

Mina Jakobsen

Kan fysioterapeutisk behandling som ønsker å øke kroppsbevissthet, være tjenlig for pasienter med langvarig smerte?

Bacheloroppgave i Fysioterapi

Veileder: Ole Petter Norvang

Januar 2021

Mina Jakobsen

Kan fysioterapeutisk behandling som ønsker å øke kroppsbevissthet, være tjenlig for pasienter med langvarig smerte?

Bacheloroppgave i Fysioterapi
Veileder: Ole Petter Norvang
Januar 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel: Kan fysioterapeutisk behandling som søker å øke kroppsbevissthet, være tjenlig for pasienter med langvarig smerte?

Hensikt: Undersøke to behandlingsmetoder innen fysioterapi, Basal kroppskjennskap (Basic Body Awareness Therapy, BBAT) og Norsk psykomotorisk fysioterapi (Norwegian psychomotor physiotherapy, NPMP), ved å gjennomgå tidligere studier, for å vurdere om denne typen behandling kan være tjenlig for pasienter med langvarig smerte. **Metode:** Litteraturstudie. Litteratursøk ble utført i databasene «PubMed» og «Google Scholar» i uke 43-47 i 2020.

Resultat: Totalt fem studier med 202 deltagere ble inkludert i denne litteraturstudien. To av studiene var randomisert kontrollerte studier, to studier brukte fokusgruppeintervju, og den siste brukte semistrukturert intervju. Resultatene i samtlige studier viser signifikante positive endringer for de fleste deltakerne innenfor smerte, fysisk funksjon, sosial funksjon og motivasjon. Ulikhetene i studiene gjorde det imidlertid vanskelig å sammenligne studiene opp mot hverandre og si noe om resultat med sikkerhet.

Konklusjon: Studiene viser flere signifikante tjenlige endringer for pasienter med langvarige smerter etter behandling av BBAT eller NPMP. Resultatene er likevel usikre. Det er behov for videre forskning på området. Langvarige smerter er et fremtredende fenomen, der den berørte og samfunnet påvirkes i betydelig grad.

Abstract

Title: Can physiotherapy treatment that seeks to increase body awareness be appropriate for patients with long-term pain?

Purpose: To investigate two treatment methods in physiotherapy, Basic Body Awareness Therapy (BBAT) and Norwegian psychomotor physiotherapy (NPMP), by reviewing previous studies, to assess whether this type of treatment may be appropriate for patients with longterm pain.

Method: Literature study. Literature searches were performed in the databases "PubMed" and "Google Scholar" in week 43-47 in 2020.

Results: A total of five studies with 202 participants were included in this literature study.

Two of the studies were randomized controlled trials, two studies used focus group interviews, and the last one used semi-structured interviews. The results in all studies show significant positive changes for most participants in pain, physical function, social function and motivation. However, the differences in the studies made it difficult to compare the studies against each other and say something about the results with certainty.

Conclusion: The studies show several significant beneficial changes for patients with longterm pain after treatment with BBAT or NPMP. The results are still uncertain. There is a need for further research in this area. Long-term pain is a prominent phenomenon in which the affected person and society are significantly affected.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	1
1.0 INNLEDNING	4
1.1	5
1.2.....	6
1.3.....	7
1.4.....	8
2.0 METODE	10
2.1.....	10
2.2.....	11
2.3.....	12
2.4.....	12
3.0 RESULTAT	14
3.1.....	14
3.2.....	16
3.3.....	17
3.4.....	18
3.5.....	19
3.6.....	20
4.0 DISKUSJON	21
4.1.....	21
4.2.....	26
4.3.....	27
5.0 KONKLUSJON	29
REFERANSELISTE	30

1.0 Innledning

Langvarige smerter er et utbredt og fremtredende fenomen i den industrielle verden. Kunnskap om og behandlingen av problemet er dog ikke tilstrekkelig. Langvarige smerter påfører samfunnet og individet store påkjenninger, som preger særlig den rammedes livskvalitet (Østerås, 2012). Kroppen vår er summen av fysiske, mentale og emosjonelle elementer, der alle kroppens deler, posisjoner, bevegelser og følelser er delelementer. For å oppnå god funksjon skal dette komplekse systemet være i balanse. Oppstår det ubalanse av ulike grunner, kan kontakten med egen kropp reduseres, og ulike plager, ofte smerter, kan overta kontrollen. Dette kan bli beskrevet som fremmedgjøring av egen kropp eller redusert kroppsbevissthet.

To behandlingsmetoder innen fysioterapi, særlig brukt i Skandinavia, «Basic body awareness therapy» (Basal kroppskjennskap, BBAT) og Norwegian psychomotor physiotherapy (Norsk psykomotorisk fysioterapi, NPMP), har et mål om å øke kroppsbevisstheten. Behandlingen skal gi pasientene en subjektiv oppfatning av egen kropp, egne bevegelser og eget liv. Flere pasienter som deltar i denne behandlingen er pasienter med langvarige smerter, da smerte kan føre til redusert kroppsbevissthet. Smerte, som et subjektivt fenomen (NHI, 2018), er derfor noe hver enkelt må bli kjent med for å finne en løsning på hvordan man skal mestre og eventuelt leve med. Denne behandlingen åpner for å tilegne seg egne erfaringer, opplevelser og ny kunnskap om egen kropp, ergo å øke kroppsbevisstheten (NFF, 2020).

Smerte som et stort og diffust fenomen, åpner for mange mulige behandlinger (Nielsen et al., 2018). Smertestillende, særlig opioider (morfinliknende medikamenter) for behandling av langvarige smerter, er et omdiskutert tema da det globalt misbrukes flere steder, samt har en usikker effekt på nettopp langvarig smerte. I 2016 ble smertestillende, av ulike varianter, utlevert på resept til rundt 1,24 millioner mennesker i Norge (Nielsen et al., 2018).

Fysioterapeuter møter mange pasienter som allerede har langvarige smerter, eller som står i faresonen for en slik utvikling. Derfor er fysioterapeuter høyst aktuelle for å tilby behandlinger som kan redusere langvarige smerter eller minimere risikoen for utviklingen av disse, uten bruk av unødvendige medikamenter.

Den store pasientgruppen som lever med langvarig smerte er allerede stor, og ifølge

Tromsøundersøkelsen, har det skjedd en økning i forekomst de siste tiårene (Nielsen, et al., 2018). Redusert kroppsbevissthet som kan oppstå gjennom langvarig smerte, kan for mange oppleves vanskelig, og veien videre i en kropp som føles fremmed kan virke håpløs. På bakgrunn av dette vil behandlingsmetoder som kan gjenvinne pasientenes kroppsbevissthet og videre redusere smerte, uten bruk av unødvendig medikamenter være viktige for smertepasienter.

Formålet med denne oppgaven er å gjennomgå de to behandlingsmetodene innen fysioterapi, BBAT og NPMP ved å studere ulike studier, for å vurdere om denne typen behandling kan være tjenlig for pasienter med langvarige smerter.

Problemstilling: Kan fysioterapeutisk behandling rettet mot kroppsbevissthet være tjenlig for pasienter med langvarige smerter?

1.1 Smerter

Smerte er et komplekst og subjektivt fenomen som oppfattes i ulik grad fra person til person (NHI, 2020; Jansen, 2019). Langvarig smerte består av mange komponenter, både fysiologiske og psykologiske, som sammen utgjør et stort smertebyggverk (OsloMet Helsevitenskap, 2018, 1:27). Denne opplevelsen er sterkt preget av emosjoner som kan utgjøre store forskjeller på hvordan vi oppfatter og tolker smerten.

Vurderes smerten som farlig, er dette en risikofaktor for å utvikle langvarig smerte. «Fearavoidance»-modellen refererer til nettopp dette, uhensiktsmessige tolkninger av smerte, kan føre til handlinger basert på frykt, som resulterer til inaktivitet og bevegelsesfrykt. Inaktivitet og bevegelsesfrykt basert på forventninger om smerte, vil kunne føre til et uhensiktsmessig adferdsmønster som videre vil redusere kapasiteten og tåleevnen til muskel- og skjelettsystemet (Østerås, 2012). Denne modellen kan derfor gi en forklaring på hvorfor akutte smerter kan utvikles til langvarige smerter.

