

Bevegelse med spiseforstyrrelser:

*En kvalitativ studie av pasienters
opplevelser i bevegelsesterapi*

Guro Anna Wyller Odden og Benedicte Harila Walle



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

16.10.2018

Bevegelse med spiseforstyrrelser: En kvalitativ studie av pasienters opplevelser i bevegelsesterapi

© Guro Anna Wyller Odden & Benedicte Harila Walle

2018

Bevegelse med spiseforstyrrelser: En kvalitativ studie av pasienters opplevelser i
bevegelsesterapi

<http://www.duo.uio.no/>

Sammendrag

Forfattere: Guro Anna Wyller Odden og Benedicte Harila Walle

Tittel: “Bevegelse med spiseforstyrrelser: En kvalitativ studie av pasienters opplevelser i bevegelsesterapi”

Veiledere: Margrethe Seeger Halvorsen (hovedveileder) Kjersti Solhaug Gulliksen (ekstern biveileder)

Forskningsspørsmål: Hvordan oppleves bevegelsesbaserte terapigrupper i behandling av spiseforstyrrelser? Kan bevegelse oppleves hjelpsomt, og hvordan blir det eventuelt slik?

Bakgrunn og formål: Det etterspørres nye behandlingstilnæringer for bedre å kunne hjelpe mennesker ut av spiseforstyrrelser. Bruk av bevegelse er foreslått som innfallsvinkel med potensiell terapeutisk gevinst hos denne pasientgruppen. I dag tilbys ulike former for bevegelsesbaserte intervensjoner som del av behandling av spiseforstyrrelser ved flere institusjoner. Videre antyder flere randomiserte kontrollerte studier at slike intervensjoner kan ha effekt på reduksjon av spiseforstyrrelsessymptomer. Pasientenes subjektive opplevelse av en slik behandlingstilnærming, er imidlertid knapt blitt undersøkt empirisk. Dermed kan det argumenteres for at forståelsen for bruken av bevegelse i behandling av spiseforstyrrelser er mangelfull. Studien som denne oppgaven er basert på, har som formål å undersøke terapeutisk anvendelse av bevegelse i behandling av spiseforstyrrelser. Videre har formålet vært å spesifikt utforske pasientenes subjektive opplevelse av dette, særlig med hensyn til hvorvidt det kan oppleves hjelpsomt og hvilken mening bevegelsene tillegges.

Metode: Oppgaven er basert på et selvstendig forskningsprosjekt, initiert av forfatterne selv. Det metodiske designet er kvalitativt og eksplorerende, og bærer preg av skreddersøm, jamfør en “bricolage-tankegang”, for best mulig å belyse forskningsspørsmålet. Forskerne gjorde deltakende observasjon i tre ulike bevegelsesgrupper ved en institusjon med spesialisert behandlingstilbud for spiseforstyrrelser og gjorde dybdeintervju med 12 informanter om deres opplevelser av disse gruppene. Vi tilnærmet oss tekstmaterialet med tematisk analyse, inspirert av fenomenologisk fortolkende analyse.

Resultater: Funn fra analysene er presentert under to hovedtemaer: 1) «Det som beveger seg» handler om at pasientenes opplever at deltakelse i bevegelsestimene vekker mye, et stort

spenn av følelser og tilstander. 2) «Hjelpsomme rom» handler om hva som oppleves hjelpsomt og ikke hjelpsomt. En romlig metafor av fire ulike rom (Frirom, Terapirom, Ekkorum og Mellomrom), beskriver forskjeller i opplevelsene. Vi finner at informantene har skiftende opplevelser, og at de aktivt søker det rommet de trenger i gruppa. Når bevegelsesterapien kjennes hjelpsom, har informantene «nye og nærende erfaringer», knyttet til bevegelse, kroppen og andre sider ved seg selv. At de kjenner seg trygge nok, synes å være avgjørende for at de kan bevege seg i noe som er hjelpsomt. Støtte i ulike former bidrar til at det kjennes trygt, og åpner veien til å utforske noe potensielt nytt og nærende. Presentasjon av fire rekonstruerte fortellinger om deltakelse i bevegelsesgruppene, belyser hvordan ulike konstellasjoner av de nevnte temaene kan oppleves.

Konklusjon: Denne undersøkelsen frembringer ny kunnskap om bevegelsesterapi i behandling av spiseforstyrrelser. Funnene antyder både *hva* pasienter opplever at de kan arbeide med i bevegelsesterapi, og *hvordan* dette kan skje. Et viktig funn er også at ikke alle opplever deltakelse i bevegelsesterapi som hjelpsomt. Vi foreslår åtte mulige kliniske implikasjoner, utledet av teoretisk og empirisk diskusjon av funnene. Ved at våre funn antyder hvordan bevegelse potensielt sett kan fremme subjektivitet og de-objektivering, argumenterer vi for at studien utgjør gir et viktig bidrag til diskusjonen om hva behandling av spiseforstyrrelser bør fokusere på.

Forord

Hvorfor undersøke bruk av bevegelse i terapi for spiseforstyrrelser?

Bevegelsen først. Vår interesse for å undersøke bevegelsesnære fenomener i klinisk sammenheng, springer ut fra personlige erfaringer så vel som faglige interesser og problemstillinger. Begge forfatterne av denne oppgaven har bakgrunn med utdanning og praksis innen ulike bevegelsestradisjoner. Vi har erfart og vært vitne til transformasjon, vitalitet og berikelse i måter å være (sammen) på, gjennom bevegelse.

Våre møter med psykologien har gjort oss ytterligere bevisst på verdien av slike erfaringer og oppdagelser med en selv i bevegelse. Samtidig er det tydelig for oss at det alltid er noe ved disse meningsfulle øyeblikkene som ikke lar seg formidle gjennom språk, eller erfares gjennom samtale. Med denne erkjennelsen har begge en åpenhet for at det kan være flere veier til meningsfulle endringsprosesser. Vi undrer oss over hvorvidt terapeutisk bruk av bevegelse og kroppen kan være en berikelse av, eller supplement til tradisjonell samtaleterapi.

Videre er vi vel kjent med at bevegelse også kan være skadelig. Det er betimelig å stille spørsmål ved hvorvidt den potensielle nytten overveier det potensielt problematiske ved å anvende bevegelse i terapeutiske sammenhenger. Dette spørsmålet er kanskje særlig relevant ved behandling av spiseforstyrrelser, hvor lidelsens uttrykk ofte er så konkret forankret i kropp og atferd. Kan det kjennes nærende for de som strever med dette, lignende det vi har sett og erfart i andre sammenhenger? Eller blir opplevelsen til last?

Vi er dypt takknemlige over å ha kunnet utforske dette universet.

Takk til alle dere som har hjulpet oss på veien. Informantene. Veilederne. Samarbeidende poliklinikk, bevegelsesterapeutene. Våre kjære som venter på oss hjemme.

Guro Anna Wyller Odden og Benedicte Harila Walle

Universitetet i Oslo, oktober 2018

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Spiseforstyrrelser.....	2
1.1.1	Diagnostisk definisjon og kjennetegn.....	2
1.1.2	En alvorlig psykisk lidelse	3
1.1.3	Hvor mange har spiseforstyrrelser?	3
1.1.4	Bedring og behandling av spiseforstyrrelser.....	4
1.2	Spagat i behandling – hva skal vektlegges?	5
1.2.1	Kroppsbilde ved spiseforstyrrelser	7
1.2.2	Kan vi snakke med kroppen?.....	8
1.3	Bevegelse i behandling – før og nå	9
1.3.1	Forskning på bevegelse i behandling av spiseforstyrrelser.....	10
1.3.2	Hvorfor undersøke bevegelse som behandling av spiseforstyrrelser?.....	11
1.3.3	Kvalitative studier om opplevelsen av bevegelse	11
1.3.4	Oppsummering og problemstilling	13
2	Metode	15
2.1	Epistemologiske betraktninger.....	15
2.2	Design.....	17
2.3	Utvalg.....	19
2.4	Etiske betraktninger.....	19
2.5	Prosedyre.....	20
2.5.1	Deltakende observasjon	21
2.5.2	Intervju.....	22
2.5.3	Dataanalyse	23
3	Resultater	28
3.1	Det som beveger seg	28
3.2	Hjelpsomme rom.....	29
3.2.1	Rom i bevegelsesterapi	29
3.2.2	Nytt og nærende i bevegelsesterapi	32
3.2.3	Veier til hjelpsomme rom i bevegelsesterapi.....	36
3.3	Fire fortellinger om ulike bevegelsesrom.....	40
3.4	Resultater fra deltakende observasjon.....	45

4	Diskusjon	46
4.1	Oppsummering av resultatene	46
4.2	Teoretisk/klinisk diskusjon av resultatene	47
4.3	Kliniske implikasjoner	54
4.4	Resultatene i lys av eksisterende forskning.....	54
4.5	Metodologiske betraktninger.....	56
4.6	Videre veier for forskning	58
5	Konklusjon.....	59
	Litteraturliste.....	60
	Appendiks 1	71
	Appendiks 2	82
	Figur 1. Det som beveger seg, Odden & Walle, 8. oktober 2018.....	28
	Figur 2. Hjelpsomme rom, Odden & Walle, 30. september 2018.	30
	Figur 3. Fire fortellinger om hjelpsomme rom og det som beveger seg. Odden & Walle, 8. oktober, 2018.	40

1 Introduksjon

Spiseforstyrrelsens destruktive uttrykk, i form av selv-sulting, renselse og grenseløs trening, med det uttalte formål å bli tynn, setter behandlernes forståelsesevne på strekk (Duesund & Skårderud, 2003; Skårderud, Rosenvinge, & Gotestam, 2004; Skårderud & Sommerfeldt, 2010; Strober & Johnson, 2012). Lidelsen har utfordret klinikere i over to århundrer (Minde & Storeng, 1994). I dag er behandling av spiseforstyrrelser et høyaktuelt tema i det offentlige ordskiftet, så vel som i helsevesenet (Øyvind Rø, personlig kommunikasjon, 12.10.2018). Hvordan kan man lindre en så kompleks og uforståelig smerte?

Spiseforstyrrelser handler mye om kropp, i flere betydninger (Børsum, 2014), men teorier spriker i sine forståelser av lidelsen (Gulliksen, 2014). Pioneren Hilde Bruch (1973), definerer spiseforstyrrelser som en utviklingsbetinget selvforstyrrelse. Hun beskriver lidelsen som «en streben etter kontroll, identitet, mestring og effektivitet» (Bruch, 1973, s. 24). Andre forklaringsmodeller spenner fra å forstå lidelsen i lys av (nevro-) biologiske forhold (Treasure, Leslie, Chami, & Fernández-Aranda, 2018; Zandian, Ioakimidis, Bergh, & Södersten, 2007), som kulturbundet (Gordon, 2001; Keel & Forney, 2013; Prince & Thebaud, 1983; Skårderud et al., 2004), som et uttrykk for kvinneopprør (Minde & Storeng, 1994), internalisert skam (Goss & Gilbert, 2014), dårlig selvfølelse (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003), forstyrret subjektivitet (Nordtug, 2008), eller forstyrret følelsesregulering (Goodsitt, 1997; Skårderud, Sommerfeldt, & Fonagy, 2012).

Til tross for flerfoldige forsøk på å forstå lidelsens vesen og fenomen, er spiseforstyrrelser på mange måter fortsatt en gåte (Gulliksen, 2014; Strober & Johnson, 2012; Vandereycken, 2002). Flere argumenterer for at den sammensatte problematikken, fordrer ulike tilnæringsmåter og forskjellige typer intervensjoner (Minde & Storeng, 1994; Strober & Johnson, 2012). Blant andre, er *bevegelse* foreslått som en tilnærming med potensiale (Nilsen, Danielsen, & Grønlund, 2005; Probst et al., 2013). I denne oppgaven utforsker vi dette, ved å undersøke hvilke erfaringer pasienter gjør seg med bevegelse i behandling av spiseforstyrrelser. I det følgende vil vi først gi en overordnet beskrivelse av spiseforstyrrelser: hva kjennetegner lidelsene, prognoser og forskning på behandling. Videre presenterer vi de empiriske, teoretiske og kliniske argumenter som ligger til grunn for å anvende bevegelse i behandling av spiseforstyrrelser. Deretter vil vi begrunne valget om å utforske pasientenes subjektive erfaringer med dette.

1.1 Spiseforstyrrelser

1.1.1 Diagnostisk definisjon og kjennetegn

Betegnelsen “spiseforstyrrelse” navngir en gruppe psykiske lidelser. Symptomatisk kjennetegnes spiseforstyrrelseslidelsene av at en persons tanker, følelser og atferd er så fokusert på mat og kropp, at det begrenser vedkomnes livsutfoldelse og livskvalitet (Fairburn et al., 2003; Helsedirektoratet, 2017). Diagnosemanualene som brukes i norsk helsevesen (ICD 10, snart ICD 11) og forskning (ofte DSM-5), beskriver ulike konstellasjoner av symptomer på spiseforstyrrelse. Det angis tre spesifiserte diagnosekategorier: 1) Anorexia nervosa, som overordnet kjennetegnes av at personen med denne lidelsen gjør vektreduserende tiltak, blant annet unngåelse av mat. Dette resulterer i lav kroppsvekt og andre omfattende fysiologiske og hormonelle forstyrrelser. 2) Bulimia nervosa innebærer at personen med denne lidelsen kjenner en vedvarende opptatthet av og trang til å spise, hvorpå vedkommende inntar store mengder mat i løpet av kort tid, etterfulgt av tiltak som har til hensikt å begrense vektoppgang og virkningen av matinntaket, for eksempel ved å fremkalle oppkast (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organisation, 1993). 3) Overspisingslidelse kjennetegnes av at personen med denne lidelsen har jevnlige episoder med å spise store mengder mat i løpet av en kort tidsperiode, hvor personen opplever kontrolltap og et markert ubehag over spisingen (American Psychiatric Association, 2013). Sistnevnte diagnosekriterier er foreløpig kun beskrevet i DSM, ettersom denne lidelsen ikke er etablert som selvstendig diagnose i diagnosesystemet som benyttes i norsk helsevesen.

Felles for de ulike undertypene av spiseforstyrrelser, er at kroppsmisnøye, lavt vektideal og en intens frykt for overvekt, resulterer i rigiditet knyttet til mat og trening for mange med disse lidelsene, og man kan si at hverdagen i stor grad organiseres etter symptomene (Fairburn & Harrison, 2003; Lichtenstein, Christiansen, Elklit, Bilenberg, & Støving, 2014; Schaumberg et al., 2017). Det er ikke uvanlig at personer beveger seg mellom ulike spiseforstyrrelsesdiagnoser, eller befinner seg et sted imellom, beskrevet i diagnosemanualene som atypiske eller uspesifiserte former for spiseforstyrrelser (atypisk/ EDNOS/OSFED) (Fairburn & Harrison, 2003; Lindvall Dahlgren & Wisting, 2016; Qian et al., 2013; Schaumberg et al., 2017).

1.1.2 En alvorlig psykisk lidelse

Spiseforstyrrelser varierer med hensyn til varighet og alvorlighetsgrad (Eddy et al., 2017; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Rosenvinge & Pettersen, 2015; Steinhausen, 2009). Selv om noen har kortere forløp og god prognose, regnes spiseforstyrrelser ofte for å være blant de mest alvorlige psykiske lidelsene. Forhold som bidrar til lidelsens alvorlighet, er blant annet de somatiske komplikasjonene, herunder benskjørhet, saltbalanseforstyrrelse og underernæring som en del av de med spiseforstyrrelser utvikler (Mehler, Krantz, & Sachs, 2015; Westmoreland, Krantz, & Mehler, 2016). Pasientgruppen har en generelt forhøyet dødelighetsrate, spesielt ved anoreksi, hvor lidelsen ofte knyttes direkte til dødsårsak. Hjertesvikt er den hyppigste dødsårsaken, etterfulgt av selvmord (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Smink, Van Hoeken, & Hoek, 2012). Selv om DSM definerer lidelsens alvorlighetsgrad ut fra hyppighet og antall overspisingsepisoder eller kompensatorisk atferd, som oppkast, og kroppsmasseindeks, er ikke dette nødvendigvis dekkende for opplevd lidelsestrykk eller funksjonssvikt. Reas og Rø (2018a) finner at lidelsestrykket ikke nødvendigvis bestemmes av alvorligheten i det fysiologisk skadelige symptomene. De som viser færre symptomer kan likevel oppleve et tilsvarende høyt lidelsestrykk (Reas & Rø, 2018a). Utover dette, har en rekke studier dokumentert at svært mange av de med spiseforstyrrelse har komorbide psykiske lidelser. En studie på spiseforstyrrelser i Europa, estimerte at dette gjelder for omtrent 70 % (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Videre beskriver personer med spiseforstyrrelser ofte å ha langvarige forløp, og at symptomene vedvarer over mange år, med og uten behandling (Eddy et al., 2017; Keski-Rahkonen et al., 2007; Schaumberg et al., 2017; Steinhausen, 2009; Steinhausen & Weber, 2009).

1.1.3 Hvor mange har spiseforstyrrelser?

Dahlgren, Stedal, og Wisting (2017) publiserte nylig en systematisk gjennomgang av nordiske forekomststudier på spiseforstyrrelser. Forfatterne viser at tall på andelen av befolkningen som til enhver tid har spiseforstyrrelse (punktprevalens), varierer mellom 0,06-1,2 % for anoreksi, 0,45-8,8 % for bulimi og 0,0 - 4,1 % for overspisinglidelse (Dahlgren et al., 2017; Kjelsås, Bjørnstrøm, & Götestam, 2004; Rosenvinge, Sundgot Borgen, & Børresen, 1999; Zachrisson, Vedul-Kjelsås, Götestam, & Mykletun, 2008). Helsedirektoratet (2017) oppgir at

forekomsten av anoreksi, angis til ca. 0,5 %, mens bulimi forekommer hos omtrent 1-2 % av befolkningen, og overspisingsslidelse er noe vanligere, med anslått prevalens på 2-3 %.

Internasjonale oversiktsstudier tyder på at spiseforstyrrelser har hatt en overordnet stabil insidensrate over de siste tiårene, men at det er en økning hos jenter mellom 15 og 19 år (Hoek, 2016; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Reas & Rø, 2018b; Rosenvinge & Pettersen, 2015; Smink et al., 2012; Smink, van Hoeken, & Hoek, 2013). Hvorvidt økningen i antall registrerte tilfeller av spiseforstyrrelser skyldes at det faktisk er flere personer som har lidelsen i dag enn tidligere, er usikkert. Endringer i diagnosekriterier, kartleggingsverktøy eller økt bevissthet/oppmerksomhet blant helsepersonell, er blant de forhold som kan bidra til å forklare endringene (Dahlgren, Wisting, & Rø, 2017; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016).

1.1.4 Bedring og behandling av spiseforstyrrelser

Det er mulig å bli helt frisk fra spiseforstyrrelser, med eller uten behandling (Eddy et al., 2017; Keel & Brown, 2010; Schaumberg et al., 2017; Steinhausen, 2009; Steinhausen & Weber, 2009), også med den mest omfattende definisjon av tilfriskning (Bardone-Cone et al., 2010). Hvor mange som oppnår full tilfriskning, er imidlertid uklart, ettersom forskere som studerer forløp av spiseforstyrrelser anvender ulike definisjoner av tilfriskningskriterier. Majoriteten av utfallsstudiene betegner tilfriskning som fravær av atferdssymptomer på spiseforstyrrelse og/ eller normalisering av fysiologiske mål, mens et fåtall inkluderer også mer omfattende mål, som livstilfredshet og sosial fungering (Bardone-Cone et al., 2010; Williams, Watts, & Wade, 2012). Dermed spriker estimatene for andelen som oppnår tilfriskning av spiseforstyrrelser fra ca. 20% (Walsh, 2008) til 70 % (Berkman, Lohr, & Bulik, 2007; Eddy et al., 2017; Smink et al., 2013; Steinhausen & Weber, 2009). Videre beskriver flere at det er sannsynlig at en som har spiseforstyrrelse vil oppleve noe bedring, uavhengig av om vedkommende oppsøker behandling, eller ikke (Eddy et al., 2017; Rosenvinge & Pettersen, 2015; Schaumberg et al., 2017).

Selv om forskningen viser muligheter for full tilfriskning og bedring av spiseforstyrrelser, er det fortsatt et presserende behov for å øke forståelsen av lidelsen og pasientgruppen, samt å utvikle mer hjelpsomme behandlingstilnærminger (Berkman et al., 2007; Linardon & Wade, 2018; Treasure et al., 2018). Dette følger blant annet av at en betydelig andel av pasientgruppen fortsetter å streve med spiseforstyrrelser over lang tid, og for noen inngår lidelsen i et kronisk forløp (Eddy et al., 2017; Halmi, 2013; Wonderlich et al., 2012). I en

langtids-oppfølgingsstudie av forløp med spiseforstyrrelser (anoreksi og bulimi), fant Eddy og kollegaer (2017) at en tredjedel av pasientene fortsatt hadde stabile symptomer ved 22-års oppfølging. Blant de to tredjedelene som opplevde tilfriskning innen kartleggingen etter 22 år, tok bedringsprosessen lang tid. For halvparten av de som ble friske av anoreksi, tok bedringsprosessen mellom 10 og 20 år (Eddy et al., 2017). Hos andelen av pasientgruppen som opplever å bli friske, synes tilfriskningsprosessen ofte å ta mange år og beskrives som en sammensatt prosess (D'Abundo & Chally, 2004; Dawson, Rhodes, & Touyz, 2014).

Videre anslår internasjonale epidemiologiske undersøkelser at kun en mindre andel av de som fyller kriteriene for en spiseforstyrrelsesdiagnose oppsøker behandling (Hoek & Van Hoeken, 2003; Keski-Rahkonen et al., 2009; Kessler et al., 2013; Twomey, Baldwin, Hopfe, & Cieza, 2015). Selv om ulike psykoterapeutiske tilnærminger har dokumentert positiv effekt på spiseforstyrrelser i randomiserte kontrollerte studier (Hay, 2013; Hay, Bacaltchuk, Stefano, & Kashyap, 2009; Hay, Claudino, Touyz, & Elbaky, 2015; Vist, Jung, Straumann, Ding, & Reinart, 2016), tyder resultatene på at kun et mindretall av de som oppsøker behandling, opplever full tilfriskning etter å ha gjennomført evidensbasert behandling, mens et flertall opplever delvis bedring (Eddy et al., 2017; Hay, 2013; Helverskov et al., 2010; Linardon & Wade, 2018). Tilbakefall av spiseforstyrrelsessymptomer er vanlig (Carter, Blackmore, Sutandar-Pinnock, & Woodside, 2004). Flere forskere finner at det å ha vedvarende symptomer, særlig knyttet til kroppsmisnøye og kroppsideal om lav vekt, er blant de forhold som er assosiert med større risiko for tilbakefall (Bardone-Cone et al., 2010; Danielsen & Rø, 2012; Helverskov et al., 2010). Utover dette, er en annen utfordring at en rekke pasienter avbryter behandlingen før planlagt avslutning, eller de nekter behandling (Carter et al., 2012; Halmi, 2013; Peterson, Becker, Treasure, Shafran, & Bryant-Waugh, 2016). Pasienter kan også benekte lidelsen eller mangle innsikt (Vandereycken, 2006a, 2006b). Med andre ord, antyder forskningen at en betydelig andel av pasientene ikke får tilstrekkelig hjelp av behandlingen som tilbys (Peterson et al., 2016; Wonderlich et al., 2012). Det er behov for behandlinger som har raskere, bedre og mer vedvarende effekter (Bulik, 2014).

1.2 Spagat i behandling – hva skal vektlegges?

Et av de mest omdiskuterte spørsmålene på feltet, både blant forskere, behandlere og pasienter er: hva bør adresseres først i behandling av spiseforstyrrelser - atferdssymptomene, eller de underliggende vanskene (van Furth, van der Meer, & Cowan, 2016)?

De nasjonalfaglige retningslinjene for behandling av voksne med spiseforstyrrelser, anbefaler en kombinert tilnærming med psykoterapi og medisinsk oppfølging, med åpning for å supplere med andre terapiformer (Helsedirektoratet, 2017). I retningslinjene understrekes det som nødvendig at behandlingen fokuserer direkte på bortfall av symptomer og kliniske trekk som kjennetegner lidelsen. Retningslinjene er formulert åpent, i den forstand at de gir behandlere frihet til å velge psykoterapeutisk tilnærming og foreslår få konkrete tiltak, utover å jobbe direkte med symptomreduksjon i spiseatferd (Helsedirektoratet, 2017). Dermed er behandler i stor grad ansvarlig for utformingen av behandlingen i møte med den enkelte. Hva bør vektlegges?

I tillegg til å sørge for medisinsk forsvarlighet i behandlingen med hensyn til biologiske forhold, er argumenter som taler for et direkte fokus på symptomreduksjon, blant annet at rask symptomreduksjon tidlig i behandlingsforløpet synes å være assosiert med bedre utfall (Vall & Wade, 2015), og at psykologisk bedring kan følge etter atferdsendring i spiseforstyrrelsessymptomer under behandling (Fichter, Quadflieg, & Hedlund, 2006; Strober, Freeman, & Morrell, 1997). Motargumenter innebærer at pasient og behandler risikerer å gå inn i behandlingsprosessen med diametralt ulike mål (Bulik, 2014). Pasientenes gjennomgripende ambivalens til å endre og gi slipp på symptomene er vel kjent (Nordbø et al., 2012; Serpell, Treasure, Teasdale, & Sullivan, 1999; Vitousek, Watson, & Wilson, 1998). En følge av dette, er at mange pasienter opplever behandling som svært krevende, skremmende og overveldende (Higbed & Fox, 2010; Kolnes & Rodriguez-Morales, 2016; Westwood & Kendal, 2012). En slik vegring for endring synes å henge sammen med frafall og tilbakefall (Geller, Williams, & Srikameswaran, 2001; Nordbø et al., 2012). Flere tar dermed til orde for at behandling av spiseforstyrrelser i større grad bør imøtekomme pasientens ønsker, med tanke om at dette kan bedre arbeidsalliansen (Bulik, 2014; Moola, Gairdner, & Amara, 2013; Peterson et al., 2016; Strober & Johnson, 2012; Wonderlich et al., 2012). Arbeidsalliansen er igjen noe pasienter med spiseforstyrrelse anser som vesentlig for tilfredshet med behandling og forløpet forøvrig (Bell, 2003; De la Rie, Noordenbos, Donker, & Van Furth, 2008).

Hva ønsker så pasientene å arbeide med i behandling? Studier som undersøker pasienters perspektiv på behandling og bedring, finner at det pasienter trekker frem som betydningsfullt for tilfriskningsprosessen, ofte handler om arbeid med ulike psykologiske forhold og ikke direkte med symptomreduksjon (Bell, 2003; De la Rie et al., 2008; Escobar-Koch et al., 2010;

Gulliksen, 2014). Av temaer som oppleves viktig for pasienter å arbeide med i behandling, er utvikling av kroppsbilde og selvfølelse (Vanderlinden, Buis, Pieters, & Probst, 2007). Å lære mer hensiktsmessige måter å trene på, som kan ha overføringsverdi til livet senere, er også et uttrykt ønske for behandlingen deres (Kolnes, 2016; Moola, Gairdner, & Amara, 2015). Det ser altså ut til at det kan være viktig for pasienter å arbeide med eget forhold til bevegelse og hvordan de erfarer kroppen og seg selv. Hvordan forstås betydningen av arbeid med bevegelse og kroppserfaring, fra et behandlerperspektiv? Vi starter med kroppsbilde.

1.2.1 Kroppsbilde ved spiseforstyrrelser

I 1973 skrev Hilde Bruch at «kroppsbildeforstyrrelse» er et fenomen som er vagt definert og dårlig forstått, selv om ordet brukes mye, særlig blant behandlere. Skårderud og medarbeidere (2012) påpeker at det fortsatt er lite konsensus om fenomenets grunnleggende karakter, til tross for mange forsøk på å fastslå, måle og forstå fenomenet (Thompson, Roehrig, Cafri, & Heinberg, 2005). Utviklingen og anvendelsen av standardiserte måleverktøy, og noen eksperimentelle studier antyder at kroppsbilde (-forstyrrelser) er et temmelig stabilt forekommende fenomen (Eshkevari, Rieger, Longo, Haggard, & Treasure, 2014; Thompson, 2004). Fenomenologiske undersøkelser indikerer derimot det motsatte, at kroppsbilde kjennetegnes av kompleksitet og fluktueringer (Espeset, Gulliksen, Nordbo, Skårderud, & Holte, 2012a; Espeset, Gulliksen, Nordbø, Skårderud, & Holte, 2012b). Mange enes likevel om at kroppsbilde (-forstyrrelse) er et multidimensjonalt begrep, bestående av både persepsjon og fornemmelse av, holdninger til, tanker og følelser om kroppen (Thompson, Heinberg, Altabe, & Tantleff-Dunn, 1999). Ved spiseforstyrrelser preges ofte kroppsbildeforstyrrelsen av en intens kroppsmisnøye og forakt for kroppen, samt frykt for å legge på seg fett (Fairburn et al., 2003; Paxton & McLean, 2010). I den norske veilederen for fysioterapi ved spiseforstyrrelser, argumenteres det for å anvende begrepet «kroppserfaring», fremfor kroppsbilde. Med denne betegnelsen, ønsker forfatterne av veilederen å fremheve erfaringsdimensjonen og favne kompleksiteten i forholdet til kroppen, over de objektiverende aspektene ved begrepet (Nilsen et al., 2005). Vi oppfatter at denne begrepsforståelsen er av god klinisk nytteverdi, og legger derfor dette til grunn når vi bruker «kroppserfaring» videre i teksten. Når vi omtaler forskning som har anvendt betegnelsen «kroppsbilde», benytter vi også det.

Kroppsbildeforstyrrelser er foreslått å være «et av de teoretisk og kliniske mest utfordrende fenomenene ved spiseforstyrrelser, især ved anoreksi» (Skårderud et al., 2012, s. 17).

Fenomenet trekkes frem som et av de mest sentrale symptomene ved spiseforstyrrelser og antas å være av betydning både for utvikling, opprettholdelse og tilbakefall av spiseforstyrrelser (Danielsen & Rø, 2012; Fairburn et al., 2003; Helverskov et al., 2010; Pellizzer, Waller, & Wade, 2018). Forløpsstudier synes å støtte opp om dette som et viktig fokus i behandling, til tross for at forståelsen av fenomenet er delt. Det ser dermed ut til at relevansen av å utvikle kroppserfaring kan argumenteres for, både fra pasientens og behandlerens perspektiv. Å komme i posisjon til å terapeutisk samarbeid er viktig, men også påpekt som vanskelig (Vitousek et al., 1998; Westwood & Kendal, 2012). Hvordan arbeide med kroppen i terapi?

1.2.2 Kan vi snakke med kroppen?

Flere klinikere hevder at det er spesielt krevende å behandle disse former for strev gjennom samtale, og særlig å jobbe med kroppen (Løkke, 2014; Skårderud et al., 2012). At det blir vanskelig å jobbe med kroppen er kanskje ikke så rart. Retningslinjene trekker behandleren i retning av å måle og tallfeste endring i kropp og spiseatferd, mens pasientens oppfatning også er knyttet til overflaten, den ytre og konkrete kroppen (Skårderud, 2016). Skårderud (2016) spør om behandlere som følge av dette blir for «ensidig fokusert på *objektive* kroppslige fenomener» (s. 105), og at dette går på bekostning av utforskning av det subjektive – hvordan det kroppslige *kjennes*. I tråd med dette finner Rugseth (2011) at selv-objektivering kan bli forsterket hos personer med stor overvekt gjennom fysiske målinger og oppmerksomhet rettet mot kroppens medisinske tilstand.

Løkke (2014) peker på at det kan være noe med måten mange av pasientene snakker som seg selv og vanskene sine, som er til hinder for endring med samtale. (Skårderud et al., 2012) kaller denne språkbruken for «ord på tomgang». Måten å bruke språket på, kjennetegnes ved at den ikke reflekterer pasientenes egne levde erfaringer, men gjenspeiler psykologisk og psykiatrisk diskurs (Løkke, 2014). Ifølge Bruch (1973) er dette et uttrykk for at personer med spiseforstyrrelser kan mangle kontakt med, begrep for og forståelse av indre tilstander. Det synes med andre ord vanskelig å arbeide med aktualisert affekt i samtale med pasientene (Stänicke, Varvin, & Stänicke, 2013). Dermed vil ikke utvekslingen av ordene få «emosjonelle eller praktiske konsekvenser over tid» (Skårderud et al., 2012 s. 17). Engelsrud

og Nordtug (2016) forstår «språket på tomgang» som et behov for å utvikle et språk som er mer bebodd av personens kroppslige erfaringer. Espeset et al. (2011) argumenterer for at vansker med å arbeide med kroppserfaring i samtaleterapi, kan forstås i lys av svekket subjektivitet, og at pasienter nettopp har bruk for å jobbe med å utvikle det subjektive selvet. Engelsrud og Nordtug (2016) ser til andre uttrykks- og erkjennelsesmåter, enn samtalen som mulige kilder til helse, og løfter frem bevegelse av kroppen som inngangsvei til å kjenne, utforske og utvikle subjektivitet. Slik vi ser det, er disse målene forenlige med pasientenes ønsker om å arbeide med kroppserfaring, selvfølelse og forhold til bevegelse. Så la oss se litt på bevegelsen.

