbe kroppslig • Fysisk aktivitet • Fysisk berøring • Overlappende behandlinger • Gruppebehandling 	<p>2. Viktigheten av fysioterapi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Viktig med fysioterapi/det å jobbe kroppslig 	<p>3. Forskjeller mellom diagnosegruppene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prioritering av behandling • Prioritering av pasienter til fysioterapi • Forskjell mellom diagnosegruppene • Viktig i behandlingen av spiseforstyrrelser 	<p>4. Fysioterapeutens kunnskaper:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fysioterapeuten og ekspertrollen • Kunnskap om det fysiske og det psykiske • Stabile behandlere 	<p>5. Fysioterapeutens kunnskapsformidling i teamet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Påvirkning fra fysioterapeut
<p>6. Tilbakemelding fra pasientene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluering og tilbakemelding fra pasientene • Det å ikke ville til fysioterapeuten 	<p>7. Hvordan teamet samarbeidet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samarbeid, undersøkelse, målsetting, pasientkontrakten, journal, endringer 	<p>8. Teamet hadde en felles forståelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sier det samme, ikke hierarki 	<p>9. Forskning på enheten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spiseforstyrrelser (bakgrunnsforståelse) • Behandling og oppfølging • Forskningsresultater • Forskningsresultater med/uten fysioterapi 	<p>10. Andre temaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekstra temaer

TABELL 2 Fra meningsenhet til hovedtema.

Meningsenhet	Essens, meningsenhet	Kodegruppe og undertema	Hovedtema
«Men det som vi gjør er, hva skal jeg si, bruker egentlig alle, kanskje ikke alle metoder, men alt det jeg har lært som fysioterapeut opp igjennom, med den psykomotoriske tankegangen og forståelse av kropp som bakgrunns-teppe.» (psykomotorisk fysioterapeut)	Bruker alt hun har lært som fysioterapeut, men med den psykomotoriske tankegangen som grunn.	Kodegruppe: Den psykomotoriske kompetansen er med hele veien. Undertema: Arbeidet direkte på kroppen: om å gå rett til sakens kjerne.	Psykomotorikerens bidrag i behandlingen: «kroppseks-perten».
«... muligheten til å gå rett i kroppen tenkte jeg å si, som en fysioterapeut kan gjøre da, kan tillate seg, det tror jeg er rå-viktig og helt avgjørenede for å være litt mer, ja... Komme til saken asså (K: Mm...), tenker jeg.» (spesialsykepleier)	Muligheten til å gå rett på/i kroppen er å komme til sakens kjerne.	Kodegruppe: Kroppen som innfallsvinkel, arbeid direkte med kroppsbilde-forstyrrelse og kroppserfaring. Undertema: Arbeidet direkte på kroppen: om å gå rett til sakens kjerne.	Psykomotorikerens bidrag i behandlingen: «kroppseks-perten».
«Så, eh, men jeg vil tenke det er, kan være litt ulike tilnæringer som kan være hensiktsmessige, (K: Mm...) avhengig av ikke nødvendigvis diagnose, men mer den underliggende problematikken da.» (psykolog)	Ulike behandlingstilnæringer kan være hensiktsmessige avhengig av den enkeltes problematikk.	Kodegruppe: Både lik og ulik behandling for pasienter i ulike diagnosegrupper. Undertema: Samarbeid i praksis: om behandlingsteam, behandlingsmøter og behandlingsinnhold.	Behandlingsteamet: tverrfaglig samarbeid i praksis.

I andre trinn ble hvert intervju delt inn i meningsbærende enheter, og videre kondensert. Hver enhet ble så samlet under koder med navn inspirert av de foreløpige temaene. I tredje trinn var arbeidet med å abstrahere meningsinnholdet i kodegruppene det sentrale, som bidro til videreutvikling av hoved- og undertemaer. Denne prosessen gikk i mange runder, og problemstillingen var med hele veien. Det fjerde trinnet var utvikling av endelige hovedtemaer med undertemaer, og kjernebeskrivelser dekkende for hele hovedtemaet (se resultatpresentasjonen). Validering av funnene opp mot datamaterialet var også del av siste trinn.

