

Om kroppsmedvetande och kroppsuppfattning

AMANDA LUNDAVIK GYLLENSTEN OCH GUNVOR GARD

Sammanfattning

I denna artikel beskrivs vad kroppsmedvetande och kroppsuppfattning är, vilken betydelse det kan ha i rehabilitering, samt vilka vetenskapliga effekter som finns dokumenterade av insatser för olika patientgrupper. Det har i forskning visat sig att ökat kroppsmedvetande är ett viktigt inslag i tillfrisknandet för många olika patientgrupper med till exempel långvarig smärta, ångest, depression, vegetativa besvär eller besvär om man varit sexuellt utnyttjad. Vi har valt att belysa forskningsinsatser i syfte att förbättra kroppsmedvetande och kroppsuppfattning från olika områden och olika traditioner inom sjukgymnastik. Författarna gör inga anspråk på att heltäckande belysa kunskapsområdet. Det finns omfattande forskning inom vissa områden, som till exempel ätstörningsområdet. Vi har istället valt att försöka visa på bredden och ta fram resultat av gjorda interventioner inom olika områden.

Amanda Lundvik Gyllensten, leg. sjukgymnast, Med Dr i sjukgymnastik, lektor vid Institutionen för Hälsa vård och samhälle, Avdelningen för Sjukgymnastik vid Lunds Universitet, lärare i Basal Kroppskännedom

Gunvor Gard, leg. sjukgymnast, Fil Dr, lektor vid Institutionen för Hälsa vård och samhälle, Avdelningen för Sjukgymnastik vid Lunds Universitet (deltid) samt professor i sjukgymnastik vid Institutionen för Hälsovetenskap, Luleå Universitet

VÅRT KROPPSMEDVETANDE och vår kroppsuppfattning är företeelser som fascinerade forskare redan under 1900-talet. Den forskning som då bedrevs skedde huvudsakligen inom områdena psykologi och psykiatri företrädesvis av psykologer och läkare. Fisher, en psykologiprofessor från Syracuse University i New York, ägnade mycket av sin tid åt att studera kroppsuppfattning, personlighet och kroppserfarenheter (1,2). Lowen, en amerikansk psykoterapeut och elev till Reichs, var också intresserad av muskelspänningars funktion och av andningen (3). Han utvecklade en egen behandlingsmetod ”Bioenergetics” som även har inspirerat utvecklingen av våra sjukgymnastiska behandlingsmetoder. Fortfarande är området kroppsuppfattning framför allt beforskat av psykologer och läkare. Speciellt är det forskning om sjukdomstillstånd som schizofreni och ätstörningar som publiceras i internationella tidskrifter (4). Sjukgymnastisk forskning börjar dock synas även i internationella sammanhang.

Sjukgymnasten Gertrud Roxendal från Sverige gjorde med sin avhandling ”Body Awareness Therapy and the Body Awareness Scale” (5), området kroppsuppfattning till ett sjukgymnastiskt forskningsområde, inte bara en klinisk behandlingstradition. Sjukgymnas-

tik som forskningsområde är ju en relativt ung disciplin. Gertrud Roxendal var den 4:e sjukgymnasten som disputerade i Sverige, så området kroppsmedvetande tillhör ändå de med längst forskningstradition. Den sjukgymnastiska forskningstraditionen om kroppsmedvetande och kroppsuppfattning är denna artikels huvudtema. Kroppskännedom är den övergripande termen inom området, ofta används kroppsmedvetande och kroppskännedom synonymt i litteraturen. Detta beror på att den engelska termen ”body awareness” kan översättas med både kroppsmedvetande och kroppskännedom. I denna artikel används begreppet kroppsmedvetande. Detta för att förtydliga att det inte enbart handlar om behandlingsmetoden Basal Kroppskännedom.

Vad menas med kroppsmedvetande?