1.3 Bevegelse i behandling – før og nå

Forekomsten av overdreven og tvangspregert trening ved spiseforstyrrelser, har lenge vært ansett som et udelt negativt trekk ved lidelsen, assosiert med somatiske komplikasjoner, tilbakefall, dårligere forløp (Kolnes, 2017; Moola et al., 2015), og oppfattes som kilde til gnisninger i behandlingsrelasjonen (Beumont, Arthur, Russell, & Touyz, 1994). Behandlers strategi (særlig ved innleggelse), har vært å begrense bevegelsesaktiviteten, ofte med re-ernæring og vektøkning som begrunnelse (Kolnes, 2017). Imidlertid virker det som at en gradvis endring i holdningen til treningsatferd ved spiseforstyrrelser pågår, som åpner for å se bevegelsen også som et mulighetsrom. Dette gjenspeiles i forskning, som vier økende oppmerksomhet til meningsdannelsen av treningen (Kolnes & Rodriguez-Morales, 2016; Moola et al., 2015). Disse studiene øker forståelsen for den subjektive viktigheten av treningen.

Flere fagdisipliner tilnærmer seg i dag spiseforstyrrelser med bevegelsesorientert behandling. Eksempler på dette er dans- og bevegelsesterapi (Frisch, Franko, & Herzog, 2006; Rice, Hardenbergh, & Hornyak, 1989; Sheets-Johnstone, 2010; Stark, Aronow, & McGeehan, 1989), yogaterapi (Hall, Ofei-Tenkorang, Machan, & Gordon, 2016; Neumark-Sztainer, 2014) og fysioterapi, særlig representert ved Psykomotorisk fysioterapi og Basal kroppskjennskap (Kolnes, 2017; Nilsen et al., 2005; Probst et al., 2013). Disiplinens terapeutiske rasjonale er basert på klinisk erfaring og informert av teoretiske forståelser. Vi redegjør i det følgende for det vi oppfatter som fellestrekk i deres argumenter for den potensielle nytten av å ta bevegelse i bruk som del av behandlingen av spiseforstyrrelser.

I store trekk argumenterer disiplinene for samme potensielle nytte av å anvende bevegelse som innfallsvinkel i behandling av spiseforstyrrelser. Terapeutiske intervensjoner basert på bevegelse tenkes å kunne bidra til å 1) redusere symptomer, som forstyrret kroppserfaring (/bilde) og tvangspreget trening, 2) arbeide med relaterte psykologiske temaer som lav selvtillit, ensomhet, angst og depresjon, 3) styrke muskler og skjelett, og 4) fremme arbeidsalliansen (Frisch et al., 2006; Hall et al., 2016; Kolnes, 2017; Moola et al., 2013; Nilsen et al., 2005; Probst et al., 2013; Vancampfort et al., 2014). Felles er ideen om at bevegelse åpner opp for å skape nye og andre erfaringer med kroppen og bevegelse. De fleste løfter frem bevegelse som fruktbar arena for å utvikle kontakt med kroppen. Ulike former for bevegelse tenkes å kunne gi nye måter å merke og tolke kroppens signaler. En slik økt kontakt med kroppen, forstås videre å kunne bidra til å utvikle evnen til å merke følelser. Felles er også en tanke om at opplevelsen av en selv endres når kroppserfaringen utvides. I forlengelse av dette kan bevegelse bidra til å fremme erkjennelse og aksept av kroppen som en del av seg selv (embodiment) og således støtte en mer sammenhengende opplevelse av seg selv (Frisch et al., 2006; Hall et al., 2016; Kolnes, 2017; Neumark-Sztainer, 2014; Nilsen et al., 2005; Probst et al., 2013; Stark et al., 1989). Potensialet kan også være at bevegelse fasiliterer opplevelsen av å være et bevegende subjekt med eierskap og kontroll over egne bevegelser, som kontrast til bevegelse som tvang, rigid og ute av kontroll (Kolnes, 2017). Flere trekker også frem at bevegelse kan gi rom til å finne glede ved å være kropp i bevegelse/ potensial for å stimulere vitalitet og bevegelsesglede og utvikle nye og helsebringende forhold til bevegelse (Nilsen et al., 2005; Probst et al., 2013). Dans- og bevegelsesterapi fremhever betydningen av ekspressive aspekter ved bevegelse, i behandling av spiseforstyrrelser (Frisch et al., 2006; Stark et al., 1989).

1.3.1 Forskning på bevegelse i behandling av spiseforstyrrelser

Forskning på bevegelse i behandling av spiseforstyrrelser kan sies å være begrenset. De relativt få undersøkelsene som foreligger, varierer i design, utvalg og metodologisk kvalitet.

Vancampfort og medarbeidere (2014) foretok en systematisk gjennomgang av de randomiserte kontrollerte studiene som foreligger. De konkluderer forsiktig med at bevegelsesintervensjoner synes å kunne bidra til å redusere symptomer på spiseforstyrrelse (som kroppsbildeforstyrrelse, overspising, og opptatthet av mat), andre psykologiske vansker (som lav selvfølelse, angst, depressive symptomer), samt å bedre enkelte fysiologiske mål

(som økt muskelstyrke og kroppsmasseindeks) (Ng, Ng, & Wong, 2013; Vancampfort et al., 2014). Tilpasset trening (Calogero & Pedrotty, 2004; Chantler, Szabo, & Green, 2006; Hausenblas, Cook, & Chittester, 2008; Ng et al., 2013; Thien, Thomas, Markin, & Birmingham, 2000), ulike former for fysioterapi (Vancampfort et al., 2014) og yoga (Carei, Fyfe-Johnson, Breuner, & Brown, 2010; Hall et al., 2016; Karlsen, Vrabel, Bratland-Sanda, Ulleberg, & Benum, 2018; Klein & Cook-Cottone, 2013; McIver, O'Halloran, & McGartland, 2009), er blant tilnærmingene som antyder effekt. Andre studier, deriblant en randomisert kontrollert undersøkelse av dans- og bevegelsesterapi ved overspisingslidelse (Meekums, Vaverniece, Majore-Dusele, & Rasnacs, 2012), beskriver lignende funn. Samlet indikerer dette at bevegelsesbaserte intervensjoner kan være hjelpsomme tilleggstilnæringer i behandling av ulike spiseforstyrrelser.

1.3.2 Hvorfor undersøke bevegelse som behandling av spiseforstyrrelser?

Det synes plausibelt å anta at anvendelse av ulike former for bevegelse som del av terapi, kan ha positiv innvirkning på individers psykiske uhelse ved spiseforstyrrelser. Det kan likevel hevdes at forståelsen av denne sammenhengen er mangelfull, fordi kunnskapsgrunnet er snevert, da det meste bygger på undersøkelse av disse fenomenene ved hjelp av randomiserte kontrollerte studier. Følger vi Engelsrud og Nordtug (2018), er det problematisk at undersøkelser av påvirkningsforholdet mellom «fysisk aktivitet» og «psykisk helse» oftest undersøkes ved hjelp av standardiserte spørreskjemaer. De peker på at fenomenene som undersøkes er uklart eller mangelfullt operasjonalisert, og bør forstås som subjektive, sammensatte og dynamiske erfaringer. Engelsrud og Nordtug (2018) argumenterer for at en mer fruktbar måte å undersøke slike komplekse sammenhenger, vil være å anlegge en fenomenologisk tilnærming og utforske den «i-boende meningen som ligger i det å bevege seg» (s. 32) for det enkelte subjekt. De tar til orde for at det er meningsdanningen som er avgjørende å forstå, og at måleinstrumenter står i veien for å utforske dette.

1.3.3 Kvalitative studier om opplevelsen av bevegelse

Vi finner svært få studier av personer med spiseforstyrrelser sin subjektive erfaring med bevegelse. En del kvalitative studier undersøker hvordan pasienter opplever sin egen kropp

(Espeset et al., 2011), mens ytterst få utforsker hvordan spiseforstyrrelsespasienter opplever det å bevege seg i behandlingssammenheng.

Duesund og Skårderud (2003) sin undersøkelse utgjør et unntak. Med en fenomenologisk tilnærming, intervjuet forskerne sju pasienter med anoreksi om opplevelser av ulike aktiviteter og situasjoner i forbindelse med et to-ukers opphold på et rehabiliteringssenter som tilbyr tilpassede fysiske aktiviteter. De ønsket å undersøke pasientenes erfaringer med mestring og feiling i aktivitetene, hvordan de opplevde sosialt samspill, samt hvorvidt pasientenes opptatthet av kropp ble påvirket underveis. Funnene antyder at bestemte tilpassede fysiske aktiviteter kan være innfallsvinkel til å “glemme” kroppen som objekt og utforske subjektive erfaringer av kroppen og seg selv (Duesund & Skårderud, 2003).

McIver og medarbeidere (2009) gjorde kvalitative analyser av dagboknotater med beskrivelser av opplevelser fra deltakere i yogaintervensjon som behandling av overspisingssymptomer. De fant at deltakerne beskrev å kjenne mer kontakt med kroppen og hvordan de spiste utover i yogaforløpet.

Austad (2018) utforsket kroppsopplevelse hos personer med sykkelig overvekt i forbindelse med et livsstilsendingsprogram, der behandling med basal kroppskjennskap inngikk. Siden grensen mellom overvekt og patologisk overspising er uklar, anser vi studien som relevant for spiseforstyrrelser. Undersøkelsen tar for seg kroppsopplevelse i en behandlingssammenheng der bevegelse inngår, og gir enkelte beskrivelser av opplevelser med bevegelse, men undersøker ikke dette spesifikt. Forfatteren fant at informantene fortalte om kroppsopplevelse på to ulike måter, kroppen som henholdsvis sett utenfra og opplevd innenfra (Austad, 2018). Kroppsopplevelsen synes å være preget av ytre fokus, mens opplevelser av seg selv, følelser og kroppslig tilstand virker mindre tilgjengelig for deltakerne. Austad (2018) fant at deltakerne erfarte det som uvant å ha positive opplevelser av kroppen. Studien synes å støtte en forståelse av kroppsbilde som foranderlig og dynamisk (Austad, 2018).

Med kvalitative intervjuer og video undersøkte Albertsen (2017) opplevelser av kroppen hos to personer med overspising over et behandlingsforløp med Basal Kroppskjennskap. Hun fant endring i kroppsopplevelse hos deltakerne, fra å oppleve kroppen som problem, til å erfare kroppen som mulighet (Albertsen, 2017).

Et lite antall studier har tatt for seg SF-pasienters opplevelser av bevegelse utenfor behandlingskontekst. Kolnes og Rodriguez-Morales (2016) utforsket opplevelser og meningsdannelse knyttet til tvangspreget trening hos seks kvinner med anoreksi. De fant at tvangstrening kan ha paradoksale funksjoner (Kolnes & Rodriguez-Morales, 2016), og at deltakerne fortalte om sprikende opplevelser av trening (Kolnes, 2016). Til tross for undervekt, utmattelse og å kjenne til helseskadelige effekter, forteller deltakerne om overdreven, rigid, tappende og tidkrevende trening (Kolnes, 2016). Videre viser funnene hvordan rutiner for trening kontrollerer og griper inn i personens deltakelse i sosiale sfærer. Kolnes (2016) finner samtidig at kvinnene synes å nedtone hvor oppslukt de er av treningen. Den tvangsmessige treningen beskrives å fungere som emosjonsregulering og distraksjon fra følelser, som arena for å erfare kontakt med kroppslige aspekter ved følelsene, som avgrenset tidslomme av opplevd kontroll, struktur og stabilitet, og som nært knyttet til selvopplevelse og identitet. Funnene indikerer at trening er viktig for pasientene (Kolnes & Rodriguez-Morales, 2016). Forfatterne etterlyser utvikling av nye forståelser og tilnærminger til trening, slik at arbeid med trening kan inngå i terapi på meningsfulle måter (Kolnes, 2016; Kolnes & Rodriguez-Morales, 2016).

Moola og kollegaer (2015) undersøkte opplevelser av fysisk aktivitet hos 11 voksne kvinner med anoreksi. Selv om studien tar for seg bevegelsesaktiviteter utenfor behandling, gir den innblikk i opplevelser knyttet til begrensning av bevegelsesaktivitet som del av behandlingsopplegg. Funnene tyder på at bevegelsesbegrensning kan gi opplevelser av redusert autonomi i en allerede maktesløs posisjon, lavere mestringsforventning for fysisk aktivitet og bidra til løgn og fortsatt hemmelighold. Forfatterne finner at informantene unisont uttrykte ønske om at bevegelsesaktivitet skal implementeres som del av behandling på forsvarlige måter, ut fra en tanke om at det vil øke behandlingseffekt. Videre indikerer resultatene at pasientene kan oppleve behov for å lære skiller mellom helsefremmende og -skadelig bevegelsespraksis (Moola et al., 2015).

1.3.4 Oppsummering og problemstilling

Studiene vi har gjort rede for, undersøkte individer med spiseforstyrrelser sine opplevelser av kropp og bevegelse, hvorav et fåtall har utforsket slike opplevelser der bevegelsesaktiviteten inngår i behandling. Videre tar hver enkelt studie for seg pasienter fra kun en diagnosekategori. Opplevelser av bevegelse på tvers av ulike spiseforstyrrelsesdiagnoser

(transdiagnostisk), er så langt vi vet, heller ikke undersøkt. Bevegelsesopplevelse er videre verken utforsket som del av poliklinisk behandling eller på tvers av ulike bevegelsesformer i behandling av disse lidelsene. Vi finner heller ingen studier som har utforsket opplevelsen av bevegelsen i seg selv. Som Moola og kollegaer (2015) foreslår, kan det se ut til at dette er et oversett område i forskningsfeltet på spiseforstyrrelser.

Selv om diagnosene har distinkte særtrekk, har flere argumentert for nytten av å fokusere på likheter fremfor forskjeller ved spiseforstyrrelser (Fairburn et al., 2003; Fairburn & Harrison, 2003; Skårderud & Sommerfeldt, 2010). Vi har derfor anlagt et transdiagnostisk perspektiv, som er nærmere beskrevet i metodekapittelet.

Med denne studien tar vi imot invitasjonen fra Engelsrud og Nordtug (2018), og søker å utforske subjektive opplevelser med og mening av å bevege seg i gruppe som behandling av spiseforstyrrelser. Vi ønsker å undersøke vekselvirkninger mellom bevegelse (fysisk aktivitet) og subjektivitet (psykisk helse). Vi utforsker fenomenet på tvers av tre ulike bevegelsesgrupper, som del av poliklinisk behandling, hos personer med ulike spiseforstyrrelsesdiagnoser.

Undersøkelsens problemstilling lyder:

Hvordan oppleves bevegelsesbaserte terapigrupper i behandling av spiseforstyrrelser?

Et underspørsmål er:

Kan bevegelse oppleves hjelpsomt, og hvordan blir det eventuelt slik?

Gjennom kvalitative intervjuer ønsker vi å fremskaffe et bredt bilde av hvordan bevegelsesterapi oppleves, om det kan oppleves hjelpsomt og i så fall, hvordan.

2 Metode

I det følgende vil vi gjøre rede for metodologiske valg og prosedyrer vi fulgte for å frembringe kunnskap som kan belyse problemstillingen i prosjektet.

I denne studien ønsket vi å forstå individers opplevelser av bevegelsesgrupper og hvilken mening bevegelse i gruppene har for den enkelte. Vi forstår opplevelse og meningsproduksjon som sammensatte, dynamiske og tvetydige fenomener, som forandrer seg i møte med nye erfaringer og gjennom intersubjektive møter. Dermed ble det avgjørende å velge en metodisk tilnærming som åpner for utforskning i dybden og detaljerte beskrivelser, og vi rettet derfor blikket mot ulike kvalitative metoder. Derfra har vi vært inspirert av Denzin og Lincoln (1999) som ser kvalitativ forskning som en *bricolage*, en skreddersydd løsning for et avgrenset problem i en bestemt sammenheng. Ut fra en bricolage-tankegang argumenterer McLeod (2003) for å anvende de verktøy som fremmer forståelse av fenomenet, framfor å binde seg til å følge analytiske fremgangsmåter gitt av en definert metodetradisjon. Således blir forskningsvirksomheten en kreativ prosess. Anvendt på vår studie medfører dette perspektivet å velge de undersøkelsesmetodene og teoretiske perspektivene som best belyser fenomenet «pasienters opplevelser av bevegelsesgrupper i behandling av spiseforstyrrelser».

Vår bricolage er en utforskende og induktiv undersøkelse, inspirert av fortolkende fenomenologisk analyse, med teoretisk grunnlag i kroppsfenomenologisk, hermeneutisk og idiografisk tankegods. Undersøkelsens empiriske materiale er skapt gjennom dybdeintervjuer og deltakende observasjon, og tar form av intervjutranskripter og forskernes refleksjoner over egne kroppslige erfaringer fra intersubjektive møter og bevegelsespraksis. I analysene er det brukt fremgangsmåter fra tematisk analyse og rekonstruksjon i idealtyper. I sin endelige form vil bricolagen kunne kalles en fargerik (kroppslig)-fenomenologisk fortolkende analyse, som ble utviklet for å forstå fenomenet best mulig.

2.1 Epistemologiske betraktninger

For å tydeliggjøre hva slags kunnskap vi har hatt til hensikt å skape i denne studien, gjør vi i det følgende rede for epistemologiske valg. Det teoretiske grunnlaget som kjennetegner fortolkende fenomenologisk analyse, har her vært en viktig kilde til inspirasjon.

Fenomenologi er et filosofisk perspektiv, først formulert av Edmund Husserl, og som siden er videreutviklet av blant andre Maurice Merleau-Ponty (Smith, Flower, & Larkin, 2009). Vi har valgt et fenomenologisk perspektiv som omdreiningspunkt i denne studien, både metodologisk og teoretisk, med særlig vekt på Merleau-Pontys (1994) kroppsfenomenologi. Fenomen betyr «det som viser seg» (Thøgersen, 2004). Fenomenologiens anliggende er å undersøke og forstå hvordan verden trer frem for oss, uavhengig av vitenskapelige (Kvale & Brinkmann, 2015). Van Manen (1998) oppsummerer essensen av fenomenologisk metode slik: «Det enkle fenomenologiske bud er å alltid forsøke å forstå noen fra hens situasjon» (s. 8). Det som utforskes med fenomenologisk tilnærming er en verden av levd erfaring, også betegnet som livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015). I dette ligger en nysgjerrighet på hvordan mennesker tilskriver mening til det de erfarer i samhandling med verden. Med denne studien har vi ønsket å utforske og reflektere et mangfold av levd erfaring av bevegelsesterapi, da vi tenker at det er viktig å belyse hvordan dette fenomenet trer frem for og forstås av de som deltar og er tenkt å få utbytte av det. Med kroppsfenomenologien ser vi egenkroppen som vår primære tilgang til kunnskap om verden og andre (Merleau-Ponty, 1994). Selv om vi vil aldri kunne kjenne den andres erfaring fullt ut, det er som kropp vi nærmer oss den andres levde erfaring (Engelsrud, 2005b). Vi lener oss på Engelsrud (2005b) sin forståelse av intervjusituasjonen som et mellomkroppslig møte, der sansninger, følelser og forståelser ikke er noe som oppstår isolert og løsrevet i hvert individ, men heller er noe som skapes mellom de to deltakerne, av den bestemte konteksten. Således løftes det frem en forståelse av intervjubasert kunnskap som relasjonell, kontekstuell og kroppslig forankret.

Hermeneutikk er læren om fortolkning, hvor formålet er å skape gyldige fortolkninger av teksters mening (Kvale & Brinkmann, 2015). Ifølge hermeneutisk teori skjer fortolkning gjennom en vekselbevegelse mellom helhet og deler, beskrevet som den hermeneutiske sirkel. Forskning og analyse ses med dette perspektivet som dynamiske prosesser, der forskeren er en aktiv deltaker i å skape mening. Fortolkning pågår over forskningens ulike faser og involverer både informanter og leser av endelig tekst. Hans-Georg Gadamer (2003) sine tanker om forforståelse har også vært appellerende for oss. Han hevder at det ikke er mulig og heller ikke ønskelig å legge bort implisitte og eksplisitte forståelsesstrukturer vi bærer med oss som forskere. Derimot trer forforståelsen frem i møte med det empiriske materialet og er avgjørende for å forstå. Den endres i møtet og slik skapes forståelse av materialet (Gadamer, 2003). Ved å trekke på hermeneutiske perspektiver vektlegges en tanke om at vi kan få tilgang på menneskers meningsproduksjon gjennom fortolkning.

I tråd med fortolkende fenomenologisk analyse (Smith et al., 2009), ser vi betydningen av å supplere de fenomenologiske og hermeneutiske innfallsvinklene med et *ideografisk perspektiv*. Med ideografien fremhever vi betydningen av dyptgående beskrivelser av den enkeltes livsverden og meningsproduksjon i tilvirkingen av kunnskap. Dette innebærer å løfte frem det individuelle, spesifikke og detaljerte i analysene av det empiriske materialet (Smith et al., 2009).

En ambisjon i undersøkelsen har vært å generere kunnskap som kan veilede klinisk praksis. Således holdes det opp et perspektiv på kunnskapen som pragmatisk (Kvale & Brinkmann, 2015). Oppsummert kan vi si at ved å anlegge disse perspektivene, løftes en forståelse av, at kunnskapen vi har til hensikt å skape er produsert, relasjonell, kontekstuell, språklig pragmatisk og kroppslig basert. Fenomenologiske, hermeneutiske og ideografiske perspektiver ligger til grunn for våre metodologiske valg, som redegjøres for i det følgende.

2.2 Design

Dybdeintervju. Følger vi fenomenologisk tenkning gir det kvalitative dybdeintervjuet en særegen tilgang til individers grunnleggende opplevelser av livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015). Fordi vi har ønsket få tilgang til gruppedeltakernes opplevelser og meningsproduksjon, valgte vi *personlige semi-strukturerte dybdeintervjuer* som hovedverktøy for å generere det empiriske materialet. Valget er i tråd med fortolkende fenomenologisk analyse, der intervju foretrekkes som metode for å generere data (Smith et al., 2009). Vi finner også støtte i kroppsfenomenologiens forståelse av språket som i en særstilling når det kommer til å reflektere den kroppslige erfaringen (Engelsrud, 2005b). Fordi det vi representerer i språket alltid først er erfart av kroppen, kan vi med dette perspektivet si at språket både kommer fra kroppen og er et essensielt redskap til å forstå erfaringer vi gjør i kroppen (Engelsrud, 2005b). Det vil likevel alltid vil være en del av den levde erfaringen som ikke kan uttrykkes i språket, det er alltid en uforklart rest (Engelsrud & Nordtug, 2016).

Videre kan det tenkes at nettopp bevegelseserfaring representerer et felt av livsverden som det kan være vanskeligere å få nyansert tilgang på gjennom intervju. Det å sette ord på hvordan bevegelse oppleves og å ha et nyansert språk for bevegelseserfaring, vektlegges ifølge Daniel Stern (2010) ikke i postmoderne vestlig kultur. Når våre samtalepartnere er pasienter som på gruppenivå ofte synes å streve mer enn befolkningen ellers med å kjenne og tolke kroppens

signaler og sette ord på kroppslige erfaringer (Skårderud, 2009; Skårderud & Sommerfeldt, 2010), har det vært vesentlig å ta følgende spørsmål på alvor: Hvordan kan vi best kjenne den andres opplevelse av bevegelsesaktivitet? Vi anerkjenner med dette at informantene kunne ha en del erfaringer de ikke nødvendigvis har representert i språket tidligere og som de kanskje heller ikke ville kunne omsette i intervjusituasjonen. Engelsrud (2005b) løfter frem betydningen av forskerens egen levde kropp som tilgang til den andres erfaringer i intervjubasert kunnskap. Perspektivet har inspirert oss til å være oppmerksomme på våre egne opplevelser i møte med informantene, og åpne opp for at våre refleksjoner over opplevelser av intervjuene, kan ses som en del av materialet.

Deltakende observasjon. Muligheten for at et intervju ville kunne begrense tilgangen til den andres levde erfaring av bevegelse, fikk oss videre til å se etter tilnæringer som kunne supplere det intervjubaserte datamaterialet. Deltakende observasjon er en metode hvor forskerens egne sansninger og følelser kan brukes som kilde til kunnskap (Fangen, 2010). Ut fra en tanke om å bedre kunne forstå pasientenes opplevelser ved å oppleve og føle som en av gruppa, valgte vi å gjøre *deltakende observasjon*. Representanter for fortolkende fenomenologisk analyse argumenterer for bruk av deltakende observasjon for å kontekstualisere intervjudataene, ved at forskerne utvikler en bedre forståelse av sammenhengen der opplevelsene skjer (Smith et al., 2009). Valget kan også begrunnes mer generelt, med Kvale og Brinkmann (2015) som fremhever betydningen av at intervjuere tilegner seg kunnskap om forskningstemaet for å bedre kunne følge informanten på måter som bidrar til detaljrikdom og dybde i det empiriske materialet. Deltakelse i gruppene var videre tenkt som en kalibrering av forfatterens forforståelse, ved å gi en likere erfaring. Gjennom dette søkte vi således å bruke våre egne kropper som metoderedskap og kunnskapsgrunnlag (Fangen, 2010). Hittil er de metodiske valg i tråd med fortolkende fenomenologisk analyse.

Tematisk analyse. I analysene tok vi utgangspunkt i fremgangsmåter beskrevet for tematisk analyse av Braun og Clarke (2006). Tematisk analyse er en metode for å utforske og analysere mønstre i data, hvor man gjør en trinnvis analyse av hele eller deler av datasettet (Braun & Clarke, 2006). En fordel med metoden er at den er teoretisk og epistemologisk uavhengig. For oss resonerte dette godt med bricolage-tenkningen. Fordi vi ønsket å inkludere de 12 intervjuene i analysene, valgte vi tematisk analyse, fortolkende fenomenologisk analyse. En anbefalt øvre grense i fortolkende fenomenologiske undersøkelser med våre tidsrammer er seks intervjuer (Smith et al., 2009). Videre foreskrives det å gjøre full analyse av intervjuene

enkeltvis, for deretter å se etter temaer på tvers. Vi avvek fra denne fremgangsmåten, ved å analysere hele det empiriske materialet trinn for trinn. Imidlertid åpner Smith og kollegaer (2009) for at studier med større utvalg kan være fortolkende fenomenologisk analyse. Det avgjørende er om temaene på gruppenivå skisseres med eksempler fra individene. Slik den indre sammenhengen i det enkelte intervju grep oss som meningsfull, ble det viktig for oss å finne en måte å løfte frem det idiografiske i vår representasjon av materialet. Vi valgte derfor å rekonstruere datamaterialet i idealtyper, i tillegg til presentasjon av temaene, illustrert med sitater fra informantene.

2.3 Utvalg

Utvalget i studien besto av 12 personer (11 kvinner og 1 mann) i alderen 18 til 41 år, med behandlingstid i de aktuelle bevegelsesgruppene fra 1 måned til 2 år. Fordi formålet var å utforske de subjektive opplevelsene til en spesifikk pasientgruppe, ble utvalget gjort ut fra et prinsipp om tilgjengelighet. Da analysene ikke søker å skaffe til veie statistisk generaliserbare funn, vurderte vi det ikke som nødvendig å ha et representativt utvalg. Vi valgte å anlegge et transdiagnostisk perspektiv, ved å inkludere personer med forskjellige diagnoser innenfor spiseforstyrrelsesspekteret i utvalget, for å utforske mønstre av opplevelser på tvers av diagnosekategorier. Inklusjonskriteriene var at 1) personen var over 18 år og på et tidspunkt hadde blitt diagnostisert med en spiseforstyrrelseslidelse, 2) personen deltok i ukentlig terapigruppe med fokus på bevegelse, 3) personen gikk i samme tidsrom i samtaleterapi ved samme institusjon, enten individuelt eller i gruppe, og 4) behandler vurderte at personen er egnet for forskningsdeltakelse. Eksklusjonskriterier var at 1) inklusjonskriteriene ikke ble møtt, 2) akutte kriser og/eller andre faktorer som reduserte personens samtykkekompetanse og 3) personens behandler vurderte forskningsdeltakelse som uheldig eller ikke forsvarlig.

2.4 Etske betraktninger

Vi har i prosjektets ulike faser, fra innledende tematisering til endelig rapportering, forholdt oss til og reflektert over etiske problemstillinger. Særlig har dette handlet om å finne gode bevegelser i et spenningsfelt mellom å behandle informantene respektfullt, uten å krenke eller belaste og tilvirke god dybdekunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015). De løpende etiske vurderingene kan knyttes til områdene informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og

forskerens rolle (Kvale & Brinkmann, 2015) og blir her redegjort for i sammenheng med metodiske valg som de har påvirket.

Det ble søkt godkjenning fra Regionale Ethiske komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Prosjektet ble vurdert å ikke falle inn under Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (APPENDIKS 2.7). Derfor ble prosjektet meldt til og godkjent av Personvernombudet for forskning ved Norsk senter for forskningsdata (PVO-NSD) (APPENDIKS 2.8) og Personvernombudet ved det aktuelle helseforetaket (PVO-HF) (tilråding er ikke vedlagt av anonymitetshensyn). Vi har hatt løpende korrespondanse med PVO-HF for å opplyse om endringer og finne godkjente datalagringsmåter, og har sendt endringsmeldinger til begge personvernombud, ved større endringer i prosedyrer for datahåndtering.

2.5 Prosedyre

Vi valgte å rekruttere deltakere utelukkende fra et spesialisert poliklinisk behandlingstilbud for personer med spiseforstyrrelser. Behandlingsstedet tilbyr tre ulike bevegelsesgrupper som pasienter kan velge mellom som del av sitt helhetlige behandlingsopplegg. Gruppene er yogaterapi, dans- og bevegelsesgruppe og ballspillgruppe. Bevegelsesterapeutene har utdanning innen dans- og bevegelsesterapi, klinisk ernæringsfysiologi, kunstpsykoterapi og yogaterapi. Bevegelsesterapien inngår i et helhetlig behandlingsprogram og foregår ukentlig. Timene varer mellom 45 og 90 minutter. For gjennomføringen av studien var det en fordel at alle gruppene foregikk på ett sted, med ett behandlingsteam. Det gjorde det lettere å ivareta deltakerne og å sikre likhet i prosedyrer for rekruttering av deltakere og lagring av data.

Det ble innhentet skriftlig samtykke til deltakende observasjon og intervju, hver for seg. Bevegelsesterapeutene informerte sine pasienter om prosjektet og gjorde første del av rekrutteringen, for å begrense press til å samtykke, samt å synliggjøre at prosjektet var ønsket av institusjonen. Bevegelsesterapeutene tok utgangspunkt i en skriftlig instruksjon (APPENDIKS 2.3) utformet av prosjektmedarbeiderne. Da bevegelsesterapeutene informerte om og delte ut samtykkeskjema til deltakende observasjon (APPENDIKS 2.4), ble det understreket at samtykket var frivillig, og at deltakende observasjon ikke ville skje dersom noen av pasientene ikke ønsket det. Pasienter i gruppene som utelukkende samtykket til deltakende observasjon fikk ikke status som informanter i studien. Ved rekruttering til

intervju delte bevegelsesterapeutene ut informasjonsskriv og to ulike samtykkeskjema (APPENDIKS 2.5 og 2.6). Pasientene ble bedt om å samtykke skriftlig til at forskningsmedarbeiderne kunne ta kontakt per telefon, dersom de var interessert i å delta i prosjektet. Vi tok kontakt og avtalte tidspunkt per telefon med de som samtykket. Alle pasientene i bevegelsesgruppene, totalt 17 fikk forespørsel og 13 samtykket til å delta i intervju. Ut fra et forskningsetisk prinsipp valgte vi å gjennomføre intervju med alle som samtykket. 12 informanter ble intervjuet, mens ett intervju ikke lot seg gjennomføre innenfor studiens tidsrammer. Vi holdt fortløpende dialog med behandlere om forsvarlighet ved å stille til intervju, knyttet til både medisinske og psykologfaglige forhold. Bare de som samtykket til intervju og ble intervjuet, fikk status som informanter i studien. Prosedyrene for rekruttering ble anbefalt av personvernombudet ved helseforetaket.

2.5.1 Deltakende observasjon

Tidspunkt ble valgt i samråd med bevegelsesterapeutene. Deltakende observasjon i den enkelte gruppen ble gjennomført før intervjuer med pasienter fra denne gruppen. Etter planen skulle forfatterne delta en gang hver i de tre bevegelsesgruppene. Dette ble gjort, med unntak av at kun en forfatter deltok i dans- og bevegelsesgruppen. Den andre forfatteren har ved en tidligere anledning deltatt i dans- og bevegelsesgruppe ved et annet behandlingssted, ledet av den aktuelle bevegelsesterapeuten. Således hadde hun noe mer kjennskap til denne praksisen enn en som aldri har deltatt.

