

Marie Renate Haugen

Spiseforstyrre pasientar sine opplevingar og erfaringar knytt til fysisk trening

Ein fortolkande fenomenologisk analyse

Masteroppgave i idrettsvitenskap

Seksjon for idrettsmedisinske fag
Norges idrettshøgskole, 2014

Samandrag

Føremålet med denne studien var å få eit djupare innsyn i spiseforstyrra pasientar sine opplevingar og erfaringar knytt til fysisk trening, før- og under sjukdomsutviklinga, samt i tilfriskningsfasen. Tre kvinner i alderen 24-26 år som var diagnostisert med ei form for spiseforstyrning, deltok i eit semistrukturert intervju. Alle kvinnene var under intervjuet i tilfriskningsfasen av sjukdomen. Data vart tematisk analysert ved bruk av fortolkande fenomenologisk analyse (IPA; Smith, Flowers & Larkin, 2009). Tema som framstod som sentrale relatert til føremålet med oppgåva, var informantane sitt forhold til fysisk trening, motiv for fysisk trening og negative psykososiale forhold relatert til idrettsmiljøet. Gjennom dei ulike fasane av sjukdomen flukterte informantane sitt forhold til fysisk trening. Før sjukdomsutviklinga kunne ein tydeleg sjå at alle informantane hadde eit avslappa forhold til fysisk trening, medan forholdet vart meir anstrengt under sjukdomsutviklinga. I tilfriskningsfasen kunne ein igjen sjå innslag av eit avslappa forhold til fysisk trening, men i ulik grad hjå informantane. Motiv for fysisk trening framstod som indre regulert før sjukdomsutviklinga, der glede og aktivitetens eigenverdi stod sentralt, på same tid kom motiv som sosiale aspekt og trening for å bli betre fram. Under sjukdomsutviklinga endra motiva for trening seg, og vart i større grad prega av ytre motivasjon, der vektregulering, psykologisk velvære og betra fysisk form var sentrale dimensjonar. I tilfriskningsfasen kunne ein igjen sjå indre motiv for trening hjå to av informantane, sjølv om ytre motiv som vektregulering, betre fysisk form, og psykososialt velvære fortsatt var sentrale dimensjonar. Når det gjaldt negative psykososiale forhold relatert til idrettsmiljøet, spelte dette temaet ein sentral rolle hjå ein av informantane. Her var ein ugunstig trenarrolle, samt ein ugunstig utøvarrelasjon sentrale undertema, noko som kunne relaterast til prestasjonsklima og ego-orientering. Resultata i denne studien er diskutert i lys av den duslistiske modellen for lidenskap (Vallerand, Blanchard, Mageau, Koestner, Ratelle, Le`onard & Gagne´, 2003) og sjølvbestemmelsesteorien (SBT; Deci & Ryan, 2007).

Innhald

Samandrag	3
Innhald	4
Føreord	6
1. Introduksjon	7
1.1 Føremål med studien	9
2. Teori	10
2.1 Kva er spiseforstyringar?	10
2.2 Årsaksfaktorar- kan fysisk aktivitet og trening spele ein rolle?.....	13
2.2.1 Disponerande- og utløysande faktorar	13
2.2.2 Oppretthaldande faktorar	13
2.2.3 Trening som årsaksfaktor?.....	14
2.2.4 Når kan trening kallast overdriven?.....	16
2.3 Behandling- kan fysisk aktivitet og trening vere eit alternativ?	18
2.4 Motivasjonelle aspekt	21
2.4.1 Motivasjon for fysisk aktivitet og trening.....	21
2.4.2 Autonom- eller kontrollert motivasjon?	24
3. Metode	27
3.1 Utval	28
3.2 Datainnsamling	28
3.2.1 Utarbeiding av intervjuguide og gjennomføring av intervju	28
3.2.2 Transkribering	30
3.3 Analyse.....	30
3.4 Kvalitet.....	31
3.4.1 Reliabilitet og validitet	31
3.4.2 Tilbakemelding frå informantane	33
3.5 Etikk.....	33
4. Resultat og diskusjon	35
4.1 Forhold til fysisk trening	35
4.2 Motiv for fysisk trening	44
4.3 Negative psykososiale forhold relatert til idrettsmiljøet	54

5. Generell diskusjon	57
5.1 Forhold til fysisk trening	57
5.2 Sjølvbestemt og kontrollert motivasjon- ei endring knytt til psykopatologien.....	59
5.3 Betydninga av motivasjonsklima i idretten	61
5.4 Styrkar og avgrensingar ved studien	63
6. Oppsummering.....	65
Litteraturliste	66
Vedlegg	77

Føreord

Arbeidet med denne oppgåva har vore særst spanande og interessant, og gjennom dette året har eg opparbeida meg gode kunnskapar på fagfeltet trening og spiseforstyrningar, samt planlegging, gjennomføring og evaluering av eit forskingsprosjekt. Sjølv om arbeidet med oppgåva har bode på mange spanande og givande utfordringar, er det no godt å endeleg ha kome i mål.

Det er mange personar som gjennom dette året har støtta og hjelpt meg, og eg vil særleg rette ei stor takk til følgjende personar:

- Min hovudrettleiar Jorunn Sundgot-Borgen, for god og konstruktiv rettleiing, samt lærerike samtalar angående fagfeltet spiseforstyrningar og fysisk trening.
- Informantane som stilte opp, slik at dette prosjektet vart mogleg å gjennomføre.
- Christian Magelssen, for all hjelp og positive innspel, samt støttande samtalar når det butta imot og vegen mot mål verka uendeleg lang.
- Lars-Tore Ronglan og Gro Rugseth for god rettleiing angående metode.
- Øyvind Standal, Grete Haugen og Anne Margrethe H. Mong for god hjelp til korrekturlesing.
- Mine foreldre som har gitt meg fantastisk støtte, samt har hatt trua på meg gjennom heile studietida mi.

Oslo, mai 2014.

Marie Renate Haugen

1. Introduksjon

Både i idretten og i samfunnet generelt er spiseforstyrningar eit dagsaktuelt tema. Spiseforstyrningar er ein psykisk sjukdom som omfattar diagnosane anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), overspisingsliding og uspesifiserte spiseforstyrningar ("other specified feeding or eating disorder"- OSFED, tidlegare "eating disorder not otherwise specified", EDNOS) (APA, 2013; APA, 1994). Antal individ som blir ramma av sjukdomen er vanskeleg å stadfeste, då forskarar har nytta ulike og upresise målemetodar (Fombonne, 1995). Det er likevel antyda at kring 50 000 norske kvinner mellom 18-45 år har ein eller annan form for alvorleg behandlingstrengande spiseforstyrning (Rosenvinge & Götestam, 2002), og at dei aller fleste av desse er unge jenter (Rosenvinge, Frostad & Andreassen, 2012). Fordi ulike metodar er nytta i forskning, har det vore vanskeleg å talfeste sjukdoms-problematikken, samt at det har vore vanskeleg å sjå kva veg utviklinga har gått (Fombonne, 1995). I tillegg har det vore endringar i klassifikasjonssystema siste åra, noko som også vil påverke antal diagnostiserte. Til dømes var overspisingsliding tidlegare ein del av EDNOS, men har gjennom DSM-5 blitt ein eigen diagnose. Kriteriane for overspisingsliding er no mildare enn tidlegare, noko som vil føre til at fleire vil få diagnosen gjennom DSM-5 (Smink, Hoeken & Hoek, 2012). Dette gjeld også for AN og BN, der diagnosekriteria har blitt breiare, slik at både insidens og prevalens vil bli høgare (Smink, Hoeken & Hoek, 2013). Likevel er det ein indikasjon på at insidensen av AN hjå kvinner har vore nokså stabil dei siste tiåra (Hoek, 2006), medan førekomsten av BN truleg har gått ned sidan tidleg 90-tal (Smink et al., 2012).

Mange årsaksfaktorar kan ligge til grunn for utvikling av spiseforstyrningar, som til dømes kjønn, familieforhold, personlegdomstrekk, miljø, overgrep og genetik (Røer, 2009; Skårderud, 2000; Rosenvinge et al., 2012). Studiar har også hevda at fysisk aktivitet og trening kan vere ein årsaksfaktor, og med dette ligge til grunn for utvikling av treningsindusert AN (e.g Davis, Kennedy, Ravelski & Dionne, 1994; Epling & Pierce, 1992). I denne samanhengen, er det antyda at personar med spiseforstyrningar generelt er meir fysisk aktive enn den generelle befolkninga, sjølv om det ikkje er nokon einigheit kring dette (e.g Bratland- Sanda, Sundgot-Borgen, Rø, Rosenvinge, Hoffart & Martinsen, 2010a; Davis, Blackmore, Katzman & Fox, 2005). Studiar har også vist denne pasientgruppa ofte trenar hardare, og har eit større avhengigheitstilhøve

til trening enn friske (Bratland- Sanda, Martinsen, Rosenvinge, Rø, Hoffart & Sundgot-Borgen, 2011), samt at risikoen for å utvikle spiseforstyrningar er større ved overdriven fysisk trening, samanlikna med trening på eit lågare nivå (Kostrzewa, Eijkemans & Kas, 2013). Når det gjeld motiv for å drive fysisk aktivitet og trening, har det generelt vore ei oppfatning av at dette skjer utelukka på grunn av kropps- og vektregulering, men nyare studiar har funne meir nyanserte og komplekse motiv enn dette (Bratland-Sanda et al., 2010a; Vansteelandt, Rijmen, Pieters, Probst & Vanderlinden, 2007). Motiv som har vist seg framtrekkande er kropps kontroll (Johnston, Reilley & Kremer, 2011), affektregulering (Bamber, Cockerill, Rodgers & Carroll, 2000; Bratland- Sanda, Sundgot-Borgen, Rø, Rosenvinge, Hoffart & Martinsen, 2010b; Vansteelandt et al., 2007), betring av helse og fysisk form, glede av å vere i aktivitet, samt sosiale aspekt (Bratland- Sanda et al., 2010b; Mond & Colagero, 2009).

Med tanke på behandling er ulike metodar føreslått, men fordi mange av dei som rammast av spiseforstyrningar har samansette symptom, kan det vere vanskeleg å finne ein god og ålmenngyldig behandlingsstrategi (Røer, 2009). Kognitiv terapi har til no vore den vanligaste og mest utbreidde forma for behandling ved BN og overspisingsliding, og har vist positive resultat (NICE, 2004; Rosenvinge et al., 2012; Shapiro, Berkman, Brownley, Sedway, Lohr & Bulik, 2007), likevel har fleire studiar vist at om lag 45-60% av pasientane med BN ikkje oppnår full tilfriskning etter slik behandling (Ghaderi, 2006). Kognitiv terapi har også vist seg effektivt i behandling av AN (Fairburn, Cooper, Doll, O'Connor, Bohn, Wales, & Palmer, 2009). I tillegg har både interpersonleg terapi, familieterapi og medikamentell behandling vist effekt i behandling av spiseforstyrningar (Rosenvinge et al., 2012). I seinare tid har ein også sett at fysisk aktivitet og trening kan vere ein effektivt behandlingsstrategi (e.g Carraro, Cognolato & Bernardis, 1998; Duesund & Skårderud, 2003; Levine, Marcus & Moulton, 1996; Sundgot- Borgen, Rosenvinge, Bahr & Schneider, 2002), og studiar har antyda positive utkome som redusert symptomåferd og betra aerob form hjå pasientar med BN (Sundgot-Borgen et al., 2002), samt betra psykologisk velvære og kroppssamansetning hjå pasientar med AN (Szabo & Green, 2002). I tillegg vil fysisk aktivitet og trening generelt gi ei helsefremjande effekt (Henriksson & Sundberg, 2008). Sjølv om behandlingstilbodet ved spiseforstyrningar har blitt betre dei siste åra, er det framleis nødvendig med meir forskning på området slik at tilbodet kan bli optimalt (Rosenvinge et al., 2012).

1.1 Føremål med studien

Som vist, kan fysisk aktivitet og trening både vere ein årsaksfaktor, samt at det synast å vere ein god behandlingsstrategi ved spiseforstyrningar. Dette kan tyde på at det ligg motivasjonelle aspekt bak, som bestemmer om forholdet til fysisk aktivitet og trening utviklar seg til å bli sunt eller usunt. Studiar har vist at pasientar som driv tvangsprega og/eller overdriven fysisk aktivitet har dårlegare prognose ved behandling, samt har ein meir alvorleg psykopatologi relatert til spiseforstyrringa, samanlikna med pasientar utan ein slik treningsåtferd (Bratland-Sanda et al., 2010b). Dette gir grunn til å tru at pasientane sine opplevingar og erfaringar knytt til fysisk aktivitet og trening kan liggje til grunn for om treningsåtferda er gunstig eller ikkje. Føremålet med denne studien vil difor vere å få eit djupare innsyn i personar med spiseforstyrningar sine opplevingar og erfaringar knytt til fysisk trening før- og under sjukdomsutviklinga, samt i tilfriskningsfasen. Dette vil vere eit problemområde som er viktig å undersøkje nærmare, mellom anna fordi tvangsprega og overdriven trening har blitt nedprioritert i behandlingssamanheng til fordel for andre symptom som sjølvskading og oppkast (Bratland-Sanda, 2012). Då det har vist seg å vere eit overtal kvantitative studiar relatert til dette problemområdet, vil eg i denne oppgåva gjennomføre ein kvalitativ studie.

2. Teori

I dette kapittelet vil det bli gjennomgått teori som kan vere relevant for å forstå spiseforstyrra pasientar sitt forhold til fysisk aktivitet og trening¹. Det vil bli teke utgangspunkt i diagnosane AN og BN, då det er desse som er relevante i forhold til informantane som deltok i denne studien.

2.1 Kva er spiseforstyrningar?

For å klassifisere spiseforstyrningar blir to ulike diagnosesystem nytta, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) av American Psychiatric Association (APA), og International Classification of Diseases (ICD) av Verdas helseorganisasjon (WHO). I forskning er DSM-5 (DSM-IV) kriteria mest nytta (Bratland-Sanda, 2010), og desse vil bli skildra ytterlegare. Det meste av litteratur og forskning som er brukt i studien vil vere basert på DSM- IV, då DSM-5 først kom ut i 2013.

AN blei alt på slutten av 1800-talet skildra som medisinsk diagnose (Rosenvinge et al., 2012), og fekk i 1970 eigne diagnosekriterium. Det har sidan då blitt utvikla mange operasjonelle kriterium, med vekt på symptom og sjukdomsteikn (Garfinkel, 2002). I DSM-5 blir det skildra tre diagnosekriterium for AN (tekstboks 1).

- a) Restriksjon av energiinntak i forhold til kravet for energibalanse, noko som fører til låg kroppsvekt i forhold til kjønn, alder og utviklingskurve.
- b) Intens frykt for å gå opp i vekt eller utvikle fedme, eller vedvarande åtferd som gjer at ein korkje går opp eller ned i vekt, sjølv med signifikant låg vekt.
- c) Forstyrra oppleving av den reelle kroppsforma- eller vekta, sjølvtilitten er unødig påverka av kroppsvekt- eller form, eller vedvarande manglande evne til å sjå alvorsgrada av den låge kroppsvekta.

Tekstboks 1: DSM-5 kriteria for AN (APA, 2013).

¹Fysisk aktivitet kan definerast som "det å bevege seg, bruke kroppen (Sosial- og helsedirektoratet, 2000, s. 11). Denne definisjonen omfattar ulike termer knytt til fysisk utfolding som trening, kroppsøving, leik, trim, mosjon, friluftsliv, fysisk fostring og idrett. Med trening meinast fysisk aktivitet som er planlagd, strukturert, repetitiv og som er målretta i den forstand at den gir auke, eller vedlikeheld ein eller fleire komponentar innan fysisk form (Caspersen, Powell & Christenson, 1985).

AN kan delast i restriktiv type, og overspising/reinsingstype. Restriktiv type inneber at personen ikkje har overspist eller nytta reinsing (e.g sjølvskulda oppkast) i løpet av dei siste tre månadane. Denne subtypen skildrar korleis vekttaap er oppnådd hovudsakleg gjennom diett, faste og/eller overdriven fysisk trening (APA, 2013). Ved overspising/reinsingstype har personen drive gjenteken overspising eller reinsingsåtfærd, og dei fleste i denne kategorien som overspiser, driv òg sjølvskulda reinsing eller misbruk av lakserande middel, diuretika eller klyster. Andre overspiser ikkje, men gjennomfører sjølvskulda reinsing sjølv etter små mengder matinntak (APA, 2013). Som eit mål på alvorlighetsgraden, blir body mass index (BMI) nytta hjå vaksne, medan BMI persentil blir nytta hjå barn og ungdom. Hjå vaksne vil kategorisering av alvorlighetsgraden sjå slik ut (APA, 2013):

Mild: $BMI \geq 17 \text{ kg/m}^2$
Moderat: $BMI 16-16,99 \text{ kg/m}^2$
Alvorleg: $BMI 15-15,99 \text{ kg/m}^2$
Ekstrem: $BMI < 15 \text{ kg/m}^2$

Bulimi har blitt skildra som ei lidning tilbake til 1600- talet, der fenomenet omfattar ulike diagnostiske subgrupper. Tilstanden får gjennom DSM-III (1980), spesifikke diagnosekriterium under nemninga *bulimia* (Rosenvinge et al., 2012; Røer, 2009). DSM-5 skildrar fem diagnosekriterium for BN (tekstboks 2).

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">a) Tilbakevendande episodar av overspising. Ein episode av overspising karakteriserast av å spise store mengder mat i ein avgrensa periode, samt kjensle av å miste kontroll over spisinga under episoden (for eksempel at ein kjenner ein ikkje kan stoppe-, eller kontrollere kva eller kor mykje ein spiser).b) Tilbakevendande kompensatorisk åtfærd for å hindre vekttauke, som til dømes sjølvskulda reinsing; misbruk av lakserande middel, diuretika eller andre medikament, faste eller overdriven fysisk trening.c) Overspising og kompensatorisk åtfærd oppstår gjennomsnittleg minst ein gong i veka over tre månadar.d) Sjølvevaluering er utilbørleg influert av kroppsform og vekt.e) Forstyrringa oppstår ikkje utelukka under episodar av AN. |
|--|

Tekstboks 2: DSM-5 kriteria for BN (APA, 2013).

Ved BN nyttar mange kompensatoriske metodar etter ein episode med overspising, der den mest vanlege er sjølvskulda oppkast. Ei slik kompensering vil kunne gi lindring av fysisk ubehag og reduksjon av frykt for å gå opp i vekt, og i nokre høve er oppkast eit mål i seg sjølv. Andre kompenserande metodar er bruk av lakserande middel, diuretika

og klyster, samt fysisk trening. Alvorsgrad er basert på frekvens av kompensatorisk åtferd (APA, 2013):

Mild: Eit gjennomsnitt på 1-3 episodar av kompensatorisk åtferd per veke.

Moderat: Eit gjennomsnitt på 4-7 episodar av kompensatorisk åtferd kvar veke.

Alvorleg: Eit gjennomsnitt på 8-13 episodar av kompensatorisk åtferd kvar veke.

Ekstrem: Eit gjennomsnitt på 14 eller fleire episodar av kompensatorisk åtferd kvar veke.

Essensielle symptom hjå både AN og BN er overdriven vektlegging av mat, samt kroppsbildeforstyrningar der ein kjenner seg ”tjukk” og fryktar normalvekt eller vektauke (Rosenvinge et al., 2012). Sjølvkjensla er ofte basert på personen si oppleving og oppfatning kring eigen utsjånad, og komorbide trekk kan vere depresjon, angst og personlegdomsforstyrningar (Rosenvinge et al., 2012). Ved AN og BN blir kroppen utsatt for store påkjenningar, og sentrale kroppslege konsekvensar kan vere forstyrningar i veske- og elektrolyttbalansen, hjarterytneforstyrningar, anemi, fordøyingsplager og menstruasjonsforstyrningar. Ved uteblitt menstruasjon kan låg beinmineraltettleik oppstå og vere grunnlag for utvikling av osteoporose (Skårderud, 2000).

Når det gjeld prevalens, vil omlag 3-5% av befolkninga ha ei form for spiseforstyrring. Kvinner har ein høgare førekomst enn menn, og særleg unge kvinner og jenter i tenåra er utsett (Brattland- Sanda, 2012). Omkring 0,2-0,4 % av befolkninga utviklar AN, medan omlag 1-2 % får BN (Rosenvinge et al., 2012). Gjennomsnittleg debutalder er 16-17 år for AN, og 18-19 år for BN. Sjølv om det siste åra har blitt større merksemd kring spiseforstyrningar, samt betre medvit og kompetanse kring behandling, finn ein likevel ein diskrepans mellom tal på pasientar som blir vist til helsevesenet og førekomst i populasjonen. Årsaka til dette kan vere at oppdagingskompetansen hjå helsevesenet ikkje er god nok, samt at mange vegrar seg for å søkje behandling (Rosenvinge et al., 2012). Ved å nytte DSM-5 kriteriane for spiseforstyrningar, er det hevda at talet på personar med AN og BN vil auke, fordi diagnosekriteria har blitt lågare enn tidlegare (Smink et al., 2013).