Kroppen är inte en separerad och avskild del av personen, utan vi är som personer en integrerad helhet med kropp, själ och medvetande. Kroppen representerar vår förutsättning för att agera och handla i världen. Kroppen är även basen för våra upplevelser – det är i kroppen vi känner våra känslor och behov. Man kan säga att kroppsmedvetande har både en rörelsedimension och en upplevelsedimension. I rörelsedimensionen ingår vårt rörelsemönster, både det medvetna och det omedvetna, samt vår förmåga att styra och behärska kroppen och våra rörelser. I upplevelsedimensionen ingår, till exempel, våra erfarenheter och upplevelser samt vår kunskap och medvetenhet om kroppen och dess olika aspekter (6,7)

Kroppskännedom (Body awareness)

Upplevelseaspekt	Rörelseaspekt
Kroppsupplevelse	Kroppsbehärskning
Kroppsgränser	Kroppskontroll
Kroppsminne	Rörelsemönster
Kropps erfarenhet	
Kroppsutfattning	
Kroppsmedvetande	

Ovanstående bild är hämtad från Mattsson M. 1998, sidan 37 (8).

Metoder för att utveckla kroppsmedvetande

Det har i forskning visat sig att ökat kroppsmedvetande är ett viktigt inslag i tillfrisknandet för många olika patientgrupper med kroppsliga obehag, långvarig smärta, ångest, depression eller om man varit sexuellt utnyttjad (8, 9,10,11).

Det finns flera olika metoder där man arbetar med att utveckla kroppsmedvetande. De i Sverige vanligast förekommande är:

Feldenkrais-pedagogiken

Feldenkrais-pedagogik används för att hjälpa patienten att bli mer medveten om hur han/hon använder kroppen och att hitta nya sätt att röra sig på som är mer ändamålsenliga. I Sverige är metoden studerad i primärvården för patienter med långvarig smärta (se referenser).

Psykodynamisk kroppsterapi/

Psykomotorisk fysioterapi

Metoden Psykodynamisk kroppsterapi är en metod där kroppsmassage och rörelser kombineras med att sätta ord på affektiva upplevelser. Metoden är i Sverige studerad som behandlingsmetod vid ångesttillstånd (se referenser).

Basal Kroppskännedom

Basal Kroppskännedom (BK) har studerats vid många olika sjukdomstillstånd; olika former av långvarig smärta, lättare psykiska symtom i form av ångest och depression, schizofreni, och traumatisk lärbensamputation (se referenser).

Effekter av kroppsmedvetandeträning

Författarna har gjort en manuell litteratursökning utifrån kännedom om forskningsområdet, samt också gjort en datasökning i databasen PubMed, med sökorden ”body awareness and physiotherapy” respektive ”body image and physiotherapy” gällande de senaste tio åren. Författarna gör inga anspråk på att vara heltäckande, eftersom det finns omfattande forskning inom vissa områden, som till exempel årstörning. Vi har istället valt att försöka visa på bredden och ta fram resultat av gjorda interventioner inom olika områden

Feldenkrais (FK):

Tre patientgrupper som ofta söker primärvård för långvariga smärtproblem fick möjlighet att

”Kroppsmedvetande har både en rörelsedimension och en upplevelsedimension.”

”En genomgång av multidisciplinära studier för patienter med långvarig smärta visar att BK har positiva effekter och kan öka hälsorelaterad livskvalitet och vara en kostnadseffektiv behandling”

få behandling med Feldenkrais (FK) i grupp, Basal Kroppskännedom (BK) i grupp eller individuell behandling som vanligt hos primärvårds-sjukgymnast. Det fanns små skillnader när det gällde behandlingsresultat mellan grupperna men BK och FK var mest effektiva för att öka hälsorelaterad livskvalitet, samt tilltron till den egna förmågan att hantera smärta, vilken kvarstod under ett år (12).

**Affektfokuserad kropppsykoterapi (ABP)/
Psykodynamisk kroppsterapi (PDK):**

Patienter i psykiatri med generaliserat ångest-syndrom (GAD) fördelades slumpmässigt antingen till ABP/PDK eller till sedvanligt behandling i psykiatrisk öppenvård. Patienter som fått effektfokuserad kropppsykoterapi upplevde sig ha erhållit bättre stöd och hjälp än patienterna i kontrollgruppen (13).