Funn

Funnene består av disse hovedtemaene: I. Psykomotorikerens bidrag i behandlingen: «kroppseksperter», med undertemaene: Arbeidet direkte på kroppen: om å gå rett til sakens kjerne, og Kunnskapsformidling om kropp og trening. II. Behandlingsteamet: tverrfaglig samarbeid i praksis, med undertemaene: Om behandlingsteam, behandlingsmøter og behandlingsinnhold og Samarbeid ut fra felles forståelse og likeverd. Hvert hovedtema presenteres først med en kjernebeskrivelse. Så presenteres undertemaene mer i detalj med sammenbindende tekst og sitater.

I. Psykomotorikerens bidrag i behandlingen: «kroppseksperter»

Psykomotorikeren ble framstilt som kroppseksperter av de andre terapeutene, og i flere betydninger. Det var hun som jobbet med kroppen direkte ved fysisk berøring (massasje), hun arbeidet med kroppsbildeforstyrrelser og forståelse av sammenhengen mellom kropp, tanker og følelser. Med den kroppslige tilnærmingen hadde psykomotorikeren mulighet til å gå «rett i kjernen» av problemene. Selv understreket psykomotorikeren at hun ikke alltid kunne gjennomføre en hel undersøkelse eller behandling etter psykomotoriske prinsipper, men at hun alltid hadde med seg den psykomotoriske grunnforståelsen. Hun understreket at hennes generelle fysioterapikompetanse også spilte en viktig rolle. Psykomotorikeren ble også omtalt som ekspert i teamet på fysisk aktivitet, treningsprinsipper osv. Del av bidraget var dessuten aktiv bruk av hennes kunnskaper om kroppens anatomi og fysiologi. Psykomotorikeren drev individuell behandling og flere typer gruppebehandling.

Arbeidet direkte på kroppen, om å gå rett til sakens kjerne

Psykomotorikeren fortalte at hun bevisst brukte det at hun hadde «lov til å ta på folk». Hun kunne gi omsorg via fysisk berøring uten at det ble unaturlig, og hun brukte berøring med tanke på at pasientene skulle bli oppmerksomme på egenomsorg. Det ble vektlagt at dette ga spore til andre erfaringer enn det de andre behandlerne fikk gjennom samtale. Psykologen sa: «.. (psykomotorikeren) kan si noe om pasientenes reaksjoner i sånne situasjoner (ved fysisk berøring) som vi andre behandlere kanskje ikke kommer i posisjon for å si noe om.»

«De andre har primært samtale som arbeidsredskap, mens kroppen kan være 'utfyllende', sa psykomotorikeren. Det var viktig å være oppmerksom på at det ofte kunne være slik at pasienter sa noe med ord, mens kroppen kunne ha reaksjoner og uttrykk som motsa ordene, eventuelt relatert til tidligere erfaring. Om den kroppslige tilnærmingen sa hun: «.. med noe som handler så mye om kropp (spiseforstyrrelser), så er det å jobbe med kroppen som innfallsvinkel et verktøy alle tverrfaglige team bør ha». Spesialsykepleieren sa: «Det (psykomotorikerens tilnærming) handler om å gå rett til sakens kjerne i forhold til kropp, grensesetting, kroppssjenanse, kroppsmisnøye, som er sentrale aspekter ved spiseforstyrrelsen.»

Av og til måtte psykomotorikeren begynne «der pasienten var», nemlig med overoppmerksomheten på egen kropp, for å skape en allianse for så å gå videre: «Noen ganger må man begynne der, fordi det er der pasienten er. Men hvis man blir der, kan det opprettholde problematikken. Da har jeg ikke brukt det redskapet som en kroppslig tilnærming kan være.»

