

Bente Lise Austad

Kroppen- bare en fiende?

Kroppssopplevelse og endring av denne hos personer med sykkelig overvekt

Masteroppgave i psykisk helsearbeid
Veileder: Marit By Riise
Trondheim, mai 2018

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse



1 FORORD

Endelig er jeg ved veis ende. Etter å ha ruget på problemstillingen i flere år mens jeg jobbet med pasientgruppa, har jeg kommet i mål med masteroppgave. Som kliniker har jeg alltid tenkt at hvis jeg skulle ta mastergrad, måtte det være fordi jeg var særdeles opptatt av en problemstilling og ikke fordi jeg absolutt trengte graden. I møte med personer med sykelig overvekt, ble hjertet mitt berørt tilstrekkelig til at jeg ønsket å gjennomføre dette. Jeg innser at det ikke er nok å *synes* noe er viktig som kliniker i møte med fagmiljø. En må kunne snakke akademias språk. Litt på godt og vondt, synes nå jeg, men jeg må innrømme at det har vært en utrolig lærerik prosess.

Det er mange å takke!

Tusen takk for fantastisk hjelp fra hovedveileder Marit By Riise. Du er effektiv, strukturert og tilgjengelig og har vært til uvurderlig hjelp i alle faser av forskningsprosessen. I tillegg er du åpen for nye måter å gjennomføre prosjekter på og var støttende til mitt ønske om en todelt metode. *«Det finnes sikkert en elegant måte å gjøre det på, jeg ser det bare ikke enda».*

Jeg vil takke biveileder Ingrid Følling som ga meg tilknytning til fagmiljøet for sykelig overvekt på St. Olavs Hospital og for innspill i intervjuene.

En stor takk til statistiker Christian Kløckner som bearbeidet de kvantitative data og laget grafisk fremstilling. Takk for at du var så positiv og at du kan det du kan! Det var redningen for at en todelt metode kunne gjennomføres.

Jeg vil takke min gamle arbeidsplass, Betania Malvik, og for min daværende leder Heidi Moen, for oppmuntring og tilrettelegging av arbeidstid med denne oppgaven. Takk til tverrfaglig team: Hanne Tronstad, Ingrid Wennberg, Therese Fleming, Merete Mathisen, Tina Amundsen, Elin Bjørseth Hindenes, Ida Petrine Skogen Ulseth og Anne Berit Stubbe for god støtte og inspirasjon. Jeg har lært mye av dere og jeg føler at dette også er litt deres! En spesiell takk til Ingrid og Therese som leste gjennom oppgaven og kom med tilbakemeldinger.

Takk til alle som har deltatt i rehabiliteringsprogrammet på Betania Malvik og som har brukt tid på å fylle ut skjema! Takk spesielt til dere som stilte til intervju og som delte deres tanker og erfaringer. Jeg har lært masse av dere. Jeg håper dere alle tar med dere på veien en større verdighet og eierskap til egen kropp, uavhengig av vekt.

Jeg må også få takke min nåværende arbeidsplass og arbeidsgiver, Elin Ulleberg ved Nidaros DPS, for tilrettelegging av studietid og studiepermisjon i siste innspurt. Takk til St.Olavs Hospital for slutføringsstipend. Å skrive Masteroppgave tar tid!

Til sist vil jeg takke Bjarne for super språkvask og barna våre Rebekka, Jonatan og Miriam for at livet mitt består av mer enn jobb og studie.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

ABSTRACT

Background: Many people with morbid obesity have challenges with their mental health. Sustained weight reduction after conservative treatment has proven difficult to maintain due to, for example, lack of mental stability to change living habits.

Purpose and Issue: The purpose of this study was to investigate the body experience of people with morbid obesity before and after an 8-week multidisciplinary lifestyle change program.

Method: Both quantitative and qualitative methods were used. Body experience was measured through Questionnaire on Body Experience (SKO). 69 people filled out questionnaires before and at the end of the rehabilitation program. In addition, body experience and changes were explored through individual depth interviews with four of the participants.

Results: The study showed that participants cut higher than normal for negative aspects of body experience and lower than normal on positive aspects. The body experience was improved towards the end of the rehabilitation program. However, the interviews showed that body image was fluctuating and vulnerable to internal and external conditions. Participants largely described an external focus on the body rather than experiencing themselves from within. It was new and unusual for the participants to focus on positive body-experiences.

Conclusion: Focus on improving body image may be a better treatment goal than weight reduction for some in this patient group. It may be useful to uncover subgroups and provide different treatment options. Alienation from one's own body can contribute to fluctuating body image and lack of lasting change. SKO can be a tool for measuring body image, and highlighting non-weight - related changes. More research on body awareness and body-ownership and the use of SKO is important for further treatment to the patient group

Keywords: body experience, morbid obese, *Norwegian Psychomotor Physiotherapy (NPMP)*, rehabilitation, mental health

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Mange personer med sykkelig overvekt har utfordringer med sin psykiske helse. Varig vektreduksjon etter konservative tiltak har vist seg vanskelig å opprettholde på grunn av blant annet manglende psykisk stabilitet til å endre levevaner.

Hensikt og problemstilling: Hensikten med denne studien var å undersøke kroppsopplevelse hos personer med sykkelig overvekt før og etter åtte ukers tverrfaglig livsstilsendningsprogram.

Metode: Både kvantitativ og kvalitativ metode ble benyttet. Kroppsopplevelse ble målt gjennom Spørreskjema om Kroppsopplevelse (SKO-skjema). 69 personer fylte ut spørreskjema før og på slutten av rehabiliteringsprogrammet. I tillegg ble kroppsopplevelse og eventuelle endringer utforsket gjennom individuelle dybdeintervju med fire av deltakerne.

Resultat: Studien viste at deltagerne skåret høyere enn normalområdet på negative aspekter ved kroppsopplevelse og lavere enn normalområdet på positive aspekter. Kroppsopplevelsen ble bedret mot slutten av rehabiliteringsprogrammet. Intervjuene viste imidlertid at kroppsbildet svingte, og var sårbart for indre og ytre forhold. Deltagerne beskrev i stor grad et ytre fokus på kropp heller enn å oppleve seg selv innenfra. Det var nytt og uvant for deltakerne å fokusere på gode opplevelser.

Konklusjon: Fokus på å bedre kroppsbildet kan være et bedre behandlingsmål enn vektreduksjon hos deler av denne pasientgruppen. Det kan være nyttig å avdekke undergrupper og gi ulike behandlingstilbud. Fremmedgjøring fra egen kropp kan bidra til svingende kroppsbilde og manglende varig endring. SKO-skjema kan være et hjelpemiddel for å kartlegge kroppsbilde, og å sette søkelys på ikke-vektrelaterte endringer. Mer forskning som omhandler kroppsbevissthet og fortrolighet til egen kropp og bruk av SKO-skjema, er viktig for videre behandling til pasientgruppen.

Nøkkelord: *kroppsopplevelse, sykkelig overvekt, psykomotorisk fysioterapi, rehabilitering, psykisk helse*

Innhold

1 FORORD	0
ABSTRACT	2
SAMMENDRAG	3
Innhold	4
2 Bakgrunn og problemstilling	8
Tittel: Kroppen, bare en fiende?	8
2.1 Introduksjon og bakgrunn	8
2.2 Formål og spesifikk problemstilling	11
3 Teori	12
3.1 Kroppsfenomenologi	12
3.2 Kropp og følelser	15
3.3 Selvobjektiveringsteori	16
3.4 Body -mind tilnærminger	16
3.5 Norsk Psykomotorisk fysioterapi	17
Teoretisk plattform i psykomotorisk fysioterapi:.....	18
Psykomotorisk bevegelsesgruppe	18
3.6. Begrepsavklaring Kroppsopplevelse	19
Kroppsbilde	19
Positivt kroppsbilde:.....	20
Kroppsrepresentasjon - 'kroppen i hjernen': nevrofysiologisk perspektiv	20
Kroppsbevissthet- kroppsbilde- spørreskjema:	22
3.7 Stigma og skam	25
4 Metode	27
4.1 Forskningsdesign	27
4.2 Studiens setting:	28
Rehabiliteringsprogrammet	28
4.3 Kvantitativ del	31
Utvalg og rekruttering	31
Datainnsamling.....	31
Spørreskjema om kroppsopplevelse (SKO)	31
Analyse av data	33
4.4 Kvalitativ del	34
Utvalg og rekruttering	34

Datainnsamling:	35
Analyse av data	37
4.5 Etikk	39
Informert samtykke:	39
Ettervern:	40
Konfidensialitet:	40
5. Resultat	42
5.1 Del 1 KROPPSOPPLEVELSE	42
Kvantitative resultater – kroppsopplevelse (SKO-skjema)	42
Kvalitative resultater – opplevelse av egen kropp.....	44
Tema 1: Kroppen sett utenfra.....	44
Tema 2: Kroppen opplevd innenfra	49
5.2 Del 2 ENDRINGER I KROPPSOPPLEVELSE	53
Kvantitative resultater – endringer i kroppsopplevelse	53
Kvalitative resultater - deltakernes opplevelser av endring i kroppsopplevelse	55
Oppsummering	65
6 Diskusjon av metode	67
6.1 Design	67
Gyldighet (validitet) og pålitelighet (reabilitet)	68
6.2 Refleksjoner rundt forforståelse og å forske i eget fagfelt	68
6.3 Refleksjoner om utvalg og rekruttering:	70
Kvantitativ metode	70
Kvalitativ metode	71
6.4 Datainnsamling	73
Refleksjoner rundt bruk av SKO-skjema	73
Refleksjoner rundt intervjuet.....	75
6.5 Analyse av data	78
Kvantitativt.....	78
Kvalitativt.....	79
Ekstern gyldighet-overførbarhet	80
6.6 Etikk	80
7 Diskusjon av resultat	82
Oppsummering av funn:	82
7.1 Negativt kroppsbilde	83
Overspisingslidelse.....	84

Endring av kroppsbildet	85
Hvorfor er arbeid med å bedre kroppsbildet viktig?	85
Hva bedrer kroppsbildet?	86
Hvorfor er ikke vektnedgang i seg selv godt nok for bedring av kroppsbildet?	87
Svingende kroppsbilde	88
7.2 Kroppen som objekt, fremmedgjort	90
Vansker med å ha fokus på kroppen innenfra	90
Andres blikk objektgjør kroppen	90
Plagsom kropp objektgjør kroppen	92
Betydning av gode opplevelser	94
SKO-skjema- en hjelp for å tematisere kroppen som subjekt?	97
8 Konklusjon	98
LITTERATURLISTE	101

Vedlegg:

- Vedlegg 1 SKO-skjema og skåringsnøkkel
- Vedlegg 2 Psykomotorisk gruppe
- Vedlegg 3 Intervjuguide
- Vedlegg 4 Vedtak REK endringsmelding
- Vedlegg 5 Informasjons- og samtykke-brev

I begynnelsen var kroppen

Hos noen er ordet kommet så langt utenfor kropp og berøring.
Det har mistet sitt jordfeste, blitt et fremmedlegeme langt borte.
Midt i alt som sies, sies intet. Intet virkelig. Intet Selv.
I begynnelsen er kroppen.
Mer og mer blir ordet.

Ordet kan bli veien til Mer, løfte kroppen inn til seg
og gi den lys.
Men den kan også bli veien til Mindre. Mindre helhet, mindre nærhet.
Noen gir opp kroppen og satser alt på ordene.
Intet puster lenger.
Noen gir opp ordene og satser alt på andres ord.
Sier ikke seg selv.
Noen må puste seg selv nær en annen, før det fulle ordet kan frigjøres.
De må gå tilbake til tiden før ordet for å gjenfinne ordet.
Helheten må hentes langt inne.

(Wera Sæther, fra 'mellom stumheten og ordet', Gyldendal Oslo 1994, s 7)

2 Bakgrunn og problemstilling

Tittel: Kroppen, bare en fiende?

«Kroppsopplevelse og endringer av denne hos personer med sykelig overvekt».

2.1 Introduksjon og bakgrunn

Definisjoner og omfang

Fedme og overvekt er en av de mest utbredte helseproblemene i den vestlige verden og forekomsten er økende (WHO, 2016). Dette ser vi også i Norge. Basert på fylkesvise undersøkelser antydes det at 20 % av den voksne befolkningen faller innenfor kategorien fedme og forekomsten er doblet i løpet av de siste 20 årene (Mæhlum et al., 2010). Fedme er ikke en sykdom i seg selv, men en risikofaktor for en rekke sykdommer som type 2-diabetes, høyt blodtrykk, hjerteinfarkt, hjerneslag, søvnapne mm (ibid).

Fedme defineres som Body-Mass-Index (BMI) over 30 kg/m². Sykelig overvekt defineres for voksne som BMI over 40 kg/m², eller over 35 kg/m² med minst én vektrelatert tilleggssykdom, for eksempel type 2-diabetes, søvnapne, hypertensjon og/eller hjerte- og karsykdom, og vurderes å være et alvorlig helseproblem (Nygaard, 2009). Prevalensen er ca. 2 % av den norske befolkningen (Mæhlum et al., 2010).

Sykelig overvekt ansees som en kompleks tilstand og pasientgruppen er svært sammensatt (Delgado Calvete et al., 2002; Jagielski, Brown, Hosseini-Araghi, Thomas, & Taheri, 2014; Mansur, Brietzke, & McIntyre, 2015; Meekums, 2005; Riva et al., 2006). Mange med sykelig overvekt har utfordringer med sin psykiske helse (Avila et al., 2015; Jagielski et al., 2014). Det antydes at ca. 30% av personer med overvekt har en overspisingslidelse (atypisk bulimi) (Brandal, 2012; Kessler et al., 2012; Mæhlum et al., 2010). Flere studier har vist at mange med overvekt som sliter med følelsesregulert spiseatferd i voksen alder, har hatt traumer i barndommen (Fuemmeler, Dedert, McClernon, & Beckham, 2009; Hemmingsson, Johansson, & Reynisdottir, 2014; Isohookana, Marttunen, Hakko, Riiipinen, & Riala, 2016; Kirkengen, 2017). En studie fant at emosjonell bagasje knyttet til belastet barndom og psykososiale belastninger var viktige årsaker til manglende livsstilsendringer i regi av Frisklivssentraler (Følling, Solbjør, & Helvik, 2015).

Personer med sykelig overvekt har rett til helsehjelp i spesialisttjenesten (Mæhlum et al., 2010). I spesialisthelsetjenesten er hovedmålet vektreduksjon

(ibid) og vektreduksjon sies å kunne ha positiv innvirkning på personens psykiske helse, humør, livslust, selvbilde og generell livskvalitet (Søltoft, Hammer, & Kragh, 2009).

Behandlingen begynner med en utredning i tverrfaglig fedmepoliklinikk. Deretter tilbys enten konservativ behandling med fokus på livsstilsendring eller kirurgisk behandling (ibid). I de nasjonale retningslinjene beskrives sykelig overvekt som en kompleks tilstand der alvorlig komorbiditet som rusproblematikk, spiseforstyrrelse og psykisk lidelse forekommer hyppig. Behandlingen må koordineres med aktuell spesialisttjeneste og dette er spesielt viktig å avklare før evt. kirurgisk behandling (Mæhlum et al., 2010)

Imidlertid prioriteres ikke personer med sykelig overvekt i psykisk helsetilbud ved Distriktpsikiatriske Sentra (DPS) selv om tall viser at det er to til tre ganger så mange med overspisingsproblematikk som henholdsvis anorexi og bulimi (Helsedirektoratet) (Nilsen, Danielsen, & Grønlund, 2005).

Konservativ vs kirurgisk behandling

I prioriteringsveileder for sykelig overvekt er det anbefalt at konservativ behandling fokuserer på fysisk aktivitet, kostholdsveiledning og mestringspsykologisk støtte (Nygaard, 2009). Moderat vektreduksjon hevdes å være tilstrekkelig for å oppnå helsegevinst. En vektreduksjon på 5-10 % kan er vist å redusere risiko for hjerte og kar-lidelse og diabetes type 2 (Hainer, Toplak, & Mitrakou, 2008; Mæhlum et al., 2010).

Kirurgisk behandling gir større vektreduksjon (20 - 50% av kroppsvekt) enn konservativ behandling, men ifølge norske retningslinjene egner det seg ikke for pasienter med alvorlig psykisk lidelse, kognitiv dysfunksjon eller rusmisbruk. For å få tilbud om kirurgisk behandling i Norge er det et krav om at pasienten kan gjennomføre livsstilsendringer som er nødvendige for å redusere komplikasjoner, og behandlingen krever livslang oppfølging (Mæhlum et al., 2010).

Dårlig langtidseffekt av behandling

Varig vektreduksjon etter konservative tiltak har vist seg vanskelig å opprettholde; flesteparten legger gradvis på seg igjen (Wing & Phelan, 2005).

Det har vært forsket mye på årsakene til dette. En studie fant at psykologiske faktorer som misnøye med kroppsvekt selv etter vektreduksjon, stort fokus på kroppsform og vekt, og en 'dikotom tankestil' (alt eller intet-tenkning) bidro til å motarbeide varig vektnedgang (Byrne, Cooper, & Fairburn, 2003). En annen studie fant årsakene til å være bruk av mat for å håndtere følelser og stress (Elfhag & Rössner, 2005).

Mer behandling for hele mennesket?

I en kronikk av Groven og Rugseth fra 2016 på nettsiden 'forskning.no' kritiseres det ensidige fokus på BMI og kroppsvekt som eneste effektmål i evaluering av konservative tiltak mot barn og unge. De mener det er viktig å få frem andre perspektiv som bevegelsesglede, økt deltagelse, livskvalitet og mestring (Groven & Rugseth, 2016). En amerikansk studie støtter en slik tilnærming og foreslår at en løsning på «vektproblemet» i samfunnet er å slutte å fokusere på vekt, og hjelpe folk til å håndtere stress og stigma (Logel, Stinson, & Brochu, 2015). En systematisk oversiktsartikkel om livsstilsendringsbehandling for vektnedgang hos voksne med sykkelig overvektige, fant at bare to artikler hadde livskvalitet som effektmål (Hassan et al., 2016).

Også innenfor psykisk helsevern er overvekt ansett som komplekst. (Aspenes, 2016). Forfatteren peker på at den store kroppen kan fungere som buffer mot omverdenen for å beskytte seg etter traumatiske opplevelser og at den er fremmedgjort og skambelagt.

I behandling for spiseforstyrrelser, er arbeid med økt fortrolighet til kroppen anbefalt (Berg, 2016; Danielsen, 2012; Nilsen et al., 2005; Thørnberg & Mattsson, 2010). Sammenhengen mellom følelser, kropp og mat er tydelig ved disse lidelsene (Bydlowski et al., 2005; McIver, McGartland, & O'Halloran, 2009; Moola & Norman, 2017). Brukererfaringer fra personer med overspisingslidelser har etterspurt behandling som ikke fokuserer på mat, og det opplevdes positivt å fokusere på kropp og følelser (Raavand, 2017). Er det nødvendig å oppfylle kriterier for en spiseforstyrrelse for å ha nytte av å arbeide med fortrolighet til kropp?

Mange personer med sykkelig overvekt har ikke nok psykisk stabilitet til å nyttiggjøre seg endrede levevaner via ordinære kostholdsråd og treningsveiledning, men blir likevel ikke prioritert for behandling på DPS. Dermed faller de mellom to stoler. Når behandlingsapparatet er organisert med ulike avgrensede ledd, kan organiseringen lett bli fragmentert og uten helhet (Skjerve & Nytingnes, 2005). Det kan se ut som om personer med sykkelig overvekt er en mangfoldig gruppe som ikke er lett å plassere verken i psyke eller soma- og strever i ulik grad med følelsesregulering og tidligere krenkelser. Dette ville jeg som psykomotorisk fysioterapeut i en rehabiliteringsinstitusjon undersøke nærmere. Jeg var spesielt nysgjerrig på kroppsopplevelsen hos pasienter med sykkelig overvekt som deltar i et gruppebasert livsstilsendringsprogram i en somatisk rehabiliteringsinstitusjon. Sentrale spørsmål har vært: Skjer det endringer i kroppsopplevelsen underveis i forløpet? Er det manglende fortrolighet til egen kropp også blant overvektige i somatikken slik som studier har vist blant personer med spiseforstyrrelser (Berg, 2016; Danielsen, 2006)? Hva tenker de selv om sammenhenger mellom kropp, følelser, overvekt og levd liv? Kan fokus på økt fortrolighet til kropp bidra til å styrke pasientenes psykiske helse og således bidra til økt livskvalitet og mindre følelsesregulert spising?

2.2 Formål og spesifikk problemstilling

Hensikten med dette prosjektet var å undersøke kroppsopplevelse hos personer med sykkelig overvekt og i hvilken grad kroppsopplevelse endrer seg gjennom et tverrfaglig livsstilsendringsprogram med vekt på trening, kosthold, psykisk helse og økt kroppsbevissthet. Kroppsopplevelse ble målt gjennom Spørreskjema om Kroppsopplevelse (SKO-skjema) som fokuserer på en subjektiv opplevelse av kroppen basert på et helhetlig syn på kropp og psyke.

I tillegg ble deltakernes egne tanker og refleksjoner omkring kroppsopplevelse og eventuelle endringer av denne utforsket gjennom individuelle dybdeintervju.

Denne studiens problemstilling er todelt:

1. Gjennom en pre-post-observasjonsstudie å kartlegge kroppssopplevelse hos personer med sykelig overvekt før og etter et åtte-ukers rehabiliteringsprogram målt med Spørreskjema om Kroppssopplevelse (SKO-skjema).

2. Gjennom kvalitative individuelle dybdeintervju av personer med sykelig overvekt som har deltatt i et åtte-ukers rehabiliteringsprogram å utforske refleksjoner om kroppssopplevelse og endringer i kroppssopplevelse etter rehabiliteringsprogrammet.

3 Teori

3.1 Kroppsfenomenologi

Kroppen har i dag blitt en viktig del av hva vi gir status og anerkjennelse (Glenn, 2013; Poorani, 2012; Rodan, Ellis, & Lebeck, 2014). Mange bruker mye tid og penger på å investere i å bli sprekere og å se finere ut. Mange beundrer idrettsutøvere, bloggere og kjendiser ut fra hva de presterer og hvordan de fremtrer, og overvekt, aldring og funksjonsnedsettelse presenteres i medier som noe som skal bekjempes (ibid).

Historie I: Dualismen

Opp gjennom historien har kroppen blitt sett på med ulike perspektiv. Den belgiske filosofen René Descartes (1596-1650) skilte det fysiske (latin: res extensa) fra det psykiske (res cogito), idet han mente at det fysiske kan måles, mens det psykiske er umålelig (Skirbekk & Gilje, 1996). Dette kalles for kartesiansk dualisme. I dagens helsevesen kan en fremdeles se spor av denne dualisme som deler mennesket i fysisk og psykisk del (Kirkengen & Næss, 2015).

Dualismen oppsto som en konsekvens av hans tenkning, idet Descartes adskilte sjelen fra kroppen. Han så på sjelen som et verdensfjernt og kroppsløst subjekt og selvet som «det tenkende». Den kartesianske dualismen brøt med de tidligere renessanse- og middelalderfilosofer, som ikke skilte mellom den åndelige og den materielle verden (Skirbekk & Gilje, 1996).

Historie II: Fenomenologi

Et annet perspektiv på kroppen kommer fra fenomenologien. Edmund Husserl (1859-1938), Martin Heidegger (1889-1976) og Sartre (1905-1980) regnes som de viktige filosofene bak fenomenologien (Skirbekk & Gilje, 1996). Empirister og rasjonalister stred om forholdet mellom ytre sansepåvirkning og bevisstheten. Fenomenologien utfordrer naturvitenskapens språk som det eneste riktige og kunnskapsproblematikk ble tatt opp ut fra handling, ikke passiv sansing eller tenkning (Skirbekk, 1985; Skirbekk & Gilje, 1996). Fenomenologi: = læren om det som viser seg. Husserl satte det vi ikke kan forklare i parentes: vi vet ikke om sansingen kan stoles på, om ting eksisterer eller ikke, men dette settes til side og fokus rettes mot de fenomener som fremtrer for oss og hvordan ting erfares ut fra første-persons perspektiv (ibid).

Fenomenologien bryter med kartesiansk dualisme. I fenomenologien omtales kroppen med to ulike begrep: 'Leib' og 'Körper'. 'Körper' er det perspektivet av kroppen som kan ses og måles, samt beskrives gjennom naturvitenskapelige lover, den 'objektive kroppen', kroppen som en 'ting'/materiell gjenstand (Johnsen, 2013; Leder, 1990). I begrepet 'Leib' ligger forståelsen av den 'subjektive kropp', kroppen som 'meg'.

Kroppsfenomenologen Maurice Merleau - Ponty (1907-1961) tok utgangspunkt i at vår forståelse av verden er grunnet på *kroppens* forståelse av omgivelsene og situasjonen. Han betegnes som 'Kroppens filosof' og var den første filosofen som tok utgangspunkt i kroppen og ga den forrang foran bevisstheten. (Østerberg i (Merleau-Ponty, 1994)). Han utvidet begrepet 'Leib' ved å argumentere for at det er den sansemotoriske kroppen som kan ta inn verden og det er som kropp vi eksisterer i verden. Persepsjon og sansing gjennom kroppen, er en overordnet forutsetning for *væren i verden*. Hos Merleau-Ponty er hovedtanken at menneskekroppen ikke kun er et objekt, *Körper*, som en avansert maskin, slik Descartes hevdet. Menneskekroppens forhold til verden er eksistensielt. Han sammenlikner ikke kroppen med en gjenstand, men med et kunstverk. Vi er mer enn summen av alle delene (Merleau-Ponty, 1994, 2013).

Merleau-Ponty ble også kalt tvetydighetens filosof. Kroppen er ikke enten objekt eller subjekt. Den er både objekt og subjekt samtidig. I dette ligger det en dobbelthet: Sansing og persepsjon gir muligheter for både å se og bli sett, berøre og bli berørt. Verden sanses og erfares gjennom kroppen, men samtidig sanser og erfarer vi oss selv. Han oppfordrer til å gjenoppdage kroppen som eksistensiell, ikke objektgjøre den (ting-gjøre den), men være fullt og helt tilstede i kroppen sin i verden som subjekt som samhandler med verden. "I am not in front of my body, I am in my body, rather *I am* my body" (Merleau-Ponty, 1994, 2013). (sidetall)

Drew Leder, filosof og lege, har utdypet det fenomenologiske kroppsperspektiv. Gjennom boken «The Absent body» søker han å forklare hvorfor kroppslig tilstedeværelse er paradoksalt. Selv om kroppen er det eneste stedet vi ikke kan komme unna, oppfattes den i mange situasjoner også som fraværende. Dette mener han er grunn til at vi fremdeles i dag har tendens til å holde fast på en kartesiansk dualisme. Han understreker at 'Leib', den levde kroppen, representerer kroppen levd fra innsiden, i motsetning til den objektive kroppen, som er sett fra utsiden (Leder, 1990).

Leder argumenterer for at 'Körper' er en del av 'Leib', ikke en motsetning. Den levde kropp er også en fysisk kropp. Videre deler han kroppen inn i tre ulike kroppsdimensjoner.

1. The ecstatic body: den levde kroppen, som ikke plager oss, som gjør at vi kan delta fullt i verden. Vi er ikke oppmerksomme på den, vi kan rette oppmerksomheten mot andre ting. (er ikke selvbevisste mot kroppen i møte med aktiviteter/verden)
2. The recessiv body: indre kropp med indre organers fysiologi og funksjon. Den er ikke så tilgjengelig for oss. Det autonome nervesystem og emosjonene i kroppen er en del av dette (affekter og enterosepsjon). Betegnes som «kroppens andre lag».
3. The dys-appearing body: Ved sykdom, plage og skade utfordres kroppen som ecstatic og oppmerksomhet rettes mot kroppen i stedet for ut mot verden. Plagene påvirker vårt levde rom og tid, våre relasjoner til andre og til oss selv (s 80, leder). Kroppen er ikke lenger noe man *er*, men noe man *har*. Den problematiske kroppen erfares dermed som et objekt, noe separat

fra selvet, og utgjør en trussel for ens integritet og opplevelse av helhet (embodiement). Leder skriver at andres blikk kan bidra til en *sosial dys-*appearance. Dersom andre møter meg som objekt, kan dette innlemmes i mitt eget møte med meg: jeg blir bevisst meg selv som en fremmed ting (Leder, 1990).

3.2 Kropp og følelser

Innenfor fenomenologien kan en forstå følelsenes plass i 'Leib' ved at emosjoner er forankret til det autonome nervesystemet, det hormonelle systemet og endringer i innvollene. Dette sammenfaller med det Leder kaller the recessive body, «kroppens andre lag» (Johnsen, 2013; Leder, 1990). Også forskning om hjernen finner at bindevevet i kroppen står i viktig samspill med hjernens funksjoner, følelser og atferd (Critchley & Harrison, 2013).

Emosjoner brukes som samlebetegnelse for affekter, følelser, fornemmelser og sinnsstemninger (Gullestad, 2005; S. Tomkins, 1962; S. S. Tomkins, 1984). Affekter er *den kroppslige responsen av emosjoner* og består av genetisk preprogrammerte biologiske reaksjoner som blant annet aktiverer psykofysiologiske prosesser, subjektive opplevelser og forskjellige former for motorisk aktivitet og uttrykk. Nyere forskning understreker at denne kroppslige responsen ikke bare er underlagt hjernen, men er i samspill med hjernen og selve forutsetning for kognisjon (A. Damasio, 2003; A. R. Damasio, 2006; Gullestad, 2005; LeDoux, 1998).

«Det er ikke bare skillet mellom sinn og hjerne som er mytisk: skillet mellom sinn og kropp har sannsynligvis like lite med virkeligheten å gjøre. Sinnet bor i kroppen, i ordets fulle betydning, ikke bare i hjernen» (A. R. Damasio, 1994) s 126)

Psykologiske studier har vist at affekter aktiveres automatisk av forskjellige stimuli (LeDoux, 1998), og selv om de alltid setter i gang kroppslige prosesser kan de likevel forbli ubevisste og dårlig uttrykt (Stolorow & Reppen, 2005). Alexithymi er et begrep som betegner personer som har manglende ord for følelser og har blant annet vanskeligheter for å identifisere følelser fra kroppslige inntrykk. Utrygg tilknytning til omsorgspersoner,

oppvekst i kalde og utrygge oppvekstfamilier og dårlig selvregulering i tidlig alder er antydning som en del av årsaksbildet (Aust, Härtwig, Heuser, Bajbouj, & Gold, 2013; Reuterwall & Walldén, 2009; Sifneos, 2000; Thompson & Jensen, 2009). Emosjonell utvikling er at barnet gradvis lærer seg å forholde seg til egne følelser (selvregulering, affektregulering). Både underregulering (utagering) og overregulering (undertrykking av egne følelser og unnvikelse fra andre) er beskrevet som uhensiktsmessig affektreguleringsstrategier og det antydes at alexithymi henger sammen med overregulering av affekter (Thompson & Jensen, 2009). Affektbevissthetsteori er fokus på å kunne gjenkjenne affektene i kroppen og finne ord for dette (Monsen & Solbakken, 2013).

3.3 Selvobjektiveringsteori

Det å se på kroppen sin som et objekt, kalles selv-objektivering. Fredrickson og Roberts (1997) presenterte en teori om objektgjøring (Objectification Theory) knyttet til at kvinner sosialiseres til å se på seg selv som objekter som evalueres, spesielt som seksuelle objekter. De definerer selv-objektivering som en form for selvbevissthet som leder til en stadig monitorering av kroppens utvendige utseende. Den er assosiert med at en spør seg 'Hvordan ser jeg ut?' istedenfor 'Hvordan føler jeg meg?' eller 'Hva får jeg til?' (Daubenmier, 2005; Barbara L. Fredrickson, Hendler, Nilsen, O'Barr, & Roberts, 2011; Barbara L Fredrickson & Roberts, 1997). Selv-objektivering har vist en negativ effekt på psykisk helse (Barbara L Fredrickson & Roberts, 1997). Det er sammenheng mellom selv-objektivering og spiseforstyrrelser i og med at den øker kroppsskam og opptreden -angst (appearance anxiety) som i sin tur kan lede til spiseforstyrrelser (ibid). Det er funnet at objektiveringsteorien også gjelder for menn (Slater & Tiggemann, 2010).

3.4 Body -mind tilnærminger

Tilnærminger som søker å styrke en helhet mellom kroppen og selvet kan betegnes som body-mind-tilnærminger (Mehling et al., 2011). Slike tilnærminger er for eksempel yoga, T'ai chi, kroppsorientert psykoterapi, kroppsbevissthetsterapi, meditasjon/mindfulness-tilnærming, Feldenkrais, Alexandermetoden, Pusteterapi, Qi gong (Mehling et al., 2011) Felles for disse tilnærmingene er at de ser på kroppsbevissthet som uløselig fra selvbevissthet.

Kroppsbevissthet sees på som noe som omfavner alle nivå av personen; fysikken, pusten, sinnet, følelser og personlighet. Selvet sees på som uløselig knyttet til kroppen og kroppen har en egen intelligens og er en indre ressurs. Disse tilnærmingene bygger på kroppsfenomenologi (ibid).

3.5 Norsk Psykomotorisk fysioterapi

Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) deler samme fenomenologiske og helhetlige forståelse av kroppen som body-mind-tilnærmingene. Felles er å styrke kroppens subjektive status via kroppsbevissthet og å få en fordypet kontakt med selvet gjennom kroppen (Mehling et al., 2011; Moe, 2009).

Norsk Psykomotorisk fysioterapi (NPMF) ble utviklet gjennom et samarbeid mellom psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Adel Bulow-Hansen i slutten av 1940 årene (Øvreberg, Andersen, Hanssen, & Ianssen, 2016). Metoden sto i kontrast til tradisjonell fysioterapi den gang og møtte betydelig motstand. Den viktigste forskjellen var at psykomotorisk fysioterapi representerte et helhetssyn på mennesket. Symptomer ble sett på som ubalanse i kroppen. Kropp og følelser sto i gjensidig forhold til hverandre. Ved behandling rettet mot kroppen som helhet, ble både kroppsholdning, bevegelsesmønster og pustemønster endret, og sammen med denne omstillingen, skjedde også en følelsesmessig omstilling (Ianssen et al., 2012; Thornquist & Bunkan, 1986).

I psykomotorisk behandling står hele mennesket i fokus med kroppen som innfallspunkt (Thornquist & Bunkan, 1986). Behandling tar utgangspunkt i at kroppens fem viktigste systemer, det emosjonelle, motoriske, autonome, endokrine og immunologiske, ikke er adskilte systemer, men står i samspill med hverandre (Bunkan, 2008). Alt vi utsettes for i livet, vil nedfelles i kroppen og kommer fysisk til uttrykk. Kropp og følelser virker gjensidig på hverandre: vi reagerer kroppslig på hendelser og følelser, og via kroppen regulerer vi vårt følelsesliv (Thornquist & Bunkan, 1986). Når vi arbeider med kroppslige forhold, arbeides det også med hele personen og personens forhold til sin kropp og med seg selv.