**Basal Kroppskännedom (BK)/
Basic Body Awareness Therapy (BBAT):**

LÅNGVARIG SMÄRTA: En genomgång av multidisciplinära studier för patienter med långvarig smärta visar att BK har positiva effekter och kan öka hälsorelaterad livskvalitet och vara en kostnadseffektiv behandling (11).

Effekten av multidisciplinär rehabilitering med fokus på BK, kognitiv- och avspännings-terapi har jämförts med traditionell sjukgymnastik inom primärvården. Jämförelsen visade att det multidisciplinära rehabiliteringsprogrammet förbättrade hälsorelaterad livskvalitet och var mer kostnadseffektivt än traditionell sjukgymnastik (14).

Effekten av multidisciplinär rehabilitering har också studerats för personer med fibromyalgi. Resultatet visade en signifikant förbättring av ”flow” efter behandlingen, vid tre-månadersuppföljningen och vid ettårsuppföljningen. Vegetativa symtom, grundning (förmågan att avspänt låta underlaget bära kroppens tyngd i olika utgångsställningar), centrering (förmågan att koordinera rörelserna genom bålen) och flöde (förmågan att slappna av och låta rörelserna fortplanta sig genom kroppens olika delar) förbättrades mer i den multiprofessionella behandlingsgruppen än i kontrollgruppen (15).

BK, Feldenkrais och konventionell sjukgymnastik jämfördes vad gäller smärta, psykologisk distress och självbild hos patienter med ospecifika muskuloskeletala symtom inom primärvården. Resultatet visade att alla behand-

lingsgrupper förbättrades signifikant över tid med få signifikanta skillnader mellan grupperna. FK och BK grupperna var dock enligt de fördjupade analyserna mer effektiva än konventionell sjukgymnastik (12).

Ett program med BK och gruppdiskussioner under ledning av en sjukgymnast och psykolog för personer med muskuloskeletal smärta har visat att denna behandlingskombination har god effekt och kan förbättra kroppsharmoni och kroppsmedvetenhet (16).

Rosberg, som har studerat hur mening kan skapas från kroppsliga erfarenheter vid muskulära smärttillstånd har funnit att sjukgymnastik kan vara en socialt konstruerad menings-skapande process, där en person kan växa genom en tillitsfull relation till sjukgymnasten. Medvetenheten om kroppen gör det möjligt att uppleva relationen mellan kropp och själ. Skapandet av mening är en dialektisk process mellan att vara/leva i sin kropp och att bli medveten om den levda erfarenheten som kan överföras i symboler (17).

En grupp patienter med fibromyalgi fick en behandling som kombinerat BK i grupp med bassängträning. Efter programmet upplevde deltagarna sin kropp mer positivt, blev mer avspända och lugna och utvecklade en mer tolerant, tillitsfull relation till sin kropp. Erfarenheter av glädje och välbefinnande ersatte tidigare negativa upplevelser av kroppen och genom egna reflektioner lärde sig deltagarna en mer positiv upplevelse av sin kropp (18).

Irritable Bowel Syndrome (IBS) betyder besvär i form av smärtor i magen, visceral hyperalgesi och diarré/ förstoppning. Magproblem är vanligt i befolkningen och det uppskattas att cirka 50-70 procent av alla patienter med gastrointestinala besvär har en IBS-diagnos. I en studie jämfördes patienter med IBS med friska personer för att utvärdera behandling med BK under 24 veckor. Resultatet visade en reduktion av gastrointestinala och psykiska symtom (bland annat depressiva symtom) för BK-gruppen samt minskade smärt- och muskelspänningsnivå i kroppen och förbättrad copingförmåga (19).

ÅNGEST/DEPRESSION: I en randomiserad kontrollerad studie av patienter i psykiatrisk öppenvård fick 38 patienter behandling med BK i tillägg till sedvanligt omhändertagande (sjukskrivning, medicin och samtal) och jämfördes

med en kontrollgrupp på 39 patienter som bara fick sedvanligt psykiatriskt omhändertagande. Det visade sig att efter tre månader hade BK-gruppen en förbättrad inställning till den egna kroppen och sina symtom, bättre rörelse-ekvalitet och kroppsmedvetande, bättre tilltro till egen förmåga, bättre sömn och förbättrade fysiska coping strategier än kontrollgruppen (20).