Ved langvarig smerte vedvarer smertene i minst tre til seks måneder. (NHI, 2020; Nielsen et al., 2018) Et økende antall pasienter med langvarige smerter gjør dette temaet svært aktuelt. Særlig smerter relatert til muskel-skjelett- og psykiske plager er grunnen til at mange har en nedsatt livskvalitet. Skjærven & Sundal (2016) viser at omtrent 30 prosent av den norske

befolkningen har langvarige smerter, som er vedvarende eller tilbakevendende. Dette er hovedårsaken til minst 35-45 prosent av legemeldt sykefravær, og ut fra en sammenlikning fra USA, utgjør dette kostnader på omtrent 135 milliarder kroner årlig i Norge. Videre skriver Nielsen et al., (2018) hvordan langvarige smerter på den ene side, og angst og depresjon på den annen, har en sterk sammenheng, uten at vi helt vet hvorfor. Om langvarig smerte gir økt risiko for å utvikle angst og depresjon, eller om det er motsatt, diskuteres. For smertepasienter er det også fare for økt ensomhet, og påkjenninger på forholdet mellom familie, venner og jobb kan oppstå (Kreftforeningen, 2020). Dette er uhensiktsmessige påkjenninger for en smertepasient da risikoen for angst og depresjon, allerede er stor. Smerter, spesielt langvarige smerter, er en diagnose som må bli tatt på alvor da dette er en risikofaktor for at store pasientgrupper utvikler kroniske somatiske og psykiske plager.

1.2 Kroppsbevissthet

Som tidligere nevnt kan langvarige smerter føre til redusert kroppsbevissthet.

Kroppsbevissthet («body awareness») blir beskrevet av Roxendal (1985) som et mangesidig fenomen. Roxendal (1985) beskriver kroppsbevissthet videre som det kroppslige aspektet av en persons totale bevissthet om seg selv (Dragesund & Råheim, 2008). Det inneholder både mentale og emosjonelle elementer, forbevisste og bevisste elementer, som kunnskap om kroppens deler, oppfatning av kroppens posisjon og bevegelser, holdning til egen fysisk kapasitet og til bevegelse og trening, samt følelser om ens egen kropp som en helhet.

Flere mennesker som lever med mye smerter, opplever kroppen sin som upålitelig og ugjenkjennelig (Dragesund & Råheim, 2008). Kroppslige signaler som skal rapportere kroppens tilstand, blir overdøvet av smertesignaler. Flere opplever en tapt kontakt med egen kropp, dermed oppleves det håpløst å komme seg ut av denne smertesirkelen. Redusert kroppsbevissthet kan føre til videre komplikasjoner som hindrer helsemessig positiv utvikling. Manglende kunnskap om egne smerter og kropp er en del av redusert kroppsbevissthet, og kan påføre mennesket store belastninger. Stress, uhensiktsmessig respirasjon, muskelspenninger og frykt er eksempler på slike komplikasjoner som følge av manglende kunnskap og innsikt i eget smertebilde (Dragesund & Råheim, 2008).

1.3 Basal kroppskjennskap og Norsk psykomotorisk fysioterapi

Kroppen blir påvirket av traumatiske hendelser, sykdom eller langvarige påkjenninger, som for eksempel smerte (NHI, 2020). Kroppen kan bli belastet på flere måter fra spor som blir satt under slike situasjoner. Dette kan ofte være anspente muskler, anstrengt pust og en økt spenningstilstand i kroppen. Behandling som tar utgangspunkt i å endre det eksisterende sporbildet, er derfor utviklet.

Behandlingsformene «Basic body awareness therapy» (Basal kroppskjennskap, BBAT) og «Norwegian psychomotor physiotherapy» (Norsk psykomotorisk fysioterapi, NPMP) er to vanlige kroppsrettede behandlingsformer brukt innen fysioterapi i Skandinavia. De har en tilnærmet lik fremgangsmåte og et likt mål, derfor blir de omhandlet som én behandling i denne oppgaven. Norsk psykomotorisk fysioterapi er utviklet av fysioterapeuten Aadel Bülow Hansen og psykiateren Trygve Braatøy, rundt 1950 (Møyner, 2020). Basal kroppskjennskap er utviklet av den svenske fysioterapeuten Gertrud Roxendal i begynnelsen av 1970-årene (Skatteboe, 2000) Basal kroppskjennskap har deler av vestlig bevegelsestradisjon og biomedisinsk kunnskap med en østlig bevegelsestradisjon og filosofi. Norsk psykomotorisk fysioterapi utfører i tillegg kroppsundersøkelser som legger grunnlag for videre mål i behandlingen (Lovisenberg Diakonale Sykehus, u.å). Utenom dette er behandlingsmetodene meget like.

Behandlingen foregår under ledelse av fysioterapeut, som regel i grupper, men kan også utføres individuelt. Studiene i denne oppgaven har studert gruppebehandling. Målet med denne behandlingsmetoden er å øke pasientens kroppsbevissthet ved enkle bevegelser, massasje og fokus rettet mot fri pust og mental tilstedeværelse. Den «levde kroppen» blir tatt i betraktning, da kroppens atferd skal utforskes (Møyner, 2020)

Det blir brukt bevegelser som er hverdagslige, som å gå, sitte, ligge og stå. Bevegelsene skal hjelpe pasientene til å «re-organisere» og harmonisere hverdagslige bevegelser på en slik måte at de beveger seg på en funksjonell måte hver dag (Skatteboe, 2000).

Behandlingsmetoden tar utgangspunkt i pasientens egne ressurser, slik at pasienten selv kan utvikle en positiv helseutvikling. Fysioterapeuten, lederen i behandlingsgruppen, kan komme med forslag til justeringer ved bruk av ord og hender. De enkle bevegelsene skal ha opphav fra sentrum av kroppen, uansett stilling, for å stimulere balanse og harmoni. Gjennom det

helhetlige bildet av kropp og sinn i behandlingsmetoden, anses kroppen som én funksjonell enhet (Møyner, 2020)

I tillegg er massasje en del av behandlingen (NFF, 2020). Dette fungerer som en non-verbal kommunikasjon, som øker pasientens bevissthet og forståelse av kroppslige reaksjoner (Dragesund & Råheim, 2009). Gjennom alle deler av behandlingen er fokus på respirasjon og å være mentalt til stede, ved å rette fokus mot hva som skjer i kroppen, viktig (NFF, 2020).

1.4 Kroppsfenomenologiens betydning

Når behandlingene har som mål å øke kroppsbevisstheten, er kroppsbevissthet definert som en helhet bestående av kropp og sinn. Behandlingsmetodene baserer seg på tankesettet fra Jacques Ddropsy. Her beskrives hvordan en oppmerksom lytting til seg selv er sentralt for å kunne oppnå best mulig funksjon, mental tilstedeværelse og aktiv bruk av respirasjon (Skatteboe, 2000). Hvordan kropp og sinn sees som en integrert helhet i disse behandlingene, kan sees opp mot kroppsfenomenologien Merleau-Ponty beskrev. «...at de psykologiske motiver og de kroppslige anledninger kan sammenflettes, fordi der ikke er en eneste bevægelse i en levende krop, der er absolut tilfældig, hvad angår psykiske intensjoner, ikke en eneste psykisk akt, som ikke i det mindste har fundet sit udspring eller sin almene udformning i fysisologiske disposisjoner.» (Merleau-Ponty, 1994). Her beskrives hvordan våre bevegelser er et produkt av våre levde erfaringer – den levde kropp. Bevegelserne er påvirket av psykologiske motiver, som eksempelvis opplevelsen av smerte. Derfor må opphavet til bevegelsene bli gransket. Dette grunnlaget kan bli beskrevet ved Ddropsys fire dimensjoner som kjennetegner det levende mennesket;

- Fysisk/strukturell dimensjon
- Fysiologisk dimensjon
- Psykologisk dimensjon
- Eksistensiell dimensjon

Den fysiske/strukturelle dimensjonen representerer den fysiske kroppen som muskler, knokler sener etc. Videre er den fysiologiske dimensjonen de fysiologiske livsprosessene i kroppen som pust, sirkulasjon, sentralnervesystemet og metabolisme. Den psykologiske dimensjonen

representerer tanker, følelser og drifter etc. Til slutt er den eksistensielle dimensjonen hvordan vi mennesker har evnen til selvbevissthet og selvrefleksjon (Skatteboe, 2000).

Disse fire dimensjonene kan virke fragmentert mot det helhetlige kroppsbildet, men det er tre sentrale faktorer som binder disse fire dimensjonene sammen; balanse, fri pust og mentalt tilstedeværelse (Skatteboe, 2000). Behandlingene BBAT og NPMP jobber ut ifra nettopp disse tre nøkkelfaktorene for å skape og opprettholde balansen i dette komplekse systemet.

2.0 Metode

I denne oppgaven er målet å undersøke om økt kroppsbevissthet kan redusere langvarige smerter hos pasienter gjennom de fysioterapeutiske behandlingene BBAT og NPMP. Lignende problemstilling har tidligere blitt undersøkt i både kvalitative og kvantitative studier, og derfor benyttes det et litteraturstudie i denne oppgaven. Tidligere forskning har belyst problemstillingen, men levner også mye usikkerhet om fagfeltet. Faktumet at fagområdet har begrenset forskning kommer til uttrykk i flere artikler brukt i denne oppgaven. (Bravo et al., 2018; Johnsen & Råheim, 2010; Seferadis et al., 2015).

