

Basal Kroppskännedom (BK) som terapeutiskt närmelsesätt vid vård av patienter med ätstörning eller depression

Vivi Ruuskanen och Vera Öst

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Fysioterapi
Identifikationsnummer:	18831, 19004
Författare:	Vivi Ruuskanen, Vera Öst
Arbetets namn:	Basal Kroppskänedom (BK) som terapeutiskt närmelesätt vid vård av patienter med ätstörning eller depression
Handledare (Arcada):	Jessica Silfver
Uppdragsgivare:	Stiftelsen för vårdforskning (Hoitotyön tutkimussäätiö, Hotus)
<p>Sammandrag:</p> <p>Syftet med detta arbete är att utreda effekterna av Basal Kroppskänedomsterapi (BK-terapi) för patienter med ätstörning eller depression. Påståendet i examensarbetet är att BK-terapi är ett lämpligt och effektivt tillägg till traditionella vården av dessa sjukdomar. Även andra användbara fysioterapeutiska interventioner vid vården av dessa sjukdomar diskuteras. Som teoretisk referensram används Jacques Dropsys teori om människans fyra existensnivåer och dess trefaldiga struktur. Arbetets frågeställningar är 1. Finns det evidens för att BK-terapi har en positiv effekt? 1. a) Vilka positiva effekter har BK-terapi på ätstörningar? 1. b) Vilka positiva effekter har BK-terapi på depression? 2. På vilka existensnivåer påverkar BK-terapi i hos patienter med ätstörning och depression? Arbetet är en systematisk kvalitetsgranskning av elva forskningsartiklar. Av de inkluderade artiklarna behandlar sex användning av BK-terapi eller annan fysioterapeutisk intervention som tillägg till vård för ätstörningar. Fem artiklar behandlar användning av dessa fysioterapeutiska interventioner vid vård av depression. Artiklarna finns på engelska, svenska eller finska. I arbetet kvalitetsgranskas artiklarna med PICO-metoden och klassificeras enligt givna riktlinjer av God Medicinsk Praxis. Forskningsresultaten jämförs på fyra plan; fysiska symptom, psykiska symptom, ätbeteende och kroppskänedom. BK-terapi och andra fysioterapeutiska interventioner åstadkommer positiva förändringar på alla fyra plan hos patienter med ätstörning. Hos patienter med depression åstadkommer BK-terapi positiva förändringar i fysiska symptom, psykiska symptom och kroppskänedom, medan andra fysioterapeutiska interventioner åstadkommer positiva förändringar i fysisk hälsa och psykisk hälsa. Forskningsresultaten pekar på att BK-terapi är ett effektivt tillägg till traditionell sjukvård av ätstörningar och depression, men det krävs fortsatt forskning för att stärka evidensen. Detta arbete påvisar att psykofysisk fysioterapi som ett närmelesätt i mentalhälsovård är ännu sällsynt och att det finns ett behov för erkännande av fysioterapeutens roll i mentalhälsovården. Arbetet är skrivet i samarbete med Stiftelsen för vårdforskning (Hoitotyön tutkimussäätiö, Hotus).</p>	
Nyckelord:	Fysioterapi, psykofysisk fysioterapi, Basal Kroppskänedomsterapi, ätstörning, depression, mentalsjukvård
Sidantal:	55
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	16.4.2018

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Physiotherapy
Identification number:	18831, 19004
Author:	Vivi Ruuskanen, Vera Öst
Title:	Basic Body Awareness Therapy (BBAT) as a therapeutical approach in treatment of patients with an eating disorder or depression
Supervisor (Arcada):	Jessica Silfver
Commissioned by:	Nursing research foundation (Hoitotyön tutkimussäätiö, Hotus)
<p>Abstract:</p> <p>The aim of this thesis is to clarify if Basic Body Awareness Therapy (BBAT) has a positive effect on patients with an eating disorder or depression. The claim is that BBAT is an appropriate and effective method in addition to usual treatment for these patient groups. This thesis also includes discussion about other physical therapy methods which are commonly used in treatment of these disorders. Jacques Dropsy's theory of four dimensions of existence and its Three-fold structure is used as theoretical reference. The research questions are: 1. Is there evidence that BBAT has positive effects? 1. a) What positive effects does BBAT have on patients with an eating disorder? 1. b) What positive effects does BBAT have on patients with depression? 2. On which of the four dimensions of existence does BBAT have an effect in patients with an eating disorder or depression? This thesis is a systematic quality control of eleven research articles. The included articles address use of BBAT or other physiotherapy methods in treatment of eating disorder or depression. Only publications written in English, Swedish, or Finnish were considered. The PICO-method is used in the quality control and their class is determined with the recommendations of Current Care Guidelines. This thesis includes six articles which address the use of BBAT and other physiotherapy methods for patients with an eating disorder, and five articles which address the use of these same methods for patients with depression. Results of these articles are compared on four levels: patients' physical symptoms, psychological symptoms, eating behavior, and body awareness. According to research BBAT and other physiotherapy methods have a positive effect on all four levels for patients with an eating disorder. BBAT has a positive effect on physical and psychological symptoms and on body awareness in patients with depression. Other physiotherapy methods have a positive effect on physical and psychological symptoms in this patient group. This thesis addresses that these patient groups would benefit from physiotherapy methods in addition to usual treatment. This thesis also discusses that physiotherapy methods used in mental healthcare are still uncommon and physiotherapists should be recognized in mental healthcare. This thesis is actualized in collaboration with Nursing research foundation (Hoitotyön tutkimussäätiö, Hotus).</p>	
Keywords:	Physiotherapy, psychophysical physiotherapy, Basic Body Awareness Therapy, eating disorder, depression, mental healthcare
Number of pages:	55
Language:	Swedish
Date of acceptance:	16.4.2018

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Fysioterapia
Tunnistenumero:	18831, 19004
Tekijä:	Vivi Ruuskanen, Vera Öst
Työn nimi:	Basic Body Awareness Terapia (BBAT) terapeuttisena lähestymistapana syömishäiriö- ja masennuspotilaiden hoidossa
Työn ohjaaja (Arcada):	Jessica Silfver
Toimeksiantaja:	Hoitotyön tutkimussäätiö, Hotus
Tiivistelmä:	
<p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, onko Basic Body Awareness Terapialla (BBAT) positiivisia vaikutuksia syömishäiriö- tai masennuspotilaisiin. Väite on, että BBAT on sopiva ja tehokas menetelmä perinteisen sairaanhoidon lisänä näiden potilasryhmien hoidossa. Tutkimuksessa pohditaan myös, mitä muita fysioterapeuttisia menetelmiä käytetään yleisesti syömishäiriö- ja masennuspotilaiden hoidossa. Teoreettisena viitekehyksenä toimii Jacques Dropsyn teoria ihmisen neljästä olemassaolon tasosta sekä sen kolmiosaisesta rakenteesta. Tutkimuskysymykset ovat: 1. Onko olemassa näyttöä sille, että BBAT:lla on positiivisia vaikutuksia? 1. a) Mitä positiivisia vaikutuksia BBAT:lla on syömishäiriöpotilaisiin? 1. b) Mitä positiivisia vaikutuksia BBAT:lla on masennuspotilaisiin? 2. Millä kaikilla olemassaolon tasoilla BBAT vaikuttaa syömishäiriö- ja masennuspotilaisiin? Tutkimus on systemaattinen artikkelien laadunkatsaus, jossa on mukana 11 tutkimusartikkelia. Tutkimukseen hyväksytyt artikkelit käsittelevät BBAT:n tai muiden fysioterapeuttisten menetelmien käyttöä syömishäiriö- ja masennuspotilaiden hoidossa. Artikkelien on oltava englannin-, ruotsin- tai suomenkielisiä. Artikkelit, jotka eivät täytä näitä kriteereitä suljetaan pois tutkimuksesta. Artikkelien laadunkatsaukseen käytetään PICO-menetelmää ja artikkelien taso asetetaan Käypä hoidon -suositusten mukaan. Tutkimuksessa on mukana kuusi artikkelia, jotka käsittelevät BBAT:n tai muiden fysioterapeuttisten menetelmien käyttöä syömishäiriöpotilaiden hoidossa, sekä viisi artikkelia, jotka käsittelevät samoja menetelmiä masennuspotilaiden hoidossa. Artikkelien tuloksia vertaillaan neljällä eri tasolla: potilaiden fyysisiä ja psyykkisiä oireita, sekä syömistapoja ja kehontuntemusta. Tutkimusten mukaan BBAT sekä muut fysioterapeuttiset menetelmät vaikuttavat positiivisesti syömishäiriöpotilaiden oireisiin kaikilla neljällä tasolla. BBAT vaikuttaa positiivisesti masennuspotilaiden oireisiin fyysisellä ja psyykkisellä tasolla sekä kehontuntemuksessa. Muut fysioterapeuttiset menetelmät vaikuttavat positiivisesti tämän potilasryhmän oireisiin fyysisellä ja psyykkisellä tasolla. Tämä opinnäytetyö osoittaa, että kyseiset potilasryhmät hyötyisivät fysioterapeuttisista menetelmistä perinteisen psykiatrisen sairaanhoidon lisänä. Opinnäytetyö nostaa myös esiin sen, että fysioterapia lähestymistapana psyykkisten sairauksien hoidossa on yhä harvinainen. Näin ollen tätä aihetta tulisi tutkia lisää, jotta psykofyysinen fysioterapia saisi tunnustusta psykiatrisessa sairaanhoidossa. Opinnäytetyö toteutetaan yhdessä Hoitotyön Tutkimussäätiön (Hotus) kanssa.</p>	
Avainsanat:	Fysioterapia, psykofyysinen fysioterapia, Basic Body Awareness Terapia, syömishäiriö, masennus, psykiatrisen sairaanhoito
Sivumäärä:	55
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	16.4.2018

INNEHÅLL

1	Inledning.....	7
2	Teoretisk referensram	9
3	Syfte och frågeställningar	11
4	Bakgrund.....	12
4.1	Basal Kroppskänedom	12
4.2	Ätstörningar	15
4.2.1	<i>Olika typer av ätstörningar</i>	<i>19</i>
4.3	Depression	27
5	Fysioterapi för patienter med ätstörning eller depression	29
6	Metod och etiska reflektioner	30
6.1	Metoden för datainsamling	30
6.2	Materialsökning	30
6.3	Litteratursökning	32
6.4	PICO-metoden.....	32
6.5	Indelning av forskningsklass	33
6.6	Etiska reflektioner	34
7	Kvalitetsgranskning av material	35
8	Sammanfattning av forskningsresultat.....	44
10	Diskussion.....	49
	Basal Kroppskänedom	49
	Fysioterapeutiska interventioner	51
11	Kritisk granskning av arbetet.....	53
Källor		56
Bilaga 1. Översikt över datainsamlingen		59
Bilaga 2. Översikt över artiklarnas kvalitetsgranskning		60

Tabeller

Tabell 1. Sammanfattning av artiklarnas nivå och klass.....	s.43
Tabell 2. Sammanfattning av forskningsresultat.....	s.45
Tabell 3. Sammanfattning av forskningsresultat (artikel 2).....	s.47

1 INLEDNING

Ätstörningar (ÄS) ger upphov till flera multipla sjukdomar av psykisk, fysisk och social natur, varav depression är en av de vanligaste. Dessa multipla sjukdomar gör behandlingen krånglig. (Käypä hoito 2017b) Vård av holistisk natur kan antas ha positiva resultat för patienter med ÄS eller depression. Holistisk vård tar i hänsyn att individen är en helhetlig mänsklig varelse. Individen har en fysisk kropp som är i växelverkan med tankar, känslor, erfarenheter och rörelse. Dessa komponenter är alltid sammankopplade, och kan inte skiljas åt. (Probst & Skjaerven 2018 s. 231) Därför undersöker vi i detta arbete ett specifikt psykofysiskt närmelsesätt inom fysioterapi, Basal Kroppskänedom (BK), som tilläggsbehandling till sjukdomarna i fråga. Användning av BK-terapi i vård av ÄS eller depression är inte väl utforskat. Närmelsesättet BK omfattar kroppen och sinnet som en helhet och det är tänkbart att ett sådant närmelsesätt skulle vara till nytta för dessa patienters återhämtning. BK-terapi är en specialisering inom fysioterapi som kräver fortbildning inom yrkesbranschen.

Vi blev intresserade av psykofysisk fysioterapi i allmänhet och BK-terapi i synnerhet under våra fysioterapistudier på Yrkeshögskolan Arcada. BK-terapi är en form av rörelseterapi som fokuserar på rörelsemedvetenhet. BK-terapi beskrivs närmare i kapitel 3.1. Eftersom fysioterapeutisk vård för ÄS och depression inte har forskats grundligt har den ingen stark evidensbas. Soundy m.fl. (2016) påstår att de nuvarande vårdmetoderna för ÄS är bara medelmåttligt effektiva och påpekar att avancerade metoder krävs både i psykologisk samt fysiologisk vård.

Vården vid mentala sjukdomar ska alltid förverkligas av ett mångprofessionellt team och fysioterapeutens roll är fortfarande oklar. Olika fysioterapeutiska interventioner rekommenderas till exempel av God Medicinsk praxis, men denna typ av interventioner sägs ha för liten evidensbas. I allmänhet tycks vården ses som experimentellt, fastän ett positivt förslag för tillägg till traditionell vård. Detta kommer fram till exempel i God Medicinsk Praxis riktlinjer för vård av ÄS. (Käypä hoito 2017b) Fysioterapi nämns inte alls vid God Medicinsk Praxis vård rekommendationer för depression (Käypä hoito 2017a).

Det visade sig vara möjligt att göra detta arbete för Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus). Arbetet är en systematisk kvalitetsgranskning av artiklar.

Hösten 2011 inleddes ett samarbetsprojekt mellan Arcada och Stiftelsen för vårdforskning (Hoitotyön Tutkimussäätiö Hotus).

Stiftelsen för vårdforskning grundades år 2006 och leds av HVD Arja Holopainen. Stiftelsen har som uppgift att stöda den vårdvetenskapliga forskningen, att utveckla evidensbaserad vård samt att samla, utvärdera och komprimera forskningsresultat för vårdpersonal.

Inom samarbetsprojektet har studerande vid Arcada möjlighet att göra sina examensarbeten under handledning av forskare, HVM Annukka Tuomikoski.

Stiftelsen för vårdforskning har rätt att utnyttja studerandes examensarbeten i sin egen forskningsverksamhet.

Ifrågavarande examensarbete har skrivits inom detta samarbetsprojekt.

Påståendet för denna systematiska kvalitetsgranskning av artiklar var att BK-terapi kan vara ett lämpligt och effektivt fysioterapeutiskt närmelsesätt som tillägg till traditionell vård. I arbetet diskuteras även vilka andra fysioterapeutiska interventioner som är effektiva vid vård av ÄS och depression.

Detta arbete har två skribenter, vilket försäkrar den kritiska granskningens validitet. Forskningsartiklarna analyserades separat. I arbetet undersöktes två teman, ÄS och depression. Skribenterna fördjupade sig i dessa teman separat för att åstadkomma en bredare jämförelse av skribenternas uppfattningar. Vid kvalitetsgranskningen, datainsamlingen och litteratursökningen tog Ruuskanen huvudansvaret för material angående ÄS och dess vård (sex artiklar). Öst tog huvudansvaret avseende depression och dess vård samt fysioterapeutens roll och diverse fysioterapeutiska interventioner i vård av mentala sjukdomar (fem artiklar). Slutligen diskuterades och analyserades allt material av de båda skribenterna.

2 TEORETISK REFERENS RAM

BK-terapi utgår från Jacques Dropsys teori om människans fyra existensnivåer, och denna teori användes som referensram för detta arbete. Enligt Dropsy existerar människan på en materiell, fysiologisk och psykologisk nivå samt en nivå av jagmedvetandet som skiljer oss från andra djur. (Dropsy 2004 s. 162-165)

1. Den fysiska, strukturella eller materiella nivån representerar en av människans fysiska sidor. Den omfattar fysiska kroppen utan livsprocesser. Vid stående ställning granskas följande viktiga element inom denna dimension: postural stabilitet med balanserad bäcken, fri och obesvärad förlängning av nacken relaterat till ryggraden samt balanserat huvud på första nackkotan. Då dessa element är stabila blir även kroppens periferi i balans, vilket möjliggör jordning av kroppen.
2. Den fysiologiska nivån representerar den andra fysiska sidan av människan. Den omfattar livets fysiska fenomen, med fysiologiska processer. Dessa processer är konstant aktiva, och kräver inte medveten aktivering. Fri andning och blodcirkulation åstadkommer en rytm inom den levande organismen, medan posturala reflexer och det centrala nervsystemet (CNS) uppehåller balansen vid ett medvetet tillstånd.
3. Den psykologiska eller relationella nivån representerar den första mentala sidan av människan. Den omfattar människans tankar, känslor och driv samt hur hon integrerar med andra människor och det sociala och kulturella livet.
4. Nivån av jagmedvetandet skapar en existentiell dimension som representerar den andra mentala sidan av mänsklighet. Nivån är existentiell eller spirituell och möjliggör människans förmåga till självmedvetenheten och självreflektion. Denna observerande sida av människan skapar upplevelsen av individens ”jag” och skiljer henne från andra djur. (Skatteboe 2005 s. 15–18)

Människan har en naturlig strävan efter att skapa harmoni mellan dessa fyra nivåer, där hon når en helhetlig psykotonisk funktion. Vid detta ideala tillstånd har individen en

inre enighet med balans, frihet i fysiologiska processer och närvaro. Genom implementering av Dropsys teori kan människan lättare få åtkomst till sitt omedvetna och kan då fungera friare i sitt medvetna tillstånd. (Dropsy 2004 162-165)

Dropsy urskiljer dessutom en trefaldig struktur som omfattar tre stora funktioner som deltar i alla existensnivåer. Den trefaldiga strukturen är uppbyggd av ett centrum och två motsatta poler, som söker efter balans runt detta centrum.

1. Nervsystemet och tankarna som bildar människans föreställningsvärld uttrycker en sensibilitetspol.
2. Ämnesomsättningen och viljestyrda handlingar uttrycker en motsatt pol till sensibilitetspolen.
3. Hjärtat och andningen uttrycker en rytmisk aktivitet som manifesterar sig i människans känsloliv. Detta är en balanserande funktion mellan sensibilitetspolen och dess motsatts, och bildar ett centrum av harmoni.

Den trefaldiga strukturen kan observeras i en levande och vaken människa, men upplevs ofta i ett mindre medvetet tillstånd, till exempel i en dröm. Vid harmoni av de existentiella nivåerna och balans i den trefaldiga strukturen kan människans inre konflikter dämpas och hon känner sig fullständig och upplever enhet i sig själv. Detta tillstånd beror mer på människans inre harmoni och hur hon förhåller sig till yttre omständigheter, än på dessa omständigheterna i sig. (Dropsy 2004 s. 162-165)

3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Arbetets syfte var att utreda effekterna av BK-terapi för patienter med ÄS eller depression. Både positiva och negativa effekter har kartlagts men fokusen ligger på de positiva effekterna.