Vi ønsket å delta i gruppene på en så fullverdig måte som mulig, uten å hemmeligholde forskerstatusen, og således innta en deltakerrolle kalt *fullt deltakende observatør* (Fangen, 2010). Metodisk begrunner vi valget med at denne deltakerformen muliggjorde å utforske egne opplevelser av å bevege seg i gruppene. Valget kan også begrunnes etisk, da forskeres tilstedeværelse er funnet mer anstrengende for deltakere jo mer observerende og mindre deltakende de opptrer (Fangen, 2010). Fordi vi forstår det å gå i bevegelsesgruppe for personer med spiseforstyrrelser, som en personlig avslørende situasjon, forsøkte vi å opptre særlig varsomt. I informasjonsskrivet ble det gjort eksplisitt at vi ikke ville fokusere på enkeltpersoner i timene og at informasjon om enkeltpersoners handlinger ikke ville være gjenstand for analyse. Det ble videre understreket at vi var interessert i forskerens opplevelser av å delta på gulvet som inngang til å bedre forstå gruppedeltakernes opplevelser. Det kan

likevel tenkes at det virket stressende for gruppedeltakerne at vi var der, at det begrenset dem i deres utfoldelse den timen og at de kan ha tenkt mer over egen opptreden i etterkant.

For å hjelpe oss å rette oppmerksomheten mot visse aspekter ved situasjonene, utformet vi en guide med observasjonsspørsmål (APPENDIKS 2.2). Spørsmålene var åpne, men hadde likevel visse teoretiske fokus (Fangen, 2010), rettet mot handlinger, organisering av aktiviteter, stemning og egne følelser, tanker, fornemmelser og bevegelser. Deltakende forsker ble etter bevegelsestimen intervjuet av medforfatter med en kortere versjon av intervjuguiden som skulle brukes i samtale med informantene. Formålet var å få erfaring med intervjusituasjonen, både som intervjuer og informant, reflektere over opplevelsene i gruppen og kjenne til hverandres opplevelser.

2.5.2 Intervju

Alle intervjuene ble gjennomført i egnede rom på behandlingsstedet og varte fra 60 til 90 minutter. Det ble gjort lydopptak og lydfilene ble lagret i henhold til gjeldende lovverk og retningslinjer. Før intervjuene startet gjennomgikk vi informasjonsskriv og samtykkeskjema med informantene. Det ble lagt særskilt vekt på deres 1) mulighet for å ubegrunnet trekke samtykke når som helst og uten konsekvenser, 2) frihet til å velge hvilke spørsmål de ville besvare og hva de ønsket å si og 3) rett til konfidensialitet, også overfor behandlere.

Informantene ble opplyst om at deres behandler hadde inngått avtale med forskningsprosjektet om å være tilgjengelig for samtaler, om det skulle oppstå behov etter intervjuet.

I intervjuet improviserte intervjuerne over en intervjuguide (APPENDIKS 2.1), som inneholdt åpne spørsmål knyttet til forhåndsdefinerte temaer, med rom for oppfølgingsspørsmål.

Intervjuguiden ble utformet i samråd med veiledere og var informert av anbefalinger for kvalitative intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2015; Smith et al., 2009). Noen forhåndsdefinerte områder for utforskning, var 1) betydningsfulle konkrete opplevelser fra bevegelsesgruppene, der vi spurte etter nyanser av følelser og fornemmelser 2) hvorvidt bevegelsesarbeidet oppleves hjelpsomt og hvordan og 3) hvilken mening bevegelsesgruppa oppleves å ha i den helhetlige behandlingen. Som intervjuere arbeidet vi i en balansegang mellom å la informantene styre, å utforske det "tatt for gitte" og å selv lede inn på visse forhåndsdefinerte temaer (Kvale & Brinkmann, 2015).

Fordi vi i intervjuene åpnet for å snakke om sensitive temaer, var det relevant å vurdere hvorvidt intervjuet kunne bli en ubehagelig opplevelse for informantene. Etter hvert intervju, reflekterte intervjueren, primært i samtale med medforfatter over etiske og metodiske forhold ved intervjusituasjonen. Dette for å utvikle vårt eget håndverk, motvirke negative konsekvenser for informantene og videreutvikle intervjuguiden. Revideringer og justeringer av intervjuguiden ble gjort fortløpende. Intervjuer reflekterte også over sitt inntrykk av interaksjonen med informanten. Smith og medarbeidere (2009) argumenterer for at dette kan være et nyttig grep for å fremme forståelse av konteksten som datamaterialet skapes i. Intervjuer med pasienter fra de tre gruppene ble forsøkt fordelt likt mellom forfatterne, ut fra en anerkjennelse av at intervjuere møter informanter ulikt, og at dette påvirker hvilket datamateriale som skapes. Å øke vår kjennskap til opplevelser på tvers av gruppene så tidlig som mulig, var et annet siktemål med fordelingen.

2.5.3 Dataanalyse

Analysen av de tolv intervjutranskriptene er informert av seks faser for tematisk analyse, som beskrevet av Braun og Clarke (2006): 1) bli kjent med dataene, 2) skape første koder, 3) organisere materialet i temaer, 4) revurdere temaer, 5) definere og sette navn på temaene og 6) skrive ut teksten. I de fire første fasene var prosessen mer induktiv, mens vi i de siste to fasene arbeidet mer deduktivt, ved å knytte temaene til eksisterende teori og empiri. I analysene etterstrebet vi detaljerte beskrivelser av relevante meningsenheter ved hvert intervju for å belyse problemstillingen, framfor å likeverdig reflektere innholdet i hele datasettet. Siden begge forfatterne har dansebakgrunn, søkte vi i hele prosjektet, og særlig i analysene å reflektere over hvordan forforståelsene knyttet til bevegelse kunne virke på valg og fortolkninger i forskningsprosessen.

Fase 1 – Lære dataene å kjenne. Vi transkriberte materialet selv, fordi vi forstår transkriberingen som fortolkende aktivitet og en nøkkelfase i analysen. Intervjuene ble transkribert i sin helhet, ordrett og med beskrivelser av vesentlige nonverbale ytringer og pauser. Vi transkriberte hverandres intervjuer for å få nærmere kjennskap til alt datamateriale tidligst mulig i prosessen. Valget har også grunnlag i en tanke om at det åpner for refleksjon og spørsmål til eget håndverk (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi gjorde en første gjennomlytting og –lesning av hele datamaterialet i fellesskap. Fokus for gjennomgangen var å undersøke transkriptenes nøyaktighet, utbedre dem, og å skrive ned første ideer til koding.

Vi lyttet til et intervju fra hver gruppe etter tur, for å identifisere beskrivelser av opplevelser som kunne danne mønstre på tvers, og noterte ideer til overordnede temaer.

Fase 2 – Skape første koder. Intervjutranskriptene ble kodet systematisk. Vi forsøkte å gi lik oppmerksomhet til hver setning i teksten, for å lete etter interessante aspekter som kunne forstås som uttrykk for repeterte mønstre på tvers av datasettet. Kodene ble i høy grad drevet av det empiriske materialet. Samtidig hadde vi med oss de mer spesifikke spørsmålene knyttet til hvorvidt og under hvilke betingelser bevegelse kan oppleves hjelpsomt, som vi ønsket å samle koder rundt. Vi kodet inklusivt for å bevare sammenhengen som det kodete tekstutdraget opptrådte i (Braun & Clarke, 2006). Dataprogrammet NVivo 11, ble brukt i arbeidet med å kode materialet og samle tekstutdrag under kodene. Forfatterne delte transkriptene mellom seg og kodet individuelt. Deretter la vi frem fortolkningene for hverandre for å diskutere fortolkningenes gyldighet, utvikle en felles enighet og bearbeide kodene. Følger vi Kvale og Brinkmann (2015), bidrar en slik forskervalidering til å styrke analysenes kvalitet.

Fase 3 - Organisere materialet under temaer. På bakgrunn av likheter og forskjeller i kodene, sorterte vi koder i mønstre som en første skissering av temaer. Vi brukte tekstbehandlings-programmet Word for å lage filer med samlinger av tekstutdrag etter tema. I følge Smith og kollegaer (2009) kan en slik organisering av dataene, være hjelpsomt for å utvikle en lokal analyse av temaene. Vi anvendte også det digitale visualiseringsverktøyet RealtimeBoard for å skissere hvordan koder kunne kombineres til overordnede temaer, tegne opp mulige sammenhenger mellom temaer og nivåer av temaer. Resultatet av dette arbeidet var en samling av mulige temaer og undertemaer og tekstutdrag kodet under disse.

Fase 4 og 5 – Nytt blikk på og definere temaene. Som anbefalt av Braun og Clarke (2006), reviderte og spisset vi temaene gjennom to ulike operasjoner. Som et første steg leste vi alle tekstutdrag som var kodet under hvert tema, for å vurdere om de utgjorde et sammenhengende mønster, og om hvert foreslåtte tema rommet materialet som var plassert der. På bakgrunn av dette lagde vi en visualisering av kjernetema, hovedtemaer, undertemaer og mulige relasjoner mellom temaene. Vi etterstrebet Patton (1990) sine kriterier *indre homogenitet* og *ytre heterogenitet* for kategorier i denne prosessen. Det som avgjorde et temas betydning, var den grad vi oppfattet at det bidro til å belyse forskningsspørsmålet, hadde klinisk relevans og ble berørt av flere informanter med detaljerte opplevelsesnære beskrivelser. Vi så særlig etter beskrivelser av opplevelser som framsto personlig signifikant for deltakerne. I neste steg

vurderte vi temaenes gyldighet i lys av det empiriske materialet i sin helhet, og om temakartet i lys av vår problemstilling, representerte datamaterialet på presise måter (Braun & Clarke, 2006). Den visuelle fremstillingen av temaene ble revidert en rekke ganger for å representere det empiriske materialet best mulig. Med en tilfredsstillende tematisk visualisering, arbeidet vi videre med å definere essensen av hvert tema mer presist. Vi søkte også å forstå hvilken rolle hvert tema har i den helhetlige historien om dataene (Braun & Clarke, 2006). Det skal understrekes at de nevnte operasjonene foregikk mindre lineært og mer syklisk og i vekselbevegelse, enn beskrevet her. Mot slutten av analyseprosessen ble fortolkningene drøftet med veilederne.

Vi så flere mulige mønstre i det empiriske materialet som ikke presenteres i denne studien. Informantene berørte i varierende grad temaer som: betydning av mestring, humor, forholdet til terapeuten, kombinasjonen med samtaleterapi, betydningen av språk, gruppeprosesser og sammenhengen med tidligere bevegelseserfaring. Videre undersøkelser av slike temaer vil kunne belyse forhold av klinisk relevans.

Fase 6. Skrive manus. Vi valgte å utforme resultatene i to ulike uttrykk, som har til hensikt å utfylle og berike hverandre: som 1) leksikalsk presentasjon av temaene, i tråd med tematisk analyse og fortolkende fenomenologisk analyse og 2) narrativ framstilling av det empiriske materialet ved hjelp av idealtyper.

Med den leksikalske presentasjonen har hensikten vært å gi leser et systematisk innblikk i temaer som belyser forskningsspørsmålene. Temaene er beskrevet enkeltvis, illustrert med sitater fra informantene. Formålet har vært å vise nyanser og kompleksitet i opplevelser av temaene. Det første og mest opplevelsesnære hovedtemaet «det som beveger seg» inneholder ulike opplevelseskategorier, organisert i mulige motsetningspar. Kjernetemaet «hjelpsomme rom» rammer inn de neste hovedtemaene. Disse er forbundet med kjernetemaet på ulike måter, og de rommer beskrivelser av motsetninger. For eksempel favner temaet «støtte» både opplevelsene «nok støtte» og «ikke nok støtte». Flere av hovedtemaene har undertemaer, som er ulike betydningsfulle aspekter ved temaene (under hovedtemaet «støtte», er undertemaene «stillas» og «sikkerhetsnett»), og noen av undertemaene rommer mer opplevelsesnære kategorier (under «stillas» er for eksempel kategoriene «oppmuntring», «tilpasning»). Sammenhengene mellom temaene forstås som sammenvevde og til en viss grad hierarkiske, og visualiseres i resultatdelen med en forenklet illustrasjon. Fremstillingen av temaene er organisert med sikte på å belyse forskningsspørsmålene i den rekkefølge vi har stilt dem: Hva

som oppleves, om det kjennes til hjelp og forståelser av hva som gjør at det blir til hjelp eller ikke.

Rekonstruksjon av materialet i idealtyper. Samtidig som vi oppfattet at informantene hadde snakket om felles temaer, var det tydelig for oss at hvert intervju hadde en klar idiosynkratisk stemme og logisk sammenhengende struktur. Kodingen og kategoriseringen av det empiriske materialet som ble gjort først i analysene, innebærer dekonstruksjon av det enkelte intervju. Å representere materialet utelukkende i de konstruerte temaene, fremsto ikke tilstrekkelig for å synliggjøre det kontekstuelle og idiografisk sammenhengende ved det empiriske materialet. For å imøtekomme dette, benyttet vi rekonstruksjon i idealtypiske historier. Rekonstruksjon i idealtyper er en metode for å bevare kompleksitet og nyanser når man reduserer data. Metoden innebærer å utvikle et minste antall historier som med god indre konsistens, bevarer relevante erfaringer fra materialet (Sannem & Gulliksen, 2002).

I arbeidet med idealtypene visualiserte vi først hver informants måte å berøre de sentrale temaene, for å se etter mønstre som kunne skissere mulige idealtyper. Deretter sorterte vi tekstutdrag som var knyttet til hvert tema i ulike mulige narrativer. Målet var å optimalt dekke sentrale temaer og erfaringer slik de empirisk hadde fremkommet med det minste antall fortellinger, med god indre konsistens. Med utgangspunkt i tekstutdragene knyttet til hver idealtipe, skrev vi fire fortattede historier i jeg-form strukturert rundt temaene om hvordan det kan oppleves å gå i bevegelsesterapi. Til hver idealtipe har vi utviklet en illustrasjon basert på temaet «det som beveger seg». Idealtypenes personlighet, preferanser, problematikk, sykdomshistorie og fremtreden i intervjusituasjonen er skapte forestillinger basert på forfatterens inntrykk fra intervju, deltakende observasjon og kreative fargelegging for å sikre informantenes anonymitet. Gjennomgående sjekket vi idealtypene opp mot det empiriske materialet, slik at de endelige fire typene fremsto representative for helheten i materialet (Sannem & Gulliksen, 2002). Idealtypene ble utviklet gjennom en inngående diskusjon om indre sammenheng og troverdighet mellom forfatterne og veilederne.

Oppbyggingen av resultatdelen baserer seg på en tanke om at en systematisk og inngående fremstilling av temaene kan danne begrepsmessig grunnlag for lesning av idealtypene, og at idealtypene i sin tur knytter temaene sammen på fire ulike måter, for å kontekstualisere og vise frem de lange linjene i materialet. Fremstillingsmåten er valgt for å forhindre fragmentering og bevare kompleksitet, med håp om å øke leserens mulighet til å sette seg inn i og forstå resultatene.

Bearbeiding av materialet fra deltakende observasjon

De fem refleksjonsintervjuene med forfatterne etter deltakende observasjon ble transkribert. Etter analysene vendte vi tilbake til de transkriberte refleksjonene fra deltakende observasjon, og så etter likheter og forskjeller mellom informantenes og forfatternes beskrivelser av opplevelser i gruppene. Funn fra denne sammenligningen presenteres avslutningsvis i resultatdelen.

3 Resultater

3.1 Det som beveger seg

Informantenes beskrivelser fra deltakelse i bevegelsestimene skildrer et stort spenn av tanker, følelser og fornemmelser. Opplevelsene deres fremstår dynamiske, mangefasettert og sammensatte. Flere av informantene kommer raskt og spontant inn på øyeblikksnære og nyanserte beskrivelser av sine opplevelser i timene. Andre uttrykker at de synes det er utfordrende å fortelle om opplevelsene med bevegelsesterapi, og forklarer dette blant annet med at de ikke er vant til å tenke og snakke om det som skjer i timene. Deres komplekse erfaringer med deltakelse i bevegelsesgruppa blir tydeligere for oss lenger ut i intervjuet, når de har fått tid til å dvele ved, utforske og sette ord på opplevelsene sine.

For å demonstrere bredden i erfaringene de formidler, har vi valgt å organisere informantenes beskrivelser i ulike opplevelseskategorier, presentert som kategoriske spenn. Et eksempel på et slikt spenn, er opplevelseskategorien «Hemmet – fri». Her er kategorien «Hemmet» utledet av sitater fra informantene som: «Med en gang det blir fritt (aktivitetene), så er det veldig vanskelig. Jeg vet på en måte ikke hva jeg skal gjøre. Så ja, da blir jeg låst med en gang», eller: «Ingen av oss tør å gjøre store bevegelser». Tilsvarende viser kategorien «Fri», til kontrasten av «Hemmet», og baseres på beskrivelser som «jeg kan strekke armene uten å tenke over det» og «Da var jeg løssluppen og gjorde akkurat som jeg ville (...) Det var veldig godt». Opplevelseskategoriene er visuelt fremstilt i figuren under (figur 1, «Det som beveger seg»).



Figur 1. Det som beveger seg, Odden & Walle, 8. oktober 2018.

Opplevelseskategoriene viser at der er et mangfold av følelser og fornemmelser som beveger seg i informantene. Det presiseres at kategoriene representerer eksempler på hva informantene har fortalt at de kommer i kontakt med i timene. Svært få av informantene uttrykker at de kjenner på *alle* opplevelseskategoriene i bevegelsestimene. Alle beskriver imidlertid at de har både positive og negative øyeblikk i timene. Videre synes det å være et gjennomgående trekk at de fleste beskriver opplevelser knyttet til ulike former for selvsikkerhet. En forteller:

«Hvis jeg initierer noe da, og det ikke speiles i de andre. At jeg på en måte ikke får noe respons, så blir jeg veldig usikker på meg selv. Veldig usikker på meg selv. Da blir det sånn, «okei, hva tenker de om meg nå, er jeg teit nå, gjør jeg noe galt, er det noe jeg burde gjort annerledes, syns de jeg er dum?»»

Hvilke tilstander informantene kjenner mer eller mindre på varierer fra person til person, så vel som intensiteten i de ulike opplevelsene. Flere sitater som eksemplifiserer hver av opplevelseskategoriene, finner leseren i APPENDIKS 1.1.

3.2 Hjelpsomme rom

Kjernetemaet, «Hjelpsomme rom», har utgangspunkt i hvilken mening informantene tilskriver det som beveger seg i dem i timene og hvilken funksjon bevegelsesterapien har for dem. Hos noen blir opplevelsene, også de negative, en del av noe som kjennes hjelpsomt. For andre blir opplevelsene noe som ikke kjennes til hjelp. Et flertall av informantene berører dette spørsmålet spontant og relativt tidlig i intervjuene. Dersom de ikke omtaler dette på eget initiativ, spør vi direkte om bevegelsesterapien har vært til hjelp eller ikke.

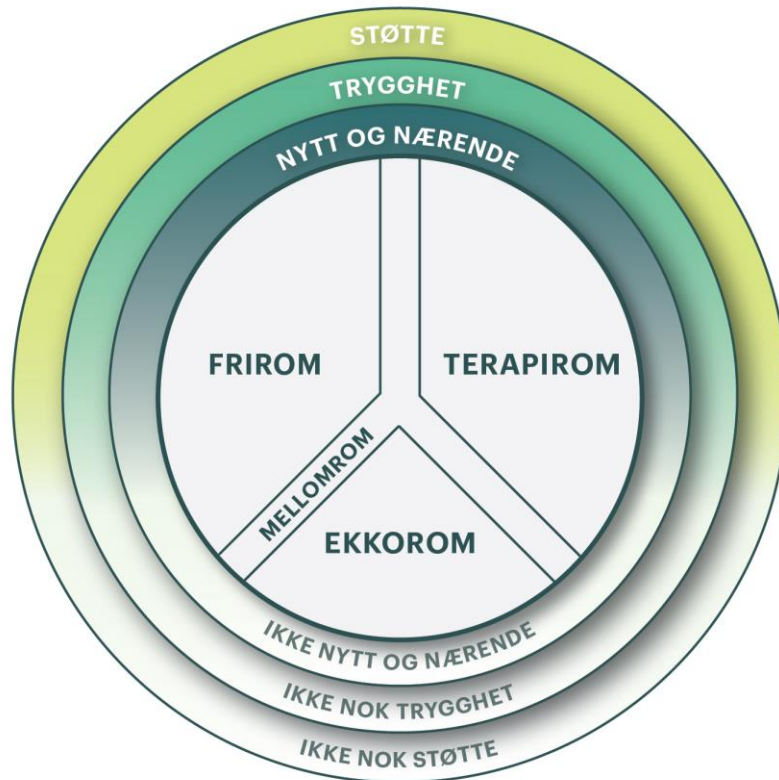
3.2.1 Rom i bevegelsesterapi

Vi finner et mønster på tvers av informantenes beretninger om det de opplever i bevegelsesterapien. For å beskrive dette mønsteret, vil vi anvende en romlig metafor. Informantene synes å bevege seg inn og ut av ulike Hjelpsomme rom.

Bevege seg i ulike rom

I det følgende presenteres kjernetemaet Hjelpsomme rom, med undertemaer. Figur 2 viser en modell som illustrerer Hjelpsomme rom, bestående av «Frirom», «Terapirom», «Mellomrom» og «Ekkorom», og hvordan de øvrige temaene kretser rundt dette kjernetemaet. Modellen

beskriver også disposisjonen for del 2 av resultatene: leseren vil først presenteres for kjernefunnet, før vi beveger oss utover til å beskrive de omkransende temaene, lag for lag.



Figur 2. Hjelpsomme rom, Odden & Walle, 30. september 2018.

Slik vi forstår informantene, oppfattes de hjelpsomme rommene å være tilgjengelig i alle bevegelsesgruppene, men det ene rommet er gjerne lettere å tre inn i enn det andre, i den enkelte gruppen. Rommenes «utforming» synes å være en sum av hva aktivitetene i bevegelsesterapien legger til rette for og det informantene opplever å ha behov for. Det kan se ut til at deltakerne i stor grad oppsøker det rommet de trenger i gruppen, dels uavhengig av hva aktivitetene i gruppen vektlegger. Vi kan si at noen informanter oppholder seg mer i det ene hjelpsomme rommet enn det andre, mens andre informanter veksler mellom hvilket av disse de oppholder seg, og atter andre beveger seg på utsiden av de hjelpsomme rommene.

I de hjelpsomme rommene, opplever informantene at de får tilgang på noe de trenger. Vi finner at det er to slike hjelpsomme rom, som vi kaller «Frirom» og «Terapirom». Disse rommene synes å fungere som et rammeverk for hvilke typer personlig signifikante erfaringer informantene gjør seg, og hvordan de utfolder seg i bevegelsesterapien. Dersom informantene ikke beveger seg innenfor de nevnte rommene, oppfatter vi at de oppholder seg i et «ikke

hjelpsomt rom». Vi kaller dette et «Ekkorom». Dersom de står på terskelen til et hjelpsomt rom, kan vi si at de beveger seg i et «Mellomrom». I det følgende vil vi presentere rommene slik vi fortolker dem.

Frirom

Når bevegelsesgruppen er et Frirom, er det lett, godt og engasjerende å være der. Informantene kjenner en tilstedeværelse som er rettet utover mot de andre i gruppen og aktiviteten, når de beveger seg i Frirommet. Her handler signifikante erfaringer i bevegelsesterapien om å få hjelp til å rette fokus bort fra det vonde og mot å utforske glede, lekenhet og vitalitet. Nye og nærende erfaringer blir tilgjengelig gjennom å oppsøke gode opplevelser. Slikt kjennes verdifullt når livet er tungt:

« (...) Noen ganger er det en veldig god hjelp å få hjelp til å rett og slett bare gå litt ut av alt som er vanskelig. Det er så ofte man kommer til (samtale)timer hvor man skal inn i det vanskelige og analysere det og kjenne på det. Men med bevegelsesgruppa, så er på en måte hensikten at man skal prøve å ha det bra, da, og trene på det. Og jeg tenkte før at «det er jo veldig rart, det kan man jo klare selv». Men hvis man er i en periode hvor man har mye angst eller at det bare er tungt, da, mye stress, da er det egentlig ganske godt å få litt hjelp til å slippe seg litt løs»

Terapirom

Det kjennes krevende, men meningsfullt å være i timen, når bevegelsesgruppen er et Terapirom. Når informantene beveger seg i et slikt rom, rettes fokus innover, på tilstedeværelse i seg selv og det en fornemmer. Personlig signifikante erfaringer skjer gjennom å få hjelp til å konfrontere og arbeide med noe av det vanskelige de strever med. Dette kjennes verdifullt når en stadig overveldes, eller når vante strategier med unngåelse blir for destruktivt og slitsomt. Informantene opplever at det de gjør i timene skaper bevegelser inni dem, og at de får tid til å kjenne etter, utforske og øve på nye måter å håndtere det som aktiveres:

«Jeg tenker at (bevegelsesterapien) er litt sånn katalysator (...) den frembringer i hvert fall en del følelser og ting som ligger i underbevisstheten, eller som jeg ikke har helt kontakt med, da, som jeg gjerne skyver veldig bort. Der er det endelig noe som man kan virkelig sette seg ned i og bare virkelig kjenne på. (...) Og så må du faktisk håndtere følelsene. Du må sitte i båten.»

Mellomrom og Ekkorom

Når bevegelsesgruppen er et Mellomrom, er tilværelsen usikker. Det kjennes som at bevegelsen *kan* bli hjelpsom og nærme seg et Frirom eller Terapirom, men tvilen rår. Det kan raskt brikke over i at bevegelsesgruppen ikke kjennes til hjelp, og blir et Ekkorom. I Ekkorommet kjennes det vondt og meningsløst å være. Å bevege seg i Ekkorommet oppleves som en repetisjon av vante mønstre, om ikke en forsterkning, og det er fravær av nye og nærende erfaringer. En informant beskriver hvordan deltakelse i timen blir tvangspregget, noe å "holde ut" når hen ikke har spist nok og er sliten. Dette står i kontrast til det hen uttrykker ville være hjelpsomt for hen, som er å finne glede ved aktivitet. Deltakelsen i bevegelsesgruppen oppleves derimot som forsterkende av det som er vanskelig:

«Det å finne glede i aktiviteten, det mister jeg litt på en måte. Det blir mer sånn "jeg har forpliktet meg til å delta, så da deltar jeg" (...) og så er det liksom det med aktivitet, at man blir veldig delt med spiseforstyrrelsen og, at jeg vet at jeg burde bevege meg, men jeg orker kanskje ikke, og så blir det mere tvang da.... (...) Så sånn som i dag, ble det mer noe jeg måtte. Jeg blir litt sånn fortvila (...) Det er jo veldig overveldende å tenke på at man skal gjennom det, på en måte ukentlig da.»

3.2.2 Nytt og nærende i bevegelsesterapi

Informantene som beveger seg i hjelpsomme rom, Frirom og Terapirom, gir uttrykk for at de kan jobbe med, eller få tilgang på noe i bevegelsesgruppen som kjennes meningsfullt i prosessen med å bli bedre fra spiseforstyrrelsen. Vi har identifisert tre kategorier av personlig signifikante erfaringer fra bevegelsestimene som kjennes nye og nærende for informantene. Som belyst med sitatene under, finner vi at kategoriene trer frem på forskjellige måter i de ulike rommene.

1. Ny bevegelsesmening

Mange av informantene forteller at de har eller har hatt et tvangsmessig og tidvis grenseløst forhold til trening, mens andre uttrykker at de over lengre perioder har beveget seg svært lite. De fleste informantene gir uttrykk for at de ønsker å erfare nye og alternative måter å bevege seg på, som skiller seg fra bevegelse drevet av spiseforstyrrelsen. Vi finner beskrivelser av opplevelser med å bevege seg på meningsfulle og gode måter, som alternativ til vanemessig mening ved bevegelse. Ny bevegelsesmening kan innebære å erfare bevegelse som måte å slippe, framfor å holde, følelsesfylt bevegelse, framfor følelsesfordrivende bevegelse eller egenkjærlig bevegelse framfor selvstraffende bevegelse.

Ny bevegelsesmening i Frirommet kan handle om å oppleve bevegelse som gøy og drevet av lyst. Det kan innebære å øve på at bevegelse kan skje med lav intensitet, uten konkurranse- og prestasjonsfokus. En forteller at dette motiverer hen til å ta vare på kroppen sin:

«Jeg har alltid vært veldig glad i ballspill. Så det er på en måte veldig deilig å kunne prøve det igjen uten at det er noe man må prestere i(...) At man kanskje kan kjenne på det at man kan være i aktivitet, uten at man må slite seg ut, og uten at det trenger å bli for mye. (...) At man kan gjøre det fordi det er gøy, at man kjenner på at det er noe man har lyst til, og ikke noe man må, da. (...) Jeg føler hvert fall at (bevegelsesgruppen) motiverer litt mer til å få en friskere kropp.»

I Terapirommet, kan ny bevegelsesmening handle om å øve på bevisst regulering av aktivitet. En forteller at bevegelsesterapien gir hen tilgang på en ny forståelse av bevegelse, som hen langsomt integrerer som sin egen:

«Det er vanskelig å komme helt forbi trening som kjennes som tvang (...) Men så er det som om bevegelsesterapien her, er som et motsvar, som en bevegelsesform som har et helt annet formål, på en måte. (...) Noen ganger får vi for eksempel utfordringa å prøve å gjøre den letteste øvelsen, i stedet for å gjøre den tyngste. Så det er liksom et arbeid mot en mer sånn type bevegelsesform i livet mitt.»

I Ekkorommet uttrykker informanter at de ikke får meningsfulle alternative opplevelser av bevegelse i bevegelsesterapien. For en informant oppleves ikke bevegelsesgruppen å fungere som en meningsfull erstatning for trening, slik hen ble forespeilet at det var tenkt å være:

«Et av mine problemer er at jeg trener så mye at jeg trener på meg betennelser i kroppen, men likevel klarer jeg ikke å slutte. Her, så var grunntanken, i hvert fall min og sånn jeg følte at det ble presentert, at dette kunne være et alternativ til trening. Men det har vist seg at det er ikke det.(...) Jeg ser ikke på det som tilstrekkelig fysisk aktivitet, til at det skal erstatte noe som helst form for trening. Det legger seg bare oppå, og blir et stressmoment i tillegg.»

Det å bevege seg mer løssluppet, beskrives som personlig signifikant av flere informanter, men ikke alle opplever å få erfare dette. En sier:

«En liten utvikling ville være at jeg faktisk beveger meg, litt fritt. Det gjør jeg jo ikke. Og jeg har gått her (...) en god stund.»

2. Ny kroppserfaring

Informantene uttrykker at det kjennes meningsfullt å oppleve kroppen på en annerledes måte enn primært spiseforstyrret. Nye kroppserfaringer kan innebære «å huske kroppen» gjennom økt kontakt med kroppen, for eksempel sansninger og pust, men det kan også innebære «å glemme kroppen» ved å kjenne at kroppsfokuset forsvinner.

I Frirommet, kan ny kroppserfaring innebære å få en pause fra sitt vante forhold til kroppen, eller å oppdage hva kroppen kan. Informanter forteller at det kjennes verdifullt å kunne “glemme” kroppen som objekt, og heller hengi seg til aktiviteten. To uttrykker seg slik:

«Jeg liker ikke kroppen min, så jeg vil ikke at andre skal komme borti den. (Men) når jeg er skikkelig inne i spillet, da glemmer jeg det, at jeg ikke må ha sånn stor avstand mellom meg og mennesker.»

«At det ikke bare handler om mat, og hvordan man ser ut og liksom vekt, da, men at det blir mer hva den (kroppen) kan gjøre, og at det kan bli noe positivt.»

I Terapirommet, kan ny kroppserfaring handle om økt kontakt med følelser og fornemmelser i kroppen, selvmedfølelse for kroppen, eller ro i en ellers urolig kropp. En forteller at det kjennes viktig, men utfordrende å kjenne og komme i kontakt med kroppen:

«Jeg lærer å kjenne kroppen min, som er veldig bra, men som også er veldig ubehagelig (...) Noen ganger så må man jo vri seg, slik at man kjenner kroppen sin mye mer da. (...) Ofte så unngår jeg å kjenne på sånne kroppslige greier.»

En annen uttrykker at kontakten med kroppen gjør det mulig å bevege seg mot økt selvomsorg, i kontrast til spiseforstyrret bruk av kroppen:

«Det er veldig mye fokus på liksom å være kjærlig mot kroppen sin og passe på den (i bevegelsesgruppen). Så jeg merka i starten, at jeg faktisk begynte å synes synd på kroppen min, fordi jeg bare «herregud, hva er det jeg gjør med den?». Det var liksom så fjernt, eller jeg var så langt unna den. Så det å komme i kontakt med den tror jeg, har hjulpet veldig mye.»

Informanter i Ekkorommet kan oppleve at den strevsomme måten de forholder seg til kroppen sin på, tydeliggjøres og forsterkes i gruppa. Det blir ikke en ny kroppserfaring:

«Det sammenligningstankekjøret er vel kanskje noe av det som er vanskeligst, ved å være der. Fordi det blir så tydelig, hva man ikke får til og hva andre får til. (...) Og så kan jeg fort tenke (...) at jeg ikke får ting til, fordi jeg synes jeg er tjukk eller større enn andre (...) Og så begynner jeg å tenke på hva andre tenker om at jeg ikke får ting til.»