Teoretisk plattform i psykomotorisk fysioterapi:
NPMF har sin teoretiske plattform i kroppsfenomenologien, men har ikke forlatt basiskunnskap i anatomi og fysiologi; så biomedisinsk kunnskap om kroppen er også et viktig grunnlag. Den befinner seg dermed i skjæringspunktet mellom medisin og psykologi (Sviland, Martinsen, & Råheim, 2007).

Undersøkelse søker å kartlegge ressurser og svakheter i kroppen og behandling retter seg mot å styrke ressursene hos personen. Dette er i tråd med tenkning innen salutogenese (Antonovsky, 1987), hvor fokus rettes mot hva som gir helse i stedet for hva som gir sykdom. Av psykologiske teorier støtter psykomotorisk fysioterapi seg på selvpsykologi (Karterud, Monsen, Skårderud, & Kohut, 1997).

Målet med psykomotorisk fysioterapi er å utvikle nærhet til egen kropp. Dette gjøres ved å oppleve *via* kroppen. Det legges til rette for samtale og refleksjoner i forlengelse av opplevelsene. Det overordnede mål kan skisseres slik:

å utvikle varhet og kontakt med kroppens signaler og reaksjonsmåter, opplevelse og forståelse av sammenhengen mellom kropp og følelser, å utvikle en opplevelse av kroppen som MEG (Thornquist & Bunkan, 1986) s 72.

Det redegjøres ikke mer inngående om undersøkelse og individuell behandling i denne oppgaven, men prinsipper og retningslinjer er skissert i flere kilder (Bunkan, 2001, 2008; Bunkan & Heir, 1992).

Psykomotorisk bevegelsesgruppe

Prinsipper for psykomotorisk bevegelsesgruppe er å bruke bevegelser og sansesapparatet for å oppnå de samme mål som ved individuell behandling: økt egenopplevelse og kontakt med kroppen for å bidra til helsefremmende prosesser og dypere kontakt med seg selv. I bevegelsesgrupper settes det fokus på å bli bevisst ansenhet-avspenningsevne, bevisst pustens funksjon for å bremse seg selv og følelsesliv og muligheter for å frigjøre pusten, mykgjøring av avstivede partier i kroppen, og øke aksept for kroppens tilstand, grenser og signaler. Viktige delmål er å utvikle funksjonell kroppsholdning, fri strekk og god fleksibilitet, fremme stabilitet og balanse, få frem samspill mellom kropp, pust og følelser, utvikle kroppsbevissthet og kroppskontakt (Bunkan, 2001;

Thornquist & Bunkan, 1986; Tvedten, 2011). Målet er altså ikke primært å bevege seg for å trene, men for å oppleve seg selv, og å få gode opplevelser i kroppen.

3.6. Begrepsavklaring Kroppsopplevelse

‘Kroppsopplevelse’ er et vidt begrep. Begrepene kroppsilde (engelsk: ‘body image’), kroppsbevissthet (engelsk: body awareness og body conciousness) og kroppsopplevelse (engelsk: body experience) brukes ofte om hverandre og med noe ulik mening i litteraturen (Dragesund, Ljunggren, Kvåle, & Strand, 2010; Fadnes, Heggenhougen, Brodal, & Leira, 2010).

‘Kroppsilde’ (engelsk ‘body image’) kan defineres som: *En persons opplevelser, tanker og følelser om egen kropp* (Grogan, 1999).

I denne studien har jeg valgt å definere kroppsilde som *de samlede opplevelser, tanker og følelser en har om egen kropp*. Jeg skiller ikke mellom kroppsopplevelse og kroppsilde. Jeg har brukt begrepet kroppsopplevelse i oppgavetittel og intervjuguide for jeg mente det var det mest folkelige begrepet. Kroppsbevissthet brukes ikke synonymt med kroppsilde, men innebærer fokus på opplevelse av kroppen uten fokus på utseende.

Kroppsilde

Begrepet kroppsildet er komplekst og multidimensjonalt (Thomas F. Cash & Smolak, 2011). Det innebærer både kognitive, følelsesmessige og atferdsmessige element. Både kjønn, etnisitet, kultur og kroppslig og mental tilstand påvirker kroppsilde (Thomas F. Cash & Smolak, 2011).

Forskning på kroppsilde har foregått siden 1950-tallet, og begrepet har hatt ulik mening og inneholdt ulikt fokus innen ulike forskningsfelt. Innen psykiatri har forskningsfokus vært blant annet vært dominert av kroppsstørrelsesforstyrrelser og opplevelser av kroppsgrenser som er aktuelle problematikk hos personer med psykoser og spiseforstyrrelser (Thomas F. Cash & Smolak, 2011; Grogan, 1999; Skrzypek, Wehmeier, & Remschmidt, 2001). Aktuelle spørreskjema har vært skjema som kartlegger misnøye til egen kropp, over-evaluering av egen kropp og kroppsildeforstyrrelser (Poorani, 2012).

Kroppsmisnøye kan defineres som en persons negative tanker og følelser om kroppen sin (Grogan, 1999). I begrepet 'over-evaluering av egen kropp' innebærer det at kroppens utseende er ekstremt viktig for selvevaluering og selvbilde og er typisk for alle spiseforstyrrelser. Å være misfornøyd med kroppens vekt og utseende (kroppsmisnøye) er ikke det samme som overevaluering av vekt og utseende (Masheb, Grilo, Burke-Martindale, & Rothschild, 2006)

Det er funnet at det er like mye kroppsbildeforstyrrelse blant overspisingslidelse som ved anorexi og bulimi (Berg, 2016; Danielsen, 2012).

Innen traumefeltet har dissosiasjonsproblematikk vært i fokus i forskningen (Carvalheira, Price, & Neves, 2017; Fisher & Ogden, 2009; Petrucelli, 2016; Price & Thompson, 2007). Dissosiasjon er ulike grader av å koble seg fra kroppen, distansere seg for å beskytte selvet.

Positivt kroppsbilde:

Positivt kroppsbilde er noe mer enn det motsatte av et negativt kroppsbilde (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Positivt kroppsbilde beskriver takknemlighet til hva den unike og funksjonelle kroppen kan få til. Det innebærer aksept fra seg selv og andre samt stolthet og kjærlighet til kroppen. Det å se kroppen som stabil, medgjørlig og fleksibel med et ønske om å beskytte den, er også sentralt. Det handler også om å ha et bredt skjønnhetskonsept og en kritisk holdning til rådende skjønnhetsidealer (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Det "å se ut som seg selv" holdes som et ideal (Holmqvist & Frisén, 2012; Østvold, 2017). Positivt kroppsbilde er ikke en del av det samme kontinuum som negativt kroppsbilde, selv om det er sammenhenger. (Tylka & Wood-Barcalow, 2015).

Kroppsrepresentasjon - 'kroppen i hjernen': nevrofysiologisk perspektiv
Kroppen oppfattes i hjernen basert på informasjon hjernen har tilgjengelig, Dette kalles kroppsrepresentasjon. En har altså både den faktiske kroppen og kroppen i hjernen; «the real body and the body in the brain» (Berlucchi & Aglioti, 1997; Berlucchi & Aglioti, 2010; Tsakiris, Prabhu, & Haggard, 2006). I nevrofysiologisk forskningstradisjon vektlegges det at kroppsbilde er basert på tolkninger av tilgjengelig informasjon fra kroppen.

Persepsjon:

Kroppsrepresentasjonens viktigste informasjonskilde er basert på persepsjon. Persepsjon defineres som *hjernens ervervelse, tolkning, utvelgelse og organisering av sanseintrykk* (Fadnes et al., 2010). Tolkningen skjer på bakgrunn av sanseintrykk fra flere sanseorgan og tidligere erfaringer. *Persepsjon* innebærer at et sanseorgan stimuleres, og at denne stimuleringen resulterer i en opplevelse. Eksempelvis kan vi høre en vedvarende, dyp lyd utenfor (sansepåvirkning), mens oppfatningen av denne innebærer en tolkning (fly som durer). Øynene, ørene, nesen, smaksløkene på tungen og sansecellene i huden sender informasjon til hjernen fra kroppens ytre (eksteroseptorer). Vi har også sanseceller i ledd (proprioseptorer) og på innsiden av kroppen (enteroseptorer). Informasjonen er bare elektriske impulser i nervebanene, men når signalene kommer til hjernen, blir de tolket og organisert på ulike måter. Det er altså denne bearbeidelsen som er *persepsjon*.

Persepsjon påvirkes av lagret informasjon om bevegelser og sanseintrykk, av tidligere erfaringer, av emosjoner og forventninger. Hjernens kroppsrepresentasjon må dermed stadig oppdateres gjennom variert sensorisk informasjon, oppmerksomhet mot kropp og ved stadig målrettede bevegelser. (Ehrsson, Spence, & Passingham, 2004; Fadnes et al., 2010).

Eksterosepsjon, proprioepsjon og entersepsjon:

Eksterosepsjon er sansingen fra sanseapparatet som treffer kroppen utenifra som hudsans, syn og hørsel (Brodal, 2001). Proprioepsjon er ofte oversatt som leddsans, og er impulser som kommer fra muskler, sener, ledd og bindevev. Leddsans er oppfattelsen av posisjon og bevegelse av leddene og kan betegnes som 'kroppens syn'. Takket være leddsansen kan en oppfatte i hvilken retning og hurtighet bevegelsen av kroppsdelen går uten bruk av synet (ibid).

Enterosepsjon er oppfattelse av tilstander fra innsiden av kroppen, som pust og hjerteslag og indre organers tilstand, og aktivitet fra det autonome nervesystem relatert til emosjoner.

Mye av denne informasjonen er pre-refleksiv, ubevisst og sub-bevisst, men noe av informasjonen kan bli bevisst (Dragesund et al., 2010; Fadnes et al., 2010)

Eierskap til kropp:

Både oppfattelse av utseende, måten kroppen er orientert i rommet på og opplevelse av eierskap til kroppen inngår som bevisst informasjon. Ubevisst informasjon, som romlige og biomekaniske forhold basert på erfaring, defineres innunder begrepet kroppsskjema (body schema) (ibid). Forskning innen nevrofysiologi har blant annet konsentrert seg om eierskap til egen kropp, i hvilken grad sanseapparatet gjenkjenner eller «aksepterer» en fremmed del som en del av helheten i kroppen (rubber hand-experiment) som kan være problemstillinger innen medisinske tilstander som slag og amputasjoner (Giummarra, Gibson, Georgiou-Karistianis, & Bradshaw, 2007).

Eierskap til kropp er ifølge nevroanatomen Brodal et sentralt begrep som innebærer at en har opplevelse av helhet og enhet, en 'jeg- følelse'. I dette innebærer det at en har en bevissthet om at 'dette er min kropp', jeg oppfatter den som en helhet, ikke bare sammensatte deler og det er jeg som styrer målrettede bevegelser. 'Denne hånden er min, det er jeg som strekker ut hånda'. Eierskap til kropp forsterkes gjennom sensorisk feedback og bruk av bevegelser (Ehrsson et al., 2004; Fadnes et al., 2010; Tsakiris et al., 2006).

Kroppsbevissthet- kroppsilde- spørreskjema:

Begrepene 'kroppsbevissthet' og 'kroppsilde' brukes noen ganger om hverandre.

I nevrofysiologi er begrepet kroppsbevissthet (body awareness) oftest brukt om oppmerksomhet på egen kropp og på kroppslige fornemmelser relatert til proprioepsjon (leddsans) og enterosepsjon (indre organer og emosjoner) (Fadnes et al., 2010). Selv om kroppsilde og kroppsbevissthet brukes om hverandre, brukes ofte kroppsbevissthet om oppmerksomhet på egen kropp og på kroppslige fornemmelser som ikke har med hvordan en evaluerer sitt eget utseende. Kroppsbevissthet fokuserer dermed i stor grad på deler av aspekter ved kroppsildet.

I traumebehandlingsfeltet, er kroppsbevissthet definert som den subjektive bevissthet om kroppssensasjoner fra stimuli som kommer både fra insiden av kroppen (enteroseptorer) og utsiden av kroppen (eksteroseptorer), dvs. sanseapparatet (Rothschild, 2000).

Siden begrepet kroppsbylde og kroppsbevissthet er så multidimensjonalt og sammensatt, er det laget mange ulike skjemaer som måler ulike aspekter av kroppsbylde og kroppsbevissthet (Dragesund, Råheim, & Strand, 2012). Innen forskning om kroppsbylde og overvekt/ sykkelig overvekt, kan det virke som at kroppsbevissthet og eierskap til egen kropp sjelden blir kartlagt, da det ofte vektlegges kartlegging av tanker og følelser om kroppens utseende og adferd knyttet til dette (Chao, 2015; Lewer et al., 2017; Rosta et al., 2017; D. B. Sarwer, Wadden, & Foster, 1998).

SKO-skjema er et selvrporterings-skjema som kartlegger 11 ulike kategorier om kroppsopplevelse: kroppsbevissthet, kroppskontakt, tilfredshet og aversjon, anspenhet og pust, utholdenhet og balanse, samt kroppslig ubehag, distanse og behov for fysisk avstand/grenser (Pedersen et al., 2013). (VEDLEGG 1)

Beskrivelse av kategoriene i SKO-skjema:

Kroppsbevissthet:

Personer som skårer høyt på denne skalaen rapporterer at de føler seg i ett med kroppen sin, og at de kjenner forandringer i kroppen i tråd med følelsesmessige forandringer.

Begrepet kroppsbevissthet brukes i SKO-skjema mer snevert enn det teorien har greid ut om. I SKO-skjema dreier kroppsbevissthet om det som også kan kalles affektbevissthet. Affekter er fornemmelser i kroppen knyttet til emosjoner, men trenger ikke være gjenkjennbart som følelser. Ut fra teori kan en tenke at alexithymi (manglende ord for følelser), lav affektbevissthet og lav kroppsbevissthet (slik SKO-skjema har benyttet det), omhandler noe av de samme fenomenene.

Kroppskontakt kan således virke å være et premiss for å kunne gjenkjenne endringer i kroppen og således gjenkjenne følelser.

Kroppskontakt:

Personer som skårer høyt på denne skalaen rapporterer at de har god kontakt med alle deler av kroppen sin. (propriosepsjon, eierskap)

Aversjon:

Personer som skårer høyt på denne skalaen rapporterer skamfullhet og aversjon i forhold til sin egen kropp, og at de ofte ønsker å kunne endre på kroppen sin. (Kroppsmisnøye)

Tilfredshet:

Personer som skårer høyt på denne skalaen, rapporterer at de er fornøyd med og har et avslappet forhold til kroppen sin. (positivt kroppsbilde)

Utholdenhet

Personer som skårer høyt på denne skalaen rapporterer at de opplever kroppen sin som en sterk, stabil og utholdende ressurs. (positivt kroppsbilde)

Balanse

Personer som skårer høyt på denne skalaen rapporterer at de opplever å ha god balanse når de beveger kroppen (positivt kroppsbilde)

Pust

Personer som skårer høyt på denne skalaen rapporterer er opptatt av og bevisst sin egen pust. (Må tolkes individuelt).

Distanse/Fjernhet:

Personer som skårer høyt på denne skalaen rapporterer at de føler kroppen sin som noe fremmed, fjernt og følelseløst som ikke tilhører dem. At de på en måte er avstengt fra og utenfor kroppen sin. (fremmedgjort, dissosiert)

Anspenhet:

Personer som skårer høyt på denne skalaen rapporterer at de føler seg anspent i kroppen sin og har vanskelig for å slappe av rent fysisk.

Kroppslig ubehag

Personer som skårer høyt på denne skalaen rapporterer en ubehagelig fornemmelse i kroppen i form av smerter, hovenhet, kraftløshet og følelseløshet.

Fysisk avstand / Grenser

Personer som skårer høyt på denne skalaen rapporterer at de føler ubehag om andre kommer nær kroppen, og holder kroppslig avstand til andre.

Både utseende (fornøydhet/misfornøydhet med kroppen) og kroppsbevissthet (i form av proprioepsjon (kroppskontakt), enterosepsjon (pust og affekter i kroppsbevissthet)), blir tematisert i SKO-skjema; i tillegg til fremmedgjøring (distanse) og behov for avstand/grenser. Også opplevelse av kroppen som ressurs (balanse og utholdenhet) blir kartlagt. Således dekker SKO-skjema flere skjema og kartlegger på tvers av tradisjonene innen nevrofysiologi, psykiatri og traumebehandlingsfeltet i tråd med psykomotorisk fysioterapis helhetlige tilnærming av kroppen. Dette kan være hensiktsmessig sett i lys av psykisk helsearbeid, som har fokus på å kunne understøtte psykisk helse og mestring, uavhengig av diagnosesystemer (Tangvald-Pedersen & Bøe, 2011).

3.7 Stigma og skam

Sosiologen Erwin Goffman (2009) forteller om stigma som begrep som oppsto hos grekerne. De påførte merker på kroppen til slaver, kriminelle og forrædere for å signalisere om uvanlige eller dårlige moralske trekk ved personen. Det synlige merket på kroppen gjorde at de øvrige i samfunnet skulle unngå dem og støte dem ut, spesielt på offentlige arenaer. Begrepet stigma henger sammen med et sosialt samspill, understreker Goffman. Det innebærer at noen er unormale fra det normale. Det er en avstand mellom det en gruppe definerer som akseptert og normalt og det personen har av avvik og unormalitet. Stigma er således ikke i seg selv et konstant og uavhengig kjennetegn hos personen og er ikke i seg selv negativt, men stigma oppstår som et uttrykk i møte med hvordan de andre bedømmer dette. Slik kan ett kjennetegn være stigmatiserende i ett miljø, men ikke være det i andre. Begrepet har med tiden gått mer vekk fra kroppslige markører fra oldtidens Hellas, og har fokusert mer på den sosiale ydmykelsen og vanæren som ligger i å bli stigmatisert. (Goffman, 2009)

Goffman fremholder videre at det er vanlig at individet selv fremholder de samme standardene som gruppen en definerer seg innenfor. Sammenlikner en seg med andre i samme alder og kjønn, for eksempel, og finner at en avviker fra det som er sosialt akseptert og gir status, opplever en seg som unormal. Slik blir skam en del av det å kjenne avstanden mellom sine indre standarder og sin faktiske tilstand. Skam fører til behov for å skjule seg (Farstad, 2016; Goffman, 2009).

Overvekt er blitt et stigma i dagens vestlige samfunn (Hansson & Rasmussen, 2014; Lewis et al., 2011; R. Puhl & Brownell, 2003; R. M. Puhl & Heuer, 2009; Schafer & Ferraro, 2011; Sikorski, Luppá, Luck, & Riedel-Heller, 2015). «Health at every sizes» er en anti-stigmabevegelse som startet i USA og som nå har begynt å bli synlig også i Norge (Helse uansett størrelse) (Samdal & Meland, 2018).

4 Metode

4.1 Forskningsdesign

Hensikten med denne studien var å kartlegge kroppsopplevelse og eventuelle endringer etter rehabilitering, ved bruk av SKO-skjema. Samtidig ønsket jeg å få en dypere forståelse av hvordan personer med sykelig overvekt beskriver kroppsopplevelse. Derfor ble en todelt metode valgt. Både kvantitativ og kvalitativ metode ble benyttet for å besvare de ulike forskningsspørsmålene i studien med bruk av henholdsvis spørreskjema og intervju.

En todelt metode kan belyse problemstillingen fra flere innfallsvinkler og dermed bidra til ny kunnskap og nye forskningsspørsmål (Malterud, 2011). Det å velge en todelt metode i en masteroppgave er vanligvis ikke anbefalt på grunn av arbeidsmengde (Everett & Furseth, 2012). Det kan likevel være fruktbart å kombinere ulike metoder (Teddlie & Tashakkori, 2009; Tschudi, 1982). Ved å kombinere ulike design eller perspektiver i ett og samme prosjekt kan en bredere kunnskap utvikles, men det gjelder for forskeren å tydeliggjøre hvordan det ene perspektivet utfyller det andre (Malterud, 2011).

Kvantitativ metode og spørreskjema har sin styrke i at informasjon kan standardiseres og reduseres til variabler som statistikkprogrammer kan behandle. Stor informasjonsmengde kan struktureres, gi oversikt og bidra til å se et større bilde (Jacobsen, 2005). Ulempen med dette er blant annet at det er en fare for at dataene blir overfladiske, virkelighetsfjerne og ikke fanger opp viktige nyanser og at tema for hva som er relevant er definert på forhånd (ibid).

Bruk av kun spørreskjema for å beskrive kroppsopplevelse opplevdes som mangelfullt og utilfredsstillende. Siden opplevelse i seg selv er et mangeartet fenomen, var jeg redd for at mange nyanser skulle forsvinne idet opplevelse ble redusert inn i kvantifisering i skjemaform. I tillegg har ikke SKO-skjema blitt brukt tidligere på et slikt utvalget. Bruk av intervju i tillegg ga mulighet for en større genuin beskrivelse av et komplekst fenomen som kroppsopplevelse er, hvor enkeltindividets opplevelse i sin kontekst får tre frem (Jacobsen, 2005). Det ga også mulighet for å fange opp refleksjoner i tilknytning til SKO-skjema.

4.2 Studiens setting:

Studien som beskrives i denne oppgaven var del av et større forskningsprosjekt, «Utvikling av livsstilsbehandling for fedmepasienter ved Betania Malvik - en del av STYRK-programmet» (STYRK), som startet datainnsamling i 2015. Prosjektet ble gjennomført i tilknytning til et gruppebasert rehabiliteringsprogram for personer med sykkelig overvekt på Betania Malvik. Deltagelse i rehabiliteringsprogrammet forutsatte deltagelse i studien STYRK. Deltagerne var alle før oppstart inkludert til STYRK i samarbeid med Fedmepoliklinikken ved St. Olavs Hospital.

STYRK-studien innebar en omfattende kartlegging med bruk av fysisk testing og ulike spørreskjema med 4 målinger første år, pluss tre langsiktige målinger.

Den kvantitative delen av studien i denne oppgaven benyttet deler av et datamateriale som ble samlet inn i forbindelse med STYRK-prosjektet. STYRK-prosjektet benyttet en spørreskjemapakke som inneholdt skjema om fedmerelatert livskvalitet (IWQOL), indre versus ytrestyrt motivasjon (locus of control), søvn (ISI), spisevaner (BES og DEBQ), psykologisk velvære (HADS, SCL-90) og selvfølelse (SCS-LF), holdninger til fysisk aktivitet (dansk skjema) I tillegg er det kartlagt anamnesticke opplysninger.

Utfylling av skjema ble gjort elektronisk via et program som heter Check-ware.

Rehabiliteringsprogrammet

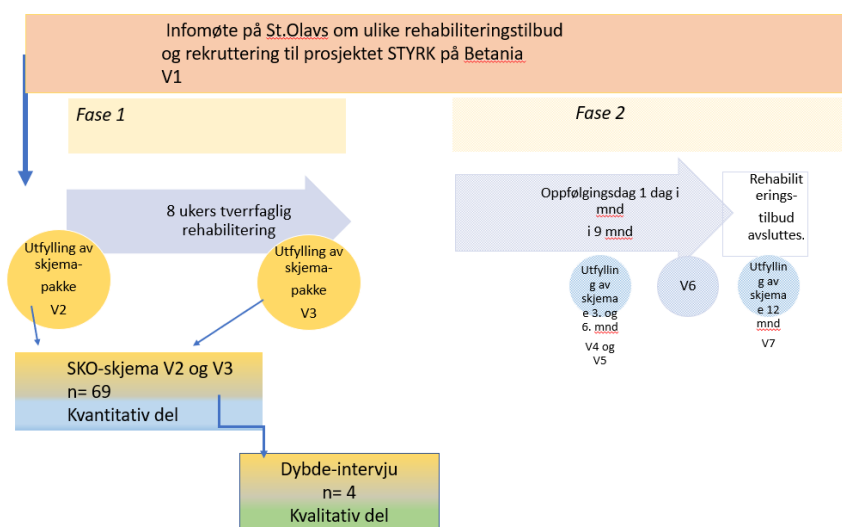
Rehabiliteringsprogrammet ved Betania Malvik ble gjennomført som gruppebehandling, og ble markedsført som et poliklinisk dagbehandlingstilbud som i stor grad vektla psykisk helse. Programmet innebar to faser i løpet av 12 måneder med inntil 10 deltagere i hver gruppe. Fase 1 innebar dagrehabilitering tre dager i uka i åtte uker mens fase 2 (oppfølgingsfase) innebar samling en dag i måneden i ni måneder. Behandlingen i fase 1 besto av undervisning (kroppsbilde-selvbilde; endringsprosesser, mat og følelser, fysisk aktivitet, aktivitetsregulering, stress, automatiske tanker, søvn, ernæring), fysisk trening (basseng, spinning, trening i sal, turgruppe), psykomotorisk bevegelsesgruppe, praktisk matlaging og samtalegruppe. I tillegg hadde

deltagerne individuelle samtaler med egen koordinator med fokus på mål og støtte til å individuelle tilpasninger ved bruk av SMART-mål og motiverende intervju minst 3 ganger (innkomst, midtveis og sluttsamtale) og mer ved behov. Ved behov, kunne pasienten få individuell samtale med psykolog, ernæringsfysiolog, fysioterapeut og psykomotorisk fysioterapeut.

Psykomotoriske bevegelsesgrupper var et tilbud en gang i uka med en varighet på ca.75 min. Det kunne variere om det var lagt til starten eller slutten av dagen, og om det var tidlig eller sent i rehabiliteringsuka. Bevegelsesgruppen var basert på psykomotoriske prinsipper. Det ble vektlagt øvelser i sittende og stående med fokus på økt kroppskontakt og kroppsbewissthet via oppmerksomhet, sanse- stimulering og bevegelser som mykgjør stive partier i kroppen ad modum Gudrun Øvreberg (Ianssen et al., 2012; Tvedten & Ottesen, 2016).

Psykoedukasjon om anatomi, (for eksempel å finne frem til sin egen leggmuskulatur og kneskål og få tak i en isolert muskelgruppe om gangen) ble vektlagt for å fremme økt kunnskap og kjennskap til kroppen. Eierskap til kropp ble søkt styrket gjennom å oppdatere kroppsrepresentasjon gjennom bruk av piggball, kroppsbewissthetsøvelser og fokus på fornemmelser av nyanser i kroppen. Kroppsbewissthet ble søkt styrket via fokus på hva som gjør godt, hva skal til for å få det mer komfortabelt. Her ble ansenthet og avspenning et tema og bewissthet på hva som skjer med pusten og ulike muskelgrupper ved ansenthet.

For å øke opplevelsen av seg selv, ble øvelser som vektla underlag, midtlinje og sentrum benyttet, samt selvhevdelsesøvelser med fokus på å hente kraft fra sentrum i tråd med øvelser fra Basal Kroppskjennskap (Skjærven & Sundal, 2016). En mer detaljert beskrivelse av gjennomføringen og innholdet i de psykomotoriske bevegelsesgruppene finnes i Vedlegg 2. Vedlegget er tenkt å kunne gi et praktisk innblikk i hvordan en slik gruppe ble lagt opp, og er ikke beskrevet med vitenskapelig begrunnelse.



Figur 1: Oversikt over studiens setting og kvantitativ og kvalitativ del Denne oppgaven har kun benyttet data fra fase 1.

Det var på et tidspunkt sannsynlig å kun fokusere på intervjuene, da samordningen av datamaterialet fra check ware var forsinket. Etter hvert ble jeg også skeptisk til arbeidsmengden. Samtidig følte jeg en viss forpliktelse over at innsatsen fra pasientenes side som brukte tid på å fylle ut SKO-skjema skulle komme til nytte. Jeg var også nysgjerrig på hvordan pasientene på gruppenivå skåret på de ulike kategoriene og om det skjedde endringer underveis. Vår egen innsats som tverrfaglig team, som hadde måttet forholde seg til de rammer det er å arbeide under forskning, virket også å få en viss belønning dersom data fra spørreskjema ble brukt i denne masteroppgaven. Da jeg fikk avklart at en statistiker fra NTNU som var involvert i den store studien STYRK kunne bistå med analyse og utforming av figurer, og at rehabiliteringsinstitusjonen også ønsket at dataene skulle analyseres og brukes, holdt jeg på denne todelte metoden. Jeg reduserte i stedet ambisjonene på den kvantitative delen slik at analyser ble redusert til deskriptiv statistikk og effektmål med signifikans og korrelasjoner med eventuelle andre spørreskjema ble utelatt. Dette er anbefalt som en god strategi for en masteroppgave med todelte metode (Everett & Furseth, 2012).

4.3 Kvantitativ del

Utvalg og rekruttering

Utvalget var alle som hadde deltatt og fullført ved Betania Malviks livsstilsendningsprogram for sykkelig overvekt, fra 2015 til og med 2017. Alle som hadde fullført fase 1 og fylt ut spørreskjema før og etter rehabiliteringsprogrammet ble inkludert i vår studie.

Informasjon og rekruttering til STYRK-studien ble gitt under et infomøte på St. Olavs Hospital om flere mulige behandlingstilbud for sykkelig overvektige som var henvist til overvektspoliklinikken fra fastlege.

Inklusjonskriterier var å være henvist til Betania Malviks livsstilsendningsprogram fra Fedmepoliklinikken ved St. Olavs Hospital, oppfylle kriterier for sykkelig overvekt (BMI over 40 eller BMI over 35 med tilleggssykdom) og være over 18 år. Eksklusjonskriterier var opplysninger om pågående rusmisbruk eller alvorlig psykiatrisk lidelse, eller fysisk og psykisk funksjonsnivå som gjorde deltagelse i gruppebasert tilbud vanskelig. Individuell tilrettelegging ble gjort i stor grad før eksklusjon og noen fikk individuell kartleggingssamtale før eventuell eksklusjon.

Da det var psykiatriske sykepleiere, psykolog og psykomotorisk fysioterapeut i det tverrfaglige behandlingsteamet, hadde rehabiliteringen vektlagt kompetanse på psykisk helse i større grad enn andre i helseregionen. Det ble derfor fra St. Olavs side beregnet at flere av deltagerne på Betania hadde mer komorbiditet og psykososiale utfordringer enn deltagere i andre rehabiliteringsinstitusjoner i Helse Midt.

Datainnsamling

Den kvantitative delen av dette masterprosjektet var et pre-post studiedesign med måling med SKO-skjema før og etter et åtte ukers rehabiliteringsprogram for personer med sykkelig overvekt. Studien har benyttet målingene ved hjelp av SKO-skjema før deltagelse i rehabiliteringsprogrammet og i løpet av de to siste ukene av åtte ukers rehabilitering.

Spørreskjema om kroppsopplevelse (SKO)

Kvantitativ metode med spørreskjema om kroppsopplevelse (SKO-skjema) ble benyttet for å få svar på hvordan deltakerne skåret på ulike sider ved

kroppsopplevelse, sammenlignet med normalbefolkningen, og for å kartlegge eventuelle endringer i kroppsopplevelse etter rehabiliteringsprogrammet.

SKO-skjema er laget for å kunne gjenspeile sentrale positive og negative aspekter av kroppsbildet slik de kom til uttrykk hos personer med personlighetsforstyrrelse (Pedersen et al., 2013). Skjema er sammenstilt fra ulike kartleggingsverktøy om kroppsopplevelse som et alternativ til å bruke flere ulike spørreskjema for å kartlegge relevante aspekter ved kroppsopplevelse for pasientgruppen.

SKO-skjema kartlegger 11 ulike kategorier av kroppsbildet fordelt på 64 spørsmål. Hvert enkelt spørsmål var formulert som en påstand som en skulle besvare om en var enig (aldri, svært sjelden, av og til, ganske ofte, svært ofte, alltid) med skår 1-6.

5 av kategoriene gjenspeiler positive aspekter ved kroppsopplevelsen: *kroppsbevissthet* (føler seg i ett med og kjenner forandringer i kroppen i sammenheng med følelser); *kroppskontakt* (god kontakt med ulike deler av kroppen); *utholdenhet* (opplever kroppen som sterk, stabil og utholdende); *tilfredshet* (fornøyd med, og avslappet forhold til kroppen sin), og *balanse* (god balanse når kroppen er i bevegelse).

Ytterligere fem av kategoriene gjenspeiler negative aspekter ved kroppsopplevelsen: *aversjon* (skamfullhet og aversjon i forhold til kroppen); *anspenhet* (anspent og vanskelig for å slappe av i kroppen); *kroppslig ubehag* (ubehagelige fornemmelser som smerter, hovenhet, kraftløshet og følelsesløshet); *distanse / fjernhet* (føle kroppen som noe fremmed, fjernt og følelsesløst); *fysisk avstand / grenser* (kroppslig avstand til andre og ubehag om andre kommer nær kroppen).

Kategorien *pust* representerer verken negativ eller positivt aspekt og må tolkes individuelt.

Spørreskjema er ansett som et tilstandsmål og skal egne seg godt for mål på endring. Det er lagt inn et normativt referansegrunnlag slik at det er gode indikasjoner på hva som er lave eller høye skårer på instrumentet

(Pedersen et al., 2013). Det er ikke gjort andre publikasjoner enn den det refereres til, og SKO-skjema er ikke brukt hos denne pasientgruppen før.

Ved bruk av SKO-skjema kunne vi få svar på om vårt utvalg lå høyere, lavere eller innenfor normalområdet på ulike aspekter av kroppsopplevelse og ville besvare forskningsspørsmålet om hvordan kroppsopplevelsen er hos personer med sykkelig overvekt. Da det ble gjennomført måling både før og etter rehabilitering, kunne denne metoden si noe om endring av kroppsopplevelse før og etter intervensjon og ville besvare forskningsspørsmålet om endringer av kroppsopplevelse.

Analyse av data

Det totale antall respondenter ved både pre og post åtte ukers rehabiliteringsprogram ble $n=69$ og analysene er gjort på bakgrunn av dette datamaterialet.

Ved oppstart hadde 61 kvinner og 19 menn fylt ut skjema; totalt 80 stk. Etter mottatt excel-fil med datamaterialet fra Check ware, ble datasettets ident-nr. gjennomgått flere ganger for å passe på at det korresponderte med deltagere på fedmetilbudet da data fra andre pasientgrupper også var registrert i samme system. Det ble også korrigert riktig måletidspunktkode for besvarelser som ble gjort i desember 2017 som ikke hadde blitt merket. Det totale antallet ved oppstart etter fjerning av duplikater ble tilslutt $n=75$. Seks respondenter hadde ikke fylt ut spørreskjema ved avslutning og ble fjernet fra datamaterialet slik at det totale antall respondenter ble $n=69$, av disse var 18 menn og 51 kvinner.

Analyse av SKO-skjema ble gjennomført ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS. Dette arbeidet ble gjort av statistiker Christian Kløckner med meg (masterstudenten) som bisitter.

I SPSS ble det beregnet gjennomsnitt ut fra T-skår, standardavvik, median og interkvartil range (IQR) for gruppen fordelt på kvinner og menn ved måletidspunkt før intervensjon og etter åtte ukers intervensjon.

Resultatene er presentert deskriptivt ved bruk av stolpediagram. Utvalgets kroppsopplevelse i de 11 kategoriene ble sammenliknet med T-skår beregnet for samme kjønn og aldersgruppe i normalbefolkningen.