Frågeställningarna för detta arbete är:

1. Finns det evidens för att Basal Kroppskännedomsterapi har en positiv effekt?
 - a) Vilka positiva effekter har Basal Kroppskännedomsterapi på ätstörningar?
 - b) Vilka positiva effekter har Basal Kroppskännedomsterapi på depression?
2. På vilka av Dropsys existensnivåer påverkar Basal Kroppskännedomsterapi i hos patienter med ätstörning och depression?

4 BAKGRUND

I detta kapitel beskrivs och granskas det fysioterapeutiska närmelsesättet Basal Kroppskännedom (BK) i jämförelse med sjukdomsbilderna i ÄS och depression. Dessutom beskrivs några av de allmännaste ÄS som behandlas i de artiklar som granskas senare i arbetet. Sjukdomarna i fråga är anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), hetsättningsstörning (eng. binge eating disorder, BED) och atypisk ätstörning (eng. eating disorder not otherwise specified, EDNOS). Depression kommer också att beskrivas. Sjukdomarna och det fysioterapeutiska närmelsesättet beskrivs eftersom de är relevanta för att lättare förstå och följa med i arbetet.

4.1 Basal Kroppskännedom

I detta fysioterapeutiska närmelsesätt ingår rörelser i liggande, sittande och stående ställning, gång och löpning, röstanvändning, parövningar samt massage. Vid rörelse läggs fokus till upptäckande av tensioner och arbetandet med gravitationen istället för att arbeta emot den.

Närmelsesättet har sitt ursprung i det västerländska rörelsesystemet, modern dans och teater med inspiration från österländska kroppsterapier, så som T'ai chi chuan. T'ai chi chuan omfattar enkla stående rörelser som fokuserar på långsamma, flytande rörelser som utförs i fridfullt och medvetet tillstånd. BK-terapi utförs oftast i grupper, men kan också tillämpas vid individuella terapiesessioner. Gruppsessioner ger möjlighet till individen att jämföra sina rörelsevanor med andra och möjliggör delande av dessa upplevelser. Under BK-terapi går individen genom en personlig utvecklingsprocess för att gynna hälsa genom rörelse. Terapeuten ska leda uppmärksamheten från det patologiska till åtgärdande och återfinnande av livets potential och rörelsepotential, det vill säga hälsan som individen upplevt som förlorat. Terapeuten ska också koppla BK-terapin till individens vardag, och på detta sätt ge mening och motivation till terapin och skapande av hälsa.

I BK-terapi används tre nyckelfaktorer för sammankoppling av den trefaldiga strukturen och de fyra existentiella nivåerna: postural stabilitet (balans), fri andning och medveten-

het. Dessa utgör de essentiella komponenterna vid BK-terapi och används i varje rörelse. Nyckelfaktorerna relaterar även till tre karakteristiska drag vid rörelse: rum, tid och energi.

Postural stabilitet innebär förmågan att hålla kroppspositionen och kroppens mittpunkt stabil i förhållande till omgivningen. Vid postural stabilitet uppmärksammar man kroppens relation till underlaget, kroppens mittlinje och rörelsecentret. Posturala stabiliteten relaterar till rummet genom kroppens koordination. Den fria andningen omfattar både fysiska och mentala aspekter. Ohindrad och rytmisk andning krävs för hög rörelsekvalitet. Fri andning relaterar till tid via rytmen den ger till rörelse. Medvetenhet står för subjektiv upplevelse av sin närvaro i stunden, både vid avspänt och alert tillstånd. Vid medvetet tillstånd tar individen medvetet kontakt både med sin inre och yttre värld. Medvetenhet relaterar till god energianvändning som åstadkoms via enhetlig rörelse.

Vid rörelse i liggande ställning strävar man till kroppens avspänning genom minimal energianvändning och medvetenhet. Vid rörelse i stående ställning är målet att åstadkomma enighet i posturala balansen. Rörelserna aktiverar posturala reflexer och då hittar kroppens mittpunkt sin rätta plats. Till följd av detta upplöses tensioner i skulder- och nackregionen. Vid gång strävar man till medvetenhet av rörelse. Gången är en vardaglig rörelse som upplevs automatisk men utförs ofta ineffektivt. Genom att framkalla medvetenhet i denna rörelse kan man uppnå en fri och otvungen gång. Synkroniserade rörelser leder till harmoni av individens rörelse och existens. Då individen har lärt sig om harmonisk koordination av rörelse blir energianvändningen mer funktionell och ekonomisk, det vill säga rörelserna blir mer enhetliga, lätta och rytmiska. Då man en gång nått denna rörelseharmonier hittar man den lätt åter, även om den förloras för en tid på grund av yttre faktorer. (Skatteboe 2005 s. 15–20)

Teorin bakom Basal Kroppskänedom

Basal Kroppskänedom utvecklades som koncept i Sverige på 70-talet av Gertrud Roxendal och introducerades till den psykiatriska fysioterapin under detta årtal. 1985 etablerades detta fysioterapeutiska närmelsesätt i behandlingen av patienter med schizofreni. (Biguet et al s. 189) Terapin baserar sig på rörelseterapeuten Jacques Dropsys teorier

om psykotoni. Enligt Dropsy föddes människan som en helhetlig människa med ändamålsenliga rörelsemönster. Kulturen och omständigheterna som omgiver människan under uppväxten påverkar dennes rörelsemönster. Dropsy kallar dessa inlärdade mönster för toniska motoriska mönster. De syftar på kroppens användning av kompensatoriska tensionsmönster i stället för naturliga och fria kroppsfunktioner. Dock kan individen påverka och förändra dessa inlärdade mönster genom att medvetet ändra sina viljemässiga rörelser. Toniska motoriska mönster berör även autonomiska funktioner, vilket möjliggör mönstrets förändring genom medvetenhet. Genom tonusreglering kan individen ha ändamålsenlig energianvändning och tillämpa den till olika situationer. (Skatteboe 2005 s. 12)

Vardagliga och fria rörelsemönster lärs om i BK-terapi tillsammans med fysioterapeuten. Rörelserna har målet att påverka toniska motoriska mönster. Rörelserna är små och enkla med syftet att främja mer funktionell rörelsekaraktär och rörelsevanor. Genom BK:s rörelser lär sig individen att komma i kontakt med och använda sig av nya rörelsestrategier. (Fysioterapeuten 2016). Rörelse som lärs ut uppmärksammar motoriska mönstret som kräver så lite tension som möjligt, men producerar den bästa möjliga funktionen hos individen (Skatteboe 2005 s. 15). Kroppsmedvetenhet och rörelsekaraktär poängteras vid rörelse (Fysioterapeuten 2016).

Dropsy påpekar vikten för individen att granska och uppleva sina erfarenheter. Att förstå sig själv och sina tankar i stället för att endast intellektuellt observera är utgångspunkt för subjektiv självkänedom enligt Dropsy. Dessa teorier framkommer med att medvetet granska sig själv och lyssna uppmärksam på sin kropp under BK-sessioner. (Skatteboe 2005 s. 13) Individen uppmuntras till att verbalt uttrycka sina upplevelser efter terapisessionen (Fysioterapeuten 2016).

Avspänning av kroppens autonomiska funktioner befriar personens livskraft. En balanserad utgångspunkt förhåller sig till kroppens mittpunkt och kan förändra andningen och avspänna autonoma nervsystemet. Att behärska sina rörelser och vara mentalt närvarande möjliggör sammankoppling av den fysiska och psykiska tillvaron.

BK-terapi baserar sig även på ett kontaktproblem, bearbetat av Dropsy. Enligt denna problemställning lider människan ofta av otillräcklig kännedom av sig själv och jaget. Detta uttrycker sig fysiskt och även i relation till omgivningen. Kontaktproblemet besk-

rivs som brist på harmoni i kultur och människan. Denna harmonibrist kan observeras i personens rörelser, hållning och röst användning. Karakteristiska aspekten är brist på koordination som leder till kontaktproblem mellan olika kroppsdelar. Kontaktproblemet består av följande ihopkopplade aspekter:

1. Kontakten med sig själv eller jaget - både med den fysiska organismen, inre livet och kreativiteten
2. Kontakten med fysiska realiteten - både i tid och rum
3. Kontakten med andra människor

Vikten av empati och närvaro mellan patient och terapeut betonas i BK-terapi. Terapeuten ska vara medveten av sin roll i förhållande till patienten. Terapeuten och patienten är likvärdiga, men terapeuten ska hitta balansen med sitt närmande till patientens brister. Detta innebär förmågan att identifiera varken terapeuten ska leda rörelse eller ge plats till patientens egen rörelseutforskning och återskapa kontakt med det som tappats bort. (Skatteboe 2005 s. 13–15)

4.2 Ätstörningar

Enligt undersökningen Unga vuxnas hälsa och psykiska välbefinnande som utfördes av Institutet för hälsa och välfärd år 2015 i Finland hade 6 % av kvinnorna i åldern 20-35 insjuknat i ÄS under sin livstid och en tredjedel av dem hade pågående ÄS under forskningsperioden. 0,3 % av männen i åldern 20-35 insjuknade i ÄS under sin livstid. Undersökningen behandlade AN, BN och EDNOS. (Institutet för hälsa och välfärd 2015). Befolkningsundersökningar har kommit fram till att livstidsprevalensen för AN-patienter är 0,9 % hos kvinnor och 0,3 % hos män. Hos BN-patienter är motsvarande siffror 0,9-1,5 % hos kvinnor och 0,1-0,5 % hos män. Livstidsprevalensen för BED-patienter är 1,9–3,5 % hos kvinnor och 0,3-2,0 % hos män. (Käypä hoito 2017b)

I allmänhet kan ÄS beskrivas som tvångstänkande över mat, ätande eller kroppsvikt. ÄS kan manifesteras sig i hög vikt, låg vikt, uppkastning, självrensning, hetsätning och avvikande träning. I fokus står individens behov av kontroll över sitt ätande.

Det är inte väl uppfattat hur normal ätbeteende fungerar. Det finns kunskap om faktorerna som reglerar kontrollen av matintaget, men hur de samspelar är fortfarande oklart. Receptorer i hypotalamus reglerar mängden av kroppsfett genom att kontrollera aptiten och förhöja energiproduktionen. Neuropeptid Y (NPY) är den mest potenta ap- titstimulansen i regionen och regleras via hormonerna leptin och ghrelin. Fettvävnad utsöndrar leptin, och mängden leptin i blodet reflekterar mängden energi som är lagrad i kroppen som fett. Leptin signalerar även kroppen när individen är mätt och inte längre i behov av näring genom att dämpa NPY. Ghrelin stimulerar NPY och signalerar kroppen när näringsintag behövs. Andra hormoner, däribland insulin ocholecystokinin, som utsöndras från magen, inälvorna och blodomloppet reglerar mängderna leptin och ghrelin.

Det är oklart hur stabil kroppsvikt upprätthålls, men det är känt att förhöjda nivåer av leptin i blodet förhöjer kroppens aktivitet och värmeproduktion, vilket resulterar i energi förlust. Detta kan utgöra en av mekanismerna via vilken en majoritet av människorna bevarar en relativt stabil kroppsvikt. Mekanismerna och receptorerna som tillsammans reglerar kroppsvikten slutar fungera då de är över- eller understimulerade som följd av svält eller av slukande och hetsätande. Dessa beteenden rubbar kroppens normala signaleringssystem, men det är okänt hur. Dämpandet av regleringsmekanismerna skulle kunna förklara det onormala ätbeteendet hos personer insjuknade i ÄS.

Förutom att människor med ÄS har störningar i den hormonella regleringen av ätbeteendet, upplever de ofta att känslor av hunger och mättnad inte är trovärdiga. Detta bidrar också till onormalt ätbeteende. (Abraham 2008 s. 26-27)

Forskning kring psykologiska och fysiologiska förändringar som sker vid begränsat matintag har visat att ju mer en person minskar sitt matintag desto mer kretsar dennes tankar kring mat. Dessutom sker det förändringar i känslolivet och personen tenderar att lida av stora humörändringar. Begränsning av matintaget förändrar personligheten, och personens hela liv börjar kretsa kring mat och ätandet. Fenomenet kallas för ”bantares dilemma”. Det enda sättet att normalisera effekterna är att återgå till normalt ätbeteende och ge upp på kontrollen. (Palmer 2014 s. 45)

Eftersom orsakerna bakom utvecklandet av ÄS är oklara saknar man preventiva åtgärder och specifika vårdmetoder är svårbestämbara. Dock finns det olika teorier om riskfaktorer, utlösande faktorer och bevarande faktorer som möjligen bidrar till ÄS utveckling och till dess kroniska natur. Dessa innehåller genetiska, fysiologiska, sociala och psykologiska perspektiv och inkluderar teorier relaterade till utvecklingen i barndomen och ungdomen. Till näst presenteras kort dessa faktorer och teorier. Ingen specifik teori kan dock övergripande förklara utvecklingen av ÄS. Alla dessa teorier kan spela en roll i utvecklandet av sjukdomen, men varje patient är unik och ska behandlas enligt sina krav. (Abraham 2008 s. 42, 50-51)

Teori om utveckling i ungdom

Under barnens utveckling börjar de naturligt äta mer då energikraven ökar. Eftersom man i västvärlden har överflödigt tillgång till mat börjar barnen ofta inta större mängder energi än vad deras kropp behöver för tillväxt, uppehållande av kroppsfunktioner och rörelseträning. Dessutom minskar energikraven hos kvinnor som genomgått puberteten eftersom deras tillväxt avtar och de inte har motsvarande ökning av muskelmassa som män i samma ålder. Den överflödiga energin börjar samlas som fettvävnad, en förändring som kan vara en riskfaktor för utveckling av ÄS. Kvinnorna kan känna ett behov av att kontrollera sin kroppsvikt genom att utnyttja sig av olika avvikande metoder. (Abraham 2008 s. 43-45)

Sociala teorin

Motstridiga meddelanden framförs i samhället och media: samtidigt som det uppmuntras att vara smal så marknadsförs ätandet som ett nöje, speciellt som ett socialt evenemang. Samhällets tryck syns också i att människor uppmuntras till att träna mera och pröva på olika dieter för att tappa vikt. Dessa motstridiga meddelanden kan utlösa olika förvridna tankar och beteenden. (Abraham 2008 s. 45)

Psykologiska teorin

Ätandet är ett grundbehov, men genom att fokusera på mat och vikt kan en person distraheras från sina obehagliga tankar och känslor. Hos personer med ÄS bildas tvångstankar kring kontroll över mat och kroppsvikt. Därför anses de drabbade personerna ha vissa karakteristiska drag i personligheten, som leder till utvecklingen av ÄS. Man kan förklara individens insjuknande genom olika psykologiska faktorer, men ingen klar psykologisk förklaring finns. Ju längre sjukdomen har framskridit, desto större roll spelar biokemiska förändringarna i den drabbades personlighet. (Abraham 2008 s. 45-46)

Fysiologiska teorin

Fysiologiska teorin förklarar hur ätandet eller långvarig svält påverkar humöret och varför en hungrig person antingen äter tills mättnad eller fortsätter banta.

Kolhydratrika maträtter höjer tryptofanhalten i blodet, vilket stimulerar serotoninutsöndringen i hjärnan (Abraham 2008 s. 47). Serotonin höjer humöret, och många antidepressiva läkemedel bygger på hormonets verkan (Käypä hoito 2017a). Höga leptin-nivåer i blodsystemet stimulerar också utsöndringen av serotonin och noradrenalin. Detta resulterar också i bättre humör, mättnadskänsla och brist på aptit. Efter en måltid känner man tillfredsställelse. Föga överraskande tyder forskning på att personer som följer strikta dieter ofta känner sig nedstämda.

En teori är att den förlängda svält som anorektiska patienter utsätter sig själva för kan öka den naturliga opiumaktiviteten i hjärnan. Opiumaktivitet höjer personens humör, vilket leder till att personen fortsätter att begränsa sitt ätande för att upprätthålla det goda humöret. Om detta fortsätter under en längre tid blir personen beroende av begränsandet. Hjärnan blir då van vid de förhöjda opiumhalterna och behöver allt högre aktivitet för att åstadkomma gott humör och hålla abstinensbesvären borta. Samma fenomen kan ses för motion. (Abraham 2008 s. 47-48)

Genetiska teorin

Forskning om rollerna av potentiella genetiska riskfaktorer i utvecklandet av ÄS pågår. Man tror att det finns en kombination av gener som ger mottaglighet till ÄS, som uttrycks beroende på miljöfaktorer. Studier antyder att 50-80 % av AN och BN patienter har en genetisk riskfaktor för att utveckla sjukdomen. Genetik spelar en roll i utveckling av AN, BN och EDNOS, men det är ännu oklart vad dess specifika roller är. (Abraham 2008 s. 48)

Teori om utveckling i barndom

Då barn genomgår en traumatisk upplevelse kan deras coping-mekanismer och sätt att besvara på olika situationer senare i livet påverkas. Sådana traumatiska upplevelser är till exempel giftig atmosfär hemma, mobbning och sexuellt utnyttjande. Barnet lär sig inte positiva coping-metoder och har istället utvecklat negativa eller även destruktiva coping-metoder. (Abraham 2008 s. 50-51)

4.2.1 Olika typer av ätstörningar

De bakomliggande orsakerna till utvecklandet av ÄS kan vara heterogena och sjukdomen kan uttryckas på olika sätt. Till näst beskrivs olika typer av ÄS. Närmare beskrivs de allmännaste typerna, som behandlas i de forskningsartiklar som examensarbetet baseras på. Dessa är AN, BN, BED och EDNOS. Dock finns det många andra typer av ÄS som uteslöts från arbetet eftersom man inte ännu forskat BK-terapiens effekt på dem.

Anorexia Nervosa

Sjukdomen namngavs av den engelska läkaren Sir William Gull år 1873, men det var först på 1960-talet som AN erkändes som en egen sjukdom med diagnostiska kriterier. Senare skiljde man åt patienterna som endast svälte ut sig själva från dem som själv orsakade uppkastning samt visade hetsättningsbeteende. Dessutom lade man märke till en grupp av patienter som liknade typen av AN som hade tendens för själv orsakad upp-

kastning och hetsättningsperioder, men var normal- eller överviktiga. Gerald Russel beskrev BN år 1979, och skiljde åt dessa två sjukdomar. (Palmer 2014 s. 3-4)

Karakteristiskt för AN är viktnedgång och låg kroppsvikt. Oftast syftar man på BMI-skalan (eng. body mass index) då det talas om under- och övervikt. BMI-värdet fås från ekvationen $BMI [kg/m^2] = vikt [kg] / (längd [m])^2$ och skalan är det mest använda mätinstrumentet vid diagnostisering av AN. (Abraham 2008 s. 27-33). Enligt skalan är normalvikten för över 20 år gamla mellan BMI 18.5-24.9 (World health organization, regional office for Europe). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Tenth Revision (ICD-10) är klassifikationsstandarden vid diagnostisering av sjukdomar och är utformat av World Health Organization (WHO) (World Health Organization 2016).

Enligt ICD-10 ska följande kriterier (A-D) uppfyllas för diagnos av AN. Ifall inte alla kriterium uppfylls, eller kriterierna A och B för BN uppfylls, är det frågan om EDNOS.