3. Utforske sider ved seg selv

Flere av informantene forteller at de får tilgang på å arbeide med flere psykologiske temaer og egenskaper ved seg selv, når de beveger seg i bevegelsesgruppen. Viktige temaer de forteller om spenner fra tillit, grensesetting, egenkjærlighet, håndtering av følelser og toleranse for uforutsigbarhet, til utforsking av egenskaper som kreativitet, lekenhet og spontanitet.

I Frirommet, kan det å utforske sider ved seg selv innebære at informantene gjenoppdager sider som har vært lite tilgjengelig når psykisk lidelse er fremtredende. For en av informantene som er i et Frirom, fremstår det viktig å få kontakt med glede, utover det å glemme kroppsfokuset: *«Det er godt å kjenne at det er lov å være litt glad og ha det gøy.»* Flere forteller at det er meningsfullt å øve på å utforske en mer leken og spontan væremåte: *«I bevegelsesgruppa er jeg mer positiv (ler litt). Altså, det er jo ren lek. Jeg kan ikke huske å ha lekt siden jeg var barn.»*

Å utforske sider ved seg selv i Terapirommet, kan handle om å jobbe med det informantene opplever som underliggende temaer. Flere nevner temaer som selvforakt og selvomsorg, kontrollbehov og følelsesregulering. Flere gir uttrykk for at det kjennes viktig å arbeide med tillit til seg selv og andre. Det virker å være betydningsfullt for flere av informantene at dette skjer gjennom å være kropp i bevegelse, og ikke i dialog. En informant forteller om hvordan hen nonverbalt utforsker og erfarer tillit sammen med terapeuten i en bevegelsestid:

«(...) for meg, så er det noe veldig dypt i denne situasjonen (skjelver i stemmen) med akkurat det, at (terapeuten) holder fast i meg, og jeg prøver å stole på hen. Og det som er så vanskelig for meg, (beveget i stemmen) er den berøringa, (hikster) men det er også så fint. Det kjennes som jeg trenger det så mye. At, jeg kan stole på at et annet menneske kan holde meg, og så kan jeg jobbe med noe som er så vanskelig i meg, uten at jeg sier det med ord, men det er liksom med kroppen, sammen med noen andre. Det kjennes kanskje som at den største tilliten er gjennom kroppen.»

I Ekkorommet er det manglende utforsking av sider ved seg selv. Noen av informantene gir uttrykk for at de kjenner behov for, men får ikke arbeidet med det som kjennes vanskeligst. En forteller:

«Sånn som bevegelsesgruppa, så er det ikke fokus på-, eller jeg opplever ikke, at jeg jobber med det underliggende, da. (...) Av og til kunne jeg kanskje følt på et større behov for å jobbe mer med det, (...) - det relasjonelle, at jeg har blitt usikker på meg selv, og sliter mye med angst. Så det er vel egentlig det å lære meg å stole på andre og tro på meg selv.»

3.2.3 Veier til hjelpsomme rom i bevegelsesterapi

Beskrivelsene av de hjelpsomme rommene, samt de nye og nærende erfaringene som informantene gjør seg, vitner om at det som beveger seg i terapigruppen, kjennes meningsfullt for flere av informantene. Utover dette, inneholder informantenes beretninger også en rekke skildringer av aspekter som synes å påvirke deres mulighet til å bruke rommene på hjelpsomme måter. Hva som er av betydning for dette, tydeliggjøres også i beskrivelser av fraværet av gode opplevelser i bevegelsesterapi. I det følgende vil vi presentere temaene «Trygghet» og «Støtte», som sammenfatter slike viktige aspekter.

«Det handler om trygghet til å bevege kroppen»

Temaet “Trygghet” fremgår som viktig for informantene, ettersom alle berørte dette temaet spontant. Basert på det empiriske materialet, definerer vi her at «trygghet» innebærer en opplevelse av at man kan være tilstede med hele seg, at man kan være sårbar og tørre å prøve og feile uten at det oppleves farlig. Tilsvarende kan «utrygghet» defineres som en opplevd fare for å bli sanksjonert mot, i form av for eksempel avvisning eller utestenging, dersom man trer frem med seg selv som man er, viser seg sårbar eller om man gjør noe feil. Informantenes utsagn om trygghet knyttes an til informantene selv, terapeuten, de andre i gruppen og aktivitetene de gjør i timene. Under presenteres utvalgte beskrivelser av hvordan det kjennes når det er trygt nok eller for utrygt i bevegelsesgruppen, samt hva mer eller mindre opplevelse av trygghet fører til.

Trygt nok. For noen av informantene bidrar det at det kjennes trygt til at informantene tør å kjenne etter, slippe til og uttrykke følelsene som dukker opp i dem. En informant, som beveger seg i Terapirommet, beskriver opplevelsen av trygghet slik:

«Jeg tror ikke jeg hadde klart å åpne meg så mye i et vanlig treningscenter... Mens (...) her er det er lov og det er velkomment å, bryte sammen (...).Og det er det som er deilig (...) Her er det lov å trekke seg unna eller ligge, og være – være seg selv. (...) Det er veldig trygt. Det er veldig godt å være der.»

I Frirommet, fører trygghet til at informantene kjenner seg avslappet og ledig. De beveger seg lettere, mer og større, med mindre selvsensur og tanker om de andres tanker:

«I de første gruppene så turte jeg kanskje ikke gjøre noe spontant. (...) Du er redd for at andre skal synes du er teit, eller at ingen skal like den aktiviteten du foreslår, da. Sånn at man blir avvist, på en måte. (...) Mens nå kan jeg gjøre det.»

«Jeg ler litt mer og koser meg (...) da føler jeg meg kanskje litt tryggere og at jeg kan strekke armene uten å tenke over det, på en måte.»

For utrygt. Felles for de som ikke opplever at bevegelsesterapien er til hjelp, og beveger seg i Ekkorommet, er at de kjenner seg utrygge i gruppen og at usikkerhet blir en dominerende opplevelse. Når de føler seg utrygge, er det ubehagelig å delta. De kjenner seg hemmet og anspent. Det er vanskeligere å bevege seg, de beveger seg mindre og mer forsiktig, og de opplever mer selvsensur og tanker om de andres tanker:

Med en gang det blir fritt, som det skal være i den gruppa, så er det veldig vanskelig. Jeg vet på en måte ikke hva jeg skal gjøre. For det er andre der som kan vurdere og dømme. (...) Så da blir jeg låst med en gang. (...) Jeg blir ukomfortabel, og jeg er ikke så veldig frempå til vanlig, men jeg blir ekstra tilbaketrukket der.

Trygghet som nøkkel til hjelpsomme rom

En viss grad av trygghet fremgår som en forutsetning for at bevegelsesgruppen oppleves hjelpsom. Når informantene kjenner seg trygge nok, kan de delta på måter som blir gode for dem, og de kan begi seg inn i utforskning av det de kjenner er personlig signifikant. Tilsvarende vil mangel på trygghet bidra til at det blir vanskelig å delta på en god måte, og det blir vanskelig å gi opplevelsene fra bevegelsesgruppen en hensiktsmessig mening. Vi finner beskrivelser av at trygghetsfølelse utvikles gradvis over tid, men også at trygghetsopplevelse varierer med andre forhold enn tid. Sammenfattet, kan vi kalle disse andre forholdene for «støtte».

Støtte

Det brede temaet «støtte», omfatter informantenes beskrivelser av forhold som hjelper dem til å bli trygge nok til at de tør å utforske og oppsøke nærende erfaringer med noe som kjennes betydningsfullt for dem. Informantene forteller om, og vektlegger mange ulike former støtte. Det synes som at gjentatte erfaringer med å oppleve å få støtte, over tid bidrar til at bevegelsesgruppen kan bli et hjelpsomt rom å bevege seg i. Vi har delt «støtte» i undertemaene «stillas» og «sikkerhetsnett», som rommer beskrivelser av støtte med to ulike funksjoner.

Støtte: Stillas

«Stillasstøtte» har til hensikt å gi deltakerne et forsiktig dytt i retning mot å bevege seg ut i noe nytt, og inn i et nærende og hjelpsomt rom. Stillaset synes å være særlig viktig når informantene skal bevege seg sammen med andre. Vi benevner ulike aspekter ved stillasstøtten som «Tydelighet», «Tilpasning», «Oppmuntring», og «Anerkjennelse og aksept». I det følgende belyses disse aspektene ved stillasstøtten med utvalgte sitater, markert med understreking hvor de ulike omtales. Deretter gir vi en punktvis beskrivelse av stillasets fire aspekter. En bredere dekning av temaet finner leseren i APPENDIKS 1.2.

En informant uttrykker at det kjennes godt å oppleve anerkjennelse og aksept fra terapeutene. Terapeutene oppmuntrer informanten til å tilpasse deltakelse i timen etter behov:

«Terapeutene er veldig oppmerksomme og forståelsesfulle.(...) Det bare sånn, «ta det med ro, gjør sånn som du føler for. Hvis du ikke orker, kan du bare sitte og se på.» (...) Så det er ikke noe sånn press der. Jeg synes det er veldig greit, det å ikke måtte være annerledes enn det man er.»

Flere beskriver at terapeuten ser, anerkjenner og aksepterer reaksjonene som oppstår i timen. Terapeuten oppmuntrer deltakerne ved å gi tilpassede fokus. Dette bidrar til å tydeliggjøre at den enkeltes reaksjon tas imot som arbeidsmateriale i terapien. En sier:

«Jeg tipper hen ser på oss når hodet begynner å spinne. Så av og til sier hen at: prøv å huske å tenke på deg sjøl og hva du får til, og ikke sammenligne deg»

Noen informanter opplever at stillasstøtten er for lite tilstede, eller at støtten blir feil. En informant beskriver at det kjennes utydelig hva som forventes av deltakelse i timene. Informanten opplever at sin måte å delta på ikke blir møtt med anerkjennelse og uforbeholden aksept. Det kjennes som at det er lite muligheter for tilpasning, selv om det er uttrykt at alt er lov i gruppen. Hen forteller at oppmuntringen til deltakelse derfor ikke kjennes støttende:

«Jeg har hatt et par episoder (..) hvor jeg enten har spist lite eller vært i dårlig humør (...), hvor jeg ikke har hatt lyst til å være med. De sier ingenting er feil å gjøre, men samtidig så er det feil å sette seg ned, ikke sant. (...) De prøver å trekke deg ut, ved flere anledninger, og tar sånn sett ikke et nei for et nei. Hadde det vært greit å gjøre absolutt hva man ville, så hadde hen spurt "skal du være med?" og så hadde jeg sagt "nei, det orker jeg ikke nå" og så hadde de latt det gå.»

Opplevelsesbeskrivelsene av stillasstøtte kan sammenfattes i følgende kategorier:

- 1) **Tydighet.** Med tydelighet, menes det å få hjelp til å forstå hva deltakerne gjør i gruppen, hva som er forventet av den enkelte, og hvordan det de gjør i timen kan være til nytte for dem. Når dette er tydelig, beskrives det å være lettere for informantene å hengi seg til aktivitetene. Terapeutens verbale og nonverbale formidling, samt rammer for aktivitetene og de fysiske fasilitetene, synes å bidra til tydelighet.
- 2) **Tilpasning** handler om at den enkelte tilbys mulighet til å delta uansett forutsetning, hva gjelder forkunnskaper, dagsform, symptomtrykk og behov. Videre handler tilpasning om at gruppen oppleves skreddersydd for dem som pasientgruppe, ved at det blir tatt hensyn til de forhold som det forventes at kan oppleves særlig vanskelig. Det er i hovedsak terapeuten som legger til rette for tilpasningsmuligheter.
- 3) **Oppmuntring.** For et flertall av informantene, er det betydningsfullt å kjenne seg personlig invitert til å utforske noe nytt, og å kjenne at det formidles håp om at de kan klare utfordringene. Terapeutens verbale oppmuntringer underveis, og autentiske deltakelse i timen virker å være viktig. Andre i gruppen bidrar også til oppmuntring.
- 4) **Anerkjennelse og aksept.** Med anerkjennelse og aksept, menes at ytre og indre bevegelser tas imot som noe betydningsfullt for bevegelsesterapien, og at det derigjennom synliggjøres at det er ”rom for meg som jeg er”. Å kjenne seg forstått av terapeuten og andre, uten å måtte snakke, trekkes frem som godt og viktig av flere.

Støtte: Sikkerhetsnett

Det andre aspektet av støtten, «sikkerhetsnettet» har til hensikt å ta imot, og føre informantene tilbake i et hjelpsomt rom, dersom de beveger seg utenfor det de føler at de kan takle selv, og hvis spiseforstyrrelsessymptomer blir for fremtredende i timene. Sikkerhetsnettet innebærer at det foreligger en klar plan for hvordan deltakerne blir ivaretatt når slikt skjer, og at de vil få hjelp til å regulere seg. En forteller om å kjenne seg ivaretatt ved at terapeuten gir hen relevante strategier for å regulere seg gjennom kroppen. Slik blir opplevelsen av å komme i kontakt med noe overveldende mer overkommelig:

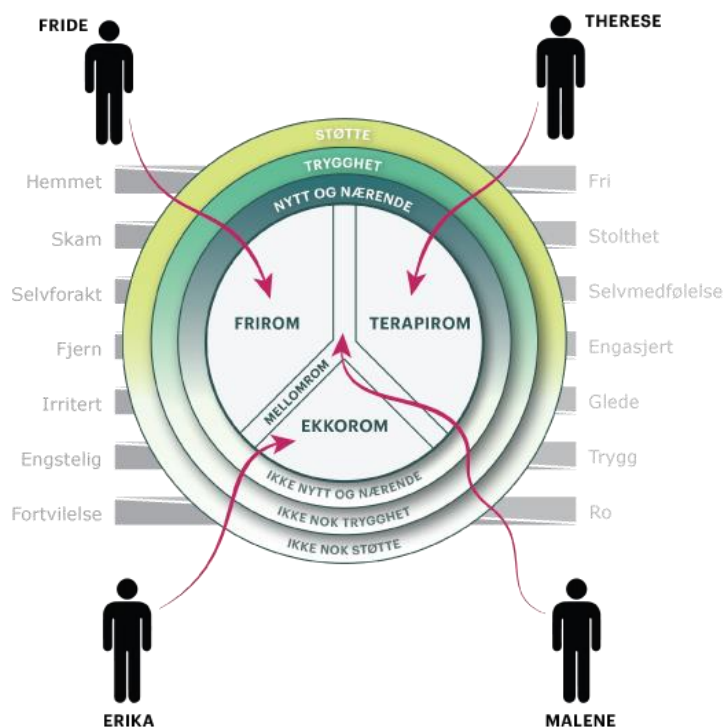
«Det var veldig sterkt. Det kom liksom MASSE følelser etterpå, men så var det veldig trygt egentlig, for da fikk jeg beskjed om at nå kunne jeg prøve å sette meg opp og bøye meg fremover, over beina, sånn at jeg kunne lukke litt igjen. Så det var en veldig trygg arena.»

Noen opplever at sikkerhetsnettet mangler. For et fåtall av informantene, fremgår det særlig problematisk at de strever med å regulere deltakelse etter hvor stort symptomtrykk de opplever. Det er utydelig for dem hvordan de kan tematisere det å bli dårligere, og de beskriver frykt for reaksjoner på åpenhet om dette i gruppen. Om bevegelsesterapien sier en:

«Det trigger litt den tvangstreningen. Det er litt sånn «jeg orker egentlig ikke være med», men tankene sier «jeg burde bevege meg». (...) Og det er jo ikke tanken bak gruppa i det hele tatt (...) Jeg synes det er vanskelig å drøfte med behandlere hvorvidt man da skal delta i bevegelsesgruppe, om det er lurt. Hvis man ikke føler man orker, hvordan sier man ifra om det?(...) Jeg ønsker som regel å si ifra, men jeg er av og til redd for at jeg må si mer. Hvis det hadde kommet frem at jeg var sliten fordi jeg ikke har spist nok, så føler jeg at det ikke er helt greit, eller at det har jeg jo et ansvar for å få til, og da har jeg ikke fulgt opp den biten.»

3.3 Fire fortellinger om ulike bevegelsesrom

Vi har hittil beskrevet funn fra studien i form av kjernetema og ulike undertemaer, belyst med sitater. I del 3, presenterer vi temaene i kontekst av fire fortellinger om hvordan det kan være å delta i bevegelsesbaserte terapigrupper, som del av behandling for spiseforstyrrelser. Det er fortellingen om Frida, som beveger seg i Frirommet, Therese, som er i Terapirommet,



Malene, som befinner seg i Mellomrommet, og Erika i Ekkorommet. På hver sin måte, viser disse hvordan meningsdanningen av «Det som beveger seg» påvirkes av aspekter som opplevd «Støtte» og «Trygghet», hvilke erfaringer de har med «Nytt og nærende» og hvordan det oppleves i de respektive rommene. Henvisning til de ulike temaene, markeres med temaets navn i parentes i teksten.

Figur 3. Fire fortellinger om hjelpsomme rom og det som beveger seg, Odden & Walle, 8. oktober, 2018.

«Frides Frirom»

Fride, 27 år, er singel og har en rutinepreget og fysisk krevende jobb. Hun er lun, omsorgsfull og pålitelig. Fride strekker seg langt for å hjelpe andre, men det blir aldri godt nok. Hun kjenner seg fanget av dårlig samvittighet i det meste hun gjør. Voksenlivet har i stor grad blitt et tapsprosjekt for henne. Hun trøster seg med store mengder mat, og kaster det opp igjen. Fride har en del erfaring med samtaleterapi. Hun kjenner seg fastlåst og utilstrekkelig der og.

Innledningsvis i intervjuet virker Fride ganske tilbakeholden. Hun snakker lavmælt, i korte setninger. Det skjer et merkbart skifte når hun beskriver aktiviteter hun trives med i bevegelsestimene. Da setter Fride seg frem i stolen, forteller livlig og utfyllende, med glød i øynene:

Når det er litt fart og action er det skikkelig moro, syns jeg. Da blir jeg faktisk så oppslukt at jeg glemmer å tenke på hvordan jeg ser ut. Det kjennes veldig annerledes fra hvordan jeg pleier å være. I de timene er jeg med, sånn hundre prosent, uten å nøle! (nytt og nærende) Helt fokusert på oppgaven, skikkelig ivrig, hehe (beveger seg).



Men, når det blir roligere tempo, eller vi stopper opp litt, blir jeg selvbevisst med en gang. Da rekker jeg å tenke på alt som jeg pleier: hvordan t-skjorta sitter, hvordan jeg skal stå i forhold til hvilken vinkel de andre ser meg fra, føler meg klam og stor og stygg, og jeg får lyst til å gjemme meg, krymper meg... Det er ikke noe godt (beveger seg). Men heldigvis går det fort over, bare få øyeblikk etter at terapeuten vinker oss inn igjen, er det borte igjen (stillasstøtte). Så jeg syns det er gøy i de timene, jeg! (det som beveger seg). Virkelig... Det er godt å bare kunne fokusere på noe helt annet enn det vanlige, trauste livet. Deilig å få en pause fra det der, og alle de vonde tankene... (nytt og nærende) Jeg tror det er særlig bra for meg å gå i bevegelsesgruppa, fordi jeg føler liksom at jeg ikke er så god på samtaleterapi. Her blir det noe helt annet, man trenger ikke tenke på å være god, det handler bare om å ha det bra og gøy. Det er ikke noe prestasjonspress i det hele tatt (stillasstøtte), og det tror jeg er veldig viktig for meg (nytt og nærende). For eksempel, det spiller jo ingen rolle hva vi får til og ikke, det er jo umulig å prestere bra når vi bruker en punga ball og tøfler! Det er hvert fall deilig å merke at terapeuten ikke bryr seg noe om det, det virker som hen bare vil at vi skal tulle og ha det bra (stillas). Jeg føler at jeg kan være meg selv i bevegelsesterapien, det er greit uansett om man er teit, dårlig, tullete eller god, liksom (trygghet)

Når jeg er i bevegelsestimene får jeg påfyll av energi, jeg kjenner meg alltid i bedre humør etterpå. Det er digg. Nesten rart at det kjennes så godt, bare å leke. Jeg tror det er bra å sette av tid til det. For man skulle kanskje tro at sånt kommer av seg selv, men det er i hvert fall ikke tilfelle for meg. Jeg kan knapt huske å ha hatt det så gøy siden jeg var barn. Jeg har vært mye deprimert de siste åra da... Helt mørkt liksom. Så det er så deilig å bare være litt fri! (nytt og nærende). Bevegelsesgruppa er til hjelp for meg.

«Malenes Mellomrom»

Malene, 21 år, har et friår hvor hun jobber på kafé. Hun vil studere, men vet ikke helt hva. Malene er mild, intelligent og har god sans for humor, men fremstår sjenert rundt andre enn sine nærmeste. Hun har en spiseforstyrrelse som hun jobber hardt med å skjule, som opptar det meste av hennes våkne tid. Det kjennes som at kaloritelling, måltidsplanlegging og strukturert trening, er det som holder henne gående. Samtidig føler Malene seg fortvilende ensom og fjern fra omverdenen. Terapi kjennes nytt og uvant for henne.

I starten av intervjuet virker Malene nervøs og anspent. Med blikket festet på bordet foran seg, mumler hun at hun er usikker på om det hun har å si er til nytte. Etter hvert faller hun mer til ro, og hun har en tydelig stemme og klare tanker om hvordan det er for henne å gå i bevegelsesterapi:

Jeg er usikker på om jeg kommer til å få utbytte av bevegelsesterapien på samme måte som de andre får. For jeg kjenner meg først og fremst så veldig skamfull og mislykka i de timene. Det blir sånn, du må forholde deg så veldig til kroppen da, på en måte som du unngår ellers (nytt og nærende). Når du er i et rom og skal bevege deg sammen med andre som også har spiseforstyrrelser, så blir du så utrolig synlig. Og, jeg er jo ganske ny i gruppa, så jeg klarer ikke helt å henge med på hvordan de beveger seg. Det blir så tydelig hva man ikke får til, og jeg hater å skille meg ut. Det vekker skikkelig angst i meg (beveger seg). Jeg tenker at det er fordi jeg er så tjukk at jeg ikke får det til. Jeg føler meg så dårlig i forhold til de andre... Ofte føles det som at jeg har skikkelig fylleangst etterpå, sånn «herregud, jeg føler meg så dum!».



Jeg bruker masse krefter på å holde angsten i sjakk, og prøver å få det til å se mest mulig ut som at jeg gjør det samme som de andre i timene. Jeg får på en måte ikke tatt inn noe særlig av det foregår rundt meg. Men det har vært et par ganger hvor jeg har kjent at jeg på en måte har klart å lande litt i det vi gjør, liksom klart å kjenne litt på bevegelsen eller pusten, ikke bare dømt meg selv (nytt og nærende). Sånn som forrige gang, så jeg klarte en ny øvelse, med litt hjelp fra terapeuten (stillasstøtte). Det var ganske gøy. Jeg ble nesten litt stolt og tenkte at «kanskje jeg også kan få det til etter hvert» (beveger seg). Og så har det hendt at terapeuten har kommet bort til meg, når det har vært nær ved å bikke over for meg. Da forsøker hen liksom å hjelpe meg til å rette fokus på noe annet enn å dømme meg selv (sikkerhetsnett). Hen sier mye fint, som treffer meg skikkelig, nesten som om hen kan lese tankene mine. Men jeg klarer ikke helt å ta det til meg, sånn som det virker som de andre i gruppa gjør, ikke enda i hvert fall (utrygg).

Jeg skjønner at jeg kan ha veldig godt av å gå i bevegelsesgruppa. For i disse timene har det nok blitt tydeligere for meg at dette faktisk er et problem, og jeg vet jo et sted i meg selv at det ikke kommer til å gå over av seg selv... (nytt og nærende). Jeg må møte det og jobbe med det. Kanskje det blir bedre etterhvert. Det håper jeg, for akkurat nå kjennes det ganske jævlig å delta i gruppa.

«Erikas Ekkorom»

Erika, 31 år, er i fulltidsjobb hvor hun har mye ansvar og mange oppgaver. Hun er driftig, og engasjert på flere arenaer, har kjæreste og et stort sosialt nettverk. Samtidig bærer hun på en sterk selvsikkerhet og tomhetsfølelse. Hun har hatt en spiseforstyrrelse som har skiftet uttrykk og alvorlighetsgrad over flere år. Etter hvert har Erika fått mye erfaring med behandlingsapparatet og har vært innlagt flere ganger.

Erika fremstår selvsikker og velartikulert under intervjuet. Hun snakker detaljert og utfyllende om sine opplevelser fra bevegelsesgruppa, og understreker poengene sine med gestikulering. Tonen er ofte spøkefull, men innimellom får hun et alvorspreget drag over ansiktet, som gir antydning til hvor vondt og sårt det egentlig kjennes på innsiden.



Det kan være gøy og sånt innimellom, da (beveger seg). Det hender for eksempel at jeg liksom kan bli oppslukt i noe spennende og lekent, når alle i gruppa liksom er skikkelig «inne i det». Da går tiden plutselig fort. Men det er jo ikke det jeg trenger (litt frirom, men ikke nytt og nærende). Det er ganske fortvilende. Særlig nå, som det går såpass dårlig med maten. Jeg er egentlig temmelig utmattet allerede i starten av timen. Ofte blir det bare å holde ut i bevegelsesgruppa, jeg er på en måte ikke tilstede i aktiviteten (beveger seg). Da får jeg i hvert fall ikke noe ut av det! Jeg tenker at jeg burde takla det bedre, men jeg vet liksom ikke hva jeg skal gjøre... Jeg tror nok at terapeutene vurderer meg, at de tenker jeg ikke har vist nok bedring. På en måte har jeg lyst til å si ifra til de om hvordan jeg egentlig har det i timene, men jeg vet ikke hvordan og jeg vet ikke hva som ville skjedd da. Jeg tror de ville blitt veldig skuffa (utrygg, ikke nok sikkerhetsnett), så jeg orker bare ikke å ta i det.

Dessverre så synes jeg ikke at bevegelsesgruppa hjelper meg noe særlig. Da jeg starta, tenkte jeg at det kunne ha noe for seg. Jeg tror for eksempel at jeg kunne hatt godt av å øve meg på å være mer fleksibel og spontan, tørre å ta plass og være litt mer uhøytidelig. Fått et bedre forhold til kroppen, kanskje. Det er jo noe som er veldig vanskelig for meg, noe som kunne vært nyttig å utfordre meg selv på (ønsker terapirom). Eller om det kunne hjulpet meg til å trappe ned på treninga på noe vis. Men det gjør jo ikke det (ikke nytt og nærende). Så, selv om jeg rasjonelt forstår hva bevegelsesgruppa kunne ha hjulpet meg med, ser jeg ikke helt hvordan det vi gjør i timene kan ha den funksjonen (stillas mangler). Det føles som at vi gjør så mye på måfå der. Det er på en måte ganske kjedelig, men samtidig blir jeg veldig usikker på meg selv. Skikkelig stressa av å tenke på hva jeg bør gjøre og hvordan jeg fremstår. Og når jeg driver og kjenner på det, så blir jeg så keitete og stiv, sånn, tilbakeholden og låst på en måte (beveger seg). Det har skjedd flere ganger at jeg har tenkt: «Nå skal jeg bare hive meg uti det», men jeg får det ikke til, jeg tør ikke (utrygg, ikke nok stillas).

Helt ærlig, så gruer jeg meg egentlig skikkelig til disse timene. Jeg har vært på nippet til å avlyse flere ganger, men det ender alltid opp med at jeg møter til timen. Jeg har ikke samvittighet til annet – har jo forpliktet meg til å delta. Og det er jo egentlig meningen at det skal hjelpe, på en måte, så man må vel bare fortsette å prøve (ikke nytt og nærende)...

«Thereses Terapirom»

Therese, 25 år, er deltidsstudent. Hun er klok og kreativ, og drømmer om å leve av å selge det hun lager. Hunden hennes, Mio, er det kjæreste i livet hennes. I perioder er det heftig å være Therese. Hun har strevd med spiseforstyrrelser og andre psykiske lidelser i mange år. Hun har kjørt kroppen sin hardt og pint seg gjennom sult og beinhard trening. Noe annet ville kjentes enda verre. Hun har prøvd det meste av behandlinger, med blandet hell.

Therese sitter avslappet i stolen under intervjuet. Hun fremstår rolig og tydelig. Therese veksler mellom å smile varmt til intervjueren og å stirre ut i luften, med et tankefullt, melankolsk uttrykk. Hun kommer raskt inn på erfaringer fra bevegelsesterapien som er viktig for henne. Hun blir beveget og tårefull mens hun forteller.



Jeg kjenner fortsatt på mye på skam i de timene, begynner fort å sammenligne meg med andre. Føler meg fortsatt stor. Men det kjennes som at jeg har fått en slags ro i det allikevel. Det var mye verre i starten, da føltes det som at det eneste som skjedde i timene var at jeg ble enda med klar over hvor mye jeg hater kroppen min. Det var helt grusomt. Men så, gradvis, begynte det å snu. Etter hvert som jeg ble kjent med de andre og aktivitetene, kunne jeg senke skuldrene mer. Jeg ble mer avslappet og tilstede. (beveger seg) I starten hjalp det

nok litt at jeg kunne merke at jeg ble sterkere og at jeg kjente på mestring. At jeg kan gjøre noe som er bra med kroppen min, var som en åpenbaring for meg, at jeg liksom oppdaget hvor fæl jeg har vært med meg selv (nytt og nærende). Selv om jeg ble veldig trist av å komme i kontakt med det i de timene, kjentes det også veldig godt (beveger seg).

Det at de andre i gruppa er veldig støttende, og liksom heier på hverandre, uten at de blander seg for mye, synes jeg er veldig fint. Det blir litt som at vi bygger opp en slags tillit over tid, når vi jobber med det vi strever med, hver for oss, men likevel litt sammen. Og så har det vært kjempeviktig for meg å merke at terapeuten er der og holder et øye med oss. Vi knekker sammen, den ene etter den andre, hehe, men vi får alltid hjelp ut av det (sikkerhetsnett). Det kjennes som et trygt sted å jobbe (trygghet). Og det har nok bidratt til at jeg etter hvert har turt å nærme meg det som er så vanskelig for meg. Der øver jeg på å stole på kroppen min, sammen med andre. Og det er veldig betydningsfullt og sterkt for meg.

Bevegelsesterapien har vært utrolig viktig for meg. Det kjennes som om noe har løsnet i meg etter at jeg startet der. I starten var det riktignok overveldende, det kan det fortsatt være, men det kjennes først og fremst godt. I disse bevegelsestimene har jeg oppdaget kroppen på en helt ny måte. Jeg kjenner den faktisk. Og jeg kjenner at jeg har lyst til å ta vare på kroppen.

3.4 Resultater fra deltakende observasjon

Validering av informantenes reaksjoner. Etter å ha gjort analyser av intervjumaterialet, leste vi gjennom våre egne refleksjoner fra deltakende observasjon. Vi oppdaget at våre beskrivelser og erfaringer på mange måter sammenfalt med informantenes skildringer. Det syntes tydelig at forfatterne og informantene la merke til og ble opptatt av mye av det samme i bevegelsesgruppene. Det kan likevel se ut som at de enkelte opplevelsene kjennes sterkere for informantene, særlig knyttet til selvusikkerhet, negative følelser, sammenligning, kroppslig ubehag og feiling. Under følger eksempler på hvordan forfatterne berørte temaene og undertemaene (markert i kursiv). Sitatene som eksemplene er basert på, finnes i APPENDIKS 1.3.

Forfatterne uttrykker, som informantene, å kjenne på en bredde av positive og negative opplevelsestilstander (*det som beveger seg*) som deltakere i gruppa. For eksempel forteller en om at det å mestre balanse ga stolthet og iver, mens den andre forteller om hvordan det å ikke mestre balanse frustrerer og starter tanker om hvordan livet hun lever livet utenfor. Begge forfatterne beskriver erfaringer av å bevege seg i noe som lignet et *Terapirom*, gjennom innoverrettet kontakt med kroppen og egen opplevelse. Begge uttrykker også et opplevd engasjement og en utoverrettethet tilsvarende det å bevege seg i et *Frirom*. Forfatterne forteller om ulike personlig signifikante erfaringer (*nytt og nærende*), fra deltakelsen i de ulike bevegelsesgruppene. Som eksempel, opplevde den ene å gjenoppdage kroppen som sterk og energisk, mens den andre forfatteren erfarte å få kontakt med sårhet og tristhet, gjennom berøring og bevegelse av kroppen. Begge berører temaet *trygghet* spontant, og beskriver hvordan opplevd trygghet påvirket vår deltakelse, samt hvordan vi opplevde at ulike forhold (*støtte*) bidro til at vi kjente oss mer eller mindre trygge. For eksempel forteller begge at vi ble mer usikre da vi opplevde rammene som mindre tydelige (*stillas*). Usikkerheten uttrykte seg ved at vi ble mer selvobserverende, kjente oss mindre tilstede i aktiviteten og var mer tilbakeholdne i bevegelsene.