Psykomotorikeren understreket at hun ikke alltid kunne jobbe «rent» metodisk med psykomotorisk fysioterapi i form av å gjennomføre en hel undersøkelse eller behandling, men at hun alltid hadde med seg den psykomotoriske grunnforståelsen. «Den er brillen jeg hele tiden har på», uttrykte hun. Hun jobbet direkte på kroppen så mye som pasienten og relasjonen kunne tåle. Hun understreket at hun brukte alt det hun kunne om kropp. Hennes generelle fysioterapikompetanse spilte også en viktig rolle.

Kunnskapsformidling om kropp og trening
Kunnskap om og erfaring med en sunn regulering av fysisk aktivitet ble vektlagt på

enheten. Balansen mellom innsats og hvile ble særlig vektlagt av psykomotorikeren. Psykologen og sykepleieren understreket at det var psykomotorikeren som hadde kompetanse på hva som skjer i kroppen under fysisk aktivitet, ved overtrening eller manglende trening. Ifølge dem var det vesentlig at psykomotorikeren jobbet med å trygge med tanke på hvor mye trening og hva slags trening som er hensiktsmessig.

Alle behandlerne uttrykte at psykomotorikeren var den som hadde kunnskap om kroppens anatomi og fysiologi, og om «kroppsmotoren». En del av den psykomotoriske behandlingen var å gi informativ opplæring om kroppens sammensetning, og å veilede med tanke på å takle kroppslige forandringer, f.eks. knyttet til endring i kroppsfasong og -funksjon under innleggelsen, noe som kunne være veldig vanskelig for pasientene.

Psykomotorikeren hadde ansvar for styrketrening og bassentrening for å sikre kvaliteten på treningen. Psykomotorikeren drev også kroppserfaringsgrupper. Hun la vekt på at hensikten her var massasje/fysisk nærhet pasientene imellom, grensesetting, kropp og selvfølelse.

II. Behandlingsteamet: tverrfaglig samarbeid i praksis

Samarbeidskvaliteten i teamet og hvordan behandlingsteamene fungerte var sentralt i dette hovedtemaet. Det handlet også om at terapeutene hadde en felles forståelse av spiseforstyrrelsesproblematikken og viktige elementer i behandlingen de stod sammen om. Spiseforstyrrelser ble forstått som sammensatte lidelser. Det handlet om kropp, men samtidig ikke om kropp. Når det ikke var ord for følelser kunne kroppen bli formidleren. Kropp og mat ble brukt til å regulere følelser. Det ble lagt vekt på at det var viktig med rammer som gjorde atferdsendring mulig, og samtidig å jobbe med underliggende årsaker. Terapeutene understreket at teamet hadde en felles forståelse av hvordan de skulle møte pasientene. De var lojale mot avgjørelser i teamet, og unngikk dermed splittelse. Det ble fremhevet at de arbeidet etter en ikke-hierarkisk modell med likeverd mellom behandlerne, men at de likevel hadde forskjellige roller.

Om behandlingsteam, behandlingsmøter og behandlingsinnhold

Psykologen fortalte at behandlingsteamet

møttes jevnlig og diskuterte pasientene og behandlingen. «Vi er en tverrfaglig behandlingsgruppe som er i teamet rundt hver enkelt pasient. Så sann sett samarbeider vi direkte.» Utenom behandlingsmøtene hadde de også mange treffpunkter hvor de diskuterte pasientene og behandlingen. Psykologen fokuserte på at de prøvde å jobbe med samme tema til samme tid i de forskjellige gruppene. Spesialsykepleieren fortalte at de støttet seg til psykomotorikeren når det gjaldt det kroppslige, f.eks. hvis en pasient hadde en skade det måtte tas hensyn til i behandlingen. Psykologen sa om psykomotorikerens utredning: «Jeg vet ikke om observasjonen til psykomotorikeren er nødvendig for å sette en diagnose, men diagnostisk i utvidet forstand, da er det opplysninger psykomotorikeren kan komme med som vi ikke får tak i gjennom bare skjema og samtale.»