Et litteraturstudie er en foretrukket metode for å sammenfatte noe av litteraturen som allerede er publisert om tematikken. I tillegg vurderes litteraturstudie som hensiktsmessig ut ifra oppgavens tidsbegrensning. I søket etter materiale er både kvalitative og kvantitative studier representert. Kvalitative studier går i dybden på virkningen om behandlingen, mens kvantitative studier ser på den generelle effekten. Dermed kan det dannes en mening om hvorvidt denne behandlingstype egner seg for pasientgruppen med langvarige smerter, samt hvorfor det kan være aktuelt. På den andre siden er det diskusjoner rundt overførbarhet og generalisering av resultater fra kvalitative metoder. Derfor blir to kvantitative studier inkludert i denne oppgaven.

2.1 Søkestrategi

Søket ble gjennomført i flere databaser, PubMed og Google Scholar. Dette er for å oppnå en oversikt over hvilken forskning som finnes rundt temaet kroppsbevissthet. Flere artikler ble gjennomgått, noe som resulterte i nye nøkkelord for å innsnevre forskningen mot ønsket problemstilling. «Body awareness» blir på norsk oversatt med kroppsbevissthet (Fadnes, et al., 2010; Moe, 2009) og derfor benyttes nøkkelordene: “body awareness” og “chronic pain” i søket i Pubmed siden engelskspråklige artikler er ønskelig. For å utvide søket ble Google Scholar også brukt som database der “Basic body awareness therapy” opererte som en begrensning i tittelen til artiklene. Søkene ble videre begrenset med dato fra år 2005 for å få frem den nyeste forskningen. Ved gjennomgåelse av tittel og sammendrag resulterte dette i 13 aktuelle artikler. Deretter ble disse artiklene lest og videre vurdert opp mot satte inklusjons- og eksklusjonskriterier for oppgaven.

Et av inklusjonskriteriene var studier fra Skandinavia, siden oppfatningen av behandlingsmetoder vil samsvare i stor grad med praksisen i Norge. Behandlingsmetoder vil gjerne være forskjellige i ulik grad i flere deler av verden. Kultur, tradisjon og religion er elementer som gjerne preger helse relaterte behandlinger, slik at det kan være store forskjeller på behandlinger mellom verdensdeler som for eksempel Europa og Asia. Videre er det ønsket studier for pasienters erfaringer og opplevelser, eller effekten av behandling for økt kroppsbevissthet. Slik inkluderes både kvalitative og kvantitative metoder. Det er ønsket studier med minst 10 deltakere i studien. Det skal nevnes at dette eksklusjonskriteriet kan ekskludere flere gode studier. På den andre siden, var det med oppgavens definerte inklusjons- og ekskluderingskriteriene ingen aktuelle studier som inneholdt mindre enn 10 deltakere. For de kvantitative studiene er det ønskelig med et høyt antall deltakere for å øke generaliserbarheten. Et av vilkårene som ble satt var at deltakerne må ha hatt symptomer i minst 6 måneder, for at studien forsker på behandling av langvarig smerte. Videre er minst 10 timer med behandling av BBAT eller NPMP, et av kriteriene, da dette er en behandlingsform som krever tid (Lundwall et al., 2019). Det siste eksklusjonskriteriet fjerner studier av pasienter med psykiske lidelser som ikke fører til langvarig smerte, da det finnes flere av disse typer studier innenfor søket som ble gjort. Det er bevisst ikke tatt med et inklusjonskriterie om spesifisering av smerte. Dette er fordi hensikten med oppgaven er å se om de to behandlingsformene kan være hensiktsmessig for generell langvarig smerte. Studiene som er inkludert inneholder derfor smerter av ulike graderinger, ulik kroppslig lokalisasjon og ulik smerteårsak.

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

- Skandinaviske land
- Engelskspråklige artikler
- Pasienter med langvarige smerter
- Beskrive effekten av kroppsbevissthet-behandling, eller pasienters egne erfaringer og opplevelser av denne behandlingen

Eksklusjonskriterier:

- Minst 10 deltakere i studiet
- Deltakerne må ha hatt symptomer i minst 6 måneder (langvarige smerter)
- Deltakerne må ha mottatt totalt 10 timer behandling

- Litteraturstudier/reviews
- Studier om psykologiske sykdommer som ikke innebærer langvarig smerte

På bakgrunn av ovennevnte kriterier fremsto fem artikler aktuelle. Disse artiklene ble videre kvalitetssikret gjennom sjekklister for kvalitative og kvantitative studier. Antall artikler ble begrenset til fem, da dette vurderes som hensiktsmessig ut i fra rammene gitt til bacheloroppgaven som er satt til 8500 ord. Søkene ble utført i uke 43-47 i 2020.

*Tabell 1: søkestrategi

Database	Søkeord	Begrensninger	Antall treff	Aktuelle artikler	Antall artikler tatt med i oppgaven
PubMed	“Body awareness” AND “Chronic pain”	År: 2005-2020	35	2	1 (NPMP)
Google Scholar	“basic body awareness therapy”	År: 2005-2020 Søkeordene i tittelens overskrift	63	11	4 (Resterende artikler)

*Vurdert som aktuelle ut ifra inklusjons- og eksklusjonskriteriene ved å ha lest tittel og sammendrag/abstract.

2.3 Sammenlikning av artikler

Resultatene i denne oppgaven ble funnet ved å lese alle artikler nøye for så å sammenstille funnene i de utvalgte artiklene. Disse funnene ble vurdert opp mot hverandre der det ble tydelig hvilke funn som var felles for studiene. Faktumet at flere funn ikke fantes i alle artikler la grunnlag for diskusjon. Det samme gjelder hvordan funnene i de ulike studiene ikke er nøyaktig like. I denne oppgavens resultatdel behandles de fire hovedfunn som utkrystalliserte seg i de fem artiklene.

2.4 Deltakere

Menneskene som er studert i de fem studiene har hatt langvarige smerter over seks måneder. Til sammen er det 202 deltakere. Det er en anonym gruppe, som gjør at informasjon om de enkelte menneskene ikke er tilgjengelig, som smertebakgrunn, livsstil og

personlighetsegenskaper. Likevel er det verdt å ta med seg at alle deltakerne er unike, i samsvar med hvordan smerte oppleves subjektivt og individuelt. Det er derfor å forvente at resultatene i et slikt studie ikke vil være ensartet, men være ulike med ulike perspektiv, men også ha likheter og samsvarende elementer.

Kvinner og menn er representert, der aldersgruppen er fra 18-70 år. Flere av deltakerne har ulike diagnoser i tillegg til langvarig smerte. Eksempler på dette er fibromyalgi, nakkesleng og psykiske lidelser som har ført til langvarig smerte. Mange av deltakerne har deltatt i en slik behandling tidligere. De resterende utfører behandlingen for første gang for dette studiet.

3.0 Resultat:

3.1 Inkluderte studier

Dette litteraturstudiet inneholder totalt fem studier. Tabell 2 gir en oversikt over studienes hensikt, deltagere, metode, resultat og konklusjon. To av fem studier benytter randomisert kontrollert studie. Her vurderes effekten av behandling ved å se på ulike utfall. De resterende tre studiene har kvalitative fremgangsmåter via ulike intervju. Resultatene i disse studiene er deltagerens erfaringer og opplevelser av behandlingen. Alle studiene har unike, men også sammenfallende resultater. Fem av fem studier finner positiv virkning av behandlingen som kan være hensiktsmessig for pasienter med langvarig smerte. Resultatene som anses som relevant for denne oppgaven er videre presentert og diskutert.

