



Fysioterapi og spiseforstyrrelser

Marit Nilsen



Marit Danielsen



Grete Ege Grønlund



INNHALDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING	4
1.1 Bakgrunn for prosjektet.....	4
1.2 Prosjektets målgruppe og målsetning.....	6
1.3 Prosjektgruppen.....	7
1.4 Metode beskrivelse.....	8
1.5 Referansegruppe / høringsinstans.....	9
1.6 Oppbygning	11
2. TEORETISK FORANKRING	12
2.1 Spiseforstyrrelser.....	12
2.1.1 Hva er en spiseforstyrrelse	12
2.1.2 Prevalens	14
2.1.3 Somatiske komplikasjoner	15
2.1.4 Alvorlige spiseforstyrrelser i kombinasjon med diabetes	15
2.2 Body image	17
2.3 Kroppserfaring ("body image") i et fysioterapeutisk perspektiv	18
2.3.1 Anatomisk / ytre komponent	20
2.3.2 Fysiologisk / motorisk komponent.....	21
2.3.3 Psykologisk komponent	21
2.3.4 Eksistensiell komponent.....	22
2.4 Overordnet mål for fysioterapi	23
3. UTREDNING	25
3.1 Anamnese	25
3.2 Fysioterapeutiske kroppsundersøkelser.....	27
3.2.1 Body Awareness Rating Scale (BARS):	27
3.2.2 Ressursorientert Kroppsundersøkelse (ROK) og Global Fysioterapeutisk Muskelundersøkelse (GFM).....	28
3.2.3 Standardisert Mensendieck Test (SMT):.....	29
3.3 Body Attitude test (BAT).....	29
3.4 Silhuett test.....	30
3.5 Estimering av størrelse	30
4. AKUTT FASEN	32
4.1 Kriterier for somatisk innleggelse	32
4.2 Somatiske komplikasjoner	33
4.3 Målsetningene med fysioterapi	34
4.4 Intensiv og overvåkningsenhet.....	34
4.5 Fysioterapeutiske utredning i akutt og subakutt fase	35
4.6 Generelle retningslinjer for behandling.....	36
4.7 Eksempler på tiltak i akutt eller subakutt fase.....	37
5. FYSIOTERAPEUTISK BEHANDLING FOR PASIENTER MED SPISEFORSTYRRELSER	38
5.1 Forskning.....	38
5.2 Behandlingsretninger	39
5.2.1 Basal kroppskjennskap	39
5.2.2 Norsk psykomotorisk fysioterapi	41
5.3 Kroppserfaring i behandling.....	43

6. EKSEMPLER PÅ TILTAK	44
6.1 Balanse/stabilitet	45
6.2 Forhold til egne og andres krefter	45
6.3 Trygghet/tillit	47
6.4 Støtte.....	47
6.5 Sammenhengen mellom kropp og følelser	48
6.6 Grenser	48
6.7 Kroppens signaler.....	49
6.8 Lek.....	49
6.9 Hvile, avslapning.....	50
6.10 Massasje	50
6.11 Bevegelser for bevisstgjøring.....	51
6.12 Image marking procedure.....	51
6.13 Speil.....	53
6.14 Undervisning	54
6.15 Somatisk fysioterapi.....	55
7. FYSISK AKTIVITET	56
7.1 Målsetting.....	57
7.2 Kunnskap om fysisk aktivitet, mat, drikke og hvile.....	58
7.3 Tips ved oppstart	59
7.4 Forslag til registrering	60
7.5 Sjekkliste	61
7.6 Gjennomføring	62
8 OPPSUMMERING	64
REFERANSELISTE	65

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for prosjektet

I regi av Statens helsetilsyn ble det i forbindelse med Stortingets vedtak av St. prp nr. 63 (1997-98) om *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*, satt særlig fokus på forebygging og behandling av spiseforstyrrelser. På oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet utarbeidet Statens helsetilsyn en egen plan for spiseforstyrrelser. Et av tiltakene i denne planen var at det skulle utarbeides nasjonale retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser.

I 1999 oppnevnte Statens helsetilsyn en arbeidsgruppe for å lage retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppen gjennomgikk eksisterende behandlingsveiledere samt aktuell forskningslitteratur. Videre inkluderte arbeidsgruppen erfaringsbasert klinisk kunnskap som bakgrunnsmateriale. Det var også oppnevnt en referansegruppe.

Retningslinjene ble utgitt i 2000 av Statens helsetilsyn: Utredningsserie (7-2000) ”Alvorlige spiseforstyrrelser; *Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*”. I disse retningslinjene er det et kort avsnitt som omhandler fysioterapi og spiseforstyrrelser (Skårderud og Isdahl i Statens helsetilsyn 2000), og det presiseres at fysioterapien bør komme i gang relativt tidlig (Statens helsetilsyn 2000).

Fysioterapeuter har behandlet pasienter med spiseforstyrrelser i mange år i privat praksis og på somatiske og psykiatriske avdelinger. Det gjelder både barn og voksne. Det eksisterer mye erfaringsbasert kunnskap når det gjelder fysioterapi og spiseforstyrrelser i Norge, men kunnskapen er i liten grad systematisert og skriftliggjort. Ellers i Norden og Europa er det fysioterapeuter med lang erfaring innen dette fagfeltet (Majewski og Probst) som har drevet forskning og publisert fagartikler. I andre deler av verden (særlig i USA og Canada) er det vanlig at andre yrkesgrupper arbeider med kroppen som innfallsvinkel, blant annet gjennom ”body image therapy” og fysisk aktivitet, og det finnes litteratur som omhandler dette. I Norden og

Europa er behandlingstradisjonen med fysioterapi og psykiatri lang, og det er utviklet spesielle behandlingsmetoder og etter- og videreutdannings opplegg. Behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser er en naturlig del av dette opplegget.

Med utgangspunkt i spesialavdelingene for pasienter med spiseforstyrrelser ved Haukeland Universitetssykehus i Bergen og Sykehuset Levanger ble det søkt Helse og Sosialdirektoratet om prosjektmidler for å lage retningslinjer for fysioterapi og spiseforstyrrelser. Søknaden ble utarbeidet av:

- Stein Frostad, dr. med, spesialist i indremedisin og endokrinologi. Overlege ved Spesialenhet for spiseforstyrrelser, avdeling for psykosomatisk medisin, Haukeland Universitetssykehus. Regional koordinator for spiseforstyrrelser i Helse Vest. Prosjektleder for Nettverk mot spiseforstyrrelser i Helse Vest og kompetanseutviklingsprosjektet Kropp og Selvfølelse i Helse Vest.
- Henrik Lundh, psykologspesialist. Leder for Regionalt fagteam for spiseforstyrrelser ved Sykehuset Levanger, psykiatrisk klinikk, og regional koordinator for spiseforstyrrelser i Helse Midt-Norge.



Spesialenhet Levanger



Spesialenhet Bergen

Ved spesialavdelingene ved Haukeland Universitetssykehus og Sykehuset Levanger er det mange forskjellige yrkesgrupper som arbeider sammen, og fysioterapi er en del av det tverrfaglige behandlingstilbudet. Det arbeides i team rundt pasienten. Man inngår kontraktbaserte avtaler med pasientene.

Behandlingen er basert på frivillighet, og motivasjon blir derfor et nøkkel-element. Ved begge enhetene behandler man døgn-, dag- og polikliniske pasienter.

Når vi nå går i gang med å beskrive retningslinjer, bygger disse på statens retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser, erfaringsbasert kunnskap, forskning og litteratur. Dette er hentet både fra fagfeltet for spiseforstyrrelser og fysioterapi. Ettersom prosjektgruppen jobber innen 2. og 3. linjetjenesten, med pasienter over 16 år, vil retningslinjene ta utgangspunkt i behandling av voksne pasienter med alvorlig grad av spiseforstyrrelser. Likevel vil retningslinjene kunne ha overføringsverdi til andre grupper av pasienter med spiseforstyrrelser, også ved andre arenaer.

1.2 Prosjektets målgruppe og målsetning

Hovedmålgruppen for denne veilederen er fysioterapeuter som jobber med pasienter med spiseforstyrrelser. Målsetningen med prosjektet er at fysioterapeuter som jobber med denne pasientgruppen, skal kunne bruke veilederen som en støtte. På denne måten vil disse retningslinjene være et verktøy for å kvalitetssikre fysioterapitilbudet for spiseforstyrrede pasienter. I tillegg vil veilederen være et verktøy for å synliggjøre hva fysioterapeuter kan bidra med i forhold til denne pasientgruppen, ovenfor helsemyndighetene og andre profesjoner. Dessuten håper vi at veilederen synliggjør behovet for forskning på feltet og vil fungere som en inspirasjon til å gå dypere inn i deler av feltet, for å dekke det stadig økende kravet til vitenskapelig dokumentasjon.

1.3 Prosjektgruppen

Prosjektgruppen består av

- Marit Nilsen



Spesialfysioterapeut ved Spesialenheten for spiseforstyrrelser på Avdeling for psykosomatisk medisin ved Haukeland Universitetssykehus. Har hatt full stilling ved spesialenheten siden den åpnet i 2002. Har tidligere jobbet som kommunefysioterapeut med både barn og voksne. Psykologi grunnfag, første året av sosionomutdanningen og 20 vekttalls videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid har skapt en bredde som har vært nyttig under prosjektet. Har sin fysioterapeutiske fagfordypning fra Høgskolen i Bergen i Basic Body Awareness Methodology.

- Marit Danielsen



Spesialist i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi fra 1996, fornyet 2003. Variert praksis fra somatisk sykehus og sykehjem fra 1983 – 1986. Har arbeidet ved psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Levanger fra 1986, og behandlet pasienter med et bredt spekter av psykiatrisk problematikk. Pasienter med spiseforstyrrelser har hele tiden vært en av pasientgruppene. Ansatt i stilling ved Regionalt fagteam for spiseforstyrrelser ved psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Levanger, (Helse Midt-Norge) fra mai 2003.

- Grete Ege Grønlund



Assisterende sjeffysioterapeut og Avdelingsledende fysioterapeut ved Medisin-Kreft-Lungeavdelingen ved Haukeland Universitetssykehus(HUS). Har i over 10 år hatt ansvar for pasientene med alvorlige spiseforstyrrelser ved Medisinsk avdeling på Haukeland Universitetssykehus. Medlem av tverrfaglig spesialteam for alvorlige spiseforstyrrelser v/HUS siden 1997.

1.4 Metode beskrivelse

Prosjektgruppen har tilegnet seg kunnskap gjennom grunn- og videreutdanning, hospiteringer og kongresser i inn- og utland, kurs, faglig spesialisering og egen erfaring.

Vi har gjort grundig søk etter litteratur i de største databasene som Cinahl, Pubmed / Medline, ISI – Web of Science og Academic Search Elite. Søkene

har gått på fysioterapi og spiseforstyrrelser, fysisk aktivitet og spiseforstyrrelser, samt body image.

Vi har også søkt etter veiledere for fysioterapi og spiseforstyrrelser fra andre land, men ikke funnet noe annet enn generelle veiledere for behandling av spiseforstyrrelser, som i liten grad sier noe om fysioterapeutisk behandling.

I tillegg har prosjektgruppen informert store deler av fysioterapimiljøet i Norge som jobber med spiseforstyrrelser, om prosjektet, og oppfordret til innspill. Herfra har vi også mottatt tips om litteratur.

Ettersom det finnes lite litteratur som går direkte på fysioterapi og spiseforstyrrelser, har vi i stor grad integrert kunnskap innen feltet om spiseforstyrrelser, med fysioterapifaglig kunnskap. Deler av innholdet støtter seg også til erfaringsbasert kunnskap.

Selve skriveprosessen startet i juli 2004, og prosjektet ble avsluttet i årsskiftet 2004 / 2005. Statens helsetilsyns ”retningslinjer for retningslinjer” (Statens helsetilsyn 2002), har blitt brukt som en støtte i arbeidet.

1.5 Referansegruppe / høringsinstans

For å heve kvaliteten på prosjektet, har retningslinjene vært på høring hos en referansegruppe. Før publisering har vi etter beste evne integrert deres innspill i prosjektet. Referansegruppen har bestått av:

- Sigrid Bjørnelv. Spesialist i psykiatri og overlege ved Regionalt fagteam for spiseforstyrrelser, Helse Midt-Norge. Koordinator for Nasjonalt Klinisk Nettverk Mot Spiseforstyrrelser. Leder av arbeidsgruppen som utarbeidet Statens Retningslinjer for alvorlige spiseforstyrrelser.
- Ellen Mellbye. Spesialist i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Har i 10 år behandlet pasienter med spiseforstyrrelser i privat praksis ved Holmenkollen Fysikalske Institutt og Slottsparken Fysikalske institutt. Har i dette arbeidet blant annet samarbeidet med psykiater Finn Skårderud.

- Irlin Rollum. Spesialist i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Har i 10 år behandlet pasienter med spiseforstyrrelser i privat praksis ved Holmenkollen Fysikalske Institutt. Har i dette arbeidet blant annet samarbeidet med psykiater Finn Skårderud.
- Tori Smedal. Cand. San / Spesialfysioterapeut. Jobber som Avdelingsledende fysioterapeut ved Nevrologisk avdeling og med forskning og fagutvikling for fysioterapiavdelingen ved Haukeland Universitetssykehus.
- Kristin Storm. Spesialist i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Har i 10 år behandlet pasienter med spiseforstyrrelser i privat praksis ved Holmenkollen Fysikalske Institutt. Har i dette arbeidet blant annet samarbeidet med psykiater Finn Skårderud.

Før publisering har prosjektet også vært til høring hos Norsk Fysioterapi Forbund (NFF) ved:

- Torunn Søyseth Stavnes. Cand. San/fysioterapeut. Representant for Norsk Fysioterapi Forbund (NFF). Prosjektleder i fagseksjonen i NFF, som arbeider med å oppgradere NFFs gamle standarder til retningslinjer.

Har evaluert prosjektet metodisk med Agree instrumentet; Evaluering av faglige retningslinjer (The AGREE Collaboration / Sosial- og helsedirektoratet 2003).

- Malene Haneborg. Leder av NFFs fagseksjon.

1.6 Oppbygning

Vi starter prosjektet med kort å beskrive hva spiseforstyrrelser er, og gir linker for utdypning av dette. Videre beskrives fenomenet ”body image” som er sentralt i forhold til spiseforstyrrelser. Vi har valgt å oversette body image med kroppserfaring. Dette valget begrunnes i kapittel 2.3. Det er kroppserfaringen, som den er beskrevet her, som er vårt utgangspunkt for fysioterapi til pasienter med spiseforstyrrelser. Vi fortsetter med å beskrive mål for fysioterapien. Neste del omhandler utredning, og vi fortsetter med akutfasen. Videre tar vi for oss behandlingstiltak, med et eget kapittel om fysisk aktivitet. Avslutningsvis kommer oppsummering, og til slutt referanseliste.

2. TEORETISK FORANKRING

2.1 Spiseforstyrrelser

2.1.1 Hva er en spiseforstyrrelse

Spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse på flere beslektede tilstander med varierende alvorlighetsgrad. Vi har her valgt å ta utgangspunkt i ICD-10, som er det offisielle diagnosesystemet i Norge. Det er likevel viktig å merke seg at det meste av forskningen benytter DSM-systemet (Statens Helsetilsyn 2000). I ICD-10 skiller man mellom anorexia nervosa, atypisk anorexia nervosa, bulimia nervosa og atypisk bulimia nervosa. Atypisk anorexia nervosa og atypisk bulimia nervosa gjelder individer med et ganske typisk klinisk bilde, men der ett eller flere av de mest sentrale kjennetegnene mangler, eller bare er tilstede i mild grad.

Man har de senere årene vurdert å også inkludere patologisk overspising eller tvangsspising som enda en diagnostisk kategori i ICD-10 (Statens helsetilsyn 2000). I det amerikanske diagnosesystemet DSM-IV, er overspisingsslidelsen (binge eating disorder) beskrevet som egen kategori under gruppen "Eating disorders not otherwise specified".