Psykomotorikeren var opptatt av at pasientene er ulike og trenger forskjellige tilnærminger, og at de brukte aktivt forskjellig kompetanse hos behandlerne. Det var enighet om at behandlingen bør være en blanding av faste rammer for å endre adferd og å jobbe med underliggende årsaker. Psykologen sa om rammer: «I en sengepost handler det om rammer og tydelighet, behandlingssituasjonen skal ikke kunne forhandles.» Både psykiateren og psykomotorikeren understreket at det handlet om kropp, men samtidig at det ikke handlet om kropp, og at det var viktig å møte pasientene på det de var mest opptatt av (egen kropp) for at de skulle føle seg møtt og forstått. Psykiateren så dette som en inngangsport til det det kanskje handlet mer om, nemlig relasjonelle forhold, følelser mm. Når det ikke var ord for tanker og følelser, ble kroppen formidleren. Kropp og mat ble brukt til å regulere følelser, noe også psykologen brukte opp.

Samarbeid ut fra felles forståelse og likeverd

Alle terapeutene la vekt på at teamet var samstemt i hvordan de tenkte om og tilnærmet seg den enkelte pasient. Det ble beskrevet en samarbeidsmodell med likeverdighet mellom behandlerne. En felles forståelse av sykdommen og en behandling de stod sammen om var et felles anliggende. Det særegne ved enheten var nettopp at de tok den tiden de trengte til å jobbe tverrfaglig, for å utnytte mulighetene som lå i behandlingsteamet. En del av behandlingsfilosofien var lojalitet mot

hva de hadde bestemt sammen. Psykomotorikeren sa: «Spør pasientene forskjellige behandlere, så får de samme svar. Det har vi jobbet for å få til, at når vi har bestemt noe er det lojalitet i forhold til det ut mot pasientene, for å unngå splitting i personalet.»

Diskusjon

Funn fra studien viste at psykomotorisk fysioterapi på denne behandlingseenheten bidro med noe som de andre behandlingstilnærmingene ikke rommet, og som alle deltakerne så på som et viktig bidrag i behandlingen. I Gretland sin studie (27) om fysioterapi i psykiatrien, ble det konkludert med at fysioterapeuter, med sin kroppslige innfallsvinkel, bidro med noe som er vesensforskjellig fra annen behandling i psykiatrien. Thornquist (28) støtter opp om dette når hun skriver: «Fysioterapien i det psykiske helsevernet representerer 'noe annet' ved å bringe kroppen inn i psykiatrien, og ved å tillegge kropp og bevegelse egenverdi – som kilde til erfaring, innsikt og utvikling for den enkelte klient.» Begge forfattere hevder at fysioterapi kan ha et stort potensiale ved å bli integrert i behandlingen til flere grupper psykiatriske pasienter. Vår studie styrker dette når det gjelder pasienter med spiseforstyrrelser. Mer forskning trengs med tanke på utforskning av fysioterapitilnærminger i behandling av psykiatriske pasienter.

Hele behandlingsteamet var samstemte i at en kroppslig innfallsvinkel var fruktbar i behandling av denne pasientgruppen, og baserte dette på en forståelse av at kropp og følelser er evd sammen. Grunnlagstenkning i psykomotorisk fysioterapi støtter opp om dette. Braatøy la vekt på at følelser kan nedfelles i autonome reaksjoner, kroppsholdning osv. (12). Hans tenkning var i det hele tatt integrerende med tanke på kropp og følelser, struktur og funksjon osv., som ble sett på som ulike sider av samme sak. Sett fra et kroppsfenomenologisk perspektiv vil en slik forståelse ytterligere kunne styrkes. Ifølge Merleau-Ponty (18) er det som kroppssubjekter vi har grunnleggende tilgang til verden. Kunnskap og kyndighet tilegnes via erfaring og (sam)handling, og nedfelles i kroppen. Så vel tryggende som angstskapende erfaringer nedfelles i kroppslige vanemessige reaksjoner, og er ofte utenom bevisst kontroll og erkjennelse når disse først er etablert. En kroppslig innfallsvinkel kan altså handle like fullt om følelser som om kropp. Konsekvensen av manglende kjenn-