2.2 Årsaksfaktorar- kan fysisk aktivitet og trening spele ein rolle?

Årsaksfaktorar for utvikling av spiseforstyrningar er svært multifaktorelle, og det finst ikkje noko enkelt svar på kvifor nokre blir ramma. Ved å lage ein modell der årsaksfaktorar delast inn i disponerande-, utløysande og vedlikehaldande faktorar, kan ein forklare utviklinga av spiseforstyrningar (Skårderud, 2000).

2.2.1 Disponerande- og utløysande faktorar

Av biologiske årsaksfaktorar kan kjønn, genetik og pubertetsstaus nemnast (Bratland-Sanda, 2010). Personar som utviklar spiseforstyrningar har ofte avgrensingar i verbalt språk, tankar og kjensler, og i litteraturen har det vore mykje fokus på familierelasjonar, der liten kommunikasjon mellom familiemedlemmar kan vere utslagsgivande. På same tid har relasjonar til jamaldra og vennar vist seg å kunne vere ein viktig årsaksfaktor (Røer, 2009). Spiseforstyrningar oppstår ofte i overgangsfasar i livet, til dømes i overgangen frå ungdom til vaksen, der høge forventningar og utfordringar angående eiga framtid kan oppstå. Det ”vanlige” kan verke føremålslaust, og eit realistisk framtidsbilete kan vere vanskeleg å sjå føre seg. I slike situasjonar kan spiseforstyrningar vere eit uttrykk for usikkerheit (Røer, 2009). Mange har også låg og svingande sjølvkjensle, og kontroll over mat og kropp kan vere eit forsøk på å betre sjølvkjensla, samt få kontroll over andre delar av livet (Skårderud, 2000). Ulike personlegdomstrekk kan skjule seg bak personar med spiseforstyrningar, der rigide-, tvangsprega- og perfeksjonistiske trekk er disponerande for AN, medan impulsprega trekk kan sjåast ved BN (Skårderud, 2000). Psykologiske risikofaktorar kan vere overgrep og familiær sjukehistorie, og kommentarar frå familie med fokus på utsjånad kan vere ein disponerande faktor (Rosenvinge et al., 2012). Relatert til miljøomgivingane, kan kroppsfokusering og tynnleiksidèal ligge til grunn for utvikling av spiseforstyrningar (Skårderud, 2000).

2.2.2 Oppretthaldande faktorar

Symptomgevinstar er ein viktig faktor for oppretthalding av spiseforstyrningar. Ei forsterking av ambivalensen som opplevast, kan skje gjennom psykologiske konsekvensar av vekttap og svolt (Rosenvinge et al., 2012). Ved forseinking eller forstyrring av normale lausrivingsprosessar frå familie, som følgje av ein interaksjon mellom pasienten si frykt for endring og foreldra si engsting, kan oppretthaldande

faktorar bli forsterka. Etter kvart kan dei utløysande og disponerande faktorane få mindre å bety. Frekvens av monitorering og kontroll av utsjånad, kropp og vekt, samt styrken av basale antakingar om verdien av å vere tynn, blir vektlagt som viktige oppretthaldande faktorar i eit kognitivt perspektiv (Rosenvinge et al., 2012).

2.2.3 Trening som årsaksfaktor?

Fleire studiar har også vist at fysisk aktivitet og trening kan vere sentralt i utviklinga (Davis et al., 1994; Davis, Katzman, Kaptein, Kirsh, Brewer, Kalmbach, Olmsted, Woodside & Kapplan, 1997; Kron et al., 1978; Pierce & Epling, 1994) og opprettholdinga av AN (Davis et al., 1994). Forstyrta matinntak, overdriven fysisk aktivitet og psykologiske avvik er assosiert med anoreksia hjå menneske (Pierce & Epling, 1994), og hyperaktivitet og alvorleg kalori restriksjon hjå personar med AN har vore rapportert hjå klinikarar og forskarar både historisk og i seinare tid (Davis et al., 1994; Solenberger, 2001).

For å forklare samanhengen mellom redusert matinntak og auka fysisk aktivitet, kan ein biologisk åtferdst teori knytt til anoreksia nyttast (Epling & Pierce, 1992).

Eksperimentelle prosedyrar angående aktivitetsindusert anoreksia har utvikla seg over mange år og er først og fremst basert på forsøk på rotter, der ein har sett på aktivitetsnivå i forhold til matinntak (Epling & Pierce, 1992). Fleire av desse funna kan overførast til menneskelig patologi (Pierce & Epling, 1994), der mange tilfelle av AN vil vere eit resultat av biologiske åtferdsprosessar som er trigga av kulturell praksis når det gjeld diett og trening. Desse prosessane involverar eit samspel mellom redusert matinntak og fysisk aktivitet (Epling, Pierce & Stefan, 1983), og kulturelle krav angående helse og tynnleik vil påverke matinntak og oppmuntre til fysisk aktivitet. I denne samanhengen vil mat få ein lågare verdi, og det vil oppstå ein nedgang i matinntak, samt redusert kroppsvekt (Pierce, Epling & Boer, 1986). Ved vekt nedgang vil motivasjonen for aktivitet gå opp, noko som igjen fører til eskalering av fysisk aktivitet. Ein slik vond sirkel vil vere sjølvoppretthaldande og vanskeleg å endre når den først er sett i gong (Epling & Pierce, 1988).

Utviklingsmessig kan denne teorien forklarast ved at ein organisme ved mangel på mat, anten bli verande for å spare energi, eller mobiliserar seg og reiser til ein ny stad i freistnad om å finne mat. Om det å forflytte seg gir mattilgang, og det å bli verande

fører til svolt, så vil dei som emigrerar reprodusere seg og tendensen til å vere aktiv under periodar med mangel på mat vil auke i neste generasjon (Epling & Pierce, 1992). Mange artar, inkludert menneske, aukar aktiviteten under periodar med mangel på mat. Sjølv om personar med AN har rikelig tilgang på mat, kan sosiokulturelle tilstandar hindre denne tilgangen, noko som kan føre til ei oppleving av tilsvarande svolt (Epling & Pierce, 1992).

Fleire studiar er med på å underbyggje teorien om at fysisk aktivitet og trening kan vere årsaksfaktorar for utvikling og oppretthalding av spiseforstyrningar. Til dømes fant Davis et al. (1994), som undersøkte rollen av fysisk aktivitet når det gjaldt utvikling og vedlikehald av spiseforstyrningar, at meir enn halvparten av pasientane som var inkludert i studien (AN/BN), hadde vore regelmessig involvert i idrett eller trening før dei byrja diett. Samanlikna med friske kontrollar var dei også meir fysisk aktive frå tidlig ungdomsår og før sjukdomsutviklinga. Dette er faktorar som reduserar førestillinga om at hyperaktivitet som er observert hjå mange kvinner med spisefortyrningar, berre er ein åtferd som er relatert til patologisk driv for tynnleik og frykt for vektauke (Davis et al., 1994). Noko som kan vere av interesse er at fleire av pasientane ikkje utvikla nokon form for spiseforstyrning før etter avslutta idrettsdeltaking, noko som kan ha kome av frykt for vektauke då det vart ein drastisk nedgang i treningsmengde (Davis et al., 1994). Davis et al. (1997), fant at fleire personar med AN gjennomførte overdriven trening i akutt fase av sjukdomen, samanlikna med personar med BN. I tillegg viste det seg at ein større del av dei som hadde eit høgt aktivitetsnivå som barn (8 og 13 år) var involvert i overdriven trening under sjukdomen, samanlikna med dei som hadde eit lågare aktivitetsnivå. Det er også antyda at oddsen for å bli diagnostisert med ei form for spiseforstyrning (AN/BN), kan vere heile 2,64 gongar større hjå personar som deltek i overdriven fysisk trening (>5 timar/veke), samanlikna med personar med eit lågare aktivitetsnivå (Kostrzewa, 2013). Desse funna samfell med- og synes å støtte tidlegare påstandar om at fysisk aktivitet er relevant i forståinga av patogenesa ved spiseforstyrningar (Epling & Pierce, 1992; Davis et al., 1994; Kron et al., 1978), likevel føreligg det ikkje kontrollerte prospektive studiar på dette området, noko som gjer dette til eit viktig forskingsområde i framtida.

Om ein bevegar seg over i idrettssamanheng, er det hevda at førekomsten av spiseforstyrningar er høgare hjå idrettsutøvarar enn i normalbefolkninga, særleg hjå

utøvarar i idrettar der vekt spelar ein rolle (Martinsen & Sundgot-Borgen, 2013; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004). Schaal et al. (2011), fant at kvinner i uthalds- og estetiske idrettar hadde høgare førekomst av spiseforstyrningar samanlikna med andre idrettar, noko som samsvarar med tidlegare funn hjå norske idrettsutøvarar (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004). For uthaldsutøvarar vil ei lita kroppsvekt vere ein fordel med tanke på at vekta skal transporterast over ein lenger avstand (Martinsen, 2011). I estetiske idrettar vil prestasjonen vere avgjerande, men mange, spesielt kvinner, blir nok i tillegg evaluerte for utsjånad (Martinsen, 2011). Då det vestlege skjønnleiksidealet i tillegg framstår som unormalt tynt, vil dette kunne påverke og legge press på mange utøvarar til å nytte unaturlege vektreduserande metodar (Martinsen, 2011). Også innan vektklasseidrettar kan låg vekt vere ein fordel, då lågare vekt kan gi enklare motstandarar. På bakgrunn av dette, er det mange som gjennomfører fasteperiodar før konkurranse (Martinsen, 2011), eller nyttar seg av ugunstige metodar for vektreduksjon, som avføringstablettar og vanddrivande medikament (Garthe og Sundgot-Borgen, 2004). Nokre studiar har derimot ikkje funne høgare eller lågare førekomst av spiseforstyrningar og forstyrra spiseåttferd hjå unge idrettsutøvarar (Martinsen, Bratland-Sanda, Eriksson & Sundgot-Borgen, 2010; Rosenvinge & Vik, 1993), noko som kan tyde på at førekomsten av spiseforstyrningar varierar innan dei ulike idrettane, samt at di lenger utøvarane har vore i idretten, di større kan problemet bli (Martinsen et al., 2010; Martinsen & Sundgot-Borgen, 2013). Denne antydninga blir støtta av Torstveit, Rosenvinge & Sundgot-Borgen (2008), som fant ein høgare prevalens av spiseforstyrningar hjå kvinnelege eliteutøvarar samanlikna med kontrollar, men etter justering for alder vart det ikkje funne nokon signifikant forskjell. Som nemnt innleiingsvis, er spiseforstyrning ein sjukdom som oftast rammar unge jenter (Rosenvinge og Göttestam, 2002), og sidan kontrollgruppa var eldre enn eliteutøvarane, kan dette kanskje delvis forklare den signifikante ulikskapen (Torstveit et al., 2008).

2.2.4 Når kan trening kallast overdriven?

Det er per i dag ingen einigheit angåande definisjon av overdriven fysisk trening, men eksisterande forskning nyttar i stor grad kvantitative tilnærmingar. Her har ulike omgrep som, ”hyperactivity”, ”excessive exercise”, ”high-level exercise” og ”exercise dependence” blitt nytta (Davis et al., 1997; Davis et al., 1995; Kostrzewa et al., 2013; Kron et al., 1978; Mond & Calogero, 2009). Mengde, intensitet og tidsbruk relatert til overdriven trening hjå personar med spiseforstyrningar varierar i ulike studiar (e.g Davis

et al., 1997; Mond, Hay, Rodgers, Owen, 2006), og på grunn av ulike metodar nytta til å skildre fysisk aktivitet og trening, har det oppstått ein diskrepans i prevalensen av overdriven fysisk trening hjå personar som er klinisk diagnostiserte med spiseforstyrningar (Solenberger, 2001). Adkins & Keel (2005), foreslår at termen "excessive" skal referere til den kvantitative dimensjonen av fysisk aktivitet, medan "compulsive" er ein betre term for å skildre patologi, det å vere besett og trong til å utføre ein åtferd. I følge Davis & Fox (1993) og Davis, Fox, Cowles, Hastings & Schwass (1990) vil trening vere overdriven når varigheit, frekvens og intensitet overstig det som er anbefalt for fysisk helse, samt når treninga gir ein auka risiko for skade. Den kvalitative dimensjonen blir av Wyatt (1997) (sitert av Adkins & Keel, 2005), relatert til å halde ved like ein rigid treningsregime med nedprioritering av andre aktivitetar, oppretthalding av treningsmønster, detaljert rekordhalding, samt kjensle av skuld og angst om ein mistar ein treningstime. DSM-5 foreslår at trening er overdriven når den skjer på kostnad av viktige aktivitetar, når den oppstår på upassande tider eller i upassande settingar, eller når personen fortset å trene tross skade eller andre medisinske komplikasjonar (APA, 2013).

Mengde på trening definert som overdriven hjå pasientar med spiseforstyrningar varierar (e.g Davis et al., 1997; Davis & Fox, 1993; Mond et al., 2006), men fleire studiar har hevda høge førekomsttal av dette fenomenet hjå denne diagnosegruppa (e.g Davis et al., 1994; Davis et al., 1997; Kostrzewa et al., 2013). Når det gjeld førekomsten av overdriven trening innan dei ulike diagnosegruppene er det motstridande funn. Solenberger (2001), fant ingen signifikant forskjell på "high-level exercisers" (trening > 6,7 timar/veka) mellom pasientar med AN, BN og EDNOS. Likevel var det ein tendens til at gruppa med AN hadde ein høgare andel "high-level exercisers" enn dei resterande gruppene (Solenberger, 2001). Dette er i tråd med Davis et al. (1997), som fant at overdriven trening er signifikant meir frekvent hjå personar med AN enn BN. I motsetnad fant Bratland- Sanda et al. (2010a), ingen forskjellar mellom dei ulike diagnosegruppene AN, BN og EDNOS når det vart sett på moderat-høg fysisk aktivitet. Fysisk aktivitetsnivå ser også ut til å kunne vere høgare i akutt fase enn seinare i sjukdomsutviklinga ved langvarige spiseforstyrningar (Davis et al., 1997).

2.3 Behandling- kan fysisk aktivitet og trening vere eit alternativ?

Fleire kontrollerte studiar og oversiktsartiklar har vist at kognitiv terapi har eit godt kunnskapsgrunnlag, og er eit førsteval i behandling av BN (NICE, 2004; Rosenvinge et al., 2012; Shapiro, Berkman, Brownley, Sedway, Lohr & Bulik, 2007). Ein kan også sjå tydeleg symptombetring hjå 50-80% av pasientane ved bruk av denne behandlingsmetoden (Rosenvinge et al., 2012). Interpersonleg terapi har vist seg å gi same langtidseffekter og terapiutfall som kognitiv terapi, men med langsamare inntreffande effekt (Rosenvinge et al., 2012). Når det gjeld medikamentell behandling er dette lite brukt, men kan vurderast som eit supplement til psykoterapi ved behandling av BN (Rosenvinge et al., 2012). For pasientar med AN er det ingen einigheit om kva behandlingsmetode som er den mest effektive (Fairburn, 2005), men det er etablert eit kunnskapsgrunnlag for bruk av kognitiv terapi (Fairburn et al., 2009). På same tid har familierapi vist seg å vere ein effektiv terapiform (Lock, Le Grange, Agras, Moye, Bryson & Jo, 2010), og har gjennom systematiske oversikter blitt rangert på lik linje med interpersonleg terapi (NICE, 2004).

Som tidlegare nemt har fysisk aktivitet og trening vist seg å kunne vere ein årsaksfaktor for utvikling og vedlikehald av spiseforstyrningar. På same tid har fleire studiar vist gunstige effektar ved bruk av fysisk aktivitet og trening i behandlingssamanheng (e.g Carraro et al., 1998; Duesund & Skårderud, 2003; Levine et al., 1996; Sundgot-Borgen et al., 2002). Ein studie utført av Sundgot-Borgen et al. (2002), fant at bruk av fysisk trening i behandling av normalvektige pasientar med BN, viste seg å vere meir effektivt enn kognitiv åtferdsterapi og ernæringsrådgiving. Resultata var relatert til reduksjon i driven etter tynnleik, endring i kroppssamansetjing, aerob form, frekvens på episodar med overspising, reinsing etter episodar med overspising, samt misbruk av lakserande middel. (Sundgot-Borgen et al., 2002). Samanlikna med kognitiv åtferdsterapi og ernæringsrådgiving, viste fysisk trening i tillegg ein høgare tilfriskningsprosent etter 18 månadar oppfølging (Sundgot-Borgen et al., 2002).

I ei undersøking av studiar som omhandla fysisk aktivitet som behandlingsmetode, fant Bratland-Sanda (2012) i heile 14 av 15 studiar, at fysisk aktivitet var gunstig som ein del av behandlingstilbodet hjå pasientar med spiseforstyrningar. I tillegg viste alle studiane at tilpassa fysisk aktivitet ikkje var skadeleg for pasientgruppene som deltok (Bratland-

Sanda, 2012). Studien til Chantler, Szabo & Green (2006), som var med i denne oversikta, fant at lett motstandstrening hadde ein positiv effekt på styrken hjå pasientar med AN, i tillegg til at treningsprogrammet betra kroppssamansetnad og psykologisk velvære. Det såg likevel ikkje ut som om treningsintervensjonen hadde nokon spesifikk fordel når ein samanlikna med pasientar med AN som ikkje deltok i treningsprogrammet (Szabo & Green, 2002). Ein annan studie i denne oversikta, var studien til Duesund & Skårderud (2003), som såg på bruk av tilpassa fysisk aktivitet som ein del av behandlinga hjå personar med AN. Her vart det funne at tilpassa fysisk aktivitet med utgangspunkt i sosiale interaksjonar, kan vere føremålstenleg for å flytte kroppsfokus, samt for å oppnå gode kroppslege opplevingar (Duesund & Skårderud, 2003). Det er også hevda at fysisk aktivitet kan vere eit nyttig supplement i terapiprogram retta mot behandling av personar med spiseforstyrningar (Carraro et al., 1998; Rosenvinge et al., 2012).

Som ein ser har fleire studiar vist at fysisk aktivitet og trening kan vere effektivt som ein del av behandlinga av personar med spiseforstyrningar. Når ein i tillegg veit at fysisk aktivitet og trening har langt fleire helsefremjande effektar relatert til både fysisk (Martinsen, 2011; Henrikson & Sundberg, 2008) og psykisk helse (e.g Kjellmann, Martinsen, Taube & Andersson, 2008), vil dette vere faktorar som også må takast i betraktning og som vil vere med på å utgjere den totale helsegevinsten. Trening gir effekt på fleire variablar knytt til stoffskiftet, beinmasse, hjarte/karsystem og lungefunksjon (Henrikson & Sundberg, 2008). Fysisk aktivitet kan mellom anna bidra med å redusere risiko for hjarte- og karsjukdom, osteoporose (vektberande aktivitet), diabetes, overvekt og kreft (Jansson & Anderssen, 2008). Det er også dokumentert at fysisk aktivitet gir lågare risiko for fedme, psykiske lidingar, blodpropp, beinbrot etter fall, høgt blodtrykk, tjukktarmskreft og aldersdiabetes. På grunnlag av dette, vil fysisk aktivitet vere med å redusere dødelegheit sett i forhold til personar som er inaktive (Jansson & Anderssen, 2008).