4.4 Kvalitativ del

Kvalitativ metode ved bruk av semistrukturerte dybdeintervju (Jacobsen, 2005) ble benyttet for å få en større forståelse og innsikt i deltagerens opplevelse knyttet til kroppsopplevelse, samt utforske beskrivelser og refleksjoner over kroppens andre aspekter enn overvekt. Denne metoden virket egnet for å belyse problemstillingen, da kvalitative metoders styrke er å utforske nyanser og komplekse fenomener om hvordan mennesker forstår og fortolker en situasjon på et dypere plan.

Som psykomotorisk fysioterapeut med særskilt interesse for kroppsopplevelse og dens sammenhenger med blant annet følelser, identitet, krenkelser og livshistorie, ble intervjuguide designet med hensikt i å fordype meg i dette. Intervjuguiden hadde åpne spørsmål uten å gå direkte inn i SKO-skjemas ulike kategorier og begrepsbruk, men jeg hadde SKO-skjemas brede fokus som bakteppe under intervjuet. Intervjuguiden ble delt inn i to hovedtemaer: kroppsopplevelse og refleksjoner rundt eget SKO-skjema. Første spørsmål var «Hvordan opplever du kroppen din?». Både positive og negative aspekt ved kroppen var notert i intervjuguiden som stikkord og hjelpespørsmål dersom dette ikke ble belyst spontant. Det var også stikkord om refleksjoner om kroppsopplevelse og levd liv, og om konkrete opplevelser i rehabiliteringen som hadde betydning. I tillegg var et siste punkt i intervjuguiden at informantene fikk se og kommentere sitt eget utfylte SKO-skjema pre og post intervensjonen som de hadde gjennomført. (VEDLEGG 3)

Utvalg og rekruttering

Potensielle deltakere i den kvalitative delen av studien var de som kunne si noe om endring av kroppsopplevelse gjennom rehabiliteringsprogrammet. Jeg benyttet meg av strategisk utvalg (Malterud, 2011) og rekrutterte deltagere som hadde endringer i SKO-skjema fra utfylling pre og post intervensjonen i det aktuelle tidsrommet. Informasjon om studien og rekruttering til deltagelse ble innhentet via informantens koordinator i sluttfasen av intervensjonen hvor sluttsamtaler ble gjennomført. En informant ble rekruttert på et senere

tidspunkt, etter 9 ukers avslutning av intervensjonen da jeg så behov for flere informanter og måtte lete tilbake i tidligere grupper.

Etter muntlig samtykke innhentet av koordinator, ringte jeg for å forhøre meg om de fremdeles var interessert, samt at de fikk mer informasjon om hva intervjuet innebar. De som ville, fikk infobrev sendt på mail. En potensiell informant trakk seg etter at jeg tok telefonkontakt.

Etter to intervju og begynnende analyse, ble det rekruttert to informanter til.

En av informantene hadde ikke fylt ut SKO-skjema ved oppstart av rehabiliteringen på grunn av begynnende avvikling av datainnsamling via Check ware fra studien, men ble rekruttert på bakgrunn av klinisk inntrykk av endring av kroppsopplevelse.

En mann og tre kvinner deltok i kvalitative intervju. Alderen var mellom 28 og 48 år med en median på 34,5 år. En av informantene var ute av arbeidslivet, resten var i jobb, fra 80-100%.

De hadde en BMI som spente fra 38 til 52 med en median på 43. I løpet av åtte ukers intervensjon gikk 3 av dem ned 1 tallverdi mens den siste hadde samme BMI også etter programmet.

Deltakerne i intervjuene hadde fire ulike historier om overvektens debut. En følte seg stor fra 12 årsalder, men tenkte ikke så mye over vekt som barn. En ble ikke overvektig før i miljøskifte i 18 - årsalder da intenst treningsliv ble avbrutt, men ble kalt feit og stygg fra 6 års alder. En følte seg større enn andre fra ungdomsskolen, og hadde vokst opp med kritikk fra familie. En følte at hun alltid hadde vært stor..

Datainnsamling:

Datainnsamling foregikk via semistrukturerte dybdeintervju ved bruk av lydopptak i tidsrommet en til to uker etter åtte ukers intervensjon. En av informantene gjennomgikk intervju 9 uker etter intervensjon. Alle deltakerne fylte ut skriftlig samtykke før de deltok i intervju.

På intervjudtidspunktet hadde alle fylt ut spørreskjema 2 ganger bortsett fra en informant som kun fylte ut SKO-skjema etter intervju.

For å minimere fastlagte roller og forventninger da jeg forsket i mitt eget praksisfelt, måtte jeg gjøre flere valg med omhu. Intervjuet foregikk ikke i de samme behandlingslokalene som rehabiliteringen hvor informanten hadde en pasientrolle, men det ble benyttet et nøytralt samtalerom i en annen bygning i virksomheten.

Jeg hadde ikke rollen som koordinator og individuell behandler ovenfor informantene, men de hadde alle hatt meg som gruppeinstruktør i psykomotorisk bevegelsesgruppe og underviser i temaene 'Kroppsbilde og selvbilde' og 'Automatiske tanker'.

Intervjuenes varighet varierte mellom det korteste som var 58 min og det lengste som var 1 time 52 minutter. Alle intervjuene hadde således en varighet på mellom 1 og 2 timer, hvor tre av dem varte i 90 minutter eller mer.

Intervjuet ble gjennomført med småprat i begynnelsen, informasjon om rettigheter og hva studien skulle brukes til, og innhenting av skriftlig samtykke. Rolleavklaring ble tematisert i den hensikt at informanten ikke skulle føle seg underlegen meg som fagperson. Det ble sagt tydelig at jeg ikke satt der som fagperson under intervjuet, men som en forsker i nybegynnerstadiet. Det ble understreket at dette tema ikke har noen fasitsvar og at deres opplevelse og tanker omkring kroppsopplevelse er interessante.

Jeg fulgte intervjuguiden i starten med åpent spørsmål om hvordan de opplevde kroppen. I stedet for at intervjuguiden ble styrende, fulgte jeg opp med oppfølgingsspørsmål på tema de kom inn på og jeg etterspurte eksempler. For tre av informantene hadde jeg med en grafisk fremstilling av deres SKO-skjema, som de var informert om i infoskrivet. Mot slutten av intervjuet, viste jeg SKO-skjemaet deres og forklarte hvordan den grafiske fremstilling kunne forstås, slik at de skjønnte hvor de lå høyt og hvor de lå lavt sammenliknet med normalområdet. Også begrepene som de ulike stolpene representerte, ble forklart, og for en informant ble også enkelte spørsmål fra SKO-skjema som hørte til under kategorien kroppsbevissthet og distanse lest opp da hun selv ønsket dette. Informanten som ikke hadde fylt ut SKO-skjema i tilknytning til

oppstart i rehabilitering, fylte ut en papirversjon etter intervjuet var avsluttet og hun fikk ikke se hvordan hun lå sammenliknet med normalområdet. Det ble heller ikke samtalt rundt skjemaet.

Et overordnet inntrykk ble nedskrevet rett i etterkant av intervjuene hvor både innhold, stemning og umiddelbar opplevelse hos meg som intervjuer ble dokumentert. Inntrykket var at stemningen var god, og at kontakten med alle informantene bar preg av at det var tillit. To av intervjuene bar preg av å være følelsesladet. I noen av intervjuene følte jeg at jeg måtte etterspørre kroppen for å pense inn på tema, da praten lett handlet om andre tema enn det kroppslige.

Analyse av data

Det ble gjennomført umiddelbar transkribering av intervjuene (samme dag og dagen etter). Jeg omgjorde dialekt til bokmål, og satte i parentes dialektord som ikke så lett lot seg oversette. Jeg utelukket identifiserbare navn på steder og erstattet dette med fellesnavn med klamme rundt. De fleste pauser, sukk og stotring ble bevart i transkriberingen slik at jeg holdt meg så nære lydopptaket som mulig. Kun i resultatskrivingens siste fase, ble sitatene bearbeidet fra rådata slik at pauser, tenkeprikker og nølinger ble fjernet. Dette gjorde jeg for å unngå at jeg begynte å tolke sitatene annerledes underveis i skriveprosessen. Ved å holde meg nær rådata så lenge som mulig, opplevde jeg at jeg lettere husket intervjusituasjonen.

De to første intervjuene ble gjennomført samme uke. Veileder fikk oversendt transkribering og ga tilbakemeldinger på gode og mindre gode tendenser i rollen som intervjuer.

Informant 3 og 4 ble rekruttert på samme måte som de to første. Intervjuene her skulle i utgangspunktet være påfyll og kortere enn de to første, men det viste seg at det siste intervjuet ble mye lengre enn antatt da informanten hadde mye på hjertet.

Biveileder Ingrid Følling ved St.Olavs leste gjennom transkribering av to intervju i en fase hvor jeg skrev resultatkapittelet og kom med forslag til tema hun hadde identifisert for å styrke metoden. Etter dette, så jeg igjen gjennom temaene mine og opplevde en viss tilførsel av nytt perspektiv.

Analysen ble gjennomført etter Malteruds systematiske tekstkondensering som beskrives i fire steg (Malterud, 2012).

Det ble påbegynt tematisk tekstanalyse steg en til tre med de to første intervjuene før de siste to intervjuene ble gjort. Å begynne analysen før alle intervju er gjennomført, er i tråd med anbefalt metode, da analysen kan bidra til å tydeliggjøre hva en skal etterspørre videre (Malterud, 2011, 2012)

Steg 1: Første steg var å få en oversikt over intervjuet i sin helhet og identifisere innholdet i tema. Overordnet inntrykk fra 4 intervju var 4 overordnede overskrifter: «Det er ukomfortabelt», «det svinger», «jeg skulle ønske de var glad i meg som jeg er», «kroppen er fantastisk». Bruk av notater som ble gjort i etterkant av intervjuet ble benyttet.

Tema som gikk igjen i begge intervju ble særskilt vektlagt og ble også diskutert i samtale med veileder. Denne fasen ble gjort med penn og papir og de ulike temaene fikk ulike farger. Tema som gikk igjen i alle intervjuene var: kroppsskam, kroppen er overvektig, mat-trening, sammenheng tanker, kropp, adferd, følelser, ansent-uthvilt, manglende kroppskontakt. I tillegg kom oppveksthistorier med mobbing/kritikk og familieforhold.

Steg 2: (Koding av meningsbærende enheter). Ved bruk av PC ble det identifisert meningsbærende enheter setning for setning som ble kodet i farger knyttet til tema. Hver linje i transkriberingen ble tilført linjenummer for å lettere kunne finne tilbake til enheten i selve teksten.

Steg 3: (fra kode til mening: kondensering). I denne fasen samlet jeg alle meningsbærende enheter som var kodet i samme farge. Jeg lette etter mønster og fellesnevner for å kunne gi nye kategorier og underkategorier. I denne fasen ble det mye famling frem og tilbake. Ved tilførsel av to nye intervju ble det lettere å finne underkategorier. Jeg kondenserte tekst og skrev det i jeg-form for å få frem innholdet i utsagnene. Teksten ble i denne fasen etter hvert systematisert i tema 'kroppen utenfra', 'kroppen innenfra' og 'svingende kroppsbilde'. Underkategorier ble for 'kroppen utenfra': andres blikk, eget blikk og behov for å skjule seg. For tema 'innenfra' varierte underkategoriene fra avkoblet, påkoblet og vanskelig, til 'negative opplevelser

og beskyttelse fra ubehag', 'vanskelig å beskrive nyanser og følelser kroppslig' og 'gode og positive opplevelser i kroppen'.

Steg 4: I siste fase ble resultatkapittelet skrevet hvor helheten igjen skulle settes sammen og sitater illustrere de ulike temaene. I denne fasen ble struktur en utfordring da jeg også hadde resultat fra kvantitativ metode. For å sy resultatene sammen, ble ulike struktur prøvd ut. Både illustrering og utdrag av kvantitativ metode inn under 'kroppen innenfra' og 'utenfra' ble forsøkt, og det ble også forsøkt å presentere resultatene fra de to metodene adskilt. Til slutt endte det med en struktur hvor resultatene ble delt i to hoveddeler: beskrivelse av kroppsopplevelse fra begge metodene og beskrivelse av endring av kroppsopplevelse med begge metodene.

4.5 Etikk

I henhold til Helsinki- konvensjonens paragraf 13 (Association, 2014), skal studier ikke settes i gang før Regional Etisk komite har godkjent prosjektet

Deltagerne på Betania Malvik hadde allerede signert samtykke til deltagelse i forskningen STYRK som startet 2015 via Fedmepoliklinikken St. Olavs Hospital (REK nr 2014/1461 . I denne studien var den kvantitative delen allerede godkjent da SKO-skjema var del av en større pågående studie. For den kvalitative delen ble endringsmelding sendt og godkjent REK før oppstart av intervju. VEDLEGG 4)

Informert samtykke:

For kvantitativ del var det allerede innhentet samtykke til deltagelse i kvantitativ forskning som deltager av gruppetilbudet. For kvalitativ del ble det laget informasjonsbrev på bakgrunn av REKs mal som ansatte i tverrfaglig team ble orientert om og forelagt (VEDLEGG 5). De som fungerte som koordinatorene fikk innføring i viktigheten av at deltagerne ikke skulle overbevises eller presses til deltagelse og at det var viktig for forskningsetikken at deltagelse ble opplevd som frivillig. Aktuelle informanter fikk utdelt infoskrivet av koordinator. Koordinator innhentet muntlig samtykke til å bli kontaktet for intervju. Det ble innhentet skriftlig samtykke til intervjuet med informasjon om mulighet for å trekke seg i henhold til Helsinkikonvensjonen

(Association, 2014) og REKs føringer for forskningsetikk i starten av intervjuet.

For å motvirke inntrykk av psykologisk press eller ufrivillighet, var det viktig at den enkelte koordinator/kontaktperson for deltageren informerte og innhentet samtykke. Slik ble deltageren satt fri til å takke nei til tilbudet uten å måtte si det face to face med undertegnede.

Ettervern:

Det ble opplyst både skriftlig via informasjonsskriv og muntlig at de kunne ta kontakt med personalet i etterkant av intervjuet dersom de fikk behov for dette. Informantene var alle en del av videre rehabilitering i fase 2 i rehabiliteringstilbudet med faste møtepunkter 1 dag i måneden. I denne fasen hadde alle mulighet for å ta kontakt med koordinator telefonisk utenom møtetidspunkt. Undertegnede hadde også møtepunkt med dem i fase 2 og var oppmerksom på hvordan de hadde det i etterkant av intervjuet.

Konfidensialitet:

Taushetsplikten gjelder både som forsker og fagperson; men i denne situasjonen som del av et tverrfaglig team med samarbeid om felles pasienter, fikk jeg et særskilt ansvar for å bevare personlig informasjon fra intervjuene konfidensielt. Jeg var påpasselig med å ikke dele med tverrfaglig team innhold fra intervjuene og vi hadde samtaler om dette internt i teamet.

Transkripsjonen ble lagret på minnepinne og passordbeskyttet. Lyddopptak og transkripsjon er oppbevart i låsbart skap. Det vil bli oppbevart data i henhold til gjeldene regelverk og rådata skal slettes 5 år etter studiens ferdigstillelse.

Informantene ble aidentifisert fra transkribering for å for at de ikke skulle bli gjenkjent av uinnvidde. Informantene ble informert om at koordinatorene og tverrfaglig team i større grad kunne identifisere dem ved lesing av oppgave. Dette så ikke informantene som et problem da taushetsplikten også gjaldt for ansatte i dette.

Informantene ble gjort oppmerksom på fare for gjenkjennelse fra de andre deltagerne i deres gruppe dersom de snakket åpent om at de deltok i intervju. Dette ansvaret ble lagt til informantene selv, da forskeren ikke kan stå

ansvarlig for hva informantene selv velger å gjøre med sin anonymitet (Tolich, 2004). Jeg valgte å gi informantene fiktive navn i stedet for å titulere dem som informant 1 og 2, da det opplevdes som positivt for fremstillingen å få informantene frem som navnbærende subjekter.

Da det kun var en mannlig informant i utvalget, ble det et etisk spørsmål hvordan denne informantens anonymitet best kunne ivaretas. På grunn av fare for identifisering, ble denne informanten i resultatdelen omgjort til kvinne, såkalt tåkelegging. Resultatet bærer ikke preg av å være endret på grunn av dette. Det er studier som påpeker at informanter kan ha sterke følelser knyttet til endring av ord og kjennetegn (Corden & Sainsbury, 2006). En anbefalt metode er å ha en stadig dialog med informantene for å ivareta informantene i etiske dilemma samtidig som ikke studien mister verdifull informasjon (Kaiser, 2009). På grunn av dette, har jeg funnet det etisk mest forsvarlig å informere informanten pr. mail om at denne endringen er gjort.

5. Resultat

Resultatene fra denne studien er strukturert i to hoveddeler.

Del 1 beskriver kroppsopplevelsen hos personer med sykkelig overvekt som deltok i et åtte uker langt rehabiliteringsprogram. Her beskrives først hele utvalgets (n=69) kroppsopplevelse målt med SKO-skjema før oppstart av programmet. Deretter beskrives resultatene fra kvalitative dybdeintervju med en liten del av utvalget (n=4) om deres opplevelser av egen kropp.

Del 2 beskriver endringer i kroppsopplevelse etter rehabiliteringsprogrammet. Her beskrives de kvantitative endringene fra baseline til åtte uker hos hele utvalget (n=69) målt med SKO-skjema. Deretter beskrives opplevelser av endring i kroppsopplevelse fra de kvalitative dybdeintervjuene (n=4).

5.1 Del 1 KROPPSOPPLEVELSE

Kvantitative resultater – kroppsopplevelse (SKO-skjema)

Gruppen skårer lavere enn normalpopulasjonen på de positive aspektene ved kroppsopplevelse (kroppsbvissthet, kroppskontakt, utholdenhet, tilfredshet, balanse) og høyere på de negative aspektene ved kroppsopplevelsen (aversjon, anspenhet, kroppslig ubehag, distanse). For sub-kategoriene som måler opplevelse av pust og fysisk nærhet/avstand, er skåringene innenfor normalområdet.

Kvinner skåret lavest på kategorien tilfredshet (mean 21,2; SD 11,6), utholdenhet (mean 25,8; SD 13,2) og kroppsbvissthet (mean 29,7; SD 14,7). Skårene for kategorien tilfredshet vurderes som meget lav sammenliknet med normalområdet.

Kvinner skåret høyest på kategorien aversjon (mean 80,9; SD 12,6), distanse (mean 81,3; SD 34,1), kroppslig ubehag (mean 73,9; SD 20,6). Skårene for kategoriene aversjon og distanse vurderes å være svært høy sammenliknet med normalområdet.

Menn skåret lavest på kategoriene tilfredshet (mean 14,8 og SD 12,5), utholdenhet (mean 29,6; SD 20,6), kroppsbevissthet (mean 30,5; SD 12,1) og balanse (mean 35,1; SD 14,7). Skårene for tilfredshet vurderes som meget lav sammenliknet med normalområdet.

Menn skåret høyest på kategoriene aversjon (mean 82,8; SD 18,2) og kroppslig ubehag (mean 76,6; SD 16,2). Skårene for aversjon vurderes som meget høy sammenliknet med normalområdet.

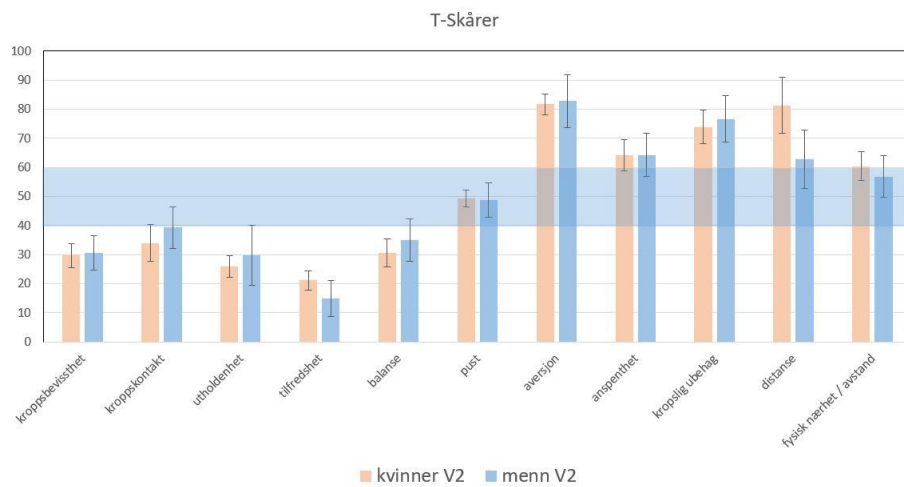
For kategoriene pust og fysisk avstand/nærhet er innenfor normalområdet for begge kjønn. Menn er også innenfor normalområdet for kroppskontakt (0,7 under normalområdet).

Det er små avstander fra normalområdet også for kategorien anspenhet.

kategorier		Normalområdet	Gjennomsnitt	Median	SD	IQR
Kroppsbevissthet	kvinne	40-60	29,69	30,56	14,70	19,44
	mann	40-60	30,56	27,62	12,08	19,64
Kroppskontakt	kvinne	40-60	33,96	34,76	22,41	42,86
	mann	40-60	39,30	35,71	14,25	28,57
Utholdenhet	kvinne	40-60	25,82	21,43	13,21	17,14
	mann	40-60	29,69	26,67	20,64	30,83
Tilfredshet	kvinne	40-60	21,20	20,00	11,66	12,50
	mann	40-60	14,86	15,00	12,55	13,33
Balanse	kvinne	40-60	30,61	33,33	17,40	22,22
	mann	40-60	35,09	36,25	14,70	17,71
Pust	kvinne	40-60	49,22	47,00	10,51	16,67
	mann	40-60	48,81	47,33	11,80	19,17
Aversjon	kvinne	40-60	81,96	83,88	12,59	16,33
	mann	40-60	82,78	80,24	18,25	25,60
Anspenhet	kvinne	40-60	64,08	63,33	19,11	30,00
	mann	40-60	64,31	60,83	15,01	18,75
Kroppslig ubehag	kvinne	40-60	73,93	66,89	20,60	31,11
	mann	40-60	76,62	71,94	16,20	26,39
Distanse	kvinne	40-60	81,35	76,67	34,06	58,33
	mann	40-60	62,76	61,25	19,99	32,03
Fysisk avstand/nærhet	kvinne	40-60	60,39	63,33	17,65	28,33
	mann	40-60	56,83	57,14	14,37	19,29

Tabell 1. SKO-skjema før oppstart (n= 51 kvinner og 18 menn, totalt 69)

Kategorier hvor skåringen avviker sterkt fra normalområdet er markert med blå tekst.



Tabell 2 SKO-skjema baseline med CI (n= 51 kvinner og 18 menn, totalt 69)

V2= før intervensjon

Gruppen skårer altså lavere enn normalpopulasjonen på de positive aspektene kroppsbevissthet, kroppskontakt, utholdenhet, tilfredshet, balanse og høyere på de negative aspektene aversjon, anspenhet, kroppslig ubehag, distanse. Kategorien tilfredshet er spesielt lav for begge kjønn og kategoriene aversjon er spesielt høy for begge kjønn. I tillegg skårer kvinner meget høyt på kategorien distanse.

Kvalitative resultater – opplevelse av egen kropp

Informantene i intervjuene snakket om sin kroppsopplevelse på to måter; Kroppen sett utenfra (tema 1) og Kroppen opplevd innenfra (tema 2).

Tema 1, «Kroppen sett utenfra», handler om hvordan deltakerne snakket om kroppen ut fra fokus på vekt og utseende. Tema 2, «Kroppen opplevd innenfra», handler om hvordan deltakerne beskrev at de opplever seg selv og sine følelser, indre liv og kroppslige tilstand.

Tema 1: Kroppen sett utenfra

Informantene fortalte i intervjuene om kroppen som en ytre gjenstand som evalueres og synes utenfra. De kom med mange beskrivelser av hvordan

de opplevde at kroppene deres ble evaluert ut fra utseende og vekt. De fortalte også hvilke konsekvenser de opplevde at dette fikk for dem i hverdagen. Informantene delte historier fra både oppvekst og nåtid. Skam og misfornøydhet med eget utseende i nåtid var gjennomgående, og utenforskap var et viktig tema i fortellingene om deres oppvekst.

Tema 1 er delt inn i følgende undertemaer: 1. De andres blikk på kroppen, 2. Eget blikk på kroppen, 3. Behov for å skjule seg

De andres blikk på kroppen

‘De synes at jeg er stygg, svak og feil’

Informantene fortalte om vonde erfaringer i møte med andre, både fra barndommen og voksen alder. De fortalte om mobbing, kritikk og en tendens til å føle seg feil sammenliknet med andre. Flere fortalte at de ikke hadde noen de stolte på, at de i oppveksten ikke hadde nære venner eller voksne de kunne snakke med om dette. De beskrev at dette hadde satt sine spor i dem i voksen alder, og at andres blikk på dem var fortsatt problematisk.

Informantene fortalte at de hadde blitt møtt av andre på en nedsettende måte, mye på grunn av utseende. Fra skolealder av, hadde tre av dem erfaringer på mobbing. For Beate og Julie var det som systematisk mobbeoffer gjennom hele barneskolen, for Cecilie var det ved å vokse opp med generell kritikk og utseendefokus fra omsorgspersoner. Anna fortalte at hun ikke hadde vokst opp med mobbing, at hun hadde en trygg vennegjeng og familie, men til tross for dette, var hun meget usikker på seg selv og hadde tendens til å stadig sammenlikne seg med andre. Også hun hadde hørt kommentarer om utseende, men dette opplevdes ikke som systematisk mobbing.

Informantene fortalte at de følte seg store og annerledes sammenliknet med andre. Julie fortalte at hun hadde blitt slått daglig i magen av medelev på skolen. Flere hadde hørt skjellsord som stygg, feit, tjukka. Cecilie opplevde at foreldre og familie skammet seg over at hun var overvektig og stadig kom med kritiske stikk om utseende. Noen av informantene kunne beskrive at de følte seg tjukke før de faktiske ble veldig overvektige. Når de så tilbake på bilder av dem selv, syntes flere av dem at de ikke var så overvektige som de følte seg.

Informantene fortalte at de fortsatt tenkte mye på hva andre tenker om dem som person på grunn av utseende og vekt. Dette kunne være når de var utendørs, for eksempel i butikken og kjøpte sjokolade, men også bare når en var ute blant folk. Flere sa at de opplevde seg sosialt utrygge fordi de var overvektige. Beate fortalte at det var kun i korte øyeblikk at hun glemte at hun var stor. Julie, derimot, fortalte at hun *ikke* tenkte så mye på hva andre tenkte om henne. Hun sa hun ikke brød seg om det, hadde på en måte bestemt seg for at de som mobbet henne ikke var viktige for henne. Hun sa hun tenkte at mobbingen ikke bare handlet om vekten hennes, da hun så at hennes søsken også ble mobbet på skolen, selv om de var tynne. Som barn opplevde hun seg ikke alene om å være stor, sa hun, hun hadde sett at også andre var store på skolen hennes.

Cecilie sa hun var redd utseende var grunn til at hun ikke fikk jobb og at hun følte hun tok plass i samfunnet. Hun sa hun trodde hun tenkte slik fordi familien hennes stadig påpekte kroppsstørrelsen hennes og var kritiske.

Cecilie: nei, hvis jeg tar det med jobb da, så søkte jeg på mange jobber. Og så vet jeg jo at jeg har de kvalitetene som skal til, men jeg fikk ikke noe ny jobb. Og så sier en i familien: ja men kanskje det er vekta di da. Kanskje du skal begynne å tenke at det er derfor. Men for meg, så har jo ikke det vært et hinder. Men når en får det fortalt, så begynner en jo å tenke på det.

Cecilie fortalte videre at hun trodde hun ville ha vært mye mer sosial om hun var slankere, hadde den perfekte kroppen og kunne ha på seg de klærne hun ville. Hun sa hun trodde familien skammet seg for at hun var overvektig.

Eget blikk på kroppen:

‘Jeg er ukomfortabel, jeg hater kroppen’

Informantene fortalte om sine egne tanker og følelser om kroppen sin. Det varierte hvor mye de tenkte på det. Beate hadde kun noen korte øyeblikk hun glemte kroppen og at den var stor, ellers var den store kroppen alltid i bevisstheten. Anna tenkte også ofte på den og hadde stadig indre dialoger med seg selv om valg vedrørende mat og trening. Hun kunne stadig tenke på hvordan ulike oppgaver ville vært enklere å utføre på jobb dersom hun hadde vært tynnere. Cecilie tenkte mest på det når hun var sammen med andre, mens

Julie tenkte ikke så mye på kroppen i det hele tatt. De fortalte at de så på sin egen kropp som stygg. Beate fortalte at på dårlige dager følte hun seg feit og stygg og sa til seg selv at hun var det, slik mobberne hadde sagt i barneskolen. Det var vanskelig for alle bortsett fra Julie å si noe positivt om egen kropp.

Magen var gjennomgående den delen av kroppen som informantene sa opplevdes mest problematisk. Dette var fordi de opplevde at den var i veien når en skulle bøye seg, men også fordi den var mest synlig.

Beate kunne fortelle om en opplevelse av tranghet, at klærne var trange, men også at det kunne være trangt i kroppen uten klær. Det var en klaustrofobisk følelse som hadde direkte tilknytning til overvekten og var økende jo mer overvektig hun ble. Hun følte det var ukomfortabelt i kroppen.

Julie beskrev at hun ikke tenkte så mye på kroppen til vanlig, men ble påminnet den ved hoftesmerter. Da kjente hun at hun hatet kroppen. Å ikke tenke på kroppen, trodde hun fungerte som en beskyttelse fra å føle seg stor.

Cecilie beskrev et hat til kroppen som kjentes som at ingenting er riktig med den. Hun hadde en følelse av å være ekkel og uattraktiv. Dette ble forsterket ved fysisk nærhet med samboeren sin:

Hvis samboeren min skal stryke på magen min eller noe sånt, det synes jeg er ekkelt. Og så føler du kanskje at du er ekkel og det motsatte han har lyst på

Behov for å skjule seg

Informantene fortalte at de hadde behov for å skjule seg. Dette kunne være ved å skjule kroppen i klær, ta mindre plass i rommet ved å lute ryggen og se ned, eller å unngå å delta på aktiviteter. Slike aktiviteter kunne være noe de hadde lyst til å prøve, men som krevde utstyr de ikke stolte på kunne bære dem, men det kunne også være det å være generelt ute blant folk. Situasjoner der kroppen eller tyngden ble synlig, ble beskrevet som de verste arenaene der flere fortalte om panikk eller sterkt ubehag. Julie, derimot, sa at hun ikke følte behov for å gjøre seg mindre synlig.

Informantene kunne fortelle at klær virket som en beskyttelse mot å være synlig, men det var også vanskelig å finne klær en følte seg vel i. Basseng

og fellesdusjer ble beskrevet av flere som et mareritt hvor en ikke kan skjule seg.

Beate: Det er jo som sagt i de situasjonene der jeg føler meg, sånn som offentlige bad og sånn, som er de verste situasjonene. Men jeg merker det som sagt også ellers når jeg er ute og går i sentrum (av byen), for eksempel, men jeg klarer å holde det mer skjult på grunn av at jeg da har klær som er litt større. Så jeg klarer å skjule det litt da. Til en viss grad.

Anna: For det er jo noe du prøver å skjule, da. Ikke sant. Alltid brukt store klær. For å skjule valkene her og der. Og man ser jo at man ikke kommer inn i de klærne venninnene hadde og du blir jo gjort oppmerksom på det hele tiden, sant, i en eller annen form.

Det samme med felles dusjing. Etter gym. Svømming. Et mareritt. Fordi jeg har alltid vært veldig privat med kroppen min. Det er ikke noe jeg er utsatt for, eller noe sånt. Men, ikke sant, det er sannsynligvis en følge av at jeg kjent på at jeg har vært tjukk, da.

Anna tilførte at det å være privat med kroppen, trodde hun også var uavhengig av at hun var overvektig, at det satt i hennes personlighet og familiekultur, selv om overvekt forsterket behovet for å skjule seg.

Cecilie kunne fortelle at hun kjente panikk hvis hun havnet i situasjoner som medførte at andre kunne kjenne hvor tung hun var, for eksempel førstehjelpskurs på jobb hvor en skal bære hverandre på bære eller tidligere i gymtimer på skolen hvor en skulle gå sammen to og to og bære hverandre på ryggen. I slike situasjoner fortalte hun at hun lette måter å komme bort fra situasjonen på fortest mulig og at hun kjente hun kaldsvettet.

Informantene fortalte om strategier for å ta mindre plass i samfunnet. Det kunne være å bøye seg sammen holdningsmessig og se ned og således ta fysisk mindre plass, eller å unngå å delta på sosiale tilstelninger. Anna fortalte at hun unngikk gruppetreninger, for der følte hun seg så synlig. Beate fortalte at hun helt mistet lyst på å være aktiv og ute blant folk når hun følte seg stygg og stor. Cecilie beskrev at hun unngikk å delta på tivoli og klatrepark, som hun egentlig hadde lyst til, fordi hun var redd at utstyret ikke ville bære

henne. Julie var derimot ikke så opptatt av å skjule seg, og lot ikke størrelsen hindre henne i hverdagen. Hun fortalte at hun ikke lot vekta hindre henne i å delta som andre, verken som barn og nå som voksen. Hun fortalte at fordi hun ikke tenkte på kroppen, følte hun seg ikke stor, og hun deltok som andre. Dette at hun deltok igjen, gjorde at hun ikke følte seg stor:

Ja, men, i utgangspunktet så er jeg ikke så opptatt av kroppen min. Jeg vet nå han er der. (Ler). På godt og vondt. Ja, blir vel påmint den litt når jeg skal bøye meg. Det er litt trasig å bøye seg og, «farsken og, den her magen», noen ganger (ler). Liksom det. Men jeg vet ikke, jeg har ikke sett på meg selv som stor, sånn. Jeg blir påmint det litt når, ja når jeg skal bøye meg og litt nå etter at jeg fikk den der hofteslitassen, da blir jeg litt påmint det, sånn. Men, pueh, nei, jeg har ikke sett på meg som ..., for jeg har jo jobbet. Var jo stor fra jeg begynte på skolen, var med i gymtimene og var med på alt.

Jeg har liksom ikke sett på meg selv som stor.. For den (kroppen) har vært med på arbeid den og jobbet, og jeg er ikke noe dårligere å jobbe jeg enn de ungdommene, for å si det sånn. De kan bli fortere sliten de enn jeg.

Tema 2: Kroppen opplevd innenfra

Deltakerne beskrev både negative opplevelser av å være tilstede i egen kropp, om å ikke ha kontakt med kroppen og at det kunne være vanskelig eller uvant å sette ord på slike opplevelser. Noen opplevde det som godt å kjenne at en kunne komme i kontakt med følelsene via kroppen og at bevegelser kunne hjelpe med å få ut følelser. Enkelte fortalte at de opplevde episoder av behag og avspenning i kroppen. Slike opplevelser i kroppen var nytt og uvant og knyttet til opplevelser i rehabiliteringen og presenteres under del 2- Endring av kroppsopplevelse.