Kriterium A: Patientens vikt är minst 15 % under medelvikten för längden eller BMI är högst 17.5 kg/ m². Hos patienter som inte ännu genomgått puberteten kan vikten hållas samma även då de växer i längd, och patienterna blir underviktiga utan att tappa vikt. För äldre patienter måste det ske viktnedgång.

Kriterium B: Viktnedgången måste vara självorsakat genom att undvika vissa maträtter. Dessutom kan det ske överdriven träning, självorsakad uppkastning samt användning av laxermedel, vätskedrivande medel eller medel som är aptitminskande.

Kriterium C: Patienten känner sig fet och är rädd för att gå upp i vikt. Patienten har en förvrängd kroppsbild och har som målsättning att nå en låg vikt.

Kriterium D: Det har diagnostiserats en omfattande endokrin störning i hypotalamus-hypofys-könskörtelaxeln. Detta framkommer hos kvinnor som bortfall av menstruation och hos män som minskat sexuellt intresse samt försvagad potens. Ifall störningen börjar före puberteten försenar sig eller avstannar tillväxten och de fysiska förändringarna som sker under puberteten. Vid tillfrisknande brukar pubertetens utveckling fortsätta

normalt men försenat. Dessutom kan tillväxthormons- och kortisolhalterna vara högre än normalt, tyreoideahormonernas ämnesomsättning kan vara förändrad och insulinutsöndringen kan vara avvikande. (Käypä hoito 2017b)

AN uttrycker sig på flera sätt hos de drabbade. Sjukdomen är dock en förvrängning av kroppsbild för alla dessa patienter. Den förvrängda kroppsbilden uttrycks som en upplevelse av att vara fet, fast personen i verkligheten vet att kroppen är mager. Tankarna om hunger och behovet att äta varierar hos de drabbade. De flesta patienter känner hunger, men bortser från denna känsla och vägrar äta sunt på grund av tvångstanken att vara mager och rädslan för att tappa bort kontrollen över sitt ätbeteende. Tvångstankarna får de drabbade att tänka noggrant ut och planera sitt ätande och avsiktliga beteende i syftet för att tappa vikt. De drabbade vill nå kontroll över sin kropp, näringsintagning, aktivitet och beteende. Ju mer utsvält hjärnan blir på grund av bristande kaloriintagningen, desto starkare blir tvångstankarna och tvångsbeteendet. Då blir det också svårare för patienterna att separera tvångstankarna från deras egna tankar, och ÄS tar över den drabbades liv. (Abraham 2008 s. 29-33). Tanken av att släppa taget om tvångstankarna leder till skam och självhat hos den drabbade. Den drabbade vill hålla sig till sina regler och restriktioner, vilket ger henne tillfredsställelse.

Anorexia står för brist på aptit. Dock är namnet vilseledande, då de flesta patienter känner hunger men ignorerar denna känsla. Minoriteten av patienter har verkligen brist på aptit, en del vägrar medge känslan och resten medger behovet av att äta, men vägrar känna hunger då det ordet har positiva bibetydelser. Då patienterna ger in för hungern och äter mer än planerat, motarbetar de oftast effekterna av ätandet med extrema vikt-kontrollsmetoder. Exempelvis kan de drabbade själv orsaka uppkastning, använda sig av laxeringsmedel eller diuretika samt överdrivet motionerande. (Palmer 2014 s. 4-9)

AN brukar framkalla multipla sjukdomar av fysisk, psykisk och social natur.

Amenorrhé, det vill säga bortfall av menstruation hos kvinnor, är vanligt med AN. Amenorrhé brukar ske då BMI sjunker till 17–19 kg/m², då kroppen inte längre har tillräckligt av energireserver för att uppnå en frisk graviditet. (Palmer 2014 s. 6). Patienter av lägre vikt kan dock ännu menstruera ifall de använder sig av extra hormoner, till exempel

hormonella preventivmedel. Därför hör inte bortfall av menstruation som ett diagnostiskt kriterium för AN. (Abraham 2008 s. 29-33). Den drastiska viktnedgången i kvinnans kropp medför ändringar i hennes neuroendokrina reglering. Neuroendokrina kontrollen involverar hjärnan (hypotalamus i synnerhet), hypofysen och äggstockarna. Systemet släcks, vilket reflekteras som brist av libido samt reducering av akne och ökade humörsvingningar som normalt hör till puberteten. Biologiskt blir dessa kvinnor på samma nivå som barn, till exempel har en 19 år gammal AN patient en neuroendokrin kontroll och halt av de relevanta hormonerna på samma nivå som en 9 år gammal flicka. Den neuroendokrina kontrollen avaktiveras och aktiveras i nära samband med viktförändringar, vilket orsakar synliga och snabba förändringar hos AN patienter. Därför kan förändringarna också klart observeras av utomstående. För män släcks deras liknande system och effekterna av detta syns som generella förändringar som till exempel förlusten av sexuell drift. (Palmer 2014 s. 6-7)

Till AN hör också flera mindre specifika symptom. Dessa kan vara fysiska, t.ex. gastrointestinala symptom, känsla av svaghet, trötthet och kyla samt sömnstörningar. Som psykologiska symptom kan patienterna uppleva depression, ångest och tvångsbeteende. Dessa symptom kan dessutom leda till andra sjukdomar såsom svår depression. Generellt har AN patienter dålig självbild och självkänsla, förutom då det gäller deras ätbeteende, vilket kan vara en källa av sjuklig tillfredsställelse. Patienterna brukar ofta vara ledsna och känner sig fångslade till rädslan för att omständigheterna skulle bli värre ifall de skulle ändras. Detta leder till en ond cirkel av sjukligt beteende och ofriska tankar. (Palmer 2014 s. 8)

Bulimia Nervosa

År 1979 var engelska psykiatern Gerald Russel den första som identifierade att 40 % av hans patienter med anorexi hade en specifik variation av sjukdomen. I denna variation ingick perioder av hetsätning. Senare, år 1982, var det klart att även personer som aldrig varit underviktiga kunde lida av hetsätning. Patienterna som kände att de inte hade kontroll över sitt ätbeteende hetsät ofta och tog då i bruk diverse olika metoder för att undvika viktuppgång. Karakteristiskt för BN är hetsätning och användning av extrema metoder för att undgå viktuppgång. (Abraham 2008 s. 33)

Kriterium för diagnos enligt ICD-10 beskrivs som följande (A-D). Alla dessa kriterier ska uppfyllas. Icke-uppfyllda kriterier antyder att det är frågan om EDNOS.

Kriterium A: Patienten har återkommande perioder av hetsätning, minst två gånger i veckan under tre månaders tid, då denne äter stora mängder mat under en kort tid.

Kriterium B: Ätandet och den kraftiga viljan eller tvångsmässiga behovet av att äta dominerar tankarna.

Kriterium C: Patienter strävar till att förhindra matens "fettande" verkan med självorsakad uppkastning, perioder utan näringsintagning, medicin som minskar aptiten, laxermedel, diuretika eller medicin som påverkar sköldkörtelns hormonella funktion.

Kriterium D: Patienten har en uppfattning om att vara för fet och rädsla för viktuppgång, vilket ofta leder till undervikt. Psykopatologin bildas av sjuklig rädsla av övervikt. (Käypä hoito 2017b)

Hos de drabbade sker hetsätningen periodvist. Ängest, uttråkning, stress eller missnöje kan påskynda ett anfall. Bantande mellan hetsättingsperioderna och anfällen är vanligt hos bulimiker då de försöker kämpa mot behovet att hetsäta. Också andra slags samtidiga beroendebeteenden är vanliga hos de drabbade då de lider av något som motiverar dem att regelbundet bete sig på ett sätt som en frisk människa inte gör. Missbrukning är speciellt vanligt bland bulimiker, till exempel missbrukar minst 20 % även alkohol eller droger.

Många BN patienter använder sig av extrema metoder för att undvika viktuppgång. Dessa kan vara uppkastning, användning av laxermedel, stimulerande medel eller festdroger. Minoriteten av bulimiker kontrollerar sin vikt genom att följa en strikt diet. Vissa växlar mellan hetsätning och utsvaltning då de känner att vilken som helst slags mat kan påbörja ett hetsättingsanfall. En bulimiker har klar insikt av att hetsätning inte är samma sak som att föräta sig.

I sjukdomsbilden för BN ingår att ätandet ses som ett temporärt sätt att slippa tvångstankarna om mat och kontrollen över kroppsvikt samt livets stressande faktorer. Dessa patienter kan ofta vara aggressiva mot personer som försöker förhindra dem från att hetsäta. (Abraham 2008 s. 34-35)

Hetsätning kan uttryckas objektivt eller subjektivt, beroende på patientens upplevelse av anfallet. Subjektiv hetsätning kan ske hos vem som helst, personen i fråga upplever att de ätit för mycket, känner skuld på grund av detta och dömer sitt tillfälliga beteende kraftigt. Subjektiv hetsätning sker speciellt hos AN patienter men också hos människor som följer strikta dieter. Objektiv hetsätning utgör däremot ett kriterium för diagnos av BN. Då har den drabbade en subjektiv känsla av att ha tappat kontrollen, vilket uttrycks genom att äta matportioner som är ovanligt stora med tanke på omständigheterna. Hetsätningen brukar ske i hemlighet när personen i fråga är ensam.

Det är vanligt att BN patienter planerar sin hetsätning, vilket komplicerar fenomenet av att den drabbade upplever förlorad kontroll under ett hetsätningssanfäll. Innebörden av patientens kontrollbrist och vad som egentligen hör till den under ett hetsätningssanfäll är oklara.

BN liknar AN i och med att sjukdomsutvecklingen kan ha ett ursprung i försök att begränsa sitt ätande. Det är också relativt vanligt att patienterna alternerar mellan de olika ätstörningsbeteendena.

I rädslan för att vara "för fet" använder sig BN patienter av olika kompensatoriska metoder för sin hetsätning, varav självförvållad uppkastning hör till de vanligaste. Detta är farligt inte minst eftersom kontinuerlig uppkastning kan orsaka farlig elektrolytrubbning. Ett annat exempel är missbruk av laxermedlen, vilket medför mer förlust av vätska och elektrolyter än minskad absorption av mat. Användning av diuretika är också vanligt och kan orsaka svåra rubbningar i kroppens kemi. Även fastande och överdriven träning är karakteristiska kompensationsmetoder för BN patienter.

Flera andra sjukdomar av fysisk och psykisk natur är associerade till sjukdomsbilden i BN och orsakar fysiskt och psykiskt obehag eller nödläge hos patienterna. Det är exem-

pelvis vanligt med depressiva symptom, då ca 50 % av BN patienter lider av svår depression eller har en historia av liknande sjukdomar. (Palmer 2014 s. 11-14)

Atypisk ätstörning eller ospecifik ätstörning

Atypisk ätstörning (EDNOS) kan beskrivas som kaotiskt ätbeteende: den drabbade tycks inte ha ett specifikt mönster av ätande och viktnedgång. Denna typ av ÄS är dock lika allvarlig som de övriga ÄS, även om den inte uppfyller alla kriterier för diagnos av AN, BN eller BED och de drabbade brukar inte vara överviktiga. (Abraham 2008 s. 35-36)

Diagnoskriterierna är att den drabbade visar typiska symptom som förekommer vid AN, men uppfyller inte alla kriterier för diagnosen, eller att symptomen är av lindrig natur. Sjukdomen kan även uttryckas med symptom som liknar BN, men patienterna uppfyller inte den kliniska helhetsbilden av BN. (Käypä hoito 2017b) Patienter som håller på att utveckla eller återhämta sig från AN eller BN, eller som har återfallit i ÄS eller förflyttar sig från en ÄS till en annan klassas också under EDNOS. EDNOS inkluderar även patienter som lider av tvångstankar kring motionering istället för reglering av kroppsvikt. (Abraham 2008 s. 35-36). Dock används inte diagnosen ifall patienten har någon kroppslig störning som orsakar symptomen i fråga (Käypä hoito 2017b).

Hetsätningstörning

Hetsätningstörning klassades som en skild sjukdom med diagnostiska kriterier först 2013 i samband med publiceringen av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition (DSM-5), även om idén fanns i årtionden innan det, Spitzer et al påbörjade forskning kring BED redan 1992. Denna tredje ÄS inkluderades redan i DSM-4, men som en preliminär diagnos som ännu behövde fortsatt forskning. Sjukdomen är inte lika känd som AN eller BN (Keski-Rahkonen m.fl. 2013 s. 8). Enligt ICD-10 är BED listat som annan ÄS (F50.8). Kriterierna för klassifikation (A-D) av BED beskrivs som följande:

Kriterium A: Patienten har återkommande anfall av hetsätning, vid vilka stora mängder mat, som klart överskrider storleken på andras portioner under liknande tid eller situation, konsumeras. Patienten kan ha en känsla av att vara oförmögen att kontrollera eller avbryta sitt ätande.

Kriterium B: I Hetsätningssymptom inkluderar minst tre av följande:

- patienten äter onormalt hastigt
- patienten slutar inte äta innan känsla av obehaglig mättnad
- patienten äter stora mängder, även i avsaknad av hunger
- patienten äter ensam, eftersom de stora portionerna känns skamliga
- självhat, depression och skuld känslor följer hetsätningen

Kriterium C: Till hetsätningssymptomen hör kraftig ångest.

Kriterium D: Hetsätningssymptom sker minst en gång i veckan under tre månaders tid. (Käypä hoito 2017b)

Det är relativt problematiskt att diagnostisera BED eftersom det är svårt att definiera hetsätandet utan att uppfylla alla kriterier för BN. Åtskiljning av BED och icke-rensande BN är särskilt svårt i klinisk praxis. Enligt kriterier för BED bör hetsätandet ske i hemlighet såsom hos BN patienter, men hetsätning hos överviktiga är av en annan karaktär som kan beskrivas som heldagshetsätning. Många BED patienter är överviktiga, men alla överviktiga lider inte av BED.

I USA är prevalensen av BED 3 % bland unga vuxna. Liknande undersökningar har inte gjorts i Finland, men sjukdomen är troligtvis den allmännaste typ av ÄS.

Eftersom BED karakteriseras av tvångsmässigt ätande, inte av viktkontroll, kompenserar patienterna inte för sin hetsätning såsom i BN eller AN. Dock har en andel av patienterna en historia av att försöka hindra sitt ätande för att kontrollera sin kroppsvikt- och form. (Palmer 2014 s. 16-18)

4.3 Depression

Depression är en allmän mental sjukdom som drabbar flera människor under deras livstid. Depressiva sjukdomar definieras som symptom som uttrycks som förändringar i den drabbades tidigare funktion (Durbin 2014 s. 6). Årligen drabbas 5 % av vuxna finländare av depressiva tillstånd. Kvinnor insjuknar ca 1,5-2 gånger oftare än män. Varannan patient inom psykisk specialistsjukvård lider av depression. (Käypä hoito 2017a)

Det finns många olika typer av depression. I detta kapitel beskrivs endast de som är relevanta för detta arbetes teman.

En god bedömning av den drabbades tillstånd måste innehålla evaluering av dennes tidigare samt nuvarande funktion (Durbin 2014 s. 6). I planeringen av vården för depression ska man bedöma sjukdomens svårighetsgrad samt åtskilja ifall personen drabbats av tillståndet för första gången eller om tillståndet är av återkommande natur (Käypä hoito 2017a). Målet med vården är att återfå personens tidigare nivå av funktion (Durbin 2014 s. 6).

Enligt diagnostiska kriterier för depressiva tillstånd ska symptom av kliniskt märkbar svårighetsgrad förekomma dagligen under minst två veckors tid. Dessutom ska minst fyra av tio diagnostiska kriterier uppfyllas.

B. Minst två av följande symptom uppfylls:

1. Den drabbade lider av depressivt humör under majoriteten av tiden
2. Den drabbade har tappat intresse för eller får inte tillfredsställelse av saker som tidigare har upplevts intressanta eller tillfredsställande
3. Minskning av personliga resurser, eller är onormalt trött

C. Minst två av följande symptom förekommer:

4. Självaktning eller minskat självförtroende
5. Grundlöst eller orimligt beskyllande av sig själv
6. Återkommande tankar kring döden eller självmord, eller självdestruktivt beteende

7. Subjektiva eller påvisade koncentrationssvårigheter, vilket kan även uttryckas som obestämthet
8. Subjektiv eller påvisad psykomotorisk ändring, det vill säga upprördhet eller tröghet
9. Sömnsvårigheter
10. Brist på eller ökning av aptit, vilket leder till ändring av kroppsvikt

Sjukdomens svårighetsgrad kan bestämmas grovt genom antal uppfyllda diagnostiska kriterier: 4-5 stycken syftar på lindrig, 6-7 på medelsvår och 8-10 på svår depression. Det finns även ett antal andra skalor för att mäta svårighetsgraden på depression.

Lindrig depression definieras som subjektivt lidande utan egentlig funktionsnedsättning. Funktionsnedsättning ingår i medelsvår depression, och vid svår depression behöver patienten hjälp vid vardagliga funktioner. Depression framkallar ofta multipla sjukdomar, varav de allmännaste är ångest, personlighetsstörning och missbruk av olika medel. Dessa tillstånd försvårar vården.

Många faktorer bidrar till utvecklingen av depressionstillstånd, där biologiska, psykologiska och sociala riskfaktorer förenas. De centrala riskfaktorerna är ärftlighet, vissa personlighetsdrag och utlösande negativa livshändelser. Olika biologiska, psykologiska och sociala mekanismer har en stor roll i patogenesen av depression. Till dessa mekanismer hör bland annat de genetiska, neurokemiska och neurofysiologiska mekanismerna samt processer som åstadkommer, uppehåller och förstärker depressivt humör. (Käypä hoito 2017a)

Forskning har påvisat att BK-terapi har en god effekt på personer med ångest och depression, varför metodens effekt på depressiva tillstånd undersöks i detta arbete (Fysioterapeuten 2016).

5 FYSIOTERAPI FÖR PATIENTER MED ÄTSTÖRNING ELLER DEPRESSION

Psykofyysisen fysioterapian yhdistys (PSYFY) rekommenderar användning av psykofysisk fysioterapi, en specifik inriktning inom fysioterapi, vid vården av bland annat ÄS och depression (Psykofyysisen fysioterapian yhdistys 2017).

Tvångsmässigt motionerande hör till de mest dominanta symptomen för patienter med ÄS. I början av vården måste man begränsa patientens motion, beroende på individuella faktorer. Ofta har motionerandet blivit överdrivet och tvångsmässigt då kroppen under en längre period förbrukat mer energi än vad den intagit. Kroppen kan därmed inte längre återhämta sig och träningen ger inte längre hälsofrämjande effekter. Patienten måste lära sig ett nytt tankesätt för träningskonceptet och sund motion innan återupptagning av motion. Dessutom är syftet med att begränsa motion under vården att lära patienten att tillåta sig själv att vila. Fullständig träningspaus berör patienter vars kroppsfunktioner inte tål någon motion för tillfället. (Syömishäiriökeskus 2017)

I Finland rekommenderas det att vården för depression genomförs av ett mångprofessionellt team bestående av allmänläkare, sjukskötare och psykiater. Vården ska vara väl planerad med uppföljning av patienten, rådgivning och psykosocialt stöd för patienten. I rekommendationen har man inte beaktat fysioterapins roll. (Käypä hoito 2017a)

6 METOD OCH ETISKA REFLEKTIONER

I detta kapitel presenteras datainsamlingsprocesserna för arbetets litteratursökning och materialsökning. Data-analysmetoden som använts för granskningen av materialet presenteras också. Metodiken för dessa var redan given av uppdragsgivaren. En systematisk litteratursökning användes för att hitta artiklar till arbetet. De valda artiklarna kvalitetsgranskades enligt den valda metoden, PICO-metoden, och klassificerades enligt God Medicinsk Praxis riktlinjer. PICO-metoden och det valda klassificeringssystemet beskrivs senare i detta kapitel. Datainsamlingsprocesserna kommer att beskrivas mera ingående. En tabell över sökningsprocessen hittas i bilaga 1.