- Anorexia nervosa

Ved hjelp av å unngå fetende mat, men også eventuelt ved selvfremkalte brekninger, bruk av avføringsmidler, overdreven fysisk aktivitet, bruk av appetittdependerende medikamenter eller diuretika holder pasienten en vekt som ligger 15 % eller lavere, under forventet normal vekt i forhold til alder og høyde (BMI <17,5). Til tross for undervekt har pasienten en intens frykt for fedme eller for å legge på seg, og pålegger seg selv en lav vektgrense. Spiseforstyrrelsen omfatter også omfattende endokrin sykdom, som fører til fravær av menstruasjon hos kvinner. (Statens helsetilsyn 2000).

- **Bulimia nervosa**

Gjentatte episoder med overspising, der store mengder mat blir konsumert på kort tid. Pasienten forsøker så å oppveie den "fetende" virkningen av mat ved en av de følgende måtene: selvfremkalte brekninger, misbruk av avføringsmidler, vekslende sultperioder, bruk av appetittdeppe midler, thyreoidpreparater eller diuretika. Har pasienten også diabetes, kan insulinbehandlingen bevisst forsømmes. Også ved bulimia har pasienten en sykkelig frykt for overvekt, og pålegger seg selv en usunn lav vektgrense. (Statens helsetilsyn 2000).

- **Tvangsspisingslidelse**

Pasienten har her bulimisk overspising uten kompenserende metoder som oppkast, fysisk trening, misbruk av avføringsmidler som ved bulimia nervosa. (Statens helsetilsyn 2000).

Det er ofte glidende overganger mellom de ulike formene for spiseforstyrrelser. Uavhengig av de mer eller mindre velfunderte diagnostiske betegnelsene, er det viktig å se på de mer allmennpsykologiske aspektene som er felles for personer med spiseforstyrrelsen (Statens helsetilsyn 2000). Personer med spiseforstyrrelser kan være svært forskjellige, men et fellestrekk som ofte går igjen, er lav selvfølelse. Personer med spiseforstyrrelser har også en forstyrret kroppssopplevelse med en subjektiv opplevelse av fedme og en sterk drivkraft for å gå ned i vekt. Spiseforstyrrelsen kan være en mer eller mindre bevisst måte å kontrollere eller undertrykke følelser på. Det kan også være et forsøk på å øke autonomi og mestring i en opplevd vanskelig livs- eller familie situasjon. Symptomene på spiseforstyrrelsen blir samtidig en symbolsk og konkret måte å uttrykke og mestre problemer på. Dette vil over tid være en destruktiv mestrings-strategi, spesielt fordi symptomer og komplikasjoner kan bli alvorlige og noen ganger livstruende. De fleste av disse pasientene klarer ikke å åpne opp for avstengte og kontrollerte følelser, søke alternativer for sin dysfunksjonelle mestrings-strategi eller å innse at denne

kan føre til alvorlig helseskade. Dette kalles sykdomsbenektning (Statens helsetilsyn 2000, Helsedepartementet 2000).

I utviklingen av alvorlige spiseforstyrrelser bør man skille mellom disponerende, utløsende og vedlikeholdende elementer. Årsakene er sammensatte, og sentralt er sosiokulturelle forhold, familieforhold, og individuelle forhold. Moderate spiseforstyrrelser kan være utelukkende kulturelt og sosialt betinget. Alvorlige spiseforstyrrelser er derimot sannsynligvis betinget av en eller annen form for individuell sårbarhet av biologisk eller psykologisk art (Statens helsetilsyn 2000).

2.1.2 Prevalens

Internasjonale og norske studier anslår at rundt 2 % av den kvinnelige befolkningen mellom 15 og 45 år, rammes av alvorlige spiseforstyrrelser. Av disse 2 % er det kun 0,2-0,5% som utgjør anorexia nervosa. Pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser er de som fyller de diagnostiske kriteriene beskrevet over. Ut fra folketallet pr. 1998, tilsier dette at vi i Norge har rundt 22.000 kvinner med diagnostisk identifiserbar, alvorlig og behandlingstrengende anorexia nervosa eller bulimia nervosa. Antallet blir nær 50.000 dersom man regner med tilstander som faller utenfor det diagnostiske systemet, men som ofte kan utløse behandlingsbehov. Omfanget av lettere spiseproblemer er vanskelig å estimere fordi man da beveger seg inn i et grenseområde mellom sykdom og normale variasjoner. Lettere spiseproblemer kan dreie seg om alt fra forbigående vansker av mild grad til behandlingstrengende tilstander som ikke fyller de diagnostiske kriteriene. En rekke studier viser at kjønnsfordelingen er om lag 90 % jenter og kvinner og 10 % gutter og menn. Dette synes nå å være i ferd med å endres (Helsedepartementet 2000).

2.1.3 Somatiske komplikasjoner

Somatiske komplikasjoner ved anorexia nervosa kan være: Kardiovaskulære komplikasjoner, forstyrrelser i mage-tarm motilitet, mangel på vitaminer og mineraler, leukopeni, forandringer i sentralnervesystemet, endokrinologiske forstyrrelser, osteoporose, redusert høydetilvekst og reernæringssyndrom. Se kapittel 4.2 for utfyllende informasjon.

Ved bulimi kan pasienten få alvorlig hypokalemi på grunn av brekninger. Hypokalemi kan igjen gi slapphet og i enkelte tilfeller hjerterytmeforstyrrelser. Disse pasientene har gjerne brukt diuretika over lang tid. Når pasienten slutter med dette, kan man se væskeretensjon med ødemutvikling.

Psykiatriske differensialdiagnoser til spiseforstyrrelser er: depresjon, tvangslidelser, angstlidelser og rusmisbruk (Statens helsetilsyn 2000).

Både somatiske komplikasjoner og selvmordsforsøk gir en dødelighet som er 6-9 ganger høyere enn i sammenlignbar befolkning (Helsedepartementet 2000)

2.1.4 Alvorlige spiseforstyrrelser i kombinasjon med diabetes

Blant pasienter med type 1 diabetes ser man spiseforstyrrelser relativt ofte. I tillegg til anorexia nervosa og bulimia nervosa, sees atypisk spiseforstyrrelse som slanking ved å la være å ta insulin: ”insulin purging”. Disse pasientene kan få senkomplikasjoner av sin diabetessykdom relativt tidlig på grunn av svært dårlig blodsukkerregulering i kombinasjon med redusert ernæring. De vanligste senkomplikasjonene vil være nevropati og retinopati. Nevropatien kan gi seg utslag i langvarige og intense smerteplager. Dette oppstår i forbindelse med regenerasjon av sensoriske nerver som har vært utsatt for langvarig hyperglykemi. Smertene går ofte tilbake når pasienten igjen lar blodsukkeret stige. Det er viktig å vite at selv lette spiseforstyrrelser kan gi alvorlige konsekvenser ved diabetes mellitus type 1 og at fysioterapeuter som arbeider med disse pasientene, må være bevisste på dette. Dersom pasienten overspiser, vil de ofte bruke mye

insulin og trening, noe som kan gi økt risiko for å få følinger (Engstrom et al 1999).

Fysioterapeuten kan bidra med ulike tiltak for smertelindring i forhold til nevrogene smerter, som TENS, massasje, øvelser. I tillegg vil sirkulasjonsøkning for eksempel i form av opplæring i fotøvelser kunne bidra positivt i form av smertereduksjon. Fysioterapeuten kan også veilede pasienten ved å gi informasjon om diabetes og fysisk aktivitet når pasienten er over akutt og subakutt fase.

Dersom pasienten har type 2 diabetes, er denne vanligvis forårsaket av overvekt. Pasientens forsøk på å slanke seg kan disponere for utvikling av bulimia nervosa og overspising uten oppkast (binge eating disorder, BED). Spiseforstyrrelsen vil her gjøre det spesielt vanskelig å behandle pasientens overvekt og dermed også pasientens type 2 diabetes. Dessverre er behandlingstilbudet til denne pasientgruppen mangelfull (Statens helsetilsyn 2000).

For å finne mer informasjon om spiseforstyrrelser anbefaler vi å lese Statens helsetilsyns retningslinjer på følgende link:

http://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/utredningsserien/alvorlige_spiseforstyrrelser_ik-2714.pdf.

2.2 Body image

Body image er et kjent begrep innenfor feltet spiseforstyrrelser, men det brukes også i mange flere sammenhenger enn bare i forhold til denne pasientgruppen. Det finnes mange ulike definisjoner på "body image", men det er vanskelig å finne en definisjon som dekker hele fenomenet. Det refereres blant annet til fornøydhet med eget utseende, fornøydhet med vekt, estimering av egen størrelse, persepsjon av egen kropp etc. (Cash and Pruzinsky 2002 og Thompson et al 2002). I flere sammenhenger blir disse komponentene brukt synonymt med "body image", selv om de ikke dekker hele fenomenet. I tillegg har "body image" ofte ulik betydning for ulike klinikere og forskere. Nevrologer og nevropsykologer har for eksempel brukt begrepet når de refererer til hvordan ulike hjerneskader påvirker hvordan en persiperer egen kropp, og i forhold til forskning på fantom smerter etter amputasjoner (Cash and Pruzinsky 2002 og Thompson et al 2002). "Body image" har også vært tema innen psykoanalytisk tradisjon, i fenomenologien og andre filosofiske retninger (Probst 1997). Innen psykologien har en gjerne delt body image inn i følgende komponenter: affektiv-, kognitiv-, atferds- og perseptuell komponent. Lite har blitt gjort for å integrere den forskningen som finnes innen disse ulike retninger, rundt fenomenet "body image" (Cash and Pruzinsky 2002, Thompson et al 2002).

Vårt eget "body image" vil variere fra person til person, og en persons "body image" vil også variere over tid. Dette lar seg kanskje best beskrive gjennom en kontinuum-modell. Kontinuumet starter med ingen forstyrrelse og ender med ekstrem grad av "body image" forstyrrelse. De fleste av oss vil befinne seg omtrent midt på kontinuumet, med mild til moderat grad av bekymring og misnøye. Jo lengre til høyre en kommer på kontinuumet, jo mer forstyrret "body image" har en. Her finner man personer med diagnoser som depresjon, spiseforstyrrelser og dysmorfofobi ("en subjektiv følelse av stygghet eller fysiske defekter som pasienten føler at andre legger merke til, selv om pasientens utseende er innenfor det normale") (Thompson et al 2002, Mattsson 1998).

Selv om et forstyrret "body image" ikke er eksklusivt for spiseforstyrrede pasienter, er det vesentlig. Innen det akademiske feltet knyttet til spiseforstyrrelser, har det siden 1960-tallet vært interesse for det multi-dimensionale begrepet "body image". Enkelte har gått så langt som å hevde at kroppserfaring er det essensielle både når man skal kunne forstå etiologien ved spiseforstyrrelser, og for å kunne finne optimal terapeutisk tilnærming, mens andre igjen er mer kritiske til fenomenets betydning (Thompson et al 2002). Hva en legger i begrepet, er her av sentral betydning. Når det gjelder "body image" og spiseforstyrrelser har forskningen utviklet seg i to retninger. Den ene går på det mer perseptuelle; hvordan spiseforstyrrede estimerer egen størrelse. Mens den andre har sett mer på kognitiv evaluering av egen kropp; misnøye med egen kropp (Cash and Pruzinsky 2002). Studier gir grunnlag for å konkludere med at spiseforstyrrede pasienter overvurderer egen størrelse mer enn det kontrollpersoner gjør, selv om forskningen her ikke er entydig. Dette synes å skyldes at disse pasientene har en sterk misnøye med egen kropp og utseende (Rosenvinge 1991). For både anorexia og bulimia pasientene er forstyrrelse i ens "body image" trolig en av de største risikofaktorene for utvikling av spiseforstyrrelser. Hos de fleste av disse pasientene henger denne forstyrrelsen lenge igjen, også etter at en har blitt frisk fra spiseforstyrrelsen. Et forstyrret "body image" er også en av hovedrisikofaktorene for tilbakefall (Cash and Pruzinsky 2002). Vi har funnet lite forskning vedrørende "body image" hos tvangsspiserne.

2.3 Kroppserfaring ("body image") i et fysioterapeutisk perspektiv

Innen fenomenologien er kroppen sett på i et dialektisk perspektiv. Merleau-Ponty, som også er kalt kroppens filosof, hevder at kroppen er mer original enn dualismen gjennom sin ureduserbare tvetydighet. Vi kan både tale om kroppen og erfare med kroppen, og vi lever dermed i tvetydighetene mellom subjektiv erkjennelse med kroppen og utstudert observasjon av den – kroppen er både subjekt og objekt (Skårderud og Isdahl 1998). Kroppen er dels objekt for selvet samtidig som den er selve selvet (Skårderud 1998). Det sentrale hos Merleau-Ponty er at kroppen ikke er en ting, men en

relasjon og kommunikasjon mellom disse to nivåene (Skårderud og Isdahl 1998). Vi er i verden som levende kropper som åpner seg mot verden og gir den mening (Merleau-Ponty 1962 i Lundkvist Gyllensten 2001). En person uttrykker seg selv gjennom kroppen, og kroppen uttrykker alltid en person. Kroppen rommer ikke et enten-eller, men et både-og (Mattsson 1998). Wilhelm Reich var psykoterapeut fra Østerrike, og student hos Sigmund Freud. Han var svært opptatt av sammenhengen mellom kropp og sinn. I 1930-årene bodde han i Norge. Både fenomenologien og Reich har vært med på å danne det teoretiske og praktiske fundamentet for de ulike retningene innen psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Sammenhengen mellom kropp og sinn er her sentral (Bunkan et al 2004, Lundvik Gyllensten 2001). Hvordan vi som fysioterapeuter ser på fenomenet "body image", vil være preget av dette. "Body image" blir for oss uatskillelig fra selvet. Det er en essensiell dimensjon i vårt selvbilde (Råheim 1994), og den er nært knyttet til jeget og selvet (Mattsson 1998).

For å fremheve at "body image" er noe dynamisk, og for å tydeliggjøre at vi ikke begrenser oss til det visuelle aspektet ved fenomenet, har vi her valgt å oversette det med "kroppserfaring". Det er likevel viktig å merke seg at begrepet innbefatter en høyere grad av kroppsbevissthet enn den engelske termen "Body experience" (Mattsson 1998).

Ettersom kroppserfaring for oss blir et såpass stort fenomen, har vi som mange andre, sett det som hensiktsmessig å dele det opp i komponenter, for å gi en bedre forståelse av innholdet. Helheten må selvfølgelig ivaretas, og det er viktig å merke seg at det ikke eksisterer noen vanntette skiller mellom komponentene og at komponentene gjensidig kan påvirke hverandre. Komponentene baserer seg på to forståelsesmodeller innen fagfeltet for fysioterapi. Vi har valgt å ta utgangspunkt i de fire dimensjoner i menneskets eksistens fra basal kroppskjennskap (Dropsy i Skjærven 2002). De to første dimensjonene er knyttet til det kroppslige, mens de to siste er mer knyttet til det mentale. Alle de fire dimensjonene er viktige for å oppnå harmoni i mennesket. (Lundvik Gyllensten 2001). I tillegg har vi brukt nøkkelhullmodellen (Bunkan 1996). Nøkkelhullmodellen tar for seg

forholdet mellom psykiske og somatiske faktorer ved å se på samspillet mellom følelser, det motoriske, autonome, og endokrine system og immunsystemet.

2.3.1 Anatomisk / ytre komponent

I forhold til kroppserfaring har vi brukt denne komponenten til å beskrive oppfatning og bevissthet rundt størrelse som helhet, de ulike delenes størrelse, formen på kroppens ulike deler og proporsjoner mellom de ulike kroppsdelene. En har fokus på pasientenes kunnskap om hvordan kroppsdelene er plassert på kroppen, bevisstheten om dem, samt oppfatning av hud og muskulaturens ytre form og struktur. (Majewski 1995).