Tema 2 består av to undertema: 1. Negative opplevelser i kroppen og beskyttelse fra ubehag. 2. Vanskelig å beskrive nyanser og følelser kroppslig.

Negative opplevelser i kroppen og beskyttelse fra ubehag:

Informantene fortalte om opplevelser av å være anspent, av å ha smerter og å kjenne på ubehagelige følelser. Anspenheten kunne settes i forbindelse med situasjoner hvor en kranglet, var nervøs eller stresset (for eksempel NAV-

utbetalinger som ikke var helt avklart), og å være i situasjoner hvor det var negativ stemning i rommet. De beskrev at de holdt følelsene inni seg.

Videre fortalte flere at de kunne koble ut kontakten med kroppen som en beskyttelse for å ikke kjenne på negative følelser eller ikke å ta ansvar for livsstil, da de ønsket å komme unna ubehaget det medførte.

Anna fortalte at hun kunne få ubehagelige følelser knyttet til det å være skuffet over sine egne valg til mat og trening, og at hun unngikk å kjenne på disse følelsene ved å kutte ut kontakten til kroppen. Hun sa at hvis hun for eksempel var i en situasjon hvor hun trøstespiste og brøt sine strenge diettregler, kjente hun ikke kroppen i det hele tatt. Hun forklarte det som om hun dro ned rullegardina, ikke tok inn over seg den følelsesmessige nedturen, men «hoppet videre» uten å tenke på det og fokuserte på noe annet. For å kunne gjøre dette, unngikk hun å ta inn inntrykk fra kroppen. Hun fortalte at hun unngikk speil og tok på seg ekstra store klær, slik at hun ikke trengte å tenke på kroppen. Hun tenkte selv at dette beskyttet henne fra å ta ansvar for hva hun spiste. Hvilke konsekvenser det ga, kunne hun ikke svare på. Men hun tenkte høyt i intervjuet om dette og lurte på om konsekvensen av å kutte kontakten med kroppen gjorde at hun ikke godtok kroppen, at hun ikke kan ta inn over seg hvordan den egentlig er.

Beate fortalte at hun hadde opp gjennom hele barneskolen mistrivdes sterkt på grunn av mobbing og hadde på et tidspunkt tanker om å ta livet sitt. Denne mistrivselen kunne hun beskrive som en vond klump i magen og mellomgulvet. Den samme kroppsfølelsen kom igjen i andre situasjoner senere i livet hvor hun ikke hadde det bra. Det var ikke godt å kjenne på. Følelsen av mistrivsel gjorde at hun hadde lyst til å bli sittende inne og spise godteri og drikke brus og ikke delta i samfunnet.

Flere beskrev at de gjennom oppveksten holdt tilbake sine følelser og at dette var et mønster de hadde gått med over tid i oppveksten. Selv om flere av dem i voksen alder hadde noen de stolte på, fortalte de at det fremdeles var vanskelig å komme ut med følelsene sine, de var vant til å bite følelsene i seg. Julie fortalte at hun som barn opplevde seg som følsom, men at det ikke var en kultur for å vise følelser eller snakke om følelser hjemme. Hun opplevde sin egen mor som kjærlig, men hun hadde aldri sett sin egen mor gråte. Selv ble

hun mobbet av medelever i flere år og hadde ingen venner. Hun stolte ikke på noen bortsett fra dyrene hun hadde rundt seg. Hun fortalte ikke til noen hvordan hun hadde det, men holdt det inni seg og gikk daglig til skolen slik som forventet.

Beate fortalte at hun savnet å ha en fagperson å snakke med om hverdagen sin, da hun ikke hadde noen hun kunne snakke med om det som var vanskelig.

Cecilie beskrev at hun hadde vokst opp med mye kritikk, og hadde holdt tilbake reaksjoner mot det. Hun sa at hun opplevde at hun kjente lysten til å ta igjen i voksen alder når hun møtte kritikk i familien, men bet det i seg. Hun sa hun kunne registrere at hun ble irritert og hadde lyst til å slå, men knyttet hendene sammen og holdt følelsene tilbake. Hun beskrev at hun følte hun ble tråkket lengre og lengre ned og ble tung inni seg. Og hun følte at kroppen var som en tung sekk som hun pakket følelser inn i. Hun sa at hun ønsket at familien bare kunne være glad i henne slik hun var.

Cecilie: nei blir.. irritert at det (vekt) skal være et tema hele tiden da. At jeg prøver å jobbe med det. Men jeg må få gjøre det på min måte.

[...] I: Mm? Men du holder deg tilbake da eller? Hva er det som skjer i en slik situasjon?

Cecilie: Ja, jeg biter det i meg.

I: Biter det i deg. Og hvordan kjennes kroppen da, når du biter det i deg?

Cecilie: Nei, en trækkes jo litt lenger og lenger ned, da. Det blir jo tungt.

I: Inni deg?

Cecilie: Mm.

I: Får du det ut på noen som helst måte?

Cecilie: Nei, jeg prøver jo å snakke om det da, til samboeren min og sånn. Å få lettet litt. Men jeg har jo liksom gått med en sånn ryggsekk. Som jeg bare pakker inn, pakker ting inn i.

Vanskelig å beskrive nyanser og følelser kroppslig

Det var for flere av informantene uvant å sette ord på følelser i kroppen og å beskrive nyanser i kroppsopplevelse. Det var for noen av dem lettere å snakke om tanker og dialoger for å beskrive en opplevelse, enn å beskrive opplevelsen

som en kroppslig erfaring. Beate sa hun strevde med å finne ord under intervjuet for å beskrive følelser kroppslig. Når hun snakket om følelsene 'sinne' og 'glede' og skulle beskrive dette, sammenliknet hun det med noe utenfor seg selv (Hulken, Berg og dalbane) og kroppen var ikke en del av beskrivelsene, selv etter at jeg etterspurte hvordan følelsene kjentes i kroppen. Hun syntes også det var vanskelig å finne ord som beskrev nyanser i kroppen. Dette er et eksempel på hvordan det ble vanskelig å svare på spørsmål om opplevelsen av ansenthet i kroppen:

I: Kan du beskrive den her følelsen? Hvordan er det du opplever forskjellen? Anspent - mer avspent?

Beate: Det er sånn.. hva skal jeg si, en prøver å tenke over: hva er det egentlig som skjedde? Har jeg skyld i noe? Hva var det som egentlig skjedde, da? Når jeg har den her indre dialogen med meg selv, så blir det kanskje mer og mer i ro, da, for du klarer å slappe mer og mer av, da. Egentlig.

I: Hvordan oppleves kroppen i en slik situasjon da?

Beate: ... (stille) ... (sukk) (ler). Ja, nei, det er først ansent og så (ler) slapper av, liksom. Hvordan? Det blir jo det at kroppen blir mer og mer avslappet, da. Egentlig. Jeg vet ikke hvordan jeg skal få til å beskrive det ellers.

I: Det er litt vanskelig?

Beate: Ja. Det er det. Det er liksom sånn, det er, sånne spørsmål som det der er, jeg synes de ER vanskelige. Jeg tror jeg har litt problemer med å på en måte beskrive følelser og tankemønster og sånne ting. I hvert fall når det kommer til meg selv, føler jeg. Jeg har ikke akkurat vært borti det så mye opp igjennom. I oppveksten og livet, egentlig. Det er sånn.. på en måte holdt det litt skjult. På en måte. Og på en måte vist meg litt sånn innelukket.

De fleste av informantene greide ikke å plassere sitt JEG i kroppen og hadde ikke en følelse av et sentrum i kroppen. Julie, derimot, kunne lett snakke om 'Jeg' i kroppen og pekte spontant på brystet når hun snakket om det som var viktig for henne. Hun snakket også om JEG som noe som var viktig å skille fra den store kroppen. Hun hadde erfart at JEG ikke hadde det bedre inni seg da

hun hadde slanket seg 20 -30 kg. De vonde følelsene kunne ikke slankes bort. Problemet lå ikke nødvendigvis i overvekten.

Julie: Jeg har jo gått ned 20-30 kg, ja 4-5 ganger, i hvert fall, men så har jeg kommet til det målet at «det her gidder jeg ikke å holde på med». Hvorfor skal jeg se ut slik?

I: Ja? En sånn tanke om at det ikke er så meningsfylt å se tynnere ut?

Julie: Nei, nei for jeg vet ikke om jeg får det noe bedre, jeg. Sånn mentalt. Kanskje tipper jeg over og blir komplett idiot, hvis jeg fortsetter sånn? (ler). Og det at jeg mister alt. Av meg?

I: At du kan nesten føle at du mister noe av deg selv? Jo tynnere du blir, på en måte?

Julie: Ja, ja. Og så, jeg vet liksom ikke, jeg husker jo hvordan jeg så ut da jeg gikk på ungdomsskolen og sånn. Det var, jeg tror jeg var rundt 75 kg da jeg gikk ut 9. Det var jo, det var jo ikke vanskelig å få tak i klær da. Jeg kunne jo gå på vanlig butikk. Nå må jeg jo på en litt sånn stor-avdeling. Men ... jeg vet ikke jeg om jeg hadde det noe bedre da når jeg var 75 kg enn nå når jeg er 115, for å si det sånn.

Julie fortalte videre at nettopp det at de vonde følelsene inni henne ikke forsvant selv om hun gikk mye ned i vekt, gjorde at hun mistet motivasjonen ved å fortsette livsstilsendring i tidligere rehabiliteringsopphold. Hun sa at hun kjente at hun fremdeles hadde behov for å trøste seg, selv om hun ble tynnere, og at det da ble vanskelig å ikke skulle trøste seg med sjokolade. Det ble for mange nektelser og lite positivt i livet.

5.2 Del 2 ENDRINGER I KROPPSOPPLEVELSE

Kvantitative resultater – endringer i kroppsopplevelse

Endringene i skåre på spørreskjema om kroppsopplevelse (SKO) fra baseline til 8 uker for deltagere i et tverrfaglig rehabiliteringstilbud for sykelig overvekt presenteres her. I denne studien vektlegges ikke i hvilken grad endringene har statistisk signifikans, men brukes for å beskrive eventuelle endringer, i hvilken

retning den eventuelt skjer, og om noen kategorier viser tydeligere endringer enn andre.

Kategorier		Endring Mean	Mean		Median		SD		InterQuartil Range	
			Pre	Post	Pre	Pos	Pre	Post	Pre	Post
Kropps- Bevissthet	kvinne	4,10	29,69	33,79	30,56	33,33	14,70	15,48	19,44	13,89
	mann	6,22	30,56	36,77	27,62	37,62	12,08	10,65	19,64	12,50
Kropps- Kontakt	kvinne	-0,48	33,96	33,48	34,76	34,76	22,41	23,10	42,86	42,86
	mann	0,22	39,30	39,52	35,71	37,50	14,25	12,51	28,57	18,75
Ut- Holdenhet	kvinne	3,69	25,82	29,51	21,43	31,43	13,21	14,99	17,14	22,86
	mann	1,79	29,69	31,48	26,67	30,00	20,64	17,65	30,83	27,50
Til- Fredshet	kvinne	3,24	21,20	24,44	20,00	22,50	11,66	11,83	12,50	17,50
	mann	6,06	14,86	20,93	15,00	18,33	12,55	18,24	13,33	20,83
Balanse	kvinne	2,89	30,61	33,50	33,33	33,33	17,40	15,08	22,22	22,22
	mann	0,69	35,09	33,79	36,25	36,25	14,70	11,06	17,71	17,71
Pust	kvinne	-0,92	49,22	48,31	47,00	47,00	10,51	11,30	16,67	20,00
	mann	3,52	48,81	52,33	47,33	52,33	11,80	10,29	19,17	11,67
Aversjon	kvinne	-8,24	81,96	73,45	83,88	73,67	12,59	13,89	16,33	18,37
	mann	-5,26	82,78	77,52	80,24	82,67	18,25	20,98	25,60	35,30
Anspenhet	kvinne	-5,56	64,08	58,52	63,33	60,00	19,11	15,02	30,00	20,00
	mann	-3,19	64,31	61,11	60,83	60,83	15,01	14,59	18,75	17,71
Kroppslig ubehag	kvinne	-7,81	73,93	66,12	66,89	62,44	20,60	17,70	31,11	30,16
	mann	-5,80	76,62	70,82	71,94	65,00	16,20	15,58	26,39	25,50
Distanse	kvinne	-10,63	81,35	70,71	76,67	64,17	34,06	28,00	58,33	45,83
	mann	-6,80	62,76	55,97	61,25	48,75	19,99	14,88	32,03	19,53
Fysisk avstand/nærhet	kvinne	-0,48	60,39	59,90	63,33	60,00	17,65	14,10	28,33	16,67
	mann	-4,05	56,83	52,78	57,14	52,88	14,37	14,82	19,29	21,43

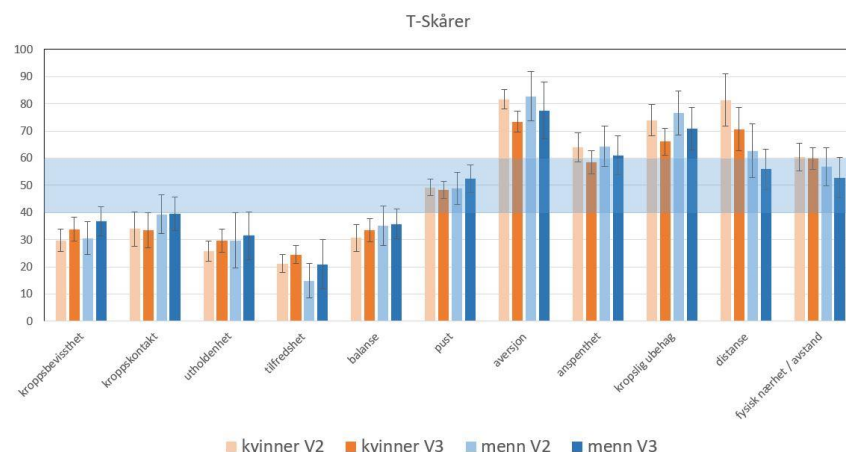
Tabell 3. SKO-skjema baseline (n=69) og ved åtte uker (Pre og post intervensjon).

Kategorier hvor skåringen avviker sterkt fra normalområdet er markert med blå tekst. Gul kolonne markerer endring av gjennomsnittsmål (mean).

Det er en tendens til at de positive aspektene ved kroppsopplevelse (kroppsbevissthet, kroppskontakt, utholdenhet, tilfredshet, balanse) øker, bortsett fra kroppskontakt som for kvinner viser en svak nedgang (-0,48) og for menn har minst endring (0,22). Det er likeså en tydelig tendens at de negative aspektene ved kroppsopplevelse (aversjon, anspenhet, kroppslig ubehag, distanse) blir mindre.

For kvinner er det mest endring i kategorien distanse (-10,6), aversjon (-8,2), kroppslig ubehag (-7,8), anspenhet (-5,5). Videre sees økt kroppsbevissthet (4,1), opplevelse av utholdenhet (3,7) og økt balanse (2,9).

For menn er det mest endring i kategorien distanse (-6,8), kroppsbevissthet (6,2), tilfredshet (6,1), kroppslig ubehag (-5,8), aversjon (-5,2), fysisk avstand/nærhet (-4,1), pust (3,5), anspenhet (-3,2).



Tabell 4. Stolpediagram SKO med CI og T-skår

V2= før intervensjon og V3= mot slutten av intervensjon

For kvinner er det altså mest endring i kategorien distanse (-10,6), aversjon (-8,2), kroppslig ubehag (-7,8), anspenhet (-5,5).

For menn er det mest endring i kategorien distanse (-6,8), kroppsbevissthet (6,2), tilfredshet (6,1), kroppslig ubehag (-5,8), aversjon (-5,2).

Alle endringer nærmer seg normalområdet bortsett fra kroppskontakt som viste lite endring.

Kvalitative resultater - deltakernes opplevelser av endring i kroppsopplevelse

I denne delen presenteres informantenes beskrivelse av endringer i kroppsopplevelse. Dette omfatter endringer de beskrev spontant i intervjuene,

men også endringer de fortalte om i forbindelse med gjennomgang av SKO-skjemaet.

Informantene fortalte både om nye opplevelser, svingende kroppsopplevelse og noen grunnleggende endringer. Erfaringer av gode opplevelser i kroppen, ble beskrevet som nytt og uvant. De flyktige endringene ble beskrevet av informantene som at tankene og følelsene knyttet til egen kropp lett kunne påvirkes av både indre og ytre omstendigheter. Det skulle lite til før en god følelse forsvant. Disse flyktige endringene har jeg kalt 'svingende kroppsbylde'. Jeg har valgt å presentere mange sitater som illustrerer hvordan informantene på ulike måter forklarer hva som gjør at kroppsbylde svinger. Til slutt presenteres informantenes refleksjoner over å se eget SKO-skjema og opplevelser de fortalte som viktige for endring. Disse endringene kunne være direkte eller indirekte knyttet til kropp-

Dette tema er delt inn i følgende undertema: 1. Gode og positive opplevelser i kroppen. 2. Svingende kroppsbylde. 3. Endring

Gode og positive opplevelser i kroppen

Informantene fortalte om noen gode opplevelser i kroppen opplevd innenfra knyttet til ulike opplevelser av avspenning i kroppen, en følelse av å kjenne kroppen og bare ha det godt. Slike opplevelser ble beskrevet som nye og ble spesielt knyttet til erfaringer fra psykomotorisk gruppe som de alle hadde deltatt på i rehabiliteringen, men kunne også være det å ha kommet ut av passivitet til mer aktiv hverdag eller å føle seg trygg og lyttet til.

Anna beskrev at det å få hjelp til å sitte avspent, føle at hun bare sitter i balanse uten å kjenne noe ubehag eller plager, opplevdes godt og uvant. Det var noe som hun trodde hun egentlig hadde godt av, og som hun burde gjøre mer av, men som hun følte at hun trengte hjelp til og ikke hadde en bevissthet om i hverdagen. Cecilie fortalte at det å strekke på seg og å gjøre rolige bevegelser hjalp henne å puste dypere. Det opplevdes som om hun fikk ut grums fra kroppen. «Jeg synes det er likeså viktig å få ut spenninger som å trene». Hun hadde også prøvd yoga i etterkant som hun syntes kunne hjelpe henne på samme måte. Beate fortalte derimot at hun syntes avspenning var vanskelig, at hun aldri hadde vært flink til å slappe av og at hun generelt var rastløs, også i psykomotorisk gruppe. Hun sa at hun syntes det var lettere å

slappe av når hun var sliten etter trening og hadde fått ut litt frustrasjon. Det å komme bort fra en krangel, ga opplevelse av mer avspenning.

Julie fortalte at hun begynte å gråte i psykomotorisk gruppe og at det gjorde godt. Hun beskrev flere opplevelser på at hun fikk kontakt med følelsene sine når hun ga seg tid og lov til å slippe dem til. Hun hadde i utgangspunktet ikke trodd at hun var anspent eller stresset, men merket at hun ble mindre anspent under øvelsene. Kontakten med følelsene kom når hun gjorde øvelser som brøt anspenheten i kroppen og åpnet for pusten. Hun sa at hun syntes det var vanskelig å forstå helt sammenhengen, men det opplevdes fantastisk at kroppen kunne slippe ut noe, noe som kom fra innsiden.

I: Men kan du beskrive litt; hva var det du opplevde i psykomotorisk gruppe? Hva var det for deg å delta?

Julie: Gleder og sorger (gråter). For jeg husker jo at jeg begynte å gråte. Og klarte ikke å begynne å stoppe. Men jeg dreit i hva andre tenkte og trodde. For det var så ukontrollert. Og det ... det var så fantastisk og rart, liksom.

[...] Julie: Jeg var ikke trist eller noe. Ingenting. Som lå uti her da, frem i hodet. Men hva som lå baki der og utløste det, baki hodet, det vet jeg ikke, altså.

[...] Og så neste gang, så satt jeg og gliste. Og så var det en gang, siste gangen, eller noe sånt, så var det bare tårer som trillet. Hvorfor det? Merkelig. Jeg vet ikke. Og det som er litt snedig er at det har ikke noe å si for meg. At jeg ikke vet det. For jeg skulle alltid ha forklaring på ting. Hva som skjer med tanker og kroppen og sånn. Men dette her? Nei. Har ikke noe å si. Det var bare godt. Så det er litt sånn, det skremmer, det er litt skremmende det at du kan sitte og gjøre forskjellige bevegelser med kroppen og sitte på en vanlig stol, og bare lytte til musikk og så, ja, trekke litt her og strekke litt der og så kommer det plutselig en foss utav deg. Det er fantastisk. Skremmende og. Spennende. Mm. Det er det. Men det er herlig.

Svingende kroppsbilde:

Informantene understreket i intervjuene at opplevelsen av kroppen varierte og ikke var konstant. De fortalte om at rehabiliteringen kunne bidra i positiv retning med hvordan de følte og tenkte om egen kropp, men at det skulle lite til

før den positive opplevelsen forsvant. De fortalte at kroppsbildet svingte med humør og dagsform, avhengig av både følelsen av å være uthvilt og hva som møtte dem gjennom dagen. Stikkende kommentarer fra andre kunne lett forsterke et negativt kroppsbilde. Anna fortalte at ved mestring etter trening ble hun glad og opplevde kroppen lett, men den gode følelsen forsvant raskt av et lite feilskjær i kosthold eller å se at venninnene er i bedre form. Hun uttrykte at noe av utfordringene var at hun sammenliknet seg med andre:

Anna: Nei, men det kan også svinge en del, jeg opplever at etter å ha vært her og fått opp aktivitetsnivået, har gjort at en også føler mye mer mestring og du kjenner at; nå er du i driven, og nå, nå er det en opptur her.

I: Mm.

Anna: Og så, plutselig møter du en utfordring igjen, sånn at, nei hva skal man si da? Nei, det å gå tur, for eksempel, med venninner som er i bedre form for eksempel; der møter du en vegg igjen. Og så kan det være at neste dag drar jeg alene og føler åh, se her, nå er jeg virkelig på en opptur. Ja det svinger veldig mye da. Gjør det. Og det går jo mye på sammenlikning, og, sant, jeg sammenlikner meg mye opp mot andre og deres form, da. Det tror jeg nok at jeg gjør en del altså. Jeg skulle ønske at jeg hadde vært sånn, eller jeg skulle ønsket Ja. Mye sånn.

Foruten sammenlikning med andre, beskrev Anna også at måten hun satte høye krav til seg selv på, påvirket kroppsbildet. Hun fortalte at hun hadde hatt et stort fokus på egen kropp og vekt fra tenårene og hadde et lavt selvbilde på dette med kropp. Hun fortalte at hun hadde prøvd å slanke seg mange ganger. Hun beskrev at hun hadde en 'svart/ hvitt'- tankegang hvor hun satt store krav til selvdisciplin og tillot ingen utskielser. Denne tankegangen ga svingende kroppsbilde:

Så har det alltid vært den der runddansen med at, for jeg har alltid vært en ... jeg har ikke alltid vært kjempetjukk, men vært lubben.. eller sånn.. ja. Det har jeg alltid vært. Så det med vekta har alltid vært et issue hele livet mitt. Men jeg har alltid gått den der sirkelen med at nå var du, ja nå har du vært flink, og så har det brutt sammen, det systemet jeg trodde jeg skulle følge. Veldig hardt system, da. Ikke rom for noen utskielser og sånn. Det har vært alt eller ingenting. Og så har det vært tilbake igjen til total utskielser i en

lengre periode og så helt hvitt av dage igjen (ler) skulle jeg til å si, og så ... ja. Det har aldri vært noe mellom, da. Har det ikke. For min sin del. Det å være flink i forhold til kosthold og trening, det er å være totalt avholdende. Eller totalt på treninga eller totalt avholdende til mat, altså ikke avholdende, men.. helt, helt ren, da. Null utskeielser.

Det å ikke få til å motstå fristelser, beskrev Anna som en følelse av å bli svakere i ryggraden. Og når hun var på et godt spor, oppleves det som at hun hadde ryggrad til å stå imot, at hun var sterkere i ryggraden. Denne svingningen beskrev hun som en vektskål som hadde en minuskurv og plusskurv. Hun fortalte at dersom hun hadde energi fordi hun var fornøyd med seg selv, så var det lettere å stå imot fristelsene, for da hadde hun mer i plusskurven. I minuskurven var ting som ble krevende, som for eksempel en skade som hindret henne i å følge treningsplanen. Dersom det ble litt i minuskurven, rev det med seg mye annet og hun følte seg svak i ryggstøtten, svakere til å stå imot fristelser.

Anna fortalte videre at selve opplevelsen av kroppsvekta svingte med følelser og at følelser kunne gjøre henne tyngre eller lettere. Selv om hun visste at det egentlig ikke var reelt, så kjentes det som at hun kunne forvente at vekta viste 7 kg mindre dersom hun var fornøyd med egen innsats og var glad. Og om hun hadde sprukket med hensyn til dietten, følte hun skuffelsen gjorde henne tilsvarende tyngre.

Anna: Ellers så synes jeg det at følelser og kroppen går veldig hånd i hånd da. Når jeg snakker om det at når du er på en flyt og du kjenner at kroppen er veldig lett, da. Når jeg kjenner at «ah, hvor godt det var å være fysisk aktiv» og jeg kjenner at formen var god og pusten gikk bra og musklene ikke surna og ... Ja. Du kjenner en sånn ... letthet, ja. En sånn glede.

[...]Anna: Nei, det er jo litt sånn tilsvarende ... når jeg har gått på en smell, i forhold til å spise. Selv om det kan være snakk om EN oreokjeks, det, altså, så føles kroppen ... altså du får den der ... du sitter litt tyngre i stolen og.. Ja, følelsene gjør deg tyngre, ja. Og man føler at ting tyter mer og ... ja. Ting er trangere. Du får mer behov for å begynne å strekke i klærne igjen og ikke vise frem så mye.

Flere av informantene beskrev at dagsform og humør påvirket kroppsbildet. Noen kunne relatere en svingende dagsform knyttet til konkrete hendelser, men Beate fortalte at hun også kunne våkne med en dårlig følelse uten å vite hvorfor. Kanskje hadde hun sovet dårlig og ikke følte seg uthvilt, og kanskje endret følelsene seg etter hva som skjedde videre den dagen.

Beate (...): Jeg bare våknet og kjente at ahg, alt var et ork og det var bare negativt og hadde bare lyst til å drikke brus og spise snop og synes synd på meg selv. Egentlig.

I: Du våknet med en sånn følelse?

Beate: Ja. Det gjorde jeg.

I: Hvilke tanker om kroppen har du på en sånn dag, da?

Beate: Da går det sånn på .. ånei, hvorfor gidder jeg å trene.. hvorfor gidder jeg å forandre kostholdet, hvorfor i det hele tatt skal jeg gidde å gjøre slike ting? Det går veldig mye på sånne tanker, da. Hvorfor skal jeg gidde å gjøre sånt? Hvorfor kan jeg ikke bare.. leve livet som jeg gjør?

Flere av informantene fortalte at ord og kommentarer fra andre kunne ha stor betydning for hvordan en følte seg og hvordan bildet av kroppen var. Beate fortalte at dagsformen var påvirkbar og ikke nødvendigvis konstant:

I: Hva er det som gjør en dag kan snu?

Beate: På de dagene der jeg faktisk føler meg sånn okei, da handler det litt mer om hva jeg opplever i løpet av den dagen, da. Opplever jeg for eksempel noe positivt, da ble det fort en mye bedre dag, men er det noe negativt som skjer, det kan være, som en negativ kommentar, så er det lett å være sånn «argh, hvorfor gidder jeg?», liksom. Det er da det er lett å bli dratt litt lett ned, da. Føler jeg, i hvert fall.

Cecilie fortalte at stikkende kommentarer på vekt og utseende fra nær familie og opplevelse av å bli avvist av samboer, påvirket og forsterket et negativt syn på kroppen sin og humøret. Cecilie sa at hun hadde funnet ut at det var ikke alltid samboeren mente å avvise, men hun tolket det raskt som det.

Cecilie: Ja spesielt fra de som er meg nær da. Og det er liksom ikke så mye som skal til før man går ned i kjelleren da. Vi kan jo ha gode dager, så er det ikke så mye som skal til før jeg blir litt deppa da.

I: Hva kan det være som puffer deg ned da? Som typisk kan være ...?

Cecilie: Nei Avvisning fra samboeren min, eller ... Ja som i går så var vi på besøk til pappa og dem. Og så, ... samboeren min har jo to unger, og han ene spiser ikke mat på skolen. Og så sa jeg: Jeg sender med en sånn [bar som mellommåltid.] (Far sier) «Nei det må du ikke finne på å gjøre, for det er så mye kalorier i og sånn i den der». Ja, men han spiser jo ingenting. Og det er ikke noe mye kalorier i den, jeg kjøpte en som ikke er så mye i. «Ja, men må passe på at han ikke blir slik som du, da». Det er sånne kommentarer som ...

Endring:

De mer grunnleggende endringene de beskrev, kom hovedsakelig opp som refleksjoner de gjorde seg om endringer når de så resultatet av sine SKO-skjema, før og etter de åtte rehabiliteringsukene. Informantene hadde ulik respons til det å se sitt eget SKO-skjema under intervjuet. Det varierte fra at de var veldig interessert i de ulike stolpene og ønsket å gå gjennom kategori for kategori, til å være lite interessert i hva skjemaet viste. De synlige endringene i stolpediagrammet i SKO-skjema, ga noen av informantene flere tanker om hva som kunne påvirket endring gjennom rehabiliteringsoppholdet og de kunne bekrefte eller avkrefte om endringene var reelle. De fortalte også at utfyllingene kunne være pyntet på, at de ikke var helt ærlige, eller at det bare gjenspeilte flyktige tilstander.

Cecilie hadde et skjema som viste store endringer i kroppskontakt/kroppsbevissthet, men til det verre. Også aversjon og fornøydhets med kropp viste noen endringer til det verre. Hun sa at det var vanskelig for henne å huske hva som lå til grunn for besvarelsen siden det var lenge siden utfylling, men at hun ikke trodde hun opplevde varige forverrede endringer gjennom rehabiliteringsoppholdet. Hun uttrykte at hun trodde endringene skjemaet viste, gjenspeilet mer en svingende dagsform. Siste gangs måling var kanskje en dårlig dag, og da forverret aversjonen og kroppskontakten seg.

Anna fortalte at hun ble overrasket over å se hvordan hennes aversjonsskår var så høy sammenliknet med normalområdet. Hun sa det bekreftet det hun hadde snakket om i intervjuet. Hun kunne videre fortelle at hun trodde egentlig aversjonsstolpen hennes fra første utfylling skulle ha vært enda høyere, for hun husket at hun holdt litt tilbake under utfyllingen første gang og pyntet litt på det. Hun sa hun var sikker på at hun ikke hadde fått økt aversjon av kropp under oppholdet selv om reduksjon av dette ikke kom så godt frem på stolpediagrammet. Beate så på SKO-skjemaet sitt at det viste økt kroppskontakt og kroppsbevissthet. Hun fortalte at individuell samtale med psykolog om avhengighet til brus, var en viktig faktor for hvorfor hun hadde større kroppsbevissthet nå og i større grad kunne gjenkjenne følelser. Hun så fra SKO-skjemaet sitt at hun fremdeles lå lavt sammenliknet med normalområdet og gjenkjente seg i det. Hun fortalte også at kroppsbildet har endret seg på bakgrunn av at hun har begynt å gå ned i vekt og er i gang med å endre vaner:

Beate: Jeg nevnte at kanskje kroppsbilde hadde bedret seg littegranne i forhold til det det var også. Det er sånn at ja, jeg har kanskje ikke det beste kroppsbildet ovenfor meg selv, men samtidig kjenner jeg at kroppsbildet har forandret seg littegrann, sånn etter hvert som, spesielt etter jeg startet her på [rehabiliteringsinstitusjonens navn], egentlig, så har jo tankegangen rett og slett bare forandret seg bare etter hvert som dagene har gått.

I: På hvilken måte da?

Beate: Nei, gått ifra, før så hadde jeg mer den der tankegangen: 'åh herregud, jeg er så feit og stygg'. Alt sånn der, til å gå rundt mer sånn 'okei, greit, jeg er overvektig, men jeg gjør i hvert fall noe med det. Jeg er på god vei til å faktisk forandre den situasjonen jeg er i'. Så jeg er litt mer der nå da. Egentlig. Og når jeg ser meg i speilet så er det litt sånn.. 'jauh, jeg ser kanskje litt annerledes ut i ansiktet og ja', så liksom sånn. Det er sånne ting som det der som egentlig har forandret seg til meg da. Er det. I hvert fall når det kommer til kroppsbilde, da.

Noen fortalte at de i større grad våget å bli mer synlige. Noen sa at de hadde fått mer kontakt med følelseslivet sitt og kroppen sin. Anna fortalte at

det å delta i rehabilitering bidro positivt til å få bedre kontakt med sin egen kropp. Hun hadde tidligere hatt en livsstil preget av å ligge mye på sofaen og ikke bruke kroppen. Det å komme i gang med trening, bidro til at hun fikk mer kontakt med kroppen i den forstand at hun kjente musklene tydeligere og følte seg mer tøyelig. For Anna var deltagelsen i oppfølgingsgruppa viktig, for der følte hun seg trygg siden de alle var i samme båt. Hun sa at da var ikke så farlig å bli sett og hun kunne lettere prøve nye treningsformer.

Anna: Ja jeg har begynt å bruke kroppen min og fått litt sånn kontakt med den da.

I: Så det du har opplevd her har gjort at du har brukt kroppen din?

Anna: Ja, for jeg har ikke trengt å.., hadde det her vært en vanlig treningsgruppe nå da, vanlig Ola Nordmann som går tur 2-3 ganger i uka, så hadde jeg kommet til å legge veldig lokk på meg selv. Eller jeg hadde ikke kommet til å delta på det viset som jeg har gjort nå. For da har de sett hvor dårlig form jeg er i.

I: Hvordan har du deltatt her som har vært annerledes da?

Anna: Nei, jeg har jo vært i sånn, i sånn, hva heter det da? Sirkeltrening. For eksempel. Stått for meg selv og gjort øvelser. Og alle kan se meg. Men så har det på en måte ikke vært så farlig, da, fordi vi alle har vært i samme båt. Og det er jo, altså gruppetrening, er jo det samme som banneord til meg, det. (latter). Men sånn er det ikke her, da, fordi vi har samme problematikk.

Flere trakk frem endring i tankesett som viktig. Denne endringen fortalte de handlet om å få inn mer nyanser i tilknytning til for eksempel kostholdsendringer, ikke tenke 'alt- eller- ingenting', men gi seg lov til å gjøre små endringer. Generelt sa informantene at endring handlet mye om å møte seg selv på en mildere måte. Beate fortalte at hun kunne i større grad ta seg pauser nå enn før og ikke overdrive forventning til treningsmengde. Dette var viktig for at ikke motivasjon skulle stupe.