Tabell 2: Oversikt over inkluderte studier

Studie	Hensikt/ Problemstilling	Metode	Deltagere	Resultat	Konklusjon
1. Bravo, C. Skjaerven, L,H. Espart, A. SteinEchaluce, L, G. & Catalan-Matamoros, D. (2018) OBS: Studie A	Vurdere om BBAT forbedrer muskelsmerter og bevegelseskvalitet som primære resultater, og psykologiske funksjoner og livskvalitet som sekundære utfall, for pasienter med fibromyalgi <i>En gruppe med «behandling som vanlig» og en gruppe med BAT i tillegg til behandling som vanlig</i>	Randomisert kontrollert studie	41 deltagere (to grupper), der 39 fullførte. 18-65 år, kvalifisert via ACR 1990 kriterier for fibromyalgi, diagnostisert i minst 6 måneder og behersket utgangsstillingene i BBAT.	1. Smerte bedring i BBAT-gruppen i forhold til kontrollgruppen rett etter behandling (P=0,037), 12 uker etter (P=0,001) og 24 uker etter (P=0,014) 2. Bedret bevegelseskvalitet i BBAT-gruppen ved posttest. P=0,000 3. Mindre angst i BBAT-gruppen etter 12 og 24 uker.	Pasienter med FM, kan ha nytte av denne behandlingen. BBAT-gruppen har opplevd foreløpige forbedringer av smerte, bevegelseskvalitet og angst. (12-24 ukers oppfølging) Ingen bivirkninger
2. Seferiadis, A. Ohlin, P. Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2015)	Sammenlikne effekten av ET (exercise therapy) og BAT (basic body awareness therapy) for kronisk WAD (Whiplash-associated disorders)	Randomisert kontrollert studie	113 deltagere i utgangspunktet. (To grupper) 93 (82,3%) stk fullførte hele studiet, 20 (17,7 %) stk har noe manglende	1.Fra start til endt behandling økte BAT deltakerne fysisk funksjon mer enn ET. P=0,032 2.Tre mnd etter behandling (T3) hadde deltakerne i	Samme som resultat. Nødvendig med flere studier for å finne ut hvilke pasienter som har nytte av behandlingen, om behandlingen avviker i tilfelle

OBS:					
Studie B	<i>En gruppe fra ET og en gruppe fra BAT</i>		data av ulike grunner. Måtte ha WAD grad 1-3 i minimum ett år før prøvestart	BAT mindre kroppslige smerter enn ET. P=0,044 3.Deltakerne i BAT hadde også økt sosial funksjon (ved T3) i forhold til ET. P=0,037	skadefrekvens og langsiktige resultater.
3. Dragesund, M. & Råheim, M. (2008)	Undersøke opplevelser og tanker om kroppsbevissthet i denne gruppen pasienter, og hvordan dette fenomenet kan bli påvirket gjennom NPMP. En gruppe som fikk behandling (NPMP) og en gruppe som ventet på denne type behandling	Fokusgruppe intervju	13 deltagere (to grupper), 28-68 år. Gjennomsnittlig 11 år med symptomer, 12-36 måneder med behandling	1. Forbedret bevissthet over egen kropp og kroppslige signaler 2. Økt forståelse av egen kropp og smerter, samt økt kontroll over smerter 3. Endrede følelser om egen kropp og situasjon	Ulike tolkninger av smertesituasjonen, men alle unntatt en deltager, har fått et bedre forhold til egen kropp og smerter. Nye opplevelser av å kjenne sin egen kropp og ha kontroll over eget liv.
4. Lundwall, A. Ryman, A. Sellius, A, B. & Mannerkorpi, K. (2019)	Undersøke hvordan pasienter opplever BBATs påvirkning på deres langvarige smerte	Semi-strukturert intervju	17 kvinnelige deltagere, 25-61 år. Smerter pågående i 9-20 år, og 8-120 måneder deltakelse i BBAT	1. Økt kontroll over smerte. 2. Endret holdning til seg selv, egen kropp og smerte. 3. Økt motivasjon 4. Det er en tidkrevende prosess	Deltakerne opplevde hjelp mot smertene gjennom behandlingen. Opplevelsen av smerteintensitet virket mindre ved en endret holdning og økt kontroll over egen kropp.

5. Johnsen, R, W. & Råheim, M. (2010)	Utforske pasienters opplevelser som deltakere i BBATgrupper, for å få en dypere forståelse for pasienters perspektiv i denne type behandling	Fokusgruppe intervju	18 deltagere, 2770 år. Ulike diagnoser, men flere har også diagnoser som fibromyalgi, langvarige smerter og ME.	1. Økt bevissthet over egen kropp og bedre kjennskap til seg selv 2. Terskelen for å ta del i en tidskrevende prosess var vanskelig, men også verdt det på flere måter 3. Et bedre forhold til seg selv og andre	Deltakerne følte et økt fokus mot egen kropp og helse som bidro til et mer balansert liv og forbedret kroppslig funksjon. Å ta del i en tidskrevende gruppebehandling er utfordrende, men styrket følelsen som et helt menneske.
---------------------------------------	--	----------------------	---	--	--

3.2 Måling av effekt

To av studiene, studie A og B, presenterer effekten av behandlingen. Studiene bruker ulike måleinstrumenter for å vurdere utviklingen av ulike evalueringsfelter, som for eksempel smerte, angst, depresjon og livskvalitet. Flere av måleinstrumentene ble brukt flere ganger i løpet av studiene for å kunne vurdere utviklingen.

Flere av resultatene har en p-verdi som er over 0,05, noe som betyr at effekten ikke er signifikant. Derfor blir undersøkelsene som har funnet resultater med en p-verdi under 0,05 presentert. Dette er for å diskutere om behandlingen er hensiktsmessig ut ifra sikre resultater fra tidligere studier. Tabell 3 viser en oversikt over måleinstrumentene som ble brukt i de presenterte resultatene i denne oppgaven.

Tabell 3: Oversikt over måleinstrumenter

Måleinstrument	Studier	Bruksmåte
VAS, visual analogue scale	Bravo, C. Skjaerven, L, H. Espart, A. Stein-Echaluze, L, G. & Catalan-Matamoros, D. (2018)	Subjektiv måling av smerte. Skala fra 1-10

BARS-MQ , Basic awareness rating scale movement quality	Samme som ovenfor	Måling av bevegelseskvalitet. Del 1; Kvaliteten på 12 ulike bevegelser vurderes av fysioterapeut. Skala 1-7. Del 2; Pasient intervjues om egen formening av bevegelseskvalitet
HAD , Hospital anxiety depression scale	Samme som ovenfor	Screeninginstrument for forekomst av psykiske symptomer. Spørreskjema, 7 spørsmål om symptomer på angst og 7 spørsmål om depresjonssymptomer
STAI , State Trait Anxiety Inventory	Samme som ovenfor	Subjektiv måling av opplevd situasjonsangst eller mer varig, personlighetsrelatert angsttilbøyelighet. 20 spørsmål om hver angst-type
SF-36 , Quality of life. Flere underkategorier	Samme som ovenfor og Seferiadis, A. Ohlin, P. Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2015)	36 spørsmål, til sammen 8 kategorier. Måler livskvalitet. Skala 0-100

3.3 Mindre smerter og økt kontroll

De tre kvalitative studiene presenterer hvordan deltakerne opplever en økt kontroll over egen kropp og smerter. Hvilken type og grad av kontroll er individuell, men det finnes fellesnevner for de fleste deltakerne. De fleste opplever en bedret balanse og økt kunnskap om egen kropp og dens reaksjonsmønster. I tillegg har økt fokus rettet mot respirasjon forbedret smertesituasjonen til mange av deltakerne. Deltakerne opplevde en bedret kroppsholdning og økt balanse gjennom øvelser som tok utgangspunkt ut fra sentrum av kroppen (Johnsen & Råheim, 2010). Følelsen av en bedret balanse ga igjen en styrket og mer stabil kropp, dette verdsatte mange høyt i hverdagen. Mange av deltakerne nevner muligheten til å utforske egne grenser gjennom behandlingen. Slik ervervet de en økt forståelse av egen kropp og egne smerter. De enkle øvelsene i behandlingen åpnet for å ha et økt fokus mot hvordan kroppen reagerer ved ulike bevegelser. I studien til Dragsund & Råheim (2008), presenteres deltakerne «Gunn» og «Bente» som forklarer erfaringen av hvordan det å lytte til kroppen fører til økt kontroll, i forhold til å prøve å kontrollere den, som heller kan føre til dysfunksjon. Etter hvert kjente mange igjen start-signalene til smertene og klarte å justere kroppsholdning, arbeidsoppgaver og hverdag, slik at smertene ikke ble overveldende, og faktisk reduserte. De lærte å håndtere smertene, og i tillegg respektere egen kropp og situasjon. Respirasjon er en av hovedfokusene i behandlingen. Ved å rette oppmerksomheten

til pusten oppdaget flere deltakere spenninger i kroppen. Økt fokus på respirasjon førte til reduksjon av muskelspenninger og bedret søvn om natten (Johnsen & Råheim, 2010). Slik har flere av deltakerne funnet en strategi for å ta tilbake kontrollen og føre kroppen til en tilstand som er ønskelig. Likevel er det en deltaker som ikke opplevde økt kontroll eller smertelette (Dragesund & Råheim, 2008).