Dokumentasjon kva angår helseeffekt av fysisk aktivitet på psykisk helse er avgrensa (Ekeland, Heian, Hagen, Abbott, Nordheim, 2009), men fleire studiar som er gjennomførte på dette området kan vise til gunstige effektar (e.g Searle, Calnan, Lewis, Campbell, Taylor og Turner, 2011; Cooney et al., 2013; Craft, 2005). Fysisk aktivitet har til dømes vist seg effektivt ved behandling av depresjon og for å hindre

depresjonsepisodar, både på lang og kort sikt (for ein oversikt sjå Kjellmann et al., 2008). Searle et al. (2011), fant at personar med depresjon (mild-alvorleg grad) oppfatta fysisk aktivitet som ein akseptabel behandlingmetode, der mekanismane relatert til fysisk aktivitet som kunne betre humør, var knytt til fleire ulike subjektive fordelar. Desse inkludert biokjemiske årsaker, distraksjon frå negative tankar, samt at fysisk aktivitet kunne gi kjensle av struktur i det daglege livet. I tillegg vart det rapportert fleire andre fordelar med fysisk aktivitet, som vektkontroll, lette sosial interaksjon og regulering av sove- og spisemønster. Desse faktorane vil igjen vere knytt til generell velvære og betra sjølvkjensle (Searle et al., 2011). Cooney et al. (2013) fant i sin oversiktsartikkel at fysisk trening kan ha ein moderat effekt på symptomreduksjon ved depresjon hjå vaksne, og at denne behandlingsmetoden kan vere like effektiv som psykologisk og medikamentell behandling. Likevel er det ingen einigheit kring dette, då det trengst fleire gode studiar (Cooney et al., 2013). Det er også funne støtte til at meistringstru kan vere ein mekanisme som er relatert til at fysisk trening har ein antidepressiv effekt; personar diagnsostiserte med klinisk depresjon, som opplevde stigning i humør etter trening, viste også høgare meistringstru etter tre og ni veker post-trening (Craft, 2005). Meistringstru har vist seg å vere relatert til sjølvkjensle, som igjen er ansett å vere ein av dei sterkaste prediktorane på generell subjektiv velvære (Cooney et al., 2013).

Ved angst er effekt av fysisk aktivitet meir usikkert, likevel kan ein sjå ein større førekomst av angstlidningar hjå inaktive samanlikna med aktive (Martinsen & Taube, 2008). Fysisk aktivitet har også vist seg å kunne redusere situasjonsangst, samt at det kan vere eit verdig supplement til andre behandlingsmetodar ved tilstandar som agorafobi, panikkliding og mogleg angstliding (Martinsen & Taube, 2008). Sjølv om det er eit avgrensa kunnskapsnivå angående fysisk aktivitet og sjølvkjensle, har fleire studiar vist at fysisk trening kan bidra til eit betra kroppsbilde og betra sjølvoppfatning, særleg kondisjon- og vekttrening (Martinsen, 2011). Ekeland et al. (2009) fant i sin meta-analyse av 12 randomiserte studiar, at fysisk aktivitet hadde ein signifikant behandlingseffekt når det gjaldt sjølvkjensle. Dette gjaldt både behandling som kun inkluderte fysisk aktivitet, og behandling som i tillegg såg på forhold som rådgiving, ferdighetstrening og sosial setting. Intervensjonen i denne studien var grovmotorisk aktivitet med ei behandlingstid på fire veker eller meir (Ekeland et al., 2009).

Fysisk aktivitet har også vist seg å kunne påvirke eit individ sine stressreaksjonar (Jonsdottir & Ursin, 2008). Gjennom fysisk aktivitet vil stressfysiologiske system aktivverast, noko som kan vere gunstig for desse systema i forbindelse med psykososialt stress. Psykologisk velvære kan vere eit resultat av fysisk aktivitet, dersom aktiviteten som gjennomførast opplevast som positiv. Eit positivt velvære kan igjen overførast til andre situasjonar og med dette påvirke stressreaksjonen (Jonsdottir & Ursin, 2008).

I tillegg har fysisk aktivitet vist seg å kunne redusere muskulære spenningar, samt mogleg gi betre- og lenger søvn og meir kreativ tenking (Martinsen, 2011).

2.4 Motivasjonelle aspekt

Når ein diskuterer spiseforstyrra personar sitt forhold til fysisk aktivitet og trening, bør ei forståing av motivasjon leggjast til stor verdi. Kvaliteten på motivasjonen avgjer i stor grad kor mykje innsats som leggjast ned i aktiviteten, på same tid som motivasjonen vil påvirke livskvalitet hjå det enkelte individ (Wilson & Rodgers, 2007). Forsking har vist at individ kan ha eit sunt og harmonisk forhold til idrett/fysisk aktivitet, men også at lidenskapen til aktiviteten kan ta overhand og gå på kostnad av psykologisk velvære (Vallerand, Blanchard, Mageau, Koestner, Ratelle, Léonard & Gagne', 2003).

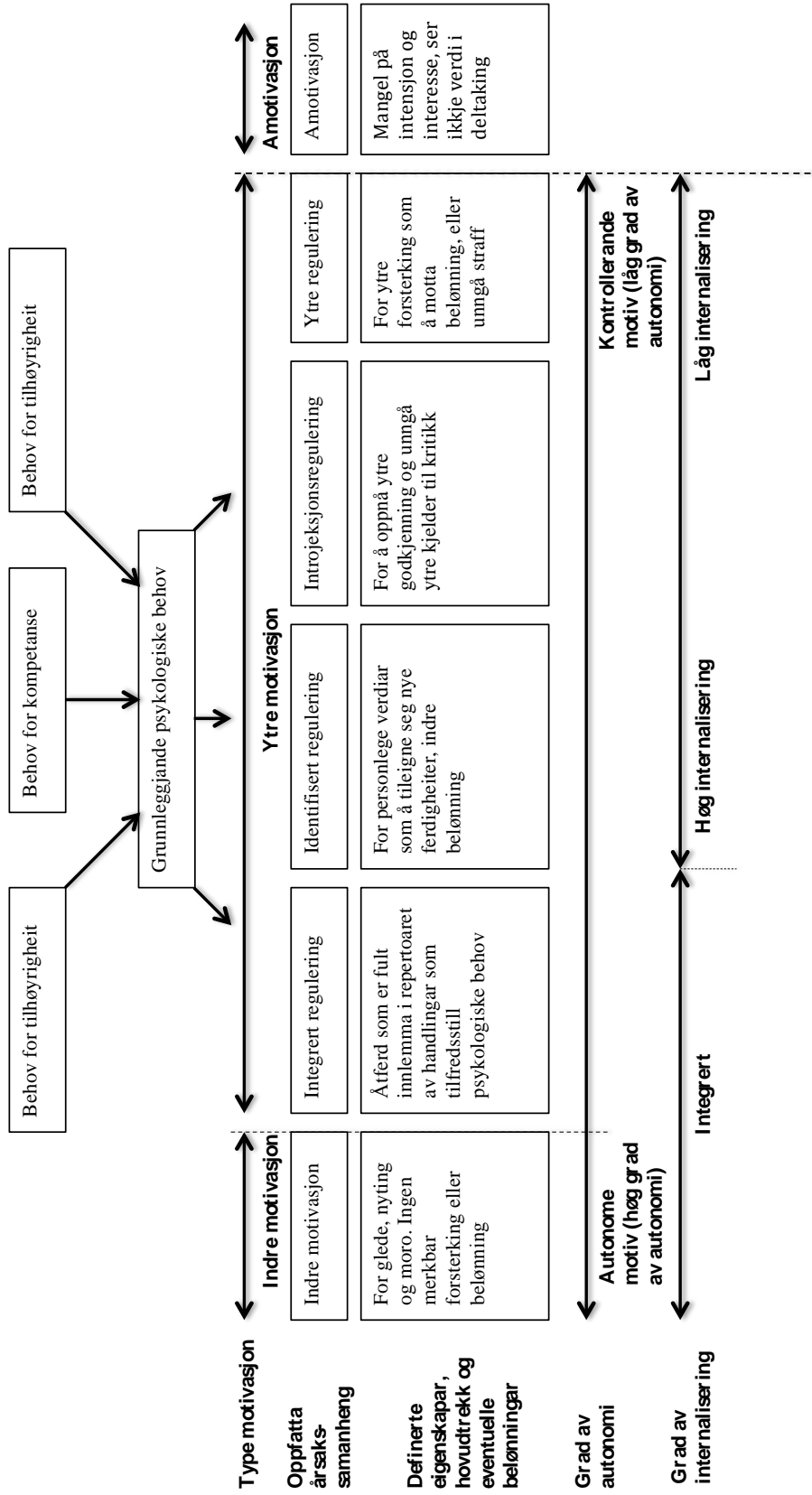
2.4.1 Motivasjon for fysisk aktivitet og trening

Motivasjon vil vere ”*de psykologiske forhold som bidrar til å bestemme atferd eller som fører til en bestemt atferd*” (Malt, u.å). I eit idrettspsykologisk perspektiv kan sjølvbestemmingsteorien (SBT) nyttast for å forklare menneskeleg motivasjon for deltaking i fysisk aktivitet og trening. Teorien tek utgangspunkt i at motivasjon oppstår frå konstante interaksjonar mellom mennesket sin natur og sosiale kontekstuelle faktorar. Ein grunnstein ved SBT er idéen om at optimal utføring og maksimal subjektiv velvære ser ut til å oppstå når mennesket sitt ibuande behov for kompetanse, autonomi (sjølvbestemming) og tilhøyrigheit er tilfredsstilt (Ryan & Deci, 2007). Ryan & Deci (2007), hevdar at autonomistøttande omgivningar som tilfredsstill desse behova, med større sannsyn vil auke mennesket sin innsats, uthald og kjensle av velvære, enn omgivningar som hemmar desse behova. Eit viktig skille i SBT går mellom autonom- og kontrollert (ikkje sjølvbestemt) motivasjon (Ryan & Deci, 2007).

SBT femner om eit kontinuum som går frå indre- til ytre motivasjon og amotivasjon (fig.1²), men ser ikkje på indre og ytre motivasjon som anten- eller, fordi menneske har multiple motiv, både indre og ytre, som må vurderast i heilskap for å sjå kvaliteten på motivasjonen (Ryan & Deci, 2007). *Indre motivasjon* vil vere fråvær av ytre motivasjon og belønning, der opplevinga av aktiviteten har verdi i seg sjølv. Her har personen ein indre tilbøyelegheit ovanfor aktiviteten, og miljømessige faktorar som støttar kjensla av kompetanse og autonomi er venta å ligge til rette for indre motivasjon (Ryan & Deci, 2007). SBT føreslår at indre motiverande prosessar mest sannsynleg tek rot i kontekstar der samhald er støtta, altså i kontekstar der menneske opplever tilhøyrighet, samt det å vere ein del av eit fellesskap (Ryan & Deci, 2007). *Amotivasjon* oppstår som eit resultat av å ikkje ha intensjonar eller energi retta mot aktiviteten som skal utførast. På kontinuumet mellom indre motivasjon og amotivasjon, ligg ytre motivasjon. Ytre motivasjon kan delast i fire kategoriar, alt etter kor autonom åtferda er (Ryan & Deci, 2007). *External regulation* legg vekt på ytre press og belønning, medan *introjeksjonsregulering* oppstår når individet kontrollerar seg sjølv med indre betingingar angående belønning og press. Her kan måloppnåing føre til belønning i form av heider og ære, motsatt kan skam og angst oppstå om ein ikkje lukkast. Ved *identifisert regulering* deltek personen i aktiviteten fordi han eller ho kan identifisere seg med aktiviteten sin verdi og føremål, medan *integreert regulering* vil oppstå når ein person fult og heilt kan koordinere og regulere deltakinga i aktiviteten, slik at den ikkje går på kostand av andre aspekt i livet. Verdien i aktiviteten fell saman med verdiar og behov, og den er ikkje berre viljestyrt, men også stabil og godt forankra i personlegdomen (Ryan & Deci, 2007).

Når det gjeld personar med spiseforstyringar, har fleire studiar antyda at sentrale motiv for fysisk aktivitet og trening er ytre regulert (e.g Bratland-Sanda et al., 2010a; Mond & Calogero, 2009). Mange har hatt den oppfatninga av at vektkontroll er den sentrale motivasjonen for å drive fysisk aktivitet, men det er derimot ikkje gjort konsistente funn på dette (Bratland-Sanda, 2012). Kropp og vekt er derimot ei viktig drivkraft for fysisk aktivitet i den vestlege verda, både hjå menn og kvinner (Bratland-Sanda, 2012).

² Frå *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Exercise and Sport* (s. 8), av Hagger & Chatzisarantis (Eds.), 2007. Leeds: Human Kinetics. Hagger & Chatzisarantis. Gjengitt med tillating, sjå vedlegg 4.



Figur 1: SBT (Ryan & Deci, 2007)

Bratland- Sanda et al. (2010a), fant at pasientar med langvarige spiseforstyrningar opplevde fysisk trening som eit mål for negativ affektregulering i større grad enn som eit mål for fysisk form og helse. Negativ affektregulering refererer til utøving av fysisk trening for å meistre affektar som angst og tristheit, medan positiv affektregulering vil vere utøving av trening for å betre humør (Szabo & Rendi, 2008). Desse funna kan relaterast til Vansteelandt et al. (2007), som fant at fysisk aktivitet var eit viktig mål for å dempe negative kjensler, og at driv for å bli tynn og trang til fysisk aktivitet var mest uttalt hjå spiseforstyrra pasientar som hadde kroniske negative kjensler. Vidare vart det også funne at særleg positive emosjonelle tilstandar, var ein drivkraft for fysisk aktivitet hjå pasientane (Vansteelandt et al., 2007). Det er også hevda at kvinner med spiseforstyrningar har vektkontroll, det å framstå som attraktiv, humør og muskelspel som viktigare motivasjonsfaktorar for fysisk aktivitet enn friske kvinner, medan helse og fysisk form er ein viktig motivasjonsfaktor hjå både spiseforstyrra og friske (Mond & Calogero, 2009). Ein assosiasjon mellom trening for vektregulering er også funne hjå Mond, Hay, Rodgers, Owen & Beumont (2004), der obligatorisk trening vart assosiert med høgare grad av psykopatologi. Andre motivasjonsfaktorar som auka velvære, sosiale aspekt, tilfredsheit med seg sjølv, konsentrasjon og smertereduksjon er også funne hjå denne pasientgruppa (Bamber et al., 2000).

Det kan vidare sjå ut til at motiva for å vere fysisk aktiv varierer etter kvar ein er i sjukdomsutviklinga. I akutt fase kan truleg vekt og utsjånad vere to viktige motivasjonsfaktorar, medan det seinare i sjukdomsutviklinga kan vere meir komplekse motiv som spelar inn (Davis et al., 1997).

2.4.2 Autonom- eller kontrollert motivasjon?

I følge sjølvbestemmingsteorien (SBT; Ryan & Deci, 2007) har alle individ ibuande ressursar som gjer dei i stand til å knyte (internalisere) aktivitetar til sin eigen personlegdom, sjølv om motivet for aktivitetane i utgangspunktet ikkje er lystbetonte. Rammebetinginga for at denne gunstige tendensen skal virke optimalt er autonomi, og dette bestem kor djupt internaliseringa stikk i individet sin personlegdom (Ryan & Deci, 2007). Fundert på dette elementet i SBT, føreslår Vallerand et al. (2003), ein dualistisk modell for lidenskap, der det blir hevda at individ kan utvikle ein lidenskap for aktivitetar som anten er harmonisk eller tvangsprega, og som gjenspeglar om aktiviteten er internalisert i personen med full autonomi, eller om den er gjenstand for svekka

autonomitilfredsstilling. Lidenskap kan definerast som ei sterk tilbøyelighet og ønskje ovanfor ein aktivitet som ein likar, finn viktig og som ein investerer tid og energi på (Vallerand, Rousseau, Grouzet, Dumais, Grenier & Blanchard, 2006).

Harmonisk lidenskap er eit resultat av ei autonom internalisering av aktiviteten i ein person sin identitet. Ei slik internalisering oppstår når individet sjølv synast aktiviteten er viktig, utan at andre betingingar er knytt til den (Vallerand et al., 2006). Ein harmonisk lidenskap har utspring i ein indre og integrert tendens av sjølvvet, og produserar ein motivasjonell styrke til å drive frivillig med aktiviteten. I tillegg fører den til ei kjensle av fri vilje og personleg oppfordring når det gjeld å gjennomføre aktiviteten (Ryan & Deci, 2007). Ved ein slik lidenskap, vil aktiviteten oppta ein signifikant-, men ikkje overveldande rolle i ein person sin identitet, samt at den vil vere i harmoni med andre aspekt i personen sitt liv (Vallerand et al., 2006).

Motsett vil tvangslidenskap vere eit resultat av ei kontrollert internalisering av aktiviteten i ein person sin identitet. Ei kontrollert internalisering stammar frå intrapersonleg og/eller mellommenneskeleg press, typisk fordi visse situasjonar er knytt til aktiviteten, som kjensle av sosial aksept eller sjølvkjensle. Personar med ein tvangslidenskap kan med dette oppleve ein ukontrollert tvang for å delta i aktiviteten, og som ein konsekvens opplever ein konflikt og andre negative affektive, kognitive og åtferdsmessige kostnadar under og etter deltaking i aktiviteten (Vallerand et al., 2006).

Jamfør den dualistiske modellen for lidenskap (Vallerand et al., 2003), kan tvangslidenskap sjåast i samband med det Martinsen (2011) skildrar som treningsavhengigheit. Treningsavhengigheit har vanlegvis blitt operasjonalisert anten ved treningsnivå (frekvens, varigheit eller intensitet), biomedisinske symptom (e.g toleranse), eller psykososiale symptom (e.g trening tross konflikt med yrkesforpliktingar) (Hausenblas & Downs, 2002). Ved treningsavhengigheit trenar ein sjølv om ein av sosiale, arbeidsmessige og medisinske årsaker burde slutte, og ein klarar ikkje avgrense treningsmengda. Ein trenar for å unngå det psykiske og fysiske ubehaget som vil kome om ein sluttar, dette kan vere i form av abstinenssymptom, depresjon og angst (Martinsen, 2011). Det er også tenkjeleg at treningsavhengigheit, slik som stoffavhengigheit, burde definerast som ei ”klynge” av kognitive, åtferdsmessige og fysiologiske symptom (Hausenblas & Downs, 2002). Hausenblas & Downs (2002)

definerar treningsavhengigheit basert på dei følgjande kriteria, som er modifikasjonar til DSM-IV kriteria for stoffavhengigheit: abstinenssymptom (e.g depresjon, søvnavanskar, eller irritabelheit om ein ikkje får trent), toleranseutvikling (får mindre effekt av same treningsdose eller treng meir trening for å oppnå effekt), tap av kontroll (vil gjerne kontrollere eller redusere trening, men får det ikkje til), intensjonseffekt (trenar lenger eller hardare enn planlagt), tid (nyttar mykje tid til trening og aktivitetar relatert til trening), konflikt (treninga kjem i konflikt med andre aspekt i livet, som til dømes fritidsaktivitetar) og at treninga fortset sjølv om ein har tilbakevendande eller vedvarande psykiske eller fysiske problem (ofte relatert til trening) (APA, 1994; Hausenblas & Downs, 2002). Treningsavhengigheit kan også sjåast i samanheng med tvangstrening, men her vil hovudmotivet for trening vere å gjennomføre akkurat det som er planlagt, om ikkje kan det resultere i angst og uro (Martinsen, 2011).

Av nokre forskarar blir primær- og sekundær treningsavhengigheit nytta for å skilje mellom treningsavhengigheit hjå personar med- og utan spiseforstyringar. Primær treningsavhengigheit refererer til personar som ikkje har nokon form for spiseforstyring, medan sekundær treningsavhengigheit vil vere relatert til personar som har ei form for spiseforstyring (Martinsen, 2011). Det er einigheit om at treningsavhengigheit er eit røelt fenomen, då denne tilstanden har blitt funne hjå fleire spiseforstyrte personar, men om dette fenomenet finst hjå friske er meir usikkert (Bamber et al., 2000; Martinsen, 2011).