Anna oppga at hun vurderte å begynne å tenke at 70-80% er godt nok. EN sjokolade velter ikke hele lasset. Julie fortalte at hun hadde deltatt i flere rehabiliteringsrunder tidligere. Da hadde hun følt på krav om raske og store endringer av livsstil uten at hun rakk å bearbeide endringer følelsesmessig. I denne runden fikk hun mer hjelp til å få tak i følelsene sine og fikk kontakt

med seg selv med selvomsorg. Hun fortalte at det var viktig at dette skulle bli hennes hverdagsliv og gjøres for egen del, og ikke noe hun måtte presse seg til. Hun måtte finne glede i endringene. Hun sa at endring nå må gjøres på litt andre premisser og at hun følte hun visste hvordan endringer i livsstil måtte foregå i eget liv:

Ja, det går jo på at jeg ikke må være så hard med meg selv, og sånn. Ikke enten- eller. Blant annet. Det er lov til å feile. Og så er det lov til å rette opp det. Jeg trenger ikke å gi opp for det igjen. For det har jeg gjort mye.

Så det jeg tenker nå, eller, det er jo det, det begynner å bli tungt til skjelettet. Det er jo det jeg må begynne å tenke på isteden. Ta hensyn til kroppen min, i stedet for. Jeg skal bære meg selv til jeg blir ... ikke er noe mer. For det er jo klart at det blir tungt for hjertet å flytte seg og det sliter jo hoftene og knær, har det gjort. Tydeligvis. Men det var jo ikke sånn som jeg tenkte da jeg var 30.

Julie fortalte videre at hun følte seg roligere etter at hun hadde fått kontakt med gråten i seg og hun følte det ble mer plass til tanker uten at det stresset henne. Hun sa at hun følte at suget etter sjokolade ble mindre i etterkant av det å slippe ut gråt. Og at hun følte seg mer følsom med større behov for å gråte når hun ikke brukte sjokolade som trøst. Hun synes også det var viktig at det var lov å tenke på sjokolade, uten å skamme seg. Det hjalp henne til å reflektere mer rundt behovet for sjokolade.

Cecilie fortalte at hun prøvde å endre kroppsholdning da hun ble bevisst at hun gikk sammensunket. Hun erfarte at selv om det var uvant og føltes unaturlig å strekke seg mer opp i stedet for å gå sammensunket, og således måtte tvinge kroppen til å gå mer åpen, så synes hun det var godt å øve på å ta mer plass.

I: Merket du noen endring ellers enn pusten da? Sånn før og etter (deltagelse i psykomotorisk gruppe)? Eller er det bare der og da?

Cecilie: Det er jo litt lettere etterpå også da. Og så kan en jo tenke litt på det senere og, at kanskje du skal stoppe opp litt der og trekke pusten et par ganger ekstra, liksom. Det går jo bra uansett. Og så, når du er litt usikker person og du vil jo ikke ta plassen, går jo litt sånn krokboyd da, og det er godt å rette seg

ut. Og det har jeg jo prøvd.. utenom her da. At du kanskje skal gå med hodet litt høyt.

I: Prøver å ta litt mer plass enn det du vanligvis ville ha gjort?

Cecilie: Mm.

I: Gjør det godt også det da? Å rette seg opp?

Cecilie: Det føles ganske unormalt (ler). Men det er godt når du får det til.

I: Ja, hva er det som skjer? Hvordan føles det, liksom å gå med hodet litt mer høyt?

Cecilie: Det føles rart ut. I starten. Så, ja, nei, jeg vet ikke hvordan jeg skal beskrive det. Men det er jo ikke noe kroppen er vant til. Så du må liksom tvinge det litt i gang, i hvert fall.

I: Ja? Men hva er det med det som gjør at du har lyst til å gjøre det, likevel, liksom? Selv om det er rart og må tvinges litt?

Cecilie: Det er jo for at jeg er litt lei, da. Lei av å bare gå og se ned. Det er ingen som hører på meg, på en måte. Jeg har jo ikke lyst til å være usikker og stille. Jeg vil jo bli sett, jeg også.

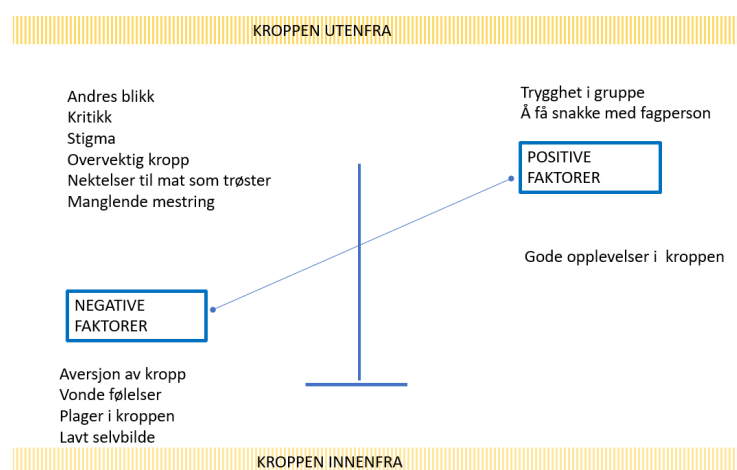
Oppsummering

Resultatene fra den kvantitative delen av denne studien viste at utvalget skåret spesielt høyt på kategoriene aversjon og distanse og spesielt lavt på kategoriene tilfredshet. Ifølge beskrivelsene av kategoriene i SKO-skjemaet kan en si at de samlet sett kjennetegnes av *skamfullhet og aversjon i forhold til sin kropp, og at de ofte ønsker å endre kroppen sin (høy aversjon), at de føler kroppen sin som noe fremmed, fjernt og følelseløst som ikke tilhører dem, at de på en måte er avstengt fra og utenfor kroppen sin (høy distanse)*. Videre at de *ikke opplever seg fornøyd med kroppen og ikke har et avslappet forhold til den (lav tilfredshet)*.

I intervjuene kom noe av det samme frem. I tema om 'kroppen sett utenfra' kom aversjonen frem hvor både andres blikk, eget blikk og behovet for å skjule seg var gjennomgående. De hadde utsagn knyttet til distanse som «å kutte kontakt med kroppen», «være ukomfortabel i kroppen», ønske at den var annerledes og hvordan de hele tiden tenkte på utseendekroppen. Lav tilfredshet kom frem i uttalelsene om at de sjelden opplevde kroppen som arena for gode opplevelser og at det var vanskelig å si noe positivt om egen kropp. I tillegg

kom det frem at noen ikke var vant til å snakke om følelser, men *pakket dem inn i en sekk*, var innesluttet og ikke greide å sette ord på følelser i kropp. Dette er beskrivelser fra intervju som sammenfaller med lav skår på kategorien kroppsbevissthet i SKO-skjema.

Samlet sett, pekte både resultat fra SKO-skjema og intervju at de negative aspektene ved kroppsopplevelsen er mange og de positive aspektene er få. Disse funnene kan illustreres med en vektskål med den ene skålen som bærer av negative faktorer ved kroppsopplevelse, og den andre skålen som bærer av positive faktorer.



Figur 2 Oppsummering av funn, samlet i en illustrasjon om vektskål

Figuren gjenspeiler at både negative faktorer og positive faktorer ved kroppsbilde kan stamme fra to perspektiv: kroppen utenfra og kroppen innenfra. Da det er overveiende funn av negative aspekter ved kroppsopplevelsen både fra SKO-skjema og fra intervju, kan dette illustreres med overvekt av negative faktorer knyttet til kroppsopplevelse på vekten. Det er lite positive opplevelser knyttet til kroppen, og de positive faktorene kom mest frem under opplevelser gjennom rehabiliteringen som hadde betydning for endring.

6 Diskusjon av metode

6.1 Design

I denne studien er en todelt metode benyttet for å besvare problemstillingen. En todelt metode har sine fordeler og ulemper. En av utfordringene er hvordan en skal integrere de to metodene og hvordan en skal vurdere gyldigheten. Hva gir våre resultater gyldig kunnskap om? Den ene måten å se det på, er at to metoder er til hinder for gyldighet da metodene vektlegger og besvarer ulike type forskningsspørsmål. Den andre måten å se det på, er å at todelt metode er en mulighet for å ta det beste fra to perspektiv og redusere svakhetene (Johnson & Onwuegbuzie, 2004; A. Onwuegbuzie & Johnson, 2006; A. J. Onwuegbuzie, Johnson, & Collins, 2009).

Fordelen med todelt metode i min studie var at problemstillingen kunne belyses både ut fra gruppenivå og på individnivå. På gruppenivå ble kroppsopplevelse beskrevet ved å se på gruppens avvik fra normalbefolkningen. På individnivå ble kroppsopplevelse utforsket og bidro med større forståelse for hvorfor det er slik for akkurat den ene personen. Også spørsmål om endring av kroppsopplevelse ble besvart på gruppenivå via kvantitativ metode, mens hva som lå i endring, eventuelt hva som hindret endring og mer spesifikke og unike beskrivelser om endring for enkeltindividet, ble besvart via kvalitativ metode. Da begge metodene uttrykket at kroppsopplevelse er negativt ladet, pekte de sammen i samme retning. Der kvantitativ metode er begrenset i form av fare for å bli virkelighetsfjern, overfladisk og unyansert (Jacobsen, 2005), ble kvalitative intervju utfyllende. Svingende kroppsbylde og kroppen utenfra på bekostning av kroppen innenfra, ble et nyttig påfyll til SKO-skjemas beskrivende stolpediagram på ulike kategorier. Tendensen til endring mot mer positive aspekter i SKO-skjema på gruppenivå peker ut en mulighet for at funnene kan ha betydning for en større del av populasjonen enn vårt utvalg. Slik tilfører kvantitativ metode nyttig bidrag der kvalitative metoder er begrenset.

Jeg synes det todelte designet ikke gikk på bekostning av den kvalitative metoden, men den kvantitative delen måtte begrenses på grunn av masteroppgavens rammer.

Gyldighet (validitet) og pålitelighet (reabilitet)
Det er forskjeller på hvordan en vurderer studiens kvalitet i kvalitativ og kvantitative metoder. De største forskjellene går på spørsmål som utvalg, representativitet, overførbarhet og hvordan forskerens rolle skal vurderes (Jacobsen, 2005). Kvantitative metoder vurderer om utvalget kan representere populasjonen, om resultatene kan generaliseres til populasjonen (ekstern gyldighet) og om forskningen kan repliseres og komme til samme resultat (reabilitet) (ibid). Dette er ikke fokus i de kvalitative metodene. Her brukes ofte begreper som refleksivitet og gjennomsiktighet for å beskrive kvalitet. Et forslag i metoder hvor begge perspektiv skal benyttes er å bruke begrepet troverdighet (trustworthiness) istedenfor validitet og reabilitet, Malterud, derimot, hevder at begrepet validitet er likeså egnet i de kvalitative metodene. (Malterud, 2011). Jeg har valgt å bruke begrepet gyldighet og troverdighet for å beskrive studiens kvalitet. Den interne gyldigheten går på om studien har målt det den har tenkt å måle og stille spørsmål rundt dette (validere), og den eksterne gyldigheten innebærer overførbarhet. I tillegg søker jeg å beskrive forskningsprosessen så gjennomsiktig jeg kan, og reflekterer over styrker og svakheter ved de valg som er gjort.

6.2 Refleksjoner rundt forforståelse og å forske i eget fagfelt

Forskerens rolle i forskningsprosessen er ikke nøytral og hvilken forforståelse en har, vil påvirke valg og resultater i større eller mindre grad, uansett forskningsmetode (Malterud, 2011). For at denne studien skal få størst mulig troverdighet, vil jeg beskrive mitt utgangspunkt slik at forskningsprosessen blir så gjennomsiktig som mulig.

Min forforståelse var preget av særlig to aspekter: min fagbakgrunn som psykomotorisk fysioterapeut og som kliniker i et tverrfaglig team i det samme rehabiliteringstilbudet som det aktuelle forskningsfeltet.

Som psykomotorisk fysioterapeut, er innfallsvinkel til kropp preget av kroppsfenomenologi hvor kroppen som subjekt og eierskap til egen kropp

vektlegges og er et anliggende i større grad enn i tradisjonell fysioterapi. Bevisstgjøring og økt forståelse for sammenhenger med levd liv og fysiske plager, vektlegges høyt. Hvordan livet har satt seg i kroppen, er ofte behandlingsfokus. Dette er greit ut i teorikapittelet (se 3.5).

Videre hadde jeg tidligere jobberfaring som også preget min forforståelse. Spesielt erfaring fra psykiatrien med pasienter med sterk grad av angst- og depresjonstilstander, spiseforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser og dissosieringslidelser og fra rehabilitering med smerte og utmattelsestilstander var referanseområder som jeg kunne sammenlikne praksis ut fra. Mitt første møte med pasientgruppen sykelig overvekt var at dette var en gruppe som i større grad hadde sprikende toleranse for å være tilstede i kroppen enn smerte og utmattelses-pasientene og at erfaringer fra psykiatri var nyttig. Bevegelsesgruppene ble endret mot mer støttende og samlende tiltak enn det jeg hadde gjort i gruppene med smerte og utmattelse. En åpnende innfallsvinkel som fokuserte på å «kjenne etter og utforske følelser» ble derfor i mindre grad brukt. Bevisstgjøring av ansenhet i kroppen ble opplevd som mindre viktig enn kjennskap med og kontakt med kroppen. Fremmedgjøring fra kropp, og noen ganger også motstanden mot å bli kjent med og forakten ovenfor egen kropp, var for meg påtagelig på en måte jeg ikke før hadde kjent på med andre pasientgrupper. Evnen til å undre seg over kroppslige erfaringer etter bevegelsesgrupper, virket også fattigere og mindre ordrike enn hos andre pasientgrupper jeg hadde jobbet med.

I og med at jeg var del av et tverrfaglig team, måtte jeg tilpasse meg og forholde meg til andre måter å arbeide med overvektige på enn min egen. På sikt, påvirket dette meg til å i større grad til å se andre perspektiver en psykomotorisk fysioterapi og at noen pasienter hadde god nytte av andre faggrupper og andre tiltak enn det jeg representerte. Dette er også en del av min forforståelse før jeg gikk inn i forskerrollen.

Forforståelsen min og erfaringer med pasientgruppen, ble styrende for forskningsspørsmålene mine og valg av problemstilling. Jeg begynte å lure på om det jeg opplevde som spesifikt for denne gruppen, kunne måles? Og hjelper tiltakene vi setter inn?

6.3 Refleksjoner om utvalg og rekruttering:

Kvantitativ metode

Utvalget i denne studien representerer personer med sykelig overvekt som deltar på rehabilitering. Da rehabiliteringsinstitusjonen kunne ta imot deltagere med større psykisk komorbiditet og helseplager enn øvrige i helseregionen basert på sammensetningen av tverrfaglig team, kan det ikke utelukkes at vårt utvalg responderte annerledes enn et utvalg hos en annen rehabiliteringsinstitusjon. Da det er kjent at psykiske belastninger forverrer kroppsbildet (Price & Thompson, 2007; Scheffers et al., 2017), er det trolig at det eventuelle avvik innebærer at kroppsbildet kan ha mer negativt preg i vårt utvalg eller ha større spredning. Grad av endring kan også være preget av de samme nevnte faktorene. Komorbiditet med psykiske lidelser forverrer trolig både kroppsopplevelse og prognose for bedring (Carvalho et al., 2017; Gyllensten, Hansson, & Ekdahl, 2003; Price & Thompson, 2007). I lys av dette, er vårt utvalg muligens ikke helt representativt for alle som deltar på rehabilitering, men det er trolig at tallene i seg selv er nøkterne og ikke for optimistiske.

I og med at det er beskrevet generelt stor komorbiditet med psykisk helse og sykelig overvekt (Jagielski et al., 2014), kan det tenkes at vårt utvalg er representativt for populasjonen sykelig overvektige som helhet, da rehabiliteringsinstitusjoner som ikke tar høyde for psykiske belastninger, ikke inkluderer en representativ gruppe i populasjonen. Således er våre funn interessante dersom de i større grad gjenspeiler populasjonen.

Rekruttering i den kvantitative delen av studien er gjort i forkant av deltagelse i rehabilitering på sykehuset og dermed ble alle deltagere automatisk inkludert i studien. Dette kan kalles selvutvelgelse da deltagerne ble informert om at studien var en del av tilbudet og de hadde flere rehabiliteringsvalg. Dette ga høy deltagerprosent (fra 75 til 69) og lite frafall i løpet av fase 1. Tallene representerer flesteparten av dem som gjennomførte rehabiliteringens første fase. 69 deltagere er likevel relativt lite, slik at generaliserbarheten og overførbarheten til populasjonen er begrenset, isolert sett.

Studien har inkludert 9 grupper som foregikk over en to- årsperiode. Det hadde vært ønskelig med inkludering av flere grupper og over en større tidsperiode, for å få økt antall deltagere. Grunnen til at ikke flere ble inkludert, var at studien ble avbrutt tidligere på grunn av tap av anbudsrunder ved institusjonen. Antallet er likevel tilstrekkelig til å gi en viss antydning, men en må være tilbakeholden med å konkludere på bakgrunn av resultatene av denne studien uten å se det i sammenheng med tidligere studier.

Tverrfaglig team som sto som ansvarlig for intervensjonen ble i større grad samkjørt underveis. Med det økte trolig kvaliteten i intervensjonen, slik at data fra det siste året og for de fremtidige gruppene hadde kunne gi tydeligere svar på intervensjonen. Det får vi ikke vite. På den annen side, selve innholdet i intervensjonen ble ikke endret i særlig grad selv om kvaliteten ble bedre underveis og således burde det ikke påvirke resultatet i særlig grad.

Det kan se ut som om menn var underrepresentert i vårt utvalg, da det deltok 51 kvinner og 18 menn. På landsbasis er det vist at kvinner viser en viss overhyppighet på sykkelig overvekt innenfor den voksne aldersgruppen, mens menn forbigår kvinner i høy alder (Midthjell et al., 2013). En skal dermed være forsiktig med å overføre resultatene fra spesielt menn til en større gruppe da antall menn var lavt.

Kvalitativ metode

En av informantene ble rekruttert etter 9 uker etter fase 1 i stedet for 1-2 uker etter fase 1. Dette var ikke en del av rekrutteringsplanen, men ble gjort for å øke antall informanter. Denne informanten var således i fase 2 i rehabiliteringen og hadde ikke intervensjonen fra fase 1 så ferskt i minnet, samt hadde erfaringer av å komme kun en dag i uka til oppfølgingsdager. Intervjuet bar ikke preg av at hun ikke kunne bidra til å fortelle om kroppssopplevelse, men selve refleksjoner rundt SKO-skjema, var vanskelig, da hun ikke husket helt hvordan hun hadde det i utfyllingssituasjonen. Slik sett mistet en kanskje litt informasjon. En fordel med avstand til intervensjonen, var at hva som hadde betydning for endring, ble lettere å se. Således bidro denne informanten til verdifull informasjon på tross av forskyving i tidsramme for intervju.

Utvelgelsen til intervju ble gjort strategisk ut fra hvem som hadde endringer i SKO-skjema etter 2. utfylling i aktuelt tidsrom. Fordelen med dette, var at jeg økte sannsynligheten å få informanter som hadde opplevd endringer, som var en del av problemstillingen. Ulempen er at en ikke får frem historier fra deltagere som ikke hadde endringer i skjemaet, men som likevel kunne belyst problemstillingen. Et verdifullt bidrag til fremtidig forskning, kan være å belyse kroppsopplevelse hos dem som ikke rapporterer endringer.

Utvalgsstørrelsen ble begrenset på grunn av tidsrammer og ikke på grunn av metning. Ved kvalitative dybdeintervju er det regnet som nok informanter når en opplever at nye intervju ikke tilfører nye momenter og således har oppnådd metning (Malterud, 2011). Dette er en ulempe ved mine funn. Det kan ikke utelukkes at nye informanter hadde kommet med verdifullt bidrag til kroppsopplevelse. Tatt i betraktning at intervjuene gikk i dybden med rik informasjonsmengde, er funnene likevel en kilde til å øke forståelse for kroppsopplevelse.

Ved dybdeintervju ved kvalitative metoder er det ønskelig å få mest mulig bredde i utvalget, slik at datamaterialet blir rikt og variert og kan belyse problemstillingen nyansert. Målet er informasjonsrikdom, ikke representativitet som i de kvantitative metodene (Malterud, 2011; Merriam & Tisdell, 2015). De fire informantene beskrev kroppsopplevelse på ulike måter, men det var spesielt en informant som bidro til nye beskrivelser i og med at hun var den eneste som snakket mye om positive opplevelser i kroppen. En av informantene ble valgt ut på bakgrunn av at SKO-skjema viste endringer i negativ retning, mens de andre hadde endringer i positiv retning, som også kunne bidra til en nyanse i endringsbeskrivelser. Dette mener jeg er en styrke for studien. En informant hadde ikke fylt ut SKO-skjema ved pre og post intervensjon. I dette intervjuet ble det derfor ikke fokus på hennes refleksjoner rundt endring knyttet til skjema, men ut over dette, var det lite konsekvenser med tanke på resultatene.

Ellers var begge kjønn representert, samt ulik arbeidsstatus som også kunne tenkes kunne tilført nye perspektiv. Den interne validiteten kan betegnes som sterkt i dette utvalget da de er strategisk utvalgt fra rehabilitering, hadde

førstehånds erfaringer fra tematikken og hadde endringer i SKO-skjema, som var utgangspunkt for forskningsspørsmålet.

6.4 Datainnsamling

Refleksjoner rundt bruk av SKO-skjema

Elektronisk datainnsamling har sine sterke sider ved at data lagres automatisk i en database klar for analyse og ikke trenger å ha et mellomledd med at noen må legge inn svarene manuelt. Her vil en mulig feilkilde på bakgrunn av risiko for å feiltrykk være utelukket som styrker metodens kvalitet. En fordel ved bruk av check ware er også at den i stor grad tar hensyn til konfidensialiteten da de måtte logge seg inn via bankID.

En ulempe med bruk av spørreskjema er at den reduserer svaralternativ og kan miste variasjon og dybde. Denne svakheten ble minsket ved bruk av todelt metode da nyansene kom frem gjennom intervjuene.

En mulig svakhet ved den kvantitative delen av vår studie, er antall spørreskjema deltagerne måtte fylle ut siden dette var en del av en større studie. Det tok opp til en time for noen å fylle ut, og flere uttrykket at denne jobben var tung og at de etter hvert gikk lei. Således er det risiko for at utfyllingen ikke gjenspeilte den reelle tilstanden. (Rolstad, Adler, & Rydén, 2011) Risiko for feilkilde ved bruk av spørreskjema på grunn av byrden ved å fylle ut, kan svekke påliteligheten i besvarelsene (Jacobsen, 2005).

I klinikken ble det fanget opp at SKO-skjema ble sett på som vanskelig å besvare for enkelte og dette kan også bidra til svekket gyldighet for studien.

Et fenomen som ble oppdaget i klinikken (i det jeg forsket i eget arbeidsfelt), men som ikke studiens informanter sa noe om, var at enkelte uttrykte at besvarelse i kategorien kroppskontakt ikke avspeilet reelle endringer fra første til andre besvarelse. Enkelte deltagere forklarte at de ved første utfylling krysset av for god kroppskontakt fordi de trodde de hadde det. Gjennom deltagelse i psykomotorisk bevegelsesgruppe oppdaget de at de ikke hadde så god kontakt med kroppen som de trodde. Ved andre utfylling, ble dermed besvarelsen nærmere en reell tilstand. Spørreskjema viste endring i negativ retning da de besvarte dårligere kroppskontakt etter åtte ukers intervensjon. Gjennom samtale kom det frem at den reelle endringen var at de

hadde fått bedre kroppskontakt og økt bevissthet om kroppskontakt og at andre gangs besvarelse var mer realistisk. Den første besvarelsen var basert på noe de trodde, mens den andre besvarelsen var basert på noe de hadde erfart. Dette er et eksempel på manglende intern gyldighet og kan være en svakhet ved kvantitativ metode og spørreskjema. Det er spesielt utfordrende å bruke spørreskjema ved spørsmål som omhandler noe en ikke er bevisst.

At det var manglende intern gyldighet innen kategorien kroppskontakt kan antydes i resultatene våre da dette var den eneste kategorien av positive aspekter ved kroppen som ikke forbedret seg og som til og med for menn gikk litt ned. I og med at kroppskontakt og kroppsbevissthet er nært knyttet sammen i klinikken, og kroppsbevissthet var en kategori med store endringer, styrkes mistanken om manglende samsvar mellom realiteter og besvarelse innen kroppskontakt. Jeg tenker dette kan gjenspeile det ovenfornevnte og at spørreskjema i liten grad kan måle endring i et fenomen som må erfares. Her vil kvalitativ metode være mer egnet, men også kliniske undersøkelsesmetoder og faglige vurderinger som kartlegger ubevisste fenomener. Således kan en i liten grad stole på endringsmålene i denne kategorien.

En alternativ måte å forstå den manglende endringen i kroppskontakt, er at skjema fanget opp en reell manglende endring i kategorien og at kroppskontakt og kroppsbevissthet ikke samvarierer i den grad jeg hadde trodd. Et annet alternativ er at spørsmålene er for generelle og ikke greier å få frem nyanser som kan måles i skjema. Også kategorien anspenthet, kan være vanskelig å validere dersom dette er noe en ikke er bevisst. Kategorien viste beskjedne avvik fra normalområdet, noe som kan være paradoksalt knyttet til stor aversjon og ubehag.

Denne studien har undersøkt kroppsbildet til en gruppe mennesker med sykkelig overvekt på to måter, både gjennom selvrapporteringsskjema og gjennom intervju. Da kroppsbilde som begrep er både multidimensjonalt og komplekst og gjenstand for forskning innenfor flere disipliner, finnes det ulike skjema som kartlegger ulike deler av kroppsbildet. SKO-skjema som er brukt i denne studien, har opphav hos fysioterapeuter som jobber i psykiatrien, og kartlegger aspekter som er aktuell ut fra en psykomotorisk fysioterapi-forståelsesmodell. I lys av teori som er brukt, den sammensatte problematikken

og forskningsspørsmål, er det en styrke at SKO-skjema kartlegger mange aspekter. Ulempen er at funnene ikke i så stor grad kan sammenliknes med andre studier. Det mangler også publikasjoner på SKO-skjema utover det ene (Pedersen et al., 2013) og således har skjema svekket ekstern gyldighet. Det er behov for flere analyser og forskning for å kunne konkludere om skjemaets egnethet. Kategoriene den har samlet, virker å være egnet for å si noe om det komplekse og mangefasettede kroppsbilde, men bredden av kategorier kan gå på bekostning av spesifisitet.

Denne studien kan på bakgrunn av en del svakheter i kvantitativ metode styrkes av kvalitative resultat.

Refleksjoner rundt intervjuet

Når aktørene i forskningsprosessen er mennesker, vil mellommenneskelige samspill bli en del av materialet. Dette kan ikke unngås og gjelder alle metoder hvor mennesker er involvert (Malterud, 2011). Mål for det kvalitative forskningsintervjuet er at informantens erfaringer og meninger reflekteres mest mulig. For at datamaterialet fra intervjuene skal ha troverdighet, er det viktig at forskningsprosessen er så transparent som mulig (ibid). Dette har jeg gjort gjennom å greie ut om min forforståelse tidligere i dette kapittelet og skal i tillegg belyses i det følgende ved å beskrive hvilke valg jeg gjorde under intervjusituasjonen.

I intervjusituasjonen var det spesielt viktig å legge mitt eget til side slik at informantens historie fikk tre frem best mulig, men som Malterud, beskriver er det naivt å tro at man greier å være helt nøytral og en uviktig brikke i forskningsprosessen (Malterud, 2011). Fordelen med bakgrunnen min i forskningen, var at jeg hadde et bredt utgangspunkt for kroppssopplevelse og hadde eierskap til SKO-skjemaet. Jeg var vant til å snakke med pasienter om kropp og var opptatt av mer enn utseende, fysisk form og smertekartlegging.

For at min rolle som fagperson ikke skulle hindre informantene i å snakke fritt og usensurert, startet jeg alle intervjuene med å understreke at jeg var i en fersk forskerrolle og at de var ekspertene på sine opplevelser. Videre påpekte jeg at jeg ikke var på leting etter fasitsvar. Det opplevde jeg var nyttig

og gjorde at informantene snakket nokså fritt og ikke var redd for å famle og tenke høyt. Dette styrker metodens gyldighet..

Kroppsopplevelse ble satt som et åpent spørsmål. Jeg ville være åpen for at det dukket opp tema jeg ikke hadde fanget opp tidligere i klinikken, samt være innstilt på å bevare en nysgjerrighet slik at jeg kunne fange opp dypere lag og beskrivelser av sammenheng kropp og levd liv. Jeg ville i liten grad være opptatt av fedmen, men fokusere på kunnskap om kroppsbygge og kropp ut fra min interesse for sammensatt problematikk som psykomotorisk fysioterapeut.

Jeg tror funnene i intervjuene ble preget av min fagbakgrunn i form av at jeg etterspurte noe de ikke var bevisst, og ønsket å utforske noe som var mangelfullt, det vil si kontakt med kroppen innenfra. Jeg prøvde å i så stor grad som mulig å stille åpne spørsmål og ikke styre samtalen, men det er trolig at en forsker uten min fagbakgrunn ikke ville etterspurt kroppen innenfra på samme vis. Jeg tror likevel funnene har gyldighet, da jeg selv ble overrasket over hvor lite fokus de hadde på dette og hvor stort fokus den ytre kroppen fikk. Jeg ble også overrasket over tendensen til å snakke om tanker og valg i stedet for kropp. Skillet mellom kroppen innenfra og utenfra var heller ikke noe jeg selv hadde tenkt på og jeg hadde forventet flere refleksjoner om sammenhenger med kroppen og levd liv.

Det er en fare for at forforståelsen hindrer meg i å frigjøre tanken uten å ta inn noe nytt, eller at funn fortolkes inn i psykomotorisk tenkning. I tillegg kan kvalitativ forskning ha sine utfordringer i form av at jeg kan bli for nær miljøet jeg intervjuer slik at jeg mister evnen til kritisk tenkning. Også nærhet til informantene kan gi risiko for at jeg i større grad påvirker og skaper resultater (Jacobsen, 2005). Et tiltak for å minske dette, er å arbeide i forskergruppe eller gjennomgå materialet med andre tidlig i forskningsprosessen (Malterud, 2011). Gjennom stadig dialog med veileder som ikke deler samme fagbakgrunn, har jeg måttet forsøkt å ordlegge meg og beskrevet funn uavhengig av egen fagbakgrunn. Hun har også lest gjennom transkripsjon før alle intervju var gjennomført og gitt tilbakemelding på intervjurollen. Det har vært en styrke for studien og bidrar forhåpentligvis til at

funnene i stor grad er troverdige og kan være interessante for flere enn psykomotoriske fysioterapeuter.

Jeg hadde allerede en relasjon til informantene i kraft av at jeg var gruppeinstruktør og underviser og del av det tverrfaglige teamet. Dette har både fordeler og ulemper i forskningsprosessen. Ulempen er at informanten kan, av bindinger til meg eller andre i teamet, ikke våge å være helt ærlig og tilpasse svarene. De sto i en relasjon som også skulle være der etter intervjuet da rehabiliteringstilbudet varte også i etterkant. En kan tenke seg at en kan stå friere til å fortelle til en fremmed en ikke skal møte igjen. På den andre siden, så var tematikken preget av å være skambelagt og det er ikke sannsynlig at informantene hadde våget å være mer åpen om skambelagt kropp hos en fremmed. Jeg tenker at i vår studie var det en fordel for informantene at de ble intervjuet av en de hadde relasjon med og som var tydelig på at de ikke ble bedømt ut fra utseende.

Jeg hadde gjennom rehabiliteringen som fagperson vært tydelig på at jeg ikke foraktet dem som overvektige og at jeg ikke var opptatt av vekt. Dette kunne fremme frie uttalelser og beskrivelser. Samtidig kan en ikke se bort fra at de tilpasset svarene ut fra hva de trodde jeg ville høre, for å please meg. Argument mot at dette skjedde i stor grad, var funnene som tydet på at de i overraskende liten grad snakket om kroppen opplevd innenfra, men mye om kroppen utenfra.

Å forske på egen arbeidsplass krever at en sjonglerer mellom to roller og at disse rollene i minst mulig grad sammenblandes. Jeg mener jeg minimerte dette så godt jeg kunne ved å være bevisst problematikken, og jeg hadde stort fokus på å innnta en lyttende, mer tilbaketrukket rolle under intervju slik at informantene kom frem. Bruk av stillhet og etterspørring av fordypende svar, var teknikker jeg brukte som forsterket informantens rolle. I forkant av intervju, øvde jeg på intervjurollen sammen med medstudenter som var til stor nytte.

En fordel med å intervju i eget fagfelt, er at en ikke trenger å bruke tid på å opprette relasjon og tillit, da den allerede er lagt. Jeg hadde også fordelen

av å være vant til å snakke om kropp med pasienter, som kan bidra til større trygghet i intervjusituasjonen.

Jeg måtte aktivt og bevisst benytte rollen som fagperson ved gjennomgang av SKO-skjema, da skjematisk fremstilling og kategorier måtte forklares. I denne delen av intervjuet tror jeg kvaliteten falt, både fordi jeg måtte inn i en forklarende rolle og fordi dette kom som siste punkt i intervjuet og konsentrasjonen begynte å falle. Det kan ikke utelukkes at flere refleksjoner rundt utfylling av skjema hadde kommet dersom dette var i begynnelsen av intervjuet, men samtidig tror jeg da faren for å få en ekspertrolle gjennom intervjuet hadde økt, samt at informanten i større grad hadde låst seg til hvordan SKO-skjema etterspurte kroppsopplevelse og ble mindre fri i sine beskrivelser av kroppen.

Stort sett tror jeg jeg greide å ivareta intervjurollen på en slik måte at informantens historie kom frem. Jeg merket at jeg mot slutten av intervjuene, da jeg begynte å bli sliten, i større grad gikk inn i vanlig behandlerrolle, men da var intervjuet mot avslutning.

Alt i alt, mener jeg min dobbeltrolle er en styrke for studien i sin helhet og gjorde at resultatene mine har fått frem noe som det er mindre fokus på.

6.5 Analyse av data

Kvantitativt

I denne delen av studien ble deskriptiv statistikk benyttet for å fremstille resultat av spørreskjema i form av stolpediagram med gjennomsnittsverdier for gruppen hvor det var tilført skravert område for normalområdet og markert konfidensintervall. Stolpediagram er en egnet metode når en vil illustrere fordeling som er lett å lese (Jacobsen, 2005). For å presentere spredning i bevarelsen for gruppen, ble gjennomsnitt, standardavvik, median og interkvartil range illustrert i tabell. Dette gir større innsikt i variasjonen av fordeling i de ulike kategoriene.

Standardavvik varierte fra 10,51 (kategorien pust for kvinner) til 22,41 (kategoriene kroppskontakt for kvinner) og vurderes som stort, spesielt tatt i betraktning av normalområdet ligger innenfor 40-60.

Da de fleste kategoriene til sammen peker mot normalområdet, og således at endringens retning internt mellom kategoriene ikke var sprikende, kan resultatene antyde at intervensjonen hadde effekt på kroppsopplevelse og det til det bedre.