Efter sex månader hade BK gruppen fortfarande bättre kroppsmedvetenhet och rörelse-ekvalitet samt ökad tilltro till den egna förmågan. Analys av kostnaderna under ett år visade att kostnadseffektiviteten var signifikant förbättrad i gruppen som fått BK, med minskade sjukskrivningar och minskat vårdutnyttjande i jämförelse med kontrollgruppen (21).

SEXUELLT UTSATTA KVINNOR: Behandling med BK och samtal med en kvinnlig gynekolog minskade symtomen med hälften under en 20-månadersperiod. Självbilden förbättrades och självhatet minskade hos majoriteten av de sju kvinnorna (10).

LÅNGVARIGA PSYKISKA FUNKTIONSHINDER: I en kontrollerad studie behandlades 17 patienter med schizofreni och jämfördes sedan med en kontrollgrupp på nio patienter som endast fått sedvanligt omhändertagande. BK-gruppen hade förbättrats med avseende på rörelse-ekvalitet och kroppsmedvetenhet, kroppsuppfattning, blickkontakt, sexuellt intresse, och minskad ångest i jämförelse med kontrollgruppen (5). Patienternas upplevelser av behandling med BK och relationen till den behandlande sjukgymnasten finns beskrivet. Den viktigaste upplevelsen av BK för patienterna, var en känsla av kontroll och att hållningen normaliserades (8). Ytterligare forskning inom detta område pågår.

I en norsk studie behandlades patienter med långvariga psykiska funktionshinder med gruppbehandling med Basal Kroppskännet, kombinerat med kommunikationsövningar och samtal. Patientgruppen bestod av 72 patienter med blandade diagnoser, inlagda på psykiatrisk avdelning. Studien visar bland annat att kroppsliga variabler tog tid att förändra.

De som deltog vid 50 tillfällen eller mer uppnådde signifikant bättre resultat för psyko-motorisk funktion än de som deltog 10-19 gånger. Författarna pekar på att ”kroppen lär sig genom långsamma processer” (22).

TRAUMATISK LÅRBENSAMPUTATION: Forskning om hur man kan använda BK i funktionell protesträning hos traumatiskt lårbensamputerade patienter finns beskriven. Efter träningen, som bestod av funktionell träning enligt BK-principer och principer för att integrera proteserna i det normala rörelsemönstret, fick patienterna ett mer symmetriskt gångmönster och förbättrad tyngdfördelning. Ingen patient använde gånghjälpmedel efter behandlingen och fler patienter lärde sig att jogga (23).

Fokus på emotioner

Ett fokus på emotioner är viktigt i alla kroppsmedvetandeterapier (24). Det är betydelsefullt att patienterna lär sig att bli medvetna om sensationer och emotioner i kroppen. Här kan sjukgymnasten vara en guide och vägledare och bekräfta patientens upplevelser.

Både verbala och icke-verbala signaler bör uppmärksammas. Sjukgymnasten kan uppmantra en patient att observera och acceptera emotioner i kroppen som uttrycker under en behandling som ett sätt att förbättra kroppsmedvetenheten.

Faktorer som värme, respekt, uppmärksamhet, förståelse och empati har generellt sett visat sig vara viktiga för ett gott behandlingsresultat (25).

Kroppsuppfattning

Kroppsuppfattning, det vill säga begreppet ”body image” introducerades på 1930-talet av den tyske neurologen Silder. Body image var enligt honom ”the sum of the mental representation of the body and its organs” (26). En annan definition av kroppsuppfattning är den inre bild av kroppen vi har och hur den ser ut för oss (27).

I begreppet ingår:

- *perceptuella aspekter*, det vill säga upplevelsen av kroppens storlek och form,
- *subjektiva aspekter*, det vill säga den kognitiva uppfattningen av kroppen samt på engelska ”body concept”
- *affektiv upplevelse*, det vill säga tillfredsställelsen med kroppen, på engelska ”body cathexis” (9, 27).