4 Diskusjon

4.1 Oppsummering av resultatene

I denne undersøkelsen utforsket vi pasientenes subjektive opplevelse av å delta i bevegelsesbaserte terapigrupper, som del av behandling av spiseforstyrrelser. Vi undersøkte om bevegelse kan oppleves hjelpsomt og eventuelt på hvilken måte. Mange informanter opplever å bevege seg i et Hjelpsomt rom, hvor de gjør seg personlig signifikante erfaringer med nye måter å bevege seg på, kjenne kroppen, eller utforske sider ved seg selv. Disse erfaringene skiller seg fra slik det er når spiseforstyrrelsen er fremtredende. Vi finner at informantene beveger seg i to ulike Hjelpsomme rom, som setter rammer for hvilke typer personlig signifikante erfaringer de gjør seg. I Frirom får informantene tilgang på nærende og nyttige erfaringer gjennom gode, behagelige og lekne opplevelser. I Terapirom opplever informantene å konfrontere noe strevsomt, jobbe seg gjennom det, for så å få det bedre. I et ikke-hjelpsomt rom, kalt Ekkorum, kjennes det personlig signifikante utilgjengelig. Her forsterkes selvusikkerhet og strevsomme opplevelser av kroppen. «Trygghet» trekkes frem som avgjørende for at informantene kan nærme seg de hjelpsomme rommene. De trenger støtte for å kjenne seg trygge nok i bevegelsesgruppa. Støtten er tosidig: 1) «Stillasstøtte», hjelper informantene til å tørre å utforske noe nytt, og består av en rekke intervensjoner som innebærer tydelighet, tilpasning, oppmuntring, aksept og anerkjennelse. 2) «Sikkerhetsnett» fanger opp deltakerne dersom de faller ut av det som kjennes hjelpsomt, og inneholder en klar plan for ivaretagelse og regulering. Forfatterens og pasientenes beskrivelser fra deltakelse i timene var sammenfallende på mange områder, men en del av informantenes opplevelser og følelser fremsto mer intense enn forskernes erfaringer.

På sidene som følger, vil vi diskutere resultatene i lys av teori og eksisterende forskning. Gjennom diskusjonen, argumenterer vi for åtte mulige kliniske implikasjoner for anvendelsen av bevegelse i behandling av spiseforstyrrelser. Deretter diskuterer metodiske styrker og svakheter ved studien.

4.2 Teoretisk/klinisk diskusjon av resultatene

Bevegelse kan ha terapeutisk potensiale

Denne studien viser at det er mye som rører seg i og mellom deltakerne når de beveger seg i gruppene. Det de opplever når de beveger seg sammen med andre er sammensatt, motsetningsfylt og foranderlig. Vi fant også at smertefulle følelser kan oppleves svært intenst i bevegelsesterapien, uavhengig om det blir hjelpsomt eller ikke. Dette er i overensstemmelse med Probst et al. (2013) sin kliniske erfaring av at pasienter med anoreksi kan oppleve å bli konfrontert med problemene sine på kraftfulle måter gjennom ulike former for fysioterapi. Mer spesifikt fant vi beskrivelser av tanker, følelser og fornemmelser, som ofte fremtrer ved spiseforstyrrelser, som selvsikkerhet, kroppsmisnøye, skam og strev med å være tilstede i øyeblikket (Fairburn & Harrison, 2003; Pettersen, 2007; Skårderud et al., 2012; Strober & Johnson, 2012). Samtidig fortelles det om ytre og indre bevegelser, som glede, selvmedfølelse, sorg, stolthet og hengivenhet. Våre funn antyder at bevegelse i grupper kan åpne opp for å gjøre seg erfaringer som kanskje ikke er like tilgjengelige ellers i livet. Samlet står dette i kontrast til klinikers beskrivelser av «ord på tomgang» og manglende bevegelse i samtaleterapi (Skårderud et al., 2012). Hvordan kan vi forstå dette? Er det noe med bevegelse som gjør at mye rører seg? Vi vil se nærmere på dette spørsmålet ved å trekke veksler på ulike filosofiske, psykologiske og bevegelsesteoretiske perspektiver.

I følge Maxime Sheets-Johnstone (2010) er bevegelse det fremste tegn på liv. I sin filosofiske avhandling, argumenterer hun for at bevegelse er terapeutisk. Hun hevder blant annet at det å være i bevegelse, og særlig å være bevisst sin egen bevegelses-dynamikk, kan iverksette en sterk erkjennelse av å være i live. For noen er en slik erkjennelse skremmende i seg selv, slik at bevegelse også kan virke eksistensielt truende og overveldende. Videre argumenterer hun for den terapeutiske nytten av bevegelse med hensyn til å kjenne følelser. I sin analyse av det empirisk-fenomenologiske forholdet mellom bevegelse og emosjoner, demonstrerer Sheets-Johnstone (2010) at disse fenomenene er dynamisk kongruente. Hun hevder at bevegelse tydeliggjør forbindelsen mellom vår «affektive og taktil-kinestetiske kropp» (Sheets-Johnstone, 2010, s. 7). Når vi beveger oss, kan vi erfare den dynamiske likheten i forholdet mellom følelser og bevegelse, og dette muliggjør ifølge Sheets-Johnstone (2010) mer nyanserte opplevelser av følelsen, i kontrast til når vi begrenser eller forsøker å etterape følelsenes dynamikk. Resonnementet er i tråd med en hypotese om at bevegelse kan sette i gang og uttrykke stoppede emosjonelle prosesser (Berg, 2010; Leijssen, 2006). Det er også i

overensstemmelse med Engelsrud (2005a) sin undersøkelse, hvor hun fant at tidligere opplevelser kan aktiveres og bli tydelige erfaringer i kroppen ved bevegelse. I lys av dette, kan våre funn av at mye aktiveres i deltakerne under bevegelsesterapien, forstås som uttrykk for at de får mer kontakt med vitalitet og egen affektiv dynamikk, at dette kan sette i gang følelsesmessige prosesser gjennom bevegelse.

At vi finner store likheter mellom informantene og forfatterens beskrivelser av hva som beveger seg i bevegelsesterapien, kan forstås som uttrykk for at bevegelsesgruppene aktualiserer fellesmenneskelige og eksistensielle temaer, for eksempel knyttet til det å ta plass i verden. Likevel antyder funnet av en viss diskrepans mellom forskernes og pasientenes opplevelser i bevegelsesterapien, at noe kan bevege seg mer og oppleves mer truende og angstvekkende for personer med spiseforstyrrelser. Selvsikkerhet synes å være lettere tilgjengelig og mer aksentuert for informantene. Denne selvsikkerheten, ville Bruch (1973) kunne betegnet som uttrykk for selvforstyrrelse. Hun beskriver at selvforstyrrelser manifesterer seg som manglende evne til persepsjon og tolkning av kroppslige signaler, følelsesforvirring, strev med å begrepsfeste opplevelser og stor frykt for å bli mislikt og fordømt av andre (Bruch, 1973; Skårderud, 2009). Vi tenker oss at det å delta i en sammenheng der pasientene utfordres til å ta plass i rommet med kroppen, som de strever med, kan bevege selvsikkerhet på sterke måter. Samtidig forstår vi det som en mulighet til terapeutisk arbeid med et tema som oppleves sentralt for mange.

Slik vi ser det, ligger det et stort terapeutisk potensiale i at mye beveger seg hos deltakerne i bevegelsesgruppene. På tvers av tilnærminger til samtalerapi ses betydningen av å arbeide med følelser som aktualiseres i terapirommet (Stänicke et al., 2013). Resultatene antyder at stillstand i terapi kan møtes med bevegelse.

Bevegelsesterapi kan fremme pasienters subjektivitet

Et viktig funn var at deltakere i bevegelsesgruppene beveger seg ut og inn av hjelpsomme og ikke-hjelpsomme rom. Med begrepsmessige verktøy fra kroppsfenomenologien, kan vi forstå rommene som uttrykk for ulike kroppslige erfaringsmodi, som deltakerne beveger seg mellom. Disse kan videre belyse hvordan ulike erfaringsmodi oppleves hjelpsomme.

Frirommet, som karakteriseres av lek, glede og humor kan forstås som uttrykk for Maurice Merleau-Pontys begrep om et rettet kroppssubjekt i prerefleksivt modus (Østerberg, 1994). For ham er dette en grunnleggende menneskelig form for væren i verden og måte å tilegne seg

kunnskap på. Leder (1990) sitt begrep «den ekstatiske kroppen», utvider denne forståelsen. I dette moduset erfares kroppen fraværende, mens oppmerksomheten er rettet fra kroppen og utover mot deltakelse i verden sammen med andre (Leder, 1990). Kroppens fravær er et uttrykk for at kroppen ikke er objekt for tanken, men er stedet vi lever livet fra. For Leder (1990) er dette menneskets ønskelige og mest helsebringende form for væren, fordi den gir opplevelser av å være levende. Ved å være oppslukt i verden og mellomkroppslige møter kan individet tre fram som subjekt for seg selv. Frirommet kan således ses som erfaringer av de-objektivering, ved å være rettet mot verden fra kroppen og glemme kroppen som objekt.

Erfaringene i Ekkorommet kan forstås i lys av Leders begrep om den «dysfremtredende kroppen» (Leder, 1990). Sykdom eller smerte er tilstander som gjør at kroppen trer frem på plagede måter og krever vår oppmerksomhet (Øiestad, 2009). I motsetning til å *være* kropp, blir kroppen noe vi har og må forholde oss til som objekt. Dette er i overensstemmelse med (Merleau-Ponty, 1994) ide om den «syke» kroppen som blir fremtredende, og bli objekt for refleksjonen. Vi forstår de sterke bevegelsene av selvusikkerhet, kroppsforakt, skam og utmattelse i Ekkorommet, som uttrykk for den dysfremtredende kroppen. Ekkorommet kan således sies å representere erfaring av smertefull objektivering.

Terapirommet kan forstås i lys av Guro Øiestad (2009) sin utvidelse av Leders begrepsapparat. Hun fremhever betydningen av å la kroppen tre frem på omsorgsfulle måter, og bruker betegnelsen den «egenkjærlig fremtredende kroppen». Det at deltakerne erfarer å rette oppmerksomheten innover for å kjenne fornemmelser og følelser, tenkes som en viktig ivaretagelse i seg selv, ved å forebygge at kroppen blir plagsomt dysfremtredende (Øiestad, 2009). Å gi kroppen en slik oppmerksomhet bidrar ifølge (Øiestad, 2009) til å utvikle subjektiviteten. Med Tolle (1995) sitt begrep om den «indre kroppen» understreker hun verdien av å ta bolig i seg selv som et sansende jeg, hvorfra vi kan rette oss ut mot verden (Øiestad, 2009). Vi finner at deltakerne i Terapirommet erfarer å lære nye og vanskelige ting, som å holde balansen, stole på andre og regulere følelser på nye måter. Følger vi Leder (1990) fordrer læringsprosesser at vi vender oppmerksomhet mot relevante deler av kroppen. Når noe er lært og automatisert, kan kroppen tre tilbake i bakgrunnen og vi kan rette oss utover i ekstatisk modus. Terapirom forstås dermed som karakterisert av erfaringer av de-objektivering, gjennom å kjenne, ta vare på, bebo og utvikle seg selv som kroppssubjekt.

Vi fant at Mellomrommet, som karakteriseres av ambivalens, tvil og håp også er en viktig posisjon hos deltakere i bevegelsesterapi. Med det allerede anvendte begrepsapparatet, kan vi

forstå Mellomrommet som uttrykk for en pågående forhandling mellom ulike kroppslige erfaringsmodus, mellom det å være objekt og subjekt for seg selv, mellom å være fraværende, dysfremtredende og egenkjærlig fremtredende.

Spiseforstyrrelser, kan med dette teoretiske rammeverket ses som et sterkt uttrykk for den dysfremtredende kroppen (Øiestad, 2009), der det å ta bolig i og bevege seg fra kroppen slik at den glemmes, er en sjelden erfaring. Dette synliggjør behovet for å arbeide med å styrke subjektivitet (Øiestad, 2009). Våre funn viser at deltakere opplever å arbeide med å bli mer subjekt og mindre objekt for seg selv både i Frirom og Terapirom, men at dette skjer gjennom ulike former for kroppslig væren.

Både konfronterende og leken bevegelse kan være til hjelp

Et viktig funn i denne studien er at både bevegelse i Frirom og Terapirom oppleves hjelpsomt for deltakerne. Altså kan informantene kjenne det utviklende, både når de har det lekent og godt, og når de står i det vanskelige. Beskrivelsene av personlige signifikante opplevelser i Terapirom synes i stor grad å være i overensstemmelse med terapeutiske rasjoner for bruk av bevegelse i behandling av spiseforstyrrelser, som vi har beskrevet innledningsvis (Frisch et al., 2006; Hall et al., 2016; Kolnes, 2017; Nilsen et al., 2005; Probst et al., 2013; Rice et al., 1989; Stark et al., 1989).

For oss virker det som at frirommet er mindre beskrevet i sammenheng med behandling av spiseforstyrrelser. Vi vil derfor dvele litt ved Frirommet som terapeutisk erfaring. Flere kliniske og teoretiske perspektiver kan hjelpe oss å forstå verdien av dette. Daniel Siegel (2010) beskriver lekenhet som en tilstand av trygghet og tilstedeværelse som gir muligheter for å utvikle nye følelses-, tanke- og handlingsmønstre. Donald Winnicott (1971) påpekte tidlig lekens terapeutisk potensiale. For ham er lek og terapi nært forbundet. Leken er i seg selv en terapi, og psykoterapi handler på et plan om å leke sammen. Han sier: «Det er i lek, og bare der at det enkelte mennesket er i stand til å være kreativ og bruke hele personligheten sin, og det er bare gjennom kreativitet at individet kan oppdage og kjenne seg selv» (vår oversettelse, Winnicott, 1971, s. 72). Affektiv hjerneforskning støtter ideen om lek(-enhet) som vesentlig for utvikling, sosial tilhørighet og fungering (Panksepp, 2004; Siegel, 2010). Videre er glede og munterhet vist å ha helsebringende effekt, ved at det gir gode fornemmelser av en selv (Martin & Ford, 2018). Gode følelser og deling av disse følelsene, styrker subjektivitet, intersubjektivitet (Stern, 2003) og følelser av tilhørighet (Panksepp, 2004). Samlet er det grunnlag for å hevde at lekeerfaringen, som innebærer trygghet,

tilstedeværelse, kreativitet og delt glede, slik vi finner i Frirommet, kan være utviklende og endrende i seg selv.

Vonde følelser i bevegelsesterapi kan være fruktbart

Et av funnene fra studien, er at flere informanter opplever at også vonde følelser og opplevelser kan kjennes hjelpsomt i bevegelsesterapi. Når for eksempel, overdrivelse, utmattelse og tvang beveger seg hos en deltaker, ligger det en mulighet i å gjøre «grensesetting» til arbeidstema. Grensesetting er noe mange av informantene forteller at de strever med, og som de setter pris på å få hjelp til, samt ønsker å øve seg på. Dersom denne muligheten gripes, kan bevegelsesgruppa bli en arena for å øve seg på å kjenne egne grenser, og sette grenser med kroppen i bevegelse. Når dette er tilfellet, synes det som at temaet (eller den aktuelle følelsen eller tilstanden) er anerkjent i rommet av andre enn deltakeren selv, gjerne terapeuten, og det gis oppgaver eller fokus som passer til temaet. Dermed kan grensesettingen bli arbeidsmateriale som deltakeren kan utforske og få nye og nærende erfaringer med. Vi ser dette som i overensstemmelse med Oddli og Kjøs (2013) sine beskrivelser av å fremme pasienters opplevde relevans av det terapeutiske arbeidet. I følge Oddli og Kjøs (2013), er tilpasning avgjørende for at pasienter skal oppleve at det de arbeider med er noe som angår dem. Tilpasning beskrives som en dobbel bevegelse, der terapeuten tar del i, og anerkjenner det særegne hos pasienten og samtidig bringer inn noe nytt som er innenfor pasientens rekkevidde. En slik skreddersøm kommuniserer rasjonale for behandlingen, og uttrykker at det er plass til hele mennesket i terapien. Vi ser Oddli og Kjøs (2013) sine tanker om samtaleterapi som forenlige med våre funn av at ulike former for stillasstøtte, særlig tilpasning og anerkjennelse, er vesentlig for at deltakelse i bevegelsesterapi skal bli hjelpsomt.

Tilpasning er et viktig prinsipp i utøvelsen av bevegelsesterapi

I denne studien finner vi at det fremstår betydningsfullt for deltakerne at bevegelsesfokus og oppgaver kjennes tilpasset pasientgruppen og den enkeltes dagsform, symptomtrykk og behov. Betydningen av tilpasning er i overensstemmelse med kliniske veiledere for fysioterapi ved spiseforstyrrelser (Nilsen et al., 2005; Probst et al., 2013), og utgjør dermed empirisk støtte for disse. Funnene antyder også at pasienters foretrukne terapeutkarakteristikker, i store trekk overlapper mellom bevegelsesterapeuter og samtaleterapeuter (Gulliksen et al., 2012). Gulliksen og medarbeidere (2012) fant også at

pasienter opplever de trenger både utfordring og aksept. Spiseforstyrrelsesterapeuter må beherske meget komplekse måter å samhandle med pasienter på, med god balanse mellom aksept, vitalitet, utfordring og ekspertise. Sannsynligvis gjelder dette også i bevegelsesterapigrupper.

Bevegelsesterapi kan forsterke lidelsen

Viktigheten av de ovenfor nevnte forhold, tydeliggjøres ytterligere av informantenes beskrivelse av fraværende støtte. Når tilstrekkelig støtte mangler, forblir vonde opplevelser, som eksempelet med utmattelse og vansker med grensesetting, utematisert. Det arbeides ikke med, og deltakelse kjennes ikke hjelpsomt. Deltakelse kan bli tvangspreget eller for overveldende, de beveger seg i Ekkorommet. Informanter som forteller om slike erfaringer, uttrykker at de kjenner seg utrygge, at de vonde følelsene blir til hinder for deltakelse i timen og at de strever med å uttrykke dette. Dette funnet samsvarer med beskrivelser av at selvklandring og vansker med selvhevdelse, er vanlig ved spiseforstyrrelser (Arcelus, Haslam, Farrow, & Meyer, 2013). Følger vi den kliniske veilederen for fysioterapi i behandling av spiseforstyrrelser, kan det være kort vei mellom at bevegelsesopplegg virker utviklende og at det forsterker lidelse (Nilsen et al., 2005). Vår undersøkelse støtter altså antakelser om at det er en fare for at bevegelsesgrupper kan trigge spiseforstyrrelsessymptomer. Dette står i kontrast til konklusjonen av to litteraturgjennomganger, som sier at regulert trening i behandling er trygt for alle spiseforstyrrelser, så fremt ernæringsbehov er møtt (Ng et al., 2013). Med trygt, vises det her til medisinsk forsvarlighet. I vår undersøkelse har vi ikke tatt for oss medisinske tilstander. Vi har undersøkt den subjektive erfaringen, og finner dette som en vel så viktig komponent å innlemme i forsvarlighetsvurderingen av terapeutisk anvendelse av bevegelse. Vi mener at informantenes opplevelse av at deltakelse blir tvangsmessig, grenseløs og oppleves utrygt, må forstås som alvorlig, og derfor vil vi argumentere for at psykologisk trygghet også bør inngå i forsvarlighetsvurderingen.

Å arbeide med trygghet er grunnleggende

Det at trygghet ble tematisert av samtlige informanter, understreker viktigheten av dette. Våre funn støtter dermed opp under klinisk veileder for fysioterapi ved spiseforstyrrelser, som også beskriver trygghet som forutsetning for at deltakerne kan nyttiggjøre seg av bevegelsen (Nilsen et al., 2005). Det ser altså ut til at både behandlere (Cook et al., 2016) og pasienter er opptatt av trygghet når bevegelse inngår i behandling. Ettersom informantene beskriver at de

kan streve med å uttrykke at de har det vanskelig i gruppene, kan det være en utfordring for bevegelsesterapeuter å vite når sikkerhetsnettet bør tas i bruk. På bakgrunn av dette, argumenterer vi for at bevegelsesgrupper må utøves med varsomhet. Vi etterlyser studier som kan belyse forsvarlighetsaspekter, jamfør sikkerhetsnettet og hvordan dette best mulig kan hjelpe deltakerne.

Bevegelsesterapi har egenverdi i behandling av spiseforstyrrelser

Vi vil argumentere for at våre funn gir viktige bidrag til spørsmålet om hva behandling av spiseforstyrrelser bør innebære. I dette ligger en problematisering av anbefalingen om symptomrettet psykoterapi, sammen med medisinsk behandling (Helsedirektoratet, 2017). Med Austad (2018) kan vi hevde, at dersom en skal begrense objektgjøring, er det paradoksalt om utredning og behandling av spiseforstyrrelser ikke fokuserer på kroppen som subjekt, men primært på symptomer som kroppsmisnøye og medisinske mål. Samlet antyder våre funn at bevegelse kan legge til rette for å fremme kontakt med større subjektivitet på ulike måter. Vi argumenterer for at både Frirom og Terapirom, ved å hjelpe deltakerne til å rette seg utover mot verden, eller innover mot egne følelser og fornemmelser, kan gi personlig signifikante opplevelser av å være et sansende, uttrykkende og relasjonelt kroppssubjekt. Funnene indikerer også at bevegelsesbaserte intervensjoner ikke bare har potensial for å arbeide med symptomer knyttet til spiseforstyrrelsesdiagnosene, som kroppsbildeforstyrrelse og treningsatferd, men også andre temaer som for mange av informantene synes like vesentlige.

Undersøkelsen støtter altså ideen om at arbeid med bevegelse kan være et vesentlig aspekt i behandling av spiseforstyrrelser (Kolnes, 2017; Moola et al., 2013; Probst et al., 2013). Våre funn taler for at det å erfare, føle, tenke og uttrykke seg gjennom bevegelse av kroppen i et trygt rom sammen med andre, har stor egenverdi. Med Stern (2010) fraråder vi derfor en forståelse av bevegelsesintervensjoner som annenrangs behandling. Bevegelsesterapi bør ikke ses utelukkende som hjelp til å skape bevegelse i samtaleterapi. Like fullt ser vi den potensielle styrken av kombinasjoner mellom samtaleterapi og bevegelsesintervensjoner. Samtaleterapi kan være en arena der pasientene kan øve seg på å snakke fra den sansebaserte, kinestetiske og ekspressive erfaringen, og derigjennom utvikle dynamikk (Sheets-Johnstone, 2010) og rom for kroppen i språket (Engelsrud & Nordtug, 2016), på andre måter enn hva som er tilfelle for «ord på tomgang» (Skårderud et al., 2012).

4.3 Kliniske implikasjoner

Utledet av det empiriske materialet og den teoretiske diskusjonen av funnene, kan mulige kliniske implikasjoner av studien oppsummeres slik:

- A. Bevegelse kan ha terapeutisk potensiale
- B. Bevegelsesterapi kan fremme pasienters subjektivitet
- C. Både konfronterende og leken bevegelse kan være til hjelp
- D. Vonde følelser i bevegelsesterapi *kan* være fruktbart
- E. Tilpasning er et viktig prinsipp i utøvelsen av bevegelsesterapi
- F. Bevegelsesterapi kan forsterke lidelsen
- G. Å arbeide med trygghet er grunnleggende
- H. Bevegelsesterapi har egenverdi i behandling av spiseforstyrrelser

Vi vil argumentere for at disse kliniske implikasjonene også kan ha nytteverdi for samtalebasert terapi med personer som har spiseforstyrrelse, når det gjøres tilpasninger til den aktuelle kontekst. For eksempel kan begrepene vi har presentert, være et utgangspunkt for terapeuten til å utforske nyanser i pasientens bevegelseserfaringer utenfor terapitimene. Dersom terapeuten har med seg forståelsen av de mulige sammenhengene mellom opplevelsen av trygghet, hvordan de ulike støttefunksjonene kan påvirke deltakelsen og hvilket potensiale bevegelse kan ha, tror vi at dette kan utgjøre et nyttig rammeverk for terapeuten tenkning rundt bevegelse. Dette potensialet mener vi bør utforskes nærmere i videre studier.

4.4 Resultatene i lys av eksisterende forskning

På et overordnet nivå, kan vi si at aspekter ved resultatene fra vår studie, understøtter funn fra flere andre fenomenologiske studier av kropps- bevegelseserfaringer ved spiseforstyrrelser. I tråd med Kolnes (2016) og Moola og kollegaer. (2015), finner også vi at pasienter med spiseforstyrrelse opplever bevegelse som mangefasettert og motsetningsfylt. I likhet med Austad (2018), Espeset og medarbeidere (2011), Kolnes (2016), Kolnes og Rodriguez-Morales (2016) og Moola og kollegaer (2015), finner vi at pasienters kroppserfaringer trer

frem som sammensatte og dynamiske, samt påvirkbare av indre og ytre forhold. Vi finner vekslende kroppserfaring i beskrivelsene av det som beveger seg, og i at informantene synes å bevege seg inn og ut av Hjelpsomme rom, hvor negativt kroppsfokus og selvsikkerhet er mer eller mindre tilstede.

I denne studien finner vi at bevegelse tilskrives andre meninger, enn det som fremkommer i Kolnes og Rodriguez-Morales (2016) sin undersøkelse av tvangspreget trening hos personer med anoreksi. De finner blant annet at informantene opplever at de kan få 1) en pause fra det vonde og at treningen fungerer som en midlertidig distraksjon eller 2) midlertidig håndtering av følelsene. Selv om førstnevnte beskrivelse kan ligne på Frirommet, er en kvalitativ forskjell at informantene i Frirommet også opplever å få tilførsel av noe godt, i form av lyst, glede og lek. Tilsvarende beskriver informanter i Terapirommet at de håndterer følelser i bevegelsestimen, men de beskriver også at de oppøver større toleranse for og kontakt med egne følelser. Flere av informantene i vår studie beskriver bevegelsesformen som en motsats til tvangspreget trening.

Til vår kjennskap, har fire kvalitative studier undersøkt pasienters opplevelser i behandling av spiseforstyrrelser, hvor ulike bevegelsesformer utgjør en del av det terapeutiske opplegget. I de respektive studiene, beskriver forfatterne at pasienter har erfaringer som kan ligne på Frirom og Terapirom (Albertsen, 2017; Austad, 2018; Duesund & Skårderud, 2003; McIver et al., 2009), ved at informantene beskriver opplevelser av tilstedeværelse, i form av å glemme den dysfremtredende kroppen og rette fokus utover, eller å vende blikket innover og kjenne økt kontakt med seg selv. Ingen av disse har imidlertid etterstrebet å utforske bevegelseserfaringen i seg selv. Vi fant at de ulike erfaringsmodi ser ut til å være tilgjengelige i samtlige bevegelsesgrupper, til tross for at de er utformet på måter som lettere tilgjengeliggjør den ene over den andre. Vi mener at dette funnet understøtter argumentet til Engelsrud og Nordtug (2018), om at bevegelse oppleves unikt for den enkelte, slik at den idiosynkratiske meningsdanningen av bevegelsen er av større betydning for hvorvidt et «bevegelsestiltak» virker positivt inn på ens helse og velvære, enn bevegelsesformen eller tiltaket i seg selv.

Kolnes (2016) etterspør forskning som undersøker hvilken rolle fysiske aktiviteter og bevegelsespraksis kan ha i å utvikle en sammenhengende kropps- og selvopplevelse hos personer med spiseforstyrrelse. Hun, med flere, etterspør studier som kan øke forståelsen av hvordan trening (bevegelse) kan adresseres i behandling på meningsfulle måter (Kolnes,

2016; Kolnes & Rodriguez-Morales, 2016; Moola et al., 2015). Resultatene fra vår undersøkelse utgjør på mange måter et svar på deres spørsmål. Med denne studien, fremheves muligheten for å fremme subjektivitet og de-objektivering gjennom bevegelse, i beskrivelsene av Frirom og Terapirom. Våre funn antyder at informantene opplever at de kan arbeide med sitt forhold til bevegelse, kroppserfaring eller utforske andre sider de anser som betydningsfulle for seg selv, i bevegelsesgruppe. Dette sier altså noe om *hva* pasienter opplever de kan arbeide med i bevegelsesterapi. Dette er i samsvar med Moola og medarbeideres (2015) undersøkelse, hvor informanter beskrev et ønske om å arbeide med bevegelse i behandling. En viktig nyanse fra vår studien, er funnet av at det å oppleve intense og vonde følelsetilstander i bevegelsestimer kan være fruktbart, og er ikke nødvendigvis negativt. Vi har ikke funnet beskrivelser av dette andre steder. Videre tilføyer studien viktig kunnskap til det forskningskliniske feltet ved å belyse *hvordan* pasienter oppfatter at det bevegelse blir hjelpsomt. Et vel så viktig funn er at resultatene også viser hvordan bevegelsesterapi kan fungere uheldig, og oppleves som forsterkende av spiseforstyrrelsen.

4.5 Metodologiske betraktninger

I avsnittene som følger vil vi gjøre rede for og diskutere metodiske styrker og svakheter ved studien, som er av betydning for funnenes gyldighet, troverdighet og generaliserbarhet. Vi vil først drøfte forhold knyttet til studiens metodiske design og forskernes refleksivitet. Deretter vil vi kommentere på studiens utvalg og konteksten for datainnsamlingen.

Bricolage-tilnærmingen til utforming av forskningsdesign, har sin styrke i at det åpner for å skreddersy undersøkelsesmetoder som best mulig belyser emnet som skal studeres, og derigjennom fremme validitet (McLeod, 2003). En fare ved en slik tilnærming, er at undersøkelsen blir fragmentert, eller for komplisert, hvilket kan svekke kommunikativ og pragmatisk validitet (Kvale & Brinkmann, 2015). Den håndverksmessige kvaliteten kunne også forringes, om de teoretiske valgene vi tok var for dårlig fundert. For å styrke disse validitetsaspektene, har vi etterstrebet metodisk og teoretisk kunnskapstilegnelse og refleksjon over slike spørsmål underveis i hele prosessen. For å sikre etterprøvnbarhet har vi i metodekapittelet søkt å gi en presis beskrivelse av vurderinger og valgte prosedyrer.

Argumenter for å innlemme deltakende observasjon i studien, var tanker om at erfaringene vi gjorde oss i bevegelsestimene kunne gi en større forståelse av fenomenet vi undersøker, og

fasilitere utforsking i intervjusituasjonen. Vår kjennskap til aktivitetene kunne tenkes å gjøre det lettere å ha meningsfull utveksling, og dermed åpne for å utforske ytterligere nyanser i opplevelsene. Denne data- og metodetrianguleringen (Biggerstaff, 2012), kan hevdes å styrke forskningsfunnenes validitet. Imidlertid kan en slagside ved denne tilnærmingen være at vi som intervjuerne, på bakgrunn av deltakelse i gruppen, utviklet en forstående holdning som begrenset nysgjerrig utforsking av visse områder. Det kan videre tenkes at vi kan ha påvirket informantene til å snakke mer om temaer som vi selv var opptatt av under observasjonene. En særlig bevissthet om å opprettholde en ikke-vitende holdning, og jevnlig refleksjon om forskernes forforståelser, er etterstrebet for å styrke intervjuenes reliabilitet. Mindre passasjer i intervjuene der vi likevel hadde stilt ledende spørsmål, ble tatt ut av analysene. Etersom resultatene fremgår som nyanserte og rike, og informantenes beskrivelser er forskjellige fra forskernes, til tross for at det også er en del overlapp, mener vi at observasjonene ikke utgjør en svakhet for studien.

Forøvrig kan det også innvendes at deltakelsen var for kort og begrenset til at vi kunne tilegne oss den forståelsen vi søkte (Fangen, 2010). Både etiske og metodiske overveielser lå til grunn for valget om å delta én gang hver i de ulike bevegelsesgruppene. Vi vurderte det som viktigere at å begrense det potensielle stresset som vår deltakelse kunne medføre for pasientene, og at vår deltakelse i minst mulig grad påvirket behandlingen. Vi fikk likevel et innblikk i bevegelsesterapien, som vi oppfatter har vært nyttig for å forstå informantenes opplevelser bedre, og fruktbart for videre bearbeiding av datamaterialet til ferdigstilling av teksten.

Overordnet kan vi spørre i hvilken grad undersøkelsen er preget av forskers idiosynkratiske perspektiv på verden. Særlig kan det stilles spørsmål ved hvilken betydning vår forforståelse knyttet til egen bevegelseserfaring har for utformingen og bearbeidingen av datamaterialet, samt at en av forfatterne har hatt et arbeidsforhold ved den aktuelle behandlingsinstitusjonen. Med vår egen begeistring og fascinasjon for bevegelse, har vi vært oppmerksomme på faren for selektiv fortolkning og ensidig vektlegging av positive beskrivelser av bevegelsesaktiviteten. Flere grep er gjort for å fremme validitet, gjennom å bevisstgjøre oss forforståelsens rolle, deriblant forskertriangulering (Biggerstaff, 2012) og nedtegnelser av egne forventninger og forforståelser før generering av empirisk materiale startet. Vi har erfart å bli opptatt av ulike aspekter i det empiriske materialet, og har gjennom dialog og forhandling utviklet felles fortolkninger. Et slikt samarbeid og intersubjektiv enighet mellom

to, styrker analysenes troverdighet. Forskervalidering er videre ivaretatt gjennom drøfting av fortolkningene med veiledere (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi forstår funnene i studien som komplekse og mener det taler for undersøkelsens validitet.