3. Metode

I dette prosjektet var føremålet å etablere eit kontekstualisert perspektiv på personar med spisefortyrringar sine erfaringar og opplevingar knytt til fysisk trening før og under sjukdomsutviklinga, samt i tilfriskningsfasen. Ein føremålsteneleg måte å nå dette målet på var å nytte fortolkande, fenomenologisk analyse (IPA; Smith et al., 2009). Gjennom ein eklektisk, vitskapsfilosofisk tilnærming, undersøker IPA korleis folk forstår sine livserfaringar. IPA har sine røter i Edmund Husserl sin fenomenologi og nyare fortolkande fenomenologi, samt hermeneutikk og ideografi (Smith et al., 2009). I kraft av den fenomenologiske tilnærminga, prøvar IPA å utforske erfaringar hjå menneske, basert på eigne premissar, og følgjer Husserl sitt kjende uttrykk *”back to the things themselves”* (Smith et al, 2009; s.1), slik at det på denne måten blir lagt vekt på menneska sine eigne erfaringar og opplevingar av fenomen (Smith & Osborn 2008). Gjennom bruk av denne metoden er ein oppteken av ei detaljert skildring av ei spesiell hending, og ein vil vite i detalj korleis opplevinga er for akkurat denne personen, og kva mening denne personen lagar seg av akkurat denne opplevinga. Dette er grunnen til at ein kan seie at IPA også er ideografisk (Smith & Osborn, 2008). IPA tar som oftast føre seg eit lite antal informantar, og føremålet er å avdekkje delar av erfaringane til kvar av informantane (individua). Målet er å finne eit nokså homogent utval, slik at ein innan dette utvalet kan undersøkje samanfall og avvik nokså detaljert (Smith et al., 2009). Når folk er opptekne av ei stor oppleving eller hending i livet, byrjar dei å reflektere over tydinga av kva som skjer, og gjennom denne forskingsmetoden er ein oppteken av nettopp desse refleksjonane (Smith et al., 2009). Vidare er IPA- forskning basert på hermeneutikk, som er fortolkingsteori. Gjennom IPA forsøker ein å forstå folk sitt forhold til verda, det vil då vere nødvendig å nytte eit fortolkande, eller hermeneutisk perspektiv (Smith et al., 2009). Det vil skje fortolking gjennom ein ”dobbel-hermeneutikk”, då deltakarane prøvar å gi mening/tolke livsverda si, på same tid som forskaren prøver å tolke deltakarane si tolking av deira verd (Smith & Osborn, 2008). På same tid nyttar IPA ”dobbel- hermeneutikk” ved å kombinere innlevande- og kritisk tolking. Dette vil seie at data kan tolkast både gjennom å rekonstruere dei originale opplevingane hjå informantane, eller ved å nytte teoretiske rammeverk til å setje lys på fenomenena som skildrast. ”Nye” teoretiske rammeverk kan også dragast inn i diskusjonen (Smith et al., 2009).

3.1 Utval

I samsvar med IPA sine retningslinjer (Smith et al., 2009), var studien basert på eit relativt homogent utval. Inklusjonskriteria for å vere med i prosjektet var at informantane tilfredsstilte dei diagnostiske kriteria for AN, BN eller OSFED. Pasientane måtte ha hatt en sjukdomslengd på minimum eit år, samt vere i alderen 18-35 år, og fysisk aktivitet måtte vere ein del av sjukdomshistoria. Praktiske inklusjonskriterium var bustadsadresse med maksimalt 1,5 time køyreavstand frå Oslo. Eksklusjonskriterium var alvorleg komorbid personlegdomsforstyring, aktiv suicidalproblematikk, samt rusavhengigheit. Pasientane vart rekruttert via hovudrettleiar som har kontakt med mange personar med spiseforstyringar. Desse vart via min rettleiar informert om prosjektet, og spurt om dei kunne tenke seg å delta. Dei potensielle deltakarane fekk så utlevert eit informasjonsskriv om prosjektet med informasjon om frivillig deltaking, samt samtykkeerklæring. Tre deltakarar samtykka, og deltok i studien. Dette er i tråd med IPA (Smith et al., 2009), der tre informantar vil vere ein standardstorleik på utvalet ved masterprosjekt. Ved å ha tre informantar i utvalet kan ein samle detaljerte analysar om kvart tilfelle, på same tid som desse vidare kan nyttast til mikro-analysar av likskapar og skildnadar mellom dei ulike tilfella (Smith et al., 2009). Informantane som deltok i studien var kvinner i alderen 24- 26 år, og som hadde ein sjukdomshistorie på mellom 6 og 12 år. Alle informantane var diagnostiserte med restriktiv AN, der ein hadde bulimiske episodar.

3.2 Datainnsamling

3.2.1 Utarbeiding av intervjuguide og gjennomføring av intervju

IPA er best føremålstenleg der ein vil invitere deltakarane til ei rik, detaljert, første-persons skildring av deira erfaringar. Dybdeintervju er ein god metode for å få fram slike erfaringar på. Slik som i dei fleste IPA-studiar (Smith et al., 2009), vart data samla inn ved hjelp av eit semistrukturert intervju. I forbinding med utarbeiding av intervjuguiden (vedlegg 2) vart det sett lys på det som var ønskjeleg å analysere. I denne studien, der det var lagt opp til eit semistrukturert intervju, bestod intervjuguiden av ulike tema som kvar for seg inneheldt forslag til spørsmål. Det vart i tråd med IPA, nytta opne spørsmål, då desse gjer det lettare for informanten å opne seg iforhold til tankar og kjensler (Smith & Osborn, 2008). Sidan dette var eit semistrukturert intervju, vart intervjuguiden nytta som retningslinje og ikkje mal.

I førekant av intervjuet, vart det gjennomført to pilotintervju med pasientar med spiseforstyrningar. Gjennom desse intervjuet fekk eg anledning til å bli sikrere i min rolle som intervjuar, samt opparbeide meg sjølvtilitt i intervjusituasjonen og erfaring i å takle menneskelege situasjonar. I og med at forskaren sjølv er forskingsinstrument i kvalitative intervju, vil intervjuaren sin kompetanse, kunnskap og evner vere avgjerande på kvaliteten på det som produserast av kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2010).

Intervjuet vart innleia med ein tiltsskapande samtale, der det vart spurt om interesser, sivilstatus, jobbsituasjon og utdanning, samt at det vart gitt informasjon om meg sjølv, føremål med prosjektet (resultat, dokumentasjon m.m), anonymitet og retten til å trekkje seg frå intervjuet (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Dette vart gjort for å skape eit tillitsforhold, og for å få informanten til å slappe av slik at ho lettare ville gi av seg sjølv seinare i intervjuet (Smith et al., 2009). Det vart skapt eit tillitsforhold og god relasjon mellom intervjuar og informant, ved at eg som intervjuar viste interesse, respekt og forståing ovanfor informanten. På denne måten kunne informanten få eit klart bilete av meg som intervjuar, slik at ho lettare kunne legge fram kjensler og opplevingar seinare (Smith et al., 2009). Viktig for IPA er å invitere til at informantane skal fortelje om faktiske hendingar. I staden for å følgje den strukturerte rekkjefølgja av spørsmåla i intervjuguiden, vart det gjort forsøk på å følgje respondentane, samt å forstå deira historie og det dei fortalde. Ved å starte intervjuet med generelle spørsmål som var lette å greie ut om, kunne det bli lettare for mange å snakke om meir spesifikke og personlege spørsmål seinare i intervjuet (Smith et al., 2009). Om ikkje desse spørsmåla gav tilstrekkeleg informasjon, vart oppfølgingsspørsmål eller utgreiningar nytta. Ein strategi som eg nytta meg av, var å få informanten til å snakke om temaet for studien med så få oppfølgingsspørsmål som råd. Altså prøvde eg å komme så nær respondenten som mogleg angående kva ho tenkte kring temaet, utan at ho vart leia dit av spørsmåla eg stilte (Smith & Osborn, 2008). I dei tilfella eg ikkje fikk all den informasjonen eg ønskte, vart det nytta oppfølgingsspørsmål (Smith & Osborn, 2008).

Oppfølgingsspørsmåla var i form av ”kan du greie ut om det?”, ”kan du forklare nærare?” og ”kan du utdjupe det?”. I tillegg, la eg i byrjinga av intervjuet vekt på at det var informantane sine eigne opplevingar og erfaringar kring det eg spurte om som var relevant.

For å sikre meg at vi hadde ei felles forståing av omgrepet fysisk trening, vart intervjuet innleia med ein teoretisk definisjon. Operasjonalisering av omgrepet fysisk aktivitet vart også diskutert, slik at det var einigheit om skildnadane på desse to omgrepa. Hjø ein av informantane var det å gå tur ein sentral aktivitet under sjukdomsutviklinga, og for mange vil det å gå tur truleg ikkje oppfattast som fysisk trening. Det å gå tur vart likevel ein repetitiv åtferd, med ulike motiv og mål for denne informanten. For ein person med spiseforstyrningar kan ein slik belastning vere uhensiktsmessig med tanke på vekt og ernæringsstatus (Boyd et al., 2007). Eg vel difor å rekne aktiviteten denne informanten gjennomførte under sjukdomsperioden som fysisk trening.

3.2.2 Transkribering

I tråd med IPA (Smith et al., 2009), vart alle intervju gjort med lydopptak og transkribert for vidare analyse. Intervjua vart registrert ved bruk av diktafon, noko som gjorde at eg som intervjuar kunne konsentrere meg om samtalen, samt notere kroppsspråk og dynamikk under intervjuet. For å ha intervjusituasjonen friskt i minne, slik at stemninga under intervjuet kunne bli fanga opp, vart intervjua transkriberte kort tid etter at dei var gjennomført.

Det finst ifølgje Smith et al., (2009) ingen korrekt og universell standard når det gjeld transkripsjon av forskingsintervju. I dette tilfellet skulle intervjua nyttast til ei meiningsanalyse, og transkriberinga vart då gjort på eit sematisk nivå. Dette er det generelle nivået for transkribering av intervju med teoretisk forankring i IPA (Smith & Osbourn, 2008). Det vart nytta ordrett avskrift av bandopptaka, noko som betyr ein transkripsjon som viser alle ord som blir sagt i løpet av intervjuet, både av intervjuar og informant (Smith et al., 2009). Non-verbale ytringar (som til dømes latter, sukk og pauser), signifikante pauser og nøling vart notert i transkripsjonen. Ved transkribering, samt ved presentasjon av data, valgte eg å nytte informantane sitt hovudmål (bokmål), for at deira skildringar av opplevingar og erfaringar skulle kunne overførast til lesaren på best mogleg måte.

3.3 Analyse

I samsvar med retningslinjene for IPA, vart intervjua analysert gjennom seks steg; 1) lese gjennom intervjua fleire gonger, 2) lage innleiande notat, 3) utvikle oppkomande tema, 4) leite etter samanhengar på tvers av oppkomne tema 5) forflytte seg til neste

tilfelle, og 6) sjå etter mønster på tvers av tilfella (Smith et al., 2009). Etter at intervjuet var transkribert, vart dei lest nøye gjennom. Det vart så laga notat om erindringar frå sjølve intervjuet, kommentert kring overraskande og slåande observasjonar av transkripsjonane, samt gjort eit inntrykk av intervjuet sin struktur og form (Smith et al., 2009). Deretter vart det laga ein høgremarg i transkripsjonen, kor det gjennom tre steg vart notert deskriptive, språklege og konseptuelle kommentarar til teksten. Dei deskriptive kommentarane fokuserte på å skildre innhaldet i kva informantane hadde sagt, dei språklege kommentarane hadde fokus på å utforske den spesifikke bruken av språket til informantane, medan dei konseptuelle kommentarane hadde fokus på å få eit meir spørjande og konseptuelt nivå (Smith et al., 2009).

Gjennom dette arbeidet var det viktig at fortolkinga blei inspirert av-, og oppstod gjennom informantane sine eigne ord, og ikkje blei importert frå utsida (Smith et al., 2009). Med bakgrunn i desse notata vart det laga tema som skulle formidle kva som var viktig i dei ulike kommentarane knytt til dei ulike delane av transkriptet (Smith et al., 2009). Tema vart samanlikna med det originale transkriptet for å sikre at meininga vart fanga opp, deretter vart dei sett opp kronologisk, altså i den rekkefølga dei oppstod gjennom intervjuet. Gjennom steg fire, vart det leita etter samanheng mellom dei ulike tema. Det vart det laga ”klynger” av dei tema som var relatert til kvarandre, samt at det vart laga overordna tema for desse ”klyngene”.

Denne prosedyren vart gjenteken med alle intervjuet, slik at alle transkripsjonane vart analysert på denne måten. Det siste steget bestod av å samanlikne tema og overordna tema på kryss av transkripsjonane. Gjennom dette arbeidet vart det på grunnlag av relaterte tema på kryss av intervjuet, danna ”nye” overordna tema med tilsvarande underordna tema (Smith et al., 2009).

3.4 Kvalitet

3.4.1 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet viser til forskinga si pålitelegheit (Halvorsen, 2008). I kvalitativ forskning er ein meir oppteken av ”konsistens” enn reliabilitet, likevel er målet det same som i kvantitative studiar; å unngå feilkjelder under forskingsprosessen (Halvorsen, 2008). I kvalitativ forskning argumenterer ein for reliabilitet gjennom å gjere greie for korleis data har blitt til (Thagaard, 2013). Truverdigheit og bekreftbarheit er to viktige omgrep for å

vurdere kvaliteten av forskinga når ein nyttar kvalitative metodar (Thagaard, 2013). Viktige sider i denne vurderinga vil vere at forskaren gjer greie for korleis data har blitt utvikla gjennom forskingsprosessen, og at ein skil mellom innhenta informasjon og egne vurderingar, samt gjer greie for kva tyding erfaringar på området som blir forska på har for dei data ein samlar inn. I tillegg bør ein gjere greie for relasjonane som oppstår mellom forskar og informant under innsamling av data (Thagaard, 2013).

Tidlegare i metodedelen har eg gjort greie for intervjusituasjonen, og sentrale element som vart teke omsyn til for at informantane på best mogleg måte skulle kunne dele sine opplevingar og erfaringar. Gjennom intervjuet la eg vekt på openheit, og at ingen svar var rette eller gale. Eg følte eg oppnådde ein god relasjon med alle informantane, og at dei gav meg relevante, openhjartige og innhaldsrike svar. Ved å gi så mykje av seg sjølv, tyder det på at informantane kjende seg trygge under intervjusituasjonen, samt at dei hadde fått ein god relasjon til meg som intervjuar.

Som nemnt tidlegare, vil intervjuaren sjølv vere forskingsinstrumentet i kvalitative studiar, og forskaren si erfaring, teoretiske ståstad og utgangspunkt vil vere sentralt med tanke på kvaliteten av studien (Postholm, 2010). Gjennom mi bachelorutdanning innan idrett, fysisk aktivitet og helse, samt halvårsstudium innan helse og fitnessstrening, har eg opparbeida meg gode kunnskapar på feltet spiseforstyrningar og fysisk trening. Fysisk aktivitet og trening har også vore ein av mine største fritidsinteresser i mange år. Dette var bakgrunnen for at akkurat dette temaet vart valt i mi masteroppgåve. Mitt arbeid med det teoretiske grunnlaget i oppgåva var med å farge både analyse og tolking av det som informantane uttrykte (Postholm, 2010).

Validitet refererar til gyldigheit av dei tolkingane eg kom fram til, og om desse var gyldige i relasjon til røynda eg studerte (Thagaard, 2013). Mitt kunnskapsgrunnlag og mi erfaring om miljøet som vart utforska vil ha betydning for tolkingane eg gjorde (Thagaard, 2013). God validitet vart sikra gjennom påliteleg og sakleg bruk av metode gjennom datainnsamling og analyse.

Å gjere arbeidet transparent eller opent gjennom forskingsprosessen, vil vere med å styrke både validiteten og reliabiliteten i forskinga (Thagaard, 2013). Her blir grunnlaget for tolkingar tydeleggjort gjennom å gjere greie for korleis analysen ligg til

grunn for dei konklusjonane ein kjem fram til (Thagaard, 2013). Dette vart gjort gjennom mi utgreiing om kvalitativ tilnærming, skildring av utval, gjennomføring av intervju, transkripsjon og analyseprosess. På denne måten vart arbeidet gjort tydeleg transparent for lesaren, som igjen har bidrege til å styrke prosjektets validitet og reliabilitet.

3.4.2 Tilbakemelding frå informantane

For å sikre betre validitet av studien, vart det nytta tilbakemelding frå informantane. Her vart informantane bedt om seie si meining om dei tolkingane og skildringane eg som intervjuar hadde gjort (Postholm, 2010). Når analysen var ferdig, vart det sendt ut eit skriv på to-fem sider med resultat frå intervjuet. Dette inneheldt overordna tema, samt ei kort oppsummering av tema skildra gjennom informantane sine eigne ord. Informantane vart via rettleiar, bedt om å kome med tilbakemeldingar på resultata. Dette kunne vere ting dei syntest uklårt, ting dei var ueinige i, eller utdjupande kommentarar. Alle informantane var einige i resultata, noko som tydde på at eg hadde klart å fange opp meiningane av det som vart uttrykt av informantane under intervjuet. Dette støtta opp om validiteten av studien.

3.5 Etikk

Før prosjektet starta opp, vart det godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (vedlegg 3).

Kvalitativ forskning krev konstant etisk refleksjon gjennom heile forløpet av intervjuundersøkinga, frå start til den endelege rapporten føreligg (Kvale & Brinkmann, 2010). Det er viktig å ivareta menneskerettane angående konsekvensar, informert samtykke og konfidensialitet gjennom heile forskingsprosjektet (Smith et al., 2009). Først mottok informantane eit skriv angående informert samtykke, samt ei skildring av føremålet med studien (vedlegg 1). I tillegg vart det opplyst om relaterte tema som ville bli sett lys på under intervjuet. I skrivet vart det understreka at deltaking i prosjektet var frivillig, at intervjuet ville bli handsama konfidensielt, at ein som informant ville vere underlagt full anonymitet, samt at ein når som helst kunne trekke seg frå studien utan å måtte grunngi dette ytterlegare. Kvar av informantane vart gitt eit pseudonym, dette for å skåne den enkelte sin identitet. Om nokon av informantane oppgav identifiserbare

opplysningar i løpet av intervjuet, vart desse utsagna modifisert. Døme på dette kunne vere opplysningar om skular eller idrettslag dei hadde vore ein del av.

4. Resultat og diskusjon

Gjennom IPA-analysen blei det avduka fire overordna tema relatert til føremålet med studien. Desse kom fram som sentrale dimensjonar, og inkluderte viktige skildringar frå informantane. Tema er presentert i tabell 1.

Tabell 1: Oversikt over overordna og underordna tema for heile utvalet

Overordna tema	Underordna tema
Forhold til fysisk trening	Avslappa forhold
	Anstrengt forhold
Motiv for fysisk trening	Glede
	Sosiale aspekt
	Vektregulering
	Psykologisk velvære
	Fysisk form
Negative psykososiale forhold relatert til idrettsmiljøet	Betre prestasjon
	Ugunstig trenarrolle
	Ugunstig utøvarrelasjon

I følge IPA er det ingen bestemt måte som blir betrakta som den ”rette” når det gjeld å presentera resultat og diskusjon. I denne oppgåva vil data bli organisert og presentert tematisk, samt gjennom eit tidsperspektiv. Jamfør IPA, vil organisering av tema på fleire ulike måtar vere med på å heve analysen til eit høgare nivå (Smith et al., 2009). Det vil i tillegg bli nytta mange sitat og narrativ, då det er forventa at kvart tema blir underbygd med skildringar frå kvar av informantane (Smith et al., 2009).

4.1 Forhold til fysisk trening

Eit viktig tema som vart gjennomgått av informantane var forhold til fysisk trening. Dette er eit overordna tema som omfattar dei to underordna tema; *avslappa forhold* til fysisk trening og *anstrengt forhold* til fysisk trening. Det er viktig å sjå desse forholda i ein utviklingsprosess. Alle informantane i studien snakka om at dei hadde eit sunt og

avslappa forhold til trening før sjukdomen, men at dette snudde til eit usunt og *anstrengt forhold* gjennom sjukdomsutviklinga. Ein av informantane snakka også om kor viktig det var å få eit lystbetont og *avslappa forhold* igjen for å klare å bruke fysisk aktivitet og trening på ein positiv måte i tilfriskningsfasen. Faktorar relatert til eit *avslappa forhold* til trening i tilfriskningsfasen kom også fram hjå dei andre informantane, men i mindre grad.

Før sjukdomsutviklinga

Før sjukdomsutviklinga hadde Mia, Anja og Emma eit sunt og *avslappa forhold* til fysisk trening, og alle hadde vore med i organisert idrett i større eller mindre grad i barndomen og ungdomsåra. Denne deltakinga syntest ikkje å ha vore negativ på nokon måte, og om denne perioden fortalde informantane at dei jamt over likte å vere i aktivitet. For Anja var opplevingane og erfaringane knytt til fysisk aktivitet og trening basert på glede, og ho gav uttrykk for eit sunt forhold til trening: ”*Jeg har alltid vært veldig glad i å være i aktivitet, å trene, og hatt et veldig normalt eller avslappa forhold til det...*”. Anja byrja etter kvart på skigymnas, og trening vart ein sentral del av livet hennar. Ho gav uttrykk for full autonomi og glede ved å drive trening i denne perioden. Mia syntest det var fint å delta på dei aktivitetane foreldra meldte henne på, og det ho var med på var også noko ho hadde lyst til. Ho dreiv organisert med bryting og ballett, i tillegg til alpint. Treninga såg ho på som ein hobby, samt at ho gav uttrykk for eit *avslappa* forhold til det: ”*...det jeg var med på, det hadde jeg jo lyst til [...] det var liksom mamma og pappa som meldte meg på, og det skulle jeg være med på. Jeg var jo med på det, og det var jo fint*”. Då ho var tolv år byrja ho aktivt med skiskyting, og treningsmengda auka betrakteleg. I byrjinga av karrieren gav ho uttrykk for eit lystbetont og autonomt forhold til treninga, som ikkje var influert av nokon form for ytre eller indre press.