Enligt Roxendal (9) är dock den överordnade termen ”Kroppskännet” och betecknar den kroppsliga aspekten av en människas totala medvetenhet.

”Det är betydelsefullt att patienterna lär sig att bli medvetna om sensationer och emotioner i kroppen. Här kan sjukgymnasten vara en guide”

”Inom skolan har en intervention för att förbättra kroppsuppfattning och självkänsla genomförts med gott resultat”

Kroppsuppfattning vid långvariga psykiska funktionshinder

Hos personer med långvarigt psykiskt funktionshinder finns ofta en kroppslig komponent där personen kan uppleva kroppen som främmande, dåligt integrerad, eller svag, sjuk, med avvikande storlek, form eller funktion. Ibland finns kanske till och med en känsla av att kroppen håller på att falla sönder (27). Prevalensen av kroppsuppfattningsstörningar hos personer med diagnosen schizofreni är svåruppskattad men vanlig. Den anses variera under sjukdomstiden och vara störst i början av sjukdomsförloppet (28). Det finns också vetenskapliga studier som pekar på ett samband mellan symtom, kroppsuppfattningsstörning, motorik samt fysisk aktivitetsnivå hos personer med långvariga psykiska funktionshinder. Den låga fysiska aktivitetsnivån är ofta ett stort problem som leder till sekundära sjukdomar och låg livslängd hos dessa patienter (26, 28, 29, 30).

Kroppsuppfattning vid anorexi

I Sverige drabbas cirka en procent av alla unga flickor per år av anorexia nervosa (anorexi), ett tillstånd som medför en störd kroppsuppfattning. Även självkänslan påverkas av viktnedgången och/eller av det förnekande som ofta medföljer tillståndet (32). Kroppsuppfattningen är vanligtvis kopplad till självförtroendet. En negativ kroppsbild kan vara en riskfaktor för att få ätstörningar och kan medföra en försämrad prognos vid rehabilitering (33). Kroppsuppfattningen har en stor betydelse för rehabiliteringens resultat. Anorektiker kan ha en positivare attityd till sin kropp än bulimiker (32), vilket kan bero på att problemen och/eller kroppen förnekas (33). Personer med ätstörningar har ofta sämre kontakt med sina känslor än fullt friska personer (34). Tillfredsställelsen med kroppen har stor betydelse för hur en person bedömer till exempel sin kroppstorlek. Personer som överskattar sin kroppstorlek har i studier visat sig vara missnöjda med sin kropp (33). När en person har en störd kroppsuppfattning är olika kroppsliga funktioner, perceptuella, subjektiva och affektiva, påverkade (35).

Effekter av behandling vid kroppsuppfattningsstörning

Behandling av kroppsuppfattningsstörningar

vid långvariga psykiska funktionshinder:

I studien av Roxendal (5) förbättrades även faktorn ”body image” i den grupp som fick behandling med BK (se avsnittet om Effekter av kroppsmedvetande behandling, BK, patienter med schizofreni).

Kroppskännedom som korttidsbehandling i tillägg till sedvanligt psykiatriskt omhändertagande har studerats för 40 patienter med schizofreni i en randomiserad dansk studie. Resultaten visar inga signifikanta förbättringar för behandlingsgruppen efter en kort intervention på totalt 15 behandlingar/vecka, med en intensitet av två behandlingar/vecka. Följsamheten till behandlingen var god även i det akuta stadiet (36).

Beröring är något som kan vara problematiskt för patienter med långvariga psykiska funktionshinder och ge svårigheter i vardagslivet och i relationer. Svårigheter att uppfatta kroppens gränser, det vill säga var min kropp slutar och omgivningen börjar, kan leda till att beröring kan upplevas som ångestframkallande. Mycket forskning finns runt betydelsen av huden för utvecklandet av den egna individualiteten (37). I en studie gavs massage på tio patienter med schizofreni. Behandlingen ledde till ett positivt utfall i form av att den ökning av ångest som brukar följa med beröring uteblev (38).