skap til og følgelig kontakt med kroppslige vanemessige reaksjoner, som f.eks. ved spiseforstyrrelser, kan være at pasienter ikke bare får begrenset tilgang på erfaringer det vanemessige er forbundet med, men også får begrenset tilgang på omverdenen (18, 19). Et annet moment å trekke inn her er at deltakerne gav eksempler på at det verbale og kroppslige uttrykket ofte ikke stemte overens i behandlingssituasjoner med pasienter med spiseforstyrrelser. En fenomenologisk forståelse legger vekt på at kroppen er grunnleggende kommunikativ og uttrykksfull (18). At psykomotorikeren (eller andre terapeuter) anerkjenner det kroppslige uttrykket kan handle om å anerkjenne et uttrykk på et dypere kommunikativt nivå enn det verbale. Det kan bidra til å gi pasienten en opplevelse av å bli sett som person (28).

Et sentralt «funn» var betydningen av tverrfaglig samarbeid i praksis på behandlingseenheten. Forskning har vist at respekt for ulike faglig kunnskap, å legge til rette for kommunikasjon og at samarbeidet er pasientsentrert, er vesentlig for godt tverrfaglig samarbeid (20). Dette samsvarer med erfaringer terapeutene i det tverrfaglige teamet fortalte om. I tillegg la våre deltakere sterk vekt på felles forståelse av spiseforstyrrelsesproblematikken og kunnskapsdeling som grunnlag for utvikling av behandlingskonseptet. Kvarnström (21) skriver at man i et godt samarbeid lærer av hverandre og at man også får økt bevissthet om sin egen profesjon. Som team har man en bredere kompetanse og bedre mulighet til å møte pasientens behov. Terapeutene i vår studie fremhevet at de aktivt spilte på hverandres kompetanse i behandlingen av den enkelte pasient.

Metodediskusjon

Forskerens forforståelse og valg i forskningsprosessen vil påvirke kunnskapsproduksjonen. Det er hverken mulig eller ønskelig å eliminere dette, men så langt man kan er det viktig å synliggjøre forskers forforståelse, hvilke valg som er tatt og hvorfor (24, 25). Dette har vært tilbakevendende tema under hele forskningsprosessen. Førsteforfatter var under utdanning til psykomotorisk fysioterapeut da studien ble gjort, og hadde i utgangspunktet en særlig interesse i behandling av personer med spiseforstyrrelser. Førsteforfatter prøvde å stille seg så åpen som mulig, og fikk både bekreftet og ble overrasket over hva som kom frem. Sær-



ILLUSTRASJONSFOTO Colourbox.com

lig overrasket var hun over hvor integrert forståelsen av psykomotorikerens bidrag var i behandlingsteamet. Teamet fremstod dessuten som et eksempel på tverrfaglig samarbeid i praksis, noe førsteforfatter ble fascinert av og som ikke var tatt for gitt i forkant.

Kvalitative intervjuer var et relevant valg for å få svar på problemstillingen. Ved å inkludere deltakende observasjon ble intervjuene styrket. Det kunne styrket studien ytterligere om deltakende observasjon hadde blitt brukt på en fullgod måte. Mer omfattende feltnotater kunne gitt mer informasjon om behandlingen i praksis og inngått i hovedmaterialet. Her gav studiens rammer og omfang begrensinger. Prosessen med produksjon og analyse av intervjumaterialet er imidlertid beskrevet for å gi gjennomskiktighet med tanke på vurdering av grundighet og etterrettelighet (24). Teoretiske perspektiver har videre bidratt til en fordypning av forståelsen av sentrale funn.

Et viktig spørsmål er i hvilke kontekster resultatene kan være gyldige? (24) Utval-

get er hentet fra en behandlingsenhet, der tverrprofesjonelt samarbeid er særlig vektlagt. Behandlingsenhet og informanter ble valgt ut fra ønsket om høy kompetanse og mye erfaring på området. Vi vil påstå at det er et strategisk utvalg med informasjonsrike deltakere knyttet til det vi ville vite noe om. Samarbeidet mellom helseprofesjonene som vi så på denne enheten, behøver slett ikke fungere så godt i andre behandlingsenheter, og grunntenkningen i psykomotorisk behandling behøver ikke være så godt kjent og anerkjent som her. Vi vil likevel påstå at erfaringer og grunntenkning som ble bragt fram kan ha relevans for andre som er delaktige i tverrfaglig behandling av pasienter med spiseforstyrrelser. Om resultatene oppleves som relevante og tas i bruk i praksis handler om pragmatisk validitet (26), som klinikere i feltet selv må prøve ut.