6.1 Metoden för datainsamling

En systematisk litteratursökning är en specifik, organiserad och begränsad sökprocess som är repeterbar. Litteratursökningen bör begränsas till relevant och pålitlig information. Detta kräver definiering av specifika inklusions- och exklusionskriterier inför datainsamlingsprocessen. En smidig sökprocess planeras noggrant i förhand. Sökprocessen påbörjas med att bestämma informationsbehovet och dess användningssyfte. Sökorden ska väljas noggrant med tanke på arbetets ämne och frågeställningar. Sedan väljs ut ändamålsenliga databaser för informationssökningen, som ska ha för ämnet lämpligt innehåll. Efter informationssökningen väljs ut artiklar på basis av deras rubrik, abstrakt och innehåll i sin helhet. Alla steg i informationssökningen ska dokumenteras och sökhistoriken presenteras. Till slut ska processen granskas kritiskt med hjälp av följande frågor: har det hittats tillräckligt med pålitlig information och är den ändamålsenlig? Är valen av sökord och databas optimala och effektiva? Det lönar sig också att reflektera över om arbetets mål är i enlighet med de användbara resurserna, så som tid och skribentens nuvarande kompetens. Även skribentens personliga reflektioner om processen hör till den kritiska granskningen. (Johansson m.fl. 2007 s. 10-59)

6.2 Materialsökning

Artiklarna söktes från Libguiderna och sökningen inleddes under hösten 2017. Sökorden "*basic body awareness therapy*" AND "*eating disorders*" användes i databaserna

EBSCO Academic Search Elite, Sage journals, PubMed, CINAHL (EBSCO), Sport Discus och Science direct. Från EBSCO Academic Search Elite hittades tre användbara artiklar (Catalan-Matamoros m.fl. 2011) (Thörnberg & Mattson 2010) (Vancampfort m.fl. 2014). Sökningen i Sage Journals gav över 3000 träffar med en användbar artikel som var samma som redan använts (Catalan-Matamoros m.fl. 2011). Från PubMed hittades två samma användbara artiklar som redan hade hittats från EBSCO (Catalan-Matamoros m.fl. 2011) (Vancampfort m.fl. 2014). Från Cinahl (EBSCO) hittades en användbar artikel som redan hade använts (Catalan-Matamoros m.fl. 2011). Från Sport Discus hittades två användbara artiklar som redan hade använts (Catalan-Matamoros m.fl. 2011) (Thörnberg & Mattson 2010). Sökningen i Science Direct gav över 5000 träffar som inte direkt tangerade arbetets ämne.

Sökorden "*basic body awareness therapy*" OR "*basal kroppskänedom*" AND "*eating disorders*" OR "*ätstörningar*" användes också i de ovannämnda databaserna. Från EBSCO Academic Search Elite hittades 6 användbara artiklar (Danielsson m.fl. 2014) (Danielsson m.fl. 2015) (Johnsen m.fl. 2010), varav tre hade redan hittats med sökorden "*basic body awareness therapy*" AND "*eating disorders*" (Catalan-Matamoros m.fl. 2011) (Thörnberg & Mattson 2010) (Vancampfort m.fl. 2014). Från PubMed hittades 2 artiklar som redan hade använts (Catalan-Matamoros m.fl. 2011) (Vancampfort m.fl. 2014). Från Cinahl (EBSCO) hittades en ny användbar artikel (Ambolt m.fl. 2017) och 3 andra användbara artiklar som redan hade använts (Catalan-Matamoros m.fl. 2011) (Johnsen m.fl. 2010) (Vancampfort m.fl. 2014). Sökningen i Sage Journals gav inga träffar med dessa sökord. Sökningen i Science Direct gav över 5000 träffar som fortfarande inte direkt tangerade vårt ämne även med dessa sökord. I databasen Sport Discus hittades en ny användbar artikel (Soundy m.fl. 2016) och fyra användbara artiklar som hade redan använts (Johnsen m.fl. 2010) (Catalan-Matamoros m.fl. 2011) (Thörnberg & Mattson 2010) (Vancampfort m.fl. 2014).

Sökorden "*basic body awareness therapy*" AND "*depression*" användes i samma databaser. Endast från Science Direct hittades en användbar artikel (Kolnes 2017).

Sökorden "*physical therapy*" OR "*physiotherapy*" AND "*depression*" användes också i samma databaser. Två nya användbara artiklar hittades från Science Direct (Kolnes

2012) (Lee m.fl. 2017) samt en användbar artikel som redan hade använts (Kolnes 2017).

Några inklusions- och exklusionskriterier användes för att bestämma vilka artiklar som togs till noggrannare granskning. Inklusionskriterierna omfattade artikelns relevans för detta arbete, som värderades på basen av titeln och abstraktet. Artiklarnas språk skulle vara engelska, svenska eller finska. De inkluderade artiklarna skulle innehålla information och forskning kring BK-terapi interventioner för patienter med ÄS och/eller depression, eller traditionella fysioterapeutiska interventioner för ÄS och/eller depression.

Exklusionskriterierna omfattade ämnen som inte tangerade BK-terapi eller traditionell fysioterapi för patienter med ÄS och/eller depression eller om artiklarna var skrivna med ett annat språk än engelska, svenska eller finska.

6.3 Litteratursökning

Olika litteraturkällor söktes för att tillförlitligt kunna beskriva bakgrunden till arbetet. I databasen ArcadaFinna hittades sammanlagt fyra böcker som användes i detta arbete. En bok hittades med sökordet "*basic body awareness therapy*" (Skatteboe 2005), med sökordet "*eating disorder*" hittades två böcker (Abraham 2008) (Palmer 2014) och en bok hittades med sökordet "*depression*" (Durbin 2014). Dessutom användes en bok (Biguet m.fl. 2012) som även används som kursbok i fysioterapiutbildningen i Yrkes-högskolan Arcada.

Från dessa böcker hittades forskning och kunskap kring arbetets ämne, samt evidens för användning av BK-terapi för rehabilitering av ÄS.

6.4 PICO-metoden

Vid kritisk granskning av artiklarna utnyttjades PICO-metoden, då skribenterna hade tidigare erfarenhet av metoden och den verkade vara lämplig för kvalitetsgranskning av de inkluderade artiklarna. PICO står för de engelska orden patient, intervention, comparisons och outcome. Respektive studiens relevans för detta arbete bestämdes genom att jämföra dess forskningsfråga med arbetets. Sedan analyseras studiens interventionseff-

fekt utgående från fyra dimensioner: patient, intervention, jämförbarhet och resultat. Först granskades patienternas eller studiens problemsättning. Följdfrågorna var vem som undersöktes samt antal deltagare och bortfall under studien. Sedan granskades studiens interventioner eller strategin. Efter detta tog man reda på om kontrollgruppen och forskningsgruppen i undersökningen var jämförbara och om dessa grupper behandlades lika. Till sist granskades resultaten och de viktigaste resultatförändringarna, var även eventuell harm inkluderades. (Käypä hoito 2012 tabell 2 s. 13)

6.5 Indelning av forskningsklass

Efter att ha granskat artiklarna enligt PICO-metoden klassades de enligt rekommendationerna från God Medicinsk Praxis. PICO-metoden omfattar fyra nivåer: A, B, C och D. En studie av nivå A har stark evidens, och repetition av studien ger osannolikt förändringar i resultat. Dessutom refererar artikeln till minst två andra undersökningar som har kommit till liknande resultat. Vid nivå B kan nya studier ge förändringar i forskningsresultatens riktning och storlek. I artikeln nämns minst en högklassig publikation som kommit till liknande resultat. Nivå C innebär att det är troligt att nya studier kommer att påverka värderingen av forskningsresultaten. Dessutom finns det fler högklassiga publikationer av ämnet, men resultaten är motstridiga. Vid nivå D ger studien osäkra resultat. Sådana studier finns, men svaga metoder har använts. Forskningsresultaten kan användas för rekommendationer fastän de inte är baserade på kontrollerade studier.

För att specifika klassificera studiens kvalitet delas de i högklassiga, dugliga och lågklassiga studier. Klassificeringen gjordes enligt de utgivna riktlinjerna av God Medicinsk Praxis. En högklassig studie har ett lämpligt upplägg i jämförelse med problemställningen och studiens punkttestimering är trovärdig. En duglig studie har ett lämpligt upplägg i jämförelse med problemställningen och dess punkttestimering är relativt trovärdig. En lågklassig studie har inte ett lämpligt upplägg och dess punkttestimering är inte trovärdig. (Käypä hoito 2012 s. 62-63)

I arbetet togs med artiklar av alla nivåer, inga exklusionskriterier över artikelns nivå bestämdes. Detta beror på att relativt få artiklar som berör arbetets ämne finns. Med tanke på arbetets bedömningar och slutsatser, tycktes det i så fall vara bäst att ta med alla ar-

tiklar som hittades. Då möjliggörs ändamålsenlig diskussion kring ämnet. Alla valda artiklar var dock inom inklusionskriterierna för detta arbete (inklusionskriterierna beskrivs i kapitel 6.1.).

6.6 Etiska reflektioner

Detta arbete följer god forskningspraxis utformat av Forskningsetiska delegationen. Skribenterna var ärliga, omsorgsfulla och noggranna i sitt arbete. Dessa krav uppfylldes även i dokumentering, presentation av resultat och bedömning av undersökningar och undersökningresultat. Referering till litteratur och forskning gjordes korrekt och enligt god vetenskaplig praxis. (Forskningsetiska delegationen 2012)

7 KVALITETSGRANSKNING AV MATERIAL

I detta kapitel presenteras och kvalitetsgranskas artiklarna som inkluderas i arbetet. Artiklarna granskades med hjälp av PICO-metoden och klassificerades enligt God Medicinsk Praxis riktlinjer. Den kritiska granskningen utfördes subjektivt och enskilt av båda skribenterna. Observationerna i skribenternas granskningar jämfördes efteråt och utifrån dessa arbetades en sammanfattning av varje enskild artikel. Nedan redogörs dessa sammanfattningar. Noggrannare kvalitetsgranskning och motivering för artiklarnas bestämda nivå och klass redogörs i bilaga 2. Senare i detta kapitel hittas tabell 1 som presenterar artiklarnas nivåer och klasser.

Artikel 1: *Therapeutically efficient components of basic body awareness therapy as perceived by experienced therapists – a qualitative study* (Ambolt m.fl. 2017):

I artikeln identifierades och beskrevs effektiva komponenter i BK-terapi av erfarna BK-experter. Studien var kvalitativ och gjordes i Sverige. Deltagarna skulle vara yrkesverksamma som arbetar med BK-terapi och befann sig i södra Sverige. Utav 33 lämpliga deltog 24 stycken. 20 deltagare var fysioterapeuter och fyra tillhörde andra hälsoprofessioner, och en av dem var en man. Deltagarna var mellan 44,5 och 57 år gamla. Deltagare intervjuades i grupp med semistrukturerade frågor. Forskningsresultaten delades in i två kategorier, terapeutiskt mötande och terapeutiska redskap. Enligt studien delas de terapeutiskt effektiva komponenterna av BK-terapi i terapeutiskt mötande och terapeutiska verktyg. Terapeutiskt mötande delas vidare till öppet och pålitligt terapeutiskt närmandesätt, kontinuerlig interaktion under behandlingen, terapeutens förmåga att återspegla patientens känslor under behandlingen samt personlig verbal kommunikation och icke-verbal kommunikation. Terapeutiska verktyg delas vidare till justering och anpassning under behandlingen, verbalt ledande och icke-verbalt ledande och skapande av en fri miljö och säkerhet. Studien ligger vid nivå B och är av duglig klass.

Artikel 2: *Considering the role of physical therapists within the treatment and rehabilitation of individuals with eating disorders: an international survey of expert clinicians* (Soundy m.fl. 2016):

I artikeln studerades fysioterapi-experters erfarenhet, verksamhet och kunskap av att informera i sin kliniska praxis, utbildning och forskning angående fysioterapi vid fysisk och psykisk vård av patienter med ÄS. Studien var kvantitativ och gjordes i form av en internationell nätenkät. Deltagarna var fysioterapeuter inom mental hälsa och arbetade med ÄS. Deltagarna var medlemmar i International Organization of Physical Therapists in Mental Health, en undergrupp av World Confederation for Physical Therapy. Studien hade 28 deltagare, varav 19 var män. Största delen av deltagarna kom från Europa (23 stycken) och resten från Afrika (fyra) och Nordamerika (en). Deltagarna var mellan 29.4 och 54.6 år gamla. Det framkom att få fysioterapeuter som är specialiserade inom mental hälsa arbetar med ÄS-patienter, och att det inte finns specifika rekommendationer för fysioterapi vid ÄS. Dock ansåg deltagarna att fysioterapi är en effektiv vårdmetod för patientgruppen. Underlättande faktorer och hindrande faktorer på psykosocial, fysisk samt beteendemässig och miljöberoende plan identifierades. Dessa faktorer är beroende av den specifika typen av ÄS, och redogörs för senare i kapitel 8. Det bestämdes tre nyckelområden inom fysioterapi för patienter med ÄS. Dessa är att a) förse patienten rörelse eller fysisk aktivitet, b) förse psykoterapeutiska interventioner och c) förse råd för att stödja hälsosamt beteende. Studien ligger vid nivå B och är av duglig klass.

Artikel 3: *Limited interface between physiotherapy primary care and people with severe mental illness: a qualitative study* (Lee m.fl. 2017):

I artikeln studerades hur yrkesverksamma inom mentalvård ser på fysioterapeutens roll i vård av patienter med ihållande och svåra mentala sjukdomar och vilka faktorer de ser som inverkan i tillgång till fysioterapeutisk vård. Dessutom studeras hur personer med dessa ihållande och svåra mentala sjukdomar förstår den potentiella rollen av fysioterapi i hälsovården, och vilka faktorer de ser som inverkan i tillgång till fysioterapeutisk vård. Studien är kvalitativ och gjordes i Australien. Deltagarna utgjordes av yrkesverksamma inom mental hälsa och patienter med svåra och ihållande mentala sjukdomar. 24 yrkesverksamma, varav 18 var män, deltog i undersökningen. De yrkesverk-

samma hade medelåldern 44 år. 35 patienter, varav 21 var män, deltog i undersökningen. Patienterna hade medelåldern 39 år. Patienterna led av schizofreni, schizoaffektivt syndrom, bipolaritet, svår depression eller övriga svåra affektiva störningar. Deltagarna intervjuades i fokusgrupper eller individuellt vid behov. Varje deltagare fick en ordagrann kopia av intervjun för att verifieras. Både de yrkesverksamma och patienterna rapporterade allmän brist på förståelse av fysioterapi och dess relevans i mentalvård. Det finns en tudelning mellan fysisk och psykisk vård vilket kan orsakas av dålig kommunikation mellan de olika professionerna, de yrkesverksamma identifierade strukturella hinder och ifrågasatt fysioterapeuternas sakkunnighet och kunskap i hantering av svåra och ihållande psykiska sjukdomar. Utsättning av fysioterapi för både yrkesverksamma och patienter skulle klargöra fysioterapins roll inom mentalvård. Studien ligger vid nivå D och är av låg klass.

Artikel 4: *Embodying the body in anorexia nervosa – a physiotherapeutic approach* (Kolnes 2012):

I artikeln beskrevs hurdana fysioterapeutiska övningar inom Norwegian Psychomotor Physiotherapy (NPMP), kroppskänedom, kroppsstabilitet samt kroppskontakt hjälper förmågan till kroppsgestaltning hos patienter med AN. Alla dessa närmelsesätt verkar på alla fyra existensnivåer, och tar i så fall patienten i hänsyn som en fullständig mänsklig varelse. Studien är kvalitativ och baserar sig på skribentens kliniska observationer, patientberättelser samt på riktgivande teorier och metoder från NPMP. Skribenten är en av de ledande forskarna och specialisterna inom NPMP och arbetar i en specialenhet för patienter med ÄS i Norge. De observerade problemområden hos AN-patienter innehåller signifikant nedsättning i kroppskänedom, extremt onaturligt andningsmönster, signifikant muskeltension, dålig postural stabilitet och tendens till tvångsmässig och överdriven träning. Fysioterapeuter kan vara experter i vård av dessa problemområden. Dessutom kan ökad kroppsmedvetenhet och fri andning vara en väg till förbättrat emotionellt medvetande och på så sätt befria utforskade känslor, associationer och erfarenheter.

NPMP är mest använt, vidareutvecklat och modifierat av fysioterapeuter och forskare i de Nordiska länderna. Närmelsesättet baserar sig på förståelse av att hållning, andning,

muskeltension och kroppskänedom är nära relaterade till emotionella och psykologiska påfrestningar. Två påståenden som NPMP bygger på är att en persons liv och historia uttrycker sig via personens kropp och att kroppen är en funktionellt integrerad enhet. Det ses en stark interaktion mellan andning, känslor och känsloreglering vilket leder till att andningen och dess påverkande faktorer är en fundamental del av behandlingen. Behandlingen kan utföras anpassningsbart eller stödjande. Anpassningsbar behandling har som mål att förändra personens fysiska och emotionella vanemässiga reaktionsmönster. Den stödjande behandlingen lägger fokus på stabilisering av individen så att personen kan tillåta sig att ha en bättre kontakt med sig själv.

Kroppskänedomsterapierna är kroppsorienterade, fysioterapeutiska närmelsesätt som är inriktade på att bygga medvetenhet över kropps användning, personens beteende och interaktionen med en själv och andra varelser. Genom behandlingarna ska personen lära sig att integrera sin kropp till en total erfarenhet av sig själv, återuppta kroppskänedom och kroppskontroll samt att nå en mer utvecklad kontakt med sina känslor och deras verkan.

Kroppsstabilitet och kroppens bästa möjliga linjering är beroende av muskulära-, neuromuskulära- och andningsprocesser. God kroppsstabilitet är nära förknippad med kroppskänedom och kroppskontakt. Kroppskontakt innebär att personen har kontakt med både motoriska och sensoriska dimensionerna av sin kropp samt kontakt med sina sinnesförmålor och känslor. Behandlingen för förbättrad kroppsstabilitet bygger på kontroll och stabilitet över bålen för att skapa mekaniskt stöd för ryggraden samt styrka och flexibilitet i ryggens rörelser.