Behandling av kroppsuppfattningsstörningar vid ätstörningsproblem

Kroppsinriktade behandlingar är viktiga för att normalisera den förvrängda kroppsuppfattningen hos anorektiker (39,40). Det kan innebära övningar i Basal kroppskännedom, avspänning, beröring, rörelseträning, eller att öva mental närvaro (39). Att uppnå viktökning är viktigt (41,42).

Effekter av preventiva satsningar

Inom skolan har en intervention för att förbättra kroppsuppfattning och självkänsla genomförts med gott resultat (42). En grupp tonåringar, 11-14 år deltog. Programmet ledde till en ökad tillfredsställelse med den egna kroppen, förbättrad kroppsuppfattning och självkänsla, positivare attityd till det egna utseendet och en upplevelse av att vara socialt accepterad. Även efter ett år fanns dessa positiva resultat kvar. Detta är en approach som kan vara effektiv vid ätstörningar hos unga (42).

Projektet ”Healthy Buddies”, ett kamratlett

Health Promotion-program för att förebygga fetma och ätstörningar i grundskolan har genomförts i Kanada (43). Studenter i årskurs 4-7 var lärare för sina yngre skolkamrater. Nutrition, fysisk aktivitet och att få och behålla en frisk kroppsform ingick som ämnen på schemat. Alla skulle lära sig att bli "Healthy Buddies". En positivare attityd till och bild av den egna kroppen noterades hos samtliga elever, både de som var lärare och de som blev undervisade.

För att minska det sociala trycket att gå ner för mycket i vikt inom idrotten har insatser för att lyfta fram en positiv kroppsform genomförts. Inom "kroppskänslaprogrammet" har en intervention för att skapa en positivare kroppsform och kroppsuppskattning inom idrotten och ett normalt ätbeteende satts igång inom olika gymnastikklubbar i Kanada. Kvinnliga gymnaster i åldern 11-18 år, föräldrar och coacher har deltagit. Resultat visade att deltagande i detta program minskade trycket från sportklubbarna på de unga att gå ner i vikt, men inga förbättringar kunde noteras i kroppsuppfattning. (43,44)

Finns det olikheter i kroppskänslor mellan könen?

Detta är otillräckligt studerat vetenskapligt. Det som finns studerat i denna fråga rör en grupp om 25 patienter i psykiatrisk rehabilitering, 25 patienter i smärtrehabilitering och 25 friska kontrollpersoner. Här studerades vilka faktorer som påverkade kroppskänslan mätt med Body Awareness Scale – Health (BAS-hälsa). Resultatet visade att kön inte utgjorde någon viktig faktor i resultatvariansen (45). När det gäller störningar av kroppsuppfattning vid anorexi så utgör kvinnor dock en signifikant del av patienterna (46).

Finns det olikheter i kroppskänslor mellan sjuka och friska?

I en studie jämfördes friska kontrollpersoner med patienter i smärtrehabilitering och i psykiatrisk rehabilitering. Det fanns en signifikant skillnad mellan friska personer och patienter i psykiatrisk rehabilitering och i rehabilitering av långvarig smärta mätt med Body Awareness Scale- Health (BAS-hälsa). Patienterna i psykiatrisk rehabilitering hade signifikant högre värden än de andra grupperna på sådana faktorer som hade med relationen till den egna kroppen (till exempel att hålla sig innanför gränserna för stabil balans) och relationen till

sjukgymnasten (skattaren) att göra, till exempel det valda avståndet till sjukgymnasten och att möta blicken. Patienterna i smärtrehabilitering hade totalt sämre kroppskänslor än de andra grupperna speciellt på funktioner som avsåg grundning och centring av rörelserna. De friska hade totalt signifikant bättre värden på alla rörelsefaktorer (45). Detta område behöver dock studeras mer.