I forhold til den ytre komponenten av kroppserfaringen har mange pasienter med spiseforstyrrelser (spesielt ved anoreksi og bulimi) en subjektiv opplevelse av fedme (Statens helsetilsyn 2000). De overvurderer egen størrelse og føler seg for tykke. Dette synes å skyldes emosjonelle forhold og ikke perseptuelle – kognitive vrangforestillinger (Rosenvinge et al 1991).

Praktiske eksempler på hvordan vi kan finne dette hos pasientene:

- Mange holder magen inne for å få en flat mage
- Holdningsmessig er det en del som kryper sammen for at kroppen skal virke mindre
- Pasientene vil ikke se seg selv eller ta i seg selv
- Noen bruker store klær for å gjemme kroppen, mens andre bruker små klær for å fremheve sin undervekt, eller de kan være livredde for å bruke store størrelser.
- For mange er det vanskelig å kjenne egne kroppsgrenser. De vet ikke helt hvor de selv slutter og hvor omverden begynner. Grensene kan også variere etter hvordan pasientene føler seg og endres i tilknytning til måltid.

2.3.2 Fysiologisk / motorisk komponent

Denne komponenten beskriver oppfatning og bevissthet om kroppens indre oppbygning og hvordan den fungerer. Med dette menes oppfatning og bevissthet om menneskekroppens oppbygning med skjelett, ledd, muskelapparat, indre organer og deres funksjoner som; bevegelser, muskelspenninger, blodsirkulasjon, pust, etc. Komponenten omfatter også oppfatning av kroppens indre signaler som trøtthet, kulde, varme, smerte, sult og metthet (Majewski 1995).

Når det gjelder den indre delen av kroppserfaringen har pasienter med spiseforstyrrelser mange myter / ”sannheter” om kroppen, som bygger på feiltolkninger. I tillegg har pasientene i stor grad stengt av for kroppens indre signaler.

Praktiske eksempler på hvordan vi kan finne dette hos pasientene:

- Feiltolkninger av kroppen, som at alt mykt på kroppen er fett, eller at jo mer en trener jo bedre er det uansett.
- Har ofte vanskelig for å være i ro fordi de tror at forbrenningen da stopper opp.
- Ofte lite i stand til å kjenne det som skjer i egen kropp. De negative tankemønstrene som er knyttet til spiseforstyrrelsen, styrer. Om de kjenner signaler fra kroppen, tillater ikke tankene at det blir tatt hensyn til disse. Dette kan gi seg utslag i at næringsinntak ikke reguleres av sult/metthets mekanismen, og at treningsmengde ikke står i forhold til funksjonsnivå.
- En overbevisning om at inntatt mat umiddelbart gir endring i kroppens størrelse, ved at næringen går direkte ut i vevet.

2.3.3 Psykologisk komponent

Denne komponenten beskriver det sensoriske, affektive og kognitive aspektet (Lundvik Gyllensten 2001). Som vi så på innledningsvis, er kroppen blitt et verktøy for å mestre vanskelige følelser (Statens helsetilsyn 2000).

Dette fører til at disse pasientene har mange negative tanker og følelser knyttet til egen kropp. Kroppen oppleves ikke gjennom sansene, men opplevelsen preges av negative følelser.

Hvordan vi finner dette hos pasientene:

Når følelser fortrenses eller skyves bort, har energien lett for å forskyves til ett eller flere av de kroppslige systemene (Bunkan 1996). Dette fører til at vi kan finne flere kroppslige funn hos denne pasientgruppen (se kap. 3.2 Fysioterapeutiske kroppsundersøkelser).

2.3.4 Eksistensiell komponent

Den fjerde komponenten handler om tilstedeværelse (Lundvik Gyllensten 2001). Hvordan er vår bevissthet knyttet til de tre andre komponentene, og vår evne til å reflektere rundt oss selv? Det er her snakk om en sammenlagt oppfatning av kroppen som helhet og det personlige forholdet til kroppen. Det innbefatter opplevelsen av den ytre, fysiologiske og psykologisk kroppserfaring. Blant annet gjelder dette forholdet til utseendet, opplevelsen av kroppens evne til å mestre forskjellige ting, og kroppslig relasjon til språk, samt kroppslig relasjon til sosiale omgivelser. En velutviklet kroppserfaring fremmer god kontakt med en selv, god realitetstilpasning og god kontakt med omverdenen og en positiv jeg-følelse (Majewski 1995).

Denne pasientgruppen er på mange måter svært fragmentert. De klarer i liten grad å se sammenhengene mellom de ulike komponentene.

Eksempler på hvordan problemer i den eksistensielle kroppserfaringen kan vise seg hos pasientene:

- Det kan være lite samsvar mellom ord og reaksjoner. Ordene sier en ting, mens kroppen viser noe helt annet
- Noen "kobler bare ut" og er ikke mentalt tilstede i situasjonen.

2.4 Overordnet mål for fysioterapi

I Statens helsetilsyns Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten -Alvorlige spiseforstyrrelser (se link kap. 2.1.4), er det i kapittel 3, beskrevet både langsiktige og kortsiktige mål for behandling. Det er viktig at overordnet mål står i forhold til pasientens sykehistorie, ressurser og motivasjon for endring. I en behandlingsprosess må man respektere pasientens egen målsetning. Det er også viktig å finne en rimelig balanse mellom overoptimisme og behandlingsspesimisme. Studier som er gjort tyder på at behandlingseffekten ligger i å kombinere ulike tilnærminger når en behandler denne pasientgruppen. De fleste enhetene for pasienter med spiseforstyrrelser, baserer seg på tverrfaglig samarbeid (Statens helsetilsyn 2000, se også presentasjonene av spesialenhetene ved Sykehuset Levanger og Haukeland Universitetssykehus under punkt 1.1). Det blir da viktig å sikre seg at hele teamet jobber mot felles mål.

Som ved andre psykiske lidelser, er det nyttig å skape en atmosfære av nysgjerrighet, undring og felles utforskning. Vi må lage et trygt behandlingsforhold, og det er viktig at vi er i stand til å se mennesket bak spiseforstyrrelsen. Et fellestrekk ved spiseforstyrrelsen er at pasientene ofte har ”dårlig kontakt med seg selv”. Pasienten vet lite om hvem han / hun er. Det dreier seg om å bidra til oversettelsesarbeidet fra mat og kropp, til følelser og forhold, og til å styrke pasientens selvhelende evner (Skårderud 1994 / 2000).

I en av brosjyrene til ”Faggruppen for psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi” (link: <http://www.fysio.no/psyk>), står det:

”Fysiske, psykiske og sosiale forhold påvirker hverandre gjensidig. Fysioterapeuten kan ved hjelp av kroppslige tilnæringsmåter bedre personers funksjonsevne, mestring og livsutfoldelse.”

Når det gjelder fysioterapi for spiseforstyrrelser, er ikke formell fagfordypning avgjørende, men hvordan man som terapeut forstår og forholder seg til egen og andres kropp (Thornquist i Skårderud 1994).

Likevel vil faggruppens beskrivelse være svært sentral. Man jobber her med kroppen i et holistisk perspektiv. Man bruker kroppen som innfallsvinkel, til å jobbe med hele mennesket. Det blir da viktig å se på kroppen som både erfaringskilde og sentrum for væren, for å unngå at den bekreftes som en statisk gjenstand (Engelsrud i Jensen 1990).

Når man knytter kunnskap fra det fysioterapeutiske fagfeltet sammen med eksisterende kunnskap om spiseforstyrrelser, vil kroppserfaringen slik den er beskrevet over, være selve bindeleddet. Hovedmålsetning med fysioterapien blir da å gi pasienten mulighet til å utvide sin kroppserfaring, og dermed videreutvikle seg selv. Til tross for en fire-delingen av begrepet kroppserfaring, er det viktig å holde fast på en helhetlig tilnærming, og en må se komponentene sammen. Til tider kan vi ha hovedfokus på en av de fire komponentene, men må likevel tenke på komponentene som deler av helheten. Ofte har pasienter med spiseforstyrrelser ensidig fokus på den ytre delen av kroppserfaringen. For å møte pasienten der han / hun er, kan det da være hensiktsmessig å starte fra denne komponenten, og gradvis trekke inn helheten, ved sammen å utforske sammenhengene. Å hjelpe pasienten med å se sammenhenger i seg selv blir sentralt, snarere enn å forsterke fragmenteringen, ved å ha for ensidig fokus på en av komponentene.

3. UTREDNING

Både på spesialavdelingen på Haukeland Universitetssykehus og den regionale enheten på Sykehuset Levanger har de innlagte pasientene en alvorlig anoreksi eller bulimidiagnose. Det finnes flere aktuelle tester og undersøkelser innen fagfeltet fysioterapi når det gjelder pasienter med spiseforstyrrelser. Noen utredningsverktøy er spesielt utviklet for denne pasientgruppen, mens andre brukes på mer generelt grunnlag. Hva en skal velge å bruke, er avhengig av type spiseforstyrrelse, alvorlighetsgrad, hvilken fase en møter pasienten i, og hva en vil finne ut noe om. Ved starten på en innleggelse i en spesialavdeling er de fleste pasientene tydelig preget av sin sykdom. De undervektige pasientene er preget av sin undervekt både fysisk og psykisk, og de normalvektige er preget av følelsesmessig og kroppslig kaos. Vi prøver å få til samkjøring av rutinene ved begge spesialavdelingene, slik at vi kan samle inn data og lettere kan evaluere endringer i kroppserfaring og opplegg som har med fysioterapi å gjøre. De samme vurderingene må vi gjøre når det gjelder polikliniske pasientene. Her møter vi også de overvektige tvangsspiserne i tillegg til anoreksi og bulimipasientene. Hvor raskt vi går fram under utredningen, må tilpasses individuelt, og ikke i alle tilfeller er det hensiktsmessig å gjennomføre alle undersøkelsene.

3.1 Anamnese

Som ved all undersøkelse, vil anamnesen være svært viktig. Den første samtalen er en unik mulighet til kontakt og møte (Roxendal 1987). Å skape rom for allianse gjennom trygghet, blir derfor viktig.

Hva en her legger vekt på, vil påvirkes av hvilken informasjon resten av det tverrfaglige teamet innhenter. Det viktig at vi som fysioterapeuter inkluderer hvilket forhold pasienten har til egen kropp og forhold rundt fysisk aktivitet. Noen forslag til systematisk utredning av kroppserfaring finner du under 3.3, 3.4 og 3.5. Når det gjelder fysisk aktivitet, har vi erfart at utsagnene under kan være til god hjelp i kartleggingen. Man kan velge å

ta med alle, eller velge å bare bruke noen av dem, mens det i andre tilfeller ikke er hensiktsmessig å vektlegge disse utsagnene i det hele tatt.

NOEN UTSAGN OM FYSISK AKTIVITET

Følgende utsagn skaleres fra 0 – 5, ut i fra hvor godt de stemmer

0 = aldri, 1 = sjelden, 2 = av og til, 3 = ofte, 4 = vanligvis, 5 = alltid

- Jeg er fysisk aktiv fordi jeg liker det
- Jeg er fysisk aktiv for å få god helse
- Jeg er fysisk aktiv for å komme i form
- Jeg er fysisk aktiv for å bli tynn
- Jeg er fysisk aktiv for å bli sterk
- Jeg er fysisk aktiv for å forbrenne kalorier
- Jeg er fysisk aktiv for å bli best
- Jeg er fysisk aktiv for å få et fint utseende
- Jeg må være fysisk aktiv hver dag
- Hvis jeg ikke har vært fysisk aktiv, kan jeg ikke spise
- Hvis jeg ikke har vært fysisk aktiv, kan jeg ikke slappe av
- Hvis jeg ikke har vært fysisk aktiv, får jeg dårlig samvittighet
- Hvis jeg ikke har vært fysisk aktiv, kjennes kroppen stor ut
- Hvis jeg ikke har vært fysisk aktiv, kjennes kroppen ekkel ut
- Hvis jeg ikke har vært fysisk aktiv, kjennes kroppen utydelig ut
- Hvis jeg ikke har vært fysisk aktiv, så er ikke det noe problem
- Jeg kjenner når jeg blir sliten
- Jeg kjenner når jeg presser kroppen for mye
- Jeg kjenner når jeg er tørst
- Jeg kjenner når jeg er sulten
- Jeg kjenner når jeg er opplagt
- Jeg tar hensyn til det jeg kjenner

3.2 Fysioterapeutiske kroppsundersøkelser

For å få et helhetlig bilde av en person, har det vært stor interesse for utvikling av kroppsundersøkelser. Teorien bak disse undersøkelsesmetodene bygger på sammenhengen mellom kropp og sinn. Innen Skandinavia har det utviklet seg tre retninger av helhetlige kroppsundersøkelser, innen det fysioterapeutiske fagfeltet (Bunkan et al 2004).

Innen basal kroppskjennskap er Body Awareness Rating Scale (BARS) (Skattebo, Friis et al 1989), den mest brukte undersøkelses metoden her i Norge. Innen den norske psykomotoriske tradisjonen er de to mest brukte kroppsundersøkelsene Ressursorientert Kroppsundersøkelse (ROK) (Bunkan 1999), og Global Fysioterapeutisk Muskelundersøkelse (GFM) (Sundsvold et al 1982). Innen Mensendieck systemet har man utviklet Standardisert Mensendieck Test (SMT) (Haugstad 2000).

3.2.1 Body Awareness Rating Scale (BARS):

Body Awareness Rating Scale (BARS) (Skattebo, Friis et al 1989) har sine røtter fra psykiatrien og er utviklet fra Body Awareness Scale (BAS) (Roxendal 1985). Validiteten og reliabiliteten til undersøkelsesmetodene er blitt testet i ulike studier, med tilfredsstillende resultater (Roxendal 1985, Skatteboe i Bunkan et al 2004). Man har også funnet at resultatene fra BAS korrelerer med selvutfyllingstester for helse relatert livskvalitet (NHP), generelt psykologisk velbefinnende (PGWB), tiltro til egne evner (ASES) og opplevelse av sammenheng (Soc) (Lundvik Gyllensten 2001). Metodene er også brukt i en rekke forskningsstudier.

Undersøkelsen er prosess- og ressurs orientert, og man evaluerer bevegelseskvaliteten. BARS består av 12 utvalgte bevegelser som har vist seg å være best egnet til å skille mellom det patologiske og det friske. De 12 øvelsene gjøres i liggende, sittende, stående, gående og parvis. Bevegelsene evalueres på et kontinuum fra 1-7, hvor 1 representerer den mest patologiske og disharmoniske koordinasjon, mens 7 representerer den mest friske og harmoniske koordinasjon. Hovedfokus gjennom observasjonen er

på balanse, fri pust og nærvær. Gjennom denne undersøkelsen observerer en hele mennesket gjennom fire dimensjoner: anatomien, fysiologien, psykologien og det eksistensielle. Man kan si at skår 1-3, representerer det bio-mekaniske perspektiv gjennom den ytre formen. Skår 3-5 representerer det fysiologiske perspektivet gjennom flyt, elastisitet og rytme. Det psykologiske aspektet er representert gjennom skår 5-7 i skalaen, og vises gjennom oppmerksomhet, intensjon, emosjoner og eget nærvær.

I tillegg til skåren er pasientens opplevelse vektlagt i undersøkelsen. Pasienten er fullt påkledd gjennom hele undersøkelsen (Skjærven 2002).

3.2.2 Ressursorientert Kroppsundersøkelse (ROK) og Global Fysioterapeutisk Muskelundersøkelse (GFM)

Både den Ressursorientert Kroppsundersøkelse (ROK) (Bunkan 1999) og Global Fysioterapeutisk Muskelundersøkelse (GFM) (Sundsvold et al 1982) har i de senere år gjennomgått en omfattende utvikling for å møte de økende krav om vitenskapelig gyldighet. De kalles nå henholdsvis Den Omfattende Kroppsundersøkelsen (DOK) (Bunkan 2003) og Global Fysioterapi Metode (GFM-52) (Kvåle 2003). Kroppsholdning, muskulære spenningsmønstre, pust, bevegelser, evne til avspenning og fleksibilitet, samt palpasjon inngår i undersøkelsene. I GFM undersøkes både muskulatur og hud på en systematisk måte (Kvåle et al 2003). Utfordringen i klinisk praksis er å kunne undersøke enkeltdelene på en pålitelig måte, for så å se på kroppen og personen som en helhet. Begge metodene kan brukes ved utredning av pasienter som har hatt langvarige plager fysisk som psykisk. Begge kroppsundersøkelsene er standardiserte og har manualer med scoringsskalaer for hver enkelt test. Holdning, pust, bevegelser og muskler fungerer i et samordnet system, og problemer i et område vil oftest innvirke på resten av kroppen.