Från skribentens observationer samt patientfeedbacken kan påvisas att mångsidig och omväxlande träning stimulerar känslor av helhet och kontakt med kroppen. Studien ligger vid nivå D och är av låg klass.

Artikel 5: *Exercise and physical therapy help restore body and self in clients with severe anorexia nervosa* (Kolnes 2017):

I artikeln redogjordes för möjliga roller för träning och fysioterapi i vården av AN. Studien var kvalitativ och tog plats i Norge. Deltagarna hade AN och motionerade tvångs-

mässigt. De genomgick vård för sin ÄS. Deltagarna var sex kvinnor mellan 23 och 50 år gamla. I studien intervjuades och gjordes fysioterapeutisk undersökning och bedömning av deltagarna. Syftet var att få en större inblick i AN-kropp och för att hitta lämpliga terapeutiska interventioner för dessa patienter. I kroppsundersökningen, som var modifierad från NPMP, märktes liknande ändringar i hållning, kroppslig flexibilitet, muskel-tension och andning hos alla deltagare. Det föreslås att interventionerna för AN-patienter ska också innehålla förbättring av postural stabilitet för att främja ändring i kroppens proprioceptiska medvetande. Detta kan förbättra patientens känsla av att äga sin kropp och av att vara i kontroll över sin kropp och rörelser. Sådan träning ger också patienterna nya upplevelser av vad motion innebär, och kan medföra positiva ändringar i deras tvångsmässiga träningsbeteende. Studien ligger vid nivå C och är av duglig klass.

Artikel 6: *Rating body awareness in persons suffering from eating disorders – a cross sectional study* (Thörnberg & Mattson 2010):

I artikeln evaluerades kroppskänndomen hos personer med ÄS. I studien granskades fysioterapeuters observationer och patienters subjektiva upplevelser av kroppsligt uttryck. Studien är en tvärsnittsstudie som gjorts i Sverige. Studien hade 87 deltagare varav 26 hade AN, 20 hade BN och 41 EDNOS. Tre av deltagarna var män. Deltagarna var mellan 17 och 53 år gamla. Kontrollgruppen omfattade till synes friska deltagare. Alla deltagare bedömdes av en skribent med hjälp av Body Awareness Scale - Health (BAS-H) och deltagarna fyllde i Interview Scale Body Ego (ISBE) bedömningskalan. Resultaten av dessa två bedömningsskalorna visade någon liknelse inom respektive grupp. Forskningsgruppen fick mer poäng än kontrollgruppen i både den objektiva och subjektiva bedömningen. Detta innebär att forskningsgruppen bedömdes och gruppen upplevde sig ha sämre kroppskänndom, psykisk hälsa samt fysisk funktion än kontrollgruppen. Forskningsgruppen fick även mer poäng vid alla underkategorier av BAS-H- och ISBE-skalorna. Resultaten i forskningsgruppen varierade beroende på diagnos. Korrelationen mellan totala BAS-H och ISBE var starkast hos AN- och EDNOS-grupperna. Korrelationen mellan skalorna var också stark vid underkategorin centrerings för alla tre grupper (AN, BN och EDNOS). BN- och EDNOS-grupperna korrelerade starkt vid centrerande rörelser och liggande. AN- och EDNOS-grupperna korrelerade

vid underkategorin förhållanden. AN-gruppen korrelerade även vid ögonkontakt. Studien ligger på nivå C och är av duglig klass.

Artikel 7: *A pilot study on the effect of basic body awareness therapy in patients with eating disorder: a randomized controlled trial* (Catalan-Matamoros m.fl. 2011):

I artikeln studerades effekten av BK-terapi för patienter med ÄS. Studien var en slumpmässigt kontrollerad studie (eng. randomized controlled trial, RCT) som gjordes i Spanien. Studien inkluderade 28 deltagare med AN, BN eller EDNOS-diagnos som slumpmässigt delades in i en forskningsgrupp och en lika stor kontrollgrupp. Dock hoppade 8 deltagare i kontrollgruppen av studien. Slutliga deltagarantalet var 22 stycken och två av dem var män. Deltagarna hade en medelålder på 28 år. Alla deltagare fick standardiserad traditionell vård i form av psykoterapi och psykiatri. Forskningsgruppen fick BK-terapi i sju veckor, där de under de två första veckorna fick individuell terapi och därefter fem veckor av grupperapi. Kontrollgruppen behandlades inte. Märkbara olikheter mellan grupperna identifierades. Resultaten i BK-terapigruppen omfattade fysiska och psykiska förbättringar i kroppskänedom och allmän inställning i jaget samt omständigheterna. BK-terapi påverkade positivt i driv, missnöje över kropp, livskvalitet och svårighetsgraden på sjukdomen. Studien ligger på nivå B och är av duglig klass.

Artikel 8: *Exercise or basic body awareness therapy as add-on treatment for major depression: A controlled study* (Danielsson m.fl. 2014):

I artikeln undersöktes effekten av träning och BK-terapi som tillägg till vård av svår depression. Studien var en RCT-studie som gjorts i Sverige. Deltagarna hade diagnos svår depression och var i åldern 18–65. Studien hade slutligen 49 deltagare. Deltagarna indelades i tre grupper, där den första gruppen fick fysioterapeutiska träningsinterventioner med aerobisk träning, den andra BK-terapi och den tredje gruppen fick ett rådgivningstillfälle angående fysisk aktivitet. Aerobisk träning hade kliniskt relevant effekt på svårighetsgraden av depression och kardiovaskulär kondition. Dessutom upplevde deltagarna att ett aktivt samarbete med en fysioterapeut eller liknande expert hade positiv effekt på fysisk aktivitet. BK-terapi hade positiv effekt på självrapporterade depressionssymptom. Som slutsats angående BK-terapi kom skribenterna fram till att metoden

kan användas som tillägg i vården för patienter med motivation till BK-terapi eller till patienter med tillstånd som hindrar träning. Det konstaterades att BK som ett terapeutiskt närmelsesätt behöva längre interventionsperiod för att nå märkbara resultat och patienterna visade även ha fördomar för denna typs terapi. Studien ligger på nivå A och är av hög klass.

Artikel 9: *Opening toward life: experiences of basic body awareness therapy in persons with major depression* (Danielsson & Rosberg 2015):

I artikeln studerades hur BK-terapi upplevs av personer som lider av svår depression, och vilken betydelse dessa upplevelser har för personerna. Studien var kvalitativ och utfördes i Sverige. 15 personer, varav fem var män deltog i studien. Deltagarna led av svår depression. Åldern låg mellan 19 till 64. Deltagarna hade varit med i en RCT-studie och varit med om varierande mängd BK-terapi (se artikel 8). Deltagarna deltog i en individuell semistrukturerad intervju med öppna frågor med syftet att observera deltagarnas kroppsspråk, känslouttryck, röst användning och rummets atmosfär. För fyra deltagare instruerades BK-rörelser för att uppfriska minnet om upplevelserna. Som resultat kunde det urskiljas ett stort tema, att öppna sig för livet. Inom temat urskildes det fem underkategorier: livskraft och livsstyrka, förmåga att jorda sig själv, förmåga att känna igen mönster i ens egen kropp, bli bekräftad och låta sig vara sig själv samt ta fast i det obestämda. Också förbättrad subjektiv förmåga att delta i sitt eget liv märktes. Studien ligger på nivå B och är av duglig klass.

Artikel 10: *Feeling more in balance and grounded in ones own body and life. Focus group interviews on experiences with basic body awareness therapy in psychiatric healthcare* (Johnsen & Råheim 2010):

I artikeln studerades deltagarnas upplevda effekter av BK-terapi. Studien var kvalitativ och tog plats i Norge. Deltagarna hade varierade diagnoser av personlighetsstörning, ÄS, ångest, depression, identitets- och närhetsproblem, fibromyalgi, långvarig smärta och myalgisk encefalomyelit (ME). 17 deltagare, varav en man, deltog i studien. Åldern på deltagarna var mellan 27 och 70. Deltagarna kom från tre olika grupper som hade fått BK-behandling i sex månader. Som forskningsmetod användes gruppintervju med öppna frågor. Tre centrala teman identifierades. Dessa teman var förbättrad medveten-

het om egen kropp och förbättrad kunskap om sig själv, lägre tröskel att ta del av tidsförbrukande förändringar och förbättrad relation mellan sig själv och andra. Studien ligger på nivå B och är av duglig klass.

Artikel 11: *A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa* (Vancampfort m.fl. 2014):

I artikeln undersöktes vårdens effekter för patienter med AN eller BN. Studien var en litteraturgranskning av RCT-studier. Studierna skulle undersöka effekten av fysioterapeutiska interventioner jämfört med traditionell vård eller väntan på vård. Åtta studier som omfattade sammanlagt 213 deltagare i åldern 16–36 med ÄS, varav nio var män, inkluderades i granskningen. Av deltagarna hade 108 stycken BN, 90 stycken AN och 15 stycken EDNOS. De fysioterapeutiska interventionerna skulle innehålla en av följande träningsmetoder; aerobisk träning, styrketräning, avslappningsövningar, BK-terapi, yoga, massage, eller en kombination av dessa. Träningen skulle vara planerad, strukturerad, repetitiv och ändamålsenligt med syftet att förbättra eller uppehålla fysisk kondition. Den traditionella vården omfattade sjukhusvistelse, avdelningsvård, psykiatrisk sjukvård eller öppen vård. De deltagare som inte vårdades var på väntelistor för att få traditionell vård. Resultaten visade märkbara positiva effekter på både fysiska och psykiska symptom hos patienterna jämfört med traditionell vård. Aerobisk träning och yoga visade sig ha positiva effekter på patologiskt ätbeteende hos AN- och BN-patienter och förbättrad viktstatus hos patienter med AN. Fysisk träning ledde till förbättrad kroppsbild och till minskad känsla av uppsvullenhet under ätandet hos BN-patienter. Fysisk träning ledde även till förhöjd muskelkraft hos AN-patienter. Dessutom ledde aerobisk träning, yoga och styrketräning till ökad vikt och kroppsfett hos ÄS-patienter i jämförelse med inaktiva patienter. Studien ligger på nivå A och är av hög klass.

Tabell 1. Sammanfattning av artiklarnas nivå och klass.

Artikel	Nivå	Klass
1	B	Duglig
2	B	Duglig
3	D	Lågklassig
4	D	Lågklassig
5	C	Duglig
6	C	Duglig
7	B	Duglig
8	A	Högklassig
9	B	Duglig
10	B	Duglig
11	A	Högklassig

8 SAMMANFATTNING AV FORSKNINGRESULTAT

I detta kapitel presenteras en sammanfattning av artiklarnas innehåll och resultat i form av en tabell som visar interventionerna som haft en positiv effekt på patienterna. Resultaten förbindas med vår teoretiska referensram och svarar på arbetets forskningsfrågor. Tabell 2 visar forskningsresultaten från artiklarna 4, 5, 7, 8, 9, 10 och 11. Siffran (4, 5, 7, 8, 9, 10 eller 11) står för positiva resultat på respektive cell. Ju fler siffror på en cell, desto fler studier har kommit till liknande resultat. Fysiska planet innehåller även fysiologiska processer. Då representeras tre av de fyra existensnivåerna: fysiska (materiella), fysiologiska och psykologiska.

Kroppskänndomen, som också lärs ut i BK-terapi, kan ses ge en nyckel som sammankopplar människans existentiella nivå med den fysiska kroppen. När kroppskänedom behärskas kan individen nå ett tillstånd av subjektiv självkänedom, som enligt Dropsy skiljer människan från andra djur. Nivån av jagmedvetandet möjliggör tanken av att ”jag vet att jag vet” som kan uttrycka sig genom kroppskänndomen och medföra tanken ”jag vet att jag känner”. Därmed kan kroppskänedom fungera som en indirekt mätare av jagmedvetandet. Då anknyts Dropsys nivå av jagmedvetandet till kroppskänedom i tabell 2. (Skatteboe 2005 s. 12–17)

I studierna framträder det att fysisk träning, aerobisk träning och yoga för patienter med ÄS har den starkaste evidensen för positiv inverkan till sjukdomens patologi. Tabell 2 visar att fysisk träning, aerobisk träning och yoga samt BK-terapi, kroppskänedom, kroppsgestaltning och NPMP inverkar positivt på olika plan i depressionens patologi.

Tabell 2. Sammanfattning av forskningsresultat. Siffrorna (4, 5, 7, 8, 9, 10, 11) står för respektive artikel, och ligger på den cellen till vilken resultat artikeln kommit fram till.

Positiv inverkan på följande plan	Intervention enligt patientgrupp					
	Fysisk träning / aerobisk träning / yoga för depression	Fysisk träning / aerobisk träning / yoga för ätstörning	Fysisk träning / aerobisk träning / yoga för övriga mentala sjukdomar	BK / kroppskännedom / kroppsgestaltning / NPMP för depression	BK / kroppskännedom / kroppsgestaltning / NPMP för ätstörning	BK / kroppskännedom / NPMP för övriga mentala sjukdomar / kroppsgestaltning
Fysisk	8	5, 11			4, 5	10
Psykisk	8	5, 11		8, 9, 10	4, 5, 7, 11	10
Ätbeteende		11			7, 11	
Kroppskännedom		5		9	4, 5	10

I tabell 2 visas det att BK-terapi har en positiv effekt på både ÄS och depression. BK-terapi åstadkommer positiva förändringar på alla fyra existensnivåer hos patienter med ätstörning och depression. Andra fysioterapeutiska interventioner åstadkommer positiva förändringar på alla existensnivåer för patienter med ätstörning, samt positiva förändringar i materiella nivå, fysiologiska nivå och psykologiska nivå för patienter med depression.

Artiklarna 1, 2, 3 och 6 är inte med i tabell 2. Detta beror på att dessa artiklar granskar mer ingående de yrkesverksammas och patienters subjektiva upplevelser och observationer angående BK-terapi och individens funktion. Krav på fysioterapeutiska interventioner vid behandling av ÄS samt fysioterapeutens roll vid mentalvård utforskas också i dessa artiklar. Dessa resultat är därför svåra att begränsa så som resultaten i de övriga artiklarna. Resultaten kan ändå diskuteras i anknytning med existensnivåerna, vilket syns i resultaten som positiva effekter för vård av ÄS och depression.

Effektiva komponenter i BK-terapi identifieras och beskrivs i studien Ambolt m.fl. (2017) av erfarna experter inom BK-terapi (artikel 1). Dessa komponenter delades i två kategorier, med person-centrerat närmelesätt som en bas för terapin. Terapeutens och patientens relation bygger på likvärdighet, där ingen är i en maktställning. Kategorierna är terapeutiskt mötande och terapeutiska redskap. Till terapeutiskt mötande hör öppet och pålitligt terapeutiskt närmelesätt, pågående kommunikation under behandlingen, terapeutens förmåga att återspegla patientens känslor och personlig kommunikation. Terapeutiska redskap innehåller anpassad och omarbetad behandling, verbal- och icke-

verbal ledande samt terapeutens förmåga att skapa säkerhet och en fri miljö för patienten. I studien granskas psykologiska eller relationella nivån av människans existens. Resultaten omfattar positiva inverkanse faktorer på människans tankar, känslor och driv samt deras förhållande till andra människor, kulturella och sociala livet.

Krav på fysioterapeutisk vård för patienter med ÄS identifieras av experter inom fysioterapeutisk mentalvård i studien av Soundy m.fl. (2016) (artikel 2). Vid detta tillfälle finns det inga specifika rekommendationer för vården av ÄS. Experterna anser dock att följandet av vissa riktlinjer möjliggör effektiv vård i fysioterapi för patientgruppen. Dessa riktlinjer byggs från underlättande faktorer och hindrande faktorer av psykosocial, fysisk samt beteendemässig och miljöberoende natur. Nedan i tabell 3 beskrivs studiens resultat för att få en klarare inblick i riktlinjerna och de hindrande samt underlättande faktorerna gällande olika typer av ÄS. Dessutom identifierades tre nyckelområden i fysioterapi för patienter med ÄS. Nyckelområdena är att förse patienten rörelse eller fysisk aktivitet, förse psykoterapeutiska interventioner samt förse råd för att stödja hälsosamt beteende. Studiens resultat omfattar faktorer från alla fyra existensnivåer, vilka kan underlätta eller hindra framgång i vård av ÄS.

Tabell 3. Sammanfattning av forskningsresultat (artikel 2).

Ätstörning	Fysiska nivån	Fysiologiska nivån	Psykologiska nivån	Nivån av jagmedvetandet
Underlättande faktorer, AN			Autonomi Self-efficacy Kontakt med andra varelser Förbättrad kroppserfarenhet Utforskning/reflektion av erfarenhet Psykoundervisning Professionellt vägledad aktivitet	Förbättrad kroppsmedvetenhet
Hindrande faktorer, AN			Tvångsbeteende Underutvecklad reglering av strategier Negativ kroppsattityd Låg självacceptans Perfektionism Brist av vilja för tillfriskande	Aktiviteter som utförs utan kontakt till sig själv
Underlättande faktorer, BN			Autonomi Self-efficacy Kontakt med andra varelser Medvetenhet i tankar/känslor Psykoundervisning Professionellt vägledad aktivitet	Kroppsmedvetenhet
Hindrande faktorer, BN	Multipla sjukdomar	Multipla sjukdomar Dålig fysisk kondition	Multipla sjukdomar Låg självacceptans Tvångsbeteende Oformåga till beteendereglering	Multipla sjukdomar
Underlättande faktorer, BED			Förmågan att kontrollera driv/hetsanfall Medvetenhet i tankar/känslor Self-efficacy Kontakt Autonomi Professionellt nivåsett aktivitet	Kroppsmedvetenhet Kontakt
Hindrande faktorer, BED	Multipla sjukdomar	Multipla sjukdomar	Multipla sjukdomar Skam Låg självkänsla Låg självacceptans Låga nivåer av socialt stöd	Multipla sjukdomar

I studien av Lee m.fl. (2017) (artikel 3) klagör experter inom mentalvård samt patienter med svåra och ihållande mentala sjukdomar för deras förståelse av fysioterapi i hälsovården. Det identifierades en klar allmän brist på förståelse av fysioterapi och dess relevans i mentalvård. Det kom fram att en tudelning ses mellan fysisk och psykisk vård, var fysioterapien ses som behandling av kroppens fysiska besvär. Denna tudelning tros orsakas av dålig kommunikation mellan de olika professionerna inom hälsovård. Den psykologiska eller relationella existensnivån representerades i denna studie. Sociala och kulturella livet spelar en stor roll vid vårdsystemets uppbyggnad. Människans tankar och känslor utformar fördomar samt viljan att ta emot mångsidig vård.

I studien av Thörnberg och Mattson (2010) (artikel 6) verkar ÄS-patienter ha normalt sämre rörelsekaraktär. Rörelsekaraktären bedöms i BAS-H skalan genom observation av muskeltension, koordination, balans, stabilitet, andning och förhållandet till andra människor. Dessutom observeras postural stabilitet, flow, kroppens centrering och hur medveten personen är av sin kropp och rörelse (kroppskännet). Patienterna med ÄS upp-

lever sina erfarenheter och känslor som uppkommer i rörelse som mer negativa än till synes friska personer. Upplevelserna bedöms med användning av ISBE skalan. ISBE omfattar samma teman som BAS-H skalan. Resultaten tyder på att ÄS påverkar människans fysiska nivå, fysiologiska nivå samt nivån av jagmedvetandet.