I likskap med Anja og Mia, viste Emma også til eit *avslappa forhold* til trening, men på same tid tok ikkje treninga nokon stor- eller sentral del i livet hennar, slik det etter kvart gjorde hjå Anja og Mia. Emma dreiv teater, sang, dans og turn då ho var mindre, likevel meinte ho at ho var lite aktiv på fritida. Sjølv om ho hadde eit godt forhold til- og syntest gymnastikktimane på skulen var kjekke, så var ikkje trening hennar store fritidsinteresse. På spørsmålet om kva rolle trening spelte for henne før ho vart sjuk,

svarar ho dette: ”Veldig liten. Jeg gikk på dans og turn da jeg var yngre, og så begynte jeg på håndball, men stoppa veldig tidlig. Så har ikke drevet ordentlig med noe sånn idrett, lagidrett”. I ungdomsåra avtok dei fritidsaktivitetane ho hadde holdt på med som barn, og ho vart medlem på eit treningssenter: ”Når jeg kom på videregående, eller på ungdomsskolen, så var det sånn at jeg trente kanskje tre ganger i måneden, var mer støttemedlem på et treningssenter i nærheten...”. Dette sitatet viser at motivasjonen for fysisk trening ikkje var til stades hjå Emma på same måte som hjå Anja og Mia.

Som det kjem fram av sitata over, hadde alle informantane eit *avslappa forhold* til fysisk trening før sjukdomforløpet. Mia og Anja dreiv aktivt med idrett, og dei fortalde at idretten etter kvart tok mykje tid, likevel gav dei ikkje uttrykk for at idretten gjekk på kostnad av andre viktige aspekt i livet.

I lys av Vallerand et al. (2003), kan det sjå ut som om Anja og Mia hadde ein harmonisk lidenskap til idrett. Dei opplevde eit sunt og *avslappa forhold* mellom aktiviteten og livet generelt, der ein motivasjonell styrke til å drive frivillig med aktiviteten hadde utspring i ein integrert og indre tendens av sjølvet. Ved ein harmonisk lidenskap deltek ein i aktiviteten med full autonomi, noko som gjenspeglar det Mia og Anja sa (Vallerand et al., 2003). Ein harmonisk lidenskap vil også vere viktig for positive kjensleopplevingar (Vallerand et al., 2003).

Emma la som nemnt vekt på at trening ikkje var hennar store lidenskap og fritidsinteresse. Ho deltok i dei aktivitetane ho var med på med full autonomi, men treninga tok ikkje noko stor plass i livet hennar. For at ein aktivitet skal kunne definerast som lidenskapleg, må ein i følge Vallerand et al. (2003), ha ein sterk tilbøyelegheit ovanfor aktiviteten, samt at ein må finne aktiviteten viktig og investera tid og energi i den. På grunnlag av dette vil ein ikkje kunne seie at Emma hadde ein harmonisk lidenskap til aktivitetane ho deltok i.

Under sjukdomsutviklinga

Under sjukdomsutviklinga kan det sjå ut som om forholdet til fysisk trening gjekk i retning av å bli usunt og *anstrengt* hjå alle informantane, og ein kan tydeleg sjå at treninga byrja ta overhand. For Anja endra forholdet til fysisk trening seg betrakteleg under sjukdomsutviklinga:

...hele oppveksten min så har jeg hatt et veldig sunt forhold til å være i aktivitet, brukt mye sånn typisk norsk "ute på tur", og har veldig fine minner fra det. Jeg var veldig glad i det, så det er veldig trist hvordan det ble helt snudd til å bli veldig sånn tvangsprega, så gråtunga på en måte.

Anja skildrar treninga som "tvangsprega", og ho opplevde den som noko ho måtte gjennomføre. På same tid fortalde ho at treninga var "gråtunga", noko som viser at treninga var relatert til noko kjenslemessig negativt for henne. For Emma fortona det *anstrengde forholdet* til fysisk trening seg slik:

...det var treningssenter rett ved skolen, så jeg pleide å dra å trene på det. Alltid etter skolen. Ofte så hadde vi timer innimellom hvor vi hadde fri, sånne studietimer, og da kunne det hende jeg bare dro å trente, og så dusjet jeg ikke eller noen ting. Veldig ekkelt å tenke på nå. Så gikk jeg tilbake til timen, og så gikk jeg tilbake å trente en time til, og så gikk jeg tilbake til timen igjen. Sånn kunne det holde på, sånn "shutteltrafikk" mellom treningssenteret og skolen.

Emma ga ei meir abstrakt skildring enn Anja, i form av at ho kunne trene på treningssenteret opp til fleire gonger om dagen, samt at ho alltid måtte trene der etter skuletid. Treninga tok overhand, og styrte store delar av fritida hennar. Hjø Mia fortona trening seg mykje som ein tvang som kunne relaterast til vektregulering (sjå tema "vektregulering" under kapittel 4.2) og tanken om å prestere (sjå tema "ugunstige trenarforhold" under kapittel 4.3). Ho ville bli best, samstundes som ho ville ned i vekt:

...det gikk mye på at jeg måtte, fordi jeg ble jo besatt, jeg skulle forbrenne, jeg skulle ned i vekt. Samtidig så hadde jeg jo også en ambisjon om å bli god, jeg skulle satse, jeg skulle bli best, samtidig som jeg skulle bli tynnest...

Både Anja, Mia og Emma opplevde ein tvang til å vere i aktivitet og til å trene. Dei var nøydde til å gjennomføre treninga på grunn av eit indre press. Alle informantane fortalde også at dei måtte kompensere om dei ikkje fekk trent under sjukdomsutviklinga, noko som kan relaterast til skuldkjensle ved uteblitt trening. For Emma var det tilnærma katastrofalt om ho ikkje fekk gjennomført trening over ein kortare eller lenger periode: "Viss jeg ikke hadde trent, så gikk jo verden under. Jeg sa jo heller nei til å vere med på ting viss det gikk ut over treningen". Ho gav uttrykk for at treninga var høgt prioritert, og ho gav avkall på andre aspekt i livet for å kunne trene. I likskap med Emma, hadde Mia hadde nokre av dei same opplevingane: "...jeg kunne ikke gå glipp av en trening, da rakna livet liksom. Jeg ofra alt for treningen, og alt gikk bak treningen...". For Mia hadde treninga førsteprioritet under sjukdomsutviklinga, og

sjølv om det gjekk på kostnad av andre ting i livet hennar, var det ikkje noko alternativ å la vere å trene. Det å ikkje få gjennomført ei treningsøkt, fortona seg som utenkjeleg: ”...det var helt forferdelig [å ikke få trene], det var verdens undergang, eller det gikk liksom ikke...”. Anja klarte til ein viss grad å halde igjen, men også ho uttrykte at treninga gjekk framføre mange andre ting, som til dømes fysisk velvære:

...jeg husker jeg gikk til skolen hver dag, jeg brukte en halvtime til skolen, og det gikk jeg hver dag i tre år, uansett vær, selv om det var 20 minus og blåste og snødde, så skulle jeg gå den veien til skolen. Jeg hadde jo anoreksi, så jeg var veldig undervektig og hadde jo ikke noe isolasjon i det hele tatt. Jeg kledde meg opp kjempemye, å gikk den veien helt uten tilstrekkelig energi. Jeg var så uklar i hodet når jeg kom på skolen at jeg nesten ikke såg klart, og stivfrossen...

Som ein ser av sitatet over, vart fysisk velvære nedprioritert til fordel for å vere i aktivitet. Anja fortalde også at treninga overskygga sosiale aspekt i livet:

...å jeg kunne IKKE stoppe, for da gikk jeg for å gå. Og hvis jeg fikk med meg samboeren min på tur og han ville stoppe for å vise meg noe, så var det ikke snakk om, da måtte vi eventuelt gjøre det senere. For når jeg gikk den turen min, da skulle jeg gå den, og da gikk jeg for å gå...

Vidare relaterte alle informantane negative kjensler til trening under sjukdomsutviklinga. Anja skildra desse kjenslene som mørke og klade, og ho såg ikkje noko lyst på å trene. Treninga vart noko ho måtte gjennomførte ovanfor seg sjølv, noko som var mørkt, trist og einsamt:

...men viss jeg tenker tilbake på da jeg var veldig syk, så var det veldig tungt. Jeg ser liksom bare sånn mørkhet ved det, og at det er tungt, veldig mye blanda følelser, alt fra veldig trist til ensomt, for jeg gjorde så alene. Jeg forbinder det ofte veldig med at det var mørkt og kaldt, at jeg måtte, det var noe jeg måtte...

For Mia utarta treninga seg som gledeslaus i denne perioden. Det var noko ho kjende seg pressa til å gjere både ovanfor seg sjølv og andre: ”...det var jo ikke noe glede i det hele tatt når jeg var syk, jeg bare måtte ovenfor meg selv og trenerne...”. I likskap med Anja og Mia, opplevde Emma negative kjensler kring trening:

...da tror jeg at jeg kunne sitte mange timer å grine før trening. Jeg kunne sitte mange timer å grine i bilen for eksempel, og tenke; skal, skal ikke, skal, skal ikke, veldig ambivalent. Og så dro jeg jo alltid da, og da klarte jeg jo heller aldri å ikke gå inn...

Som ein ser av sitata over, opplevde alle informantane eit indre press til å gjennomføre trening under sjukdomsutviklinga. Indre press vil jamfør Deci og Ryan (2007) vere når individet sjølv set betingingar og pressar seg sjølv (introjeksjonsregulering). Her vil måloppnåing og nederlag vere relatert til betingingar som er basert på sjølvkjensle og ego-involvering (sjå ”ugunstig trenarrolle” i kapittel 4.3) (Ryan og Deci, 2007), samt at deltaking i aktiviteten vil skje med låg grad av autonomi. Her kan lita måloppnåing føre til at ein straffar seg sjølv i form av skam, angst eller skuldkjensle (Ryan & Deci, 2007). Mia gav særleg uttrykk for at tvangstankane kring trening var relatert til vekt, noko som kan sjåast i samanheng med Ghoch, Soave, Calugi og Grave (2013) sin oversiktsstudie, der det blir hevda at tvangstrening og overdriven trening vil spele ein viktig rolle i utviklinga og oppretthaldinga av spiseforstyrningar. Her vil åtferden ofte nyttast til å kontrollere vekt og modulere stemning (sjå ”trening for vektregulering” i kapittel 4.2). Desse funna kan også sjåast i samband med Vansteelandt et al. (2007), som fant assosiasjon mellom driv for tynnleik og tvang til å vere fysisk aktiv. Jamfør Paradise, Cooke, Martin og Hall (2012), kan ein tvangsprega lidenskap som alle informantane viste, vere relatert til fleire dimensjonar ved treningsavhengigheit samanlikna med ein harmonisk lidenskap.

Jamfør Mond og Calogero (2009), vil skuldkjensle og negative kjensler etter å ha mista eller måtte utsetje trening, vere ein av dei faktorane som klarast skil friske og spiseforstyrra kvinner angående treningsåtferd. Eit resultat av skuldkjensla som oppstod etter uteblitt trening, var kompensering. Dette var noko både Mia og Emma sa noko om, og Mia skildra det slik:

...da måtte jeg virkelig kompensere, straffe meg selv på en måte, spise, ikke spise. Hadde på en måte ting i meg som var negativt mot meg, og da kunne jeg gjerne ta igjen det dobbelte av trening etterpå.

Mia opplevde ein negativ indre tilstand om ho ikkje fekk trent, og som ein ser av sitatet over nytta ho kompenserande metodar for å straffe seg sjølv etter uteblitt trening. For Emma fortøna det seg slik:

...viss jeg ikke hadde fått trent på grunn av et eller annet, så kunne det gå ut over maten, at jeg da ikke spiste det jeg hadde tenkt å spise, eller at jeg trente mer dagen etter, det skjedde også.

Kompensering for uteblitt trening skjedde både gjennom regulering av matinntak og meir trening, noko som viser eit nyansert bilde av eit *anstrengt forhold* til trening. Sjølv om treninga var noko Anja også måtte gjennomføre, gav ho ikkje noko klart uttrykk for at ho måtte kompensere om ho ein dag ikkje hadde anledning til å vere i aktivitet.

Eit ukontrollerbart interpersonleg press relatert til deltaking i den lidenskapelege aktiviteten, negative kjensler, samt at aktiviteten går på kostnad av andre aspekt i livet, kan i følgje Vallerand et al. (2003) relaterast til ein tvangsprega lidenskap. Sett i eit helsemessig perspektiv, trente alle informantane meir enn dei burde, og dei hadde vanskar med å avgrense treninga. Negative kjensler, trening som går på kostand av sosiale og medisinske årsaker, mykje tid nytta til trening og treningsrelaterte aktivitetar, samt det å ikkje klare å avgrense treninga, er faktorar som også kan sjåast i samanheng med treningsavhengigheit (Martinsen, 2011; Hausenblas & Downs, 2002). I dette tilfellet, sekundær treningsavhengigheit (Martinsen, 2011).

Tilfriskningsfasen

Som nemnt, såg det ut som om forholdet til fysisk trening gjekk frå å vere *avslappa* før sjukdomen, til å bli *anstrengt* under sjukdomsutviklinga. I tilfriskningsfasen kan ein sjå at forholdet til fysisk trening igjen har byrja bli influert av faktorar som ligg til grunn for eit *avslappa forhold*, men i ulik grad hjå informantane.

Både Mia og Emma gav fortsatt uttrykk for eit *anstrengt* og tvangsprega forhold til fysisk trening i tilfriskningsfasen. På same tid kunne ein få inntrykk av at nokre av faktorane som låg til grunn for eit tvangsprega forhold til fysisk trening under sjukdomsutviklinga, var byrja endra seg. Eit eksempel kan vere korleis dei reagerte på det å ikkje kunne få gjennomføre ei treningsøkt. Under sjukdomsutviklinga var dette utenkjeleg for både Mia og Emma, men i tilfriskningsfasen hadde denne kjensla endra seg noko. Emma skildra det slik: ”...*nå kan det gå dager uten at jeg må trene hver dag, før så var det sånn at jeg måtte trene hver dag, og jeg måtte forbrenne så og så mye...*”. Emma gav uttrykk for at treninga ikkje lenger hadde den kontrollen over livet hennar, som den hadde under sjukdomsutviklinga. Det kunne gå fleire dagar utan at ho trente, og ho gav uttrykk for sjølvbestemming kva angikk trening: ”...*og så vet jeg jo at jeg setter de grensene for meg selv, fordi jeg vil ikke vere den som henger på*”

treningscenteret i mange timer, jeg vil jo ha et mest mulig normalt forhold til det [treninga]... ”. På same tid syntest ho det var vanskeleg å avgrense treninga når ho først hadde byrja, og tanken om at ho måtte gjennomføre ei viss mengde trening før ho var nøgd var fortsatt til stades: ”...jeg har det litt sånn at viss jeg ikke løper en mil, så kan jeg få litt tvangstanker kanskje. Det har blitt det nye jeg skal gjøre, før var det alltid på kalorier... ”.

I denne perioden kunne det virke som om Mia hadde noko av det same forholdet til trening som Emma, men med eit endå meir *anstrengt* preg: ”...mens nå så, selv om jeg har behov for å trene, så er det ikke det som alltid styrer livet mitt. Er det noe som gjør at det ikke klaffer, så overlever jeg liksom... ”. Mia syntest det var vanskeleg å måtte stå over trening i denne perioden, på same tid utarta det seg lettare enn under sjukdomsutviklinga. Likevel viste forholdet til trening seg fortsatt å vere *anstrengt*: ”*det er en utfordring [å ikke få trent], men jeg klarer liksom å stå i det, og skulle det være situasjoner hvor det ikke går, eller at jeg er ordentlig syk, så takler jeg det, men det er tøft*”. Ho fortalde også at ho fortsatt måtte kompensere om ho ikkje fekk trent, at ho sleit med å akseptere kroppen og at ho var livredd for å gå opp i vekt (sjå ”vektregulering” i kapittel 4.2). Her kunne ein fortsatt sjå at treninga hadde eit kontrollerande preg på livet hennar, om ikkje i så sterk grad som under sjukdomsutviklinga. Altså hadde både Mia og Emma fortsatt tankar om at dei måtte trene, noko som viser at det indre presset relatert til trening fortsatt var til stades, men i noko mindre grad enn under sjukdomsutviklinga.

Sett i samanheng med andre aspekt i livet, kan eit forhold til trening slik Emma og Mia skildra, gi meir rom for oppretthalding av til dømes sosial omgang med vennar og familie, enn det gjorde under sjukdomsutviklinga. Dette vil kunne medføre mindre konflikt mellom den lidenskaplege aktiviteten og andre aspekt i livet, noko som tidlegare nemnt er viktig for ein harmonisk lidenskap (Vallerand et al., 2003).

Kva angikk negative kjensler relatert til trening, var desse framleis til stades hjå både Emma og Mia. Emma fortalde at negative kjensler kunne oppstå både før og under trening:

...jeg har tenkt mye på det i det siste, at jeg er jo egentlig ganske sur etter at jeg har trent også, og så kan jeg få mange tanker mens jeg trener, negative tanker. Sånn som at viss samboeren min har sagt et eller annet, så kan jeg tenke veldig på det han har sagt, og så kan jeg rote det til i hodet mitt, sånn at det blir veldig negativt. Og dette kommer ofte mens jeg trener, men da vet jeg jo at det bare er fordi jeg trener, og at jeg hater det. Da tenker jeg det verste om alt...

På spørsmålet om kva kjensler ho hadde under trening, svarte Mia at: ”Det er vondt, og jeg må jobbe med meg selv for å holde tempoet oppe, og for å prøve å se noe positivt, eller prøve å overbevise meg om at det er noe positivt da, men det er stort sett ikke det akkurat da...”. Dette viser at både Mia og Emma fortsatt hadde eit *anstrengt forhold* til trening, enn om i noko mindre grad enn under sjukdomsutviklinga. Negative kjensler relatert til trening, er som tidlegare nemnt, eit sentralt aspekt ved ein tvangsmessig lidenskap til aktiviteten ein utøver (Vallerand et al., 2003).

Anja såg derimot ut til å ha fått tilbake eit *avslappa forhold* til fysisk trening i tilfriskningsfasen. Dette kom til dømes fram gjennom at ho utførte treninga når ho ville, samt at dette også var noko hadde lyst til:

...i dag så har jeg fått et avslappa forhold til trening. Jeg er veldig bevisst på at jeg skal ha lyst til å gjøre det, for å si det sånn, så har jeg ikke laget noen ukeplan med dager jeg trener, eller hva jeg skal og sånn. Jeg gjør det akkurat når jeg har lyst, så jeg bestemmer eventuelt den dagen jeg gjør det, og så er det aktiviteter som jeg liker å gjøre. Samtidig så passer jeg på at det ikke skal være noe som er for hardt for meg...

Anja la vekt på at aktiviteten ikkje skulle vere for intensiv, noko som viser at ho var byrja ta omsyn til kroppen, og at ho var besvisst sine val. Ho måtte ikkje lenger trene kvar dag slik som under sjukdomsutviklinga, og treninga var ikkje lenger relatert til eit indre press:

...jeg hadde jo en periode jeg gjorde det [trente] fordi jeg måtte, men nå er jeg på en måte med i det jeg gjør, har det veldig gøy da, og det er ikke noe tvangsmessig heller. Jeg bruker ikke pulselte for eksempel, å føler ikke noe trang til det heller. Jeg har det på badet så jeg kan bare ta det på meg hvis jeg vil, men det har jeg ikke noe behov for, og det er veldig godt å kjenne.

Sitatet over viser at treninga ikkje lenger hadde ein kontrollerande rolle i livet hennar, og at ho deltok i fysisk aktivitet og trening med full autonomi. Dette gjorde at treninga ikkje kom i konflikt med andre viktige aspekt i livet, eller at ho blei frustrert eller fekk

dårleg samvit for ikkje å ha gjennomført ei treningsøkt. På same tid kan ein sjå at ho har fått tilbake dei positive kjenslene relatert til trening, både under og etter ei treningsøkt: ”Sånn som jeg ser det for meg, så er det akkurat som at det [trening] i dag er sånn veldig lyst, lyst og glede på en måte...”. Autonomi og positive kjensleopplevingar, vil som nemnt tidlegare, vere med på å underbyggje ein harmonisk lidenskap knytt til aktiviteten (Vallerand et al., 2003).