Konklusjon og veien videre

I denne studien ønsket vi å undersøke bidraget til psykomotorisk fysioterapi i behandlin-

gen av pasienter med spiseforstyrrelser. Funnene viste at psykomotorisk fysioterapi bidro med noe som var annerledes og utfyllende i forhold til andre behandlingstilnæringer i et tverrfaglig team på en spesialenhet for spiseforstyrrelser. Funnene viste også at psykomotorisk tenkemåte var en integrert del av behandlingen. Sist, men ikke minst, tverrfaglig samarbeid i praksis var en kjerne i behandlingskonseptet på denne enheten.

Det er gjort lite forskning på hva en kroppslig tilnærming, som psykomotorisk fysioterapi, kan bidra med i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser. Det vil være interessant å utforske pasientperspektivet knyttet til denne behandlingstilnærmingen, både ved spesialenheter og i privat praksis. Det er også relevant å prøve ut om psykomotorisk fysioterapi har tilleggseffekt i forhold til etablerte tilnæringer i feltet, og i så fall hvilken.

Takk

Takk til Fond til etter- og videreutdanning

av fysioterapeuter for midler til å skrive artikkelen.

Referanser

1. Statens helsetilsyn. Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Utredningsserie 7-2000, s. 9.
2. Nilsen, M., Danielsen, M. & Ege Grønland, G. Retningslinjer for fysioterapi og spiseforstyrrelser. Spesialenheter for pasienter med spiseforstyrrelser ved Haukeland Universitetssykehus og Sykehuset Levanger. 2005.
3. Peterson, C. B., Mitchell, J. E. Psychosocial and pharmacological treatment of eating disorders: a review of research findings. Journal of clinical psychology, Vol.55(6), pp.685-97. June 1999.
4. Brownley, K. A., Berkman, N. D., Sedway, J. A., Lohr, K. N., Bulik, C. M. Binge eating disorder treatment: a systematic review of randomized controlled trials. The International journal of eating disorders, Vol.40(4), pp.337-48. May 2007.
5. Jimerson, D. C., Wolfe, B. E., Brotman, A. W., Metzger, E. D. Medications in the treatment of eating disorders. Psychiatric Clinics of North America, Vol.19(4), pp.739-754. 1996.
6. Couturier, J., Kimber, M., Szatmari, P. Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. The International journal of eating disorders, Vol.46(1), pp.3-11. January 2013.
7. Godart, N., Berthoz, S., Curt, F., Perdureau, F., Rein, Z., Wallier, J., Horreard, A-S., Kaganski, I., Lucet, R., Atger, F., Corcos, M., Fermanian, J., Falissard, B., Flament, M., Eisler, I., Jeammet, P. A. Randomized Controlled Trial of Adjunctive Family Therapy and Treatment as Usual Following Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa Adolescents. PLoS One, Vol.7(1). Januar 2012.
8. Zipfel, S., Reas, D. L., Thornton, C., Olmsted, M. P., Williamson, D. A., Gerlinghoff, M., Herzog, W., Beumont, P. J. Day hospitalization programs for eating disorders: a systematic review of the literature. The International journal of eating disorders, Vol.31(2), pp.105-17. March 2002.
9. Cook, A. B., Wonderlich, A. S., Mitchell, A. J., Thompson, A. R., Sherman, A. R., McCallum, A. K. Exercise in Eating Disorders Treatment: Systematic Review and Proposal of Guidelines. Medicine & Science in Sports & Exercise, 2016.
10. Catalan-Matamoros, D., Helvik-Skjervén, L., Labajos-Manzanares, M. T., Martínez-de-Salazar- Arboles, A. & Sanchez-Guerrero, E. A pilote study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial. Clinical rehabilitation, 2011; 25.
11. Kolsnes, L.-J. Embodying the body in anorexia nervosa - a physiotherapeutic approach. Journal of Bodywork & Movement; 2012.
12. Braatøy, T. De nervøse sinn. Medisinsk psykologi og psykoterapi. Del 2. Oslo: J.W. Cappelen forlag; 1979.
13. Thornquist, E. & Bunkan, B. H. Hva er psykomotorisk behandling? Oslo: Universitetsforlaget, s. 72. 1995.
14. Thornquist, E. Psykomotorisk Fysioterapi- Tenkning og tilnærming. Utposten (5), ss. 28-32. 2006.
15. Bunkan, B.H. Kropp, respirasjon og kroppsbilde. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2010.
16. Thornquist, E. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori

Title: A body-oriented approach when the body is problematic: Psychomotor physiotherapy as an approach in the treatment of patients with eating disorders. An interview study. Abstract

- **Background:** Research on the treatment of patients with eating disorders is comprehensive, but little exists on treatments that are based on bodily experience. This is despite the fact that this is an illness that is closely associated with the body. The aim of this study was to look at the contribution of psychomotor physiotherapy in the treatment of patients with an eating disorder, seen from the therapist perspective.
- **Method:** Semi-structured interviews with therapists in the same team were carried out at a special unit for eating disorders. Psychomotor physiotherapist, psychologist, psychiatrist and specialist nurse. The analysis was conducted using systematic text condensation.
- **Findings:** The findings consist of two main topics: I. The contribution of the psychomotor physiotherapist to the treatment: 'the body expert', with the following subtopics: Working directly on the body: About going straight to the core; and Dissemination of knowledge about the body and training. II. The treatment team: Interdisciplinary cooperation in practice, with the following subtopics: About treatment teams, treatment meetings and treatment content; and Cooperation based on common understanding and equality.
- **Conclusion:** Psychomotor physiotherapy contributed something that is essential to, different from and complementary to the other approaches in the interdisciplinary team in the treatment of patients with eating disorders. The body-oriented approach was associated with 'getting straight to the core of the matter' and was therefore considered important.
- **Keywords:** common understanding, eating disorders, interdisciplinary cooperation, psychomotor physiotherapy.

- for Helsefag. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke. 2003.
17. Øien, A. M. Change and Communication. Long-term Norwegian PsychoMotor Physiotherapy Treatment of Patients with Chronic Muscle Pain. Dissertation for the degree of philosophiae doctor (PhD), University of Bergen, Norway. 2010.
18. Rasmussen, T. H. Kroppens filosof, Maurice Merleau-Ponty. Brøndby: Semi-forlaget. 1996.
19. Merleau-Ponty, M. Kroppens filosofi. Oslo: Pax. 1994.
20. Croker, A., Trede, F. & Higgs, J. Collaboration: What is it like? - Phenomenological interpretation of the experience of collaborating within rehabilitation teams. Journal of Interprofessional Care, 2012, 26: 13-20.
21. Kvarnström, S. Samarbeid og læring i det tverrprofesjonelle teamet. I Willumsen, E. Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren. Oslo: Universitetsforlaget, ss. 88-102. 2009.
22. Widmark, C., Sandahl, C., Piuva, K., & Bergman, D. Barriers to collaboration between health care, social services and schools. International Journal of Integrated Care. ISSN 1568-4156. 2011.
23. Willumsen, E. Leadership in interprofessional collaboration—the case of childcare in Norway. Journal of

- Interprofessional Care, 2006; 20(4): 403-13.
24. Malterud, K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget. 2011
25. Kvale, S. & Brinkmann, S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS. 2009.
26. Malterud, K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisn og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget. 2012.
27. Gretland, A. Den relasjonelle kroppen. Bergen: Fagbokforlaget. 2007.
28. Thornquist, E. Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på helsetjenesten. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 353. 2009.



www.follo-futura.no | www.alfacare.no