10 DISKUSSION

Arbetets syfte var att utreda effekterna av BK-terapi för patienter med ÄS eller depression. Fokus låg på de positiva effekterna och vi ville utreda om denna typ av terapi är evidensbaserad och har märkbara effekter för vård av dessa sjukdomar. Resultaten diskuterades på basen av arbetets frågeställningar och i anknytning till den valda teoretiska referensramen.

Basal Kroppskänedom

Sex artiklar behandlade fysioterapi och/eller BK-terapi för patienter med ÄS (Soundy m.fl. 2016; Kolnes 2012; Kolnes 2017; Thörnberg & Mattson 2010; Catalan-Matamoros m.fl. 2011; Vancampfort m.fl. 2014). Tre artiklar behandlade fysioterapi och/eller BK-terapi för patienter med depression (Danielsson m.fl. 2014; Danielsson & Rosberg 2015; Johnsen & Råheim 2010). Två artiklar beskrev yrkesverksammars och patienters tankar och erfarenheter gällande fysioterapi och/eller BK-terapi vid behandling av mentala sjukdomar (Ambolt m.fl. 2017; Lee m.fl. 2017).

Ambolt m.fl. (2017) påstår att BK-terapi måste utgå från ett personcentrerat närme-sätt med likvärdigt mötande mellan terapeut och patient. Dessutom måste patienten känna sig trygg med terapeuten och behandlingen.

Enligt Lee m.fl. (2017) finns det i allmänhet en tydlig tudelning mellan fysisk och psykisk vård vid behandling av svåra och ihållande mentala sjukdomar. Fysioterapi ses oftast som behandling av enstaka fysiska besvär. Detta leder till att fysioterapeuten inte noteras i det mångprofessionella teamet för vård av mentala sjukdomar.

Artiklarnas resultat visade att BK-terapi har positiv inverkan på patologin av både ÄS och depression. De positiva effekterna för patienter med ÄS visades vara förbättrad fysisk (Kolnes 2012; Kolnes 2017) och psykisk hälsa (Kolnes 2012; Kolnes 2017; Catalan-Matamoros m.fl. 2011; Vancampfort m.fl. 2014), ätbeteende (Catalan-Matamoros m.fl. 2011; Vancampfort m.fl. 2014) samt kroppskänedom (Kolnes 2012; Kolnes 2017). Thörnberg & Mattson (2010) kom fram till att patienter med ÄS har ofta sämre rörelsekvalitet och subjektiv självkänedom än till synes friska människor. Soundy m.fl.

(2016) kom fram till att patienter med ÄS behöver ha tillgång till rörelse eller fysisk aktivitet, psykoterapeutiska interventioner samt råd för hälsosamt beteende för förbättrad prognos. Autonomi, self-efficacy och medvetenhet i tankar, känslor och kroppen dök upp som underlättande faktorer för patologin. Enligt artikeln ses dessa faktorer förverkligas endast med hjälp av yrkesverksamma.

De positiva effekterna för patienter med depression visades vara förbättrad psykisk hälsa (Danielsson m.fl. 2014; Danielsson & Rosberg 2015) och kroppskänedom (Danielsson & Rosberg 2015).

Till ÄS patologi hör fysiologiska, psykologiska, känslomässiga, funktionella och även hormonella förändringar. Till depressionens patologi, som också kan vara en multipel sjukdom för ÄS, hör funktionella förändringar. Resultaten som kom fram i arbetets artiklar visar att BK-terapi motverkar dessa förändringar.

Arbetets teoretiska referensram tangerade resultaten. BK-terapi underlättar människan i strävan att skapa harmoni mellan dessa nivåer. Med andra ord pekar resultaten på att BK-terapi kan hjälpa patienter med ÄS och depression att hitta eller utforska sin psykotoni. Finandet av kroppskänedom skapar broar mellan patientens fysiska och psykiska essens. Det kom fram i forskningsresultaten att både patienter och yrkesverksamma är av den åsikt att vården borde omfatta interventioner som tar hänsyn till människan som en helhetlig, psykisk och fysisk mänsklig varelse. En sammanfattning av forskningsresultaten visar både objektiva och subjektiva positiva effekter av BK-terapi för patienter med ÄS och depression på alla fyra existensnivåer.

BK-terapi baserar sig på ett kontaktproblem som manifesteras som otillräcklig känedom av sig själv och jaget. Detta problem är, som det kom fram i studierna, vanligtvis väldigt synligt hos patienter med ÄS och depression. I dessa sjukdomar är problemställningen aktuell i den mån att den försämrar människans livskraft och hindrar utförande av normala funktioner i vardagen. Med BK-terapi motverkas problemställningen och kontakten med den fysiska organismen, inre livet och kreativiteten samt kontakten med fysiska realiteten och andra människor börjar så småningom bearbetas och förenligas. Detta positiva fenomen syntes i alla studiers resultat.

Arbetets resultat tyder till att BK-terapi som ett terapeutiskt närmelesätt är nyttig för återhämtning av kontakten med det som tappats bort, höjning av funktionsnivån samt skapandet av harmoni hos patientgrupperna i fråga.

Det hittades tydlig evidens på att BK-terapi har positiva effekter på ÄS och depression, men evidensbasen är inte tillräckligt stor för att pålitligt rekommendera BK-terapi för vård av ÄS och depression på grund av lite forskning kring ämnet.

Vid materialsökningen och artikelgranskningen kom det klart fram att BK kräver en lång terapiperiod för att nå resultat. Vi anser att fysioterapin borde involveras till den långvariga vården för dessa patienter, och fysioterapeuten fås med i det mångprofessionella teamet.

Fysioterapeutiska interventioner

Effekterna av fysioterapeutiska interventioner för ÄS och depression värderades i fyra artiklar (Vancampfort m.fl. 2014; Danielsson m.fl. 2014; Lee m.fl. 2017; Soundy m.fl. 2016). I allmänhet märktes det att ÄS-patienter har försämrad kroppskänedom, psykisk hälsa samt fysisk funktion. Kolnes (2017) konstaterade att fokus vid fysioterapeutiska interventioner för denna patientgrupp ska ligga på träning av postural stabilitet för att förbättra individens proprioceptiska medvetande. Dessutom bör interventionerna skapa ny mening till träning för att motverka det möjliga tvångsmässiga träningsbeteendet. Artiklarna som togs med i detta arbete granskade följande fysioterapeutiska interventioner för ÄS-patienter: aerobisk träning, styrketräning, avslappningsövningar, yoga och massage. Av dessa interventioner har aerobisk träning, yoga och styrketräning den bästa evidensen för vård av ÄS. För att förbättra ÄS-patienternas kroppsgestaltning föreslår Kolnes (2012) användning av NPMP, kroppskänedomsovningar, träning av kroppsstabilitet och kroppskontakt.

Danielsson m.fl. (2014) påstår att aerobisk träning kan lindra på depressionssvårighetsgraden och förbättra den kardiovaskulära konditionen hos denna patientgrupp.

Vi kan konstatera att fysioterapins roll vid mentalvård är ännu oklar och fysioterapins möjligheter i mentalvården behöver forskas vidare kring. Det mångprofessionella samarbetandet vid mentalvård måste utvecklas och yrkesverksamma bör ta hänsyn till andra

professioners insats i vården. Vid vår materialsökning märkte vi att fysioterapi blir relativt onoterad vid vård av depression. Vi hittade endast en artikel (Danielsson m.fl. 2014) som konkret granskade olika fysioterapeutiska interventioner vid vård av depression. Detta korrelerar med riktlinjerna utgivna av God Medicinsk Praxis, där fysioterapi i vård av depression inte alls tas i beaktande. Fysioterapi vid vård av ÄS är bättre noterad än vid depression, men även den är bristfälligt forskad. Det krävs vidare forskning för att klargöra rekommendationer och fastställa riktlinjer för fysioterapeutisk vård av ÄS och depression.

Enligt forskningsresultat är dessa sjukdomar mångdimensionella och skulle dra nytta av holistisk vård. Fysioterapiutbildningen ger förutsättningar för att behandla patienter som helhetliga mänskliga varelser. Därför anser vi att fysioterapins roll vid mentalvård och rehabilitering borde förstärkas och fysioterapeutens insats erkännas.

Största hindret för utspridd kunskap av fysioterapi vid mentalvård anser vi vara brist på information angående fysioterapeutens färdigheter att vårda mentala sjukdomar. De flesta yrkesverksamma inom mentalvård är utbildade i holistisk vård och erkänner inte fysioterapeuten som en kompetent medlem i det mångprofessionella teamet. Fysioterapeuten är sakkunnig i att komma fram med ett holistiskt närmelsesätt, så som BK. Fysioterapeuten kan också avgöra vilka patienter kan ha nytta av sådan vård. Fysioterapeuter står i ansvar för att utbilda andra yrkesverksamma att ta hänsyn till fysioterapeutiska interventioner.

I vårt kommande yrke som fysioterapeuter tycker vi att det är viktigt att komma fram med dessa brister i vården vid alla möjliga tillfällen och bjuda på holistiska förslag på mentalvård. Vi måste nå alla yrkesbranscher i mentalvård för att öka på kunskap i det mångprofessionella arbetet.

11 KRITISK GRANSKNING AV ARBETET

Metodiken för detta arbete var färdigt utvald av uppdragsgivaren Hotus. Till kvalitetsgranskningen valdes PICO-metoden, som visades vara en lämplig metod vid analys av beskrivande studier och duglig för litteraturstudier och utforskande studier. Beskrivande studier har en klar problemställning medan utforskande studier har som ändamål att skapa djupare förståelse för ett visst fenomen. (Jacobsen 2012 s. 48-49) Den svårbegripliga metoden visade sig slutligen ge en god bas för jämförande av artiklarnas kvalitet. Dessutom klassificerades artiklarna enligt God Medicinsk Praxis riktlinjer. Detta är en lämplig metod då den är ett standardiserat klassifikationssystem i Finland.

De valda artiklarna var av varierande kvalitet, men ingen uteslöts från detta arbete. Det hittades relativt lite material angående ämnet, vilket resulterade i att skribenterna tog med även två lågklassiga studier. Skribenterna försökte hålla sig objektiva vid kvalitetsgranskningen, men PICO-metoden är subjektiv och det är möjligt att skribenternas utfattade meningar har påverkat resultaten.

Artiklarna granskades först skiljt av de två skribenterna. Ruuskanen granskade artiklarna angående ÄS och dess vård (Soundy m.fl. 2016; Kolnes 2012; Kolnes 2017; Thörnberg & Mattson 2010; Catalan-Matamoros m.fl. 2011; Vancampfort m.fl. 2014). Öst granskade artiklarna angående depression och dess vård samt fysioterapeutens roll och diverse fysioterapeutiska interventioner i vård av mentala sjukdomar (Ambolt m.fl. 2017; Lee m.fl. 2017; Danielsson m.fl. 2014; Danielsson & Rosberg 2015; Johnsen & Råheim 2010). Efter att gjort en preliminär granskning och poängsättning presenterade skribenterna sina fynd för varandra. Efter att ingående bekantat sig med den andres ansvarsartiklar diskuterade skribenterna tillsammans alla artiklar. Den slutliga kvalitetsgranskningen som presenterats i detta arbete är ett resultat av skribenternas sammanhängande åsikter.

Skribenternas skilda granskningsresultat varierade inte märkbart. Argumentationer skapades endast av artiklarna 3 (Lee m.fl. 2017) och 4 (Kolnes 2012). Dessa artiklar var de enda som klassificerades till lågklassiga studier. Båda skribenterna tyckte att dessa artiklar var svåra att granska, vilket fick dem att tvivla på ifall dessa artiklar alls inkluderas i arbetet. Det visade sig att mängden artiklar var relativt liten så de togs med. Innehållet i artiklarna i fråga gav slutligen upphov för viktig diskussion.

Datainsamlingsprocessen var omfattande och olika kombinationer av sökord användes. Skribenternas subjektivitet påverkade inte datainsamlingsprocessen och val av artiklar, då forskning i ämnet är begränsad. Till följd av detta inkluderades alla relevanta artiklar med till arbetet. Det utgör både arbetets styrka och svaghet. Datainsamlingen utfördes objektivt men antalet artiklar i arbetet blev trots allt otillräckligt.

Mängden artiklar i arbetet är liten på grund av att det har inte forskats mycket angående användning av BK-terapi eller fysioterapi för dessa patientgrupper. Skribenterna använde sig av alla artiklar som kunde hittas inom arbetets inklusions- och exklusionskriterier. Det kan hända att alla artiklar som kunde ha använts för detta arbete inte hittades. Vissa datasökningar gav helt enkelt så många resultat att några relevanta artiklar kan av misstag ha blivit onoterade. Några artiklar som kunde ha använts i detta arbete var skrivna på spanska och måste lämnas bort för validitetens och reliabilitetens skull.

Största delen av de intagna studierna tog plats i Norden, varifrån BK-terapin härstammar. En studie tog plats i Spanien, en i Australien och i en studie kom några deltagare från Afrika och Nordamerika. Endast i ett fåtal studier kunde kulturella skillnader påverka resultaten. På grund av fokuseringen på Norden är det tänkbart att detta arbetets resultat kan jämföras med Finlands population. ÄS är mer allmänt bland kvinnor vilket kan ses i deltagarnas könsdelning. Majoriteten av deltagarna i studierna som behandlade ÄS var kvinnor. Då blir manliga ÄS-patienter naturligtvis underrepresenterade. Samma fenomen märktes i studierna som behandlade depression, då denna sjukdom också oftare drabbar kvinnor än män. Då är det tänkbart att resultaten kan jämföras med Finlands kvinnliga population.

Arbetets styrkor ligger i datainsamlingsmetoden och val av artiklar. Dessutom är resultaten jämförbara med Finlands kultur och kan då användas av Hotus. Alla artiklar som använts i arbetet är från 2000-talet och är således relativt nya. Detta är en styrka, då materialet kan jämföras och diskuteras med befolkningen, samt det sociala och kulturella livet i dag. Utifrån dessa komponenter möjliggörs också självmedvetenheten och självreflektion i de använda artiklarnas resultat i förhållandet till nutiden. Resultaten kan mycket starkt kopplas ihop med t.ex. God Medicinsk Praxis riktlinjer som uppdateras regelbundet. Basen för riktlinjerna ligger på en aktuell systematisk litteratursökning (Käypähoito 2017a; Käypähoito 2017b). Detta ämne är ganska nytt i fysioterapivärlden

på grund av att fysioterapin inte fått mycket plats i vården för mentala sjukdomar. Detta arbete lyfter fram och samlar ihop dessa bekymmer som börjar allt mer tänkas vara brister under detta århundrade. Det kom fram i våra fynd att man börjar ständigt koppla ihop människans fysiska och psykiska essens och erkänna en holistisk vårdmöjlighet i sjukvården runt om i världen.

Arbetets svagheter är valet av PICO-metoden och antalet användbara artiklar som hittades. Dessa fynd tyder till att ämnet borde utforskas mera före en litteraturöversikt genomförs. En systematisk litteratursökning har som ändamål att förbättra effektiviteten av de yrkesverksammas arbete (Johansson m.fl. 2007 s. 10). Då lyfter vårt arbete fram behovet för vidare forskning av BK-terapi för patienter med ÄS och depression. Dessutom lyfter arbetet fram behovet av fortsatt forskning kring psykofysisk fysioterapi och dess roll i den mångprofessionella mentalvården.

KÄLLOR

- Abraham, Suzanne. 2008, *Eating Disorders: The Facts*. 6 uppl., Oxford New York, Oxford University Press, 255 s.
- Ambolt, Amelie; Gard, Gunvor & Sjö Dahl Hammarlund, Catharina. 2017, Therapeutically efficient components of basic body awareness therapy as perceived by experienced therapists – a qualitative study. *Journal of bodywork & movement therapies*, nr 21, s. 503-508
- Biguet, Gabriele; Keskinen-Rosenqvist, Riitta & Levy Berg, Adrienne. 2012, *Att förstå kroppens budskap – sjukgymnastiska perspektiv*. 1:2 uppl., Malmö, Studentlitteratur 2012, 406 s.
- Catalan-Matamoros, D; Hellvik Skjaerven, L.; Labajos-Manzanares, T.; Martínez-de-Salazar-Arboleas, A. & Sánchez-Guerrero, E. 2011, A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, nr 25, s. 617-626
- Danielsson, Louise; Papoulias, Ilias; Petersson, Eva-Lisa; Carlsson, Jane & Waern, Margda. 2014, Exercise or basic body awareness therapy as add-on treatment for major depression: a controlled study. *Journal of affective disorders*, nr 168, s. 98-106
- Danielsson, Louise & Rosberg, Susanne. 2015, Opening towards life: experiences of Basic Body Awareness Therapy in persons with major depression. *International Journal of qualitative studies in health and well-being*, nr 10, article 27069
- Dropsy, Jacques. 2004, *Den harmoniska kroppen, en osynlig övning*, 3 uppl., Finland, WS Bookwell, 167 s.
- Durbin, Emily. 2014, *Depression 101*, New York, Springer Publishing Company, LLC, 338 s.
- Forsberg, Christina & Wengström, Yvonne. 2016, *Att göra systematiska litteraturstudier - värdering; analys och presentation av omvårdnadsforskning*, 4 uppl., Stockholm, Natur & Kultur, 126 s.
- Forskningsetiska delegationen. 2012, God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland, *Forskningsetiska delegationen*. Tillgänglig: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
Hämtad 11.12.2017
- Fysioterapeuten. 2016. Tillgänglig: http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagar_tikler/Basic-Body-Awareness-Therapy-BBAT-Movement-Awareness-Everyday-Movements-and-Health-Promotion-in-Physiotherapy Hämtad: 27.11.2017

- Institutet för hälsa och välfärd. 2015. Tillgänglig: <https://www.thl.fi/sv/web/psykisk-halsa/psykisk-halsa/psykiska-storningar/atstorningar> Hämtad 22.11.2017
- International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). 2016, *Newsletter IOPTMH*, år 5 nr 8 s. 6. Tillgänglig: <https://www.physio.is/media/skjol-med-frettum/Newsletter-IOPTMH-June-2016.pdf> Hämtad: 18.12.2017
- Jacobsen, Dag Ingvar & Järvå, Håkan. 2012, *Förståelse, beskrivning och förklaring: introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, 2 uppl., Lund, Studentlitteratur 2012, 327 s.
- Johansson, Kirsi; Axelin, Anna; Stolt, Minna & Ääri, Riitta-Liisa. 2007, *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*, 1 uppl., Turku, Turun yliopisto hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja, 120 s.
- Johnsen, Ragnhild Wikene & Råheim, Målfrid. 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*, nr 12, s. 166-174
- Keski-Rahkonen, Anna; Meskanen, Katarina & Nalbantoglu, Minna. 2013, *Irti ahminnasta, kohti tasapainoista suhdetta ruokaan*. 1 Uppl., Saarijärvi, Kustannus Oy Duodecim ja tekijät, s. 8
- Kolnes, Liv-Jorunn. 2012, Embodying the body in anorexia nervosa – a physiotherapeutic approach. *Journal of bodywork & movement therapies*, nr 16, s. 281-288
- Kolnes, Liv-Jorunn. 2017, Exercise and physical therapy help restore body and self in clients with severe anorexia nervosa. *Journal of bodywork & movement therapies*, nr 21, s. 481-494
- Käypä hoito. 2012, Hoitosuositusryhmien käsikirja, *Lääkäriseura kustannus OY Duodecim*. Tillgänglig: <http://www.kaypahoito.fi/documents/10184/12762/hoitosuositusryhmien-kasikirja.pdf> Hämtad 13.11.2017
- Käypä hoito. 2017a. Tillgänglig: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50023> Hämtad 24.11.2017
- Käypä hoito. 2017b. Tillgänglig: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50101> Hämtad 20.11.2017
- Lee, Samantha; Waters, Flavie; Briffa, Kathy & Fary, Robyn E. 2017, Limited interface between physiotherapy primary care and people with severe mental illness: a qualitative study. *Journal of physiotherapy*, nr 63, s. 168-174
- Palmer, Robert L. 2014, *Helping People with Eating Disorders : A Clinical Guide to Assessment and Treatment*. 2 uppl., John Wiley & Sons, Incorporated, 289 s.