Utvalget i denne studien er basert på et prinsipp om tilgjengelighet. En følge av dette er at kjønn er skjevt representert i denne studien. Det gjenspeiler kjønnsfordelingen i den kliniske populasjon, men sannsynligvis ikke den reelle forekomst av spiseforstyrrelser hos menn i befolkningen, som anslås å være høyere (Andersen & Holman, 1997; Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007; Muise, Stein, & Arbess, 2003). Vi kan ikke utelukke at det aktuelle behandlingsstedets behandlingsfilosofi og arbeidsmåter kan ha påvirket informantenes forståelse og meningsdannelser. I så fall kan dette begrense funnenes analytiske generaliserbarhet (Kvale & Brinkmann, 2015). En styrke ved studien, er at vi har funnet mønstre på tvers av opplevelser i tre ulike terapigrupper, hvor bevegelsesformene og rammene er svært forskjellige. Vi anser det også som en styrke ved studien at vi har inkludert informanter med stor variasjon i spiseforstyrrelses-problematikk, og funnet mønstre i opplevelsene på tvers av diagnosekategori. Dette argumentet taler for at funnene kan ha overføringsverdi til andre personer med spiseforstyrrelser i bevegelsesgrupper i andre bevegelsessammenhenger.

4.6 Videre veier for forskning

På et overordnet plan, anser vi det som vesentlig at det gjøres flere studier som utforsker pasienters opplevelse av behandling for spiseforstyrrelser, især med bevegelsesbasert terapi. Dette for å øke det empiriske grunnlaget, slik at pasientperspektivet i større grad kan innlemmes i utforming av behandlingstilbud og retningslinjer, jamfør prinsippene for evidensbasert behandling (American Psychiatric Assosiation, 2006; Peterson et al., 2016; Rønnestad, 2008)

Både de mulige mønstrene som vi observerte i datamaterialet (s. 25) og funnene vi har presentert, kan antyde fokusområder for videre forskning. Vi anser at dybdestudier på prosess og utvikling i bevegelsesgrupper over tid, kan være fruktbart å utforske, med hensyn til å belyse betydningsfulle prosessvariabler og endringsmekanismer. For eksempel vil det være særdeles viktig å forstå bedre hvordan pasienter kan hjelpes ut av Ekkorommet, slik at deltakelsen i bevegelsesterapien kan bli noe nytt og nærende. Ettersom Frirommet virker å

være et lite utforsket i behandlingssammenheng, kan økt forståelse av dets terapeutiske verdi, potensielt kunne ha stor klinisk nytteverdi. Videre ser vi det også som en mulighet at det kan finnes flere former for bevegelsesrom, som ikke har fremkommet av datamaterialet i denne undersøkelsen. Vi tror at betydningen av intersubjektivt samspill og gruppeprosesser over tid kan være relevant å studere videre. Kanskje finnes det også et ekspressivt «Uttrykksrom»? Til sist vil vi nevne at samspillet mellom bevegelsesterapi og samtaleterapi bør undersøkes, slik at kunnskap om dette kan legge føringer for utforming av behandlingstilbud i fremtiden.

5 Konklusjon

Denne eksplorerende studien er den første til å belyse opplevelser av ulike former for bevegelsesterapi, hos pasienter med ulike spiseforstyrrelsesdiagnoser. Undersøkelsen bidrar med viktig kunnskap til det forskningskliniske feltet ved å belyse *hva* pasienter oppfatter at de kan arbeide med i bevegelsesterapi. Resultatene viser at det er potensiale for å arbeide med kroppserfaring, forholdet til bevegelse, og å utforske andre sider ved seg selv, i denne behandlingstilnærmingen. Videre belyser studien *hvordan* pasienter oppfatter at bevegelse blir hjelpsomt. Nye og nærende erfaringer gjennom bevegelse synes å bli tilgjengelig, først når de kjenner seg trygge nok. Ulike former for støtte, for eksempel tydelighet og tilpasning, bidrar til at det blir trygt. At det foreligger en klar plan for ivaretagelse når det som beveger seg kjennes overveldende, bidrar også til psykologisk trygghet og forsvarlighet. Resultatene viser videre hvordan bevegelsesterapi kan fungere uheldig, og oppleves som forsterkende av spiseforstyrrelsen, dersom støtten ikke er tilstrekkelig i forhold til deltakerens behov. Åtte kliniske implikasjoner foreslås på bakgrunn av den teoretiske og empiriske diskusjonen av funnene.

Vår studie peker i retning av at bevegelse i terapigruppe kan være en vei til å fremme subjektivitet, på måter som oppleves meningsfulle. Vi finner at pasienter på ulike måter kan erfare å være mer tilstede som seg selv, om det er ved å rette oppmerksomheten ut mot de andre eller inn mot seg selv. Dermed kan vi si at denne studien taler for potensialet og verdien av bevegelse som tilnærming i behandling av spiseforstyrrelser. Undersøkelsen utgjør således et viktig bidrag i diskusjonen om hva behandling av spiseforstyrrelser skal være.

Videre undersøkelser kan supplere, utdype og utvide forståelsene fremskaffet i denne studien. Samlet mener vi at studien løfter frem en lite benyttet tilnærming som kan ha stort potensiale i behandling av spiseforstyrrelser.

Litteraturliste

- Albertsen, M. (2017). *Kroppserfaring i terapi og dagligliv: På vei fra kroppen som problem til mulighet - En fenomenologisk longitudinell studie av pasienter med overspinningslidelse sine erfaringer med Basal Kroppskjennskap* (Masteroppgave). Hentet fra: <http://bora.uib.no/handle/1956/16810?locale-attribute=no>
- American Psychiatric Association, A. P. (2006). APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. doi: 10.1037/0003-066X.61.4.271
- American Psychiatric Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5. utg)* Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Andersen, A. E. & Holman, J. E. (1997). Males with eating disorders: Challenges for treatment and research. *Psychopharmacology Bulletin*, 33(3), 391-397.
- Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C. & Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 156-167. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.009>
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731. doi: doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.74
- Austad, B. L. (2018). *Kroppen - en fiende? Kroppsopplevelse og endring av denne hos personer med sykkelig overvekt* (Masteroppgave). Norges teknisk-naturvitenskapelig universitet, Trondheim.
- Bardone-Cone, A. M., Harney, M. B., Maldonado, C. R., Lawson, M. A., Robinson, D. P., Smith, R. & Tosh, A. (2010). Defining recovery from an eating disorder: Conceptualization, validation, and examination of psychosocial functioning and psychiatric comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*, 48(3), 194-202. doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.11.001>
- Bell, L. (2003). What can we learn from consumer studies and qualitative research in the treatment of eating disorders? *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 8(3), 181-187.
- Berg, M. (2010). *Bevegelse som intervensjon of kilde til terapeutisk endring* (Masteroppgave). Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/18125/Bevegelse.HO.Berg.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Berkman, N. D., Lohr, K. N. & Bulik, C. M. (2007). Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 293-309. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.20369>
- Beumont, P. J., Arthur, B., Russell, J. D. & Touyz, S. W. (1994). Excessive physical activity in dieting disorder patients: proposals for a supervised exercise program. *International Journal of Eating Disorders*, 15(1), 21-36. doi: [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199401\)15:1<21::AID-EAT2260150104>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199401)15:1<21::AID-EAT2260150104>3.0.CO;2-K)
- Biggerstaff, D. (2012). *Qualitative Research Methods in Psychology*. I D. G. Rossi (Red.), *Psychology - Selected Papers* (s.175-206) Hentet fra: <http://www.intechopen.com/books/psychology-selected-papers/qualitative-research-methods-in-psychology>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders- Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. USA: Basic Books.
- Bulik, C. M. (2014). The challenges of treating anorexia nervosa. *The Lancet*, 383(9912), 105-106. doi: DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61940-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61940-6)
- Børsum, K. (2014). *Psykomotorisk fysioterapi som en del av behandlingen for pasienter med spiseforstyrrelser* (Masteroppgave). Hentet fra: <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/6581/thesis.pdf?sequence=2>
- Calogero, R. M. & Pedrotty, K. N. (2004). The practice and process of healthy exercise: an investigation of the treatment of exercise abuse in women with eating disorders. *Eating Disorders*, 12(4), 273-291. doi: <https://doi.org/10.1080/10640260490521352>
- Carei, T. R., Fyfe-Johnson, A. L., Breuner, C. C. & Brown, M. A. (2010). Randomized controlled clinical trial of yoga in the treatment of eating disorders. *Journal of Adolescent Health*, 46(4), 346-351. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.08.007>
- Carter, J., Blackmore, E., Sutandar-Pinnock, K. & Woodside, D. (2004). Relapse in anorexia nervosa: a survival analysis. *Psychological Medicine*, 34(4), 671-679. doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291703001168>
- Carter, O., Pannekoek, L., Fursland, A., Allen, K. L., Lampard, A. M. & Byrne, S. M. (2012). Increased wait-list time predicts dropout from outpatient enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50(7-8), 487-492. doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.03.003>
- Chantler I., Szabo, C., & Green, K. (2006). Muscular strength changes in hospitalized anorexic patients after an eight week resistance training program. *International Journal of Sports Medicine*, 27(08), 660-665. doi: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-2005-865812>
- Cook, B. Wonderlich, S. A., Mitchell, J., Thompson, R., Sherman, R., & Mccallum, K. (2016). Exercise in eating disorders treatment: systematic review and proposal of guidelines. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 48(7), 1408-1414. doi: 10.1249/MSS.0000000000000912
- D'Abundo, M. & Chally, P. (2004). Struggling with recovery: Participant perspectives on battling an eating disorder. *Qualitative Health Research*, 14(8), 1094-1106. doi: <https://doi.org/10.1177/1049732304267753>
- Dahlgren, C. L., Stedal, K. & Wisting, L. (2017). A systematic review of eating disorder prevalence in the Nordic countries: 1994–2016. *Nordic Psychology*, 1-19. doi: <https://doi.org/10.1080/19012276.2017.1410071>
- Dahlgren, C. L., Wisting, L. & Rø, Ø. (2017). Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of eating disorders*, 5(1), 56. doi: <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0186-7>
- Danielsen, M. & Rø, Ø. (2012). Changes in body image during inpatient treatment for eating disorders predict outcome. *Eating Disorders*, 20(4), 261-275. doi: <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0186-7>
- Dawson, L., Rhodes, P. & Touyz, S. (2014). “Doing the impossible” the process of recovery from chronic anorexia nervosa. *Qualitative Health Research*, 24(4), 494-505. doi: <https://doi.org/10.1177/1049732314524029>
- De la Rie, S., Noordenbos, G., Donker, M. & Van Furth, E. (2008). The quality of treatment of eating disorders: a comparison of the therapists' and the patients' perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 41(4), 307-317. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.20494>
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (1999). *The SAGE handbook of qualitative research* (3 utg.). Thousand Oaks CA: SAGE publications.

- Duesund, L. & Skårderud, F. (2003). Use the body and forget the body: Treating anorexia nervosa with adapted physical activity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8(1), 53-72. doi: <https://doi.org/10.1177/1359104503008001007>
- Eddy, K. T., Tabri, N., Thomas, J. J., Murray, H. B., Keshaviah, A., Hastings, E., . . . Keel, P. K. (2017). Recovery From Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa at 22-Year Follow-Up. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(2), 184-189. doi: 10.4088/JCP.15m10393
- Engelsrud, G. (2005a). Bevegelse som utforskning og utfoldelse. *Fysioterapeuten* (7),15-19. Hentet fra: <http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Bevegelse-som-utforskning-og-utfoldelse>
- Engelsrud, G. (2005b). The lived body as experience and perspective: methodological challenges. *Qualitative Research*, 5(3), 267-284. doi: <https://doi.org/10.1177/1468794105054455>
- Engelsrud, G. (2006). *Hva er KROPP* (1 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Engelsrud, G. & Nordtug, B. (2018). Begrepsforståelse i og for fysioterapi- hva er "psykisk" og hva er "fysisk" helse? *Fysioterapeuten*, 85(3), 30-33. Hentet fra: <http://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-3-18/30/>
- Engelsrud, G. & Nordtug, B. (2016). Boken som mangler, ord som går på tomgang og sykt flinke jenter: Kunnskap og helse. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 40(3-19). doi: 10.18261/issn.1891-1781-2016-03-04-0210.18261
- Escobar-Koch, T., Banker, J. D., Crow, S., Cullis, J., Ringwood, S., Smith, G., . . . Schmidt, U. (2010). Service users' views of eating disorder services: an international comparison. *International Journal of Eating Disorders*, 43(6), 549-559. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.20741>
- Eshkevvari, E., Rieger, E., Longo, M. R., Haggard, P. & Treasure, J. (2014). Persistent body image disturbance following recovery from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 47(4), 400-409. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.22219>
- Espeset, E. M., Gulliksen, K. S., Nordbo, R. H., Skårderud, F. & Holte, A. (2012). The link between negative emotions and eating disorder behaviour in patients with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, 20(6), 451-460. doi: 10.1002/erv.2183
- Espeset, E. M., Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H., Skårderud, F. & Holte, A. (2012). Fluctuations of body images in anorexia nervosa: patients' perception of contextual triggers. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(6), 518-530. doi: <https://doi.org/10.1002/cpp.760>
- Espeset, E. M., Nordbø, R. H., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., Geller, J. & Holte, A. (2011). The concept of body image disturbance in anorexia nervosa: an empirical inquiry utilizing patients' subjective experiences. *Eating Disorders*, 19(2), 175-193. doi: <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.551635>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2 itg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N. & Hedlund, S. (2006). Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 87-100. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.20215>
- Frisch, M. J., Franko, D. L. & Herzog, D. B. (2006). Arts-based therapies in the treatment of eating disorders. *Eating Disorders*, 14(2), 131-142. doi: <https://doi.org/10.1080/10640260500403857>

- Gadamer, H.-G. (2003). *Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Geller, J., Williams, K. D. & Srikaneswaran, S. (2001). Clinician stance in the treatment of chronic eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 9(6), 365-373. doi: <https://doi.org/10.1002/erv.443>
- Goodsitt, A. (1997). Eating disorders: A self-psychological perspective. I D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Red.), *Handbook of treatment for eating disorders* (s. 205-228). New York, NY, US: Guilford Press.
- Gordon, R. A. (2001). Eating disorders East and West: A culture-bound syndrome unbound. I M. Nasser, M. A. Katzman & R. A. Gordon. *Eating disorders and cultures in transition*, (s. 1-16).
- Goss, K. & Gilbert, P. (2014). Eating disorders, shame and pride: A cognitive-behavioural functional analysis. I P. Gilbert & J. Miles (Red.), *Body Shame* (s. 233-269) East Sussex: Routledge.
- Gulliksen, K. S. (2014). *Anorexia Nervosa: Patients' perspective of Pathways to AN, Wish to recover, First treatment contact and Preferred therapist characteristics* (Doktoravhandling), Universitetet i Oslo, Oslo.
- Gulliksen, K. S., Espeset, E. M., Nordbo, R. H., Skarderud, F., Geller, J. & Holte, A. (2012). Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: the patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 45(8), 932-941. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.22033>
- Hall, A., Ofei-Tenkorang, N. A., Machan, J. T. & Gordon, C. M. (2016). Use of yoga in outpatient eating disorder treatment: a pilot study. *Journal of eating disorders*, 4(1), 1-8. doi: <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0130-2>
- Halmi, K. A. (2013). Perplexities of treatment resistance in eating disorders. *BMC Psychiatry*, 13(1), 292. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-292>
- Hausenblas, H. A., Cook, B. J. & Chittester, N. I. (2008). Can exercise treat eating disorders? *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 36(1), 43-47. Hentet fra: https://journals.lww.com/acsm-essr/Fulltext/2008/01000/Can_Exercise_Treat_Eating_Disorders_.9.aspx
- Hay, P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005–2012. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 462-469. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.22103>
- Hay, P., Bacaltchuk, J., Stefano, S. & Kashyap, P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4). Hentet fra: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000562.pub3/abstract>
- Hay, P. J., Claudino, A. M., Touyz, S. & Elbaky, G. A. (2015). Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7). Hentet fra: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003909.pub2/abstract>
- Helsedirektoratet (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. Oslo: Direktoratet. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Helverskov, J. L., Clausen, L., Mors, O., Frydenberg, M., Thomsen, P. H. & Rokkedal, K. (2010). Trans-diagnostic outcome of eating disorders: A 30-month follow-up study of

- 629 patients. *European Eating Disorders Review*, 18(6), 453-463. doi: <https://doi.org/10.1002/erv.1025>
- Higbed, L. & Fox, J. R. (2010). Illness perceptions in anorexia nervosa: A qualitative investigation. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(3), 307-325. doi: <https://doi.org/10.1348/014466509X454598>
- Hoek, H. W. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 336-339. Hentet fra: https://journals.lww.com/co-psychiatry/fulltext/2016/11000/Review_of_the_worldwide_epidemiology_of_eating.4.aspx
- Hoek, H. W. & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.10222>
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358. doi: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Karlsen, K. E., Vrabel, K., Bratland-Sanda, S., Ulleberg, P. & Benum, K. (2018). Effect of yoga in the treatment of eating disorders: A single-blinded randomized controlled trial with 6-months follow-up. *International journal of yoga*, 11(2), 166-169. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5934953/>
- Keel, P. K. & Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 195-204. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.20810>
- Keel, P. K. & Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 433-439. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.22094>
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H., Linna, M., Raevuori, A., Sihvola, E., Bulik, C., . . . Kaprio, J. (2009). Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychological Medicine*, 39(5), 823-831. doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291708003942>
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Sihvola, E., Raevuori, A., . . . Rissanen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry*, 164(8), 1259-1265. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06081388>
- Keski-Rahkonen, A. & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 340-345. Hentet fra: https://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/2016/11000/Epidemiology_of_eating_disorders_in_Europe__5.aspx
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., . . . Benjet, C. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904-914. doi: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>
- Kjelsås, E., Bjørnstrøm, C. & Gøtestam, K. G. (2004). Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14–15 years). *Eating behaviors*, 5(1), 13-25. doi: [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(03\)00057-6](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(03)00057-6)
- Klein, J. & Cook-Cottone, C. (2013). The effects of yoga on eating disorder symptoms and correlates: A review. *International Journal of Yoga Therapy*, 23(2), 41-50. Hentet fra: <http://iajyjtjournals.org/doi/abs/10.17761/ijyt.23.2.2718421234k31854?code=iajyt-site>

- Kolnes, L.-J. (2016). 'Feelings stronger than reason': conflicting experiences of exercise in women with anorexia nervosa. *Journal of eating disorders*, 4(1), 1-15. doi: <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0100-8>
- Kolnes, L.-J. (2017). Exercise and physical therapy help restore body and self in clients with severe anorexia nervosa. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 21(3), 481-494. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2016.09.005>
- Kolnes, L.-J. & Rodriguez-Morales, L. (2016). The meaning of compulsive exercise in women with anorexia nervosa: An interpretative phenomenological analysis. *Mental Health and Physical Activity*, 10, 48-61. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2015.12.002>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Leder, D. (1990). *The absent body*. Chicago: University of Chicago Press.
- Leijssen, M. (2006). Validation of the body in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 46(2), 126-146. doi: <https://doi.org/10.1177%2F0022167805283782>
- Lichtenstein, M. B., Christiansen, E., Elklit, A., Bilenberg, N. & Støvring, R. K. (2014). Exercise addiction: a study of eating disorder symptoms, quality of life, personality traits and attachment styles. *Psychiatry Research*, 215(2), 410-416. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.11.010>
- Linardon, J. & Wade, T. D. (2018). How many individuals achieve symptom abstinence following psychological treatments for bulimia nervosa? A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 51(4), 287-294. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.22838>
- Lindvall Dahlgren, C. & Wisting, L. (2016). Transitioning from DSM-IV to DSM-5: A systematic review of eating disorder prevalence assessment. *International Journal of Eating Disorders*, 49(11), 975-997. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.22596>
- Løkke, P. A. (2014). Jenters stumme raseri-i diagnosenes tidsalder. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(9), 767-772. Hentet fra: <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2014/767-772.pdf>
- Martin, R. A. & Ford, T. (2018). *The psychology of humor: An integrative approach* (2. utg.). London: Academic press.
- McIver, S., O'Halloran, P. & McGartland, M. (2009). Yoga as a treatment for binge eating disorder: a preliminary study. *Complementary Therapies in Medicine*, 17(4), 196-202. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2009.05.002>
- McLeod, J. (2003). Qualitative Research Methods in Counselling Psychology. I R. Woolfe, W. Dryden & S. Sheelagh (Red.), *Handbook of counselling psychology*. (2. utg., 74-92). London: SAGE.
- Meekums, B., Vaverniece, I., Majore-Dusele, I. & Rasnacs, O. (2012). Dance movement therapy for obese women with emotional eating: A controlled pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 39(2), 126-133. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.02.004>
- Mehler, P. S., Krantz, M. J. & Sachs, K. V. (2015). Treatments of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of eating disorders*, 3(1), 15. doi: <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0041-7>
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi* (2 ed.). Oslo: Pax Forlag.
- Minde, Å. & Storeng, U. S. (1994). *Fra kokong til sommerfugl. Metamorfose gjennom billedterapi hos kvinner med alvorlige spiseforstyrrelser*. Oslo: ad Notam Gyldendal.
- Moola, F. J., Gairdner, S. & Amara, C. (2015). Speaking on behalf of the body and activity: investigating the activity experiences of Canadian women living with anorexia nervosa. *Mental Health and Physical Activity*, 8, 44-55. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2015.02.002>

- Moola, F. J., Gairdner, S. E. & Amara, C. E. (2013). Exercise in the care of patients with anorexia nervosa: a systematic review of the literature. *Mental Health and Physical Activity*, 6(2), 59-68. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2013.04.002>
- Muise, A. M., Stein, D. G., & Arbess, G. (2003). Eating disorders in adolescent boys: a review of the adolescent and young adult literature. *Journal of Adolescent Health*, 33(6), 427-435. doi: [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(03\)00060-0](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(03)00060-0)
- Neumark-Sztainer, D. (2014). Yoga and eating disorders: is there a place for yoga in the prevention and treatment of eating disorders and disordered eating behaviours? *Advances in Eating Disorders*, 2(2), 136-145. <https://doi.org/10.1080/21662630.2013.862369>
- Ng, L., Ng, D. & Wong, W. (2013). Is supervised exercise training safe in patients with anorexia nervosa? A meta-analysis. *Physiotherapy*, 99(1), 1-11. doi: <https://doi.org/10.1016/j.physio.2012.05.006>
- Nilsen, M., Danielsen, M. & Grønlund, G. E. (2005). Fysioterapi og spiseforstyrrelser(Klinisk veileder). Hentet fra: http://nsfsf.no/wp-content/uploads/2015/12/fysioterapi_og_spiseforstyrrelser.pdf
- Nordbø, R. H., Espeset, E. M., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., Geller, J. & Holte, A. (2012). Reluctance to recover in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 60-67. doi: <https://doi.org/10.1002/erv.1097>
- Nordtug, B. (2008). *Spiseforstyrret subjektivitet idet reflektivt moderne* (Doktorgradsavhandling). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
- Oddli, H. W. & Kjøs, P. (2013). Å gjøre endring relevant - alliansen som knutepunkt. I K. Benum, E. D. Axelsen & E. Hartmann (Reds.), *God psykoterapi. Et integrativt perspektiv* (s. 194-215). Oslo: Pax forlag A/S.
- World Health Organization (1993). F 50 Eating disorders. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Hentet fra: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#F50.8>
- Panksepp, J. (2004). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford: Oxford university press.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2. utg.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Paxton, S. J. & McLean, S. A. (2010). Treatment for Body-Image Disturbances. I C. M. Grilo & J. E. Mitchell (Red.), *The treatment of eating disorders. A clinical handbook* (s. 471-486). New York: The Guilford Press.
- Pellizzer, M. L., Waller, G. & Wade, T. D. (2018). Body image flexibility: A predictor and moderator of outcome in transdiagnostic outpatient eating disorder treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 51(4), 368-372. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.22842>
- Peterson, C. B., Becker, C. B., Treasure, J., Shafran, R. & Bryant-Waugh, R. (2016). The three-legged stool of evidence-based practice in eating disorder treatment: research, clinical, and patient perspectives. *BMC Medicine*, 14(1), 1-8. doi: <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0615-5>
- Pettersen, G. (2007). *Eating disorders. Studies of understanding and recovery* (Doktorgradsavhandling). Norwegian University of Science and Technology, Trondheim.
- Prince, R. & Thebaud, E. (1983). Is anorexia nervosa a culture-bound syndrome? *Transcultural Psychiatric Research Review*, 20(4), 299-302. doi: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/136346158302000419>
- Probst, M., Majewski, M., Albertsen, M., Catalan-Matamoros, D., Danielsen, M., De Herdt, A., . . . Kjølstad, G. (2013). Physiotherapy for patients with anorexia nervosa.

- Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 1(3), 224-238. doi: <https://doi.org/10.1080/21662630.2013.798562>
- Qian, J., Hu, Q., Wan, Y., Li, T., Wu, M., Ren, Z. & Yu, D. (2013). Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai archives of psychiatry*, 25(4), 212. doi: <https://dx.doi.org/10.3969%2Fj.issn.1002-0829.2013.04.003>
- Reas, D. L. & Rø, Ø. (2018a). Less symptomatic, but equally impaired: Clinical impairment in restricting versus binge-eating/purging subtype of anorexia nervosa. *Eating behaviors*, 28, 32-37. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.12.004>
- Reas, D. L. & Rø, Ø. (2018b). Time trends in healthcare-detected incidence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in the Norwegian National Patient Register (2010–2016). *International Journal of Eating Disorders*. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.22949>
- Rice, J. B., Hardenbergh, M. & Hornyak, L. M. (1989). Disturbed Body Image in Anorexia Nervosa: Dance/Movement Therapy Interventions. I L. M. Hornyak & E. K. Baker (Red.), *Experiential Therapies for Eating Disorders* (s. 252-278). London: The Guilford Press.
- Rosenvinge, J. H. & Pettersen, G. (2015). Epidemiology of eating disorders part II: an update with a special reference to the DSM-5. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 3(2), 198-220. doi: <https://doi.org/10.1080/21662630.2014.940549>
- Rosenvinge, J. H., Sundgot Borgen, J. & Børresen, R. (1999). The prevalence and psychological correlates of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating among 15-year-old students: a controlled epidemiological study. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 7(5), 382-391. doi: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0968\(199911\)7:5%3C382::AID-ERV309%3E3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0968(199911)7:5%3C382::AID-ERV309%3E3.0.CO;2-W)
- Rugseth, G. (2011). *Overvekt som livserfaring. Et empirisk-teoretisk kunnskapsbidrag*. Oslo: The Medical Faculty, University of Oslo.
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(4), 444-454. Hentet fra: http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=43727&a=2
- Sannem, G. & Gulliksen, K. S. (2002). *Kvinner md rusproblemer: En kvalitativ undersøkelse av nærrelasjoners mening. Dybdeintervjuer med 15 kvinner i behandling for injeksjonsbruk* (Hovedoppgave). Universitetet i Oslo, Oslo.
- Schaumberg, K., Welch, E., Breithaupt, L., Hübel, C., Baker, J. H., Munn-Chernoff, M. A., . . . Ghaderi, A. (2017). The Science Behind the Academy for Eating Disorders' Nine Truths About Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(6), 432-450. doi: <https://doi.org/10.1002/erv.2553>
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J. & Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa: friend or foe? *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 177-186. doi: <https://doi.org/10.1002/erv.2553>
- Sheets-Johnstone, M. (2010). Why is movement therapeutic? *American of Dance Therapy*, 32(1), 2-15. Hentet fra: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10465-009-9082-2.pdf>
- Siegel, D. J. (2010). *The mindful therapist: A clinician's guide to mindsight and neural integration*. New York: WW Norton & Company.
- Skårderud, F. (2009). Bruch revisited and revised. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 17(2), 83-88. doi: <https://doi.org/10.1002/erv.923>
- Skårderud, F. (2016). Kroppen i snakksalige rom. I A. K. Bergem (Red.), *Kroppen i psykoterapi* (s. 103-123). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Skårderud, F., Rosenvinge, J. H. & Gotestam, K. G. (2004). Spiseforstyrrelser - en oversikt. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 124(15), 1938-1942. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2004/08/tema-spiseforstyrrelser/spiseforstyrrelser-en-oversikt>
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2010). Å ta kroppen på ordet. Spiseforstyrrelser og selvskadning. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd & E. Stänicke (Red.), *Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn* (s. 370-397). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skårderud, F., Sommerfeldt, B. & Fonagy, P. (2012). Den reflekterende kroppen. Mentalisering og spiseforstyrrelser. *Mellanrummet. Tidsskrift for barn og ungdomspsykoterapi*, 26, 1-21. Hentet fra: <http://www.mellanrummet.net/nr26-2012/Artikel-Den-reflekterande-kroppen.pdf>
- Smink, F. R., Van Hoeken, D. & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*, 14(4), 406-414. Hentet fra: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs11920-012-0282-y.pdf>
- Smink, F. R., van Hoeken, D. & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 26(6), 543-548. Hentet fra: https://journals.lww.com/co-psychiatry/Abstract/2013/11000/Epidemiology,_course,_and_outcome_of_eating.5.aspx
- Smith, J. A., Flower, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis - Theory, Method and Research*. London: SAGE Publications Ltd.
- Stark, A., Aronow, S. & McGeehan, T. (1989). Dance/Movement Therapy with Bulimic Patients. I L. M. Hornyak & E. K. Baker (Red.), *Experiential Therapies for Eating Disorders* (s.121-143). London: The Guilford Press.
- Steinhausen, H.-C. (2009). Outcome of eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 225-242. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.013>
- Steinhausen, H.-C. & Weber, S. (2009). The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1331-1341. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040582>
- Stern, D. N. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Stern, D. N. (2010). *Forms of vitality*. Oxford: Oxford university press.
- Strober, M., Freeman, R. & Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10–15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 22(4), 339-360. doi: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199712\)22:4%3C339::AID-EAT1%3E3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199712)22:4%3C339::AID-EAT1%3E3.0.CO;2-N)
- Strober, M. & Johnson, C. (2012). The need for complex ideas in anorexia nervosa: Why biology, environment, and psyche all matter, why therapists make mistakes, and why clinical benchmarks are needed for managing weight correction. *International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 155-178. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.22005>
- Stänicke, E., Varvin, S. & Stänicke, L. I. (2013). Følelser og pasientens subjektive opplevelse: Et psykoanalytisk perspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(8), 772-780. Hentet fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=329083&a=2
- Thien, V., Thomas, A., Markin, D. & Birmingham, C. L. (2000). Pilot study of a graded exercise program for the treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 101-106. doi: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(200007\)28:1%3C101::AID-EAT12%3E3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(200007)28:1%3C101::AID-EAT12%3E3.0.CO;2-V)
- Thompson, J. K. (2004). The (mis) measurement of body image: ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. *Body Image*, 1(1), 7-14. doi: [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00004-4](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00004-4)

- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington DC, US: American Psychological Association. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/10312-000>
- Thompson, J. K., Roehrig, M., Cafri, G. & Heinberg, L. J. (2005). Assessment of body image disturbance. I Mitchell J. E. & Peterson C. B (Red.), *Assessment of eating disorders* (s. 175-202). London: The Guilford Press.
- Thøgersen, U. (2004). *Krop og fænomenologi. En introduktion til Maurice Merleau-Pontys filosofi*. Århus: Systime academic.
- Tolle, E. (1995). *Det er nå du lever. En veiviser til åndelig opplysning*. Oslo: N. W. Damm & Søn.
- Treasure, J., Leslie, M., Chami, R. & Fernández-Aranda, F. (2018). Are trans diagnostic models of eating disorders fit for purpose? A consideration of the evidence for food addiction. *European Eating Disorders Review*, 26(2), 83-91. doi: <https://doi.org/10.1002/erv.2578>
- Twomey, C. D., Baldwin, D. S., Hopfe, M. & Cieza, A. (2015). A systematic review of the predictors of health service utilisation by adults with mental disorders in the UK. *BMJ open*, 5(7), 1-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007575>
- Vall, E. & Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 946-971. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.22411>
- van Furth, E. F., van der Meer, A. & Cowan, K. (2016). Top 10 research priorities for eating disorders. *The lancet psychiatry*, 3(8), 706-707. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30147-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30147-X)
- Van Manen, M. (1998). Modalities of body experience in illness and health. *Qualitative Health Research*, 8(1), 7-24. doi: <https://doi.org/10.1177%2F104973239800800102>
- Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Soundy, A., Adámkova, M., Skjaerven, L. H., . . . Probst, M. (2014). A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disability and Rehabilitation*, 36(8), 628-634. doi: <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.808271>
- Vandereycken, W. (2002). History of anorexia nervosa and bulimia nervosa. I F. C.G. & B. K.D. (Red.), *Eating disorders and obesity – a comprehensive handbook* (2. utg. S. 151-154)). London: The Guilford Press.
- Vandereycken, W. (2006a). Denial of illness in anorexia nervosa—a conceptual review: part 1 diagnostic significance and assessment. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 14(5), 341-351. doi: <https://doi.org/10.1002/erv.721>
- Vandereycken, W. (2006b). Denial of illness in anorexia nervosa—a conceptual review: part 2 different forms and meanings. *European Eating Disorders Review*, 14(5), 352-368. doi: <https://doi.org/10.1002/erv.722>
- Vanderlinden, J., Buis, H., Pieters, G. & Probst, M. (2007). Which elements in the treatment of eating disorders are necessary 'ingredients' in the recovery process?—A comparison between the patient's and therapist's view. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 15(5), 357-365. doi: <https://doi.org/10.1002/erv.768>
- Vist, G. E., Jung, S., Straumann, G. H., Ding, K. Y. & Reinar, L. M. (2016). *Cognitive behavior therapy compared to other psychotherapies for treatment of bulimia nervosa* (Systematic review: Folkehelseinstituttet) Hentet fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/rapport_2016_bulimi_kognitiv_terapi.pdf

- Vitousek, K., Watson, S. & Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18(4), 391-420. doi: [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00012-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00012-9)
- Walsh, B. T. (2008). *Recovery from eating disorders*. London, England: SAGE Publications UK
- Westmoreland, P., Krantz, M. J. & Mehler, P. S. (2016). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. *The American journal of medicine*, 129(1), 30-37. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.06.031>
- Westwood, L. & Kendal, S. (2012). Adolescent client views towards the treatment of anorexia nervosa: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(6), 500-508. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01819.x>
- Williams, S. E., Watts, T. K. & Wade, T. D. (2012). A review of the definitions of outcome used in the treatment of bulimia nervosa. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 292-300. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.006>
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Wonderlich, S., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Myers, T. C., Kadlec, K., LaHaise, K., . . . Dinkel, J. (2012). Minimizing and treating chronicity in the eating disorders: a clinical overview. *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 467-475. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.20978>
- Zachrisson, H. D., Vedul-Kjelsås, E., Götestam, K. G. & Mykletun, A. (2008). Time trends in obesity and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 41(8), 673-680. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.20565>
- Zandian, M., Ioakimidis, I., Bergh, C. & Södersten, P. (2007). Cause and treatment of anorexia nervosa. *Physiology and Behavior*, 92(1-2), 283-290. doi: <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.05.052>
- Øiestad, G. (2009). *Selvfølelsen*. Oslo: Gyldendal.
- Østerberg, D. (1994). Innledning. I M. Merleau-Ponty (Red.), *Kroppens Fenomenologi* (V-XII). Oslo: Pax forlag.