4.2 Motiv for fysisk trening

Motiv for fysisk trening er eit overordna tema som omhandlar kvifor den enkelte av informantane valgte å trene. Dette temaet famnar om seks undertema; *glede, sosiale aspekt, psykologisk velvære, vektregulering, fysisk form og betre prestasjon*. Desse undertema kom fram som sentrale dimensjonar relatert til spørsmål om kvifor den enkelte trente, og kva effekt den enkelte opplevde treninga gav dei.

Før sjukdomsutviklinga

Glede, eller aktiviteten sin eigenverdi, kom fram som eit motiv for trening hjå alle informantane før sjukdomsutviklinga. Anja har vore veldig aktiv gjennom heile oppveksten og har drive organisert idrett sidan ho var seks år. Ho la vekt på *glede* som sentralt for å drive fysisk trening i barne og ungdomsåra, og i tida før ho vart sjuk. Dette var også noko som stod sentralt i familien hennar:

Ja, det har alltid vært sånn i familien min, at det [trening] har vært litt sånn gledesprega, at vi gjør det av gøy. Og da vi var små og skulle på skitur, så var det ikke sånn at vi måtte gå så og så langt, det kunne hende vi satte oss ned etter ti minutter, viss du skjønner hva jeg mener?

På vidaregåande byrja Anja på toppidrettsgymnas, og gleden av å vere i aktivitet varte ved:

...det jeg tenker tilbake på, er at jeg alltid har vært veldig glad i trening og aktivitet. Når jeg for eksempel gikk på skigymnas, så syntes jeg jo alt var gøy, og vi gjorde jo masse forskjellig, men av og til hadde en følelsen av at i dag så hadde en kanskje ikke så lyst, men en gjorde det fordi...

I likskap med Anja kom *glede* fram som eit sentralt motiv for å vere fysisk aktiv hjå Emma også. Sjølv om ho ikkje dreiv særlig med korkje organisert eller uorganisert

trening då ho var yngre, likte ho gymnastikktimane på skulen. Ho syntes desse timane var kjekke, og ho opplevde at aktiviteten i seg sjølv gav *glede*:

...fikk fem i gym, både på ungdomsskolen og på videregående, men det var ikke sånn der..det var mer fordi jeg syntes det var gøy, jeg likte gym da, jeg syntes det var gøy...

Som ein ser la både Anja og Emma vekt på *glede* som ein sentral faktor for å utøve fysisk aktivitet og trening før dei vart sjuke. Hjø Mia kom ikkje trening for *glede* fram like tydeleg som hjå dei to andre informantane, men på same tid fortalde ho at dei aktivitetane ho var med på, også var noko ho hadde lyst til. Ho fortalde at ho i byrjinga av skikarriera syntest det var gøy å trene, noko som kan tyde på at aktiviteten sin eigenverdi låg til grunn.

At aktiviteten i seg sjølv gir *glede*, vil vere sentralt for indre motivasjon (Ryan & Deci, 2007). Som ein ser over, sa Anja at ho nokre dagar gjennomførte trening sjølv om ho eigentleg ikkje hadde så veldig lyst. Dette kan sjåast i samanheng med Ryan og Deci (2007), som legg vekt på at menneske har ulike motiv for aktivitet. Dei ulike motiva kan opptre på same tid, og må sjåast samla for å bestemme den generelle kvaliteten på motivsajonen. Sjølv om idretten har sine augeblikk med flyt og indre motiv for engasjement, er desse augeblikka ofte separert av lange periodar med hardt arbeid. Idrett, trening og ferdigheitsutvikling, som er essensielt for å oppnå høg yting, kan ofte kjennast repetitivt istaden for ny og interessant. Resultat krev disiplin og arbeid, og sjølv om treninga har høg grad av indre motivasjon, vil dei sosiale kontekstane ofte supplere med både direkte ytre oppmuntrande og mellommenneskelege betingingar, som formar utøvaren sine eigenskapar, motivasjon og subjektive opplevingar (Ryan & Deci, 2007).

Hjø Emma og Mia kom også det *sosiale aspektet* fram som eit motiv for fysisk aktivitet og trening, og for Emma framstod samhaldet mellom elevane som viktig i gymnastikktimane:

...viss jeg hadde gått på en lagidrett, så hadde jeg kanskje syntes at det var veldig morsomt. Jeg likte det samholdet i gymtimene tror jeg, men utenom det så var jeg veldig lite aktiv på fritiden egentlig...

Mia trakk særleg fram felles interesser som ein bauta for det sosiale samhaldet:

...når jeg flytta, så fikk jeg jo en del nye venner. Jeg starta jo med skiskyting da jeg flytta, og da kom jeg jo med en gang i et miljø hvor andre også drev med skiskyting. Da fikk jeg jo en del venner som drev med det, og man velger jo liksom litt venner etter interesser da.

Det å kjenna at ein høyrer til i eit miljø og har felles interesser med dei andre i miljøet, vil vere ein viktig trivselsfaktor. I følgje Ryan og Deci (2007), vil samhald og kjensla av at ein høyrer til (i tillegg til autonomi og kompetanse) vere sentrale faktorar for indre motivasjon, samt vere viktig for å oppleve interesse og glede gjennom aktiviteten. Dette er i tråd med fleire studiar som har hevda at det *sosiale aspektet* er eit viktig motiv for å drive fysisk aktivitet generelt i befolkninga (e.g Allender, Cowburn & Foster, 2006; Bratland- Sanda et al., 2010a).

Hjå ein av informantane, Mia, sto lysta til å *betre prestasjon* fram som eit viktig motiv for å drive trening før sjukdomsutviklinga:

...det første året hadde jeg jo lyst til å bli bedre, og det var jo det som kanskje i hovudsak drev meg. På samme tid hadde jeg en fetter som drev aktivt, og jeg såg jo litt opp til han, og det var jo det som i utgangspunktet fikk meg til å trene da, jeg ville bli bedre. Ville bli en god skiskytter liksom.

I starten av satsinga var lysta til å *betre prestasjon*, ei av hovudårsakene til at Mia trente, samstundes la ho vekt på at fetteren var eit førebilde i jakta på å nå dette målet. Å trene for å *betre prestasjon*, kan samsvare med ”identifisert regulering”, der ein identifiserar seg med aktiviteten sine verdiar og føremål, samt at læring av nye ferdigheiter vil stå sentralt (Deci & Ryan, 2007). Ferdigheitsutvikling og inkorporering av nye ferdigheiter vil vere viktig for å utvikle seg, samt for å bli ein betre idrettsutøvar.

Under sjukdomsutviklinga

Under sjukdomsutviklinga blei faktorar som *vektregulering, psykologisk velvære og fysisk form* vektlagt som sentrale motiv for fysisk trening. På same tid blei det ikkje gitt uttrykk for noko som kunne relaterast til glede eller indre motivasjon for å drive fysisk trening i denne perioden hjå nokon av informantane.

Temaet *vektregulering* handlar om å nytte trening som eit verkty for kroppsregulering og regulering av vekt. Å drive fysisk trening for *vektregulering* kom fram som eit sentralt motiv hjå alle informantane i denne perioden. Mia, Anja og Emma fortalde at dei nytta trening for å forbrenne kaloriar, eller for å redusere vekt. Anja sa at ho trente for å forbrenne kaloriar, og som eit resultat av dette kunne ho unne seg noko ekstra etter trening:

Mens jeg var syk, så var det jo som jeg sa, det å måtte gå turer da. Det var jo på en måte negativt for å forbrenne[...] det var liksom tanker om det å forbrenne, da kanskje jeg unna meg noe etterpå, eller viste at jeg kunne gjøre det...

Emma satte seg mål om eit visst antal kaloriar ho skulle forbrenne iløpet av ei treningsøkt, og avslutta ikkje økta før dette målet var nådd:

...da var det jo sånn med disse kaloriene som telte alt, da hadde jeg mål på både syv hundre og åtte hundre kalorier. Og så var det sånn at når det stod syv hundre, så regnet jeg ned til at da hadde jeg sikkert bare forbrent fire hundre. Jeg undervurderte det alltid, for det hadde jeg jo lest et eller annet sted ikke sant, at disse maskinene lyver, eller så halverte jeg det også noen ganger, det var det som bestemte.

For Mia var målet å bli tynnast mogleg, noko ho også la til grunn for betre prestasjonar (sjå ”betre prestasjon” i kapittel 4.2): ”...det var for å gå ned i vekt, og det var for å bli best på en måte. Bli tynnest mulig, samtidig som å bli best”.

For Anja, Mia og Emma vart tankane kring vekt og *vektregulering* destruktive under sjukdomsutviklinga. Dette kan relaterast til fleire studiar, der *vektregulering* er funne som motiv for trening hjå spiseforstyrra pasientar (e.g Bamber et al., 2000; Mond et al., 2004; Mond & Calogero, 2009). Eit ugunstig matinntak i samband med mykje trening som gjekk på kostnad av andre viktige aktivitetar, samt skuldkjensle ved uteblitt trening kan relaterast til både DSM-5 og Wyatt (1997) sine definisjonar av overdriven fysisk trening. Overdriven fysisk trening er vidare hevda å ha ein samanheng med opptattheit av vekt hjå personar med spiseforstyringar (AN, BN og EDNOS) (Solenberger, 2001). I tillegg oppgav alle informantane at aerob trening var den gjennomgåande treningsforma, noko som kan sjåast i samanheng med sistnemnde studie, som antyda ein assosiasjon mellom aerob trening og total treningsmengde, og opptattheit av vekt og

driv for tynnleik. Styrketrening vart i denne studien ikkje assosiert med opptattheit av vekt og driv for tynnleik, men det å vera misnøgd med kroppen sin (Solenberger, 2001).

Under sjukdomsutviklinga nytta alle informantane kompensatoriske metodar eller reduksjon i matinntak parallellt med auka treningsmengd for *vektregulering*. På spørsmål om det var maten eller treninga som først kom ut av kontroll, svarte Anja: ”*Det var maten. Maten kom først ut av kontroll*”. Anja fortalde vidare at årsaka til at maten kom ut av kontroll var ei familiekrise som resulterte i at ho fekk veldig vondt i magen. Etter undersøking hjå homøopat fekk ho beksjed om at ho var intolerant for mange vanlege matvarer, noko som vart ”inngangsporten” til å vite alt om innhald i alle matvarer. Dette utvikla seg etter kvart til eit negativt mønster, der det vart retta eit stort fokus på innhald i maten, samt kva ho burde og ikkje burde ete. Dette resulterte i at maten kom ut av kontroll. Emma er motstridande i sine uttalar, men ho trur at auka treningsmengde kom før eit redusert matinntak. På same tid fortel ho at ho nytta kompensatoriske metodar for å redusere matinntaket før treninga eskalerte:

...og så begynte jeg å kaste opp, ikke overspising, men bare kastet opp alt jeg spiste, eller ikke alt jeg spiste, men mye av det[...]jeg spiste normalt, og så kastet jeg opp for eksempel middag eller lunch, og så beholdt jeg de andre måltidene. Men så begynte jeg også å trene mye, så det hang nok veldig sammen, men det er mulig at det å trene mer begynte først, og så gikk jeg over til å spise mindre...

Mia meiner det var treninga som først kom ut av kontroll, og som utløyste spiseforstyrninga, men på same tid: ”*...så lå den så latent der [spiseforstyrrelsen], så det skulle ikke så mye til heller da, for at den ble tent*”.

Sett i lys av at *vektregulering* var eit viktig motiv for trening under sjukdomsutviklinga hjå alle informantane, kan dette relaterast til Epling & Pierce` (1988) sin biologiske åtferdsmodell knytt til anoreksia. Her vil nedgang i matinntak føra til auka fysisk aktivitet, som igjen vil redusere verdien av å ete. Dette vil etter tid bli ein vond sirkel som er vanskeleg å endre (Epling & Pierce, 1988). Det er viktig å sjå denne modellen i samanheng med kulturell praksis, kva angår trening og diett (Epling et al., 1983).

Sett frå Mia sitt perspektiv, var tanken om å bli tynnare også relatert til å *betre prestasjon*: ”*...og så var det jo idretten som...jeg følte liksom jeg måtte bli tynnere for å*

bli bedre”. Som ein ser hadde Mia tankar om at ho kunne *prestere betre* om ho gjekk ned i vekt. Dette vil for uthaldsutøvarar kunne sameinast med tanken om at ei lettare kroppsvekt ville kunne flytte seg raskare framover, samt at ei låg kroppsvekt vil vere ein fordel i uthaldsidrettar der denne vekta skal transporterast over lengre distansar (Martinsen, 2011). Vekt er i dagens idrettssamfunn eit tilbakevendande tema, og mange idrettsutøvarar slankar seg truleg både på grunn av ytre press og for å yte betre. Her kan til dømes det tynne skjønneleiksidèalet vere ein pådrivar for vektredusering (Martinsen, 2011). Mange distanserar seg likevel frå tanken om at rett ernæring er viktig for optimal prestasjonsevne og yting. Mia sin tanke om at ho kom til å prestere betre om ho gikk ned i vekt, kan relaterast til fleire studiar som set lys på vektregulering innan idrett (Garthe & Sundgot-Borgen, 2004; Schaal et al., 2011), samt har funne høge prevalensar av spiseforstyringar hjå idrettsutøvarar (Sundgot-Borgen & Torsteveit, 2004; Torstveit et al., 2008; Martinsen & Sundgot-Borgen, 2013).

Når det gjaldt trening for auka *psykologisk velvære*, syntest dette å vere eit viktig motiv for alle informantane under sjukdomsutviklinga. Her kom særleg trening for negativ affektregulering fram, i tillegg snakka ein av informantane om at trening gav henne overskot.

Alle informantane fortalde at treninga hjelpte dei med å redusere negative kjensler, og for Anja fortona det seg på denne måten: *”...følte at jeg måtte ikke sant, tanker om at jeg måtte gjøre det, men samtidig så hjalp det meg, det gav utløp for følelser og angst, jeg ble roligere stort sett...”*. I dette tilfellet vart trening nytta som eit verkty for å regulere kjensler, samt for å få ro i kroppen. Hjå Emma framstod treninga som eit alternativ til tidlegare sjølvskading og oppkast, her også som ein metode for å regulere negative kjensler:

...sånn som noen bruker selvsikading eller kaster opp, så tror jeg det [trening] er min måte å få ut følelser på. Jeg husker da jeg var syk og kranglet med min tidligere kjæreste, da var det sånn at når jeg ikke orket å krangle mer, gikk jeg bare for å trene. Det var en måte å få ut følelser på, som jeg ikke fikk ut på andre måter [...] Jeg stoppet både med å kaste opp og selvsikading før jeg flyttet, for det klarte jeg å stoppe med selv, men da trente jeg også mye. Så det er ikke sikkert jeg hadde klart å stoppe med det hvis jeg ikke hadde trent, for det har på en måte vært min greie, men jeg trengte ikke de to, for jeg hadde jo treningen.

Slik som spiseforstyrningar, er sjølvskading eit konkret lidingsuttrykk, og dei kan begge ha som funksjon å regulere eller dempe kjensler (Rosenvinge, 2008). Tidlegare studiar har vist at det er stor komorbiditet mellom spiseforstyrningar og sjølvskading (Skårderud & Sommerfeldt, 2009). Mulige fellesfaktorar kan vere affektiv dysregulering, dissosiasjon, traumer, konflikt i familiemiljø, sjølvnedvurdering, impulsivitet, behov for kontroll og kulturelle forhold (Svirko & Hawton, 2007).

Mia erfarte at trening hjalp henne med å tilfredsstille sjukdomen. Under sjukdomsutviklinga opplevde ho ”indre røyster” som sa at ho skulle ned i vekt, og ut i frå det ho fortalde, var det sjukdomen som stod bak desse ”røystene”. Som eit resultat av treninga, vart desse indre spenningane regulert:

...psykisk så tilfredsstilte jeg sykdommen, jeg har aldri hatt stemmer i hodet, men det ble liksom litt sånn. Det var noe i meg som sa at jeg skulle ned i vekt, men det ble jo aldri bra nok likevel da...

Bruk av trening for negativ affektregulering er eit sentralt motiv som er funne i fleire studiar om spiseforstyrre pasientar (e.g Bratland- Sanda et al., 2010a; Espeset, Gulliksen, Nordbø, Skårderud & Holte, 2012; Vansteelandt et al., 2007). Å mestre eller redusere stress, nedstemtheit og angst vil vere sentrale aspekt ved negativ affektregulering (Szabo & Rendi, 2008). Vansteelandt et al. (2007), hevdar at spiseforstyrre pasientar med kroniske negative kjensler har den sterkaste tvangen til å vere fysisk aktive. Den same studien hevdar at driv for tynnleik og tvang til å vere fysisk aktiv, er mest uttalt hjå pasientar med kroniske negative kjensler (Vansteelandt et al., 2007). Anja sa at treninga hjalp henne med å få utløp for: ”følelser og angst”, noko som kan relaterast til Martinsen og Taube (2008), som antydar at fysisk aktivitet kan redusere situasjonsangst. At det er større førekomst av angst hjå inaktive samanlikna med aktive (Martinsen og Taube, 2008), kan også vere med å støtte teorien om at fysisk aktivitet kan vere eit viktig tiltak for å redusere angst.

For ein av informantane, Emma, kom trening for *fysisk form*³ fram som eit motiv under sjukdomsutviklinga. Emma fortalde at ho hadde lyst til å bli sterkare, sjølv om dette var noko innså at ho ikkje hadde moglegheit til på grunn av sjukdomen:

...da jeg ble syk var det [trening] veldig viktig både fysisk og psykisk egentlig. Både fordi jeg ville være tynnest mulig, og jeg ville jo egentlig løfte mest mulig, men det viste jeg at jeg ikke kunne...

Fysisk form som eit sentralt motiv for trening under sjukdomsutviklinga, kan sjåast i samanheng med studien til Bratland-Sanda et al. (2010a). Her framstod *fysisk form* og helse som motiv for fysisk trening hjå personar med langvarige spiseforstyrningar. På same tid vart det hevda at dette var eit meir framtrødande motiv for trening hjå friske kontrollar (Bratland-Sanda et al., 2010).

Tilfriskningsfasen

I tilfriskningsfasen kom *betre fysisk form, vektregulering, glede og auka psykologisk velvære* fram som sentrale motiv for fysisk trening.

Hjå Mia og Emma var *fysisk form* framleis eit framtrødande motiv, noko som var relatert til både oppretthalding og/eller betring av *fysisk form*. Mia såg på trening som ein konkurranse ovanfor seg sjølv, der målet var å betre *fysisk form*: ”*Jeg trener fordi jeg liker å utfordre meg litt, jeg vil bli bedre, jeg vil løpe enda litt fortere. Ja, så det er jo litt sånn konkurranse i det ovenfor meg selv...*”.

Emma fortalde at ho likte personar som var veltrente og som hadde god *fysisk form*, og ho gav uttrykk for at ho gjerne ville assosiere seg med denne typen personar:

...så trener jeg nok også fordi at jeg liker jenter med litt muskler, jeg liker jenter som kan løpe litt, og som har utholdenhet. Jeg vil gjerne kunne slå i bordet med at jeg har god utholdenhet, eller at jeg klarer det og det da, at jeg kan noe ved å ha trent...

³ Caspersen et al. (1985), skildrar *fysisk form* som eit sett av eigenskapar ein har eller oppnår, og som er relatert til evnen til å utføre fysisk aktivitet. Dei helserelevante komponentane som inngår i omgrepet *fysisk form* er kardiorespiratorisk kapasitet, muskestyrke, muskeluthald, kroppssamansetning og bevegeligheit.

Vidare fortalte ho at ho kanskje: *”trekkes litt sånn mot disse guttene som trener mye”*, då både hennar noverande og tidlegare kjæraste hadde vore mykje aktive innan idrett. Med dette ser det ut til at Emma gjerne vil assosiere seg med eit miljø der trening og *fysisk form* er viktig.

Både Mia og Emma hadde fortsatt *vektregulering* som eit viktig motiv for trening. Dei sa at dei trente for å halde vekta stabil, eller for ikkje gå opp i vekt, men ingen sa noko om at dei ønskte vektnedgang. Mia fortalte det slik: *”Jeg liker å se resultater, men det er jo selvsagt for å forbrenne fremdeles, for å opprettholde en vekt, eller ikke gå opp da...”*. Emma uttrykte noko av det same som Mia: *”...jeg trener ikke for å bli tynnere, men for ikke bli tykkere...”*. I tilfriskningsfasen hadde tanken om *vektregulering* blitt meir hensynsmessig hjå både Mia og Emma, då fokuset ikkje lenger dreia seg om vektreduksjon, men om å halde ei stabil kroppsvekt.