I hvilken grad effekten er varig eller ei, kan denne studien ikke si noe om og det var heller ikke hensikten med denne studien.

Resultatene er tolket uten bruk av utregning av sannsynlighet og signifikans. Dette er en svakhet i metoden og gjør at en kan si lite om resultatene kan overføres til populasjonen. En kan videre lese ut fra resultatene at besvarelsene hadde stor spredning (stort standardavvik), spesielt for enkelte kategorier og dette antyder at gruppen ikke er homogen. Dette betyr at videre forskning må til for å øke kunnskap om kroppsopplevelse og hva som bedrer de ulike kategoriene og hvilke konsekvenser det har for livskvalitet og helse.

Kvalitativt

Analyse av tekst har til hensikt å finne mening (Merriam & Tisdell, 2015). I alle ledd i bearbeidingsprosessen fra gjennomføring av intervju til transkripsjon av rådata til ulike deler av tekstanalyse, skjer en filtrering og redusering gjennom de valg som blir gjort av forskeren (Malterud, 2011). Jeg har forsøkt å gjøre den prosessen så transparent som mulig gjennom metodebeskrivelse. Bruk av systematisk tekstkondensering ad modum Malterud som en stegvis modell var en hjelp i analyseprosessen. Jeg hadde også god hjelp av hyppig veiledning.

Både forforståelse og valg av teori har hatt betydning for hvordan jeg tolket og strukturerte resultatene. Denne prosessen var likevel ikke forutbestemt og styrende, da jeg ikke hadde valgt teoribakgrunnen før jeg hadde begynt analysen. Jeg ville være åpen for hvilke resultat jeg fikk og hadde flere mulige vinklinger underveis. Jeg mener kroppsfenomenologisk teori var noe som kunne tilføre en større forståelse over utfordringen fedmefeltet står ovenfor i dag og hvorfor varig endring er vanskelig å oppnå. Datamaterialet kunne blitt tolket gjennom andre briller, for eksempel læringsteori, utviklingspsykologi og stigma/sosiologi. Mitt valg løftet blikket bort fra den problematiske overvektige kroppen til hvilke aspekter av kropp som bør

styrkes og førte meg til studier som kan videre støtte fokus på de gode opplevelsene og å la kroppen bli subjekt. Med dette mener jeg at studien kan tilføre forskningsfeltet ny kunnskap.

Ekstern gyldighet-overførbarhet
Samlet sett gir denne studien et innblikk i kroppsopplevelse og endring i vårt utvalg. Resultatene fra intervju er ikke tenkt å kunne overføres til en populasjon, men samlet sett antyder resultatene at kroppsopplevelse er negativt ladet og kan gjelde for en større del av populasjonen. Hva som skal til for endring, kan ikke studien si noe om, men via den kvalitative delen av studiet, ble betydningen av svingninger i opplevelse belyst og det trengs mer forskning for å få gode mål på endring. Mer forskning må til for å kunne si noe om overførbarhet.

6.6 Etikk

En deleksamen i etikk i forkant av rekruttering bidro til en økt bevissthet for ulike etiske utfordringer ved mitt forskningsprosjekt. Det tror jeg økte kvaliteten på ulike deler av studien. Rekruttering gjort av en tredjepart kalles bruk av Portvakt (gatekeeper). Da gatekeeperes potensielle funksjon kan være å presse eller hindre rekruttering (Øye, Sørensen, & Glasdam, 2016), ble rollen tematisert i tverrfaglig team slik at de var bevisst på deltageres rettighet til frivillig deltagelse.

I og med at koordinator informerte og innhentet muntlig samtykke til deltakelse til intervju, unngikk vi at informantene følte seg presset til å delta eller ikke turde gi avslag til meg personlig. Det kan likevel hende at det var vanskelig å avslå i og med at de var deltagere i rehabiliteringen. En potensiell informant avslø, som viser at det var mulig å avvise.

De ble belønnet med en liten gave i etterkant av intervjuet, som takk for at de stilte opp, noe som etisk ikke er betenkelig i og med at dette ikke var en del av rekrutteringen. Det gjorde også at de fikk forståelse for deres viktige rolle i forskningen og kan bety at de i mindre grad blir negativt innstilt til forskning i fremtiden.

Stigmatiserte grupper er sårbare grupper hvor etiske refleksjoner er særdeles viktig for å unngå utnyttelse av sårbarhet. I denne studien er informantene ivaretatt som del av å være i behandling i rehabiliteringsinstitusjon og det er forsøkt så langt det er mulig å unngå at de skal bli identifisert. Jeg har forsøkt å gjennomføre alle ledd i forskningsprosessen med så høy kvalitet som mulig innenfor de rammene jeg hadde. Deres historie kan være bidrag til mindre stigma og økt forståelse i helsevesenet og samfunnet, og jeg har forsøkt å møte de som verdige levende subjekter i en subjekt-subjekt-relasjon. Denne gangen var det de som var ekspertene og jeg som lærte noe nytt.

7 Diskusjon av resultat

Oppsummering av funn:

Resultatene fra den kvantitative delen av denne studien viste at deltakerne skåret høyere enn normalområdet på negative aspekter i SKO-skjemaet, og lavere enn normalområdet på positive aspekter.

Resultat fra den kvalitative delen av studien ga innblikk i at kroppsopplevelsen var preget av å ha et ytre fokus. Opplevelser innenfra var mindre tilgjengelig. Kroppsopplevelse ble først og fremst knyttet til negative assosiasjoner om å være overvektig, der skam og behov for å skjule seg var tydelig. Det var uvant for deltakerne å fokusere på gode opplevelser i kroppen.

Endring målt gjennom SKO-skjema viste endringer mot normalområdet i de fleste kategorier i ulik grad. Også gjennom intervjuene kom det frem positive endringer. Rehabiliteringsoppholdet ble for noen deltakere en hjelp til å kjenne gode opplevelser i kroppen og dette opplevdes som nytt. Men et viktig funn var at informantene opplevde kroppsbildet sitt som svingende og at det skulle lite til før det ble negativt igjen.

Deltakerne i intervjuene trakk fram avspenning, pust og bevegelse gjennom psykomotorisk gruppe.. Dette ga enkelte deltakere bedre kontakt med følelser og behov for å «bebo» seg selv i form av å ta mer plass og bli mer synlig.

For deltakerne i intervjuene handlet endring mye om å tenke, handle og møte seg selv mildere. Noen hadde behov for å ha noen å snakke med, eller noen som hjalp dem til å oppleve kroppen mer innenfra. Andre opplevde at å kunne delta på en trygg arena sammen med andre overvektige, var en viktig forutsetning for deltagelse. Vektnedgang og endrede vaner ble beskrevet som kilde til bedret kroppsbilde.

I dette kapittelet blir to hovedtema, negativt kroppsbilde og kroppen som objekt drøftet i lys av sentral teori og aktuelle studier.

7.1 Negativt kroppsbilde

Resultatene fra den kvantitative delen i studien vår viste at deltagerne skåret høyt på såkalte negative aspekter knyttet til kroppen, mens de skåret lavt på positive aspekter (Se figur...). Samlet sett kan en si at vårt utvalg hadde et overveiende negativt kroppsbilde. Også gjennom intervju ble de negative aspektene ved kroppen mest fremtredende. Informantene syntes det var vanskelig å trekke frem positive trekk ved kroppen og de beskrev først og fremst kroppen som noe som var skambelagt, plagsom og som de til dels hatet.

I litteraturen skiller det ofte ikke mellom overvekt og sykelig overvekt. og de fleste studiene er gjort på bakgrunn av BMI på 30 og oppover. Dette kompliserer muligheten for å sammenlikne våre funn som er gjort på personer med BMI over 40 eller 35 med tilleggssykdom. Likevel støttes våre funn om negativt kroppsbilde i stor grad av tidligere forskning. Det er hevdet at en viss grad av kroppsmisnøye på grunn av overvekt må forventes på grunn av det sterke stigma og den sosiale holdningen av at fedme er et personlig nederlag (Didie et al., 2000; Schwartz & Brownell, 2004). Samtidig er personer med overvekt en sammensatt gruppe og en har ikke belegg for å si at alle overvektige har dårlig kroppsbilde (David B Sarwer, Thompson, & Cash, 2005; Schwartz & Brownell, 2004). Den store spredningen i skårene på SKO-skjema kan være uttrykk for det samme, at vårt utvalg ikke er en homogen gruppe.

En studie fant at personer med BMI over 40 opplevde mer stigma enn personer med BMI under 40 (R. M. Puhl & Heuer, 2009). Da stigma er en faktor som øker fare for kroppsbildeproblematikk, kan man tenke at sykelig overvektige generelt har større utfordringer med kroppsbildet enn personer med lavere BMI. Imidlertid fant en annen studie at det ikke er sammenheng mellom grad av BMI og grad av misnøye, slik at kroppsmisnøye handler mer om indre forhold enn BMI (Hrabosky, Masheb, White, Grilo, & La Greca, 2007)

Noen er mer sårbare for kroppsbildeproblematikk enn andre. Dette gjelder særlig overvektige med overspisingslidelse, mobbehistorie, erfaringer

med stigmatisering og lavt selvbilde (Latner & Wilson, 2011; Schwartz & Brownell, 2004). Sammenhengen mellom overvekt og negativt kroppsbilde er i litteraturen uklart da flere av studiene ikke hadde skilt mellom hvem som hadde overspisingslidelse og ikke (Schwartz & Brownell, 2004). Basert på dette kan en stille spørsmål om behandlingen av personer med sykkelig overvektig bør individualiseres i større grad. Videre forskning bør fokusere på å avdekke undergrupper og utvikle ulike behandlingsfokus.

Overspisingslidelse

Forekomsten av overspisingslidelse blant personer med fedme er anslått å være mellom 20-30 % (Brandal, 2012; Kessler et al., 2012). Det foreligger mistanke om store mørketall og overspisingslidelse ser ut til å være underdiagnostisert og underbehandlet (Kessler et al., 2012; Raavand, 2017). I vår studie ble det ikke kartlagt i hvor stor grad selvtilliten var avhengig av utseende, eller om deltakerne hadde en overspisingslidelse, men basert på prevalenstallene er det sannsynlig at flere personer i vårt utvalg har en overspisingslidelse.

Overspisingslidelse er assosiert med kroppsmisnøye (Latner & Wilson, 2011) og kroppsbildet er vist å være like påvirket og forstyrret som ved de andre spiseforstyrrelsene anorexi og bulimi (Danielsen, 2012; Grilo et al., 2009; Hrabosky et al., 2007). Felles for alle spiseforstyrrelsene er over- evaluering av form og kropp, som betyr at utseende er ekstremt viktig for selvevaluering og selvtillit (Latner & Wilson, 2011; Masheb et al., 2006). Dette passer med våre funn om et stort utseendefokus, selv om kroppsmisnøyen kan være stor uten at alle kriteriene for overspisingslidelse er oppfylt.

En studie fant at over-evaluering av kropp var vanlig også for personer med sykkelig overvekt uten spiseforstyrrelser (Masheb et al., 2006). I tillegg har studier funnet at personer som opplevde seg som jo-jo-slankere hadde høyere kroppsmisnøye, lavere selvbilde og dårligere livskvalitet (Schwartz & Brownell, 2004) og at sykkelig overvektige var særdeles preget av jo-jo-slanking (Owen-Smith, Donovan, & Coast, 2014). En studie viste at kroppsmisnøye ikke så lett bedres ved vektnedgang hos de som har kroppsbildeforstyrrelse (Hrabosky et al., 2007; Masheb et al., 2006).

I dagens behandling av personer med sykkelig overvekt er vekt det viktigste målet, men varig vektnedgang har vist seg vanskelig. Det kan være hensiktsmessig å kartlegge og fokusere på grad av både kroppsbildeforstyrrelse, misnøye av utseende og spiseforstyrrelser.

SKO-skjema kan brukes som et verktøy for å fokusere på kroppsbilde. Det er ikke diagnosespesifikt, men kartlegger negative og positive aspekter på tvers av indre og ytre fokus. Det kan derfor være egnet til bruk i en sammensatt gruppe med ulik grad av kroppsbildeproblematikk. Videre forskning og utprøving av dette skjemaet kan derfor være nyttig.

Endring av kroppsbildet

Vi fant en dreining mot mer positivt kroppsbilde etter åtte ukers tverrfaglig grupperehabilitering. Dette er funn som delvis støttes av tidligere forskning (Foster, Wadden, Vogt, & Krantz, 1997), men en stor utfordring er at kroppsbilde måles på ulike måter. I en systematisk gjennomgang av endring av kroppsbilde hos overvektige ble 123 av 147 studier ekskludert på grunn av ikke-relevant måling av kroppsbildet (Chao, 2015). Da kroppsbilde er et multidimensjonalt begrep med forskningsfokus fra ulike disipliner, er mange ulike spørreskjema utarbeidet (Se 3.6). Dette gjør sammenlikning av studier vanskelig. Studien fra Chao og kolleger (2015) var kun interessert i endringer i kroppsbildemisnøye og satt igjen med syv aktuelle studier.

Vår studie har brukt SKO-skjema som ikke er benyttet hos denne målgruppen tidligere, og tar for seg et bredt spekter av kroppsbildet som ikke kun handler om egenevaluering av kroppen. Derfor er det vanskelig å sammenlikne våre funn opp mot tidligere forskning.

Behandling knyttet til kroppsbilde kan representere et viktig fokus for behandling hos denne gruppen som vi skal se nærmere på.

Hvorfor er arbeid med å bedre kroppsbildet viktig?

Vi fant i intervjuene at negativt kroppsbilde hindret deltagelse i det sosiale liv. Misnøye og skam over kroppen hindret deltagelse i trening, sosiale tilstelninger, og på arenaer der de følte seg synlige. For noen var det å generelt være ute blant folk i seg selv noe som medførte sterkt ubehag. Dette samsvarer

med funn fra andre studier (Thomas F. Cash, 2004; Schafer & Ferraro, 2011) som har vist at stigma hindrer sosial deltagelse.

En utbredt holdning ovenfor overvektige personer er at de fortjener å føle seg skamfulle for sin vekt og kropp (Latner & Wilson, 2011). Dette fordi overvekt er usunt, og at det å føle seg misfornøyd med kroppsstørrelsen motiverer for å gå ned i vekt (ibid). Imidlertid fant vi det motsatte; et dårlig kroppsbylde bidrar i liten grad til endring. Dette støttes også av forfatterne som fant sterkere sammenheng mellom grad av ønsket vekttap og dager med dårlig helse enn sammenheng BMI og dårlig helse (ibid). Dette forklares med at det å være misfornøyd med kroppen fører til stress og adferd knyttet til usunn vektkontroll og færre sunne helsemessige valg (som for eksempel jo-jo-slanking med tilhørende slankesprekker). Artikkelforfatterne peker også på forskning som antyder at bekymring for vekt og kroppsform og kroppsmissnøye påvirker sammenheng mellom overvekt og psykososial fungering (ibid).

En studie påpeker derimot at en viss form for kroppsmissnøye ikke alltid er negativt (Heinberg, Thompson, & Matzon, 2001). En viss form for missnøye kan være hjelpsom for å motivere seg til endret adferd, men både for lite og for mye kroppsmissnøye hindrer motivasjon og deltagelse i god helseatferd (ibid). Det er ingen funn som støtter at opplevelse av stigma og diskriminering hjelper (Schwartz & Brownell, 2004).

Sett i lys av at det antydes at en viss missnøye kan være nyttig for motivasjon, kan en stille spørsmål ved om det for noen kan virke negativt for motivasjonen å jobbe med kroppsbylde. Det er derimot ikke funnet sammenheng mellom positivt kroppsbylde og mindre engasjement i helseatferd, spisemønstre og selvomsorg (Tylka & Wood-Barcalow, 2015).

Hva bedrer kroppsbylde?

I vår studie er det ikke mulig å si hva som påvirker kroppsbylde mest da rehabiliteringsprogrammet inneholdt mange ulike deler. Informantene trakk frem både psykologsamtaler, trygghet i gruppa, deltagelse i psykomotorisk gruppe og økt aktivitetsnivå som viktig for endringer. En informant vektla den faktiske vektnedgangen som et bidrag til et bedret kroppsbylde. Sistnevnte

støttes av flere tidligere studier (Foster et al., 1997; D. B. Sarwer & Thompson, 2002; D. B. Sarwer et al., 1998).

Hvorfor er ikke vektnedgang i seg selv godt nok for bedring av kroppsbildet?

Noen studier har funnet at kroppsbildet bedret seg ved allerede små vektendringer, men at kroppsbildet ikke nødvendigvis bedret seg ytterligere ved videre vektnedgang (Didie et al., 2000; Foster et al., 1997). Selv om vektreduksjon i seg selv gir bedret kroppsbilde, er utfordringen at hvis kroppsbildet er knyttet til vekt, vil manglende varighet av vektnedgang igjen forverre kroppsbildet (Byrne et al., 2003; Byrne, Cooper, & Fairburn, 2004). Det å ta utgangspunkt i å bedre kroppsbildet uavhengig av vekt, kan i større grad søke å påvirke psykologiske faktorer som kan bidra til en varig økt livskvalitet og dermed bedre helse.

Et annet argument som støtter fokus på psykisk helse fremfor vekt, er studier som har funnet at det ikke er nødvendig å gå ned i vekt for å bedre kroppsbildet (T. Cash & Strachan, 2002; T. F. Cash, 2012). Slike kognitiv-baserte behandlingstilnæringer beskrives som «wellness-program» med fokus på kroppsaksept, selv-aksept og å bryte koblingen mellom selvverdi og vekt. (Bacon et al., 2002). En studie fant også at selv om deltagerne ikke gikk ned i vekt, forbedret verdiene seg i kolesterol, LDL, triglyserider og blodtrykk (Bacon et al., 2002). Det er også funnet at bedret psykisk helse gav vektreduksjon etter deltagelse i et behandlingsprogram som fokuserte på psykologiske faktorer og ikke på vekt. Vektreduksjonen kom trolig på grunn av mindre overspising (Rosen, Orosan, & Reiter, 1995; Tanco, Linden, & Earle, 1998). Dette bidrar til å spørre hva som skal være effektmål i behandling av overvekt: Vekt i seg selv eller risikofaktorene? Da vektnedgang er vanskelig å holde over tid og fokus på vekt kan bidra til negativ psykisk helse, og bedring av psykisk helse også kan virke positivt på helsemarkører, mener jeg at effektmål ikke bør være vekt og BMI, men bedring av psykisk helse, økt kontakt og omsorg for kroppen og bevegelsesglede. Dette støttes av andre forskere (Groven & Rugseth, 2016). Jeg vil hevde at selv om pasientene kan være mest opptatt av vekt og utseende av kroppen, er det desto viktigere at helsevesenet viser interesse for helseaspekter uavhengig av vekt.

Våre resultat antyder at bedret psykisk helse øker evnen til livsstilsendring. Det å bli trygg og å ha noen å snakke med, og det å få ut spenninger og indre trykk ved kontakt med følelser, ble beskrevet som viktig for deltagelse og motivasjon for endring. Videre beskrev deltakerne at ved å møte seg selv på en mildere måte med mulighet for å gå inn i endringer uten å tenke svart-hvitt, gjorde at de tok andre valg som kunne hjelpe for å holde motivasjonen oppe. Studier som støtter dette, fant at psykologisk stabilitet med lite preg av dikotom tankemåte (svart-hvitt-tankegang) var en suksessfaktor for å kunne stå i varige endringer (Byrne et al., 2003; Byrne et al., 2004).

Dette kan bety at all behandling av overvekt bør ha som hovedmål å bedre psykisk helse. Kartlegging av tankestil og underliggende årsaker til denne tankestilen, kan være nyttig i praksisfeltet for å kunne gi støttende samtaler. En av informantene oppga at hun etter åtte uker hadde begynt å *vurdere* å tenke annerledes, da hun kjente seg igjen i svart-hvitt-tankegang. Det sier noe om at endring kan ta tid og oppfølging over en lengre varighet vil være viktig.

En studie fant at en ikke får mer effekt av kroppsbildebedring ved å kombinere behandling for kroppsbildet samtidig med vektnedgangsbehandling (Ramirez, Rosen, & Kendall, 2001). Dette er interessant. Kan det være at fokus på vekt hindrer aksept av kroppen som den er og egenverdi uavhengig av kroppens utseende? Kan begge fokus samtidig være ugunstig? Dette bør det forskes mer på. Det er mulig at kartlegging av deltagere for å gi ulikt tilbud basert på hvem som har nytte av å fokusere på selvaksept og kroppsbilde og hvem som har nytte av fokus på vektnedgang, kunne gi bedre resultater. Dette kan være tema for videre forskning og klinikk.

Svingende kroppsbilde

I den kvalitative delen av studien fant vi at informantene opplevde kroppsbildet sitt som svingende; dette ble ikke fanget opp av SKO-skjemaet. Faktorer som påvirket dette var, ifølge informantene, både kommentarer fra andre, dagsform, følelser og en svart-hvitt-tankegang. Informantene sa at selv om de opplevde bedring av kroppsbildet, skulle det ikke mye til før det ble

verre igjen. Dette svingende kroppsbilde kompliserer prosessen med å måle effekt av behandling.

Jeg mener at vektreduksjon i seg selv ikke vil gi en varig bedring av kroppsbildet dersom tyngdefølelsen i kroppen svinger med følelsene. Lever man i et miljø hvor en får nedvurderende kommentarer, eller tenker nedsettende om seg selv på bakgrunn av selvbilde og tidligere krenkelses, vil kroppen kunne oppleves problematisk uavhengig av ytre mål av kroppen.

Ut fra våre funn kan det se ut som om kroppsbildet er flyktig, men det er også studier som viser at det mentale og følelsesmessige bildet av kroppen ikke så lett endrer seg (Alegria & Larsen, 2015; Chapman, 2014; Hunnemeyer, Hain, & Wild, 2012; Nelson, 2005; Rosta et al., 2017). En studie beskriver en tidligere overvektig person som føler seg som en tykk person inni en tynn kropp etter kirurgisk vektreduksjon (Alegria & Larsen, 2015). Dette reflekterer hvordan kroppens selvrepresentasjon er avhengig av en stadig oppdatering via persepsjon og bevegelser og at det er nødvendig å arbeide med eierskap til egen kropp (Ehrsson et al., 2004; Tsakiris et al., 2006).

Jeg tenker at denne svingende opplevelsen både kan handle om lavt selvbilde og fremmedgjorthet fra kropp, men også om stigma i samfunnet, og at personer med sykkelig overvekt derfor blir sårbare for både ytre og indre omstendigheter. Slik kan begynnende bedring av kroppsbildet få stadig tilbakefall som gir svingninger. Ved bruk av fedmekirurgi har flere rapportert bedret kroppsbilde på grunn av avlastning fra stigma, men indre faktorer på bakgrunn av lavt selvbilde vil ikke nødvendigvis bedres (Alegria & Larsen, 2015; Rosta et al., 2017). En kan tenke seg at det motsatte også kan gjelde: ved arbeid med å bedre kroppsbilde reduseres negativ selvevaluering, men samfunnets stigmatiserende holdninger må en fremdeles forholde seg til.

Det å få det bedre som sykkelig overvektig innebærer ingen enkle svar. Videre forskning bør ta hensyn til og utforske videre at endring preges av svingninger og emosjonelle forhold og at endringsprosessen er skjør og sårbar for både indre og ytre faktorer.

7.2 Kroppen som objekt, fremmedgjort

I dette avsnittet diskuterer jeg hvordan skam og kroppsplager vanskeliggjør endring, og videre at varig bedring av helse dypest sett handler om identitetsarbeid og om å få en dypere forbindelse mellom kroppen og selvet sett i lys av kroppsfenomenologi.

Vansker med å ha fokus på kroppen innenfra
Resultatene fra den kvantitative delen av denne studien viste at utvalget skåret spesielt høyt på kategoriene aversjon og distanse og spesielt lavt på kategorien tilfredshet (Se tabell 1 og 2). I intervjuene kom noe av det samme frem hvor flere også opplevde det nytt og godt å gi følelser plass. Stort fokus på kroppen sett utenfra på bekostning av kroppen opplevd innenfra tolker jeg som et uttrykk for selv-objektivering (se avsnitt 3.3). Våre funn med stor overvekt av negative aspekter ved kropp og lav kroppsbevissthet i SKO-skjema, peker også i den retning.

Et sentralt funn er at deltakernes kroppsopplevelse var preget av å *ha* en kropp, ikke å *være* en kropp. Ved bruk av fenomenologiens språk, hadde utvalget mest *Körper* (den fysiske kropp, se avsnitt 3.6) i fokus, mens kroppen som *Leib* (den levde kropp, se avsnitt 3.1) var mindre fremtredende. 'Leib' representerer en fortrolighet til og eierskap av kroppen som sin og som seg, å *være* sin kropp. 'Körper' representerer en fremmedgjøring av kroppen. Det samme skillet sees i våre intervjuresultater ved 'kroppen utenfra' og 'kroppen innenfra'.

Problemet med dette er at det er funnet at selv-objektivering gir negativ effekt på psykisk helse og øker kroppsskam og risiko for å utvikle spiseforstyrrelse (Barbara L Fredrickson & Roberts, 1997). Det er altså en risikofaktor som jeg mener bør tas på alvor i like stor grad som somatiske risikomarkører. Det er behov for behandlingstilbud som søker å redusere fremmedgjøring fra kropp og øke kontakt med seg selv innenfra.

Andres blick objektgjør kroppen

Vi fant høy skår på kategorien aversjon og distanse (Se tabell 1 og 2) og fokus i intervjuene på 'kroppen sett utenfra' hvor informantene beskrev erfaringer av mobbing, hat til kroppen og unngåelse av arenaer der en ble synlig. Disse

funnene synligjør at kroppen var skambelagt og fremmedgjort. Skam er beskrevet som en global følelse som angriper individets eksistensielle følelse av å være (Farstad, 2016)s 29. Skam dreier seg om å være feil som menneske (*ibid*).

Leder skriver at andres blikk kan bidra til en sosial dys-appearance og objektgjøring (Leder, 1990) (se avsnitt 3.1). Dette innebærer at dersom andre møter meg som objekt, kan dette innlemmes i mitt eget møte med meg: jeg blir bevisst meg selv som en fremmed ting. Informantene beskrev de andres blikk som fiendtlige og dømmende i møte med mobbing og kritikk i oppvekst. I lys av Leder kan disse erfaringene i møte med andres blikk, bidra til fremmedgjøring fra egen kropp.

En studie fant at overvektige i samvær med andre først og fremst fikk følelsen av å bli sett på som tykke og at det på sikt ble vanskelig å se seg selv på andre måter. Oppmerksomhet fra andre varierte fra åpenlys bekymring fra foreldre og eksperter, til erting, kommentarer og utestengelser (Rugseth, 2011). De hadde få relasjoner som styrket dem i at de var gode nok. Også studier om overvekt og stigma har funnet dette (Lewis et al., 2011; Owen-Smith et al., 2014). Betydningen av andres blikk og tidligere erfaringer som fører til at kroppen blir objektgjort, kan forklare hvorfor det var vanskelig for informantene å snakke om kroppen med annet fokus enn at den var overvektig.

Studier har vist at overvektige ofte opplever seg fremmedgjort og stigmatisert i møte med helsevesenet (Malterud & Ulriksen, 2011). Både veiing og kartlegging av BMI, og påpekning av kroppens medisinske tilstand kan forsterke selv-objektivering (Rugseth, 2011). Det kan være vanskelig for helsearbeidere å adressere overvektens risikofaktorer uten å forsterke objektiveringen og negativ utvikling av psykisk helse. Dersom en skal begrense objektivering, er det paradoksalt om kartlegging av kroppsbilde i overvektsbehandling ikke fokuserer på kroppsbevissthetsaspektet og kroppen innenfra, som subjekt, men kun på kroppsmisnøye og evaluering av utseende.

Jeg mener det er viktig at helsevesenets tilbud til personer med sykkelig overvekt ikke forsterker utseendefokuset ytterligere. For å motvirke objektivering av kroppen, vil det være viktig at helsearbeidere møter

mennesker med overvekt med respekt, interesse for deres psykiske helse så vel som fysisk helse og at det kommuniseres på bakgrunn av å se dem som subjekter. Pasienter med sykkelig overvekt som oppsøker helsevesenet ved for eksempel en smerteproblematikk, bør ikke bli avfeiet med en bagatelliserende holdning «du må slanke deg først, det er fedmen som er grunn til smerten», uten at helseplagene blir tatt på alvor. I klinisk praksis har jeg møtt flere pasienter som ikke har fått en reell vurdering av hvorvidt en smertetilstand kan lindres av en kirurg eller ortoped, eller av fastlegen sin, fordi BMI er høy. Er det gitt at en ikke kan lindre smerte eller plage ved høy BMI? Dersom argumentet er at det er risikofaktorer knyttet til høy BMI og inngrep, bør dette veies opp mot pasientens lidelse og i hvilken grad lindring kan hjelpe på helsebringende adferd. Det utføres jo fedmekirurgi ved meget høy BMI, så i seg selv er ikke risikofaktoren større enn at en utfører slike inngrep. Jeg mener at det i enkelte fagmiljø trengs en holdningsendring ovenfor sykelig overvektige.

Plagsom kropp objektgjør kroppen

Flere av informantene fortalte at overvekt i seg selv gir store plager. Det hindret full bevegelsesfrihet, som for eksempel at «magen er i veien når jeg skal bøye meg». En informant beskrev at ulike oppgaver på jobb følte tyngre å gjennomføre på grunn av at kroppen var stor. Kroppen ble beskrevet som trang og klaustrofobisk. Kategorien 'kroppslig ubehag' i SKO-skjemaet var høy.

Våre funn støttes av studier som har kartlagt hvordan overvekt gir plager og hemmer hverdagslivet (Christiansen, Borge, & Solveig Fagermoen, 2012; Nossum, Johansen, & Kjekken, 2018). På grunn av slike plager, kan kroppen fremtre som fremmedgjort og blir dys-appearing (Leder, 1990). Dette er også funnet i forskning av kronisk sykdom (Charmaz, 1995). Gjennom intervju av mennesker med ulike kroniske sykdommer, fant forfatteren at det er vanlig at det ubevisst skjer en splittelse mellom kroppen og selvet for å holde sykdommen borte fra seg selv og livene deres (ibid). Splittelsens funksjon var å beskytte selvet, men resultatet av dette ble stor tilgang til negative følelser mot seg selv og kroppen. I beste fall opplevdes kroppen som en ødelagt maskin som en skulle overkomme, reparere eller mestre. I verste fall opplevdes kroppen som en dødelig fiende eller undertrykker. Kroppen ble en forræder. Forfatteren

identifiserte sinne og aggresjon mot kroppen fordi en hadde mistet kontroll over den som et objekt de skulle greie å mestre. De kunne føle det som at kroppen var tatt over av en fremmed makt. Skyld- og skamfølelse over kroppens funksjonsfall var vanlig. (ibid).

Vi fant flere likhetstrekk med funnene til Charmaz om kroniske sykdommer, for eksempel beskrivelsene av å splitte kroppen fra selvet for å beskytte selvet. En av informantene sa at hun ikke tenkte så mye på kroppen for å ikke føle seg som stor. Hatet mot kroppen kom ved smerter. En annen informant sa at i møtet med intimitet ble følelsen av å ikke ha en attraktiv kropp ekstra stor.

Det som gjør sykkelig overvekt noe annerledes enn de fleste sykdommer, derimot, er at sykkelig overvekt ofte sees på som en livsstilssykdom og at det ligger forventninger om at en med egen innsats kan komme seg ut av den. Således kan skammen ha flere lag, både ved å ha en kropp som ikke er etter samfunnets og individets standarder, og at det er individets «skyld» i større grad enn ved andre sykdommer som kan betegnes i større grad som «uflaks». Dette er et viktig poeng som gjør at arbeid med å få et bedre forhold til kroppen, kan være ekstra vanskelig.

En kan kanskje tenke at mange med sykkelig overvekt aldri har hatt en følelse av en helhet i «kropp-selvet», og at de således skiller seg ut fra friske personer som får en kronisk sykdom. Imidlertid har flere med sykkelig overvekt tidligere hatt en normalvektig kropp og har således liknende erfaringer av at kroppen har endret seg dramatisk slik andre med kroniske sykdommer har. Også motsatt; Charmaz beskriver at flere med kroniske sykdommer aldri har hatt en bebodd og helt «kropp-selv» før sykdom, men kan få et bedret forhold til seg selv etter sykdom gjennom identitetsarbeid (Charmaz, 1995).

Siden en problematisk og plagsom kropp kan bidra til objektgjøring av kroppen, kan en nærliggende tanke være at fedmekirurgi eller stor vektnedgang kan «fjerne problemet», og således minske objektgjøring. Imidlertid risikerer man også det motsatte, at en ved å 'fikse' kroppen ikke tar på alvor at eierskap til kropp handler om kontakt med seg selv innenfra (Ainley & Tsakiris, 2013; Alegria & Larsen, 2015; Tsakiris et al., 2006). Selv-verdi uavhengig av utseende er viktig for et positivt kroppsbilde (Holmqvist & Frisén, 2012; Tylka

& Wood-Barcalow, 2015) Derfor kan det i klinikken være viktig å kartlegge grad av fremmedgjorthet og sammenheng mellom levd liv, krenkelser og selvbilde.

Fokus på å styrke selvtillit og selvaksept vil kunne være et viktig fokus for helsearbeidere i møte med personer som har et fremmedgjort forhold til kroppen. På grunn av stigma overvekt har blitt, vil det være nyttig å jobbe for holdningsendringer i alle deler av samfunnet, ikke bare i helsevesenet, da objektgjøring av kropp også er blitt en samfunnstrend (Glenn, 2013; Poorani, 2012). Dette kan gjelde fokus på å motvirke utseendefokus og objektgjøring av kropp i barnehager og skoler, i idrettsmiljø, interesseorganisasjoner og media. Her trengs det kanskje hjelp fra politisk hold for å motvirke et sorteringssamfunn og overopptatthet av helse og utseende?

Psykisk helsearbeid handler om å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter til å mestre hverdagens utfordringer, samt skape inkluderende lokalmiljø (Andersen et al., 2008). Mer forskning og samhandling må til for å lykkes med dette.

Betydning av gode opplevelser

Resultatene i denne studien viste at det var uvant for deltakerne å ha oppmerksomhet på kroppen innenfra. Det var nytt å fokusere på gode opplevelser i kroppen, men ved deltagelse i psykomotorisk gruppe fikk flere en opplevelse av større behag i kroppen. Noen av informantene opplevde det godt å få mer kontakt med sine følelser. Dette samsvarer med funnene fra SKO-skjemaet som viste økning i kategorien kroppsbevissthet i løpet av intervensjonen.

Våre funn om betydningen av gode opplevelser samsvarer med annen litteratur på området. Det å ha gode opplevelser i kroppen er beskrevet å være et skritt mot økt fortrolighet til sin kropp og å oppleve kroppen som *meg* (Aspenes, 2016; Charmaz, 1995; Toft & Uhrenfeldt, 2015). I en systematisk gjennomgang av kvalitative studier om personer med sykelig overvekt og aktivitet, ble det funnet at gode opplevelser i tilknytning til fysisk aktivitet var viktig for 'å komme hjem' (Toft & Uhrenfeldt, 2015). Studien viste at aktivitet kunne både føre til identitetsendring bort fra selvet (fremmedgjorthet fra

kroppen), eller hjem til selvet (fortrolighet til kroppen). Vektfokus bidro i denne studien til at deltakerne ble fremmedgjort fra kroppen. Når lidelsen ble redusert og velværen økt, endret identiteten seg fra å være 'hjemløs' til å 'komme hjem'.