Felles for de to undersøkelsene er erkjennelsen av at hele kroppen må undersøkes og behandles ved langvarige problemer og smerteplager, ikke minst fordi kroppen uttrykker hvordan en person har det (Sundsvold et al 1982, Sundsvold et al 1985, Roxendal 1987, Dropsy 1993, Bunkan1996).

Dr. philos. Alice Kvåle og dr. philos Berit Bunkan har nå gått sammen for å lage en felles undersøkelse med utgangspunkt i disse to (Bunkan et al 2004). Det er også viktig å merke seg at den Ressursorienterte Kroppsundersøkelsen har en egen del for kartlegging av kroppsbilde.

3.2.3 Standardisert Mensendieck Test (SMT):

Mensendieck systemet fra Nederland er basert på enkle øvelser. Innen dette systemet har en norsk fysioterapeut utviklet en egen undersøkelsesmetode (Haugstad 2000). Den Standardiserte Mensendieck Testen (SMT) evaluerer kroppsholdning, sittestilling, bevegelser, gange og respirasjon. Gjennom undersøkelsen brukes en skala fra 0-7. 0 representerer at en ikke har evnen til å utføre bevegelsen, mens 7 representerer optimal funksjon. Skalaen er testet for validitet, og resultatene varierer fra akseptabel til god validitet, for de fem kategoriene (Bunkan et al 2004).

3.3 Body Attitude test (BAT)

Body Attitude testen er et selvrapporterings spørreskjema, utviklet for kvinnelige pasienter med spiseforstyrrelser. Testen er utviklet av Probst, Vandereycken, Coppenolle og Vanderlinden i Belgia (Probst et al 1995). Den er oversatt til både engelsk og svensk, og blir brukt av fysioterapeuter i ulike deler av Europa. Testen er nå også oversatt til norsk. Studier har vist at testen er både valid og reliabel (Probst 1997).

Testen går ut på å gradere 20 utsagn på en skala fra 0-5, ut fra hvor ofte de er gyldige for pasienten. Gjentatte analyser har vist at testen har en stabil fire faktors struktur. De 20 utsagnene fordeler seg på fire kategorier. Negativt forhold til egen størrelse, kroppen oppleves fremmed, generelt misnøye med egen kropp og en restfaktor kategori (Probst 1997).

3.4 Silhuett test

Ut fra silhuetter i ulike størrelser, blir pasienten bedt om å plukke ut den som passer best med eget utseende (Rosenvinge et al 1991). Disse figurene er brukt i flere ulike studier.

Helen Lönning som er fysioterapeut i Sverige med en Master of Science i barne- og ungdoms psykiatri, har mange års erfaring fra behandling av pasienter med spiseforstyrrelser. Hun har brukt de ni silhuett-figurene under utredning, i et spørreskjema med spørsmål som omhandler:

1. Hvordan din kropp ser ut.
2. Hvordan du føler at din kropp er.
3. Hvordan du vil at din kropp skal se ut.

3.5 Estimering av størrelse

Det finnes ulike metoder for å måle hvordan pasienten opplever kroppens størrelse. Det ser ut til å være grunnlag for å konkludere med at spiseforstyrrede pasienter overvurderer egen størrelse mer enn andre, men forskningsresultatene er langt fra entydige. Resultatene spriker blant annet ut fra hvilken målemetode som er benyttet. Til tross for at spiseforstyrrede pasienter overvurderer sin egen kroppsstørrelse og føler seg tykke, selv når vekten reelt sett er for lav, viser studier at evnen til å bedømme andres kroppsstørrelse ikke er dårligere enn hos kontrollpersoner. Dette tyder på at det her ikke er snakk om perseptuelle – kognitive vrangforestillinger. Det synes her heller å handle om emosjonelle faktorer som påvirker estimeringen (Rosenvinge 1991).

Enhver utredning krever at en tenker igjennom hva en gjør og hvorfor, og en må ta utgangspunkt i den aktuelle pasienten. Det å overvurdere egen størrelse er bare et symptom ved spiseforstyrrelsen, og det er ikke sikkert at det å sjekke i prosent hvor mye pasienten overvurderer, er nødvendig informasjon.

Det kan likevel være nyttig å ta en måling av hvordan pasienten opplever egen størrelse, for å møte pasienten der han / hun er. Pasientene kommer

ofte med en kropp de opplever som enormt stor, og som de ikke har noen motivasjon for å jobbe opp et forhold til. De har ofte fått høre at de ikke er stor, men dette blir bare ord mot ord. Det å da ha en objektiv målemetode for å se hvordan de opplever seg selv, sammenlignet med hvordan stor de i realiteten er, kan ofte være inngangsporten til et samarbeid. Man møter pasienten der de er og viser at man forstår. Det å få se svart på hvitt hvor mye de overvurderer, kan være en motivasjon til å ønske å jobbe med spiseforstyrrelsen.

En enkel måte å foreta en slik måling på, er å benytte en metode som ble brukt av Finn Askvoll i 1975, ved universitetet i Oslo (Thompson et al 1998). Ulike mål blir tatt av pasientens kropp med en breddemåler. Pasienten blir bedt om å markere to punkt som illustrerer denne kroppsdelens opplevde bredde, inn på et stort ark eller en tavle foran seg. Etterpå blir hvert av de reelle målene sammenlignet med det pasienten har tegnet opp. På denne måten kan en regne ut prosentvis hvor mye pasienten eventuelt overvurderer hver kroppsdel, og føre dette inn i et skjema. Et generelt mål på feilestimering av egen størrelse er "Body Distortion Index" (BDI) eller "Body Perceptive Index" (BPI) som regnes ut etter formelen (opplevd størrelse / reell størrelse) x 100. Resultatene kan brukes som en del av utredningen, men som vi senere skal se, kan det også brukes terapeutisk i behandlingen.

Andre brukte metoder for å måle estimering av egen størrelse er "Visual Size Estimation" der en bruker bevegelige lyskilder på en horisontal ramme for å markere opplevd bredde på de forskjellige kroppsregionene. "Distorted Image Technique" er en annen metode der en benytter speil, lysbilde apparat, TV eller video. Pasientene bruker disse apparatene til å justere eget utseende til det stemmer overens med opplevd størrelse (Skårderud 1998).

4. AKUTT FASEN

I dette kapittelet har vi fokus på når pasienten er innlagt ved medisinske enheter.

4.1 Kriterier for somatisk innleggelse

- Vedvarende lav kroppsvekt. For pasienter over 18 år vil en kroppsmasseindeks på 14-15 tilsi innleggelse i sykehus. Meget lav kroppsvekt, raskt vekttap og mistanke om alvorlig somatiske komplikasjoner gir vanligvis indikasjon for innleggelse i sykehus.
- Ved langvarig stabil lav vekt like over de ovenfor nevnte vektkriteriene, kan innleggelse være aktuelt dersom pasienten får forstyrrelser i høydetilvekst eller dersom han / hun utvikler betydelig osteoporose.
- Alvorlige metabolske forstyrrelser på grunn av alvorlige bulimiske episoder eller på grunn av stor avmagring i løpet av kort tid.
- Behov for å vurdere mulige differensialdiagnoser: Vurdere om det foreligger en primær somatisk sykdom som forårsaker vekttapet. For eksempel: malign sykdom, hjernesvulst, langvarig infeksjon, hormonelle forstyrrelser, tarmsykdommer, osv.
- Behov for å vurdere medisinske komplikasjoner til spiseforstyrrelsen, som: kardiovaskulære komplikasjoner, hypotermi, anemi, forstyrrelser i mage-tarm motiliteten, endokrinologiske forstyrrelser, osteoporose, redusert høydetilvekst osv.
- Dersom pasienten i tillegg har diabetes, kan det være behov for oppfølging av diabetes-sykdommen før en arbeider videre i forhold til spiseforstyrrelsen.

(Statens helsetilsyn 2000.)

4.2 Somatiske komplikasjoner

De mest alvorlige somatiske komplikasjonene er kardiovaskulære i form av hjertesvikt, hjerterytmeforstyrrelser og hjerteinfarkt. Lege må vurdere kardiovaskulær kapasitet og risiko for eventuelle hjerterytmeforstyrrelser i forbindelse med fysioterapi.

I forbindelse med oppstart av ernæring vil pasientene ofte oppleve forverring av almenntilstanden, og i noen tilfeller proksimal myopati; en tilstand med betydelig kraftnedsettelse i muskulatur i nakke, truncus, overarmer og i enkelte tilfeller også i lårene. Dette må vurderes når fysioterapeuten og andre yrkesgrupper skal mobilisere pasienten.

Osteoporose er vanlig hos pasienter med langvarig anorexia nervosa. I tillegg vil sannsynligvis pasientens amenorre med lave østrogennivåer i blodet medvirke til forverring av denne osteoporosen. Konsekvensene er økt risiko for benbrudd. Osteoporosen begynner oftest flekkvis i columna med risiko for kompresjonsfrakturer der. Dette medfører ekstra forsiktighetsregler i forbindelse med forflytning og mobilisering, som skal klareres av pasientens lege.

Langkommen anorexia nervosa kan føre til betydelige organiske forandringer i sentralnervesystemet. CT kan påvise utvidet ventrikkelsystem og tegn på generalisert atrofi. Dette skyldes redusert mengde fett i hvit substans og er dermed en uspesifikk følge av sult. Vanligvis vil disse forandringene gå helt tilbake ved reernæring.

Reernæringssyndrom kan sees i sjeldne tilfeller. I slike tilfeller sees kardiovaskulær kollaps den første uken etter reernæringen er startet. Noe av grunnen til denne er blant annet for rask økning i sirkulerende væskemengde. Dette kan overbelaste et hjerte som er svekket etter langvarig ernæringsmangel (Statens helsetilsyn 2000).

4.3 Målsetningene med fysioterapi

I akutt fasen vil hovedmål ofte være å:

- forebygge komplikasjoner: lungeinfeksjoner, trombosedannelse og trykksår
- dempe rastløshet og uro

I subakutt fase vil hovedmål ofte være å:

- fremme pasientens kontakt med egen kropp og dermed med seg selv.
- gi positive kroppssopplevelser som kan fremme kontakt og selvstendighet.

I tillegg er det naturlig å arbeide etter mål satt med tanke på pasientens subjektive plager og ønsker, så lenge ikke ønskene er motstridende med tanke på bedring av pasientens medisinske tilstand. Det er derfor viktig at pasienten får informasjon om fysioterapitilbudet og begrensninger i dette. Denne avklaring av forventninger i begynnelsen av behandlingsforløpet gjør at en kan unngå å øke uro og frustrasjon, som ofte kan prege pasienten i akutfasen.

Det er viktig å jobbe tverrfaglig for å nå målsettingene. De fleste spesialenhetene baserer seg på et tverrfaglig tilbud til pasientene, og det presiseres også i retningslinjene for behandling i spesialisthelsetjenesten at man relativt tidlig bør starte opp med fysioterapi (Statens helsetilsyn 2000).

Se også kap.2.4. om målsetting.

4.4 Intensiv og overvåkningsenhet

I akutfasen vil tiltak avhenge av pasientens medisinske tilstand. Dersom spiseforstyrrelsen er blitt svært alvorlig, kan det være nødvendig at pasienten innlegges på intensiv eller overvåkningsenhet. I denne fasen kan det for eksempel være aktuelt med lungefysioterapi dersom en lungeinfeksjon / slimproblematikk oppstår (Ingwersen 2001). Det kan også være aktuelt med passive eller ledet aktive øvelser i seng for sirkulasjon, bevegelighet og for å lindre uro hos pasienten. Det vil også være viktig å fokusere på trykkavlastning og forebygging av trykksår ved forflytning og

stell. Denne kompetansen er vanligvis stor på enheter som dette, men det er også viktig at fysioterapeuten bidrar med sin kunnskap her.

Når pasienten er medisinsk stabil, skjer vanligvis overflytting til medisinsk sengepost. Her vil pasientene være innlagt fra få uker til flere måneder avhengig av behov for oppfølging. Der det finnes spesialenheter for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser, vil pasientene vanligvis flyttes raskere over dit, enn steder hvor slike tilbud mangler. Mange av pasientene overflyttes til ulike psykiatriske institusjoner når de har oppnådd en økning / stabilisering av vekten.

4.5 Fysioterapeutiske utredning i akutt og subakutt fase

Fysioterapi i akuttfasen må tilpasses pasientens almenntilstand.

Fysioterapeuten bør starte med å lese pasientens journal og annen skriftlig informasjon om pasienten, for eksempel i sykepleierdokumenter. I tillegg lages det ofte skriftlige kontrakter for disse pasientene. En kontrakt vil være et sentralt arbeidsredskap. Eksempler på hva en slik kontrakt kan inneholde, er blant annet: beregnet utskrivningsvekt, daglig kalori inntak, begrensninger i aktivitet, besøk, permisjon, behov for tilsyn, dusjing og instruksjoner til fastvaktene. Dersom en slik kontrakt finnes, er det viktig at fysioterapeuten også er orientert om denne.

I det første møtet med pasienten er det viktig å ta seg god tid til samtale rundt pasientens ønsker og forventninger til behandlingen og også gi informasjon om behandlingen. Det er ikke sikkert at ønskene og forventningene til fysioterapi kan eller bør innfris, da pasientene ofte ønsker mer aktivitet enn det de får lov til å drive. Gjennom opptak av anamnesen vil fysioterapeuten blant annet få inntrykk av pasientens opplevelse av eventuelle kroppslige plager/ubehag og i tillegg av pasientens tidligere erfaringer med fysisk aktivitet ol. Behandling legges opp i tråd med hviletid. Hviletid er vanligvis ca 30 minutter fra et måltid er avsluttet.

Undersøkelse og behandling går hånd i hånd under hele forløpet. I denne fasen vil innhenting av informasjon ofte bestå av observasjon. Eksempel her

vil være observasjon av kroppsholdning, respirasjon og avspenningsevne. Pasienten beholder alle klær på og tar av seg sokker og sko hvis hun / han ønsker det. Mange av disse pasientene fryser og kan ha behov for ekstra teppe. Dersom pasienten ikke har sengeleie og får lov å være på treningsrom, er det erfaringsmessig viktig at rommet ikke er for kaldt.

4.6 Generelle retningslinjer for behandling

Pasienter med spiseforstyrrelser er, som tidligere beskrevet, en pasientgruppe med sammensatte symptom og problemer. Hvilke tiltak man som fysioterapeut velger å bruke, vil variere ut i fra flere faktorer og vil avhenge av lengden på sykehistorien, alvorlighetsgrad og hvilken type spiseforstyrrelse det gjelder. Retningslinjene som følger under, er utarbeidet av Fysioterapiavdelingen for pasienter ved Medisinsk avdeling, Haukeland Universitetssykehus.