Et av hovedfunnene i de kvantitative studiene (studie A og B) er også reduserte smerter. I studie A (Bravo et al., 2018), er det presentert klar reduksjon av smerte rett etter behandling for deltakerne som har utført BAT i forhold til deltakerne som ikke har hatt denne type behandling. Dette vises ut ifra VAS-undersøkelse ($p=0,037$). Ut i fra undersøkelsen SF-36, er ikke resultatet av reduserte smerter rett etter behandling signifikante. Reduserte smerter i studie A er altså et signifikant resultat i bare VAS, ikke SF-36. Studie B (Seferiadis et al., 2015) bruker ikke VAS som måleinstrument, de bruker SF-36. Dette studie får det samme resultatet når det gjelder reduserte smerter rett etter behandling - et ikke signifikant resultat. Likevel er det også her signifikante resultater på reduserte smerter etter 12 og 24 uker etter behandling ($P=0,044$). Det samme gjelder studie A (12 uker – $P=0,001$) (24 uker – $P=0,014$). Studie A og B har altså begge signifikante resultater for reduksjon av smerte etter 12 og 24 uker ut ifra måleinstrumentet SF-36.

3.4 Forbedret fysisk funksjon

Det er presentert bedret fysisk funksjon og bevegelseskvalitet etter behandling ved alle studier. Deltakerne fra studie B forbedret sin fysiske funksjon mer enn deltakerne som ikke fikk BAT ($p=0,032$) (Seferiadis et al., 2015). Dette er et resultat fra SF-36, undersøkt rett etter behandlingsslutt.

Det samme gjelder deltakerne fra studie A ($p=0,000$) (Bravo et al., 2018). Her ble bedret fysisk funksjon rett etter behandling fremstilt ved BARS-MQ. Gjennom uttalelser fra de kvalitative studiene har ulike deltakere forklart hvorfor de opplever bedret fysisk funksjon og bevegelseskvalitet etter behandling. Gjennom behandlingen utfordres deltakerne til å gjennomføre enkle øvelser og bevegelser, samtidig ha fokus på å være til stede i sin egen kropp. Dette var uvant for de fleste av deltakerne. Mange opplevde nye perspektiver av bevegelse og ble kjent med sin egen kropp på en ny måte. Det ble beskrevet hvordan de opplevde kroppen sin egen, kontra å være i en kropp som føles ukjent. I tillegg rapporterte de en positiv indre relasjon (Dragesund & Råheim, 2008). Reduserte smerter som er beskrevet

ovenfor er også en del av den bedrede fysiske funksjonen. Mange av deltakerne opplevde å kunne bevege seg med mindre smerte, eller bruke respirasjon som et hjelpemiddel til å mestre smerte under bevegelse. En av de få deltakerne som ikke fikk noen positiv effekt av behandlingen forklarte det som at kroppen fortsatt var fanget i smerte (Dragesund & Råheim, 2008).

3.5 Bedret sosial funksjon

Undersøkelsen av deltakerne fra studie B via SF-36 («*social functioning*») viser at deltakerne har forbedret sin sosiale funksjon ($p=0,037$) (Seferiadis et al., 2015). I tillegg viser studie A forbedringer ved undersøkelse av HAD 12 uker etter behandling ($p=0,019$) og ulike deler av STAI-undersøkelsen etter 12 og 24 uker (Bravo et al., 2018). I de kvalitative studiene er også temaet sosialt liv blitt beskrevet som forbedret. Noen av deltakerne forklarer hvordan smerten setter grenser for sosialt liv, og motsatt; hvordan det sosiale livet med en slik tilstand kan føre til smerte. Gjennom det økte fokuset innover i kroppen, økte deltakerens evne til å erkjenne egne begrensninger og kapasitet. Videre skapte innsikten en økt evne til å sette grenser for seg selv og andre. Denne prosessen var forbundet med både negative og positive følelser. For mange var det vanskelig å formidle disse grensene til venner og familie. Samtidig opplevde flere som evnet å gjøre det, prosessen som god, nå som de stolte på egne valg. Tidligere opplevde mange sitt eget sosiale liv forbundet med smerte, da de følte skyld rundt egne begrensninger.

Smerte satte for mange grenser for egen kapasitet til å tilbringe tid med venner og familie. Langvarige smerter er for mange en byrde og en begrensning ved at det blir misforståelser, og skaper en følelse av forklaringsplikt når man ikke orker eller har kapasitet til å delta. Gjennom behandlingen ble de fleste kjent med kroppen på nye måter. En respekt for sin egen kropp og situasjon, fikk mange til å innse viktigheten av å ikke neglisjere sine egne behov. Det er ikke lengre en følelse av skyld og dårlig samvittighet ovenfor sine nærmeste. Behandlingen skapte innsikt i nødvendigheten av å lytte til egen kropp, og ga deltakerne en større kunnskap om hva som er best for egen helse (Johnsen & Råheim, 2010). Derfor ble deltakernes sosiale liv forbedret gjennom ærlighet over for seg selv og omverdenen.

Å ta del i behandlingsgruppen opplevdes positivt for mange på flere måter. Gruppestrukturen åpnet for følelsen av å være en del av en gruppe, være omringet av mennesker i en lignende situasjon og et sted for aksept, støtte og læring. Deltakerne påpekte betydningen av å skape

relasjoner til andre i gruppen, for å utveksle erfaringer og kunnskap. Dette gjelder ikke bare de andre gruppedeltakerne, men også fysioterapeuten som ledet behandlingen. Dette kan eksemplifiseres med en deltaker fra Johnsen & Råheim (2010) sitt studie som forklarte at hennes opplevelse av omsorg ovenfor gruppen også omfavnet henne selv. Behandlingen fungerte også som en myk start for en sosial arena. Her kunne deltakerne våge å være rundt andre mennesker, bevege og uttrykke seg, uten de ofte harde og krasse påkjenningene som kan komme fra en arena med mange uvitende og utenforstående

3.6 Motivasjon og nytte av behandling inn i dagliglivet

Motivasjon for videre behandling og for å ta ansvar for egen fremtid er noe mange av deltakerne oppnådde gjennom behandlingsperioden. Flere av deltakerne opplevde reduksjon av smerter og muskelspenninger, dette i seg selv var en motivasjon for videre behandling. Følelsen av en ny kropp med mindre smerter, åpner for nye muligheter i livet generelt (Dragesund & Råheim, 2008). Lavterskelen på øvelsene i behandlingen styrker mestringsfølelsen for mange, som vanligvis har en hverdag preget av begrensninger. Mestringsfølelsen og det rolige tempoet i gjennomføringen av øvelsene, er noe flere ser som verdifullt å ta med seg inn i hverdagslivet (Johnsen & Råheim, 2010). I studiet fra Bravo et al. (2018) viser resultatene forbedringer rundt psykisk helse for deltakerne som gjennomførte BAT. Resultatene fra HAD- og STAI-undersøkelsene etter 12 og 24 uker, etter endt behandling presenterer også forbedringer. Forfatterne diskuterer om dette kan være en følge av redusert smerte og bedre fysisk funksjon.

4.0 Diskusjon:

Alle studiene innhenter informasjon om hvordan behandling har fungert for pasienter med langvarige smerter. De inkluderte studiene omhandler ulike pasientgrupper, med ulike diagnoser, ulik alder og ulikt kjønn. Dette studiet er derfor relevant for mange ulike pasientgrupper innenfor langvarig smerte.

4.1 Diskusjon av hovedfunn

Resultatene fra de kvalitative studiene presenterer flere positive forandringer etter behandling. Det er flere opplevelser som blir gjentatt i alle disse tre studiene, som også kan forklare resultatene i studie A og studie B. Dette er særlig:

- Mindre smerter
- Bedre sosial funksjon
- Bedre fysisk funksjon

I sammenligningen av resultatene fra de ulike studiene er det fire hovedresultater som peker seg ut. Det er de tre ovenfor-nevnte, samt at økt motivasjon fremstår som et fjerde hovedfunn. Når følgende av behandlingen skal diskuteres, er det høyst relevant å se hvordan de tre nøkkelfaktorene; balanse, fri pust og mental tilstedeværelse, påvirker individet på flere måter (Skatteboe, 2000). Det kan derfor diskuteres rundt disse faktorene hvorfor resultatene har blitt som de har blitt. Faktorene kan derfor stå som premissgivere i den videre diskusjon om hvorfor resultatene fremstår som de gjør.

Smerte som et komplekst og subjektivt fenomen, lar seg påvirke av mange komponenter. Opplevelsen av smerte er bygget på det som utløser smerten, psykiske-, sosiale-, eksistensielle faktorer og tidligere opplevelser (NHI, 2018). Når vi da skal ty til behandling av smerte, som har vart over en lengre periode, må vi ta hensyn til nettopp dette, smerte er sammensatt, og flere forhold påvirker hverandre. Når dette blir sett sammen med komponentene i behandlingen deltakerne i dette studiet har vært gjennom, kan man se sammenhenger mellom de ulike resultatene og opplevelsene. Følgene av behandlingen kan bli sammenlignet med en dominoeffekt, ved at når en brikke, eller et element av smertebyggverket blir berørt, vil det kunne påvirke resten av «konstruksjonen» som opprettholder smerten. Det kan bekrefte «filosofien» i behandlingen; hvordan behandlingen skal ta utgangspunkt i å påvirke kroppen som én funksjonell enhet med øvelser, som bevegelser, pust og fokus på mental

tilstedeværelse, for å oppnå en «symbiotisk» reaksjon i resten av legemet. Dette i motsetning til å behandle en separat kroppsdel isolert, der pasienten opplever smertelokalisasjonen.