Charmas studier om kronisk sykdom beskrev objektgjøring og distanse til kroppen som en prosess som fortsatte så lenge personen så på mestring av den vanskelige og ulydige kroppen som nødvendig for å gjøre den akseptabel. Bare ved å omfavne kroppen som subjekt, kunne de bli åpne for de positive aspektene ved kroppen (Charmaz, 1995). Forfatteren trekker frem et sitat fra en bok av Arthur Frank som forteller om når han sluttet å objektgjøre kroppen: *I wondered at what the body could still do for me, as diseased as I knew it must be. That day I stopped resenting «it» for the pain I had felt and began to appreciate my body, in some ways for the first time in my life. I stopped evaluating my body and began to draw strength from it. And I recognized that this body was me (Charmaz, 1995) (side 664).*

Endringen skjedde idet han endret fokus på kroppen som problem til å begynne å sette pris på den og hva den kan gi på tross av smerter og funksjonsfall. Det synes som om styrking av kroppens positive aspekter vil kunne motvirke fremmedgjøring på tross av at kroppen ikke oppfyller 'ønskede standarder'. Mer fokus på kroppens muligheter, uavhengig av vekt, kan i lys av dette også utforskes hos personer med sykkelig overvekt.

Det er ikke vist at positivt kroppsbilde gjør personer mindre opptatt av å ta vare på kroppen sin (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Positivt kroppsbilde er dermed ikke det samme som å ignorere kroppen. Tvert imot, informanten i vår studie opplevde kroppen som fantastisk etter å ha fått kontakt med følelsene og ønsket livsstilsendring *for å ta vare på kroppen*. Dette oppga hun som nytt og innebar mulighet for mer bærekraftig endringsprosess hvor ikke skam var drivkraften, men behovet for at kroppen skulle vare livet ut. Jeg tenker at perspektivet med å ta vare på helsa si kan være vanskelig å innlemme uten erfaringer på at kroppen er *meg* og at noen er der og tar imot og anerkjenner personen som et verdifullt menneske. Jeg mener slike prosesser er dyptgripende og ikke kan gjennomføres innenfor en gitt tidsramme. Individet selv må få modnes i dette og vil trenge ulik støtte og tid. Har vi et helsevesen som ivaretar slike prosesser og legger til rette for å støtte langvarige

livsstilsendringer? Jeg er redd for at behovet for effektivt og resultatorientert helsevesen kan komme i konflikt med slike prosesser.

Fokus på økt kroppsbevissthet og økt fortrolighet til egen kropp er gjort av flere i arbeid med sykkelig overvekt og spiseforstyrrelser (Albertsen, 2017; Aspenes, 2016; Berg, 2016; Danielsen, 2006; Kolnes, 2012; Mattsson, Wikman, Dahlgren, Mattsson, & Armelius, 1997; Nilsen et al., 2005). En studie viste at økt fortrolighet til kropp og bedret kroppsbylde var en bedre indikator for bedring av spiseforstyrrelsen enn endring av BMI (Danielsen & Rø, 2012). Kan det være at personer med sykkelig overvekt som ikke tilfredsstiller alle kriterier for spiseforstyrrelse, men som likevel strever i ulik grad med fremmedgjøring og objektgjøring av kropp har nytte av et slikt behandlingsfokus? Jeg mener vår studie gir grunnlag for å anta dette og at dette bør utforskes videre.

Ulike body- mind tilnæringer søker å motvirke selv-objektivisering via økt kroppsbevissthet (Daubenmier, 2005). Dette er for eksempel yoga, thai chi, meditasjon, biofeedback (ibid), Basal Kroppsbevissthet (Albertsen, 2017) og interoceptiv kroppsbevissthet som fokus på den indre kroppen, for eksempel hjerteslag (Ainley & Tsakiris, 2013), danseterapi (Meekums, 2005) og psykomotorisk fysioterapi (Aspenes, 2016).

Bevegelsesgrupper basert på psykomotoriske prinsipper kan være nyttig å innlemme i større grad i praksis og mer forskning på dette er nødvendig. På grunn av stor kroppsskam, kan det tenkes at enkelte kan ha bedre nytte av å gå til individuell behandling til psykomotorisk fysioterapeut enn deltagelse i gruppe, eller kombinere dette.

Å få økt kontakt med følelseslivet kan for noen være vanskelig. Ulike grader av alexithymi, manglende ord for følelser, har vært undersøkt blant overvektige (Marechal, Loas, Legrand, & Corcos, 2009). Vår studie kan indikere at enkelte ville hatt nytte av hjelp til å gjenkjenne følelser i kroppen. Da vil grunnleggende kroppskontakt og oppøving av finkontakt med kroppen være et viktig steg, ifølge psykomotorisk fysioterapiteori (Bunkan, 2001).

Dersom vektlegging av gode opplever i kroppen i tilknytning til fysisk aktivitet er viktig i arbeid med overvektige, kan denne holdningen komme i konflikt med studier som viser at intensiv trening har best effekt på vektreduksjon (Turk et al., 2017). Fysisk aktivitet har vist positiv effekt på kroppsbildet, men det er viktig at dette skjer på premisser som skaper glede og at aktiviteten blir en naturlig del av livet (Homan & Tylka, 2014). Når fysisk aktivitet brukes for å forbedre utseende, forsterkes ikke et positivt kroppsbilde (ibid).

Det kan være viktig at rehabiliteringsinstitusjoner og frisklivssentralenes tilbud til overvektige er bevisst på treningens funksjon. Skal de fremme vektreduksjon eller fremme velvære og styrking av selvet? Ut fra våre funn og tidligere forskning, kan det se ut til at sistnevnte bør være vektlagt. En konsekvens i klinisk praksis vil være at mildere former for trening også bør tilbys, og at bevegelser, ikke trening i seg selv, bør ha stor verdi.

SKO-skjema- en hjelp for å tematisere kroppen som subjekt?

Et forslag til å hjelpe deltageren til å bli mer interessert i andre mål enn vekt mål i klinikken, kan være å bruke SKO-skjema som utgangspunkt for samtale og refleksjon.

Klinisk erfaring tilsier at deltagerne synes SKO-skjema er et vanskelig skjema å fylle ut. Mange av spørsmålene etterspør aspekter av kroppen de ikke har tenkt på. Det kan være motstand mot å berøre andre deler av kroppen enn den ytre. Samtidig kan det også åpne opp for et videre perspektiv på kroppen. Endringsfokus kan via SKO-skjema berøre kroppsbevissthet og kroppsfunksjon som balanse, utholdenhet, og eierskap til kropp. I vår studie ble samtalen i intervjuene preget av mer refleksjoner rundt slike tema da de synlige resultatene av SKO-skjema ble forelagt i form av stolpediagram. Mer utprøving av SKO-skjema i klinisk praksis vil være nyttig. En stor utfordring ved bruk av skjema, er at kroppsbildet svinger. Det svingende kroppsbilde bør utforskes videre i forskning.

Tidligere forskning har funnet at et positivt kroppsbilde er noe mer enn det motsatte av et negativt kroppsbilde (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Positivt kroppsbilde deler ikke det samme kontinuum som negativt

kroppsbilde, selv om det er sammenhenger (ibid). Det medfører at en i klinisk praksis trolig kan arbeide med å fremme positivt kroppsbilde selv om personen samtidig har negative følelser knyttet til kroppen.

I lys av dette er det hensiktsmessig å kartlegge både positive og negative aspekter av kroppsopplevelse. Dersom disse to polene ikke deler samme kontinuum, kan en kanskje se endringer i begge aspektene, men usynkronisert og i ulike faser av en endringsprosess? Kan det tenkes at noen tiltak virker reduserende på negative aspekter, mens noen tiltak virker styrkende på positive aspekter? Vil det være viktig å arbeide med begge aspektene, eller er det tilstrekkelig å bare rette tiltak mot ett? Slike spørsmål kan besvares ved videre forskning ved bruk av for eksempel SKO-skjema. Det kan imidlertid tenkes at det er mer nyttig å bruke SKO-skjema til klinisk bruk enn til forskning, da kartlegging og kvantifisering av en subjektiv opplevelse som er sammensatt og svingende, har sine begrensinger.

8 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke kroppsopplevelse hos personer med sykkelig overvekt før og etter deltagelse i et tverrfaglig livsstilsendringsprogram. Samlet sett var deltakernes kroppsopplevelse preget av å være negativt. Den kvalitative delen av studien viste at kroppsopplevelsen var preget av å ha et ytre fokus, og at opplevelser innenfra var mindre tilgjengelige. Endring målt gjennom SKO-skjema viste positive endringer i de fleste kategoriene. Også gjennom intervjuene kom det frem positive endringer. Rehabiliteringsprogrammet ble for noen en hjelp til å kjenne gode opplevelser i kroppen, og dette opplevdes som nytt. Men et viktig funn var at informantene opplevde kroppsbildet sitt som svingende, og at det skulle lite til før det ble negativt igjen.

I studien diskuterer jeg hvordan et objektgjort og fremmedgjort forhold til kroppen kan være forårsaket av både stigma, kroppslige plager og manglende kontakt med og rom for følelser.

Denne studien fremholder at en kroppslig tilnærming til personer med sykkelig overvekt kan bidra til bedring av deres psykiske helse. Slike tilnærminger er body-mind-fokusert. Behandlingsmålet er økt fortrolighet til egen kropp hvor kroppens subjektstatus styrkes. Dette gjøres via gode opplevelser i kroppen og økt fokus på kontakt med kroppen innenfra.

Siden personer med sykkelig overvekt er en sammensatt gruppe, trengs trolig ulike tilnærminger i behandlingen. Det vil være nyttig å i større grad kartlegge hvem som har overspisingslidelse og kroppsbildeproblematikk. Videre mener jeg det uavhengig av diagnose vil være nyttig å kartlegge grad av fremmedgjøring av kroppen. Noen vil kunne ha spesielt nytte av og interesse for å øke eierskap til egen kropp og fokusere på å bebo sin kropp som subjekt i en dypere identitetsprosess før livsstilsendringer kommer i fokus. Et slikt tilbud mangler innenfor psykisk helsevern da de ikke har diagnoser som faller innunder psykiatriens prioriteringsnøkkel og er heller ikke allment tilgjengelig innenfor somatiske behandlingstilbud.

Denne studien peker på at bruk av SKO-skjema kan være et nyttig verktøy i klinikken for å kartlegge kroppssopplevelsens ulike aspekt, og for å øke oppmerksomhet mot kroppen opplevd innenfra. Det visuelle stolpediagrammet kan være et godt utgangspunkt for samtale om andre baseline- mål enn vekt og fysisk utseende og kan synliggjøre viktige begynnende endringer som har betydning for kroppsbildet, psykisk helse og identitet.

For at personer med sykkelig overvekt skal lykkes med å stå i varige endringsprosesser, kan det være nyttig med et større samarbeid mellom spesialistinstusjonene - på tvers av somatikk og psykisk helse – og førstelinjetjenesten. Dette gjelder særlig de som trenger å arbeide med dypere lag av identitet, skam, kropps- og selvbilde.

Basert på resultatene i denne studien og annen litteratur, mener jeg rehabiliteringsinstusjoner og frisklivssentraler bør vektlegge et bredt spekter av fysisk aktivitet som ikke er knyttet til vektreduksjon; dette for å gi et bedret kroppsbilde og hvor fokus på økt velvære og reduserte plager og sammenheng mellom følelser og kropp utforskes.

Mer forskning om betydningen av gode opplevelser i tilknytning kroppen for personer med sykkelig overvekt, bør gjøres, da vår studie antyder at dette er et viktig steg for å bedre kroppsbilde og eierskap til egen kropp.

LITTERATURLISTE

- Ainley, V., & Tsakiris, M. (2013). Body conscious? Interoceptive awareness, measured by heartbeat perception, is negatively correlated with self-objectification. *PloS one*, 8(2), e55568.
- Albertsen, M. N. (2017). Kroppserfaring i terapi og dagligliv: På vei fra kroppen som problem til mulighet - En fenomenologisk longitudinell studie av pasienter med overspisingsslidelse sine erfaringer med Basal Kroppskjennskap. In: The University of Bergen.
- Alegria, C. A., & Larsen, B. (2015). "That's who I am: a fat person in a thin body": weight loss, negative self-evaluation, and mitigating strategies following weight loss surgery. *J Am Assoc Nurse Pract*, 27(3), 137-144. doi:10.1002/2327-6924.12158
- Andersen, A., Bøe, T., Fodstad, H., Ibabao, V., Krogsæter, O., & Norvoll, R. (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(2), 98-103.
- Antonovsky, A. (1987). The salutogenic perspective: Toward a new view of health and illness. *Advances*.
- Aspenes, M. T. (2016). *Overvektens kompleksitet. Psykomotorisk fysioterapi som behandling ved overvekt*. UiT Norges arktiske universitet,
- Association, G. A. o. t. W. M. (2014). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *The Journal of the American College of Dentists*, 81(3), 14.
- Aust, S., Härtwig, E. A., Heuser, I., Bajbouj, M., & Gold, S. N. (2013). The Role of Early Emotional Neglect in Alexithymia. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(3), 225-232. doi:10.1037/a0027314
- Avila, C., Holloway, A. C., Hahn, M. K., Morrison, K. M., Restivo, M., Anglin, R., & Taylor, V. H. (2015). An Overview of Links Between Obesity and Mental Health. *Curr Obes Rep*, 4(3), 303-310. doi:10.1007/s13679-015-0164-9
- Bacon, L., Keim, N., Van Loan, M., Derricote, M., Gale, B., Kazaks, A., & Stern, J. (2002). Evaluating a 'non-diet' wellness intervention for improvement of metabolic fitness, psychological well-being and eating and activity behaviors. *International Journal of Obesity and Related Disorders*, 26(6), 854-865. doi:10.1038/sj.ijo.0802012
- Berg, K. H. (2016). Overspisingsslidelse og kroppsbildeforstyrrelse. *Fysioterapeuten*, 83(4), 30-33.
- Berlucchi, G., & Aglioti, S. (1997). The body in the brain: neural bases of corporeal awareness. *Trends in neurosciences*, 20(12), 560-564.
- Berlucchi, G., & Aglioti, S. M. (2010). The body in the brain revisited. *Experimental brain research*, 200(1), 25.
- Brandal, K. (2012). Overspisingsslidelse blant individer med sykkelig fedme. *Norsk tidsskrift for ernæring*(4), 26-31.
- Brodal, P. (2001). *Sentralnervesystemet* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi : prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for Den norske legeforening (trykt utg.)*. 121(2001)nr. 24, 2845-2848.
- Bunkan, B. H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde: teori og helsefremmende behandling*: Gyldendal Akademisk.

- Bunkan, B. H., & Heir, J. A. (1992). *Muskelspenninger, respirasjon og kroppsbilde : undersøkelse og behandling* (2.[i.e. 3. utg.] utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., . . . Consoli, S. M. (2005). Emotion-processing deficits in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 321-329. doi:10.1002/eat.20132
- Byrne, S. M., Cooper, Z., & Fairburn, C. (2003). Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *International Journal of Obesity*, 27(8), 955. doi:10.1038/sj.ijo.0802305
- Byrne, S. M., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2004). Psychological predictors of weight regain in obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 42(11), 1341-1356. doi:10.1016/j.brat.2003.09.004
- Carvalho, A., Price, C., & Neves, C. F. (2017). Body Awareness and Bodily Dissociation Among Those With and Without Sexual Difficulties: Differentiation Using the Scale of Body Connection. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1-10. doi:10.1080/0092623X.2017.1299823
- Cash, T., & Strachan, M. (2002). Cognitive-behavioral approaches to changing body image. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*, 478-486.
- Cash, T. F. (2004). Body image: past, present, and future. In (Vol. 1, pp. 1-5).
- Cash, T. F. (2012). Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image. In *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (pp. 334-342). Oxford: Academic Press.
- Cash, T. F., & Smolak, L. (2011). *Body image : a handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed. ed.). New York: Guilford.
- Chao, H.-L. (2015). Body Image Change in Obese and Overweight Persons Enrolled in Weight Loss Intervention Programs: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS one*, 10(5), 1-12. doi:10.1371/journal.pone.0124036
- Chapman, T. (2014). Little body hidden within. *Narrat Inq Bioeth*, 4(2), 93-96. doi:10.1353/nib.2014.0042
- Charmaz, K. (1995). The body, identity, and self. *The Sociological Quarterly*, 36(4), 657-680.
- Christiansen, B., Borge, L., & Solveig Fagermoen, M. (2012). Understanding everyday life of morbidly obese adults-habits and body image. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 7(1). doi:10.3402/qhw.v7i0.17255
- Corden, A., & Sainsbury, R. (2006). Exploring 'quality': Research participants' perspectives on verbatim quotations. *International Journal of Social Research Methodology*, 9(2), 97-110.
- Critchley, H. D., & Harrison, N. A. (2013). Visceral influences on brain and behavior. *Neuron*, 77(4), 624-638.
- Damasio, A. (2003). Feelings of emotion and the self. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1001, 253.
- Damasio, A. R. (1994). Descartes' error: Emotion, rationality and the human brain.
- Damasio, A. R. (2006). På leting etter Spinoza Glede, sorg og den følende hjernen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43, 150.
- Danielsen, M. (2006). Kroppsbilde, spiseforstyrrelse og fysioterapi ; en kasusrapport. *Fysioterapeuten*, 73(12), 21-24.
- Danielsen, M. (2012). *Kroppsbildeforstyrrelser og spiseforstyrrelser : er diagnoseforskjeller eller alvorlighetsgrad viktigst? = Body image disturbances and eating disorders : are differences of diagnoses or severity of illness most important?* In Master i psykisk helsearbeid. Høgskolen i Nord-Trøndelag, Vol. 2012. *Body image disturbances and eating disorders : are differences of diagnoses or severity of illness most important?*

- Danielsen, M., & Rø, Ø. (2012). Changes in Body Image During Inpatient Treatment for Eating Disorders Predict Outcome. *Eating Disorders*, 20(4), 261-275. doi:10.1080/10640266.2012.689205
- Daubenmier, J. J. (2005). The Relationship of Yoga, Body Awareness, and Body Responsiveness to Self-Objectification and Disordered Eating. *Psychology of Women Quarterly*, 29(2), 207-219. doi:10.1111/j.1471-6402.2005.00183.x
- Delgado Calvete, C., Morales Gorria, M. J., Maruri Chimeno, I., Rodriguez del Toro, C., Benavente Martin, J. L., & Nunez Bahamonte, S. (2002). [Eating behavior, body attitudes and psychopathology in morbid obesity]. *Actas Esp Psiquiatr*, 30(6), 376-381.
- Didie, E., Sarwer, D., Wadden, T. A., Foster, G., Roper, S., Rosato, E., & Williams, N. N. (2000). Body image dissatisfaction in obese women and men: Is there a relationship between the degree of dissatisfaction and degree of obesity? *Obes. Res.*, 8, 73S-73S.
- Dragesund, T., Ljunggren, A. E., Kvåle, A., & Strand, L. I. (2010). Body Awareness Rating Questionnaire—Development of a self-administered questionnaire for patients with long-lasting musculoskeletal and psychosomatic disorders. *Advances in Physiotherapy*, 12(2), 87-94.
- Dragesund, T., Råheim, M., & Strand, L. I. (2012). Body awareness rating questionnaire: measurement properties. *Physiother Theory Pract*, 28(7), 515-528. doi:10.3109/09593985.2011.642068
- Ehrsson, H. H., Spence, C., & Passingham, R. E. (2004). That's my hand! Activity in premotor cortex reflects feeling of ownership of a limb. *Science*, 305(5685), 875-877.
- Elfhag, K., & Rössner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity reviews*, 6(1), 67-85.
- Everett, E. L., & Furseth, I. (2012). Masteroppgaven. *Hvordan begynne-og fullføre*, 2.
- Fadnes, B., Heggenhougen, M., Brodal, P., & Leira, K. (2010). *Læringsnøkkelen : om samspillet mellom bevegelser, balanse og læring*. Oslo: Universitetsforl.
- Farstad, M. (2016). *Skam : eksistens, relasjon, profesjon*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Fisher, J., & Ogden, P. (2009). Sensorimotor psychotherapy. 2009, 312-328.
- Foster, G. D., Wadden, T. A., Vogt, R. A., & Krantz, D. S. (1997). Body Image in Obese Women Before, During, and After Weight Loss Treatment. *Health Psychology*, 16(3), 226-229. doi:10.1037/0278-6133.16.3.226
- Fredrickson, B. L., Hender, L. M., Nilsen, S., O'Barr, J. F., & Roberts, T.-A. (2011). Bringing Back the Body: A Retrospective on the Development of Objectification Theory. *Psychology of Women Quarterly*, 35(4), 689-696. doi:10.1177/0361684311426690
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T.-A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173-206.
- Fuemmeler, B., Dedert, E., McClernon, F., & Beckham, J. (2009). Adverse Childhood Events Are Associated With Obesity and Disordered Eating: Results From a US Population-Based Survey of Young Adults. *J. Trauma Stress*, 22(4), 329-333. doi:10.1002/jts.20421
- Følling, I. S., Solbjør, M., & Helvik, A.-S. (2015). Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change - a qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants. *BMC family practice*, 16, 73. doi:10.1186/s12875-015-0292-z
- Giummarra, M. J., Gibson, S. J., Georgiou-Karistianis, N., & Bradshaw, J. L. (2007). Central mechanisms in phantom limb perception: the past, present and future. *Brain research reviews*, 54(1), 219-232.

- Glenn, N. M. (2013). Weight-ing. *Qualitative health research*, 23(3), 348-360. doi:10.1177/1049732312468795
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*: Simon and Schuster.
- Grilo, C. M., Crosby, R. D., Masheb, R. M., White, M. A., Peterson, C. B., Wonderlich, S. A., . . . Mitchell, J. E. (2009). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder, bulimia nervosa, and sub-threshold bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 47(8), 692-696. doi:10.1016/j.brat.2009.05.001
- Grogan, S. (1999). *Body image : understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. In.
- Groven, K. S., & Rugseth, G. (2016). Jakten på den beste metoden mot fedme, forskning.no.
- Gullestad, S. E. (2005). In the beginning was the affect. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 28(1), 3-10.
- Gyllensten, A. L., Hansson, L., & Ekdahl, C. (2003). Outcome of basic body awareness therapy. A randomized controlled study of patients in psychiatric outpatient care. *Advances in Physiotherapy*, 5(4), 179-190.
- Hainer, V., Toplak, H., & Mitrakou, A. (2008). Treatment modalities of obesity: what fits whom? *Diabetes Care*, 31 Suppl 2, S269-277. doi:10.2337/dc08-s265
- Hansson, L. M., & Rasmussen, F. (2014). Association between perceived health care stigmatization and BMI change. *Obes Facts*, 7(3), 211-220. doi:10.1159/000363557
- Hassan, Y., Head, V., Jacob, D., Bachmann, M. O., Diu, S., & Ford, J. (2016). Lifestyle interventions for weight loss in adults with severe obesity: a systematic review. *Clin Obes*, 6(6), 395-403. doi:10.1111/cob.12161
- Heinberg, L. J., Thompson, J. K., & Matzon, J. L. (2001). *Body image dissatisfaction as a motivator for healthy lifestyle change: Is some distress beneficial?* : American Psychological Association.
- Helsedirektoratet. Retningslinjer spiseforstyrrelser
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>.
- Hemmingsson, E., Johansson, K., & Reynisdottir, S. (2014). Effects of childhood abuse on adult obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes. Rev.*, 15(11), 882-893. doi:10.1111/obr.12216
- Holmqvist, K., & Frisé, A. (2012). "I Bet They Aren't that Perfect in Reality." Appearance ideals viewed from the perspective of adolescents with a positive body image. *Body Image*. doi:10.1016/j.bodyim.2012.03.007
- Homan, K. J., & Tylka, T. L. (2014). Appearance-based exercise motivation moderates the relationship between exercise frequency and positive body image. *Body Image*, 11(2), 101-108. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.01.003>
- Hrabosky, J. I., Masheb, R. M., White, M. A., Grilo, C. M., & La Greca, A. M. (2007). Overvaluation of Shape and Weight in Binge Eating Disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(1), 175-180. doi:10.1037/0022-006X.75.1.175
- Hunemeyer, K., Hain, B., & Wild, B. (2012). Who is the man in the mirror? Depersonalization disorder after obesity surgery. *Surg Obes Relat Dis*, 8(4), e43-45. doi:10.1016/j.soard.2011.03.011
- Ianssen, B., Andersen, T., Øvreberg, G., Hanssen, I., Kvebæk, I., Ottesen, A., . . . Lind, M. M. (2012). *Movements of life : Norwegian psychomotor physiotherapy*. Levanger: B. Ianssen.
- Isohookana, R., Marttunen, M., Hakko, H., Riiipinen, P., & Riala, K. (2016). The impact of adverse childhood experiences on obesity and unhealthy weight control behaviors among adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 71, 17-24. doi:10.1016/j.comppsy.2016.08.002

- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (Vol. 2): Høyskoleforlaget Kristiansand.
- Jagielski, A. C., Brown, A., Hosseini-Araghi, M., Thomas, G. N., & Taheri, S. (2014). The association between adiposity, mental well-being, and quality of life in extreme obesity. *PloS one*, 9(3), e92859. doi:10.1371/journal.pone.0092859
- Johnsen, T. (2013). Emosjonenes fenomenologi og mulighetsbetingelser for endring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(8), 829-837.
- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational researcher*, 33(7), 14-26.
- Kaiser, K. (2009). Protecting respondent confidentiality in qualitative research. *Qualitative health research*, 19(11), 1632-1641.
- Karterud, S., Monsen, J. T., Skårderud, F., & Kohut, H. (1997). *Selvpsykologi : utviklingen etter Kohut*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., . . . Xavier, M. (2012). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the WHO World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*. doi:10.1016/j.biopsych.2012.11.020
- Kirkengen, A. L. (2017). Diagnose: barndomsforgiftning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(01), 16-24.
- Kirkengen, A. L., & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Kolnes, L.-J. (2012). Embodying the body in anorexia nervosa--a physiotherapeutic approach. *Journal of bodywork and movement therapies*, 16(3), 281. doi:10.1016/j.jbmt.2011.12.005
- Latner, J. D., & Wilson, R. E. (2011). Obesity and body image in adulthood. In T. F. Cash, Smolak L. (Ed.), *Body image A handbook of science, Practice and Prevention* (2. edition, Paperback edition 2012 ed., pp. 189-197). New York: The Guilford Press.
- Leder, D. (1990). *The absent body*. Chicago: University of Chicago Press.
- LeDoux, J. (1998). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*: Simon and Schuster.
- Lewer, M., Kosfelder, J., Michalak, J., Schroeder, D., Nasrawi, N., & Vocks, S. (2017). Effects of a cognitive-behavioral exposure-based body image therapy for overweight females with binge eating disorder: A pilot study. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 43.
- Lewis, S., Thomas, S. L., Blood, R. W., Castle, D. J., Hyde, J., & Komesaroff, P. A. (2011). How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Social science & medicine*, 73(9), 1349-1356. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.021>
- Logel, C., Stinson, D. A., & Brochu, P. M. (2015). Weight Loss Is Not the Answer: A Well-being Solution to the "Obesity Problem". *Social and Personality Psychology Compass*, 9(12), 678-695. doi:10.1111/spc3.12223
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. (Vol. 3. utgave).
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian journal of public health*, 40(8), 795-805.
- Malterud, K., & Ulriksen, K. (2011). Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6(4), 8404.
- Mansur, R. B., Brietzke, E., & McIntyre, R. S. (2015). Is there a "metabolic-mood syndrome"? A review of the relationship between obesity and mood disorders. *Neurosci Biobehav Rev*, 52, 89-104. doi:10.1016/j.neubiorev.2014.12.017

- Marechal, V., Loas, G., Legrand, A., & Corcos, M. (2009). Alexithymia in Severely Obese Patients Seeking Surgical Treatment. *Psychological Reports, 105*(3), 935-944. doi:10.2466/PRO.105.3.935-944
- Masheb, R. M., Grilo, C. M., Burke-Martindale, C. H., & Rothschild, B. S. (2006). Evaluating oneself by shape and weight is not the same as being dissatisfied about shape and weight: A longitudinal examination in severely obese gastric bypass patients. *International Journal of Eating Disorders, 39*(8), 716-720. doi:10.1002/eat.20311
- Mattsson, M., Wikman, M., Dahlgren, L., Mattsson, B., & Armelius, K. (1997). Body awareness therapy with sexually abused women: Part 1: Description of a treatment modality. *Journal of Bodywork & Movement Therapies, 1*(5), 280-288. doi:10.1016/S1360-8592(97)80063-0
- McIver, S., McGartland, M., & O'Halloran, P. (2009). "Overeating is not about the food": women describe their experience of a yoga treatment program for binge eating. *Qualitative health research, 19*(9), 1234. doi:10.1177/1049732309343954
- Meekums, B. (2005). Responding to the embodiment of distress in individuals defined as obese: Implications for research. *Counselling and Psychotherapy Research, 5*(3), 246-255. doi:10.1080/17441690500317119
- Mehling, W. E., Wrubel, J., Daubenmier, J. J., Price, C. J., Kerr, C. E., Silow, T., . . . Stewart, A. L. (2011). Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies.(Research)(Report). *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine, 6*, 6.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax.
- Merleau-Ponty, M. (2013). *Phenomenology of perception*: Routledge.
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2015). *Qualitative research: A guide to design and implementation*: John Wiley & Sons.
- Midthjell, K., Lee, C. M., Langhammer, A., Krokstad, S., Holmen, T. L., Hveem, K., . . . Holmen, J. (2013). Trends in overweight and obesity over 22 years in a large adult population: the HUNT Study, Norway. *Clinical obesity, 3*(1-2), 12-20.
- Moe, S. (2009). Et kroppsfenomenologisk perspektiv på fysisk aktivitet og bevegelse. *Fagartikkel i Fysioterapeuten*(4), 17-21.
- Monsen, J. T., & Solbakken, O. A. (2013). Affektintegrasjon og nivåer av mental representasjon ; fokus for terapeutisk intervensjon i Affektbevissthetsmodellen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 50*(8), 741-751.
- Moola, F. J., & Norman, M. E. (2017). On judgement day: Anorexic and obese women's phenomenological experience of the body, food and eating. *Feminism & Psychology, 27*(3), 259-279. doi:10.1177/0959353516672249
- Mæhlum, S. K., Kulseng, B., Tonstad, S., Buhl, C., Arctander, I., Andestad, U., . . . Aandland, A. A. (2010). Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten. In: Helsedirektoratet, Editor.
- Nelson, M. (2005). Reshaping the body and mind. *Minn Med, 88*(9), 14, 16.
- Nilsen, M., Danielsen, M., & Grønlund, G. E. (2005). *Fysioterapi og spiseforstyrrelser*. In.
- Nossum, R., Johansen, A.-E., & Kjekken, I. (2018). Occupational problems and barriers reported by individuals with obesity. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 25*(2), 136-144. doi:10.1080/11038128.2017.1279211
- Nygaard, E. (2009). *Sykelig overvekt : prioriteringsveileder : Veiledertabell : juni 2009*. In <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sykelig-overvekt/seksjon?Tittel=fagspesifikk-innledning-sykelig-3216>.
- Onwuegbuzie, A., & Johnson, R. (2006). The Validity Issue in Mixed Research. *Research in the Schools, 13*(1), 48-63.