- Være varsom og ta hensyn til pasientens grenser og behov for forsvar.
- Unngå kondisjonstrening og øvelser med stor belastning / høy intensitet.
- Fokusere på kontakt med kroppen: hva kjenner du, hvor, hvordan og lignende.
- La pasienten bestemme progresjonen, utvis tålmodighet som terapeut
- Tilpasse behandlingen etter pasientens dagsform og behov.
- Sette av god tid til å snakke sammen før og etter behandlingen.
- Tåle taushet hos pasienten.
- Fysioterapeuten bør gjøre øvelsene sammen med pasienten.
- Så snart pasienten ikke har sengeleie, kan en bruke sittende og stående som utgangsstilling. Enkelte pasienter kan også ha behov for sittende utgangsstilling der de har fokus på avspenning, fordi de gjerne kan føle at de har mer kontroll når de sitter enn ligger. (Kan også være motsatt)

4.7 Eksempler på tiltak i akutt eller subakutt fase

- **Grounding:** Arbeide med føttenes kontakt med underlaget. Eks: øvelser med rullepinne ad modum Øvreberg (Øvreberg, 1991), tyngdeoverføringer, fotøvelser i sittende og stående, gange på ulike måter osv. Hjelp pasienten å søke underlaget (Engelsrud 1998).
- **Elementer fra basal kroppskjennskap (Dropsy, 1988):** Hverdagslivets bevegelser, strekkøvelser,
- **Stabilitetsøvelser:** Hold-slipp, rytmisk stabilisering, bruke krefter, beholde styringen.
- **Elementer fra Veronica Sherborne (Sherborne 1990):** Kontaktøvelser, parøvelser, lede / bli ledet, speile bevegelser, ta initiativ.
- **Ulike avspenningsmetoder kan brukes.** For eksempel å holde-slippe ulike muskelgrupper. Dette for å bevisstgjøre forskjell mellom spenning-avspenning: til bruk ved søvnvansker, anspenhet og uro før måltider og rastløshet.
- **Taktil stimulering:** For eksempel ”trykk”, ”regndråpene” og ”catwalk” fra Basal kroppskjennskap (Roxendal 1987), egen-massasje av ansikt, rulle med knotteballer under føttene eller langs ryggen inntil en vegg. Utført med varhet, vil flere pasienter kunne ha positiv effekt av bevisstgjørende massasje utenpå klærne, ved forsiktige, men tydelige ”klyp”, ”klapp” ”trykk”, strykninger eller ved bruk av knotteballer.
- **Balanseøvelser:** Kaste ball, ballong, bruke vippebrett, Bobath-ball osv.
- **Lek:** ”Hermegåsa”, Bobath-ball, rocke-ring, våge nye utfordringer, slippe noe kontroll. Det er viktig at terapeuten også deltar.
- **Undervisning om hvordan kroppen fungerer.** Mange av pasientene trenger mer kunnskap om hvordan de kan ta vare på egen kropp (Se kap. 6.14).
- **Veiledning i forhold til fysisk aktivitet.** Dette tema er utfyllende beskrevet i kapitel 7.

5. FYSIOTERAPEUTISK BEHANDLING FOR PASIENTER MED SPISEFORSTYRRELSER

Når pasienten er over akutfasen og er i eller har passert subakutt fase, er det aktuelt å bruke tiltak beskrevet i dette kapitlet. Det er ingen klare skiller mellom de ulike fasene, og noen av tiltakene går derfor igjen fra forrige kapittel, og en del av tiltakene over vil være like aktuell i denne fasen.

5.1 Forskning

Ettersom fysioterapi er et relativt ungt fag, er det mye forskning som fortsatt gjenstår. Når det gjelder forskning på effekt av fysioterapeutiske tiltak for pasienter med spiseforstyrrelser, er det kun publisert noen få studier. I Lund i Sverige har man sett at basal kroppskjennskap synes å ha en positiv innvirkning på anorektiske pasienters kroppserfaring (Wallin et al 2000). Et annet studie tyder på at massasje både gir kortsiktig og langsiktig positiv effekt for pasienter med bulimia nervosa (Field m fl 1998). Flere studier har også tatt for seg ulike opplegg i forhold til fysisk aktivitet for spiseforstyrrede (se kapittel 7 Fysisk aktivitet). Michel Probst er fysioterapeut med doktoravhandling om spiseforstyrrelser. Han har gjennom sitt fagmiljø i Belgia også vært med på å publisere en rekke fagartikler som omhandler fysioterapi og spiseforstyrrelser (Vandereycken et al 1987, Vandereycken et al 1987, Vandereycken et al 1992, Probst et al 1995, Probst et al 1995, Probst et al 1997, Probst 2002). I tillegg har han vært med i flere aktuelle artikler som er utgitt på Belgisk. Eline Thornquist som er spesialist i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, har skrevet et kapittel i Skårderuds bok *Nervøse spiseforstyrrelser*. Her beskriver hun hvordan hun jobber klinisk med denne pasientgruppen (Skårderud 1994). En del svenske og danske fysioterapeuter har i artikler også beskrevet hvordan de jobber med pasientgruppen (Berg 1981, Sønndergaard 1983, Majewski 1994, Persson et al 1999). Heller ikke når det gjelder "Body Image Therapy" for spiseforstyrrede er det gjort noe særlig systematisk forskningsarbeid. Dette til tross for betydningen av "body image" for utvikling av spiseforstyrrelse og muligheten for å kunne bli frisk fra en spiseforstyrrelse (Rosen 1996). De

få studiene som er gjort, tyder på en positiv effekt av ”Body Image Therapy” (Jarry 2004).

5.2 Behandlingsretninger

Det er flere forskjellige metoder / retninger som kan være relevant når det gjelder fysioterapibehandling av pasienter med spiseforstyrrelser. Utfra målsetning kan elementer fra Sherborn, Feldenkrais, Laban, Tai chi osv. være relevant. Vi har her valgt å si litt mer om basal kroppskjennskap og den norske psykomotoriske tradisjonen ettersom dette er de to fysioterapiretningene vi har funnet mest brukt innen feltet.

5.2.1 Basal kroppskjennskap

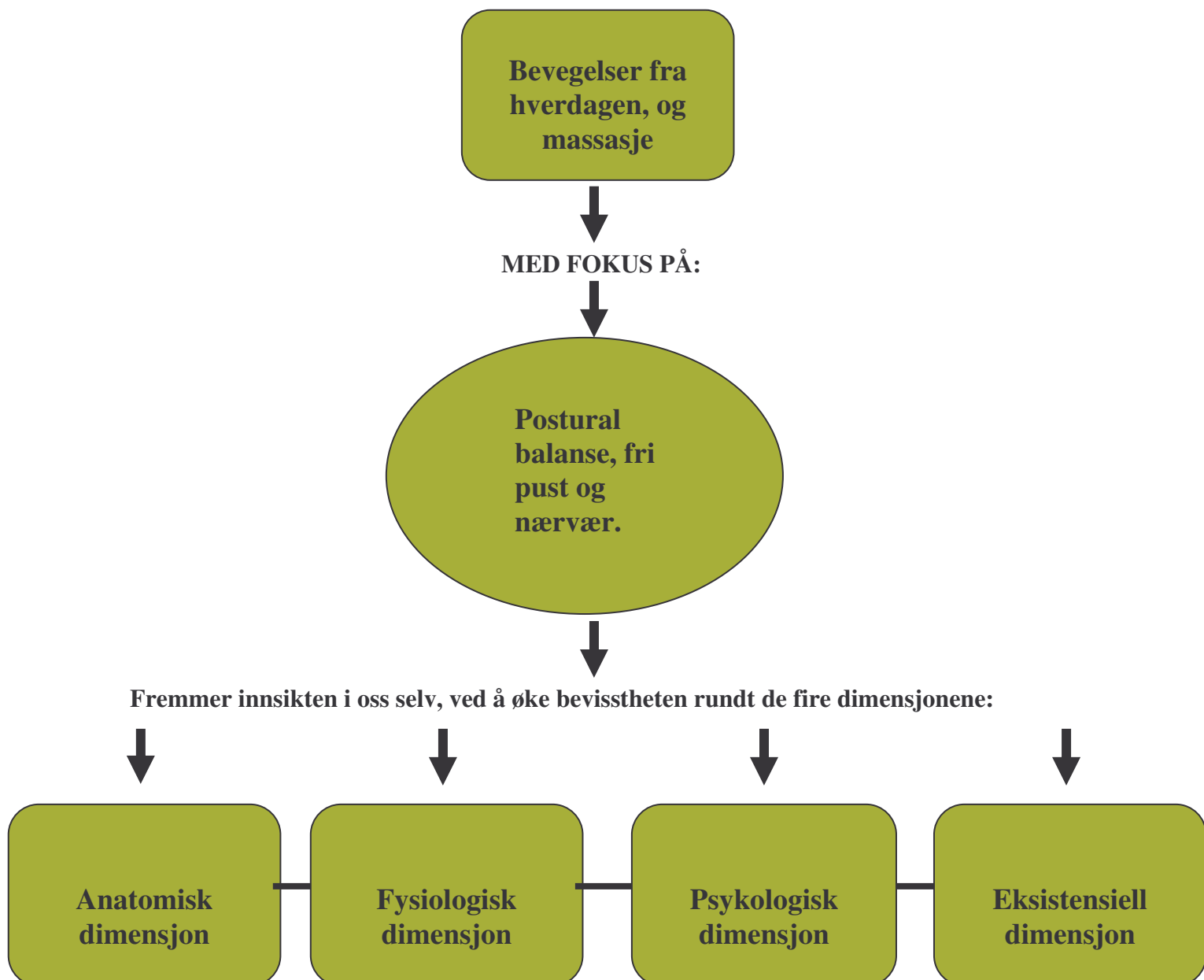
Basal kroppskjennskap (BK) er en fysioterapeutisk tilnærming som ble utarbeidet av Gjertrud Roxendal på 1970-tallet. BK har etter hvert blitt tilpasset til psykosepasienter, andre psykiatriske pasientgrupper, så vel som til somatisk fysioterapi både i institusjon og i poliklinisk virksomhet (Mattsson 1998). I basal kroppskjennskap bruker vi bevegelser, pust, massasje og nærvær til å gjenvinne balanse, frihet og forening mellom kropp og sinn. Denne terapien er ressursorientert (Lundvik Gyllensten 2001). Bevegelses kvaliteten er sentral i denne fysioterapeutiske tilnærmingen, som retter seg mot å styrke selvopplevelsen og kroppen i den totale identitetsopplevelsen (Alsaker og Skjærven 2002).

Bevegelseskvaliteten er et uttrykk for hele menneskets sammensatte person, og kan bli sett på som sammenhengen mellom postural stabilitet, fri pust og nærvær. Kombinert er disse tre nøkkel-elementer i bevegelses kvaliteten (Skjærven et al 2003). Bevegelses kvaliteten og subjektiv opplevelse av helse og velbefinnende, er proporsjonal med personens integritet og harmoni (Dropsy i skjærven 2002). Bevegelses kvaliteten assosieres ikke bare til den fysiske kroppen, men omfatter de fire dimensjoner i menneskets eksistens (Skjærven et al 2003) (som også er omtalt under punkt 2.3 og 3.2.1).

Man kan se på den posturale balansen som bindeledd mellom menneskets anatomiske og fysiologiske dimensjon. Fri pust blir da broen mellom menneskets fysiologiske og psykologiske (/sosiale / kulturelle) dimensjon. Mens nærværet blir bindeleddet mellom menneskets psykologiske og eksistensielle dimensjon (Dropsy i Skjærven 2002).

Utgangspunktet er hverdagslige bevegelser, som å ligge, sitte, stå, samhandle, kommunisere og bruke stemmen. En har ikke fokus på rett / galt, bra / dårlig, men hovedfokus er på postural balanse, fri pust og nærvær. På denne måten tilstreber en å utforske de fire dimensjoner i oss selv (Alsaker og Skjærven 2002).

Skjematisk har vi valgt å fremstille dette slik:



Når man arbeider med pasienter med spiseforstyrrelser, har vi opplevd at det er viktig at pasienten opplever å bli møtt på sine behov. Før en bruker basal kroppskjennskap i sin reineste form, kan det derfor noen ganger være hensiktsmessig å starte med tilpasninger og introdusere øvelsene litt etter hvert, når pasienter synes klar for det. Et eksempel på dette kan være at pasienten ønsker å jobbe med kroppsholdning. En kan da bruke øvelsene med fokus på kroppsholdningen og så introdusere de andre dimensjonene etter hvert. Det er også mulig å overføre prinsippene fra basal kroppskjennskap i andre deler av behandlingen.

Basal kroppskjennskap er en integrert del av videreutdanningstilbudet i Psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, og Norsk Fysioterapiforbund har egne kursrekker i Basal kroppskjennskap. I tillegg har Høgskolen i Bergen fått en egen videreutdanning for fysioterapeuter på 60 studiepoeng, med utgangspunkt i denne tilnærmingen (Basic Body Awareness Methodology).

Link: www.hib.no/fagplaner/basic_bam

Du kan finne mer informasjon på følgende link:

<http://www.skjarven.com/nibk/>

5.2.2 Norsk psykomotorisk fysioterapi



Norsk psykomotorisk fysioterapi er utviklet fra kliniske erfaringer som startet i et samarbeid mellom psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen på slutten av 1940-tallet. Etter det har mange bidratt med å utvikle behandlingsmetoden videre. I dag er den en del av videreutdanningene i Psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved

Høgskolene i Tromsø, Trondheim og Oslo. Det arbeides i 2005 med å få utdanningen på masternivå.

Konklusjonen på kroppsundersøkelsen viser om det er indikasjon for å starte med psykomotorisk behandling, eller om det er mer hensiktsmessig med andre behandlingstiltak. I psykomotorisk behandling er det kroppen som behandles, men ut i fra et helhetlig menneskesyn med samspill mellom kropp, tanker og følelser. Enhver følelse har eller er et kroppslig uttrykk. Fortrenging av følelser går sammen med bremsing av pust, bevegelser og bevegelsesuttrykk. Pasientens mulighet til endring står i fokus. Det arbeides mot å utvikle varhet og kontakt med kroppens signaler og reaksjonsmåter, opplevelse og forståelse av sammenhenger mellom kropp og følelser. Og å utvikle en opplevelse av kroppen som MEG. Dette skjer gjennom å flere delmål hvor en arbeider for å få flyt mellom kropp, pust og følelser. En fremmer stabilitet, balanse, fleksibilitet og strekk i kroppen. Det er også fokus på å utvikle god kroppsbevissthet og kroppskontakt (Thornquist, Bunkan 1986).

Hvor inngripende behandlingen skal være må vurderes, uten at det er noe klart skille mellom omstillende og støttende behandling. Omstillende behandling tar sikte på å endre pasientens kroppslige og følelsesmessige vane- og reaksjonsmønstre. Slike omstillingsprosesser tar gjerne lang tid, ettersom de innebærer endring og personlig utvikling. I støttende behandling er fokus på mestring sentralt. Her legges vekt på å takle egen livssituasjon bedre, redusere plager eller hindre forverring. Støttende behandling virker stabiliserende og samlende, men samtidig avspennende (Informasjonsbrosjyre - Faggruppen for psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, NFF).

5.3 Kroppserfaring i behandling

Når vi tar utgangspunkt i kroppserfaringen slik den er presentert i kapittel 2.3, kan man si at hovedmålet med tiltakene vil være at pasienten skal få mulighet til å utvide sin kroppserfaring og dermed videreutvikle seg selv (se kap. 2.4). Dette i et samfunn der en ser en tendens til at kroppen er blitt stadig mer utvendiggjort, eksponert og utsatt, noe som fører til økt risiko for at kroppen oppleves som et objekt (Råheim 1994). I behandling blir det viktig å ikke presse pasienten, slik at han / hun blir enda mindre til stede i egen kropp og forsterker sin egen fastlåshet (Engelsrud i Skårderud et al 1998). Det å skape en allianse med pasienten og en atmosfære av trygghet, vil være en forutsetning for at tiltakene skal kunne ha effekt. Som vi var inne på i kap. 2.4, er det også viktig å møte pasienten der han / hun er. Gode opplevelser og bevegelsesglede er her verdifullt. Hensikten er å gi pasientene en ny og annerledes kroppserfaring; bevisstgjøring av egen kropp, bevegelser, spenningsnivå, sammenhenger mellom pust og bevegelser, kroppens stabilitet, balanse osv, formidle bevegelsesglede, fremme spontanitet, fremme trygghet, omsorg, gi gode opplevelser.