Det vil også være individuelt avhengig hvordan smerte påvirkes. Det foreligger ingen fasit på hvordan behandling vil virke på den enkelte. Ei heller kan man si i hvilken rekkefølge de ulike resultatene vil inntre. Forbedringselementer som mindre muskelspenninger, forbedret pust og bedret balanse er endringsfaktorer som kan oppstå med forskjellig grad og til ulik tid. Tilsvarende vil det være individuelt når, hvis og hvordan resultater oppnås.

Mindre smerter

BBAT og NPMP består av enkle bevegelser, berøringer, massasje, mental tilstedeværelse og økt kontakt med pust og muskelspenninger (NFF, 2020). Delene av behandlingen søker å påvirke de ulike komponentene smerte består av. Når behandlingen oppfordrer deltakerne til å søke kontakt med smertene gjennom pust, bevegelser og massasje åpner det muligheter for å undersøke den subjektive oppfatningen av sin egen smerte. Ved trygge omgivelser, økt kunnskap om smerter og fokus på egen kropp kan dette justere oppfattelsen av smerte, som mange i utgangspunktet svartmaler når smerten først opptrer. «Fear-avoidance» modellen beskriver dette som katastrofetanker, som videre kan føre deg inn i smertesirkelen (Østerås, 2012). Når deltakerne får muligheten til å se smertene i et nytt perspektiv i et trygt miljø, der det er åpent for å gjennomføre behandlingen etter egne premisser, kan dette nettopp endre oppfattelsen av smerte, og sette de andre komponentene av smerte i bevegelse.

Videre kan man diskutere om følgene av behandlingen er et resultat av en viss grad av placebo-effekt. Placebo-effekten er virkningen av et stoff eller en behandling som skyldes forventning om et heldig resultat (Øye, 2020). I og med at smerte ikke er en håndfast ting eller en konkret substans (OsloMet Helsevitenskap, 2018, 1:50), men produseres av ulike deler av hjernen, kan smerteopplevelse bli påvirket av en mental effekt som placebo-effekten. Studiene der deltakerne er delt inn i to grupper, der en gruppe fikk denne type behandling og den andre gruppen fikk andre behandlinger, kan diskuteres opp mot dette. Er resultatene som viser mindre smerter en funksjon av placebo? Er forventningene til en positiv effekt fra en ny behandlingsmetode, nok til å stimulere oppfattelsen av smerte til det bedre? Videre, er en ny oppfattelse av smerte og kropp nok til å redusere selve smerten? Dette kan være en mulig forklaring på bakgrunn av hvordan smerte er produsert i ulike deler av hjernen og er en opplevelse, ikke en konkret ting.

Fysisk aktivitet

Som beskrevet tidligere kan det trygge miljøet åpne muligheter for nye oppdagelser av egen kropp. Smerter påvirker pust, holdning, muskelspenning, evnen til avspenning og bevegelse generelt (Bjørndal, u.å) Derfor kan denne behandlingen som tar utgangspunkt i økt kroppsbevissthet og bevisstgjøring av motorisk mønster ved bruk av fri pust, mental tilstedeværelse og bevegelse (Skatteboe, 2000) være hensiktsmessig. Etter en lengre periode med smerter som påvirker flere deler av kroppen, vil som regel bevegelsesmønsteret utvikle seg ugunstig. Dette mønsteret vil ofte være preget av bevegelser som unngår smerte. Eksempler på dette kan være høycostal pust, ansente muskler, stive ledd og minst mulig bevegelse. Som Merleau-Ponty (Merleau-Ponty, 1994) skrev er det ikke en eneste bevegelse i den levende kroppen som er tilfeldig, det er psykologiske motiver og kroppslige anledninger som påvirker. Dette kan beskrive hvorfor mønsterskapt bevegelse motivert av frykt, kan være vanskelig å endre. Resultatene som beskriver bedre fysisk funksjon etter behandling, kan bli diskutert opp mot behandlingsmetodene i denne behandlingen og smertefrykt.

Bevegelsene som gjennomføres i behandling er såpass enkle at deltakerne har mulighet til å rette fokus mot mental tilstedeværelse, fri pust og prøve å fange opp hva som skjer i kroppen ved ulike bevegelser. Slik kan de adressere kroppslig dysfunksjon, for så å utforske hvordan små justeringer i bevegelsene kan føre til mindre smerter og ubehag. Behandlingen utfordrer derfor pasientene til å møte sine smerter og begrensninger, noe som kan være vanskelig, da det ofte kan fremkalle emosjonelle reaksjoner. På denne måten lærte mange av deltakerne hvordan smerten opptrer, hvordan de kan identifisere smertenes ankomst, men også hva som forverrer smerten. Selv om dette er å erkjenne egne begrensninger, opplevde mange dette som økt kontroll over eget liv og egne smerter (Dragesund & Råheim, 2008) Flere deltakere satte pris på opplevelsen av økt kontroll, som ble opparbeidet gjennom utførelsen av bevegelsene i behandlingen. Bevegelsene tar utgangspunkt i hverdagslige utgangsstillinger og deltakerne jobber med å finne kroppens midtakse. Deltakerne jobber aktivt under hele behandlingen mot å oppnå balanse. Balanse er et godt utgangspunkt for en endring av respirasjon og avspenning (Skatteboe, 2000). Ved å rette fokus mot fri pust og de kroppslige tilbakemeldingene opplevde flere å identifisere kroppslige dysfunksjoner som «hemmet» bevegelse og dermed førte til mer smerte. En deltaker i studiet til Dragesund & Råheim (2008) beskriver nettopp dette hvordan hun etter behandling har evnen til å lokalisere muskelspenninger og dermed justere pust og bevegelse til et mer hensiktsmessig mønster. Frykten for smertene er også

dempet fordi mange føler de nå har en økt kontroll og hva som er grunnen til smertene. Som tidligere beskrevet er frykt en stor grunn til dårlig fysisk funksjon.

Bedret sosial funksjon

Selve gruppedynamikken i behandlingen kan i seg selv bidra til positive effekter. Gruppen kan ha støttende påvirkning ved at deltakerne er omringet av flere i en liknende situasjon og det er åpent for å dele erfaringer og opplevelser. Likevel, handler denne gruppebehandlingen om å finne egne opplevelser og løsninger, noe som kan være lønnsomt, nettopp fordi smerte er subjektivt. Gruppedeltakerne kan derfor oppleve å ta del i noe sammen, samtidig som de er ansvarlige for en unik behandling tilpasset egen situasjon. Å føle en tilhørighet til gruppen kan bidra til en sterkere følelse av tilhørighet til seg selv. Dette kan eksemplifiseres med beskrivelsen fra deltakeren fra Johnsen & Råheim (2010) sin studie, som beskrev en følelse av omsorg, ikke bare for gruppen men også seg selv. Behandlingens innhold og dens gjennomføring kan for mange fremstå som en utradisjonell smertebehandling. Her igjen kan placebo-effekten være en forklaring; forventningen om en annen type behandling, fremgangsmåte og behandlingsmiljø, kan i seg selv åpne store muligheter for smertereduksjon. Derfor kan deltakelse i en gruppe med dens tilhørighet være hensiktsmessig for denne pasientgruppen. På den andre siden kan tanken om en annerledes behandlingsmetode føles usikkert og lite troverdig, som igjen kan resultere i redusert tro på behandlingen. Østerås (2012) poengterer nettopp dette, hvordan pasienten selv må tro at behandlingen er virkningsfull for at den skal være det.