Referenser

1. Fisher S. Body experience in Fantasy and Behavior. New York: Appleton-Century-Crofts, 1970.
2. Fisher S, Cleveland S.E. Body image and personality. New York: Dover Press, 1968.
3. Lowen A. Bioenergetics. The revolutionary therapy that uses the language of the body to heal the problems of the mind. Coward, McCann & Geoghean Inc. 1975
4. Röhrich F., Priebe S. Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine* 2006 doi:10.1017/S0033291706007161.
5. Roxendal G. Body awareness and the body awareness scale, treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy. Avhandling, Göteborgs Universitet, 1985.
6. Roxendal G. Winberg A. Levande människa. Basal Kroppskännet för rörelse och vila. Natur och Kultur, 2002.
7. Gyllensten A,L. Basic Body Awareness Therapy. Avhandling. Lunds Universitet, 2001.
8. Gyllensten AL, Hansson L, Ekdahl C. Patient experiences of basic body awareness therapy and the relationship with the physiotherapist. *Journal of Bodywork and movement Therapies* 2003; 7(3) 173-183.
9. Mattsson M. Body Awareness – application in physiotherapy. Avhandling. Umeå Universitet, 1998
10. Mattsson M, Wikman M, Dahlgren L, Mattsson B, Armelius K. Body Awareness therapy with sexually abused women. Part 2: Evaluation of body awareness in a group setting. *Journal of Bodywork and movement therapies*. 1998; 2(1):38-45.
11. Gard G. Body awareness therapy for patients with fibromyalgia and chronic pain. *Disability and Rehabilitation*. 2005 ;27(12):725-728.
12. Malmgren-Olsson EB, Bränholm IB. A comparison between three physiotherapy approaches with

- regard to health-related factors in patients with non-specific musculoskeletal disorders *Journal of Disability & Rehabilitation* 2002;24:308-317.
13. Levy Berg A., Sandahl C, Clinton D. The relationship of treatment preferences and experiences to outcome in generalized anxiety disorder (GAD). *Psychol Psyoter* 2008; 81: 247-259
 14. Grahn B, Ekdahl C, Borgqvist L. Effects of a multidisciplinary rehabilitation programme on health-related quality of life in patients with prolonged musculoskeletal disorders; a 6-month follow-up of a prospective controlled study. *Journal of Disability and Rehabilitation* 1998;20:285-297.
 15. Gustafsson M, Ekholm J, Broman L. Effects of a multiprofessional rehabilitation programme for patients with fibromyalgia syndrome. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2002; 34:119-127.
 16. Klingberg-Olsson K, Lundgren M, Lindström I. Choose what I want – basic body awareness and group conversations – a cooperation between physiotherapist and psychologist for patients with pain and stiffness syndromes. *Nordisk Fysioterapi* 2000;4: 133-141
 17. Rosberg S. Kropp, varande och mening i ett sjukgymnastiskt perspektiv. Avhandling Göteborg Universitet, Department of Social Work, 2000.
 18. Mannerkorpi K, Gard G. Physiotherapy group treatment for patients with fibromyalgia – an embodied learning process. *Journal of Disability & Rehabilitation* 2003; 25:1372
 19. Eriksson EM, Möller IE, Söderberg RH, Eriksson HT, Kurlberg GK. Body awareness therapy: a new strategy for relief of symptoms in irritable bowel syndrome patients. *World Journal of Gastroenterology*. 2007;13(23): 3206-3214.
 20. Gyllensten AL, Hansson L, Ekdahl C. Outcome of Basic Body Awareness Therapy. A randomised controlled study in psychiatric outpatient care. *Advances in Physiotherapy*. 2003; 5: 179-190
 21. Gyllensten AL, Ekdahl C Hansson L. Long-term effects of Basic Body Awareness Therapy in Psychiatric Out-patient Care. A randomised controlled study. *Advances in Physiotherapy*, In press.
 22. Skatteboe UB, Friis S, Kvamsdal Hope M, Vaglum P. Body awareness group therapy for patients with personality disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1989; 51: 11-17.
 23. Sjö Dahl C, Jarnlo G-B, Persson B. Gait improvement in unilateral transfemoral amputees by a combined psychological and physiotherapeutic treatment. *Journal of Medical Rehabilitation* 2001; 33:114-118.
 24. Gard G, Gyllensten AL. The importance of emotions in physiotherapeutic practice. *Physical Therapy Reviews*. 2000; 5:179-190.
 25. Lambert MJ, Shapiro DA, Bergin AE, The effectiveness of psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (eds) *Handbook of Psychotherapy and Behaviour change* (3rd ed) Wiley, New York, 1986: 143-182.
 26. Schilder P. *The image and appearance of the human body*. New York: The international University Press Inc. 2nd edition.
 27. Gyllensten AL. Kroppen kroppsupplevelser och kroppsorienterade interventioner. In: *Att leva med psykiska funktionshinder- livssituation och effektiva vård- och stödinsatser* (eds) Brunt D, Hansson L. Lund: Studentlitteratur, 2005.
 28. Priebe S, Röhrich F. Specific body image pathology in acute schizophrenia. *Psychiatry Research* 2001; 3:289-301.
 29. Allison DB, Mackell J, McDonell D. The impact of weight gain on quality of life among persons with schizophrenia. *Psychiatric Services* 2003; 54:565-567.
 30. Faulkner G, Soundy AA, Lloyd K. Schizophrenia and weight management: a systematic review of interventions to control weight. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 2003;108 (5): 324-332.
 31. First M, Frances A, Pincus H. *The essential companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-IV-TR guidebook* (4th ed.). American psychiatric publishing inc: Washington DC, 2004.
 32. Björck C, Clinton D, Sohlberg S, Norring C. Negative self-image and outcome in eating disorders: results at 3-year follow-up. *Eating Behaviours*. 2007; 8(3). 398-406.
 33. Probst, M. *Body experience in eating disorder patients*. Kortenberg: University Center Sint Josef. 1997.
 34. Råstam M, Gillberg C, Gillberg IC, Johansson M. Anxithymia in anorexia nervosa – a controlled study using 20-item Toronto anxithymia scale. *Acta Psychiatrica*. 1997; 95: 385-388.
 35. Farrell C, Lee M, Shafran R. Assessment of Body Size Estimation: A Review. *European Eating Disorders Review*. 2005; 13: 75-88.
 36. Jensen K, Jensen J, Molsted AP, Lacobsen L (2002). Body awareness therapy's inflydelse pa patienter indenfor det skizofrene speitrum. *Nordisk Fysioterapi* 6(2): 58-65.
 37. Anzieu D Hudjaget. Om hudens psykiska betydelse. *Natur och Kultur*, 2000.37.