6. EKSEMPLER PÅ TILTAK

Pasienter med spiseforstyrrelser er som tidligere beskrevet, en pasientgruppe med sammensatte symptomer og problemområder. Det er forskjeller mellom pasientgruppene og de enkelte pasientene, men samtidig er det mange fellestrekk. Hvilke tiltak man som fysioterapeut velger å bruke, vil variere ut i fra flere faktorer. Viktige faktorer er: lengden på sykehistorien, alvorlighetsgrad, hvilken type spiseforstyrrelse det gjelder, pasientens tilstand, de vurderinger som gjøres etter utredning, og om det gjelder pasienter som er innlagt eller behandles poliklinisk. I et tverrfaglig team, er det også viktig å samordne tiltakene slik at det arbeides mot felles mål. Andre vurderinger går på om behandlingen skal foregå individuelt eller i grupper. Behandling i gruppe gir effekt i form av opplevelse av felleskap og samspill med andre. Det kan være viktig å gjøre seg nytte av andres erfaringer, dele erfaringer osv. Deltakelse i gruppe gir også rom for tilbakemeldinger som synes å ha sterkere effekt når de kommer fra medpasienter. I gruppene er det viktig å gi rom for at deltagerne ikke skal være med på alt, men prøve så godt de kan. Det er likevel viktig å merke seg at det å være i en gruppe kan bli utrygt for enkelte pasienter og kan vekke konkurranseinstinktet.

Det er spesielt viktig for disse pasientene at vi er tydelige og forutsigbare, fordi de er så fragmenterte og sårbare selv. I den gode trygge relasjonen må det legges vekt på tid og tålmodighet. Erfaringsmessig er det viktig å være oppmerksom på at en del av disse pasientene kan sette tryggheten til side, for å oppfylle de forventningene de tror terapeuten har.

Under følger et utkast med forslag til tiltak. Som vi innledningsvis var inne på, finnes det mye erfaring når det gjelder fysioterapi og spiseforstyrrelser uten at det har vært skrevet ned og systematisert. Tiltakene vi nå presenterer, bygger i hovedsak på erfaringsbasert kunnskap, selv om litteraturen som er presentert i kap. 5.1, støtter en del av denne kunnskapen. Vi har også beskrevet fokus ved bruk av disse tiltakene, selv om det her vil være flere alternativer. Ut i fra hva som er pasientens problemstilling, kan en velge å bruke noen av tiltakene, eller det kan være en inspirasjon til nye

ideer. Tiltakene kan gjøres både individuelt og i en kroppserfaringsgruppe. Klarer en å skape en atmosfære av trygghet, kan terapisituasjonen være en arena for å øve seg og prøve å flytte egne grenser. Det er i denne sammenheng vesentlig å prøve å få pasientene bort fra at noe er riktig eller galt og heller ha fokus på selve opplevelsen. Det er ulike tilnærminger til hvordan behandlingen utføres. Her kan man som terapeut være kreativ, og det er viktig å ikke gjøre ting for vanskelig.

6.1 Balanse / stabilitet



Trening av balanse kan utføres på terapiballer eller balansebrett og -puter, alene, parvis eller i ring. Til dette kreves konsentrasjon og stabilitet, evne til å justere bevegelser og kraft. Parvis og i ring kreves samarbeid, samhandling, at en stoler på de andre og tåler nærhet. En kan også skyve på hverandre og trene på å stille kroppen best mulig inn, slik at en klarer å stå imot.

6.2 Forhold til egne og andres krefter

Øvelser parvis med bruk av kraft, og / eller den ene beveger den andre er eksempler på måter der en blir utfordret til å kjenne på ulike krefter. En prøver uten å gi motstand, og å gi mye motstand. Tør de la seg bevege? Tør de bruke krefter mot hverandre? Tør de vedkjenne seg egne krefter og egen styrke og dermed bli tydelige? Kan de øke og minske bruk av kraft på en koordinert måte eller blir det enten eller?

6.3 Trygghet/tillit

- Det å lære underlaget å kjenne i ulike stillinger, og å tørre å stole på dette (grounding) kan være med på å gi trygghet. En kan her bruke pinner eller taggete pøller til bevisstgjøring av fotsålene. Forskjellige typer øvelser og dans der en har fokus på å komme nærmere underlaget, kan også brukes til dette.

Samspilløvelser parvis, eller med flere:

- For eksempel at en leder den andre i rommet med eller uten hinder. Hvordan går samarbeidet? Tør de stole på hverandre? Er det vanskelig å bli ledet eller å lede? En øver seg i å ta ansvar og gi fra seg kontroll/styring.
- En kan også lage vugge ved at man i gruppe står ved siden av hverandre i firfot stående, mens en av deltagerne ligger på de andre deltagernes rygger.
- Et annet eksempel er å stå i ring, og ta imot en deltager som står i midten og lar seg falle mot ringen.

6.4 Støtte



Mange av pasientene har vanskelig for å ta imot støtte. Det å jobbe aktivt med dette som mål, kan derfor være nødvendig. Hva opplever pasienten som støtte? Kan situasjoner der en involverer kroppen virke støttende? Eksempler kan være berøring, eller det å få bedre fotfeste (grounding). I grupper kan en gå rundt i rommet og kjenne på hvordan det er å ikke møte blikk, versus å møte blikk, for så å smile til hverandre, etter hvert gi

hverandre en hånd på skulderen, etter hvert lene seg mot hverandre og eventuelt klappe hverandre litt på ryggen. Etterpå drøfte hva som føles støttende.

6.5 Sammenhengen mellom kropp og følelser

Sammenhengen mellom kropp og følelser er for mange pasienter uklar. Pusten er etter vår måte å forstå kroppen på, sentral for å få tilgang til følelsene, og ulike metoder kan brukes for å frigjøre pusten. Som senere beskrevet, kan også pasienten bevisstgjøres på sammenhengen mellom kropp og følelser ved å utforske hvordan følelsene påvirker vår opplevelse av størrelse (se punkt 6. 12). En annen tilnærming er å kjenne på hvordan det å jobbe med kroppen kan fremkalle ulike følelser. Motsatt kan man for eksempel i grupper også gå rundt i rommet, fremkalle ulike følelser (tristhet, sinne, frykt og glede), og for hver følelse, drøfte hvordan dette påvirker kroppen.

Ettersom pasientgruppen ofte har liten kontakt med egne følelser, er de også ofte i liten grad bevisst eget kroppsspråk. Det å jobbe aktivt i forhold til dette ved å bruke øvelser og drøfting, kan derfor være hensiktsmessig. (Se også punkt 6.14 Undervisning).

6.6 Grenser

Her handler det om grenser på flere nivå, og det går an å ha fokus på ytre grenser og indre grenser. Bevisstgjøring av ytre grenser med tanke på hvor begynner jeg, og hvor slutter jeg, kan det jobbes med gjennom forskjellige tiltak. Det kan være bevisstgjørende massasje, rulle på matter, øvelser i grupper, for eksempel stå i firfot med litt avstand, og en og en deltager kryper over og under hverandre (bro / tunnel). Her må en velge ut i fra hvor trygg pasientene er. De indre grensene; hva kjennes greit for deltageren versus når er det ikke greit lengre, kan være uklare. Noen har dårlig kontakt med egne signaler. En kan her for eksempel jobbe med bevisstgjørende massasje fra føttene og oppover og be pasienten si stopp når det ikke er helt greit lengre. En ønsker å bevisstgjøre pasienten på signaler som observeres,

som: låst pust, mangel på blikk kontakt, mangel på nærvær etc og gjøre dem klar over hvordan signalene kan oversettes og gjøres forståelige.

I grupper kan en også jobbe med hvor komfortabel hver enkelt opplever andres nærhet. I tillegg er det aktuelt å jobbe med å markere grenser. En kan for eksempel bruke rocke-ring til å markere en grense som skal forsvares, når en annen deltager skyver på den, eller en kan tydeliggjøre grensen uten å bruke ord eller berøring.

6.7 Kroppens signaler

Mange av pasientene har i lang tid stengt av for kroppens signaler, og / eller oversatt dem som noe negativt som passer inn i sykdommens forståelse av kroppen. Det kan derfor være relevant å bruke tid på å gjenkjenne kroppens signaler og å forstå hva de betyr. Dette kan gjelde signaler som går på sult / metthet, tretthet både i muskulaturen og generelt, hva er behagelig versus vondt etc. Her kan man drøfte hvordan signalene oppleves, gjøre øvelser for å fremme nærværet i kroppen, og ”lytte” etter signalene. En arbeider da med pasientens opplevelser og erfaringer for å fremme en bedre forståelse og egenopplevelse. Et eksempel kan være at pasienten gjør en styrke- øvelse. Terapeuten observerer når pasienten begynner å kompensere og informerer pasienten om dette. Pasienten prøver å sette ord på hvordan det oppleves når muskulaturen blir sliten.

6.8 Lek

Lek kan være med å fremme spontanitet og frihet i bevegelser og følelser. Det kan også skape latter og bevegelsesglede. Fokus flyttes bort fra prestasjon. En kan velge å bruke ballonger, ball, sangleker, dans, og fokus er generelt alt som kan være moro. Kan pasienten slippe seg løs og gi slipp på kontroll og rigiditet? Kan latteren komme spontant? Latter og spontanitet kan redusere stress og anspenhet og frigjøre pust. Det å ha det moro gjennom bruk av kroppen, kan være en positiv opplevelse for pasientene. For noen er det en ny opplevelse og for andre kan det være svært lenge siden de har kjent på følelser knyttet til denne opplevelsen.

6.9 Hvile, avslapning

Hvile er nødvendig for at kroppen skal holde seg frisk. For mange av pasientene er hvile og det å falle til ro vanskelig og knyttet til negative følelser. Trygghet er en forutsetning for å arbeide med hvile og ro, og en kan benytte forskjellige innfallsvinkler. Eksempler kan være å finne gode hvilestillinger og å bruke pasientenes hviletid etter måltidene. Det er viktig å finne ut hva som kan være en hjelp til at hvilen kan bli noe positivt, for eksempel gjennom bruk av rolig musikk, massasje, kuledyne osv. En kan ellers lære pasienten avspenningsmetoder som Jacobsens Progressive Avspenning. Andre måter er å gå gjennom kroppen og kjenne forskjell på muskler som strammes og slapper av, eller å instruere pasienten i å bruke lette strekkebevegelser. Kan enkelte muskelgrupper i kroppen stramme og slappe av uten at hele kroppen hjelper til og pusten holdes? En kan be pasienten kjenne etter opplevelse av tyngde, om kroppen er nedpå og om øvelsene kjennes behagelige osv.

6.10 Massasje



Massasje kan brukes i flere sammenhenger i behandlingen. Metode, type grep, rammer og gjennomføring velges ut i fra hva en ønsker å oppnå. Ulike mål kan være avslapning, bedre forhold til nærhet, bevisstgjøring, sansestimulering osv. For å oppnå avslapning er det nødvendig med trygge, rolige grep, og at pasienten greier å ta i mot og ikke føler seg presset. Selve nærheten i massasje er vanskelig for mange, og det går an å dosere massasjen på flere måter. En kan bruke indirekte berøring ved å bruke hjelpemidler som knotteball eller pølle. Det går an å legge teppe rundt pasienten slik at avstand og nærhet blir på et nivå som pasienten kan

håndtere. En mulighet er også at pasienten først får prøve å gjøre massasjen på seg selv, og på denne måten har kontrollen og bestemmer hvordan massasjen skal være. Dette kan være en måte å gi seg selv egenomsorg på.

Sammen med andre kan det være mer utfordrende. Det handler om å gi og å få omsorg, Å tørre å tro at det en gjør kan være godt for en annen person er vanskelig for mange. En kan øve seg på å sette ord på opplevelser og følelser og å sette grenser for hva en vil / ikke vil. En kan bli bevisst hva som er behagelig / ikke behagelig.

Massasje kan også tydeliggjøre kroppens ytre grenser gjennom sansestimulering. For å sette fokus på opplevelsen, kan en behandle en side av kroppen eller deler av kroppen og få pasienten til å registrere sideforskjeller og endringer underveis, før en behandler resten av kroppen. En kan bruke forskjellige grep og få pasienten til å registrere om disse gir forskjellige opplevelser.

6.11 Bevegelser for bevisstgjøring

En kan her bruke ulike bevegelser for skuldre, nakke, armer og bein både i sittende og / eller i stående. Selve utførelsen er her mindre vesentlig. En ønsker heller å fremme en bevisstgjøring av hvordan kroppen og kroppens deler beveges. Hvor mye kraft trenges? Kan kroppens deler arbeide uavhengig av hverandre uten å streve og presse? Kan pusten gå fritt selv om bevegelser utføres? Hvordan er spenningsnivået og koordinasjonen?

6.12 Image marking procedure

Image marking procedure, er en måte å realitets orientere pasienten om egen størrelse. Det finnes mange måter å gjøre dette på. Det er viktig å være bevisst på at en her setter fokus på den ytre komponenten av kroppserfaringen. Pasienten har ofte sitt hovedfokus her, og en ønsker ikke å forsterke dette. Det er likevel en måte å møte pasienten der han / hun er. Ved å realitetsorientere denne ytre komponenten som ofte er svært forstyrret, kan en herfra jobbe videre for å utvide kroppserfaringen til et mer helhetlig bilde ved gradvis å trekke inn de andre komponentene av

kroppserfaringen. Hos enkelte pasienter kan dette være en viktig faktor i forhold til motivasjon i behandlingen. En ser objektivt at en faktisk ikke er så stor som en føler seg, og dette kan virke motiverende til å ville bli bedre kjent med egen kropp på andre måter.

En måte å estimere egen størrelse på er ved å bruke metoden som Finn Askvoll brukte i 1975, ved universitetet i Oslo (Thompson et al 1998). Denne metoden er også beskrevet under utredning (kap. 3.5), men kan i tillegg brukes under behandling på en mer terapeutisk måte. Ulike mål blir tatt av pasientens kropp med en breddemåler. Pasienten blir bedt om å markere to punkt som illustrerer denne kroppsdelens størrelse inn på et stort ark eller en tavle foran seg. Etterpå blir hvert av de reelle målene sammenlignet med det pasienten har tegnet opp. På denne måten kan en regne ut prosentvis hvor mye pasienten eventuelt overvurderer hver kroppsdel. Det er viktig å merke seg at det her er emosjonelle faktorer som fører til overvurderingen (Rosenvinge 1991).

Målene kan brukes til å realitetsorientere pasienten dersom hun / han opplever at hun bare vokser og vokser. Dette er vanlig at pasientene opplever når de kommer i behandling, til tross for at vekten ikke endrer seg tilsvarende. Man kan da gå inn å se på hvor mye pasienten i realiteten har vokst. Dette kan gjøres uten å fokusere på selve målene, men ved å se på differansen mellom to mål tatt på ulike tidspunkt, av en gitt kroppsdel.

Det viktigste en kan bruke disse målingene til, er å gradvis trekke inn de andre dimensjonene i kroppserfaringen. En kan bevisstgjøre pasienten på at overvurderingen er et symptom ved sykdommen, drøfte hvilke følelser det gir å oppleve seg så stor, drøfte hvorfor vår opplevelse ikke alltid stemmer overens med realiteten, hvordan tanker og følelser spiller inn etc.

Tegning av hel-figur av kroppens konturer:

Dette er en annen metode der en tar utgangspunkt i den ytre delen av kroppserfaringen. Man ruller ut en rull med papir, ber pasienten legge seg ned og tegner inn pasientens høyde. Man ber så pasienten tegne inn noenlunde hvordan hun / han tror at hun / han ser ut. Etterpå legger

pasienten seg ned på arket igjen, og terapeuten tegner hele veien rundt pasienten, med en annen farge som holdes helt loddrett. Pasienten får så sammenligne de to figurene, og man kan etter hvert jobbe med om pasienten kan kjenne seg igjen i figuren av kroppens konturer. Det handler her om å realitetsorientere i forhold til egen størrelse. Metoden er gunstig å bruke som et steg på veien mot en mer helhetlig kroppserfaring.