Appendiks 1

Appendiks 1.1

Det som beveger seg i bevegelsesterapien

Linje 1: Fra hemmet til fri

Hemmet  Fri

De fleste informantene forteller om opplevelser i bevegelsestimene hvor de kjenner på selvusikkerhet og bekymring for de andres blikk på og vurdering av en selv. De beskriver hvordan det utspiller seg i timene, at de kjenner seg hemmet. Eksempler på dette er:

«Hvis jeg initierer noe da, og det ikke speiles i de andre. At jeg på en måte ikke får noe respons, så blir jeg veldig usikker på meg selv. Veldig usikker på meg selv. Da blir det liksom sånn, «okei, hva tenker de om meg nå, er jeg teit nå, gjør jeg noe galt, eh, er det noe jeg burde gjort annerledes, synes de jeg er dum?»

«Med en gang det blir fritt (aktivitetene), så er det veldig vanskelig. Jeg vet på en måte ikke hva jeg skal gjøre. Så ja, da blir jeg låst med en gang»

«Ingen av oss tør å gjøre store bevegelser».

Samtlige informanter beskriver også opplevelser av det motsatte, at de har øyeblikk hvor de kommer forbi selvusikkerhet. Informanter forteller om hvordan dette manifesterer seg i form av at de opplever seg mer fri i bevegelsestimene. For eksempel uttrykker en det som at «*da kan jeg strekke armene uten å tenke over det*». En annen informant omtaler et slikt øyeblikk som befriende:

«Vi-, hadde en slags interaksjon, hvor det bare var totalt-, da var jeg løssluppen, og helt sånn... gjorde akkurat det jeg følte for. Og brydde meg ikke om resten. Jeg brydde meg ikke så mye om hva de andre tenkte, da. Eller om hva jeg gjorde. Om jeg gjorde feil, så var det sånn «pff, skitt samma liksom!» Og det var veldig godt.»

Linje 2 og 3: Fra skam og selvforakt til stolthet og selvmedfølelse

Skam  Stolthet

Selvforakt  Selvmedfølelse

Mange informanter forteller at de kommer i kontakt med skam og selvforakt i bevegelsestimene. Følelsene er ofte knyttet til forholdet de har til kroppen sin. Bevegelser ser ut til å vekke slike reaksjoner på ulike måter. Informantene forteller at de kan føle seg mislykket når de ikke mestrer konkrete øvelser, eller føler seg synlige med kroppen:

«Det er frustrerende, med de tingene som man i utgangspunktet tenker er så superlett, men så går det ikke. (...) Det var en sånn balanseøvelse der man skal stå på en fot, og så blei de der'e, hva man skal si, «får det ikke til»-, «mislykka»- ... tankene litt sånn overveldende. (...) akkurat der og da, så er det akkurat som det kommer en sånn skyllebølge (...) av en følelse, men jeg vet liksom ikke hvilken følelse det er. Om det er skam, eller. (...) Så jeg prøvde veldig hardt å undergrave det, men plutselig så bare begynte tårene å trille. Det blir

veldig sånn kroppsfokus, mot meg sjøl, da. Tanker om at man er for stor, eller er en mislykka spiseforstyrret person som ikke er tynn, og det blir så synlig når man er rundt andre.»

«...Jeg pleier ikke ta av meg til t-skjorte, men det ble så varmt. Så da tenker jeg veldig mye på det. At jeg ikke kan stå sånn og sånn eller sette meg sånn og sånn, eller snu meg med ryggen til den og den, altså-, ja. (...) Da, da kommer det masse. Både flauhet og... Jeg kjenner mye på skam i forhold til hvordan... Altså-, kroppen min.»

Noen informanter beskriver at de har hatt gode øyeblikk av mestringsfølelse og stolthet når de overkommer utfordrende bevegelser i timene:

“Jeg husker første gangen jeg klarte hodestående (...) jeg følte på en sånn syk mestring, og så husker jeg at jeg var så stolt, og glad.”

«Man skal vri hånda si litt og så skal man ha.. Det er jo kjempevanskelig – hodet skal slappe av og så skal skulderen bak og så skal rumpa opp og... nei, det er kjempevanskelig. Det er masse å tenke på. Men det er bare din egen kropp. Det er ikke noe redskaper og... Det... Det er bare jeg selv som får det, liksom... Får det til å, skje. Og når det skjer, og du får liksom virkelig puste ordentlig, ja du kjenner at du er åpen – da er det helt fantastisk.»

En annen informant beskriver hvordan hen, som et unntak, ivaretok seg selv og hadde selvomsorg ved å sette grenser og regulere egen deltakelse i en time:

“Det var en gang jeg hadde vondt i magen. Og da sa jeg ifra om det og tok det aktivt litt roligere gjennom gruppa da. Og det ble jo litt lettere også å tillate meg selv å ikke være like, ehm... energisk hele tiden, på en måte, når jeg hadde sagt ifra om det på forhånd.

Et uttrykk for selvomsorg kan være å innta en mer romslig holdning til seg selv. En informant forteller om dette som kontrast til å presse seg selv, og at det gir tilgang på nye måter å delta i timen på:

“Etter hvert så lærte jeg meg å ha en litt mer romslig holdning til meg selv, at jeg tenkte at det er greit å synes at dette er ukomfortabelt, og at det tar tid å komme inn i det på en måte. At jeg var ny og måtte gi meg selv tid til å bli vant til det og sånn. Og da ble det mye lettere med en gang, egentlig, og morsommere å være med også. Fordi jeg pressa meg ikke til å få det til, men det kom mer innenfra.

Linje 3: Fra fjern til engasjert

Fjern  Engasjert

For noen blir den slitne og sultne kroppen for dominerende i opplevelsen av timen. Informanter beskriver at det er frustrerende og vondt å ha det slik. De lengter bort fra timen, det blir vanskelig for dem å være tilstede og de føler seg fjerne:

«Jeg følte meg egentlig ganske fortvila. Ehm. Fordi jeg følte jeg liksom jeg måtte være der og komme meg igjennom den timen, men energinivået strakk virkelig ikke til. Så det føltes ganske uoverkommelig, men... tok det jo litt sånn minutt for minutt, tenkte at det-, «tiden må gå..», på en måte, «.. man blir jo ferdig til slutt». Da var jeg jo mer fokusert på klokka og å komme meg igjennom, enn ... ja, å være tilstede og få utbytte av det, da. (...) Det er kanskje først og fremst fordi jeg blir så sulten, på en måte, at kroppen i seg selv... trenger mat. Og da begynner man jo å tenke mer på mat automatisk, det blir en indre uro som er der hele tiden. Så jeg merker jo det, at det er vanskeligere å fokusere på andre ting, at jeg lettere faller ut,»

Andre beskrivelser vitner om at informanter kjenner på engasjement og god tilstedeværelse i bevegelsestimen:

“Jeg har trivdes veldig godt med det i bedre perioder, da. Ehm, jeg har hatt mer overskudd til å, på en måte slenge meg litt mer på og kanskje være der ... med hele meg, på en måte, i tankene og med kroppen, åpenbart(ler litt), men-. Ja, men liksom er med og klarer å ... være litt leken. Ja, ha overskudd til å ha det gøy, egentlig.”

Linje 5: Fra kjedsomhet og irritasjon til glede, lekenhet og iver

Irritert



Glede

Informanter fra samtlige bevegelsesgrupper sier at de kan oppleve å kjede seg, eller at de blir irriterte i timene. Disse tilstandene kan rettes mot seg selv eller andre, de kan være knyttet til spesifikke aktiviteter, eller det kan kjennes som en grunnleggende stemning som preger hele timen:

«...sånn helt i starten etter å ha sittet i ring og snakket, så skulle vi bare gå rundt og bevege oss, og det synes jeg var litt kjedelig og, og liksom ustrukturert, da»

«Det jeg husker best fra forrige time, er egentlig bare at jeg ble ikke noe irritert. For jeg blir veldig, blir veldig fort irritert der inne»

Mange informanter beskriver også at de har øyeblikk hvor de kjenner at de har det gøy i timene, og at de kommer i kontakt med glede og lekenhet:

«Det var en gang, (...)vi begynte å jage hverandre. Jeg var aldri den som jaga, for det synes jeg ble flaut. Det ble kjempebarnslig, og veldig-, veldig lekete. Det var litt morsomt! Og da var alle med på det.»

Linje 6: Fra engstelig til trygg

Engstelig



Trygg

Engstelse og uro er noe flere informanter forteller at de får kontakt med i bevegelsestimene. Noen kjenner seg mer engstelig i enkelte aktiviteter:

“Jeg synes det er litt skummelt. Og så er det litt utfordrende for meg at (terapeuten) skal holde meg (...) jeg er redd for at jeg er for tung og at hen skal få vondt i ryggen (...) Så det er som jeg stiver littegrann av, fordi jeg både er redd (for å lene meg bakover) og stole på at hen holder meg.”

En informant beskriver at hen blir engstelig når det kommer nye deltakere til gruppa:

“Jeg blir veldig sånn, urolig og nervøs inni meg. Er nok ikke like med i aktiviteten, på en måte.

Flere uttrykker også at de kjenner seg trygge i bevegelsestimene. Dette kommer til uttrykk på hvordan de tar plass og beveger seg i timen. En sier:

“... Og da kjentes det veldig fint-, eller jeg følte en veldig seier med at jeg turte å si ja til å prøve. Jeg hadde egentlig hatt lyst en stund, og så etter hvert, så klarte jeg å si at “ja, jeg har lyst til å prøve”.”

Linje 7: Fra fortvilelse til ro

Fortvilelse

Ro

Flere informanter uttrykker at de blir fortvilet på ulike måter i bevegelsestimene. En informant kjenner at en utydlig og sterk følelse melder seg, men holder den tilbake:

“Det er veldig rart, noen ganger kan jeg få en bølge av en sånn voldsom følelse (...) Det har ikke vært noen sånn klar sammenheng med at jeg har følt meg utsatt eller noe, når det skjer. Jeg klarer å la vær, men den følelsen kan komme noen ganger, at jeg får veldig lyst til å hylgrine”

En annen informant beskriver at hen kommer i kontakt med tristhet ved å se andres uttrykk for denne følelsen. Det blir som en måte å oppdage og slippe til følelser i seg selv:

“Hen som var på matta ved siden av meg, begynte å gråte, og det var en sånn dag hvor jeg allerede var veldig sliten, i utgangspunktet... Og da bare kjente jeg at da ble jeg så utrolig sliten, kroppen min var bare skikkelig tung. Og det endte jo med at jeg måtte legge meg ned sjøl også, begynte å grine jeg også. (...) Jeg var jo sliten. Sliten og lei meg.(...) Hvis jeg ser at andre er triste, hvis noen begynner å gråte, så kan jeg ofte bli det sjøl også, fordi det er sånn, jeg husker bare «oh, shit, det er jo jeg også!»

For en del av informantene, blir det å få kontakt med tristhet i timen en god opplevelse, og de uttrykker at de kjenner en behagelig ro etterpå:

Selv om jeg er trist-, det er jo lov å føle seg trist, men man regulerer seg. Man vet at det passerer. Det er en sinnsro da. En tilstedeværelse som jeg hvert fall ikke har lett for å oppnå.

...og så var det å ligge der i noen minutter og slappe av. Og da har man ikke, jeg i hvert fall, har ikke lyst til at det skal, at man skal være ferdig. For det er litt deilig og trygt og godt og rolig å ligge sånn. (...) Det er som om det er en sånn ro i rommet. Eh ... og i meg sjøl, i hvert fall i noen minutter.

Sitater som underbygger temaet “Støtte”

Stillasstøtte

1. Tydelighet. Når det er tydelig for dem hva oppgaven er, forteller informantene at det er lettere å begi seg i gang med arbeidet og at det kjennes tryggere. Slik uttrykker et par seg:

«I prinsippet liker jeg at det er instruksjoner, eller det er jo tryggere å forholde seg til, og du vet hva du skal gjøre.»

«Hvis instruksjonen er... carte blanche, altså hvis det er, «gjør hva du vil», (...) så er ikke det så lett.»

Informantene forteller om å få instruksjoner som er tydelige nok, både verbalt, men også gjennom terapeutens modellering:

«Når vi har hatt sånn at vi skal gjøre akkurat det hen gjør, da er det greit. Da gjør jeg akkurat som hen gjør. (...) Da er det ingen problem å ha hendene over hodet og springe rundt, på en måte. (...) Da er det helt nydelig. Fordi da gjør alle det, siden vi skal gjøre det. Jeg skiller meg ikke ut og det ser ikke ut som jeg prøver på noe jeg ikke kan.»

Flere informanter uttrykker at instruksjon med berøring oppleves tydelig. En forteller:

«Og så synes jeg det er veldig bra å gi instruksjon med berøring. Det er selvfølgelig fint at de spør ”Er det greit at jeg tar i deg”, men det er også en veldig fin måte å bli instruert på, altså uten ord.»

Også felles kjente rammer for aktiviteten, kan gjøre bevegelse tydelig og lettere tilgjengelig:

«Vi spilte (...) med en flat liten ball, og noen hadde på sokker, noen på sko, noen på tøfler. (...) Det virka som de andre også hadde det veldig gøy, fordi det var en sånn lavterskel type fotball, da, trengte ikke være god, for vi var jo mange inni et lite rom med sånn pløsete ball. Det var jo ikke noe reell konkurranse, egentlig.»

Når informantene opplever å forstå hvorfor de gjør de ulike bevegelsene og aktivitetene, kan det se ut som at de opplever økt tillit til opplegget i bevegelsesterapien og terapeuten. Flere informanter forteller at terapeuten tydeliggjør rasjonalen for det de gjør bevegelsesgruppa ved å eksplisitt snakke om det i timene, mens andre opplever det formidles mer implisitt, ved terapeutenes væremåte eller gjennom rammene. En forteller om terapeuten:

«hen kobler jo hele tiden bevegelsene med behandlingen. Hen starter gjerne gruppa med at: «I dag jobber vi litt med balanse». Og «balanse i bevegelsesarbeidet», så drar hen det ut og sier «balanse i de tingene dere har som er vanskelig.»

For noen oppleves ikke den terapeutiske rasjonalen tydelig nok, og det blir vanskelig å vite hvordan de skal forstå opplevelsene sine. Noen informanter uttrykker det slik:

«Jeg føler på en måte at det er veldig lite konkret for meg hva gruppa egentlig er, samtidig som vi gjør jo noe veldig konkret hver gang. Men ... så vet jeg jo ikke helt, liksom, akkurat dette hjelper det meg med, eller akkurat dette er bra eller negativt.»

«Kanskje litt av utfordringa er at det ikke er helt konkret nok for meg, hva vi jobber med her. Det blir litt sånn (...) vanskelig å fatte, da.»

2. Tilpasning. Kompetent skreddersøm til pasientgruppa vekker tillit til at ”det er rom for meg” og gjør at aktivitetene kjennes treffende. Enhver kan delta med sitt utgangspunkt. En av informantene opplever at denne tilpasningen bidrar til at hen får arbeidet med sentrale aspekter ved det hen strever med:

«Det ER stor forskjell på å være med i gruppa her og grupper andre steder. Fordi at de tankene som man kanskje ofte har i forbindelse med spiseforstyrrelse, eller selvhøvet man kan ha til egen kropp, det blir det på en måte tatt mer hensyn til. Jeg opplever ofte at de instruksjonene vi kan få eller tips eller ting å tenke på underveis, er ofte liksom tilpassa sånne type tanker som, ikke bare jeg, men mange andre også har(...) Og at man kanskje får litt ekstra back-up på de tingene som er ganske vanlige for flere av oss. Og de instruksjonene er ofte veldig viktige (...) Det er liksom noe med å ha muligheten til å bruke bevegelsesterapien til å jobbe med de tankene som ofte kommer, eller følelsene eller det som har med selvhøvet for egen kropp. Og som er veldig viktig, å få litt sånn ytre støtte på. Fordi det er liksom noe som veldig ofte kommer og er veldig vanskelig å stå imot helt alene.»

Tilpasning av aktivitet til den enkeltes forutsetninger og dagsform, sørger for at bevegelsesformen blir passe stor utfordring, og fremmer følelse av at det er rom for meg, uansett:

«(...) hvis jeg ikke klarer å komme opp i bro helt aleine, så får jeg hjelp av hen til å klare å holde rundt ankene hens, istedenfor at hendene står nedi.(...) Og sånn er det med mange av øvelsene, som egentlig er for vanskelige å få til aleine, og så får man litt den «Å ja, men jeg kan jo klare det etter hvert, hvis jeg bare får litt hjelp på veien.» « (...) man får litt sånn trygghet og veiledning, og man kan prøve å utfordre seg uten at det blir altfor stort hopp, da.»

Noen opplever å ikke bli møtt med uforbeholden aksept og muligheter for tilpasning, selv om det uttrykkes at man kan delta slik man vil:

«Jeg har hatt et par episoder (..) hvor jeg enten har spist lite eller vært i dårlig humør (...), hvor jeg ikke har hatt lyst til å være med. De sier ingenting er feil å gjøre, men samtidig så er det feil å sette seg ned, ikke sant. (...) De prøver å trekke deg ut, ved flere anledninger, ikke sant, og tar sånn sett ikke et nei for et nei. Hadde det vært greit å gjøre absolutt hva man ville, så hadde hen spurt ”skal du være med?” og så hadde jeg sagt ”nei, det orker jeg ikke nå” og så hadde de latt det gå.»

3. Oppmuntring. Et flertall av informantene forteller at det er betydningsfullt å oppleve at andre formidler håp og tro på at de kan klare utfordringene. Mange snakker om at fellesskapet med de andre pasientene kjennes oppmuntrende. En forteller:

«Så handler det også litt om fellesskap. Og utfordre seg sjøl til å, være i kontakt med kroppen og, men også sammen med andre som, også kanskje synes at de tingene er vanskelige, og at vi på en eller annen måte jobber litt sammen også, at vi liksom heier litt på hverandre»

Mange av informantene trekker frem terapeutens omsorgsfulle invitasjoner til utforskning og oppmuntring, som viktig. Dette kan skje både verbalt og nonverbalt. En forteller:

«Hen er, på en måte så varm og nær med oss, på en sånn oppmuntrende, trygg måte. Veldig opptatt av at vi gjerne skal prøve å pushe oss, men ikke for langt. At vi gjerne har en tendens til å strekke strikken litt lenger enn vi burde. Og passer på oss litt, på en måte, med omsorg, synes jeg i hvert fall da, som er veldig fint.»

En forteller at det har vært avgjørende at terapeuten aktivt inkluderte hen i aktiviteten.

«Kanskje det aller viktigste er at (terapeuten(e)) er inkluderende, og hjelper, de som kanskje er litt usikre eller nye til å, på en måte komme inn i det og føle seg trygge, da. Om det så bare er å kaste en ball med dem. Så har hvert fall det vært en stor hjelp for meg. Sånn at jeg slapp å føle på at jeg stod på sidelinja og ikke turte å være med.»

Terapeutens autentiske deltakelse “på gulvet”, trekkes frem av flere som betydningsfullt:

« (...) hvor mye behandlerne er med og hva de gir av seg selv (er viktig). Hvor ekte man på en måte føler at det er. Hvis de bare hadde stått der da, eller sitter på sida, så hadde det vært veldig vanskelig. Men når de er med, så er det i hvert fall en barriere som er litt brutt, da. At de også kan være der, ikke sant, sånn som resten av oss.»

4. Anerkjennelse av og aksept. Mange av informantene sier at de kjenner seg sett, forstått og akseptert av terapeuten og de andre i gruppa. Det synes betydningsfullt at terapeuten anerkjenner og hjelper dem å gjøre de dominerende opplevelsene deres til arbeidsmateriale i bevegelsesterapien. En slik hjelp kan være avgjørende for hvorvidt de opplever at de tilstandene de kommer i kontakt med blir noe utviklende. En forteller at terapeuten hjelper hen å berøre noe viktig:

«når jeg ligger på ryggen, så er det akkurat som jeg ikke egentlig slapper av i skuldrene. Så hen (terapeuten) presser gjerne litt på skulderne, (...) presser det liksom ned, sånn rolig, for å få slappe helt av, da. Og til meg i dag så sa hen sånn at jeg måtte prøve å ikke være så streng med meg sjøl, og at hen så at jeg syntes det var vanskelig når jeg ikke fikk ting til, at jeg måtte prøve å tenke gode tanker, ikke gå rett inn i sånn kritikk. Og at hen håpet at etter hvert, så vil man jo bli flinkere til øvelsene, og kanskje klare å ha litt mer sånn ro i at det jeg gjør her og nå, det er godt uansett om jeg er den flinkeste eller er den dårligste, på en måte (...) som var fint, men så blei jeg litt lei meg igjen, da, for det er jo litt «spot on» det jeg synes er vanskelig.»

Noen informanter opplever behov for mer støtte i form av å få delt og anerkjent erfaringene:

«Bare kanskje ti minutter ekstra til den praten etterpå. Istedenfor et halvt minutt. For det er jo da en kjenner mye på ting, etter timen. Så kanskje få delt det med de som har vært der sammen med deg. Og høre om andre synes det er like jævlig, eller like fint (...) Kanskje jeg hadde fått litt mer ut av det da.»

Mange omtaler bevegelsesterapien som et ”ikkedømmende rom”. I denne sammenhengen oppleves terapeutenes aksepterende holdning betydningsfull for dem:

«De er veldig oppmerksomme og forståelsesfulle.(...) Det bare sånn, «ta det med ro, gjør sånn som du føler for». Hvis du ikke orker, kan du bare sitte og se på. (...) Så det er ikke noe press der. Jeg syns det er veldig greit, det å ikke måtte, være annerledes enn det man er.

«Terapeutene har en veldig aksepterende holdning overfor det som skjer, eller aldri noe sånn «oi, nå gjorde du noe rart». (...) Ingen kommer med noe store reaksjoner uansett. Og da blir man liksom ikke redd for den reaksjonen i samme grad.»

Flere gir uttrykk for det kjennes viktig å oppleve at terapeuten ikke gir dem opp. En forteller:

«Men da var det også, da kjentes det også veldig spesielt, at selv om det kjennes som det er vanskelig for meg, så gir hen meg liksom ikke opp. Det er jo alltid et valg. (Terapeuten) spør om det er noen som har lyst til å prøve, hen spør «(informantens navn), vil du prøve?». Og selv om det er sånn for meg, (skjelver i stemmen), så gir hen meg ikke opp. Så jeg får prøve flere ganger. Og selv om det er en storm inni meg, så sier hen liksom «men det gjør ingen ting» (ler litt). Og forklarer meg at hen har en egen teknikk (skjelver i stemmen), og

«det går bra» liksom, for hen å gjøre det. Så akkurat den øvelsen og det å få prøve det og oppleve det at det går an å bli holdt (hikster av gråt)»

Å oppleve å bli forstått og tålt av de andre i gruppa, uten å måtte snakke, kjennes av flere som viktig støtte:

«Det er folk som skjønner hvordan du har det. Fordi de ser jo, når du ikke har det så bra, ikke sant. Det er litt deilig. Du må ikke finne på unnskyldninger, på en måte. Og det tar veldig mye sånn press fra deg, at du ikke må spille, som du må utenom. Vi snakker aldri om (...) hva slags type sykdom (...) Det er veldig greit. Vi er i samme situasjon, alle sammen. Vi vet hvordan hverandre har det, på en måte. Det er det ingen andre som vet, som ikke er syk selv. Så det blir jo liksom en felles greie, da.»

Sikkerhetsnett

En informant gir uttrykk for å merke at sikkerhetsnettet er der. Hen kjenner seg ivaretatt ved at terapeuten gir hen relevante strategier for å regulere seg gjennom kroppen, og slik blir opplevelsen av å komme i kontakt med noe overveldende mer overkommelig:

«Og så var det veldig sterkt. Det kom liksom masse følelser etterpå, men så var det veldig trygt egentlig, for da fikk jeg beskjed om at nå kunne jeg prøve å sette meg opp og så bøye meg fremover, over beina, sånn at jeg kunne liksom lukke litt igjen. Så det var en veldig trygg arena, opplever jeg, da.»

En annen forteller om betydningen av å få hjelp til å regulere seg etter å oppleve sterke følelser i konfronterende arbeid: *«Man får lov til å kjenne på, og så får man også hjelp til å roe seg ned. Det har mye å si det, altså.»*

Å vite at terapeuten ser dem og setter grenser for dem når de trenger det, kjennes som et viktig sikkerhetsnett. En forteller:

«Hen er flink til å (...) se de behovene man har, da, både i å se at «oi, nå driver hen og pusher seg for langt», og roser det ene og passer på det andre, både å gi anerkjennelse, men også gi litt sånn trygghet, da, i at det er noen som sier at «nå er det bra nok, nå må du stoppe».

Erfarte mønstre av reaksjoner fra de andre kan kjennes som sikkerhetsnett. En forteller at det kjennes trygt å vite at de andre ikke invaderer grensene, men likevel forstår, når hen har det vanskelig:

«For det var en, en ved siden av meg, hen lå og gråt hele timen tror jeg, nesten. Jeg synes det var litt rart i begynnelsen. Men (...) Neste gang når det var min tur så tenkte jeg «det var ikke så farlig». (...) det beste er jo at, (jeg) tror alle i den gruppen har på et eller annet tidspunkt falt litt sammen slik jeg gjorde i dag. Det er ingen som kommer og sier sånn «Ååå» eller, stopper opp bevegelsene (...) Det er ikke noe flaut. Det at andre også knekker sammen er jo også en sånn at, vi blir en sånn tett familie da. Ikke at vi snakker med hverandre så mye om det, eller går og klapper på hverandre liksom, det er ikke den. Men...Man får et lite blick eller – ja, bitteliten kommentar «Ja, men det her gikk jo bra», eller...Man er sammen om det da.»

Noen opplever at sikkerhetsnettet er mangelfullt. For et fåtall av informantene fremgår det særlig problematisk at de strever med å regulere deltakelse etter hvor stort symptomtrykk de opplever. Det oppleves utydelig for dem hvordan de kan tematisere økt symptomtrykk og hvordan delta på gode måter i dårligere perioder. De beskriver frykt for reaksjoner på åpenhet om dette, og gir uttrykk for at de selv opplever ansvar for å ikke utvikle seg. Det at de ikke opplever tilgang på tilpassede måter å delta på i perioder med økt symptomtrykk, ser ut til å

bidra til at de holder seg kjente mestringsstrategier heller enn å utforske nye muligheter. Om bevegelsesgruppa forteller en:

«Det trigger litt den tvangstreningen, det er litt sånn «jeg orker egentlig ikke være med», men tankene sier «jeg må», eller «jeg burde bevege meg», og «kan ikke si nei til en treningsøkt», på en måte. Og det er jo ikke tanken bak gruppa i det hele tatt. (...) og det å finne glede i aktiviteten, den mister jeg litt.. Det blir mer sånn «jeg har forpliktet meg til å delta, så da deltar jeg» (...) Jeg synes det er vanskelig å drøfte med behandlere hvorvidt man da skal delta i bevegelsesgruppe, om det er lurt, da. Hvis man ikke føler man orker, hvordan sier man ifra om det? Hva sier man? Jeg ønsker som regel å si ifra om det, men jeg er av og til redd for at jeg må si mer. Hvis det hadde kommet frem at jeg var sliten fordi jeg ikke har spist nok, så føler jeg at det ikke er helt greit, eller at det har man jo et ansvar for å få til, og at da har jeg ikke fulgt opp den biten.»

At noen gir uttrykk for at de er usikre på hvordan de vil bli ivaretatt dersom det vekkes noe som de ikke klarer å håndtere på egenhånd i timene, ser vi også som et uttrykk for utilstrekkelig sikkerhetsnett:

«En av de andre i gruppa hadde en veldig vanskelig dag, og da måtte (bevegelsesterapeuten) sette seg med personen og prate. Noe som egentlig var både greit og forståelig. Det hadde vært mye verre om personen hadde blitt sittende aleine, uten å få noe hjelp. (...) Og da ble det litt sånn, «hva skal vi gjøre nå, med resten av oss?». Vi sto og kasta litt ball, litt sånn på måfå. Og så kom (co-terapeuten) opp med sånn «ja, nå skal vi prøve noe. Vi gjør sånn og sånn», og da gikk det på en måte greit.»

Et utvalg sammenfattede sitater fra forskerne om opplevelser fra deltakende observasjon i bevegelsesterapigruppene

Utsagn som tangerer mot “Det som beveger seg”

Begge forskerne beskrev uttrykk for å kjenne seg hemmet og selvbevisst i bevegelsestimene. En beskrev hvordan ønsket om ikke å skille seg ut, ble førende for bevegelsesformen:

Jeg kunne nok egentlig hatt lyst til å bevege meg mer, (...) men jeg prøvde å tune meg inn på det gruppa holdt på med, så jeg holdt igjen. Jeg ville ikke ta for mye oppmerksomhet (også fordi jeg er forsker i denne sammenhengen).

Forskernes opplevelsestilstander varierte også gjennom timen. En av forskerne beskrev hvordan positive og negative opplevelsestilstander vekslet:

Jeg ble flau - dummet meg ut i starten da jeg laget selvmål. Vekslet veldig mellom å føle meg klønete og ivrig.

Den andre beskrev en sammensatt opplevelse av deltakelse i bevegelsesterapien slik:

Jeg har mange spørsmål om det som har skjedd, og jeg kjenner nok det på kroppen. Jeg har en litt udefinert sitrende følelse i kroppen. Jeg har vært litt glad, hatt det litt hyggelig, men kjenner meg også litt tom, lurer litt på hva det var. Jeg tror det henger sammen med at det var så åpen struktur og flytende overganger. (...) Jeg lurte hele tiden på “Hvor er det vi skal hen? Hva er det neste?”, og innimellom så tenkte jeg “dette er jo gøy, og lekent og litt uforutsigbart, på en god måte”.

Forskerne beskrev øyeblikk med opplevd mestring og stolthet. En uttrykte det slik:

I andre øvelser kunne jeg kjenne at “dette går bra”. Jeg ble glad hvis det gikk fint, og kunne tenke at, “Ja, dette kjennes kjent ut”, nesten triumferende.

Begge opplevde også å kunne kjenne på ro i bevegelsesterapien. En opplevde det slik:

Mot slutten av timen var det nesten så jeg sovna, at jeg skikkelig slapp. Da var jeg mindre selvbevisst og kjente meg rolig, varm og myk.

Forskernes erfaringer som minner om frirom og terapirom, og personlig signifikante erfaringer som ligner “nytt og nærende”:

Begge forfatterne skildret erfaringer fra bevegelsesterapien som inneholder elementer tilsvarende det å bevege seg i et Terapirom. Et eksempel på dette er at en av forskerne opplevde å rette fokus innover og åpnet for å lytte til noe strevsomt i bevegelsesterapien. Forskeren beskrev at hun fikk kontakt med sårbarhet i kroppen og egen ambivalens for følelser gjennom å bevege seg i timen, og ved terapeutens berøring i timen;

Jeg ble litt lei meg underveis, for jeg kjente at jeg måtte mobilisere mye mer for å få til noen av øvelsene, eller på en annen måte enn før. Det kunne kjennes litt som å gjøre det for første gang, selv om bevegelsen egentlig er kjent. Mot slutten av timen hadde vi avspenning, og T dyttet skuldrene mine ned mot bakken mens jeg lå på ryggen. Det kjentes som å trykke en strikk, presse ned, men de vil ikke bli der. Etterpå hadde jeg et dypt sukk, og ble litt mer avslappa. Jeg tror det var da jeg begynte å bli tydelig trist. Jeg var veldig usikker på om jeg skulle slippe det til eller ikke. Hadde ikke lyst til å bli overveldet av følelser, ville spenne/slappe av. Kjente på at jeg var gjest, men tror jeg kunne ha tillatt meg å slippe det til hvis jeg hadde gått her over tid.