Mange med langvarige smerter føler seg også ensomme, særlig hvis smertene går utover forholdet til venner og familie (Kreftforeningen, 2020) Av den grunn er det ekstra viktig med en arena der trygghet og sosiale forhold kan utvikles og bygges opp igjen. Avstand til familie og etablerte sosiale relasjoner kan oppstå gjennom misforståelser og mistro til den opplevde smertetilstand. Smertepasienter opplever å ofte ikke bli trodd, til og med av helsepersonell. Dette kan føre til at smerter og sykdom kan bli tyngre å bære alene (Norsk pasientforening, u.å) Dermed er det å bli akseptert og forstått i en slik gruppebehandling, av både andre deltakere og leder, viktig og kan utgjøre store forskjeller for pasientens oppfattelse av seg selv og egen situasjon. Deltakere i studien Lundwall et al. (2019) beskriver nettopp dette, hvordan de nå føler en sikkerhet til å kunne kommunisere med venner og familie om egen situasjon, etter de selv har akseptert og blitt trygge på egen situasjon og begrensninger gjennom behandlingen. En eventuell placebo-effekt sammen med påvirkningene denne

gruppebehandlingen kan gi, kan derfor muligens gi en psykososial-effekt, som igjen kan redusere smerteoppfattelsen. Studie A presenterer resultater av bedring rundt angst og depresjon i HAD- og STAI-undersøkelsene. Disse resultatene kan ha bakgrunn i disse psykososiale-effektene som kan oppnås gjennom behandling.

Den situasjonsbetingede bedrede sosiale funksjon gjennom en gruppetilhørighet, der aksept av smerte godtas – kan det virke selvforsterkende på deltakernes selvmedlidenhet på en måte som gjør at smerten aksepteres som en unnskyldende faktor for bedret allmenntilstand? For å unngå dette, stilles det krav til gruppens leder. Det vil være av stor betydning at fysioterapeuten er observant og fanger opp gruppens dynamikk, samt styrer samtalen til en sunn og hensiktsmessig holdning til aksept av smerter.

Økt motivasjon

De fleste deltakerne har på flere områder fått goder fra behandlingen, som reduserte smerter, bedre fysisk aktivitet og bedret sosial funksjon. Slike positive følger av behandling kan alene bidra til økt motivasjon for videre behandling, og et mer positivt synspunkt på egen kropp og livssituasjon. Noen beskriver hvordan denne behandlingsmetoden er en ny måte å forholde seg til smerter på. For det første; å være omringet av deltakere og en leder som forstår din situasjon. For det andre; en behandlingsmetode som retter seg mot å erkjenne og godta smerten, kontra et negativt fokus på smerten, der målet er å bli fullstendig smertefri. Mange av deltakerne ser derfor denne behandlingsmetoden som verdifull læring om hvordan mestre hverdagen, selv om smerten nødvendigvis ikke blir borte. Faktorer som dette kan ha påvirkning på deltakernes psykiske helse. Dette kan være en mulig forklaring for resultatene om positiv utvikling rundt psykisk helse i studien til Bravo et al. (2018).

Det er tydelig at behandlingen påvirker ulike områder selv om graden av endring og hvilken type endring, er individuelt. Mulige endringer er de som nå er presentert i dette studie; redusert smerte, bedre fysisk funksjon, forbedret sosial funksjon som videre fører til bedre psykisk helse, økt motivasjon og en verdifull ny kunnskap om egen situasjon og kropp. Uavhengig hvordan disse endringene opptrer hos hver enkelt, vil mest sannsynlig et slikt utfall være tjenlig for pasienter med langvarig smerte, i den forstand at det kan bidra til en forbedret livskvalitet.

Utfordringer ved behandlingen

Et av studiene inneholder i tillegg en deltaker som ikke utviklet noe nevneverdig positivt utbytte av behandlingen. Det kan være flere grunner til dette. Først og fremst kan dette skyldes at smerter er individuelle og et komplekst fenomen. Ved behandling av langvarig smerte er det mye som skal prosesseres. Det kan ta tid, det kan oppstå uventede reaksjoner som vonde følelser eller mer smerte, eller oppdagelsen av hvordan smertene ikke kan behandles fullstendig, slik at målet med videre behandling er å mestre smertene. Det at behandlingen er en tidkrevende prosess kan være utfordrende for mange. Langvarige smerter kan føre til en livsstil mange har levd med over en lengre periode. Å akseptere hvordan endringen av denne livsstilen kan være tidkrevende, er muligens en viktig faktor for å bryte ut av denne smertesirkelen. Flere som har levd med smerter over en lengre periode har muligens vanskeligheter med å akseptere at behandlingen tar tid.

Som nevnt tidligere er smerter knyttet opp mot emosjoner. Ved behandling oppfordres deltakerne til å møte smertene gjennom bruk av pust, bevegelser, massasje og mental tilstedeværelse. Dette møte med smertene kan fremkalle flere følelser som mange opplever som vonde og såre. Kanskje er det nettopp å bearbeide disse følelsene som er nøkkelen for smertereduksjon. For mange kan dette være vanskelig. Å bite tennene sammen, holde pusten og svelge klumpen i halsen er en strategi mange heller velger for å unngå å møte disse følelsene.

Behandlingen byr således på tidkrevende utfordringer, som kan være vanskelig å overvinne på andre måter. Samtidig er målet med behandlingen å bearbeide et fenomen som ofte er den enkeltes hindring mot redusert livskvalitet. Det krever styrke og mot å skulle møte denne utfordringen og selv ta tilbake egen kropp. Gjennom de ulike studiene har likevel de aller fleste deltakerne oppnådd positiv virkning ved ulike områder. Selv om smertene for de fleste ikke er borte etter behandling, blir mest sannsynlig mange prosesser satt i gang for å kunne bearbeide smertene og leve et liv med en kropp som føles som din egen.

4.2 Mer forskning

Flere av studiene presiserer at dette er et område der det er behov for ytterligere forskning. Det må forskes mer på om dette er en behandling som har effekt, hvem har den effekt på og hvilke effekter den har. Langvarige smerter er et fremtredende fenomen som både den rammede og samfunnet påvirkes av. Derfor er det viktig med behandlinger som både

forebygger og hjelper den enkelte til å mestre hverdagen. Forskning på behandlinger for langvarige smerter bør derfor prioriteres.

4.3 Metodiske begrensninger

Studiene varierende metoder gjør det vanskelig å sammenligne dem med hverandre. Studie A og B har benyttet randomisert kontrollert studie, men ulike fremgangsmåter og måleinstrumenter for å måle effekten av behandlingen. De resterende tre studiene, har benyttet to ulike typer intervju for å undersøke pasienters opplevelse og erfaringer med behandlingen. Ulempen ved at alle fem studier er forskjellige, påvirker det å kunne sammenligne og si noe om resultatene med sikkerhet. På den andre siden vil variasjonene av metodene gi en bred innsikt over ulike resultater og ulike perspektiv på behandlingen. På denne måten vil resultater som gjenfinnes i alle studiene kunne bekrefte behandlingens effekt og virkning. Samtidig åpner studienes ulikhet for spørsmål om resultatene er valide og dermed skapes en arena for diskusjon.

Alle studiene har noen felles resultater; redusert smerte, bedre fysisk funksjon og forbedret sosial funksjon. Resultatene er likevel ikke nøyaktig like, noe som kan forklares av ulike faktorer som; ulike metoder i studiene, ulike deltakere, ulike måleinstrumenter, ulik fremgangsmåte, ulik tidsperiode for behandling, og smerte som et individuelt fenomen generelt. Alle studiene inkluderte deltakere som var preget av langvarig smerte, men tilhørte ulike pasientgrupper med ulike diagnoser. Det at deltakerne ikke er av den samme pasientgruppen kan føre til variasjoner i resultatene på grunn av for eksempel ulik smertebakgrunn, ulik diagnoseoppførsel og variasjon av tidligere behandling. Samtidig er studie A og B, studier som inkluderte deltakere fra én diagnosegruppe, henholdsvis fibromyalgi og «Whiplash-disorder». Om resultatene for disse studiene gjelder for pasienter med andre diagnoser er derfor usikkert. De tre andre studiene inkluderte deltakere fra ulike diagnosegrupper. Altså hadde disse studiene ulike pasienter med ulike diagnoser innenfor et studie. Flere av resultatene fra disse studiene er tilsvarende resultatene fra studie A og B, dette kan tyde på at behandlingen påvirker ulike deler av mennesket som kan være tjenlig for pasienter med langvarig smerte, uansett diagnose.