6.13 Speil

Også når en bruker speil, setter en fokus på den ytre komponenten av kroppserfaringen. Denne er i stor grad farget av følelsene. Speilet kan brukes til å bevisstgjøre pasienten i forhold til dette. Det handler om å lære å se på seg selv på en nøytral og mer objektiv måte uten å ”se med følelsene” på en negativ og dømmende måte. Det kan være aktuelt å kun ta for seg deler av kroppen. Et annet alternativ er å instruere i en systematisk gjennomgang av hele kroppen. Er det mulig å få et mer realistisk bilde av seg selv og skille det fra det bildet som er en del av spiseforstyrrelsen? Et alternativ er å bruke tegnet hel-figur beskrevet under 6.12 og la pasienten få prøve seg frem og sammenligne figuren med speilbildet.

Det er helt avgjørende at man som terapeut har til hensikt å trekke inn helheten, snarere enn å forsterke en objektivisering av kroppen. Dette gjøres ved at man etter hvert trekker inn kroppens funksjoner, tanker og følelser knyttet til kropp og hvordan disse påvirker selvet. Det er viktig å ha fokus på de tanker, følelser og reaksjoner som kommer opp, og å skape en dialog, slik at en kan utforske hva det er som påvirker måten vi ser og vurderer oss selv og andre på.

6.14 Undervisning

Psykoedukativ tilnærming er en del av kognitiv terapi, noe som har dokumentert god effekt for denne pasientgruppen (Wilson & Fairburn 1998).

Undervisning i forskjellige tema med utgangspunkt i kroppen, kan være en nyttig innfallsvinkel for å øke kunnskap, bevissthet og forståelse for egen situasjon, sykdom og sammenhenger. Deler av dette vil naturlig falle inn i de individuelle fysioterapitimene og bevegelsesgruppene. Samtidig kan det være nyttig med undervisning i grupper for pasientene hvor en ut i fra tema får en dialog, diskusjon og kan ta tak i pasientenes erfaringer. Hjelpemidler i den forbindelse kan være faktakunnskap, plansjer, anatomiske modeller, bilder, film, rollespill osv. Etersom pasientene gjerne har mange myter om hvordan kroppen fungerer, er det nødvendig med økt kunnskap om kroppen, også for å lære om hvordan de kan ta vare på egen kropp, og dermed ta vare på seg selv. Her kan vi bruke kunnskap til å avkrefte myter som at alt mykt er fett, at inntatt mat går direkte ut i vevet, og gir umiddelbar endring i kroppens størrelse, eller at forbrenningen stopper opp ved hvile, etc.

Det er mange aktuelle tema, og her er noen forslag:

- Forståelse av kroppen i et helhetsperspektiv.
- Kroppens anatomi og fysiologi, og hvordan kroppen fungerer.
- Vanlige kroppslige reaksjoner i forskjellige situasjoner. Kroppens signaler, hva betyr de?
- Kroppsspråk, nonverbal kommunikasjon.
- Fysisk aktivitet, bevegelsesglede, sunn og usunn aktivitet, effekt av trening krever også næring og hvile etc. (se kapittel 7)
- Spiseforstyrrelsen og kroppen. Hva skjer med oppfatningen av kroppen, og hva skjer rent fysisk med kroppen?

6.15 Somatisk fysioterapi

De undervektige pasientene har mistet mye muskulatur. Det er da hensiktsmessig å hjelpe dem med oppbygningen etter hvert som pasienten får en vektøkning. Flere ønsker å gå for raskt frem. Det blir da viktig å forklare dem at uten nok tid og næring, vil for mye trening bare bryte kroppen videre ned. Det blir altså viktig å gå rolig og gradvis frem. I tillegg er det hensiktsmessig å starte med stabiliserende muskulatur, ettersom den brukes hele tiden. Mer om fysisk aktivitet, se kapittel 7.

En kropp i ubalanse og som kanskje i tillegg har vært utsatt for store mengder fysisk aktivitet, er utsatt for skader. Pasientgruppen er også utsatt for muskel- og leddsmerter. Fysioterapi som virker lindrende og har fokus på symptomene, kan være hensiktsmessig, men det er viktig å se at det er spiseforstyrrelsen som er årsak og at denne må behandles i sin helhet.

7. FYSISK AKTIVITET

Som for resten av fysioterapien, vil det også være viktig å bevare et helhetsperspektiv når man jobber med fysisk aktivitet. I de fleste sammenhenger oppmuntres det til økt fysisk aktivitet. Trening oppleves som kilde til livsutfoldelse, glede og selvtillitt, men trening kan også bli en kilde til plikt, slit, dårlig samvittighet og middel til kontroll over det uønskede ved kroppen (Råheim 1994). Når det gjelder pasienter med spiseforstyrrelser, er situasjonen sammensatt. Tidligere har fysisk aktivitet vært frarådet for denne pasientgruppen, men holdningene endres, og det er nå gjennomført flere prosjekter hvor systematisk arbeid med fysisk aktivitet har vist positiv effekt (R. Manley et al 2004, Calogero et al 2004, Tokumura et al 2003, Sundgot-Borgen et al 2002, Duesund & Skårderud 2002, Thien et al 2000, Carraro 1998, Beaumont et al 1994). For mange pasienter med alvorlig anoreksi og bulimi representerer hard og ensidig trening en del av sykdomsbildet. Når det gjelder tvangsspisere, er det kanskje flere som er hemmet i sin fysiske utfoldelse pga fysiske og psykiske konsekvenser av overvekten. Å komme i gang med fysisk aktivitet etter at den har vært en del av spiseforstyrrelsen, eller om spiseforstyrrelsen har hindret det, krever en god del forutsetninger for å lykkes, uansett type spiseforstyrrelse. Det er nødvendig med oppfølging, og klare målsetninger. En må ha fokus på bevisstgjøring, kunnskap, ernæring, gjennomføring, tanker og følelser.

Ved innleggelse i spesialenhetene for behandling av spiseforstyrrelser i Bergen og Levanger er det restriksjoner i forhold til fysisk aktivitet i starten av innleggelsen. En ønsker å fokusere på ro og hvile, og dette gjelder alle pasientene. For de undervektige kommer det i tillegg et vektkrav som forutsetning for fysisk aktivitet. I starten av innleggelsen og ved BMI under 17 gjelder spesialenhetenes retningslinjer som regulerer utgang og aktivitet. Til tross for at fysisk aktivitet har vist seg å være forebyggende for osteoporose, som disse pasientene er utsatt for, tyder forskningen på at dette ikke gjelder ved BMI under 17 (AEDs International Conference, Orlando 2004). Pasientene kan delta i grupper og aktiviteter som er tilpasset den enkeltes tilstand. Man fokuserer på å ha et åpent tillitsforhold, og tilstreber

at pasientene ikke trener i det skjulte. Det er her hensiktsmessig at pasienten får kanalisere aktiviteter til et opplegg med nødvendig veiledning. Bevegelsesgleden er i fokus.

7.1 Målsetting

Det overordnede målet for fysisk aktivitet er som i resten av behandlingen, å arbeide mot en integrert helhet i det pasientene ser, kjenner, tenker og føler. Hovedmålsetning blir bevegelsesglede, der en også må få lære seg verdien av hvile. Det vil handle om å prøve å finne gleden over å være en kropp i bevegelse.

Ellers vil delmålene variere ut i fra både type spiseforstyrrelse og tidligere erfaringer. Mange pasienter beskriver glede og gode erfaringer med fysisk aktivitet før dette ble en del av spiseforstyrrelsen. For disse pasientene kan det handle om å ta tilbake det friske og sunne i forhold til samme aktivitet, eller finne noe nytt å holde på med. For andre er fysisk aktivitet kun knyttet til tvang og negative erfaringer. For noen kan målet være å slutte med hard fysisk aktivitet og bruke tid og krefter på andre ting. For andre er det nødvendig med en lang pause for at kroppen skal få den nødvendige hvile og mulighet til å bryte med tvangstanker og handlinger knyttet til aktiviteten. For de som er hemmet i sin fysiske utfoldelse av fysiske og / eller psykiske årsaker, kan målet være å prøve å finne alternativer som belaster kroppen minst mulig, og å komme i gang for å få en helsegevinst både fysisk og psykisk. En del har ikke erfaringer med fysisk aktivitet, og det kan være positivt å la dem utforske forskjellige aktiviteter for å gi erfaringer.



7.2 Kunnskap om fysisk aktivitet, mat, drikke og hvile

Det viser seg ofte at pasientene har lite konkret kunnskap om kropp og trening og / eller de forholder seg til kunnskap som er uhensiktsmessig og feilaktig. Å øke kunnskapsnivået er viktig. Under følger informasjon i 12 punkter som kan være nyttig å dele med pasienten. Hva som brukes må tilpasses pasientens situasjon. (Det som står i punkt 1-8 er hentet fra et temahefte som Olympiatoppen har gitt ut. "Prester bedre med riktig kost" (2002). I tillegg har ernæringsfysiolog Christine Helle ved Olympiatoppen bistått med noen presiseringer. Punkt 9-12 bygger på en kombinasjon av treningslære og kunnskap / erfaring i forhold til pasienter med spiseforstyrrelser.

1. Kroppen består av 60 % vann.
2. Kroppen taper væske hele tiden i løpet av dagen, og spesielt mye under fysisk aktivitet.
3. For å dekke det grunnleggende væskebehovet bør du drikke 2-3l væske daglig.
4. I tillegg bør en drikke under og etter fysisk aktivitet for å erstatte det ekstra væsketapet.
5. For undervektige kan det være positivt med sportsdrikke ved fysisk aktivitet, (drikke med karbohydrat og elektrolytter). For normalvektige og overvektige vil det først ved hard fysisk aktivitet (over 1 time) være nødvendig med sportsdrikke pga høyt sukkerinnhold. Det er ikke nødvendig ved aktivitet med lav til moderat intensitet. Utholdenheten øker ved tilførsel av drikke med karbohydrat (lavt sukkerinnhold, for eksempel saft som er godt utblandet) under fysisk aktivitet. Høy karbohydratkonsentrasjon vil forsinke uttømming fra magesekken.
6. I situasjoner med mye væsketap er det lite gunstig å drikke mye te og kaffe fordi det er vanddrivende.
7. Tørstefølelse er et dårlig mål på væskebalansen. Tørstefølelsen blir tilfredsstilt før væsketapet er erstattet. Det betyr at du må drikke før du blir tørst, og drikke mer enn tørsten tilsier.

8. Du bør drikke under all aktivitet som varer mer enn 30 minutter, uansett intensitet og klima. For de fleste vil det passe å drikke 1,5-2dl hvert 15.-20. minutt, for å erstatte det kroppen taper av væske.
9. Når du spiser og drikker etter fysisk aktivitet tar kroppen seg raskere inn igjen, og effekten av aktiviteten bedres.
10. Uten tilstrekkelig mat og drikke er det uhensiktsmessig, og kan være skadelig å være fysisk aktiv. Kroppens eget vev brytes ned. Det blir ingen effekt av aktiviteten, og forbrenningen går ned.
11. Du må øve deg på å kjenne igjen og ta hensyn til kroppens signaler på når du er sliten, sulten, mett, opplagt osv.
12. Å gi kroppen hvile er naturlig og nødvendig for å være frisk, og det må være balanse mellom fysisk aktivitet og hvile. Hvile etter fysisk aktivitet gjør at kroppen tar seg raskere inn igjen, og du får bedre effekt av det du gjør. Det medfører at du bør passe på å hvile etter aktivitet og fordele øktene utover uka slik at det med fordel blir 1-2 dager mellom.

7.3 Tips ved oppstart

Ut i fra forskjellige typer spiseforstyrrelser vil noen av tipsene under passe bedre og noen mindre bra. Dette må vurderes ut i fra den enkeltes situasjon.

- Du må øve deg på å kjenne forskjell på forskjellig nivå av aktivitet. Å gå tur er noe annet enn å gå for å øke kondisjonen
- Det har ingen hensikt å ha høy fysisk aktivitet pga tvang
- Ved oppstart er det hensiktsmessig med en periode på 5-6 uker med 2-3 økter pr. uke. Start gradvis
- Det kan være lurt å finne en aktivitet som ikke har vært en del av spiseforstyrrelsens tvang og negative tanker
- Prøv å finne en aktivitet som ikke belaster kroppen slik at det gir negativ effekt. Bruk tid på å innarbeide gode vaner som blir en naturlig del av hverdagen. Skippertak varer som regel bare en kort periode.
- Aktiviteten bør være noe du har lyst til å gjøre, kanskje noe nytt
- Det kan være lurt å velge aktiviteter hvor du er sammen med andre og der dere kan ha det moro sammen, uten å fokusere på prestasjon og konkurranse.

- Etter langvarig inaktivitet kan det være nødvendig med en del grunntrening for å gjøre kroppen i stand til å tåle økt aktivitet. Med grunntrening menes en generell økning av styrken i muskelgruppene i kroppen, og det bør skje en gradvis økning.
- Det er lettere å falle tilbake til gamle vaner i aktiviteter som er tett knyttet til spiseforstyrrelsen
- Ønsker du deg tilbake til aktivitet som du har drevet med tidligere er det viktig og nødvendig med klare rammer og arbeide med å endre / bryte negative tankemønstre / tvang som har vært en del av spiseforstyrrelsen
- Det kan være nyttig med registrering (se punkt 7.4) for å bli klar over uhensiktsmessig vaner, tanker og følelser som henger sammen med fysisk aktivitet. Det gjelder både om det er for mye eller for lite aktivitet.

Sett gjerne opp en liste over aktuelle aktiviteter som du kan velge mellom. Prøv gjerne nye ting. NB! Tenk kreativt og tenk glede.

7.4 Forslag til registrering

Som oppfølging kan det være nyttig å registrere det som skjer ved fysisk aktivitet. Det gjelder både den praktiske gjennomføringen og tanker og følelser knyttet til denne. Slik registrering kan være et ledd i bevisstgjøringen og gir mulighet til å finne problemområder og holde fokus på det som må endres.

- Dato og tidspunkt
- Måltid før og etter aktivitet
- Drikke før, under og etter aktivitet
- Opplevelse og utbytte
- Tvang/negative tanker
- Andre kommentarer

7.5 Sjekkliste

Ved spesialenhet for pasienter med spiseforstyrrelser ved Sykehuset Levanger har man utarbeidet en liste over positive og negative kjennetegn i forhold til fysisk aktivitet. Denne listen har utgangspunkt pasientenes utsagn i undervisnings- / tematimer sommeren 2003, der en hadde fokus på fysisk aktivitet. De innlagte pasientene hadde alle en alvorlig anoreksi eller bulimi diagnose.

Denne listen kan brukes sammen med pasientene som en bevisstgjøring av eget forhold til fysisk aktivitet. Den kan også være et hjelpemiddel som pasienten kan bruke på egenhånd når hun / han kan ta mer av ansvaret for opplegget selv. Det må taes hensyn til den enkeltes utgangspunkt, type lidelse osv. Ikke alt passer for alle. Det går an å plukke ut punkt som er relevante for den enkelte pasient og lage en personlig liste.

Positive signaler:

- Du ser fram til aktiviteten
- Aktiviteten oppleves som lystbetont
- Aktiviteten gir overskudd og velvære
- Det går greit å variere aktiviteter
- Det går an å utsette aktiviteter uten at det gir dårlig samvittighet
- Det er naturlig å ta hensyn til kroppens signaler
- Du spiser og drikker det du trenger
- Du er aktiv for å være frisk

Negative signaler:

- Aktiviteten er noe som må gjennomføres av tvang og uten glede
- Du må være mer aktiv enn andre
- Du må hele tiden være mer aktiv enn sist
- Du konkurrerer med andre hele tiden
- Målet er kun å forbrenne kalorier, og å bli tynnere
- Du må være aktiv for å gjøre deg fortjent til mat, hvile og andre ting
- Du presser deg hele tiden ut over kroppens signaler og grenser
- Du lar være å spise og drikke slik at vekten går ned til fare for helsen
- Aktiviteten brukes for å straffe deg selv
- Du må være i aktivitet for å holde følelsene unna
- Du spiser, spyr og er i full aktivitet
- Du er fysisk aktiv i det skjulte

7.6 Gjennomføring

Selve gjennomføringen av et behandlingsopplegg rettet mot fysisk aktivitet kan være helt avgjørende for utfallet. Særlig for pasienter hvor tvang og negative tanker er sentrale, er det noen ganger små marginer mellom et positivt resultat og et resultat der opplegget forsterker sykdommen. For å kunne formidle bevegelsesglede og positive holdninger til fysisk aktivitet, er det nesten en forutsetning at en selv som behandler, liker bevegelse og aktivitet. For innlagte pasienter er det ikke nødvendig at fysioterapeuten er med på all gjennomføring. Å danne en gruppe sammen med noen av miljøpersonale kan være en god løsning. Det er viktig å få inn felles holdninger og kunnskap i hele personalgruppen. Mange av pasientene har som tidligere nevnt, mye kunnskap om kropp og trening, og det er viktig å møte dem der de er. For noen er det kunnskap som de kan bruke, men hos ganske mange er det bare ord. Som behandler må en også kjenne igjen det som er korrekt kunnskap, og hva som er feiltolkninger og en del av sykdommen.