- Probst, Michel & Skjaerven, Liv Helvik. 2018, *Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry: a scientific and clinical based approach*. 1 uppl., Poland, Elsevier Ltd., 338 s.
- Psykofyysisen fysioterapian yhdistys*. 2017. Tillgänglig: <http://psyfy.net/esittely/> Hämtad 27.11.2017
- Skatteboe, Ulla-Britt. 2005, *Basic Body Awareness Therapy and Movement Harmony, development of the assessment method Body Awareness Rating Scale BARS – Movement Harmony*. 1 uppl., Högskolen i Oslo, 157 s.
- Soundy, Andy; Stubbs, Brendom; Probst, Michel; Gyllensten, Aanda Lundvik; Skjaerven, Liv Helvik; Catalan-Matamoros, Daniel & Vancampfort, Davy. 2016. Considering the role of physical therapists within the treatment and rehabilitation of individuals with eating disorders: an international survey of expert clinicians. *Physiotherapy reearch international*, vol 21, nr 4, s. 237-246
- Syömishäiriökeskus*. 2017. Tillgänglig: <https://www.syomishairiokeskus.fi/uusi/sv/ats/turning-fragor-och-svar/> Hämtad 22.11.2017
- Thörnborg, Ulla & Mattson, Monica. 2010, Rating body awareness in persons suffering from eating disorders - a cross sectional study. *Advances in Physiotherapy*, vol. 12, nr 1 s. 24-34
- Vancampfort, D.; Vanderlinden, J.; De Hert, M; Soundy, A.; Adámkova, M.; Helvik Skjaerven, L.; Catalán-Matamoros, D.; Lundvik Gyllensten, A.; Gómez.Conesa, A. & Probst, M. 2014, A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulemia nervosa. *Disability and rehabilitation, an international, multidis-ciplinary journal*, vol 36, nr 8 s. 628-634
- World Health Organization*, 2016. Tillgänglig: <http://www.who.int/classifications/icd/en/> Hämtad 22.1.2018
- World Health Organization, regional office for Europe*. Tillgänglig: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> Hämtad 24.11.2017

BILAGA 1. ÖVERSIKT ÖVER DATAINSAMLINGEN

Databas	Sökord	Antal träffar	Valda Artiklar/Böcker
Academic Search Elite (EBSCO)	Basic Body Awareness Therapy AND Eating Disorders	3	3
	Basic Body Awareness Therapy OR Basal Kroppskänedom AND Eating Disorders OR Ätstörningar	22	6
Sage Journals	Basic Body Awareness Therapy AND Eating Disorders	3162	1
	Basic Body Awareness Therapy OR Basal Kroppskänedom AND Eating Disorders OR Ätstörningar	0	0
PudMed	Basic Body Awareness Therapy AND Eating Disorders	3	2
	Basic Body Awareness Therapy OR Basal Kroppskänedom AND Eating Disorders OR Ätstörningar	5	2
Cinahl (EBSCO)	Basic Body Awareness Therapy AND Eating Disorders	2	1
	Basic Body Awareness Therapy OR Basal Kroppskänedom AND Eating Disorders OR Ätstörningar	21	4
ScienceDirect	Basic Body Awareness Therapy AND Eating Disorders	5837	0
	Basic Body Awareness Therapy OR Basal Kroppskänedom AND Eating Disorders OR Ätstörningar	5837	0
	Basic Body Awareness Therapy AND Depression	11	1
	Physical Therapy OR Physiotherapy AND Depression	1955	3
SportDiscus	Basic Body Awareness Therapy AND Eating Disorders	2	2
	Basic Body Awareness Therapy OR Basal Kroppskänedom AND Eating Disorders OR Ätstörningar	23	5
Arcada Finna	Basic Body Awareness Therapy	2	1
	Depression	469	1
	Eating Disorder	100	2

BILAGA 2. ÖVERSIKT ÖVER ARTIKLARNAS KVALITETSGRANSKNING

Artikel 1: *Therapeutically efficient components of basic body awareness therapy as perceived by experienced therapists – a qualitative study* (Ambolt m.fl. 2017):

1. Forskningsfråga: Vad anser erfarna yrkesverksamma som jobbat med BK i 11-17 år vara terapeutiskt effektiva komponenter i BK-terapi, och hur beskriver de dessa komponenter?

2. Patientgrupp/forskningssubjektgrupp: I studien deltog 24 av 33 personer som uppfyllde inklusionskriterierna. Deltagarna var mellan 44 och 57 år gamla varav en var man. Deltagarna utgjordes av erfarna yrkesverksamma som arbetade med BK-terapi i södra Sverige. 16 av deltagarna var certifierade BK-terapeuter, medan resten var varierande långt i studierna av BK. Studien hade inga bortfall.

3. Intervention eller strategi: Indelning av deltagarna i fyra grupper bestående av fyra till nio personer. Varje grupp deltog i en gruppintervju med semistrukturerade frågor. Deltagarna fick fylla i en demografisk enkät. Intervjuerna inleddes med frågan ”Vad associerar du till när du hör ordet terapeutisk effektiv?” med följdfrågan ”Kan du förklara vidare?” eller ”Kan du ge ett exempel?”.

4. Jämförbarhet: Två fysioterapeuter som var erfarna inom BK-terapi ledde alla gruppintervjuer och uppmuntrade deltagarna till att umgås och tala fritt. Intervjuerna analyserades skiljt av två andra forskare som inte var med på intervjuerna. Senare jämförde och diskuterade dessa forskare data-analysen tillsammans. Analysmetoden beskrevs noggrant. Grupperna var jämförbara och behandlades lika.

5. Resultat: Som resultat delades de terapeutiskt effektiva komponenterna av BK i terapeutiskt mötande och terapeutiska verktyg. Terapeutiskt mötande delades vidare till öppet och pålitligt terapeutiskt närmandesätt, kontinuerlig interaktion under behandlingen, terapeutens förmåga att återspegla patientens känslor under behandlingen samt personlig verbal kommunikation och icke-verbal kommunikation. Terapeutiska verktyg delades vidare in i justering och anpassning under behandlingen, verbalt och icke-verbalt ledande samt skapande av en fri miljö och säkerhet.

6. Klassifikation: Nivå B och duglig klass. Studien kan repeteras, men nya studier kan ge olika forskningsresultat. Forskningsmetoden och analysen beskrevs väl, men samplet var litet och från ett specifikt område. Forskningsfrågan besvarades.

Artikel 2: *Considering the role of physical therapists within the treatment and rehabilitation of individuals with eating disorders: an international survey of expert clinicians* (Soundy m.fl. 2016):

1. Forskningsfråga: Hurdana erfarenheter, praxis och kunskap har internationella fysioterapeutexperter inom vården för ÄS av att informera om kliniska praxis, utbildning och forskning angående fysioterapeutisk vård av ÄS?

2. Patient eller problem: Studien hade 28 deltagare från tre olika kontinenter; 23 från Europa, fyra från Afrika och en från Nordamerika. Av deltagarna arbetade 16 inom klinisk fysioterapi, fyra var forskare med tidigare klinisk erfarenhet inom vård av ÄS, två var utbildare i klinisk fysioterapi och sex hade en kombination av dessa roller. Deltagarna hade erfarenhet i mentalvård i medellängd över tio år och medellängden erfarenhet i arbete med ÄS var 6,9 år. 19 av deltagarna var män. En nätenkät innehållande demografisk information och fyra frågor användes i studien. Till första frågan svarade åtta personer detaljerat, till andra frågan svarade åtta personer detaljerat, till tredje frågan svarade 23 personer och till fjärde frågan svarade åtta personer.

3. Intervention eller strategi: Studien gjordes i form av en internationell nätenkät. Enkäten omfattade demografisk information och fyra frågor. Frågorna löd: vilka interventioner använder fysioterapeuten för tillfället, vilka resultat används för bedömning, borde fysisk aktivitet ha en roll i vården samt vilka är hinder och underlättande faktorer till fysisk aktivitet och motion för respektive typ av ÄS. Frågorna besvarades med Likert-skalan och/eller med ett öppet svar. Enkäten var pilottestad och inga förändringar gjordes.

4. Jämförbarhet: Analysen utfördes med beskrivande statistik. Ordagranna citat analyserades tematiskt. Öppna frågor analyserades genom kvantitativ innehållsanalys, och slutna frågor genom traditionell kvalitativ analys. Dessutom kan analysens redovisningskedja begäras av forskarna. Deltagarna rekryterades via International Organization of Physical Therapists in Mental Health, en undergrupp av World Confederation for Physical Therapy. Enkäten var på engelska, vilket kan orsaka felaktiga resultat på grund

av språkliga barriärer. Då det är fråga om en internationell studie ska kulturella skillnader tas i beaktande vid analys av resultat. Dessutom var största delen (82 %) av deltagare från Europa.

5. Resultat: Olika hindrande faktorer och underlättande faktorer av psykosocial, fysisk samt beteendemässig och miljöberoende natur identifieras. Dessa faktorer är beroende av sjukdomen. Experterna identifierade tre nyckelområden för fysioterapi för patienter med ÄS. Dessa är att a) förse patienten rörelse eller fysisk aktivitet, b) förse psykoterapeutiska interventioner och c) förse råd för att stödja hälsosamt beteende.

6. Klassifikation: Nivå B och duglig klass. Studien kan repeteras, men nya studier kan ge olika forskningsresultat. Största delen av deltagarna var från Europa, och studien representerade inte hela världen. Dessutom kan skriven text lätt missförstås, speciellt då engelska troligtvis inte var de flesta deltagarnas modersmål. Enkätens frågor var specifika, ingående och relevanta för ämnet. Dessutom möjliggör öppna svarsmöjligheter mer detaljerade svar, och deltagarna kan då redogöra för sina erfarenheter. Forskningsfrågan besvarades.

Artikel 3: *Limited interface between physiotherapy primary care and people with severe mental illness: a qualitative study* (Lee m.fl. 2017):

1. Forskningsfråga: Hur ser de yrkesverksamma inom mentalvård på fysioterapeutens roll i vård för patienter med ihållande och svår mental sjukdom, och vilka faktorer ses som påverkande gällande tillgång till fysioterapeutisk vård? Hur förstår personer med ihållande och svår mental sjukdom den potentiella rollen av fysioterapi i hälsovården, och vilka faktorer ses som inverkan på tillgång till fysioterapeutisk vård?

2. Patient eller problem: 24 yrkesverksamma inom mentalvård och 35 patienter med svåra och ihållande mentala sjukdomar deltog i undersökningen. De yrkesverksamma deltagarna rekryterades från North Metropolitan Health Service - Mental Health i Perth, Australien och hade medelåldern 44. Av de 24 yrkesverksamma var 18 män. Dessa deltagare arbetade som specialistsjukskötare (n = 11), socionomer (n = 5), ergoterapeuter (n = 5) eller som annan professionell inom vård (n = 3). Av de yrkesverksamma hade fyra remitterat psykiskt sjuka patienter till fysioterapi och 15 av patienterna hade haft tidigare kontakt med en fysioterapeut, varav endast en hade blivit remitterad till fysioterapi av en professionell inom hälsovård. Patienterna rekryterades från samhället

genom diverse kanaler. Dessa deltagares medelålder var 39, och de led av schizofreni-spektrumsyndrom eller av svår affektiv störning. Av de 35 patienterna var 21 män. Deltagarna delades in i fokusgrupper, de yrkesverksamma och patienterna skiljt för sig. Studien hade inga bortfall.

3. Intervention eller strategi: Av de yrkesverksamma intervjuades 22 stycken i grupp och två individuellt. Av patienterna intervjuades 34 i grupp och en individuellt. Intervjuerna var öppna med diskussionsstimulerande frågor, och tog plats mellan februari och juni 2016. Intervjuerna bandades in och ordagranna kopior gavs till deltagarna för verifiering. Lämpliga ändringar gjordes vid behov. Intervjuaren tillhörde forskargruppen och fick utbildning till att leda intervjun. Utbildningen innehöll observation av fokusgrupper bestående av patienter med svåra och ihållande mentala sjukdomar.

4. Jämförbarhet: Analys av intervjuerna och identifiering av uppkommande teman gjordes genom induktiv närmelsesätt. Fokusgrupperna hade samma intervjuare, men de diskussionsstimulerande frågorna var av olika natur för de yrkesverksamma och patienterna. Grupperna var inte jämförbara eftersom de inte svarade på samma forskningsfråga, då studien ville undersöka frågan från de två olika perspektiven.

5. Resultat: Båda grupperna rapporterade allmän brist på förståelse av fysioterapi och av dess relevans i mentalvård. Litteraturen angående psykisk vård i olika länder stöder detta resultat. Det rapporteras brist på beaktande av fysioterapi vid hantering av fysiska multipla symptom eller syndrom vilka grundar sig i en psykisk sjukdom och i ledande av fysisk rehabilitering i fysisk aktivitet för patienter med psykiska sjukdomar. Denna brist är oberoende av fysioterapeutens roll i olika delar av mentalvård runt i världen. De yrkesverksamma identifierade strukturella hinder och ifrågasatt fysioterapeuternas sakkunnighet och kunskap i hantering av svåra och ihållande psykiska sjukdomar. Dessutom identifierades en tudelning mellan fysisk och psykisk vård samt dålig kommunikation mellan professionella i hälsovården. Utsättning av fysioterapi för både professionella och patienter kan klargöra fysioterapins roll i mentalvård. Det rekommenderas utbildning och klinisk erfarenhet i mental hälsa för fysioterapistuderanden.

6. Klassifikation: Med beaktande på syftet med denna studie är artikeln av nivå D och lågklassig. Då studien gjorts i Australien kan den inte direkt jämföras internationellt, då fysioterapi inte är en väletablerad vårdmetod inom mentalvård i detta land. Australien kom med i International Organization of Physical Therapists in Mental Health under år 2016, och därmed är fysioterapi inom mentalvård ett nytt koncept i landet (In-

ternational Organization of Physical Therapists in Mental Health s. 6). Forskningsfrågorna besvarades.

Artikel 4: *Embodying the body in anorexia nervosa – a physiotherapeutic approach* (Kolnes 2012):

1. Forskningsfråga: Hurdana fysioterapeutiska övningar inom NPMP, kroppskänedom, kroppsstabilitet samt kroppskontakt hjälper till att gestalta kroppen hos patienter med anorexia nervosa? 2.

Patient eller problem: Artikeln baserar sig på skribentens kliniska observationer, patientberättelser samt riktgivande teorier och metologier av Norwegian Psychomotor Physiotherapy (NPMP). Skribenten är ledande forskare och specialist i NPMP, som arbetar i speciell enhet för patienter som har ÄS. Skribenten är från Norge.

3. Intervention eller strategi: Kliniska observationer, patientberättelser och material från NPMP-sessioner med patienter. Skribenten kopplar NPMP, olika kroppskännedom terapier och nuvarande kunskap om kroppslig stabilitet för att bygga upp en bas för kliniskt arbete med AN-patienter. De utvalda metoderna går in i varandra och stöder varandra. Symptom vid AN är så komplexa och allvarliga att endast en metod inte räcker till att ta hänsyn till allt. Kroppsundersökning enligt NPMP-närmelsesätt omfattar en utförlig patientberättelse och observation samt evaluering av hållning, andning, muskler, kroppsfunktion och avslappningsförmåga.

4. Jämförbarhet: Inga mätinstrument användes, utan artikeln baserar sig på skribentens och patienternas subjektiva observationer.

5. Resultat: Observerade problemområden hos AN-patienter omfattar signifikanta nedsättningar i kroppskänedom, extremt onaturligt andningsmönster, signifikant muskeltension, dålig postural stabilitet och tvångsmässig överdriven träning. En AN-kropp kan beskrivas med orden kroppslöshet och fränkopplad. Detta betyder att en AN-patient ofta har svårt att gestalta sin kropp. AN-patienter demonstrerar ofta förvirring över sinnesförmimmelser och tillstånd i kroppen, brist på kontakt med kroppen och oförmåga att beskriva kroppsliga erfarenheter. Patienterna uppvisar förminskning i kroppskontakt och i kapacitet att uppfatta kroppssignaler samt brist på förmåga att förstå och svara på dessa signaler. Patienterna tenderar att ta avstånd eller dissociera sig själva från sina kroppar. Patientfeedbacken har påvisat att mångsidig och omväxlande träning stimulerar känslor av helhet och kontakt med den egna kroppen. Kroppskännedom-

övningar kan vara av hjälp till de ovannämnda problemområden. Kolnes föreslår att fysioterapeutiska interventionerna vid behandling av ÄS skulle först fokusera på att öka kroppskänedom och kroppsmedvetenhet, vilket ger ny mening till fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet kan då ses som något annat än ett verktyg för viktkontroll. Efter att patienten fått ett mer hälsosamt tankesätt angående fysisk aktivitet kan fysioterapin innehålla även träningspass.

6. Klassifikation: Nivå D och lågklassig. Skribenten är erfaren och har mycket kunskap kring ämnet, men ingen specifik patientdata klargörs.

Artikel 5: *Exercise and physical therapy help restore body and self in clients with severe anorexia nervosa* (Kolnes 2015):

1. Forskningsfråga: Hurdana kroppsliga begränsningar har patienter med AN? Har fysisk träning och fysioterapi en potentiell roll i vård av AN?

2. Patient eller problem: Sex kvinnor med AN och tvångsmässig träning, som fick under tillfället avdelningsvård eller öppen vård i Norge, deltog i studien. Deltagarna hade fått vård från sex månader till fem års tid. Deltagarna var mellan 23 och 50 år gamla med ÄS som varat i fyra till 23 år.

3. Intervention eller strategi: Skribenten utförde en kroppsundersökning som modifierats från NPMP. Till undersökningen hörde patienthistoria, bedömning av hållning, andning, muskeltension, muskelkonsistens och muskelfunktion samt flexibilitet och avslappningsförmåga. Dessutom observerades ändringar i andningsmönstret samt emotionella och autonomiska reaktioner under undersökningen. Resultaten från alla kroppsundersökningarna jämfördes med varandra för att få en större inblick i AN-kroppen.