Videre erfarte begge øyeblikk av å bevege seg i et Frirom, preget av engasjement og lekenhet. En av forskerne uttrykte opplevelser tilsvarende det “huske seg selv”, som en personlig signifikant erfaring. Hun gjenoppgadet at hun har en sterk, energisk og vital kropp:

Etter timen er jeg varm, svett og kjenner litt sånn rush. Det er veldig positivt ladet, sånn “Åja, jeg lever!-følelse” - et nytt nivå av energi. Lenge siden.(...) Jeg kjente etter hvert at jeg fikk opp tempo i kroppen og beina, det har jeg ikke kjent på en stund. Beina måtte sparkes litt i gang.

Trygghet og støtte

Forskerne beskrev øyeblikk som opplevdes mindre trygge, og at det kunne kjennes som et ønske om mer stillasstøtte i form av tydelighet i rammene av aktiviteten. En sa:

Jeg lurte på “har vi begynt?” Det var ikke noen instruksjon, vi bare satte i gang. Utydelig start og slutt på timen. Det virket som de andre var mer kjent med gangen i det. Det ble ubehagelig for meg. (...) Jeg var usikker på hvordan jeg skulle forholde meg til de andre, særlig i pauser/ overganger.

En av forskerne beskriver hvordan stillasstøtte, i form av terapeutens oppmuntrende måte å gi instruksjon på, tilgjengeliggjør en leken bevegelsesmening:

Og så gjorde vi noen øvelser som var “for vanskelige”. T ga avvæpnende instruksjoner, så det var en leken stemning. Jeg oppdaget at jeg har glemt litt hvordan barn leker med bevegelse.

En av forskerne sier noe om at de andre i gruppa skaper trygghet gjennom anerkjennende samspill (stillasstøtte: anerkjennelse og aksept):

Likte best med timen at det var perioder hvor vi samarbeida bra og hadde godt sam/lagspill. Det ble mer gøy for meg når jeg var litt mer “med”/ fikk anerkjennelse fra de andre, en på laget..

En av forskerne beskriver hvordan selvbevissthet og hemmet bevegelsesform ble påvirket av “stillasstøtte”, i form av tydelighet i oppgave og fokus:

Jeg kunne kjenne at jeg var redd for at jeg bevegde meg for mye før selve timen starta, og kunne få tanker om hvor mye de andre legger merke til meg underveis i timen. (...) Jeg var litt lettet da vi skulle gå over til å gjøre andre øvelser (stående) - lettere å følge gruppas tempo. De virket så samstemte.

Bevegelsesformen og rammene for deltakelse kan fungere som en stillasstøtte i form av en slags tydelighet i at det som skjer i disse timene representerer noe annet. Deltakerne blir nødt til å lete etter en annen mening med bevegelsen enn trening. Forskeren sier det slik:

Det kjennes ikke så fysisk krevende som at det oppleves som en treningsøkt. Jeg tror man må lete etter en annen mening i disse timene. Kanskje det kan være det å vinne, få til noe, være et lag, samarbeide, vise raushet og kommunisere med laget.

Appendiks 2

Appendiks 2.1 Intervjuguide

Intervjuguide til prosjektet «*Hvordan oppleves bevegelsesorienterte terapigrupper i behandling av spiseforstyrrelser?*»

Introduksjon:

Hei. Jeg heter Benedicte Walle/Guro Anna Odden, jeg er psykologstudent og jobber med et forskningsprosjekt på Universitetet i Oslo. Tusen takk for at du vil være med som forskningsdeltaker. Det vi lurer på i dette prosjektet er hvordan det er å gå i når man har en spiseforstyrrelse. Siden du har erfaring med dette (spiseforstyrrelser og å delta i _____gruppen), tenker vi at ved å snakke deg kan vi forstå bedre hvordan dette oppleves. Vi tror det er viktig å forstå dette bedre, slik at man på sikt kan forbedre behandlingstilbudet til personer som strever med spiseforstyrrelser.

Intervjuet kommer til å ta mellom 60 og 90 minutter. Jeg har noen spørsmål jeg vil stille deg, og jeg ønsker at du forteller meg om dine egne erfaringer, opplevelser, tanker og følelser. Det finnes ingen riktige eller gale svar. Du velger selv hva du ønsker å fortelle om. Vi er interessert i både positive og negative, behagelige og ubehagelige opplevelser. Vi er opptatt av hvordan dette er for deg, og vil legge vekt på det du synes er viktig å få fram.

Jeg har ingen informasjon om deg fra før, utover at du har den erfaringen vi er interessert i å lære mer om. Det er helt frivillig å svare på spørsmålene, og du kan også trekke deg fra intervjuet når som helst. Du trenger ikke oppgi noen grunn hvis du ikke ønsker å svare på et spørsmål, eller hvis du vil trekke deg.

Jeg vil gjøre et lydopptak av samtalen vår. Det skal brukes til å analysere svarene. Lydfilene behandles og oppbevares slik at de kun er tilgjengelige for oss som er del av prosjektet, (dvs. Benedicte Harila Walle, Guro Anna Wyller Odden, Margrethe Seeger Halvorsen, Kjersti Solhaug Gulliksen og _____).

Det er viktig for meg at du forstår at jeg har taushetsplikt. Vi har ikke mulighet til å dele det du forteller oss med noen andre enn forskerteamet, heller ikke behandleren din. Informasjonen du deler med meg, vil anonymiseres slik at det ikke vil være mulig å spore det tilbake til deg i resultatene fra forskningen.

Har du noen spørsmål før vi starter?

Intervjuguide:

- Hvordan kjenner du deg nå, rett etter timen?
- Kan du fortelle om noen erfaringer fra timen i dag? F.eks. 3 øyeblikk/ episoder som var vesentlige/viktige for deg/gjorde inntrykk. Hva var det som gjorde dette spesielt for deg? Er dette slik det pleier av være? Hva var annerledes i dag? Hvordan kan du oppleve det andre ganger? Har du noen gang opplevd dette helt annerledes enn du gjorde/gjør i dag?
- Var det noe som var vanskelig eller utfordrende for deg i dag? Hva har vært vanskelig?
- Hva påvirket opplevelsen din av timen? (Er det noe utenfor deg, noe inni deg, noe i gruppa, noe som blir sagt, noe dere gjør, noe dere ikke gjør osv./ hva legger du merke til/ blir viktig for deg?)
- Er det øyeblikk fra timene ellers som står ut som enten negativt eller positivt?
- (Hvis de nevner noe som de skal "få til" e.l.: Hva er dette? Hva er det du holder på med/ ditt prosjekt? Hvorfor dette?)
- Hvor lenge har du gått i x-gruppa? Kan du beskrive hvordan du kom inn i x-gruppa?
- Hvorfor går du i x-gruppa?
- Hvis du skulle beskrive gruppa med bare ett ord, hvilket ord er det første du kommer på? Kanskje finnes det en farge, et bilde, en sang, et dyr, en rytme, en lukt eller noe annet som best beskriver gruppa for deg?
- Hva skjer med deg når du er i det?
- Er det til hjelp for deg? Hva kjennes hjelpsomt?
- Har opplevelsene dine i x-terapien endret seg over tid? (Hvordan? Hva tenker du det handler om? Er det noe som har skjedd?)
- Hva tenker du om at x-terapi er en del av behandlingstilbudet her? Hva tenker du om at det har et fokus på kropp? (evt: Når man har en spiseforstyrrelse, er det vanlig å ha utfordringer knyttet til opplevelser av sin egen kropp. Hvordan blir det for deg i x-terapien?) Hvordan opplever du at det henger sammen med resten av behandlingstilbudet?
- X-terapien baserer seg mye på bevegelse ifht andre typer behandlingstilbud, hvor man primært sitter og snakker - hva tenker du om det?
- Har du drevet med lignende type bevegelse (som i x-terapien) før? Forskjeller/likheter med det dere gjør i gruppa og det du har drevet med før?

Avslutning:

- Vil du anbefale det til andre?
- Har du noen råd å komme med til de som skal holde x-grupper i fremtiden?
- Noe du vil fortelle som jeg ikke har spurt deg om?
- Avslutningsvis ønsker jeg å stille deg noen korte, mer konkrete spørsmål:
 - Hvilket kjønn er du?
 - Hvor gammel er du?
 - Hvilken eller hvilke diagnoser har du i dag?
 - I hvilket tidsrom går du i behandling her?
 - Hvilken type samtaleterapi går du i ved siden av? (individual/gruppe?)
 - Hva er din høyeste fullførte utdanning?
 - Hva er din sysselsettingsstatus?
- Og helt til slutt, hvordan har det vært for deg å delta i intervjuet?

Observasjonsguide – bevegelsesprosjekt

Skriv ned/ tenk over før observasjonen: hvilke forventninger har jeg til gruppetimen?
Hvordan er dagsformen min?

Sensitiverende spørsmål (obs - begrenser fokus/leder vår interesse noe)

- Hvordan er ankomst og oppstart av aktiviteten?
- Hva er det som foregår i aktiviteten?
- Hva gjør folk i gruppa?
- Hvordan er det å være deltaker?
 - Hvordan opplever vi det selv? Føler, tenker, sanser (kroppsbevissthet)?
- Hvordan er stemninga i gruppa?
 - Relasjonelt/emosjonelt
 - Tid og rom?
- Hva legger jeg merke til? Hva trekkes oppmerksomheten min mot?
- Hva er det mennesker i denne settingen må vite for at de gjør det de gjør?
- Hvordan avsluttes aktiviteten?

Etter: observatøren blir intervjuet av prosjektmedarbeider, og det gjøres lydopptak av intervjuet.

Informasjon og forespørsel til terapeuter i bevegelsesgruppene ved (ANONYMISERT), i anledning hovedoppgaveprosjektet: “*Hvordan oppleves bevegelsesorienterte terapigrupper i behandling av spiseforstyrrelser?*”

Generell informasjon om forskningsprosjektet

Formålet med dette kvalitative forskningsprosjektet er å utforske hvordan pasienter med spiseforstyrrelser opplever det å delta i bevegelsesorienterte terapigrupper. Videre utforskes hvorvidt, og i så fall hvordan, samt under hvilke betingelser, bevegelse utgjør en terapeutisk faktor i behandlingen av spiseforstyrrelser, sett fra pasientens perspektiv. Gjennom semistrukturerte intervjuer av enkeltpersoner, og deltakelse i terapigruppene som pasientene går i, vil vi utforske nyanser av deltakernes opplevelse med gruppene. Studien har som formål å gi økt forståelse av hvordan det oppleves å benytte seg av et slikt terapeutisk supplement, og vil kunne belyse hvilken rolle denne type intervensjoner har i behandlingen av spiseforstyrrelser.

De bevegelsesorienterte terapigruppene vi ønsker å se nærmere på i denne studien, er danseterapi-, yogaterapi- og ballspill, ved (ANONYMISERT). For å danne seg et bilde av innholdet i bevegelsesgruppene og hvordan det kan oppleves å være med, vil de to prosjektmedarbeiderne Benedicte Walle og Guro Anna Odden delta i de tre gruppene, én gang hver. Dette skjer i ukene 44 - 48. Senere ønsker vi å intervju inntil 12 deltakere fra bevegelsesgruppene (evt. så mange som melder interesse). Vi ønsker at det er bevegelsesterapeutene som informerer om den deltakende observasjonen og informerer, samt rekrutterer deltakere til intervju. Det er Benedicte Walle og Guro Anna Odden som gjennomfører intervjuene. Intervjuene legges i tidsrommet etter bevegelsesgruppen, i egnet lokale på (ANONYMISERT), og vil skje i ukene 47 til og med 50 (eventuelt på nyåret).

Studien er et hovedoppgaveprosjekt ved profesjonsstudiet i psykologi ved Universitetet i Oslo. Prosjektet er vurdert av REK (Regional-etisk komite), og tilrådd av Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS. De involverte i prosjektet er:

- Prosjektmedarbeider Benedicte Harila Walle, psykologstudent ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Prosjektmedarbeider Guro Anna Wyller Odden, psykologstudent ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Margrethe Seeger Halvorsen, psykologspesialist, førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo, veileder i prosjektet.
- Kjersti Solhaug Gulliksen, psykologspesialist og veileder i prosjektet.

Vår forespørsel til deg gjelder følgende 3 punkter:

- o Vi ber om tillatelse til å delta i bevegelsesgruppa du leder, 1 gang hver.
- o Vi ber dere bistå oss i å innhente samtykke til at vi deltar.
- o Vi ber dere om å hjelpe oss med å rekruttere informanter til intervju.

Utfyllende om rekruttering og plan for gjennomføring følger på de 2 neste sidene.

Informasjon til behandlere som rekrutterer: Vi ber dere vennligst om å formidle dette til pasientene i bevegelsesgruppene. Det er viktig for oss at informasjonen gis så likt som mulig, slik at de har likt utgangspunkt for å ta stilling til ønske om samtykke og deltakelse.

Samtykke til deltakende observasjon. Vi ber om at terapigruppeleder sier følgende på slutten av timen i **uke 42 (yogagrappa), uke 45 (dansegrappa), uke 45 (ballgrappa)**

- **Informasjon:** To psykologstudenter fra UiO holder på med et **forskningsprosjekt** her på (ANONYMISERT). De heter Guro og Benedicte. Prosjektet handler om at de vil **undersøke hvordan dere opplever det å gå i de ulike bevegelsesgruppene** vi har her på huset (dvs, yoga- ballspill- og danseterapigrappa), som del av behandlingen for spiseforstyrrelse. I den anledning, har de lyst til å **være med i gruppene selv**, for å skjønne bedre hva det går ut på. Litt senere i høst, ønsker de å gjøre intervjuer om gruppene også. Mer informasjon om det kommer senere, men tenk gjerne på om dette kan være interessant for deg. I denne omgang har de lyst til å delta i gruppene, en gang hver. Formålet deres er å **kjenne på kroppen selv** hvordan det kan være i slike grupper. Dermed kan de beskrive gruppene bedre i oppgaven sin. De kommer **ikke til å registrere personopplysninger** om dere i forbindelse med delakelsen.
- **Tidspunkt: De ønsker å delta en gang hver: ____ og ____.**
- **Frivillig samtykke:** Det er **frivillig å si ja**, altså å samtykke til dette. Dere **kan også si nei, uten at det får noen konsekvenser for dere**. Gi i så fall beskjed til meg eller send melding til poliklinikkens mobiltelefon i løpet av uka (ved spørsmål: dersom noen ikke samtykker, kommer studentene ikke til å delta, og vi fortsetter som vanlig. Beskjeden vil gis videre anonymt). Dere samtykker ved å signere disse skjemaene (behandler deler ut skjemaer). Jeg **samler inn disse med signatur i dag og neste gang**.
- **Fordel:** Hvis dere samtykker, vil det gi oss anledning til å forstå bedre hva som “funger”, dere liker, og ikke. På sikt vil det kunne **bidra til å gjøre tilbudet bedre!**
- **Spørsmål:** Evt. **spørsmål** om prosjektet kan stilles **til en av prosjektmedarbeiderne**.

Uken mellom informasjon og deltakelse:

- Dersom noen ikke ønsker å levere samtykkeskjema, ønsker vi at dere uansett samler inn de som er. Vi ønsker at dere henvender dere til de som ikke samtykker og spør/ber dem bekrefte at de ikke ønsker at vi skal delta, for så å formidle at det er ok, og at det vil sendes ut en sms til gruppa fra poliklinikkens telefon som informerer om at forskningsmedarbeiderne ikke kommer til å delta likevel, og det skyldes administrative årsaker. (Dette for å begrense skyldfølelse)

Dersom noen av pasientene ikke er tilstede i løpet av de to gangene det informeres om prosjektet, ber vi dere om å ta kontakt med dem per telefon og opplyse om det samme.

Rekruttering til intervju. (Vi trenger minst 2 fra hver gruppe, helst flere) På slutten av timen i uke __ ber vi gruppeleder om å si følgende:

- **Introduksjon:** De to studentene som var her og deltok i gruppa, ønsker nå å intervju så mange som mulig av dere. Intervjuet vil handle om hvordan dere opplever gruppene. Dersom noen av dere kjenner Benedicte, som er hovedpraksisstudent her, vil det ordnes slik at dere intervjues av Guro. Det er for at dere skal stille likest mulig overfor hverandre i intervjusituasjonen.
- Det er kun de som jobber med prosjektet som har tilgang på det dere forteller i intervjusituasjonen. Altså, de har taushetsplikt også overfor alle behandlerne her. Deres behandlere er informert om prosjektet, men vil ikke få innsyn i det dere deler.

- Intervjuene kommer til å skje like etter gruppa, her på poliklinikken, og vil vare i litt over en time.
- Dere som vil delta kan komme og skrive under her (viser frem skriv), og føre opp telefonnummeret deres, slik at Guro og Benedicte kan kontakte dere og lage nærmere avtaler på telefon. Her ligger også mer informasjon om prosjektet. (samle inn til slutt).
- Fordeler for deltakerne:
 - Bidra til forskning på behandlingstilbud ved spiseforstyrrelser. Hvis dere samtykker, vil det gi oss anledning til å forstå bedre hva som fungerer. På sikt vil det kunne bidra til å gjøre tilbudet bedre!
 - Kanskje det kan kjennes fint å fortelle om deres opplevelse av gruppa?

Dersom noen av pasientene ikke er tilstede den uken det informeres om intervju, ber vi dere om å ta kontakt med dem per telefon og opplyse om det samme.

Informasjon til alle behandlere som har pasienter som deltar i bevegelsesgrupper:

Av etiske hensyn til informantene, ønsker vi at forskningsdeltakerne kan henvende seg til dere og få snakke om eventuelle reaksjoner på observasjonen/ intervjuet i perioden hvor vi samler inn datamateriale (uke 43-50), enten i individualterapi, gruppe, eller individuell samtale. Vi setter stor pris på om dere kan bistå oss med dette, men anser det som lite sannsynlig at det vil være behov. Dersom du har spørsmål om prosjektet, kan du henvende deg til en av prosjektmedarbeiderne. Benedicte H. Walle kan nås per epost: benedictewalle@gmail.com eller telefon: 98044422. Guro Anna Wyller Odden kan nås per epost på guroanna@gmail.com eller telefon: 90739724.

APPENDKS 2.4. Samtykkeskjema deltakende observasjon

Hovedoppgaveprosjekt: *Hvordan oppleves bevegelsesorienterte terapigrupper i behandling av spiseforstyrrelser?*

FORESPØRSEL OM SAMTYKKE TIL AT FORSKERNE DELTAR I _____ TERAPIGRUPPE

Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel til deg om å samtykke til at to av våre prosjektmedarbeidere over to terapiganger deltar i den bevegelsesorienterte terapigruppen du for tiden går i. Dette vil skje i forbindelse med en forskningsstudie som undersøker hvordan det er å delta i slike terapigrupper for mennesker med spiseforstyrrelser. Vi ønsker å oppnå økt kunnskap om dette ved å intervju personer som har erfaringer med slike grupper om deres opplevelse av dette, samt å delta i terapigruppene selv. Formålet med å delta aktivt selv, er at prosjektmedarbeiderne kan forstå bedre hva terapigruppene går ut på, og hvordan det kan kjennes. Denne måten å studere opplevelser på, kalles "deltakende observasjon" på forskningsteknisk språk. Beskrivelsene av våre opplevelser vil brukes for å understøtte intervjuer, som vil undersøke pasienters erfaringer med å gå i bevegelsesorientert terapigruppe for personer med spiseforstyrrelser. Til sammen danner dette grunnlaget for en oppgave/ artikkel som belyser temaet over. I første omgang, vil det danne grunnlaget for en hovedoppgave, som er avsluttende vitenskapelig arbeid for profesjonsstudenter i psykologi ved Universitetet i Oslo. På sikt ønsker vi å bruke opplysningene som grunnlag for artikkel i et vitenskapelig tidsskrift.

Hva innebærer samtykket til forskernes deltakelse terapigruppen?

Ditt samtykke vil innebære at terapigruppen du går i fortsetter som vanlig, samtidig som en av prosjektmedarbeiderne er tilstede i timen, for å delta i og oppleve terapigruppen. Prosjektmedarbeiderne deltar en gang hver. Vi vil ikke registrere personlige opplysninger om deg. Du regnes dermed *ikke* for å være *forskningsdeltaker* i prosjektet. Vi er interessert i å oppleve gruppen ved å være deltakere, og spør i den anledning om ditt samtykke til dette. Vi ønsker å delta i _____, den _____ og _____. Ditt samtykke gjelder for disse to timene.

Frivillig samtykke og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å samtykke til at terapigruppa. Du kan trekke tilbake ditt samtykke dersom du ønsker det. Det vil ikke påvirke din behandling dersom du ikke ønsker å samtykke til denne forespørselen.

Godkjenning: Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Informasjon om (utfall av) studien: Dersom du har spørsmål til prosjektet, eller ønsker en redegjørelse for resultatene fra studien, kan du kontakte prosjektleder, (ANONYMISERT)

Jeg samtykker til at Guro Anna Wyller Odden og Benedicte Harila Walle kan være tilstede og delta i terapigruppetimen, hver sin gang.

.....
Sted og dato Gruppetdeltakers signatur

APPENDIKS 2.5. Informasjonsskriv og samtykkeskjema til intervju

HVORDAN OPPLEVES BEVEGELSESORIENTERTE TERAPIGRUPPER I BEHANDLING AV SPISEFORSTYRRELSER?

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie. Studien søker å bidra til større forståelse av hvordan det er å delta i bevegelsesorientert terapigruppe for mennesker med spiseforstyrrelser. Vi ønsker å oppnå økt kunnskap om dette ved å intervju personer som har erfaring med slike grupper om deres opplevelse av dette, samt å observere terapigruppene. Til sammen danner dette grunnlaget for en oppgave/ artikkel som belyser temaet over. I første omgang, vil det danne grunnlaget for en hovedoppgave, som er avsluttende vitenskapelig arbeid for profesjonsstudenter i psykologi ved Universitetet i Oslo. På sikt ønsker vi å bruke opplysningene som grunnlag for artikkel i et vitenskapelig tidsskrift.

Hva innebærer studien?

Som deltaker i studien ønsker vi å intervju deg om dine erfaringer med å delta i en bevegelsesorientert terapigruppe i forbindelse med behandling av spiseforstyrrelse. Intervjuet varer i omtrent 60-90 minutter, og vil tas opp på en lydopptaker. Intervjuet foregår der du går i behandling, gjerne like etter en bevegelsesterapitime.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Ved å delta i studien gir du et verdifullt bidrag til å øke kunnskapen om hvordan det oppleves å delta i bevegelsesorienterte terapigrupper for personer med spiseforstyrrelser. Kunnskapen kan gi økt forståelse av hvordan et slikt behandlingstilbud fungerer, hva som kan være viktige elementer for de som deltar, og på den måten bedre behandlingstilbudet for mennesker med spiseforstyrrelser. Spørsmålene vi ønsker å stille deg handler om dine opplevelser. Du bestemmer selv hva du vil fortelle. Dersom du skulle oppleve at deltakelse i prosjektet gir deg noe ubehag, kan du snakke med din behandler på **(ANONYMISERT)** om dette.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder, **(ANONYMISERT)**, eller veileder Margrethe Seeger Halvorsen på telefonnummer: 22 84 52 05, eller epostadresse: m.s.halvorsen@psykologi.uio.no

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Det er kun de fem prosjektmedarbeiderne **(ANONYMISERT)**, Margrethe Seeger Halvorsen, Kjersti Solhaug Gulliksen, Guro Anna Wyller Odden og Benedicte Harila Walle) som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Informasjonen om deg vil slettes etter at studien er avsluttet og publisert. Frist for sletting av opplysninger vil være desember 2019.

Det vil kunne bli brukt sitater fra de beskrivelsene du gir i den publiserte studien. Disse vil være anonymisert slik at det ikke skal være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

OPPFØLGINGSPROSJEKT

Det er ønskelig for oss å kunne kontakte deg etter intervjuet, dersom vi ønsker utdypelser eller mer informasjon fra deg. I tillegg ønsker vi at noen som har deltatt i studien som informant, leser gjennom oppgaven før den skal innleveres, som en kvalitetssikring. Hvis du ikke ønsker å bli kontaktet etter intervjuet, kan du si ifra om det. Du trenger ikke oppgi noen grunn for dette.

GODKJENNING

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

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

Ytterligere informasjon om personvern finnes i kapittel B.

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A - Utdypende forklaring av hva studien innebærer

- Ved å si ja til å delta i denne studien gir du samtykke til å delta i et intervju som omhandler dine opplevelser av å gå i bevegelsesorientert terapigruppe for behandling av spiseforstyrrelser, og at beskrivelsene du gir brukes i en oppgave/artikkel som publiseres.
- Kriterier for å inkluderes i studien er å ha blitt diagnostisert med spiseforstyrrelse, og å ha deltatt i bevegelsesorientert terapigruppe som supplement til individual-/gruppeterapi.
- Intervjuet vil foregå på klinikken der du for tiden går i behandling, i løpet av høsten 2017/ vinter 2018. Intervjuet vil ta ca. 60-90 minutter.
- Din deltakelse kan bidra til en bedre forståelse av hvordan det oppleves å være deltaker i behandlingstilbudet for pasienter med spiseforstyrrelser, mer spesifikt bevegelsesorienterte terapigrupper. Du velger selv hva du ønsker å svare, og hvilke spørsmål du ønsker å svare på.
- Dersom du skulle oppleve ubehag knyttet til deltakelse i prosjektet, kan du ta kontakt med din behandler på **(ANONYMISERT)**. Behandlerne på poliklinikken er informert om dette.
- Dersom en eller flere deler av informasjonen i dette skjemaet endres, vil du informeres om dette slik at du har muligheten til å trekke din deltakelse dersom du ønsker det.
- Du kan når som helst, innen din deltakelse inngår i en analyse eller er publisert, trekke deg fra studien, også etter at intervjuet er gjennomført.

Kapittel B - Personvern

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er i form av de beskrivelsene du gir i intervjuet, personalia (alder, kjønn o.l.). Utover dette vil vi ikke ha tilgang til annen informasjon fra din journal. De fem prosjektmedarbeiderne som får innsyn i de opplysningene du oppgir i forbindelse med deltakelse i studien, har taushetsplikt. Dette gjelder også overfor behandlere på **(ANONYMISERT)**. **(ANONYMISERT)** er databehandlingsansvarlig.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

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

Informasjon om utfall av studien

Dersom du ønsker en redegjørelse for resultatene fra studien har du rett til dette. Kontakt **(ANONYMISERT)**

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato Signatur

Rolle i prosjektet

APPENDIKS 2.6. Samtykkeskjema telefonkontakt

Hovedoppgaveprosjekt: *Hvordan oppleves bevegelsesorienterte terapigrupper i behandling av spiseforstyrrelser?*

FORESPØRSEL OM SAMTYKKE TIL AT PROSJEKTMEDARBEIDERNE TAR KONTAKT VIA TELEFON.

Dette er en forespørsel til deg om å samtykke til at prosjektmedarbeiderne Benedicte Harila Walle og/ eller Guro Anna Wyller Odden kan kontakte deg på din telefon, for å gjøre avtale om tidspunkt for intervju i forskningsprosjektet «Hvordan oppleves bevegelsesorienterte terapigrupper i behandling av spiseforstyrrelser?».

Frivillig samtykke og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å samtykke til å bli kontaktet via telefon. Du kan trekke tilbake ditt samtykke dersom du ønsker det.

Dersom du har spørsmål om prosjektet, kan du henvende deg til Guro Anna Wyller Odden, på telefonnummer: 90739724

Jeg samtykker til at Guro Anna Wyller Odden og Benedicte Harila Walle kan ta kontakt med meg på telefonnummer for å avtale tidspunkt for intervju.

.....
Sted og dato Gruppedeltakers signatur

.....
Gruppedeltakers navn med blokkbokstaver

APPENDIKS 2.7. Vurdering fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Anne S. Kavli	Telefon: 22845512	Vår dato: 13.09.2017	Vår referanse: 2017/1253/REK sør-øst A
			Deres dato: 13.06.2017	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Margrethe Seeger Halvorsen
Universitetet i Oslo

2017/1253 Hvordan oppleves bevegelsesorienterte terapigrupper i behandling av spiseforstyrrelser?

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 17.08.2017. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Forskningsansvarlig: Universitetet i Oslo
Prosjektleder: Margrethe Seeger Halvorsen

Prosjektbeskrivelse (revidert av REK)

Formålet med dette prosjektet er å undersøke hvordan pasienter med spiseforstyrrelser opplever å delta i terapigrupper med fokus på bevegelse.

Det planlegges å gjøre dybdeintervju med maksimalt 12 pasienter med spiseforstyrrelser som deltar eller har deltatt i bevegelsesorienterte terapigrupper.

Det planlegges også å observere tre terapigrupper for at prosjektmedarbeiderene bedre kan forstå hva terapien går ut på. Man vil observere hvordan gruppen som helhet fungerer, og det vil ikke registreres personlige opplysninger om deltakerne.

Rekruttering av deltakere vil skje via institusjoner som tilbyr denne typen terapi. Det er allerede etablert samarbeid med Behandlingsansvarlig ved behandlingsstedene vil informere om prosjektet, og prosjektgjennomfører vil gi ytterligere informasjon til de som er interessert i å delta. Det vil informeres om planlagt observasjon i gruppene, og observasjonen vil bare gjennomføres dersom alle deltakerne i gruppen samtykker.

Dersom det ikke er tilgang på tilstrekkelig antall informanter blant pasientene vil man isteden intervju helsepersonell som jobber direkte eller indirekte med bevegelsesorientert terapi for pasienter med spiseforstyrrelser.

Vurdering

Formålet med prosjektet, slik det fremkommer av søknad, informasjonsskriv og protokoll, er å undersøke deltakernes erfaringer med bevegelsesorientert terapi. Det gjøres ingen måling av effekt av behandlingen på spiseforstyrrelsen. I protokollen er ett av formålene med prosjektet å utforske hvorvidt, og i så fall hvordan, samt under hvilke betingelser, bevegelse utgjør en terapeutisk faktor i behandlingen av spiseforstyrrelser sett

fra pasientens perspektiv. Spørsmålene i intervjuguiden dreier seg imidlertid primært om deltakernes opplevelse av å delta i terapigruppen. Formålet er dermed ikke å skaffe til veie ny kunnskap om helse eller sykdom, slik dette forstås etter helseforskningsloven.

Hva som er medisinsk og helsefaglig forskning fremgår av helseforskningsloven § 4 bokstav a hvor medisinsk og helsefaglig forskning er definert slik: «virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom». Komiteen anser dermed at prosjektet ikke omfattes av helseforskningslovens virkeområde, og det kreves ikke godkjenning av REK for å gjennomføre prosjektet.

Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Vedtak

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2, og kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK.

Klageadgang

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK Sørøst A. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jf. forvaltningsloven § 29.

Med vennlig hilsen

Knut Engedal
Professor dr. med.
Leder

Anne S. Kavli
Seniorkonsulent

Kopi til: Universitetet i Oslo ved øverste administrative ledelse: universitetsdirektor@uio.no

Margrethe Seeger Halvorsen
Postboks 1094 Blindern
0317 OSLO

Vår dato: 03.10.2017

Vår ref: 56071 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.09.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

<i>56071</i>	<i>Hvordan oppleves bevegelsesorienterte terapigrupper i behandling av spiseforstyrrelser?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Margrethe Seeger Halvorsen</i>
<i>Student</i>	<i>Guro Anna Wyller Odden</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget [skjema](#). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en [offentlig database](#).

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2019, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10 / anne-mette.somby@nsd.no

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



Prosjektnr: 56071

FORMÅL

Formålet med dette kvalitative forskningsprosjektet er å utforske hvordan pasienter med spiseforstyrrelser opplever det å delta i bevegelsesorienterte terapigrupper. Videre utforskes hvorvidt, og i så fall hvordan, samt under hvilke betingelser, bevegelse utgjør en terapeutisk faktor i behandlingen av spiseforstyrrelser, sett fra pasientens perspektiv. Gjennom semistrukturerte intervjuer av enkeltpersoner, og deltakende observasjon av terapigruppene som pasientene deltar i, vil nyanser av deres opplevelse med dette utforskes. Studien har som formål å gi økt forståelse av hvordan det oppleves å benytte seg av et slikt terapeutisk supplement, og vil kunne belyse hvilken rolle denne type intervensjoner har i behandlingen av spiseforstyrrelser.

Prosjektet gjennomføres ved bruk av observasjon og intervjuer som metode. Det skal ikke registreres personopplysninger under observasjon.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men avsnittet "godkjenning" må revideres med tanke på at prosjektet ikke er omfattet av Helseforskningslovens bestemmelser. Dere kan også tilføye at prosjektet er tilrådd av Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

SENSITIVE DATA

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

PROSJEKTMEDARBEIDERE

Prosjektmedarbeider Benedicte Harila Walle, hovedoppgavestudent ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. Kjersti Solhaug Gulliksen, psykologspesialist og veileder i prosjektet.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forskere og studenter følger Universitetet i Oslo sine rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 31.12.2019. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres.

Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

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