- Onwuegbuzie, A. J., Johnson, R. B., & Collins, K. M. (2009). Call for mixed analysis: A philosophical framework for combining qualitative and quantitative approaches. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 3(2), 114-139. doi:10.5172/mra.3.2.114
- Owen-Smith, A., Donovan, J., & Coast, J. (2014). "Vicious circles": the development of morbid obesity. *Qualitative health research*, 24(9), 1212. doi:10.1177/1049732314544908
- Pedersen, G., Tybring-Petersen, K., Tønder, M., Arnestad, B. T., Møller, A. C., & Øya, T. (2013). Spørreskjema for måling av kroppsopplevelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.
- Petrucelli, J. (2016). Body-States, Body Image and Dissociation: When Not-Me is 'Not Body'. *Clinical Social Work Journal*, 44(1), 18-26. doi:10.1007/s10615-015-0539-0
- Poorani, A. (2012). Who determines the ideal body? A summary of research findings on body image. *New Media and Mass Communication*, 2, 1-12.
- Price, C. J., & Thompson, E. A. (2007). Measuring dimensions of body connection: Body awareness and bodily dissociation. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(9), 945-953.
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2003). Ways of coping with obesity stigma: review and conceptual analysis. *Eating Behaviors*, 4(1), 53-78.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*, 17(5), 941-964.
- Raavand, M. B. (2017). *Brukererfaringer med norsk helsevesen hos personer diagnostisert med overspisingslidelse*. (Master Thesis Master), NTNU, Ikke gjort tilgjengelig enda
- Ramirez, E. M., Rosen, J. C., & Kendall, P. C. (2001). A Comparison of Weight Control and Weight Control Plus Body Image Therapy for Obese Men and Women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(3), 440-446. doi:10.1037/0022-006X.69.3.440
- Reuterwall, C., & Walldén, M. (2009). Alexitymi och psykiatriska symtombilder. In Riva, G., Bacchetta, M., Cesa, G., Conti, S., Castelnuovo, G., Mantovani, F., & Molinari, E. (2006). Is severe obesity a form of addiction? Rationale, clinical approach, and controlled clinical trial. *Cyberpsychol Behav*, 9(4), 457-479. doi:10.1089/cpb.2006.9.457
- Rodan, D., Ellis, K., & Lebeck, P. (2014). *Disability, obesity and ageing : popular media indentifications*. In The Cultural Politics of Media and Popular Culture.
- Rolstad, S., Adler, J., & Rydén, A. (2011). Response Burden and Questionnaire Length: Is Shorter Better? A Review and Meta-analysis. *Value in Health*, 14(8), 1101-1108. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.06.003>
- Rosen, J. C., Orosan, P., & Reiter, J. (1995). Cognitive behavior therapy for negative body image in obese women. *Behavior Therapy*, 26(1), 25-42. doi:10.1016/S0005-7894(05)80081-4
- Rosta, M. L., Porfiri, F., Zaccaria, A., Giannetti, G., Scoppetta, M., Giustacchini, P., . . . Janiri, L. (2017). Body Image in Bariatric surgery candidates. *European Psychiatry*, 41, S548. doi:<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.773>
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*: WW Norton & Company.
- Rugseth, G. (2011). *Overvekt som livserfaring. Et empirisk-teoretisk kunnskapsbidrag*. Phd thesis, Faculty of Medicine, University of Oslo,
- Samdal, G. B., & Meland, E. (2018). Helse uansett størrelse. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 138(4), <xocs:firstpage xmlns:xocs=""/>. doi:10.4045/tidsskr.17.0863

- Sarwer, D. B., & Thompson, A. (2002). Obesity and body image disturbance. In A. J. Stunkard & T. A. Wadden (Eds.), *Handbook of obesity treatment* (pp. 447-464). New York: Guilford Press.
- Sarwer, D. B., Thompson, J. K., & Cash, T. F. (2005). Body image and obesity in adulthood. *Psychiatric Clinics*, 28(1), 69-87.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., & Foster, G. D. (1998). Assessment of body image dissatisfaction in obese women: specificity, severity, and clinical significance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(4), 651. doi:10.1037//0022-006X.66.4.651
- Schafer, M. H., & Ferraro, K. F. (2011). The stigma of obesity: does perceived weight discrimination affect identity and physical health? *Social Psychology Quarterly*, 74(1), 76-97.
- Scheffers, M., Hoek, M., Bosscher, R. J., van Duijn, M. A. J., Schoevers, R. A., & van Busschbach, J. T. (2017). Negative body experience in women with early childhood trauma: associations with trauma severity and dissociation. *Eur J Psychotraumatol*, 8(1), 1322892. doi:10.1080/20008198.2017.1322892
- Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1(1), 43-56. doi:10.1016/S1740-1445(03)00007-X
- Sifneos, P. E. (2000). Alexithymia, Clinical Issues, Politics and Crime. *Psychotherapy and psychosomatics*, 69(3), 113-116.
- Sikorski, C., Luppá, M., Luck, T., & Riedel-Heller, S. G. (2015). Weight stigma "gets under the skin"-evidence for an adapted psychological mediation framework: a systematic review. *Obesity (Silver Spring)*, 23(2), 266-276. doi:10.1002/oby.20952
- Skirbekk, G. (1985). *Filosofihistorie 2. innføring i europeisk filosofihistorie med særleg vekt på politisk filosofi*.
- Skirbekk, G., & Gilje, N. (1996). *Filosofihistorie: innføring i europeisk filosofihistorie med særleg vekt på vitenskapshistorie og politisk filosofi: Fra opplysningstiden til modernismen*: Universitetsforlaget.
- Skjerve, A. G., & Nytingnes, O. (2005). «Brist i alle ledd»—eller er leddene selve bristen? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(02), 175-183.
- Skjærven, L. H., & Sundal, M. A. (2016). Bevegelsesnærver, hverdagsbevegelser og helsefremming ; basal kroppskjennskap (BK). *Fysioterapeuten*, 83(4), 42-44.
- Skrzypek, S., Wehmeier, P., & Remschmidt, H. (2001). Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. *European child & adolescent psychiatry*, 10(4), 215-221.
- Slater, A., & Tiggemann, M. (2010). Body Image and Disordered Eating in Adolescent Girls and Boys: A Test of Objectification Theory. *A Journal of Research*, 63(1), 42-49. doi:10.1007/s11199-010-9794-2
- Stolorow, R. D., & Reppen, J. (2005). THE CONTEXTUALITY OF EMOTIONAL EXPERIENCE. *Psychoanalytic Psychology*, 22(1), 101-106. doi:10.1037/0736-9735.22.1.101
- Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2007). Hvis ikke kropp og psyke-hva da? Holdning og bevegelse i selvtutfoldelse og tilbakeholdelse. *Norwegian Psychomotor Physiotherapy and Embodied Narrative Identity. A theory generating study*.
- Søltoft, F., Hammer, M., & Kragh, N. (2009). The association of body mass index and health-related quality of life in the general population: data from the 2003 Health Survey of England. *Quality of Life Research*, 18(10), 1293-1299. doi:10.1007/s11136-009-9541-8
- Tanco, S., Linden, W., & Earle, T. (1998). Well-being and morbid obesity in women: A controlled therapy evaluation. *International Journal of Eating Disorders*, 23(3), 325-339. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199804)23:3<325::AID-EAT10>3.0.CO

2-X

- Tangvald-Pedersen, O., & Bøe, T. D. (2011). Sammen for godt psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(02), -1--1.
- Teddle, C., & Tashakkori, A. (2009). *Foundations of mixed methods research: Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences*: Sage.
- Thompson, P.-M., & Jensen, M. (2009). *Alexitymi og interpersonlige problemer: en empirisk studie av sammenheng mellom affektive og relasjonelle vansker*.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforl.
- Thørnborg, U., & Mattsson, M. (2010). Rating body awareness in persons suffering from eating disorders A cross-sectional study. *Advances in Physiotherapy*, 2010, Vol.12(1), p.24-34, 12(1), 24-34. doi:10.3109/14038190903220362
- Toft, B. S., & Uhrenfeldt, L. (2015). The lived experiences of being physically active when morbidly obese: A qualitative systematic review. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10(1). doi:10.3402/qhw.v10.28577
- Tolich, M. (2004). Internal confidentiality: When confidentiality assurances fail relational informants. *Qualitative Sociology*, 27(1), 101-106.
- Tomkins, S. (1962). *Affect imagery consciousness: Volume I: The positive affects*: Springer publishing company.
- Tomkins, S. S. (1984). Affect theory. *Approaches to emotion*, 163(163–195).
- Tsakiris, M., Prabhu, G., & Haggard, P. (2006). Having a body versus moving your body: How agency structures body-ownership. *Consciousness and cognition*, 15(2), 423-432.
- Tschudi, F. (1982). Om nødvendigheten av syntese mellom kvantitative og kvalitative metoder. *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*, Holter, H., and Kalleberg, R., eds., Universitetsforlaget, Drammen, Norway, (in Norwegian). *Google Scholar*.
- Turk, Y., Theel, W., Kasteleyn, M. J., Franssen, F. M. E., Hiemstra, P. S., Rudolphus, A., . . . Braunstahl, G. J. (2017). High intensity training in obesity: a Meta-analysis. *Obes Sci Pract*, 3(3), 258-271. doi:10.1002/osp4.109
- Tvedten, N. (2011). *Å være i bevegelse: fysioterapeuters kunnskapsutvikling i egen bevegelsespraksis*. Universitetet i Nordland,
- Tvedten, N., & Ottesen, A. (2016). Psykomotorisk fysioterapi—en praksis i bevegelse. Festskrift til Gudrun Øvreberg. In: UiT Norges Arktiske Universitet.
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118-129. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>
- WHO. (2016,). Obesity and overweight
World Health Organisation.
- Wing, R. R., & Phelan, S. (2005). Long-term weight loss maintenance. *The American journal of clinical nutrition*, 82(1), 222S-225S.
- Østvold, C. C. (2017). *Forming av kroppsbilde hos ungdom-en kvalitativ studie*. Høgskolen i Sørøst-Norge,
- Øvreberg, G., Andersen, T., Hanssen, I., & Ianssen, B. (2016). *Psykomotorisk fysioterapi : et kildeskrift fra Aadel Bülow-Hansens praksis* (2. utg. ed.). Levanger: Berit Ianssen.
- Øye, C., Sørensen, N. Ø., & Glasdam, S. (2016). Qualitative research ethics on the spot: Not only on the desktop. *Nursing ethics*, 23(4), 455-464.

Spørreskjema om kroppsopplevelse

Navn: _____ Dato: ____/____-____

Nedenfor finner du en rekke utsagn som har med kroppsopplevelse å gjøre. Ved hvert av dem er det en skala fra 1 til 6 som du skal bruke for å markere hvor godt du synes utsagnene passer for deg nå.

Som du vil se er utsagnene gruppert fire og fire sammen. Dette er kun for å øke leseligheten, og har ingen annen mening. Vennligst besvar alle utsagnene.

	Aldri	Svært	Av og	Ganske	Svært	Hele
	sjelden	til	ofte	ofte	ofte	tiden
1 Det er lett for meg å uttrykke følelser med kroppen.....	1	2	3	4	5	6
2 Jeg er fornøyd med kroppen min.....	1	2	3	4	5	6
3 Jeg er opptatt av pusten min	1	2	3	4	5	6
4 Jeg føler at knærne kan svikte	1	2	3	4	5	6
5 Jeg har ønsker om å endre størrelsen eller fasongen på kroppen min	1	2	3	4	5	6
6 Jeg kjenner det i kroppen min når jeg er glad.....	1	2	3	4	5	6
7 Kroppen min føles som en trussel for meg	1	2	3	4	5	6
8 Jeg er bevisst hvordan jeg puster.....	1	2	3	4	5	6
9 Jeg tåler at andre kommer nær kroppen min.....	1	2	3	4	5	6
10 Jeg opplever kroppen min som en byrde.....	1	2	3	4	5	6
11 Jeg opplever at noe stenger for pusten	1	2	3	4	5	6
12 Kroppen min føles som om den ikke tilhører meg	1	2	3	4	5	6
13 Enkelte deler av kroppen min virker opphovnet.....	1	2	3	4	5	6
14 Jeg føler at kroppen er "avstengt"	1	2	3	4	5	6
15 Jeg føler at kroppen er tung og har lite krefter.....	1	2	3	4	5	6
16 Når jeg ser på jevnaldrende er jeg fornøyd med kroppen min	1	2	3	4	5	6
17 Jeg føler at kroppen min eller deler av den kan bli "fjern" eller "borte".....	1	2	3	4	5	6
18 Jeg kan miste grepet om ting jeg holder i.....	1	2	3	4	5	6
19 Når jeg ser på meg selv er jeg fornøyd med kroppen min	1	2	3	4	5	6
20 Jeg har en følelse av å være "utenfor" kroppen min	1	2	3	4	5	6
21 Jeg føler meg anspent i kroppen	1	2	3	4	5	6
22 Jeg er var overfor andres berøring av kroppen min.....	1	2	3	4	5	6
23 Jeg opplever kroppen min som en følelsesløs ting.....	1	2	3	4	5	6
24 Jeg gjenkjenner forskjellige følelser ut fra reaksjoner i kroppen	1	2	3	4	5	6

Vedlegg 1

	Aldri	Svært sjelden	Av og til	Ganske ofte	Svært ofte	Hele tiden
25 Jeg føler meg vel i kroppen min	1	2	3	4	5	6
26 Jeg er nummen og følelsesløs i en eller begge armene	1	2	3	4	5	6
27 Jeg har tydelige grenser for andres nærhet til kroppen min.....	1	2	3	4	5	6
28 Jeg opplever at jeg "er i hele kroppen"	1	2	3	4	5	6
29 Jeg har en følelse av en "klump i halsen"	1	2	3	4	5	6
30 Jeg har god kontakt med overkroppen	1	2	3	4	5	6
31 Det er lett for meg å slappe av rent fysisk	1	2	3	4	5	6
32 Jeg opplever meg som å være inne i en boble eller i et mørkt rom	1	2	3	4	5	6
33 Jeg har god kontakt med underkroppen	1	2	3	4	5	6
34 Jeg har kontakt med alle deler av kroppen min	1	2	3	4	5	6
35 Jeg opplever de enkelte kroppsdelenes som atskilt og uten sammenheng	1	2	3	4	5	6
36 Jeg kjenner at kroppen min tåler mye og er utholdende	1	2	3	4	5	6
37 Jeg opplever kroppen min som en helhet.....	1	2	3	4	5	6
38 Jeg kan ikke kjenne noe annet enn smerter i kroppen min.....	1	2	3	4	5	6
39 Jeg opplever at kroppen føles "fjern"	1	2	3	4	5	6
40 Jeg føler føttenes kontakt med underlaget	1	2	3	4	5	6
41 Jeg er nummen og følelsesløs i en eller begge bena	1	2	3	4	5	6
42 Jeg opplever kroppen min som sterk.....	1	2	3	4	5	6
43 Jeg kjenner smerter i store deler av kroppen	1	2	3	4	5	6
44 Jeg legger merke til hvor i kroppen jeg kjenner pusten min.....	1	2	3	4	5	6
45 Jeg opplever at kroppen min har et sentrum	1	2	3	4	5	6
46 Jeg legger merke til forandringer i kroppen min når jeg blir sint.....	1	2	3	4	5	6
47 Jeg liker best å holde kroppslig avstand til andre	1	2	3	4	5	6
48 Jeg opplever kroppen min som en viktig ressurs for meg.....	1	2	3	4	5	6
49 Jeg misunner andre mennesker for deres utseende	1	2	3	4	5	6
50 Jeg opplever at brystet "snører seg sammen"	1	2	3	4	5	6
51 Kroppen min er sterk og stabil.....	1	2	3	4	5	6
52 Jeg opplever å ha god balanse i kroppen.....	1	2	3	4	5	6
53 Jeg har god kontakt med kroppen min	1	2	3	4	5	6
54 Jeg skjuler kroppen min med måten jeg kler meg på	1	2	3	4	5	6
55 Jeg opplever at kroppen min ikke har noen beskyttelse	1	2	3	4	5	6
56 Jeg opplever å ha god balanse når jeg står og går.....	1	2	3	4	5	6
57 Jeg trives med kroppslig nærhet til andre.....	1	2	3	4	5	6
58 Jeg opplever at kroppen min tåler belastninger og anstrengelser.....	1	2	3	4	5	6
59 Jeg tror andre synes kroppen min er motbydelig og ekkel.....	1	2	3	4	5	6
60 Jeg opplever å være ustø som ved svimmelhet eller sjøgang	1	2	3	4	5	6
61 Jeg vil forandre noe med kroppen min	1	2	3	4	5	6
62 Jeg har et avslappet forhold til kroppen min	1	2	3	4	5	6
63 Jeg kan lett finne ord for det jeg kjenner i kroppen min	1	2	3	4	5	6
64 Ved den minste anstrengelse begynner det å verke i overkroppen	1	2	3	4	5	6

SKO

Spørreskjema om kroppsopplevelse

Skåringsnøkkel

® = Skåring reverseres, d.v.s '1' kodes til '6', '2' til '5' osv.

Kroppsbevissthet

Personer som skårer høyt på denne skalaen rapporterer at de føler seg i ett med kroppen sin, og at de skjønner forandringer i kroppen i tråd med følelsesmessige forandringer.

- 1 Det er lett for meg å uttrykke følelser med kroppen
- 6 Jeg kjenner det i kroppen min når jeg er glad
- 24 Jeg gjenkjenner forskjellige følelser ut fra reaksjoner i kroppen
- 45 Jeg opplever at kroppen min har et sentrum
- 46 Jeg legger merke til forandringer i kroppen min når jeg blir sint
- 63 Jeg kan lett finne ord for det jeg kjenner i kroppen min

Kroppskontakt

Personer som skårer høyt på denne skalaen rapporterer å ha god kontakt med alle deler av kroppen sin.

- 28 Jeg opplever at jeg "er i hele kroppen"
- 30 Jeg har god kontakt med overkroppen
- 33 Jeg har god kontakt med underkroppen
- 34 Jeg har kontakt med alle deler av kroppen min
- 37 Jeg opplever kroppen min som en helhet
- 40 Jeg føler føttenes kontakt med underlaget
- 53 Jeg har god kontakt med kroppen min

Utholdenhet

Personer som skårer høyt på denne skalaen rapporterer at de opplever kroppen sin som en sterk, stabil og utholdende ressurs.

- 36 Jeg kjenner at kroppen min tåler mye og er utholdende
- 42 Jeg opplever kroppen min som sterk
- 48 Jeg opplever kroppen min som en viktig ressurs for meg
- 51 Kroppen min er sterk og stabil
- 58 Jeg opplever at kroppen min tåler belastninger og anstrengelser

Tilfredshet

Personer som skårer høyt på denne skalaen rapporterer at de er fornøyd med og har et avslappet forhold til kroppen sin.

- 2 Jeg er fornøyd med kroppen min
- 16 Når jeg ser på jevnaldrende er jeg fornøyd med kroppen min
- 19 Når jeg ser på meg selv er jeg fornøyd med kroppen min
- 25 Jeg føler meg vel i kroppen min
- 62 Jeg har et avslappet forhold til kroppen min

Balanse

Personer som skårer høyt på denne skalaen rapporterer at de opplever å ha god ballanse når de beveger kroppen.

- 52 Jeg opplever å ha god balanse i kroppen
- 56 Jeg opplever å ha god balanse når jeg står og går
- 60 Jeg opplever å være ustø som ved svimmelhet eller sjøgang ®

Pust

Personer som skårer høyt på denne skalaen rapporterer er opptatt av og bevisst sin egen pust.

- 3 Jeg er opptatt av pusten min
- 8 Jeg er bevisst hvordan jeg puster
- 44 Jeg legger merke til hvor i kroppen jeg kjenner pusten min

Aversjon

Personer som skårer høyt på denne skalaen rapporterer skamfullhet og aversjon i forhold til sin kropp, og at de ofte ønsker å kunne endre på kroppen sin.

- 5 Jeg har ønsker om å endre størrelsen eller fasongen på kroppen min
- 7 Kroppen min føles som en trussel for meg
- 10 Jeg opplever kroppen min som en byrde
- 49 Jeg misunner andre mennesker for deres utseende
- 54 Jeg skjuler kroppen min med måten jeg kler meg på
- 59 Jeg tror andre synes kroppen min er motbydelig og ekkel
- 61 Jeg vil forandre noe med kroppen min

Anspenhet

Personer som skårer høyt på denne skalaen rapporterer at de føler seg anspent i kroppen og har vanskelig for å slappe av rent fysisk.

- 11 Jeg opplever at noe stenger for pusten
- 21 Jeg føler meg anspent i kroppen
- 29 Jeg har en følelse av en "klump i halsen"
- 31 Det er lett for meg å slappe av rent fysisk ®
- 50 Jeg opplever at brystet "snører seg sammen"
- 55 Jeg opplever at kroppen min ikke har noen beskyttelse

Kroppslig ubehag

Personer som skårer høyt på denne skalaen rapporterer en ubehagelig fornemmelse i kroppen i form av smerter, hovenhet, kraftløshet og følelsesløshet.

- 4 Jeg føler at knærne kan svikte
- 13 Enkelte deler av kroppen min virker opphovnet
- 15 Jeg føler at kroppen er tung og har lite krefter
- 18 Jeg kan miste grepet om ting jeg holder i
- 26 Jeg er nummen og følelsesløs i en eller begge armene
- 38 Jeg kan ikke kjenne noe annet enn smerter i kroppen min
- 41 Jeg er nummen og følelsesløs i en eller begge bena
- 43 Jeg kjenner smerter i store deler av kroppen
- 64 Ved den minste anstrengelse begynner det å verke i overkroppen

Distanse / Fjernhet

Personer som skårer høyt på denne skalaen rapporterer at de føler kroppen sin som noe fremmed, fjernt og følelsesløst som ikke tilhører dem. At de på en måte er avstengt fra og utenfor kroppen sin.

- 12 Kroppen min føles som om den ikke tilhører meg
- 14 Jeg føler at kroppen er "avstengt"
- 17 Jeg føler at kroppen min eller deler av den kan bli "fjern" eller "borte"
- 20 Jeg har en følelse av å være "utenfor" kroppen min
- 23 Jeg opplever kroppen min som en følelsesløs ting
- 32 Jeg opplever meg som å være inne i en boble eller i et mørkt rom
- 35 Jeg opplever de enkelte kroppsdelene som atskilt og uten sammenheng
- 39 Jeg opplever at kroppen føles "fjern"

Fysisk avstand / Grenser

Personer som skårer høyt på denne skalaen rapporterer at de føler ubehag om andre kommer nær kroppen, og holder kroppslig avstand til andre.

- 9 Jeg tåler at andre kommer nær kroppen min ®
- 22 Jeg er var overfor andres berøring av kroppen min
- 27 Jeg har tydelige grenser for andres nærhet til kroppen min
- 47 Jeg liker best å holde kroppslig avstand til andre
- 57 Jeg trives med kroppslig nærhet til andre ®

Presentasjon av bevegelsesgruppe basert på psykomotoriske prinsipper

I en psykomotorisk bevegelsesgruppe som del av et tverrfaglig rehabiliteringstilbud for sykkelig overvekt, ble gruppeinnholdet skreddersydd og tilpasset slik at helhet i resten av rehabiliteringsdagen ble god. Gruppen deltok i dagrehabilitering 3 dager i uka og hadde en full timeplan fra kl. 9 til 15 med fokus på å komme i gang med trening, kostholdsendringer og klargjøre individuelle livsstilsendringsmål ut fra en SMART-modell. Dette krevde mye i seg selv, da mange skulle ut av komfortsonen og prøve bl.a. spinning for første gang, kle av seg i garderobe og bli synlig i bassengtrening. Treningsverk en forbigående periode kunne være uvant og skremmende. Tanker og følelser skulle utfordres gjennom kostholdsendringer og andre vaneendringer. Også det å delta i samtalegruppe, og å komme i fokus, krevde sitt.

Psykomotorisk gruppe ble derfor lagt opp til å bli et lite bidrag til gode opplevelser en gang pr uke. Det ble lagt vekt på at det skal oppleves trygt og det ble forsøkt å vekke nysgjerrighet for hvordan kroppen kan være kilde til gode opplevelser. De ble ikke veiledet inn i dyp avspenning, men fokus ble først og fremst lagt på grunnleggende kroppskontakt for å etablere en basis for å ha det bedre i kroppen innenfor trygge rammer. Dette tenkte jeg i seg selv hadde en avspennende virkning, dersom ikke kroppsskammen var så altomfattende at en ikke orket ta inn kroppen uansett.

Underliggende mål var å bli mer glad i seg selv og kroppen sin, bygge selvbilde og selvfølelse, uavhengig av vekt og utseendefokus. Gudrun Øvreberg og Basal Kroppskjennskap var hovedkilden til øvelsene i tillegg til grunnleggende fysioterapikunnskap.

Beskrivelse av en psykomotorisk gruppe:

Utgangsstilling: Sittende på stol i halvsirkel hvor alle har fokus på gruppeleder som sitter foran (slik at de slipper å se direkte på hverandre og dermed forsterke ytre fokus).

Sittende grounding. (Å si hei til seg selv innenfra)

Fokus på å sitte godt på stolen. Hva skal til for å sitte bedre? Utprøving av puter eller fotstøtte for å lettere kunne hvile mot underlaget. Her oppdager ofte de med korte ben som ikke når ned til gulvet, at det er mer komfortabelt å sitte med både ryggstøtte og fotstøtte samtidig. Noen kjenner nyanseendring som at de slapper mer av i rumpa når beina får støtte.

Fokus på midtlinje i kropp, underlag og sentrum av kropp for å kjenne kroppen innenfra. (Basal kroppskjennskap-bevegelsestradisjon):

-pendle seg inn mot midtlinjen

-gå gjennom kroppen systematisk ved stram-slipp-øvelser: føtter, rumpa, skuldre, hender, hele kroppen. Fokus på pausene, å kjenne slippet. (avspenningsteknikk, samt forsterker kroppskontakt)

- forlenge ryggspylen og slipp. (forsterker en tenkt midtlinje i seg, forsterker ryggradens plass i kroppen)
- sentrumsfokus med magen, pust. Hvordan er pusten akkurat nå? Går det an å la magen være som den er, slippe holdet? (Etablere et sted hvor vi lar kroppens utseende være som det er uten å korrigere, gi tillatelse til at magen ikke må være minst mulig.)
- Frigjøring av kjeven og tunga (som er en effektiv bremse for den frie pusten). Gi rom for at noen føler uro ved å ha fokus på pust, eller føler de må prestere riktig pust. Går det an å bare frigjøre tunga? Kjenne at stolen bærer deg? (avleder fra stress og prestasjonsfokus, gir fokus på et bærende fundament for å bidra til trygghet, ro.) Å gi seg lov til å kjenne det en kjenner, uten å korrigere. (Likner på mindfulness – acceptance-based, men er hentet først og fremst fra Basal kroppskjennskap).
- Mykgjøring av hele kroppen, sirkelbevegelser i alle ledd. (Bryter anspenhet, øker blodsirkulasjon og får inn bevegelser i avstivede partier i kroppen).
- Oppmuntrer til å sukke inn mot områder som oppleves smertefulle (frigjør pust, bryter tendensen til å stramme seg og holde pusten når det gjør vondt, utfordrer til å våge å bevege smertefulle områder, få mer kontakt i kroppens deler som en har stivet av, frigjort pust mykgjør brystkassen)

Sitte på balansepute med beina forankret i gulvet:

- mykgjøre ryggen, stimulere til dypere pust ved å la seg 'punktere' over fra side til side. (Gudrun Øvreberg-inspirert).
- Slippe seg frem og tilbake i bekkenvipp; samle seg rundt sentrum, få kontakt med sentrum (dyp magemuskulatur, etablere et sentrum, her er møtepunkt for balanse, pust og følelser (solar plexus), en kjerne av seg selv. (jfr. Motorisk utvikling av barnet, Basal Kroppskjennskap, sense of self, identitetsforankring)
- Forsterke sentrumskontakt i kropp ved å stramme mage og legge seg bakover og «fly», kjenne at sentrum/mage kan bære, få et samlende fokus rundt sentrum (jfr barns motoriske utvikling, teknikk i idrett)
- Å ta pauser når en kjenner det glipper (øvelse i å ta utgangspunkt i seg selv, ikke andre, å gi pauser verdi, gi seg lov til å bryte anspenhet og holde ut-mønster jfr. Psykomotoriske prinsipper).

Sittende på stol uten balansepute:

- øvelser for skulderbue og brystkasse (appellerer til å redusere anspent mønster/beredskap i øvre del av kroppen).

Stående grounding: (bli kjent med bakkekontaktens betydning for avspenning og behag i stående)

Kroppsbvissthet (i SKO-skjema kroppskontakt):

- Sansestimuli av føtter ved bruk av piggball og pinner. (Gir økt kontakt med føttene og bevisstgjør flaten du står på, kan gi en følelse av økt kontakt med

gulvet, føle seg stødigere). Øver opp evnen til å ta inn inntrykk fra sanseapparatet (temperaturforskjeller, fotfasongforskjell, tung-lett fornemmelser).

- Vridning om midtaksen (forsterker midtlinjefokus, rotasjonsbevegelse bryter anspenning)
- Opp og ned langs midtaksen med fokus på frihet, letthet, flyt. (Basal Kroppskjennskap, sentrum og midtlinje i fokus). Å kunne slippe spenning i rygg, Fokus på samtidighet, bevege kroppen som enhet og helhet.

Stående grensesetting/egostyrking:

Øvelser som appellerer til å «bite med magen», kjenne kraft fra kroppens sentrum ved de samme bevegelsesprinsippene som over. Å gjøre samtidige bevegelser med armene med tydelighet og snert, for å gi opplevelse av å kunne sette grenser og være tydelig med kroppen, være sterk og trygg (boksebevegelser, hakke bevegelser, sette albue ut til siden med snert (spisse albuer). Synkronisere pust og bevegelser for å øve opp at hele meg er med på dette. Finne stødighet og fasthet, egostyrkende fokus, gi seg plass i verden, våge å sette lyd til bevegelsen slik som i kampsport. Å ikke miste balanse, men stå med stødighet i midtlinje, avpasse intensitet.

Egenmassasje

Egenmassasje av rygg ved bruk av piggball og vegg. (gode opplevelser, økt kontakt med kroppens bakside)

Egenmassasje av føtter, legger og mykgjøring av hofter (psykomotoriske prinsipper, Gudrun Øvreberg) for å ivareta god restitusjon av muskler og sirkulasjon rundt knær, hofter, fot;

Finkontakt:

Oppøve finkontakt til kroppen ved å få tak i knestrek (isolert quadricepsøvelse) og slipp. Frigjøre kneskål, kjenne forskjell på stramme lår og avspente lår. Få tak i kombinert knestrek, og fullt strekkemønster i ankel, fot og kne samtidig med så liten kraft som mulig.

Gi tid til å sammenlikne kroppsopplevelsen i begge bein når en har gjort sansestimuli ensidig.

Intervjuguide

Hovedtema:

A: Refleksjoner om kropp, følelser, sammenhenger

B: Refleksjon over hva eget SKO-skjema viser

Intro: I forbindelse med Masteroppgave om psykisk helse, skriver jeg om kroppsopplevelse og hvordan den eventuelt endrer seg underveis i oppholdet på Betania. Jeg har taushetsplikt som forsker, og det tverrfaglig team på Betania skal ikke informeres om hva du har sagt. Jeg er interessert i å ha en samtale og forventer ikke «riktige svar», men ønsker å få høre historier og dine egne tanker og forklaringer om temaet. Nå er det du som er ekspert, jeg er en nysgjerrig forsker/intervjuer....

1. Kan du først fortelle litt om deg selv?
(sjekk ut alder, arbeid, sivilstatus, livet her og nå; hvor lenge har du vært overvektig? BMI? Kanskje spørre etterpå, så ikke overvekten kommer i fokus /begrenser når en snakker om kropp)
2. A: Kan du si noe om hvordan du opplever kroppen? (Refleksjoner om kropp, sammenhenger)
Stikkord:
 - Skam/fornøyd/avsky
 - Positiv aspekter: Hva kjenner du er ok med kroppen? Kan du prøve å forklare hvorfor du tror du synes dette er ok?
 - Negative aspekter: hva er vanskelig? Hvorfor vanskelig?
 - Følelser og kropp:
Når merket du en følelse? Hvilken situasjon? Måltid/sosialt? Hvordan kjente du det i kroppen?
 - Eierskap/fremmedgjøring/fjernhet/fortrolighet i kropp:
Opplever du et sentrum i kroppen?
Opplevelse av at kroppen ikke er deg/ din?
3. Har du noen tanker om hvordan kroppsopplevelsen har blitt slik?
Kan du si mer om det? Hvilke hendelser kan ha påvirket?
(Om mye fokus på overvekt; prøv å få frem andre aspekter som kan hatt innvirkning)

B: Her ser du ditt eget SKO-skjema med utfylling 1. uke og 7. uke. (Refleksjon over SKO-skjemaresultat)

4. Hvilke tanker gjør du deg om det du ser?
5. Hvis det er endringer fra gang til gang: har du tanker om hvorfor det har endret seg?

Konkretisere

A: (Refleksjon om Kroppsopplevelse, sammenhenger)

6. Kan du komme på noen eksempler som har hatt innvirkning på kroppsopplevelsen her på Betania?

Kan du komme på noen øvelser, aktiviteter, noe som er sagt eller gjort, her eller andre steder, som har gjort inntrykk?

7. Hvilken betydning tror du fedme har for kroppsopplevelsen? Kan det være andre ting som påvirker kroppsopplevelsen?
8. Til slutt: Er det andre ting; er det noe du trodde vi skulle snakke om eller håpet vi skulle snakke om, som jeg ikke har spurt om?



Region: REK midt	Saksbehandler: Ramunas Kazakauskas	Telefon: 73597510	Vår dato: 31.08.2017	Vår referanse: 2014/1461/REK midt
			Deres dato: 09.08.2017	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Bård Kulseng
Regionalt senter for sykkelig overvekt

2014/1461 STYRK Betania Malvik

Forskningsansvarlig: St. Olavs Hospital
Prosjektleder: Bård Kulseng

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 09.08.2017 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK midt på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11 og forskrift om behandling av etikk og redelighet i forskning § 10.

Vurdering

Prosjektleder søker om følgende endringer:

1. Registrering av to nye prosjektmedarbeidere.
2. Innhenting av nye data fra samme utvalgsgrupper: individuelle dybdeintervju av opp til ti deltakere som allerede har samtykket til deltakelse i det opprinnelige prosjektet. Den som intervjuer pasientene kommer ikke til å ha individuell behandlingskontakt.

REK midt har vurdert søknad om prosjektendring, og har ingen forskningsetiske innvendinger mot endringen av prosjektet. Komiteen ber kun om en endring i informasjonsskrivet: Det må inneholde en kort beskrivelse av spørsmålene som skal stilles i intervjuet. Revidert informasjonsskriv må sendes REK til orientering.

Under forutsetning av at vilkårene nedenfor tas til følge, er hensynet til deltakernes velferd og integritet fremdeles godt ivaretatt.

Vilkår for godkjenning

1. Prosjektet må gjennomføres i henhold til tidligere vedtak i saken.
2. Revidert informasjonsskriv skal sendes komiteen til orientering. Vennligst benytt e-postadressen post@helseforskning.etikk.no og "REK midt 2014/1461" i emnefeltet. Det reviderte informasjonsskrivet skal sendes komiteen før endringen iverksettes.
3. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK midt dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.
4. Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK midt på eget skjema senest seks måneder etter prosjektslutt. I sluttmeldingen skal resultatene presenteres på en objektiv og etterrettelig måte, som sikrer at både positive og negative funn fremgår, jf. helseforskningsloven § 12.

Vedtak

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge godkjenner søknad om prosjektendring med de vilkår som er gitt.

Besøksadresse:
Fakultet for medisin og
helsevitenskap Mauritz
Hansens gate 2, Øya helsehus

Telefon: 73597511
E-post: rek-midt@mh.ntnu.no
Web: <http://helseforskning.etikk.no/>

All post og e-post som inngår i
saksbehandlingen, bes adressert til REK
midt og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK
midt, not to individual staff

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. helseforskningsloven § 10 og forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Vibeke Videm
Dr. med.
Leder, REK midt

Ramunas Kazakauskas
seniorkonsulent

Kopi til: birger.henning.endreseth@stolav.no; personvernombudet@stolav.no; rek-midt@mh.ntnu.no

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

KROPPSOPPLEVELSE

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å utforske hvordan kroppsopplevelsen endrer seg gjennom rehabiliteringsprosessen. Da du allerede har fylt ut Spørreskjema via Kroppsopplevelse (SKO) via Check Ware både ved start og slutt av rehabiliteringens første fase (de første 8 ukene) og det viser seg at dine svar viser tydelige endringer, er det ønskelig å be deg delta i et intervju. Intervjuet skal brukes i en Masteroppgave i psykisk helse ved NTNU av psykomotorisk fysioterapeut Bente Lise Austad.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Du vil delta i et dybdeintervju med Bente Lise Austad som vil vare i ca 1 – 1,5 time. Intervjuet blir tatt opp på lydbånd.

Du vil få se hvordan ditt SKO-skjema har endret seg fra første til annen utfylling. Du vil bli intervjuet om hvordan du opplever kroppen din. Spørsmålene vil handle om hva du tror innvirker på kroppsopplevelsen og hvilke årsaker du tror kan ha påvirket kroppsopplevelsen din.

I prosjektet vil vi kunne innhente og registrere opplysninger om deg som allerede er en del av den forskningen du har gitt samtykke til på St. Olavs Hospital i det du ble deltager i rehabiliteringen. Det gjelder resten av spørreskjemaene du fylte ut via Check Ware og pasientjournalen.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Deltagelse vil ikke påvirke din videre rehabiliteringsprosess og behandlingen vil fortsette som vanlig. Du vil måtte komme en ekstra dag i løpet av de første 14 dagene etter fase 1 er avsluttet for å gjennomføre intervjuet.

Dersom du selv ønsker det, kan du ta kontakt (eller vi kan gjøre avtale) for en ekstra samtale med undertegnede eller kontaktpersonen din på Betania i etterkant av intervjuet.

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 Bente Lise Austad, tlf 73855500, bla@betaniamalvik.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 gjenkjenner 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. Informasjon om deg vil bli anonymisert eller slettet senest fem år etter prosjektslutt.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) ref 2014/1461

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