38. Andres K, Bellwald L, Brenner HD. Empirical study of a physically oriented therapy with schizophrenic patients. *Zeitschrift für Klinische psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 1993; 41(2): 159-169.
39. Clinton D, Norring C. Ätstörningar - bakgrund och aktuella behandlingsmetoder.
40. Probst M, Vandereycken W, Van Coppenolle H., Pieters G. Body size estimation in anorexia nervosa patients: the significance of overestimation. *Journal of Psychosomatic Research*. 1998; 44(3-4). 51-456.
41. Williams P, Goodie J, Motsinger C. Treating Eating Disorders in Primary Care. *American Family Physician*. 2008; 77(2): 187-195.
42. O'Dea JA & Abraham, S. Improving the body image, eating attitudes and behaviours of young male and female adolescents: a new educational approach that focuses on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders* 2000;28(1):43-57.
43. Stock S, Miranda C, Evans S, Plessis S, Ridley J, Yeh S, Chanoine JP. Healthy Buddies: a novel, peer-led health promotion program for the prevention of obesity and eating disorders in children in elementary school. *Pediatrics*. 2007 Oct; 120(4):e1059-68.
44. Buchholz A, Mack H, McVey G, Feder S, Barrowman N. Body Sense: an evaluation of a positive body image intervention on sport climate for female athletes. *Eating Disorders* 2008; 16(4):308-21.
45. Gyllensten AL, Ekdahl C, Hansson L. Validity of the Body Awareness scale- Health (BAS-H). *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 1999; 13: 217-2
46. Wallin U. Anorexia nervosa in adolescence. Course, treatment and family function. Avhandling. Lunds Universitet. Depart