For Anja var *gleden* av å vere i aktivitet og aktivitetens eigenverdi, dei viktigaste årsakene til at ho var fysisk aktiv i tilfriskningsfasen. Gjennom eit individuelt tilpassa opplegg frå terapeut, der fysisk aktivitet stod sentralt, kom den indre motivasjonen og den gode kjensla av å vere i aktivitet tilbake:

Vi lagde et opplegg, så fikk jeg hele tida en smakebit fra forskjellige aktiviteter og treninger som var lystbetonte, og det var noe helt annet enn å gå tur eller løpe, eller det som man ofte ser på som typisk trening da. Og hva jeg gjorde, og hvor mye jeg gjorde, det økte med vektøkning ikke sant, og det var så viktig for meg, da fant jeg tilbake gleden ved det. Det er veldig spesielt å få den opplevelsen, en spesiell følelse, at det her er noe jeg liker, og dette gjør jeg fordi jeg synest det er gøy og fordi det gir meg en god følelse. Det gav meg veldig motivasjon...

Mia trekte fram at ho til tider var gira og gleda seg til å trene, at den indre motivasjonen og *gleden* ved å vere i aktivitet var der nokre gongar, men at ho absolutt ikkje hadde denne kjensla kvar gong ho skulle trene:

...noen dager er det fordi jeg virkelig er gira, jeg er motivert og føler at det kommer til å bli en bra økt. Gleder meg liksom, men det er selvfølgelig veldig mange dager som ikke er sånn, jeg er sliten, men føler veldig på at jeg må trene. Jeg ser jo alltid, eller ikke alltid, frem til jeg er ferdig...

Alle informantane fortalde at trening fortsatt var viktig for *psykologisk velvære*. Her stod trening for negativ affektregulering fortsatt sentralt, samt at det blei gitt uttrykk for at trening vart nytta for å lette på dårleg samvit om ein ikkje hadde fått trent, for å betre søvn, for å få overskot og for å auke velvære. I tillegg kom positiv affektregulering fram som eit sentralt motiv for trening hjå to av informantane. Hjå Anja hadde treninga positiv effekt på humøret:

Jeg synes det [treninga] gir meg veldig god effekt. Psykisk så merker jeg at det er veldig positivt. Det har stor innvirkning på humøret mitt, og jeg synes jeg får overskudd av det. Jeg er også veldig sikker på at det har en del å si for meg for nattesøvnen mi...

I likskap med Anja, kunne også Mia relatere trening til positiv affektregulering: "...*det [trening] kan få meg til å være veldig glad, hvertfall når jeg får de øktene jeg ønsker...*". Å nytte fysisk trening og fysisk aktivitet for positiv affektregulering, kan sjåast i samband med Vansteelandt et al. (2007), som hevdar at positive emosjonelle tilstandar er ein drivkraft for fysisk aktivitet hjå spiseforstyrra pasientar.

Fysisk trening var i tillegg til å vere viktig for positiv affektregulering, fortsatt viktig for negativ affektregulering hjå alle informantane, og Mia uttrykte det slik:

Fysisk så gir det [trening] meg mye styrke, eller jeg føler at jeg blir sterkere, med holdning, altså man føler seg sterkere som person, ikke nødvendigvis at man blir sterkere i muskler, men jeg føler meg liksom sterkere. Å psykisk så letter det veldig mye for tanker og følelser.

For Anja hjalp treninga til med å få utløp for negative kjensler: "...*jeg synes det er veldig godt å være litt i bevegelse, og jeg kjenner også på psyken min at det er veldig godt. Positivt for psyken min i forhold til følelser...*".

Stress kan vere ein dimensjon ved negativ affektregulering, og for Emma hjalp fysisk trening til med å auke stresstoleransen. Dette skjedde ved at trening hjalp henne med å lettare unngå irritasjon og å bli lei seg: "...*jeg tror at viss jeg ikke har trent, så er jeg lettere å vippe av pinnen, å få til å grine, å bli lei meg for ting som jeg ellers kanskje ikke hadde blitt lei meg for...*". Emma si skildring om at ho nytta trening for å stå sterkare i mot utfordringar, er i tråd med fleire studiar som viser at trening og fysisk aktivitet er viktig for å takle stress (e.g Rimmele, Zellweger, Marti, Seiler, Mohiyeddini,

Ehlert & Heinrichs, 2007). I følge kognitiv aktiveringsteori om stress (CATS; Ursin & Eriksen, 2004), er stress ein tilstand av auka fysiologisk, psykologisk og åtferdsmessig beredskap. Fysisk aktivitet og trening vil aktivere dei same stressfysiologiske system, slik at kroppen gjennom aktivitet vil trene opp evna til å takle stress. Studiar har vist at fysisk aktive personar har lågare stressaktivering i møte med utfordringar, samanlikna med inaktive (e.g Rimmel et al., 2007). På denne måten kan trening nyttast som ein meistringsstrategi for å stå betre rusta i stressande situasjonar.

4.3 Negative psykososiale forhold relatert til idrettsmiljøet

Negative psykososiale forhold relatert til idrettsmiljøet, framstod som eit sentralt tema hjå ein av informantane. Dette temaet inneheldt to undertema; *ugunstig trenarrolle* og *ugunstig utøvarrelasjon*. Hovudsakleg vil dette temaet omhandle psykososiale forhold som i ein eller anna form eller grad har vore destruktive for informanten, relatert til trening og sjukdom.

Temaet *ugunstig trenarrolle* omhandlar kva negativ innverknad trenaren kan ha på utøveren. Mia var den einaste av informantane som dreiv ei aktiv idrettskarriere medan ho var sjuk, sjølv om ho etter ei tid måtte leggje opp på grunn av sjukdomen.

Under sjukdomsutviklinga fortalde Mia at ein *ugunstig trenarrolle* svekka motivasjonen hennar for å drive idrett, på same tid som ho var opptatt av å få framgang for å kunne vise- og tilfredsstille trenarane. Ho fortalde at ho opplevde press relatert til prestasjonar, særleg frå ein trenar. Denne trenaren favorittiserte dei beste, og sjølv om han var godt klar over at ho var sjuk, pressa han henne til å fortsette å trene for å bli betre:

...det var en periode hvor jeg bare ble dårligere og dårligere, og han var veldig...for det første favorittiserte han de beste, og alle kunne se at jeg sleit, men var han veldig sønn: "ta en dag fri og så begynner du på igjen"...

Mia fortalde vidare at ho gjekk gjennom ein utfordrande periode der ho var veldig dårleg, men samstundes kjende ho presset frå denne trenaren:

...jeg kom i en periode der jeg var veldig, rett og slett overtrent, jo mer jeg trente, jo dårligere ble jeg. Og det ble en veldig demper på motivasjonen min når han [treneren] sa: "ta en dag fri, så er det på an igjen", og jeg hadde jo ikke energi eller ork, så det var tøft...

Ut frå det Mia fortalde tok ikkje trenaren omsyn til at ho var sjuk, samt at han fokuserte på prestasjonar framføre meistring. I idrettspsykologien blir eit slikt miljø omtalt som prestasjonsklima (e.g Roberts, Treasure & Conroy, 2007). Studiar har vist at eit slikt klima er assosiert med låg måloppnåing, negativt stress, angst og uroing. De Bruin, Bakker & Oudejans (2009) fant også at eit slikt klima er assosiert med spiseforstyrre åtferd. Treningar som utelukka fokuserar på resultat og sosial samanlikning, vil gjennom målorienteringsteorien (Nicholls, 1984, 1989) danne grunnlag for utvikling av eit prestasjonsklima. Motsatt vil eit meistringsklima fremje læring og personleg utvikling, samt stimulere til interaksjon og samarbeid mellom utøvarane (Roberts et al., 2007). Som enkeltindivid er ein disponert til å definere suksess på to ulike måtar, der ein har tilbøyelegheit til anten vere prestasjons- og/eller meistringsorientert. Jamfør dette, skil målorienteringsteorien mellom to perspektiv; målorientering (ego-orientering) og oppgåveorientering (Roberts et al., 2007). Om utøvaren er målorientert vil fokuset vere tileigna prestasjon, samt det å måle egne evner opp mot andre. Motsatt vil fokus på eit oppgåveorientert perspektiv, referere til om utøvaren er oppteken av individuell progresjon, meistring og læring. Om idrettsmiljøet er influert av eit prestasjons- eller meistringsklima, vil kunne påverke om ein utøvar blir målorientert eller oppgåveorientert (Roberts et al., 2007).

Mia opplevde også ein *ugunstig utøvarrelasjon* med ei av dei andre jentene i klubben. Dette var i den same perioden som ho opplevde å ha ein trenar som hadde fokus på prestasjonar og resultat. Den andre jenta var tydeleg oppteken av sosial samanlikning og konkurranse, noko Mia opplevde som negativt:

...hun var like gammel som meg, og jeg konkurrerte med henne, eller i samme klasse. For det første var hun en utrolig dårlig taper, og hun skulle liksom alltid være bedre enn meg, og hun skulle hele tiden konkurrere mot- eller med meg. Da ble det indirekte, liksom litt press, for hun la opp til at jeg burde være så og så god...

Jamfør temaet ”ugunstig trenarrolle” i kapittel 4.3, var idrettsmiljøet kring Mia influert av eit prestasjonsklima i same periode som ho kjende press frå denne lagveninna. Ut frå det Mia fortalde, var denne jenta tydeleg ego-orientert, noko som kunne relaterast til prestasjonsklimaet som influerte klubbmiljøet. Fokuset for denne jenta var kjernen i eit prestasjonsklima, der det vart vektlagt interne konkurransar og rivalisering, fokus på dei

talentfulle, samt at suksess vart definert på basis av å samanlikne seg med andre (Roberts et al., 2007).

Vidare fortalde Mia at ho ein periode ikkje såg lyst på livet, og var fryktelig deprimert. Ho ville vekk frå dette miljøet, trenaren og denne jenta som gjorde at treninga var meir basert på konkurranse og prestasjonar, enn glede og meistring:

...det var en periode hvor jeg var fryktelig deprimert og så ikke lyst på livet i det hele tatt, og jeg orka ikke det. Hun ene jenta som jeg konkurrerte mot, som var like gammel som meg, som jeg følte veldig...ja det var vanskelig og på en måte takle å være med henne [...] og han treneren som ikke så meg...

Press kan erfarast både positivt og negativt, og slik Mia fortel her, opplevde ho presset frå trenaren og lagveninna som noko negativt. Ho hadde eit dårleg forhold til trenaren, og han ville at ho skulle prestere og yte maksimalt, medan ho sjølv kjende seg overtrent, sliten og lei. Dårleg kvalitet på relasjonen mellom utøvar og trenar er også hevda å ha assosiasjonar med ein tvangsmessig lidenskap til aktiviteten (Lafrenière, Jowet, Vallerand, Donahue & Lorimer, 2008), som tidlegare nemnt kan ha mange ugunstige konsekvensar for idrettsdeltaking og trening (sjå ”forhold til fysisk trening” i kapittel 4.1).

5. Generell diskusjon

Føremålet med denne oppgåva var å få eit djupare innblikk i kva opplevingar og erfaringar personar med spiseforstyrningar har hatt til fysisk trening før- og under sjukdomsutviklinga, samt i tilfriskningsfasen. Gjennom analysen vart det avduka fleire tema som var sentrale for informanane med tanke på deira opplevingar og erfaringar knytt til fysisk trening. Dei tre mest sentrale tema som kom opp var forhold til fysisk trening, motiv for fysisk trening og negative psykososiale forhold relatert til idrettsmiljøet. Dette kapittelet vil oppsummere funna som er innhenta i denne studien, og samla diskutere dei opp mot anna litteratur og forskning. I tillegg vil teoretiske avgrensingar og styrkar med studien bli via plass. Fordi IPA (Smith et al., 2009) er ein kvalitativ metode basert på ei idèografisk tilnærming, kan ikkje resultatane generaliserast ut over denne studien.

5.1 *Forhold til fysisk trening*

Gjennom analysen og resultatane kom det fram at informantane sitt forhold til trening endra seg gjennom dei ulike periodane. Før sjukdomen nemnde to av informantane at dei hadde eit sunt og avslappa forhold til idretten sin, noko som innebar fullstendig autonomi over deltakinga. I tillegg gav dei uttrykk for at aktiviteten i denne perioden var prega av tilfredsheit. Dette forholdet syntest derimot å bli forstyrra i takt med at personen utvikla ei spiseforstyrning. Mia og Anja klarte ikkje lenger å trene for sjølvbestemde motiv, og opplevde indre press. Dei same tendensane kunne ein sjå hjå Emma, men hjå henne spelte ikkje fysisk trening nokon stor rolle før under sjukdomsutviklinga. Fundert på desse funna, ser det ut som om autonomi spelar ein sentral rolle med tanke på om ein kan karakterisere forholdet til trening som sunt eller usunt.

Tidlegare studiar på lidenskap og idrett hevdar at ein harmonisk lidenskap vil føre til meir gunstige utfall samanlikna med ein tvangsprega lidenskap (Vallerand et al., 2003). Dette fordi ein harmonisk lidenskap har opphav frå ein autentisk integrering av sjølvvet, noko som gjer at individet framstår med eit opnare sinn. På denne måten vil ein harmonisk lidenskap leggje til rette for at dei psykologiske behova for kompetanse, autonomi og tilhøyrgheit blir tilfredsstilt (Vallerand et al., 2006). I Vallerand et al. (2006) sine studiar såg ein at idrettsutøvarar som hadde ein tvangslidenskap til idretten

sin, opplevde større grad av negative affektar, både generelt og relatert til idretten, samt opplevde mindre subjektivt velvære relatert til idretten enn utøvarar med ein harmonisk lidenskap. Å ha ein tvangslidenskap til idretten, viste seg også å føre til ein meir rigid vedvarande deltaking i aktiviteten, noko som over tid kan vere ugustig og mot si meining. Dette viser at ein harmonisk lidenskap truleg vil vere viktig for positive emosjonelle opplevingar og subjektiv velvære relatert til idretten ein utøver. På same tid viste det seg at ein harmonisk lidenskap gav eit meir dynamisk forhold mellom idretten og livet generelt (Vallerand et al., 2006).

Det som har blitt presentert over, kan i stor grad relaterast til det som kom fram hjå informantane i denne studien. Her såg ein klart positive affektar relatert til ein harmonisk lidenskap før sjukdomsutviklinga, medan fleire determinantar for ein tvangsprega lidenskap kom fram under sjukdomsutviklinga. Dette vere negative affektar relatert til trening, låg subjektiv velvære og eit statisk forhold mellom idretten og livet generelt. Informantane opplevde også eit indre press og ein tvang til å trene, noko som kan sjåast i samanheng med studien til Paradis et al. (2013), der det vart funne at tvangslidenskap var positivt relatert til treningsavhengigheit på mange fleire områder enn ein harmonisk lidenskap.

SBT legg til grunn at individ er tilbøyelege til å internalisere aktivitetar med full autonomi (Ryan & Deci, 2007), og på denne måten utvikle ein harmonisk lidenskap (Vallerand, 2006), gitt at konteksten rundt individet er autonomistøttande. Fokus på kompetanse og tilhøyrighet vil også vere gunstig, då desse faktorane saman med autonomi ligg til grunn for indre motivasjon (Ryan & Deci, 2007). For at forholdet til fysisk trening igjen skal bli sunt og avslappa, vil det vere viktig aktiviteten vert internalisert på nytt med fullstendig autonomi. Her vil det vere viktig med eit autonomistøttande miljø, slik at ein kan legge til rette for ein morosam og verdifull internialisering av aktiviteten. Dette kan igjen føre til indre motivasjon, samt undergraving av indre press og tvang til å delta i aktiviteten hjå den enkelte. Motsatt vil eit kontrollerande miljø vere leiande for ei kontrollert internalisering av aktiviteten i utøvarer sin identitet, og for utviklinga av tvangslidenskap (Vallerand et al., 2006). For å oppnå autonomi er det viktig at personen sjølv opplever valfridom med å delta i aktiviteten, samt ikkje kjenner press eller tvang til å delta (Vallerand et al., 2006). Her kan ein til dømes leggje opp til ulike alternativ til aktivitet, samt nytte ei open

oppgåveløysing, slik at utøvaren sjølv kan ha medbestemming angående kva aktivitet han eller ho vil delta i, samt korleis aktiviteten skal utførast eller korleis ei bestemt oppgåve skal løysast. Om dei sosiale omgivnadane er kontrollerande, konfronterande eller ikkje legg vekt på medverknad, vil ein autonom internalisering og motivasjon bli hindra (Markland & Vansteenkiste, 2007).

5.2 *Sjølvbestemt og kontrollert motivasjon- ei endring knytt til psykopatologien*

Gjennom denne studien vart det funne at motiv for trening endrar seg noko gjennom dei ulike tidsperiodane relatert til sjukdomen. Før sjukdomsutviklinga hadde alle informantane ein indre motivasjon til å drive fysisk trening, der glede og aktiviteten sin eigenverdi stod sentralt. På same tid kom motiv som sosiale aspekt og trening for å bli betre fram. Under sjukdomsutviklinga endra motiva for trening seg, og vart i større grad prega av ytre motivasjon. Sentrale motiv for fysisk trening i denne perioden var vektregulering, psykologisk velvære og fysisk form. I tillegg opplevde alle informantane eit indre press relatert til fysisk trening. Angående trening for psykologisk velvære var negativ affektregulering ein gjennomgåande dimensjon hjå alle informantane under sjukdomsutviklinga.

I tilfriskningsfasen kunne ein sjå at motiva for å trene hadde endra seg noko, om ein samanliknar med tida under sjukdomsutviklinga. Hjå ein av informantane hadde glede og aktivitetens eigenverdi igjen blitt hovudmotivet for å trene, og med dette hadde ein indre motivasjon for trening på nytt blitt rådande. Innslag av glede for å drive fysisk trening, finn ein også hjå ein av dei andre informantane, men i midre grad. To av informantane opplevde framleis eit indre press til trening, og hjå begge desse stod ytre motivasjon relatert til vektregulering og fysisk form sentralt. I tilfriskningsfasen var psykologisk velvære fortsatt eit sentralt motiv for å trene hjå alle informantane, og her kunne ein sjå negativ affektregulering som særskilt viktig, men på same tid var positiv affektregulering og auka stresstoleranse sentrale dimensjonar.

Eit fundamentalt prinsipp i SBT er at individ som deltek i aktivitet basert på eigne val, vil oppleve betre konsekvensar av aktiviteten enn dei som deltek med mindre autonomi (Ryan & Deci, 2007). Studiar har vist positiv assosiasjon mellom autonom motivasjon og høgare grad av aktivitetsuthald og psykologisk velvære. Autonom motivasjon har

også vist seg negativt relatert til kjensle av stress og sjølvkritikk i idrett (for ein oversikt, sjå Treasure, Lemyre, Kuczka & Standage, 2007). Dette kan sjåast i samanheng med denne studien, der alle informantane før sjukdomsutviklinga utøvde fysisk trening basert på glede og aktivitetens eigenverdi, altså autonom motivasjon, samt at ingen av informantane gav uttrykk for nokon form for negative kjensleopplevingar relatert til fysisk trening eller generell psykologisk velvære. Trening for det sosiale aspektet, som også kom fram som eit motiv for trening før sjukdomsutviklinga, viser seg i følgje Markland & Ingledew (2005), å ha ein sterk positiv assosiasjon med indre motivasjon.