Alle studiene brukte ulike fremgangsmåter ved sin undersøkelse. Studie A og B brukte flere ulike måleinstrumenter, men begge brukte SF-36 som er et av de mest brukte måleinstrumentene for livskvalitet i verden (Malt, 2019). Dette kan si noe om validiteten på

resultatene fra dette skjemaet, da skjemaet generelt er akseptert. Tidspunktet for bruken av dette måleinstrumentet, er også ulikt for studiene. Studie A viser en smertereduksjon for deltakerne rett etter behandling, samt 12 og 24 uker etter behandling. Disse resultatene er målt ut fra VAS rett etter behandling og SF-36 12 og 24 uker etterpå. Måleinstrumentet VAS er også et mye brukt måleinstrument for å gradere subjektive plager (Malt, 2017). Studie B har ingen signifikante resultater på redusert smerte rett etter behandling, men signifikante resultater på redusert smerte 12 uker etter behandling. Her er SF-36 benyttet på begge målingene. Det er altså ingen av studiene som har signifikante resultater for smertereduksjon rett etter behandling ut ifra SF-36-målinger. På den andre siden viser VAS i studie A at det er smertereduksjon rett etter behandling. Dette kan si oss noe om hvordan de forskjellige måleinstrumentene måler ulike faktorer, og dermed få ut ulikt resultat. Ettersom de to studiene har brukt varierende fremgangsmåter og målingsinstrumenter, er det vanskelig å sammenstille de to studiene og si med sikkerhet at behandlingen har en effekt, og hvordan denne effekten påvirker smertene. Likevel får vi frem signifikante resultater ved forskjellige målinger, det skal ikke overses. Derfor er det stor grunn til å studere dette videre for med sikkerhet å kunne konkludere rundt behandlingens effekt. De resultatene vi får frem, uansett hvilket måleinstrument som er brukt, om det er VAS eller SF-36 er det tydelig at mange av deltakerne har fått en smertereduksjon etter behandling. De tre studiene som benyttet intervju, brukte ulike typer intervju og ulike spørsmål. De tre studiene som benyttet intervju brukte foruten ulike intervjumetoder, også ulike spørsmål og måleinstrument. Dette kan forårsake sprikende resultater.

Behandlingen krever en del tid, for at deltakerne skal kunne prosessere plagene (Lundwall et al., 2019). De ulike studiene har ulikt antall timer med behandling for deltakerne, samt ulike tidspunkter for når de innhenter informasjon. Eksempel på dette er studie B (Seferiadis et al., 2015) som målte effekten etter behandling som foregikk 90 minutter, to ganger i uken i 10 uker. Her ble det innhentet informasjon før behandling, rett etter behandling og tre måneder etter behandling. Studien (Lundwall et al., 2019) derimot, intervjuet deltakerne én gang. Disse har hatt behandling i minimum seks måneder. Variasjonen mellom antall timer behandling deltakerne har tatt del av er derfor stor. Om variasjonen ikke hadde vært så stor, hadde det kanskje ført til jevnere resultat for alle deltakere i de ulike studiene.

5.0 Konklusjon:

De inkluderte studiene viser flere signifikante hensiktsmessige endringer for pasienter med langvarige smerter etter behandling av BBAT eller NPMP. Hvilke endringer og i hvilken grad de har inntrådt, er usikkert da studiene er ulike med tanke på metode, måleinstrumenter og hvilke smertepasienter de har inkludert. Likevel finnes det resultater som tyder på at behandlingen fører til tjenlige helsegevinster. Derfor kan dette bety at behandlinger som søker å øke kroppsbevisstheten til pasienter med langvarig smerte, er hensiktsmessig.

Behandlingsmetoden tar utgangspunkt i et helhetlig bilde av kropp og sinn, der smerte tilnærmes som et komplekst fenomen som påvirker ulike deler av kroppen. Mer forskning på området anbefales. Dette for å kunne bekrefte behandlingens effekt og for hvilke smertepasienter behandlingen har virkning. Forskning på behandling av pasienter med langvarige smerter bør prioriteres da dette er et fremtredende fenomen, der både den rammede, men også samfunnet blir sterkt berørt.

Referanseliste

- Bravo, C., Skjaerven, L. H., Espart, A., Sein-Echaluce, L. G., & Catalan-Matamoros, D. (2018) Basic Body Awareness Therapy in patients suffering from fibromyalgia: A randomized clinical trial. *Physiotherapy Theory and Practice*. doi: 10.1080/09593985.2018.1467520
- Bjørdal, I. (u.å) *Smertes og bevegelse*. Hentet ut 28. oktober 2020 fra <https://www.medi3.no/helsenytt/smerter-og-bevegelse/>
- Dragesund, T., & Råheim, M. (2008). Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: patients' perspective on body awareness. *Physiotherapy Theory Practice*, 24(4), 243-254. doi:10.1080/09593980701738400
- Fadnes, B., Heggenhougen, M., Brodal, P., & Leira, K. (2010). *Læringsnøkkelen : om samspillet mellom bevegelse, balanse og læring*. Oslo: Universitetsforl
- Jansen, J. & Glover, J. (2019, 11. oktober) *Smerte*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/smerte>
- Johnsen, R. W., & Råheim, M. (2010). Feeling more in balance and grounded in one's own body and life. Focus group interviews on experiences with Basic Body Awareness Therapy in psychiatric healthcare. *Advances in Physiotherapy*, 12(3), 166-174. doi:10.3109/14038196.2010.501383
- Kreftforeningen. (2020, 27.august) *Smerte*. <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/smerte/>
- Lovisenberg Diakonale Sykehus. (u.å) *Psykomotorisk Fysioterapi, ved Fysioterapi*. Hentet ut 2. januar 2021 fra <https://lovisenbergsykehus.no/behandlinger/psykomotoriskfysioterapi?sted=fysioterapi&language=1044>

- Lundwall, A., Ryman, A., Bjarnegård Sellius, A., & Mannerkorpi, K. (2019). Pain requires processing - How the experience of pain is influenced by Basic Body Awareness Therapy in patients with long-term pain. *J Bodyw Mov Ther*, 23(4), 701-707. doi:10.1016/j.jbmt.2019.02.006
- Malt, U. (2019, 30. juli) SF-36. *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/SF-36>
- Malt, U. (2017, 5. oktober) VAS. *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/VAS>
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Pax Forlag A/S, Oslo
- Moe, S. (2009). Et kroppsfenomenologisk perspektiv på fysisk aktivitet og bevegelse. *Fagartikkel i Fysioterapeuten*, 4, 17-21.
- Møyner, E. (2020, 7. februar) Psykomotorisk fysioterapi. *Store medisinske leksikon*. https://sml.snl.no/psykomotorisk_fysioterapi
- Nielsen, C. S., Handal, M., Skurtveit, S. O., & Steingrimsdottir, O. A. (2014, 16.04.2018). Langvarig smerte. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikkesmittsomme/smerte/#sykdomsbyrde-sykefravaer-og-ufoeretrygd>
- Norsk Fysioterapiforbund. (u.å) *Psykomotorisk fysioterapi*. Hentet ut 2. november 2020 fra <https://fysio.no/Pasientinfo/Pasientbrosjyrer/Psykomotorisk-fysioterapi>
- Norsk helseinformatikk AS. (2020, 25. mars) *Psykomotorisk fysioterapi*. NHI
- Norsk helseinformatikk AS. (2018, 30. januar). *Smerte*. NHI.
- Norsk pasientforening. (u.å) *Jeg blir ikke hørt*. Hentet 20. desember 2020 fra <https://www.pasient.no/pasienters-problemer/jeg-blir-ikke-hort/>
- OsloMet Helsevitenskap. (2018, 15. august) *12. Smerte*. [video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=Qzq2fp0r2iI&t=185s>

OsloMet Helsevitenskap. (2018, 15.august) 13. *Vedvarende og akutte smerter er forskjellige* [video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=cmOZplw3IdQ>

Seferiadis, A., Ohlin, P., Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2015) Basic body awareness therapy or exercise therapy for the treatment of chronic whiplash associated disorders: a randomized comparative clinical trial. *Disability and Rehabilitation*, 38:5, 442-451. doi: 10.3109/09638288.2015.1044036

Skatteboe, U. (2000) *Basal kroppskjennskap og bevegelsesharmoni: Videreutvikling av undersøkelsesmetoden Body Awareness Rating Scale BARS-Bevegelsesharmoni*

Skjærven, L. H., & Sundal, M. A. (2016). Basal Kroppskjennskap (BK): Bevegelsesnærver, hverdagsbevegelser og helsefremming *Fysioterapeuten*, 83(4.16), 42-44. Retrieved from <https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-4-16/files/assets/basichtml/page-42.html>

Stubhaug, A. & Ljosa, T. M. (2020, 02.januar) *Smerte- et symptom, en sykdom og en diagnose*. Oslo universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/smerte-et-symptom-en-sykdom-og-en-diagnose>

Universitetssykehuset i Nord-Norge (2013, 22. mai) *Forstå smerte på 5 minutter* [video]. Youtube. <https://fysio.no/Hva-mener-NFF/Fag-helse-og-arbeidslivspolitik/Smerte-forklart-paa-5-min>

Østerås, B. (2012). Langvarige muskel- og skjelettsmerter: Psykologiske faktorer og kliniske implikasjoner *Fysioterapeuten*, 79(4.12), 24-28. Retrieved from <https://fysioterapeuten.no/files/archive/1055/13583/version/1/file/0412.pdf>

Øye, I. (2020, 20. mai). *Placebo*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/placebo>