4. Jämförbarhet: Alla deltagare behandlades lika.

5. Resultat: I kroppsundersökningen märktes liknande ändringar i hållning, kroppslig flexibilitet, muskeltension och andning hos alla deltagare. Fynden kan ses som resultat av starkt psykologiskt försvar och långvarigt behov av kroppslig kontroll med respekt till svåra känslor, tankar samt olösta konflikter och upplevelser. Studien föreslår att fokus på tidiga interventioner ska ligga på att förbättra den dynamiska posturala stabiliteten. Detta är nödvändigt vid nästan all rörelse, det underlättar indirekt på andningsmönstret och inverkar positivt på kroppen och patientens sinne, det vill säga

jagmedvetandet. Dessutom ska fokus även läggas på allmänna neuromuskulära systemets återhämtning, speciellt för de stabiliserande musklerna. Man ska komma ihåg att styrketräning inte är en lämplig träningsform hos individer som är undernärda, utan ut hållighetsträning i en trygg miljö ska föredras. All träning ska vara individanpassad och modifierad samt utföras med en fysioterapeut eller liknande expert. Benens hälsa vid aerobisk träning ska även tas till hänsyn. Fysioterapisessionerna och träningspassen ska leda till förbättrad förmåga att tolerera stillhet och att vara i stunden. Dessutom är målet att förbättra koncentrationen och den mentala medvetenheten samt förmågan att genom arbeta erfarenheter. Patienten ska nå en känsla av att äga och ha kontroll över sin kropp och sitt liv. Detta kan åstadkommas genom tankesättet där patienten inte är rörelsens objekt, utan bestämmer själv över sin rörelse och är i kontroll under rörelsens gång. Patienten ska lära sig på nytt att vara i kontroll över sin kropp. Vid behandling kan både kroppskännedomövningar och fysisk träning användas. Träningen behöver inte vara energikrävande för att nå resultat, och för patientgruppen i fråga är det inte ändamålsenligt att fysiskt belasta kroppen.

6. Klassifikation: Nivå C och duglig klass. Samplet var litet och homogent. Resultaten är trovärdiga och ingående, men kan inte generaliseras till en hel population. Forskningsfrågan besvarades.

Artikel 6: *Rating body awareness in persons suffering from eating disorders – a cross sectional study* (Thörnberg & Mattson 2010):

1. Forskningsfråga: Hur upplever personer med ÄS sin kroppskännedom, och hur överensstämmer dessa personers upplevelser av sina kroppsliga uttryck med fysioterapeuters observationer?

2. Patient eller problem: Studien hade 87 deltagare med ÄS. 26 av dem hade AN, 20 hade BN och 41 hade EDNOS. Deltagarna var mellan 17 och 53 år gamla, tre av deltagarna var män. Deltagarna led av ÄS under åren 2002–2003 och vårdades i Uddevallas centralsjukhus, Sverige. I studien användes även en kontrollgrupp av till synes friska personer. Studien hade inga bortfall.

3. Intervention eller strategi: Alla deltagarna bedömdes av en fysioterapeut med användning av Body Awareness Scale - Health (BAS-H). Dessutom fick deltagarna

fylla i Interview Scale Body Ego (ISBE) frågeformuläret. En vecka efter bedömningen gav fysioterapeuten de individuella resultaten och feedback till deltagarna.

4. Jämförbarhet: Grupperna behandlades lika och deras könsfördelning var jämförbar, men kontrollgruppens medelålder var något högre i jämförelse med forskningsgruppen.

5. Resultat: Inom respektive grupp visade den objektiva och subjektiva bedömningen någon liknelse. I jämförelse med kontrollgruppen fick forskningsgruppen mer poäng i bedömningen både objektivt och subjektivt. ÄS-patienterna upplevde sin psykiska hälsa, fysiska funktion samt kroppskänedom som relativt dålig i jämförelse med kontrollgruppen. Resultaten i forskningsgruppen varierade beroende på diagnos.

6. Klassifikation: Nivå C och duglig klass. Studien hade stor deltagarmängd och inga bortfall. Grupperna var jämförbara och behandlades lika. Grupperna var även demografiskt jämförbara. Studien är den första av sitt slag, då en kombination av BAS-H och ISBE användes som bedömning och det finns ingen data för att jämföra resultaten med. Dock finns det studier angående ämnet, men andra bedömningsmetoder har använts.

Artikel 7: *A pilot study on the effect of basic body awareness therapy in patients with eating disorder: a randomized controlled trial* (Catalan-Matamoros m.fl. 2011):

1. Forskningsfråga: Vilka effekter har BK-terapi på patienter med ÄS?

2. Patient eller problem: I studien deltog 28 patienter från öppna vården i sjukhuset Hospital of Torrecárdenas inom Mental Health District of Almeria, Spanien. De hade ÄS som varat i under fem års tid. Deltagarna hade AN, BN och EDNOS av anorektisk eller bulimisk typ. Deltagarna delades slumpmässigt in i en forskningsgrupp (n = 14) och kontrollgrupp (n = 14). Kontrollgruppens bortfall var 6 stycken, och gruppen bestod till slut av åtta patienter. Tillsammans var deltagarna 22 stycken. Forskningsgruppens medelålder var 29,5 år och en var man. Kontrollgruppens medelålder var 25,2 år och en var man. Alla deltagare fick standardiserad öppen vård, vilken består av psykoterapi och psykiatri. Dessutom fick 12 av deltagarna farmaceutisk vård.

3. Intervention eller strategi: Studien bestod av tre faser: pre-test, intervention och post-test. Båda grupperna bedömdes i pre-testet. Endast forskningsgruppen fick behandling i interventionsfasen, som bestod av BK-terapi i sju veckor. Alla deltagare be-

dömdes i post-testet. Bedömningsskalorna Eating Disorder Inventory, Eating Attitude Test, Body Attitude Test och Quality of Life Scale SF-36 användes i denna studie.

4. Jämförbarhet: Deltagarna var slumpmässigt indelade i de olika grupperna, men bedömaren var inte blind för gruppindelningen. Det är möjligt att resultaten har blivit påverkade på grund av denna kunskap. Grupperna behandlades lika vid bedömningstillfällena, men kontrollgruppen fick inte någon behandling under interventionsfasen.

5. Resultat: Det kom fram märkbara olikheter mellan kontrollgrupp och forskningsgrupp i Eating Disorder Inventory skalan och i dess underkategorier 'drive to thinness', 'body dissatisfaction' och 'ineffectiveness'. Dessutom hittades skillnader i Body Attitude Test skalan och i dess underkategorier 'negative appreciation of body size' och i Eating Attitude Test-40 skalan samt i SF-36 skalan i 'mental health' sektionen. BK-terapi påverkade alltså positivt på forskningsgruppens driv, missnöje över kropp, livskvalitet och svårighetsgraden på ÄS.

6. Klassifikation: Nivå B och duglig klass. Kontrollgruppen och forskningsgruppen hade slutligen stor skillnad i deltagarantalet ($n = 14$ jämfört med $n = 8$). Dessutom framkom det inte vem som fick farmakologisk vård, vilket också kan spela roll i resultaten. Endast gruppindelningen var förblindad. Studien var en pilotstudie med litet sampel samt kort forskningsperiod var det inte forskades några möjliga långvariga effekter av BK-terapi. Studien var dock välutförd och välbeskriven samt svarade på forskningsfrågan. Dessutom redogjordes det för ett antal andra högklassiga studier som kommit till liknande resultat.

Artikel 8: *Exercise or basic body awareness therapy as add-on treatment for major depression: A controlled study* (Danielsson m.fl. 2014):

1. Forskningsfråga: Hurdana effekter har BK-terapi eller fysisk träning för personer med pågående svår depression?

2. Patient eller problem: Studien hade 62 deltagare från Sverige, som delades in i tre olika grupper. Grupperna var träningsgrupp, BK-grupp och rådgivningsgrupp. Medelvärdet på åldern för träningsgruppen var 44,7 år ($n = 22$, varav sex var män), i BK-grupp 45,4 år ($n = 20$, varav fyra var män) och i rådgivningsgrupp 46,3 år ($n = 20$, varav fyra var män). Studiens bortfall var 16 stycken; fyra från träningsgruppen, sex från BK-gruppen och sex från rådgivningsgruppen.

3. Intervention eller strategi: Interventionsperioden var tio veckor. Träningsgruppen genomgick individuell aerobisk träning med en fysioterapeut. BK-gruppen fick BK-terapi i små grupper på fem till åtta deltagare. Träningsgruppen och BK-gruppen fick två individuella sessioner under de två första veckorna, varefter deltagarna fick två interventioner per vecka. Rådgivningsgruppen fick en individuell träff med en fysioterapeut. Under träffen fick deltagarna råd och stöd för motivation till fysisk aktivering. Dessutom hade deltagarna i rådgivningsgruppen möjlighet att kontakta fysioterapeuten när som helst under forskningsperioden. Svårighetsgraden på deltagarnas depressionen bedömdes före och efter interventionsperioden enligt förändringar i Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). Bedömaren var blind för gruppindelningen. Dessutom rapporterade deltagarna sina depressiva symptom i mitten av interventionsperioden och kunde rapportera möjliga sidoeffekter i form av fri text efter avslutad forskning.

4. Jämförbarhet: Grupperna var jämförbara och behandlades lika under studien.

5. Resultat: Träningsgruppen fick positiva effekter på depressionens svårighetsgrad och kardiovaskulär kondition i jämförelse med rådgivningsgruppen. BK-gruppen fick positiva effekter på självupplevda depressionssymptom i jämförelse med rådgivningsgruppen. Det kom fram att endast rådgivning angående fysisk träning är otillräckligt och aktivt samarbete med en expert ökar möjlighet till tillfrisknande. Det konstaterades att fysisk träning ska utgå från patientens preferenser och vara person-centrerad. Deltagarna rapporterade att schemalagda tider och någon som förväntar deras närvaro gav motivation för att ta initiativ. Forskarna hittade fördomar mot BK-terapi och gruppdynamiken i denna grupp upplevdes vara obehaglig av deltagarna, vilket troligtvis påverkade resultaten negativt för BK. Dessutom konstaterades det att BK-terapi som ett terapeutiskt närmelsesätt behöva längre interventionsperiod för att nå märkbara resultat. Resultaten pekar på att tillagd person-centrerad fysisk träning inom fysioterapi kan vara av stor hjälp för behandling av depression, men ämnet måste forskas vidare. BK-terapi borde definitivt vidareforskas, men kan användas alternativt som en tillagd vårdmetod för patienter som är motiverade för BK-terapi, eller för patienter med smärta eller andra tillstånd som fungerar som hinder för fysisk träning.

6. Klassifikation: Nivå A och högklassig. Deltagarna var blinda för studiens hypotes och för vilka vårdmetoder som användes och jämfördes i studien. Bedömaren var även blind för gruppindelningen och deltagarna hade slumpmässigt indelats i de olika

grupperna. BKs speciella krav för lyckad behandling hade inte tagits i beaktande vid studiens planering men forskningsfrågan lyckades besvaras.

Artikel 9: *Opening toward life: experiences of basic body awareness therapy in persons with major depression* (Danielsson & Rosberg 2015):

1. Forskningsfråga: Vilken mening ger personer med svår depression för deras upplevelse med BK-terapi och hur upplevs terapin hos dessa personer?

2. Patient eller problem: Studien hade 15 deltagare från Sverige, vilka hade tidigare deltagit i en RCT-studie (Danielsson 2014). 12 av dessa deltagare hade varit med om BK-interventioner i tidigare studien, en av deltagarna var i kontrollgrupp som inte fick BK-terapi och två hade hoppat av från gruppen som fick BK-terapi. Deltagarna var mellan 19 och 64 år och fem av dem var män. Alla deltagare hade diagnos för svår depression.

3. Intervention eller strategi: Interventionen bestod av en individuell, semistrukturerad intervju. Intervjun utfördes som en konversation var deltagarna uppmuntrades till att tala fritt om sina erfarenheter. Erfarenheter av BK-terapi under pågående depression och berättelse om en situation eller situationer från BK-tillfällena som deltagaren minns speciellt bra diskuterades.

4. Jämförbarhet: Intervjuerna spelades in och intervjuaren tog anteckningar angående fenomen som inte kan urskiljas i inspelning. Dessutom kopierades intervjun ordagrant av intervjuaren. Båda skribenterna läste och analyserade individuellt alla intervjuer varefter skribenterna gjorde fortsatt analys tillsammans. Dessutom diskuterades det med fysioterapeuten som lett BK-tillfällena för deltagarna. Skribenterna tog i beaktande sina egna subjektiva förutfattade meningar angående BK-terapi och terapins effekt på depression. Skribenterna tog också i beaktande att deprimerade personer brukar ha en oförmåga att verbalt uttrycka sig, vilket kan påverka resultatens trovärdighet. Då användes lätta och deskriptiva följdfrågor under intervjun.

5. Resultat: I resultaten urskildes ett huvudsakligt tema, att öppna sig för livet. Inom temat urskildes det fem underkategorier: livskraft och livsstyrka, förmåga att jorda sig själv, förmåga att känna igen mönster i ens egen kropp, bli bekräftad och låta sig vara sig själv samt ta fast i det obestämda. Dessutom kände deltagarna att de fått bättre förmåga att subjektivt delta i sitt eget liv.

6. Klassifikation: Nivå B och duglig klass. Forskarnas egna erfarenhet och förutfattade meningar kan påverka resultaten. Hur studien gått tillväga redogörs klart och tydligt. Resultaten svarar övergripande på forskningsfrågan.

Artikel 10: *Feeling more in balance and grounded in ones own body and life. Focus group interviews on experiences with basic body awareness therapy in psychiatric healthcare* (Johnsen & Råheim 2010):

1. Forskningsfråga: Hur upplever patienter inom psykiatrisk vård effekterna av BK-terapi?

2. Patient eller problem: Deltagarna var 18 patienter, varav en var man, från tre olika BK-grupper i Norge. Deltagarna var mellan 27 och 70 år gamla. BK-grupperna hade olika ledare, men alla tre var kvinnliga fysioterapeuter som var certifierade BK-terapeuter. Studiens bortfall var en stycken och det slutliga deltagarantalet var 17.

3. Intervention eller strategi: Interventionen omfattade en 90 minuter lång gruppintervju för alla tre BK-grupper. För första gruppens intervju användes en intervjuguide med specifika frågor angående upplevelser av rörelserna under BK-sessionen. För de två andra grupperna var intervjuformatet mindre definierat med öppna frågor. Intervjufrågorna relaterade till som viktigt upplevda aspekter av rörelse-baserad behandling, deltagande i gruppen, personlig utveckling och upplevelser av hälsa. Intervjuerna spelades in och transkriberades av intervjuaren efter varje session och hon inkluderade sina observationer i kopian. I data analysen gjordes systematisk avkortning till centrala meningar.

4. Jämförbarhet: BK-gruppledarna deltog inte med i intervjuerna. Grupperna var inte jämförbara, då alla grupper haft olika ledare i BK-sessioner. Intervjuformatet var olika för en grupp och två grupper hade intervjun direkt efter BK-session medan den tredje gruppen hade intervju istället för BK-session.

5. Resultat: Tre centrala teman identifierades. Dessa teman var förbättrad medvetenhet om egen kropp och förbättrad kunskap om sig själv (1), lägre tröskel att ta del av tidsförbrukande förändringar (2) och förbättrad relation mellan sig själv och andra (3). Dessa teman hade också underkategorier. Tema 1 omfattade underkategorierna ny förståelse av livets element och ny kontakt med sig själv, upptäckande av länkar mellan

andning, muskeltension och vila samt en väg mot en mer stabil kropp och mer balanserat liv. Tema 2 omfattade låg tröskel för att ta initiativ, men kräver hårt arbete och tiden som tidsförbrukande förändring kräver. Tema 3 omfattade en ny viktig, men krävande uppfattning om att ta hand om sig själv och sätta gränser till sig själv samt stöd, inspiration och utmaningar som hör till att vara en del av BK-gruppen.

6. Klassifikation: Nivå B och duglig klass. Det kunde observeras en röd tråd mellan resultaten från respektive grupp. Även om grupperna inte var totalt jämförbara kunde liknande resultat identifieras. Forskningsfrågan besvarades.

Artikel 11: *A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa* (Vancampfort m.fl. 2014):

1. Forskningsfråga: Hurdan inverkan på patologiskt ätbeteende samt på fysiologiska och psykologiska parametrar har fysioterapi för patienter med AN och BN?

2. Patient eller problem: Patienterna i de medtagna studierna skulle ha AN- eller BN-diagnos och inga exkluderades av demografiska orsaker. De inkluderade studierna skulle vara RCT-studier där fysioterapi-interventioner jämfördes med kontrollgrupper som fått placebobehandling eller traditionell vård. Åtta internationella studier användes i studien, varav en studie inkluderade patienter som fick avdelningsvård. Tillsammans omfattade dessa åtta studier 213 patienter med ÄS, varav 9 var män. 108 av deltagarna hade BN, 90 hade AN och 15 hade EDNOS. Patienterna var 16–36 år gamla.

3. Intervention eller strategi: Studien är en litteraturgranskning, där evidens från RCT-studier sammansätts. I studierna forskades effekten av fysioterapi för patienter med ÄS jämfört med effekten för liknande patienter som fick traditionell vård eller var på väntelista för vård. Nyckelorden som användes var 'anorexia' OR 'bulimia' AND 'physical therapy' OR 'physiotherapy' OR 'exercise' OR 'rehabilitation'. Två av forskarna bedömde artiklarna individuellt, och de kom båda fram till samma resultat. Vid bedömningen användes Five point Jadad Scale. I studierna användes interventionerna aerobisk träning, styrketräning, avslappningsövningar, BK-terapi, yoga, massage eller en kombination av dessa. Interventionerna skulle utföras med ett fysioterapeutiskt syfte och vara planerade, strukturerade, repetitiva och ändamålsenliga med syfte att förbättra eller uppehålla fysisk kondition.

4. Jämförbarhet: Inklusions- och exklusionskriterierna försäkrade att de medtagna studierna var jämförbara. Dessutom granskades studierna individuellt av två olika forskare.

5. Resultat: Massage och BK-terapi visade märkbar positiv effekt på Eating Disorder Inventory-skalan jämfört med traditionell vård. Massage minskade på depressiva symptom hos BN-patienter. BK-terapi förbättrar den upplevda livskvaliteten. Kombination av aerobisk träning med styrketräning inverkade positivt på antalet hetsättningsperioder, missnöje över kropp och driv för magrande hos patienter med BN. Lågintensiv styrketräning förstärker musklerna och höjer BMI samt fettprocent i kroppen hos AN-patienter i jämförelse med traditionell vård. Yoga minskade märkbart på Eating Disorder Examination-poäng jämfört med patienter i väntan på vård. Yoga hade positiv effekt på ångest och depressiva poäng hos AN- och BN-patienter.

6. Klassifikation: Nivå A och högklassig. Artiklarna är RCT-studier, och är därmed av hög kvalitet. Forskningsfrågan besvarades.