For de med mye tvang og negative tanker er det nødvendig å få til et tillitsforhold. De må slutte med trening i det skjulte, og det må være et

samarbeid som er gjensidig forpliktende og åpent. Opplegget må sees i sammenheng med resten av behandlingsopplegget. Det kan være stor forskjell på ord og handling. Denne forskjellen trenger ikke å ha sammenheng med manglende vilje til å samarbeide, men at i situasjonen blir følelsene så sterke at de tar overhånd. Et ønske om å mestre mer enn det som er mulig å greie på egenhånd, er vanlig. Disse forholdene trekkes ikke frem for å mistenkeliggjøre pasientene, men er viktige å forstå for å kunne hjelpe dem. Å trene sammen med pasientene gir en god arena for å ta opp forskjellige tema i forhold til kropp. Å gradvis gi mer ansvar etter hvert som pasientene greier å mestre det, er en del av den naturlige progresjonen. Dette kan være å trene sammen med andre og å prøve seg i opplegg utenfor avdelingen samtidig som en følger opp pasienten med sjekkliste og registrering.

For de pasientene som pga av sin spiseforstyrrelse er hemmet fysisk og psykisk av overvekt, er det også nødvendig med god kartlegging og oppfølging. Å komme i gang kan være en lang prosess, og det er viktig å ha fokus på helsegevinsten som fysisk aktivitet gir uten å være moraliserende og fokusere på slanking. De fleste har nok dårlig erfaring, dårlig samvittighet, skam og negative følelser i forhold til kroppen som det er. Her kan det være positivt å lage et opplegg for flere sammen, med fokus på bevegelsesglede og finne et nivå der det er mulig å delta for den enkelte. Det er viktig å tenke langsiktig. Å endre vaner og holdninger tar tid. Viktig å ha fokus på at trivelig aktivitet gir helsegevinst, og det er aldri for sent å komme i gang.

8 OPPSUMMERING

I statens Retningslinjer for retningslinjer (Statens helsetilsyn 2002) står det beskrevet at retningslinjer skal kunne fungere som støtte for beslutninger i viktige helsespørsmål på ulike nivåer innen helsetjenesten. Videre bør en god veileder kunne bidra til at nye erfaringer omsettes til praktisk handling for å gi pasientene bedre behandling, redusere risiko ved behandling og bedre effektiviteten i behandlingsskjeden (Statens helsetilsyn 2002).

Vi har i denne veilederen prøvd å integrere kunnskap fra feltet om spiseforstyrrelser med kunnskap fra det fysioterapeutiske fagfelt. En del av det som er beskrevet i denne veilederen, bygger på erfaringer. En svakhet med disse retningslinjene er derfor at de ikke kun bygger på vitenskapelige data. Vi håper likevel at de erfaringene som vi har støttet oss til, er så nøye utprøvd, og i så stor grad støtter seg til eksisterende kunnskap at de har en faglig tyngde. Vi vet at det fortsatt gjenstår mye forskning på feltet, og vi håper at denne veilederen kan være et utgangspunkt som man reviderer etter hvert som erfaringene vitenskapelig dokumenteres.

Vi ønsker også etter hvert å lage en kortversjon av denne veilederen. Ettersom dette er den første veilederen som omhandler fysioterapi og spiseforstyrrelser, ønsket vi å få samlet mest mulig av kunnskap, og veilederen ble derfor omfattende.

Ettersom alle deltagerne i prosjektgruppen arbeider ved sykehus, er retningslinjene preget av arbeid ved institusjon. Vi tror likevel at de grunnleggende prinsippene har overføringsverdi til fysioterapeuter i andre deler av helsetjenesten og at bredden på retningslinjene gjør at ingen i sitt fysioterapeutiske arbeid ekskluderes. Ved å ha en referansegruppe har vi også prøvd å ivareta de ulike nivåene av helsetjenesten. Ettersom dette er en profesjonsfaglig veileder, har man ikke inkludert pasientrepresentanter i prosjektet.

Prosjektgruppens oppfatning er at veilederen, til tross for sine svakheter har integrert så mye kunnskap at den vil kunne innfri en veileders målsetning og kunne fungere som støtte og være med på å påvirke praksisfeltet.

REFERANSELISTE

Alsaker, K., Skjærven, L. H. (2002) Pusterom i hverdagen. Grafisk trykk AS, Straume.

Beamont, P.J.V. et al (1994) Excessive physical activity in dieting disorder patients: proposals for a supervised exercise program. International journal of eating disorders, 15.1: 21-36.

Berg, E., (1981) Störd kroppsopfatning vid anorexia nervosa -bedömning och behandling. Sjukgymnasten, nr. 11: 32 -34.

Bunkan BH. (1996) Kropp, respirasjon og kroppsilde. Ressurssorientert kroppsundersøkelse og behandling, Universitetsforlaget, Oslo.

Bunkan BH. (1999) Kroppsundersøkelse - nytte, utfordringer, begrensninger. Omsorg; 16: 16-19.

Bunkan, BH. (2003) The Comprehensive Body Examination (CBE). A psychometric evaluation. Doctoral thesis. Faculty of Medicine, University of Oslo.

Bunkan B., Ljungren A. E., Oppjordsmoen S., Friis S., Moen O. (2004) Development of body examinations – an overview. Fysioterapeuten 10: 20-21.

Calogero, R. M, Syracuse University USA, Pedrotty, K. N, Renfrew Center, Conshoken, USA. The practise and process of healthy exercise. Identifying and treating exercise issues in women with eating disorders. International Conference on Eating Disorders by Academy for Eating Disorders (AED), Orlando 2004.

Cash T. F., Pruzinsky T. (2002) *Body Image: A Handbook of Theory, Research, & Clinical Practice*. New York: The Guilford Press

Carraro A., Cognolato S., Bernadis A.L. (1998) Evaluation of a programme of adapted physical activity for ED patients. *Eating and weight disorders* 3.3: 110-114

Dropsy, J. (1988) *Den harmoniske krop*. København: Hans Reitzels Forlag

Dropsy J. (1993) *Leva i sin kropp. Kroppsuttryck och mänsklig kontakt*. (Vivre dans son corps, 1975). Natur och Kultur, Stockholm.

Duesund, L., Skårderud, F. (2002) Use the body and forget the body; Treating anorexia nervosa with adapted physical activity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*.

Engelsrud, G (1998) Fysioterapiens kropp- hvordan styrke kroppens kunnskap, artikkel, *Danske Fysioterapeuter* nr. 5

Field T., et al (1998) Bulimic adolescents benefit from massage therapy. *Adolescence* 3.131: 555-563

Helsedepartementet (2000) *Strategiplan mot spiseforstyrrelser*. Informasjonsforvaltning, Oslo.

Ingwersen, U. (2001) *Lungefysioterapi: teori, praksis, metode*, Munksgaard.

Jarry, L. J. (2004) The function of Body Image Treatment (FBIT). *International Conference on Eating Disorders by Academy for Eating Disorders (AED)*, Orlando.

Jensen, K., (Red.) (1990). *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal

Kvåle A. (2003) Measurement properties of a Global Physiotherapy Examination in patients with long-lasting musculoskeletal pain. Doctoral thesis. Section of Physiotherapy Science, Department of Public Health and Primary Health Care, Faculty of Medicine, University of Bergen.

Kvåle, A., Ljungren, A.E., Johnsen, T.B. (2003) Palpation of Muscle and Skin. Is this a reliable and Valid Procedure in Assessment of Patients with Long-lasting Musculoskeletal Pain? *Advances in Physiotherapy* 2003; 5:122-136.

Lundvik Gyllensten, A. (2001) *Basic Body Awareness Therapy*. In Department of Physical Therapy, Lund: Lund University.

Manley, R, Standish, K, Chernecki, L. Vancouver, British Columbia, Canada. The treatment of exercise abuse in adolescents with eating disorder through psychoeducation and graduated physical fitness programming. International Conference on Eating Disorders by Academy for Eating Disorders (AED), Orlando 2004.

Mattsson M. (1998) *Body Awareness Applications in Physiotherapy*. In Departments of Psychiatry and Family Medicine. Umeå: Umeå University

Majewski, M. L., (1994) Sjukgymnastisk behandling av ätsjukdomar. *Socialmedicinsk tidsskrift* nr. 5-6: 236-238

Majewski M. L. (1996) *Skattning av kroppsstorlek*. Stockholm: Karolinska Institutet.

Olympiatoppen (2002) Prestér bedre – med riktig kost. En praktisk veiledning i kosthold for idrettsutøvere

Persson, Å., Zander, I., Dahlgren M. A., (1999) ”De flesta väljer livet...”; Fokus och strategier vid en behandlingsklinik för ätstörningar. *Nordisk fysioterapi*, vol. 3: 38-45

Probst, M., Van Coppenolle, H., Vandereycken, W. (1995). Body experience in anorexia nervosa patients: an overview of therapeutic approaches. *Eating disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 3, 186-198.

Probst, M., Van Coppenolle, H., & Vandereycken, W. (1995). Body experience of anorexia nervosa patients: an overview of therapeutic approaches of psychomotor therapy in anorexia nervosa patients. In H. Van Coppenolle, Y. Vanlandenwijck, J. Simons, P. Van de Vliet, E. Neerinckx (Eds.), *First European Conference on Adapted Physical Activity and Sports: a white paper on research and practice* (pp. 237-240). Leuven: Acco.

Probst, M., Vandereycken, W., van Coppenolle, H., Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for Patients with an eating Disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *The Journal of Treatment and Prevention*, 3, 133-145

Probst, M., Van Coppenolle, H., & Vandereycken, W. (1997). Body experience in A.N. patients. The use of video confrontation in the psychomotor therapy. In A.Vermeer, R. Bosscher, G.D. Broadhead. (Eds.), *Movement Therapy across the life-span* (pp.123-137). Amsterdam: VU University Press.

Probst, M. (1997) Body experience in eating disorder patients. Doctoral dissertation, Kortenbergh.

Probst, M. (2002). Les possibilités de la thérapie psychomotrice chez les patientes atteintes de l'anorexie mentale (Psychomotor therapy issues with anorexia nervosa patients). *Evolutions psychomotrices* (Paris), 14, 75-84.

Rosen, J.C. (1996) Body image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. *International journal of eating disorders*. 20 (4): 331-343

Rosenvinge, J. H., Bassøe, H. H., Støylen, J – I, (1991) *Spiseforstyrrelser; Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Overvekt; Forståelsesformer og behandlingsmodeller*. Otta: Tano AS

Roxendal, G. (1985) *Body Awareness Therapy and the Body Awareness Scale. Treatment and Evaluation in Psychiatric Physiotherapy*. Doctoral dissertation, Lund University, Lund: Kompendietryckeriet, Kållerud, Sverige.

Roxendal, R. (1987) *Ett helhetsperspektiv – sjukgymnastik inför framtiden*. Lund: Studentlitteratur ab.

Råheim, M. (1994) Kroppen som erfaring og mening. *Fysioterapeuten*, nr 12: 15-20

Skatteboe, U., Friis S., et al. (1989) *Body Awareness Group Therapy for patients with personality disorders, description of the therapeutic method*. *Psychotherapy Psychosom*

Sherborne V (1990). *Development movement for children*, Cambridge University Press

Skjærven, L. (2002) *Basic Body Awareness Therapy. Exercises, verbal guidance, observation and assessment of Quality of Movement. A first introduction*. Bergen

Skjærven, L. (2002) *Quality of movement the Art and Health*. Bergen

Skjærven, L.H., Gard, G., Kristoffersen, K. (2003) Basic elements and dimensions to phenomenon of quality of movement – a case study. *Journal of bodywork and movement therapies* 7(4), 251-260

Skårderud, F. (1994) *Nervøse spiseforstyrrelser*. Oslo: Universitets forlaget

Skårderud, F., Isdahl P. (1998) *Kroppstanker: kropp – kjønn – idéhistorie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skårderud, F. (2000) *Sterk svak. Håndbok om spiseforstyrrelser*. Oslo: H. Aschehoug & Co

Statens helsetilsyn (2000) *Alvorlige spiseforstyrrelser; Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*. Utredningsserie (7-2000).

Statens helsetilsyn (2002) *Retningslinjer for retningslinjer; Prosesser og metoder for utvikling og implementering av faglige retningslinjer*. IS-2653

Sundgot-Borgen, J., Rosenvinge, J.H., Bahr, R., Schneider, L.S., (2002) The effect of exercise, cognitive therapy, and nutritional counselling in treating bulimia nervosa. *Medicine and science in sports and exercise*. 34 (2): 190-195

Sundsvold MØ, Vaglum P. (1985) Muscular pains and psychopathology: evaluation by the GPM method. In: TH Michel (Ed.). *International Perspectives in Physical Therapy*. 1: Pain. Vol. 1. Churchill Livingstone, London, pp. 18-47.

Sundsvold MØ, Vaglum P, and Denstad K. (1982) *Global fysioterapeutisk muskelundersøkelse*, Private publishing company, Oslo.

Søndergaard, P., (1983). *Kropsterapi ved anorexia nervosa*. *Danske Fysioterapeuten*: 9 -83

The AGREE Collaboration / Sosial- og helsedirektoratet. (2003) Evaluering av faglige retningslinjer: Appraisal of guidelines research & Evaluation; Agree Instrumentet. St George`s Hospital Medical School. London

Thien, V., Thomas, A., Markin, D., Birmingham CL. (2000) Pilot study of a graded exercise program for the treatment of anorexia nervosa. *International journal of eating disorders*. Jul; 28(1): 101-6

Thompson, K. J. et al (1998) *Exacting Beauty: Theory, Assessment, and Treatment of Body image Disturbance*. Washington: American Psychological Association

Tokumura, M., Tanaka, T., Nanri, S., Wtanabe, H., (2003) Prescribed exercise training improves exercise capacity of convalescent children and adolescent with anorexia nervosa. *European journal of pediatrics*. 162 (6): 430-431

Thornquist, E., Bunkan, B. (1986) *Hva er psykomotorisk behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vandereycken, W., Depreitere, L., & Probst, M. (1987). Body oriented therapy for anorexia nervosa patients. *American Journal of Psychotherapy*, 41, 252-259.

Vandereycken, W., Probst, M., & Meermann, R. (1988). An experimental video-confrontation procedure as a therapeutic technique and a research tool in the treatment of eating disorders. In K.M. Pirke, W.Vandereycken, D. Ploog (Eds.). *The psychobiology of bulimia nervosa* (pp. 72-178). Berlin: Springer Verlag.

Vandereycken, W., Probst, M., & Van Bellinghen, M. (1992). Treating the distorted body experience of anorexia nervosa patients. *Journal of Adolescent Health*, 13, 403-405.

Wallin, U., Kronovall, P., Majewski M., (2000). Body Awareness Therapy in Teenage Anorexia Nervosa: Outcome after 2 Years. *European Eating Disorder Review*. 8, 19-30

Wilson, G. T., & Fairburn, C. G. (1998) *Treatments for eating disorders; A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.

Øvreberg, G., (2001) *Beveg deg selv* (videogram), 3 videokassetter (VHS) lyd, Harstad: Norsk Journalfilm.