Under sjukdomsutviklinga bar motiva for trening meir preg av ytre motivasjon, der vektregulering var sentralt for alle informantane. Trening for vekt og kroppsrelaterte motiv er i følgje Ingledew og Markland (2005) (sitert av Markland & Ingledew, 2007), i størst grad relatert til introjeksjonsregulering, der individet kontrollerar seg sjølv. Dette samsvarar med den opplevinga informantane hadde med indre press relatert til trening. I denne perioden gav informantane også uttrykk for redusert psykisk velvære, særleg med tanke på sjølvkjensle og negative kjensler. Dette kan sjåast i samanheng med fleire studiar som har funne at redusert velvære, lågare sjølvkjensle, negative kjensler og forstyrra kroppsilde kan assosierast med ytre motiv for trening, særleg kroppsrelaterte motiv (for ein oversikt, sjå Markland & Ingledew, 2007). Motsett har indre motivasjon for aktivitet, som ein såg hjå alle informantane før sjukdomsperioden, vist seg å vere assosiert med positive utkome, som til dømes tilfredsstilling med aktiviteten ein deltek i (for ein oversikt, sjå Markland & Ingledew, 2007). Med dette er det indirekte overbevisande dokumentasjon på at trening for indre årsaker (motiv) blir opplevd som autonom, medan trening for vekt og utsjånad blir opplevd som innvendig kontrollerande (Markland & Ingledew, 2007). Markland (1999), fant direkte støtte til desse funna ved å eksaminerte effekt av indre- (glede og tilhøyrigheit) og ytre motiv (vektstyring, utsjånad og helsepress) på grad av autonomi for trening. Her vart det funne positiv relasjon mellom glede og autonomi (ikkje tilhøyrigheit), samt at alle dei tre ytre motiva hadde negativ effekt på autonomi. I tillegg vart det antyda at autonomi medierte forholdet mellom motiv og interesse/glede for aktiviteten (Markland, 1999). Med dette ser det ut til at den gjennomsnittlege funksjonelle betydninga av kropps- og helsepressande motiv er å undergrave opplevinga av autonomi og indre motivasjon. Dette kan i stor grad setjast i samband med mine funn, der alle informantane opplevde både autonomi og

glede ved deltaking i fysisk trening før sjukdomsutviklinga. Under sjukdomsutviklinga kan ein som nemnt tydeleg sjå ei mindre autonom deltaking, der motiva for aktivitet i stor grad var relatert til ytre motiv, og der alle informantane opplevde eit indre press til å trene. I tilfriskningsfasen kunne ein igjen sjå at glede influerte treninga hjå to av informantane. Hjå den informanten som uttalte at trening i denne perioden i størst grad var relatert til glede, var det også full autonomi over treninga igjen. Hjå dei to andre informantane, kunne ein fortsatt sjå eit indre press til trening, samt at desse informantane i stor grad oppgav ytre motiv for trening, der vektregulering og trening for betre fysisk form stod sentralt.

Basert på dei ovanfornemnde funna, vil det truleg vere viktig å legge til rette for fremjing av aktivitetsdeltaking basert på indre motiv og autonomi, både generelt og ved bruk av fysisk aktivitet i behandling av spiseforstyrningar. Her må trenarar og andre med ansvar for fysisk aktivitet og trening vere autonomistøttande, samt fremje kompetanse og tilhøyrighet. Dette vil hjelpe utøvarane til å identifisere seg med, samt verdsetje eigenverdien av aktiviteten, slik at deltaking i større grad blir eit fritt val. Dette kan til dømes skje via læring gjennom samarbeid, ved å gje utøvarane moglegheit til å leie aktivitetar eller ved å nytte ei spørjande tilnærming (Markland & Ingledew, 2007).

5.3 Betydninga av motivasjonsklima i idretten

Gjennom studien kom det fram at ein av informantane hadde opplevd press frå trenar og ein av dei andre utøvarane i idrettsmiljøet, kva angikk trening og konkurranse under sjukdomsutviklinga. I dette tilfellet kunne ein tydeleg sjå at trenaren vektla prestasjon, måloppnåing og sosial samanlikning, noko som kan relaterast til prestasjonsklima og fremjing av ego-orienterte utøvarar (Roberts et al., 2007). Eit slikt klima kan også relaterast til press frå andre utøvarar kva gjeld sosial samanlikning og prestasjonar (De Bruin et al., 2009), noko som var reelt også for denne informanten. Sett i samband med prestasjonsklimaet i klubben, opplevde informanten lite glede og låg motivasjon for deltaking i idretten. Dette kan truleg sjåast i samband med antydingar om at ego-orientering er assosiert med til dømes lågare oppfatning av suksess, lågare grad av opplevd kompetanse og normativ samanlikning der suksess er relatert til gode evner (Roberts et al., 2007). Studiar har også vist at det er assosiasjon mellom eit oppgåveorientert perspektiv og indre opplevd glede, tilfredsstilling og interesse ved gjennomføring av den aktuelle aktiviteten, samt tru på at samarbeid og hardt arbeid

fører til suksess i idrett (Roberts et al., 2007). Vidare har fleire studiar hevda at eit meistringsklima er assosiert med indre motivasjon og tilfredsstilling hjå utøvarane, noko eit prestasjonsklima ikkje er (for ein oversikt sjå Moran, 2004).

Ved å leggje til rette for eit meistringsklima, og dermed fremje oppgåveorientering, kan dette bety mykje for glede og indre motivasjon for å vere i aktivitet. Samstundes kan oppgåveorientering relaterast til høgare grad av sjølvkjensle, mindre perfeksjonisme og mindre vektrelatert press frå andre utøvarar, samanlikna med ego-orientering (De Bruin et al., 2009). Då ein veit at både låg sjølvkjensle og perfeksjonisme er sentrale trekk hjå personar med spiseforstyringar (Skårderud, 2000), vil det då truleg vere særskilt viktig å leggje til rette for eit meistringsklima for denne pasientgruppa. Relatert til denne studien, gav informanten uttrykk for låg sjølvkjensle både generelt og relatert til idretten under sjukdomsutviklinga, noko som igjen kan sjåast i samanheng med De Bruin et al., (2009), som hevda at det er assosiasjon mellom ego-orientering og lågare grad av sjølvkjensle. Eit prestasjonsklima og fremjing av ego-orientering kan då truleg vere med på å true den låge sjølvkjensla ytterlegare. Derimot har oppgåveorientering blitt antydning på å kunne gi positive kjensler, redusere kognitiv angst, betre samarbeid mellom utøvarar, samt redusera utbrentheit hjå eliteutøvarar (for ein oversikt, sjå Roberts et al., 2007).

Eit fundamentalt prinsipp i måloppnåingsteorien, er den sentrale rolla situasjonen spelar i motivasjonsprosessen (Nicholls, 1984, 1989). I samsvar med andre motivasjonsstudiar som har lagt vekt på situasjonelle determinantar som avgjer åtferd, har forskning frå eit målorienteringsperspektiv også eksaminert korleis strukturane til miljøet kan gjere det meir eller mindre sannsynleg at prestasjonsåtferd, tankar og kjensler assosiert med bestemte prestasjonsmål kan tileignast. Føresetnaden ved denne forskinga er at individet sine erfaringar influerar kva grad av oppgåve og ego-kriterar som oppfattast som framtrekkande i konteksten. Dette blir så antatt å påverke prestasjonsåtferd, kognisjon, og affektive responsar gjennom individet sin persepsjon av nødvendig åtferd for å oppnå suksess (Roberts, Treasure & Kavussanu, 1997). I arbeid med idrett, uansett aldersgruppe, bør trenarar difor leggje til rette for eit meistringsklima, noko som igjen vil kunne påverke utøvaren til å utvikle eit oppgåveorientert perspektiv. Ved å fremje eit meistringsklima vil ein også fremje autonomi for deltaking i idretten, noko som tidlegare vist, har betydning for ein harmonisk lidenskap til idretten, samt er grunnleggjande for indre motivasjon og positive utkome (Vallerand et al., 2003). I

følgje Nicholls (1984), er det antyda at menneske prøvar å auke meistringsnivået om dei blir presentert for oppgåver med moderate utfordringar, ikkje blir sett under fysiologisk eller psykologisk press, samt at ytre motiv for oppgåva ikkje er framståande. Dette er igjen med på å underbygge viktigheita av eit meistringsklima der utøvaren ikkje blir utsett for ytre press frå trenar eller andre utøvarar, samt at det blir lagt vekt på indre motiv ved utøving av fysisk aktivitet og trening.

5.4 Styrkar og avgrensingar ved studien

Det finst fleire styrkar og avgrensingar som må takast i betraktning ved evaluering av denne studien. Ein iaugefallande styrke ved studien er den opne tilnærminga som er nytta for å finne ut kva opplevingar og erfaringar personar med spiseforstyringar har, knytt til fysisk trening. Ved å nytte eit semistrukturert intervju tufta på ei fenomenologisk tilnærming, fanga denne studien eit spekter av ulike erfaringar og opplevingar relatert til problemstillinga. Tema som kom fram gjennom analysen av intervjuet, gav eit omfattande bilde av aspekt som var sentrale i spiseforstyrre pasientar sine opplevingar og erfaringar knytt til fysisk trening.

Ein god relasjon mellom informant og intervjuar er viktig for at informanten lettare legg fram kjensler og opplevingar (Smith et al., 2009). Erfaring og kunnskap hjå intervjuar kring tema som vart tekne opp under intervjuet, var viktig for at informanten lettare skulle kunne setje ord på, samt forklare erfaringar og tankar kring det som vart spurt om. I samsvar med IPA (Smith et al., 2009) jobba eg for å skape ein trygg og god relasjon mellom meg som intervjuar og informantane. Ut frå sitata som er presentert, kan det sjå ut som om eg lukkast med dette, mellom anna fordi informantane var direkte i sine uttalingar, gav djupe og innhaldrike svar, samt at dei ikkje undertrykte erfaringar dei sat inne med. I tillegg vart det nytta tilbakemelding frå informantane for å underbygge at mine tolkingar stemde overeins med informantane sine utsagn. Tilbakemeldingane frå informantane viste at tolkingane som vart gjort samsvara med deira opplevingar og erfaringar.

Sett vekk frå dei ovanfor nemnde styrkane ved studien, er det også avgrensingar som må takast i betraktning. Ein mogleg avgrensing av denne studien dreiar seg om kor vidt informantane heilt og fullt klarte å gjenopplive situasjonar dei vart spurt om. Dette gjeld særleg spørsmål som handla om tida før sjukdomen, og under sjukdomsutviklinga. Her

oppstod det eit gap i tid mellom den konkrete historia og intervjuet, som kunne variere frå månadar til år. Det er då tenkjeleg at informantane mista sentrale detaljar kring den aktuelle situasjonen, fordi denne ikkje var friskt i minne. Dette er eit gjennomgåande problem som vil møte alle retrospektive studiar (Grimes & Schultz, 2002). Når det gjeld personar med spiseforstyrningar, er det hevda at kognitive bias knytt til ulike områder relatert til kropp og mat er gjennomgåande (Williamson, Stephanie, Muller, Deborah, Reas og Thaw, 1999). Desse kognitive biasane kan vere spesifikke til spise- og kroppsrelatert informasjon, noko som kan tyde på at personar med spiseforstyrningar kan ha større problem med å gjenopplive opplevingar og kjensler knytt til kropp og mat enn friske (Williamson et al., 1999). Dette er noko som må takast omsyn til i denne studien.

Angående målet om å setje saman ei homogen gruppe, kan det nemnast at informantane hadde ulik lengde på sjukehistorie, samt kvar dei var i tilfriskningsfasen. Som Bratland-Sanda et al. (2010a) antydar, kan det vere ein korrelasjon mellom psykopatologien og motiv for å drive fysisk trening, noko som truleg også vil spele ein rolle i denne studien.

6. Oppsummering

Føremålet med denne studien var å få eit djupare innsyn i personar med spiseforstyrningar sine opplevingar og erfaringar knytt til fysisk trening, før og under sjukdomsutviklinga, samt i tilfriskningsfasen. Ved å nytte IPA (Smith et al., 2009) og gjennomføre kvalitative dybdeintervju med tre spiseforstyrra personar, vart det innhenta djupe og innhaldsrike historiar som har bidrege med å gi eit innsyn i kva erfaringar og opplevingar desse personane har- og har hatt, knytt til fysisk trening. Funna i denne studien viste at forholdet til- og motiva for fysisk trening endra seg gjennom dei ulike tidsepokane. I tillegg vart det funne at eit ugunstig klima i idrettsmiljøet, her referert til prestasjonsklima, var særst ugunstig for informanten som opplevde dette. Dette er interessante funn som kan ha tyding både for behandlarar og trenarar, men også i akademisk samanheng. For behandlarar kan studien vise til faktorar som bør takast i betraktning, slik at ein på best mogleg måte kan legge til rette for bruk av fysisk aktivitet i behandlingssamanheng. Det vart også funne at den dualistiske modellen for lidenskap (e.g Vallerand et al., 2003) og SBT i mange samanhengar kunne nyttast for å setje lys på funna i studien.

Litteraturliste

- Adkins, E.C. & Keel, P.K. (2005). Does "excessive" or compulsive best describe exercise as a symptom of bulimia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 38, 24-29.
- Allender, S., Cowburn, G. & Foster, C. (2006). Understanding participation in sport and physical activity among children and adults: a review of qualitative studies. *Health Education Research*, 21, 826-835.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV, 4 ed.* Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5, 5 ed.* Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Bamber, D., Cockerill, I.M., Rodgers, S., Carroll, D. (2000). "It's exercise or nothing": a qualitative analysis of exercise dependence. *British Journal of Sport Medicine*, 34, 423-430.
- Berkmann, N.D., Lohr, K.N. & Bulik, C.M. (2007). Outcomes of eating disorders: A systematic review of literature. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 293-309.
- Boyd, C., Abraham, S. & Luscombe, G. (2007). Exercise behaviours and feelings in eating disorder and non-eating disorder groups. *European Eating Disorders Review*, 15, 112-118.
- Bratland- Sanda, S. (2010). *Physical activity in female inpatients with longstanding eating disorders*. Doktorgradsavhandling ved Norges idrettshøgskole, Oslo.
- Bratland-Sanda, S. (2012). *FRI! Fysisk aktivitet i behandling av spiseforstyrrelser*. Bergen: Rådgivning om spiseforstyrrelser.
- Bratland- Sanda, S., Martinsen, E.W., Rosenvinge, J.H., Rø, Ø., Hoffart, A. & Sundgot-Borgen, J. (2011). Exercise dependence score in patients with longstanding eating disorders and controls: The importance of affect regulation and physical activity intensity. *European Eating Disorders Review*, 19, 249-255.

- Bratland-Sanda, S., Sundgot-Borgen, J., Rø, Ø., Rosenvinge, J.H., Hoffart, A. & Martinsen, E.W. (2010a). "I'm not physically active- I only go for walks": Physical activity in patients with longstanding eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 88-192.
- Bratland-Sanda, S., Sundgot- Borgen, J., Rø, Ø., Rosenvinge, J.H, Hoffart, A. & Martinsen, E.W. (2010b). Physical activity and exercise dependence during inpatient treatment of longstanding eating disorders: An exploratory study of excessive and non- excessive exercisers. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 266-273.
- Brewerton, T.D., Stelfox, E.J., Hibbs, N., Hodges, E.L. & Cochrane, C.E. (1995). Comparison of eating disorder patients with and without compulsive exercising. *International Journal of Eating Disorders*, 17 (4), 413-416.
- Carraro, A., Cognolato, S. & Bernardis, A.L.F. (1998). Evaluation of a programme of adopted physical activity for ED patients. *Eating and Weight Disorders*, 3, 110-114.
- Caspersen, C.J., Powell, K.E. & Christenson, G.M. (1985). Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: for Health- Related Research. *Public Health Reports*, 100 (2), 126-131.
- Chantler, I., Szabo, C.P. & Green, K. (2006). Muscular strength changes in hospitalized anorexic patients after an eight week resistance training program. *International Journal of Sports Medicine*, 27, 660-665.
- Cooney, G.M., Dwan, K., Greig, C.A., Lawlor, D.A., Rimer, J., Waugh, F.R., McMurdo, M. & Mead, G.E. (2013). Exercise for depression (review). *The Cochrane Library*, 9.
- Craft, L.L. (2005). Exercise and clinical depression: examining two psychological mechanisms. *Psychology of Sport and Exercise* 6, 151-171.
- Davis, C., & Fox, J. (1993). Excessive exercise and weight preoccupation in women. *Addictive Behaviors*, 18, 201-211.
- Davids, C. , Blackmore, E., Katzman, D. K. & Fox, J. (2005). Female adolescents with anorexia nervosa and their parents: a case- control study of exercise attitudes and behaviours. *Psychological Medicine*, 35, 377-386.

- Davis, C., Fox, J., Cowles, M., Hastings, P., & Schwass, K. (1990). The functional role of exercise in the development of weight and diet concerns in women. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 563–574.
- Davis, C., Katzman, D.K., Kaptein, S., Kirsh, C., Brewer, H., Kalmbach, K., Olmsted, M.P., Woodside, D.B & Kaplan, A.S.(1997). The prevalence of high-level exercise in the eating disorders: Etiological implications. *Comprehensive Psychiatry*, 38 (6), 321-326.
- Davis, C., Kennedy, S. H., Ravelski, E. & Dionne, M. (1994). The role of psychical activity in the development and maintenance of eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 957-967.
- De Bruin, K.D.A.P.K, Bakker, F.C. & Oudejans, R.R.D. (2009). Achievement goal theory and disordered eating: Relationships of disordered eating with goal orientations and motivational climate in female gymnast and dancers. *Psychology of Sport and Exercise*, 10, 72-79.
- Duesund, L. & Skårderud, F. (2003). Use the body and forget the body: Treating anorexia nervosa with adapted physical activity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8, 53-72.
- Ekeland, E., Heian, F., Hagen, K.B., Abbot, J.M. & Nordheim, L. Exercise to improve self-esteem in children and young people. *Cochrane Library*, Issue 1.
- Epling, W.F. & Pierce, W.D. (1988). Activity- based anorexia: A biobehavioral perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 7 (4), 475- 485.
- Epling, W.F. & Pierce, W.D. (1992). *Solving the Anorexia Puzzle*. Toronto: Hogrefe & Huber Publisher.
- Epling, W.F., Pierce, W.D. & Stefan, L. (1983). A theory of activity- based anorexia. *International Journal of Eating Disorders*, 3, 27-46.
- Espeset, E.M.S., Gulliksen, K.S., Nordbø, R.H.S., Skårderud, F. & Holte, A. (2012). The link between negative emotions and eating disorder behaviour in patients with anorexia nervosa. *European eating disorders review*, 20, 451-460.

- Fairburn, C.G. (2005). Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, Suppl: S26-S30.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., O'Connor, M.E., Bohn, K., Wales, J.A., & Palmer, R.L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319.
- Fombonne, E. (1995). Anorexia nervosa: no evidence of an increase. *The British Journal of Psychiatry*, 166, 462 – 71.
- Garfinkel, P.E. (2002). Classification and diagnosis of eating disorders. I Fairburn, C.G. & Brownell, K.D. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press.
- Garthe, I. & Sundgot-Borgen, J. (2004). *Weight loss methods and nutritional routines in athletes participating in European Championship in kick-boxing, Budva*. Rapport. Norges olympiske komite.
- Ghaderi, A. (2006). Does individualization matter? A randomized trial of standardized (focused) versus individualized (broad) cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy* 44, 273–288.
- Ghoch, M.E., Soave, F., Calugi, S., Grave, R.D. (2013). Eating disorders, physical fitness and sport performance: A systematic review. *Nutrients*, 5, 5140-5160; doi: 10.3390/nu5125140.
- Grimes, D.A. & Schultz, K.F. (2002). *Bias and casual association in observational research*. *The Lancet*, 359, 248- 252.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet: En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Hausenblas, H.A. & Downs, D.S. (2002). How much is too much? The development and validation of the exercise dependence scale. *Psychology & Health*, 17 (4), 387-404.
- Hechler, T., Rieger, E., Touyz, S., Beumont, P., Plasqui, G., Westerterp, K. (2008). Physical activity and body composition in outpatients recovering from anorexia nervosa and healthy controls. *Adapte Physical Activity Quarterly*, 25, 159-173.

- Henrikson, J. & Sundberg, C.J (2008). Generelle effekter av fysisk aktivitet. I Bahr, R. (red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s.8-37). Oslo: Helsedirektoratet.
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curren Opinion in Psychiatry*, 19 (4), 389-394.
- Jansson, E. & Anderssen, S.B. (2008). Generelle anbefalinger om fysisk aktivitet. I Bahr, R. (red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 37-45). Oslo: Helsedirektoratet.
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Johnston, O., Reilley, J., Kremer, J. (2011). Excessive exercise: From quantitative categorisation to a qualitative continuum approach. *European eating disorders review*, 19, 237- 248.
- Jonsdottir, I.H. & Ursin, H. (2008). Stress. I Bahr, R. (red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s.602-609). Oslo: Helsedirektoratet.
- Kjellmann, B., Martinsen, E.W., Taube, J. & Andersson, E. (2008). Depresjon. I Bahr, R. (red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 275-285). Oslo: Helsedirektoratet.
- Kostrzewa, E., Eijkemans, M.J.C. & Kas, M.J. (2013). The expression of excessive exercise co-segregates with the risk of developing an eating disorder in women. *Psychiatry Research*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.050>.
- Kron, L., Katz, J.L., Gorzynski, G. & Weiner, H. (1978). Hyperactivity in anorexia nervosa: A fundamental clinical feature. *Comprehensive Psychiatry*, 19 (5), 433-440.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Lafrenière, MA.K., Jowett, S., Vallerand, R.J., Donahue, E.G. & Lorimer, R. (2008). Passion in Sport: On the Quality of the Coach–Athlete Relationship. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 30, 541-560.
- Levine, M.D., Marcus, M.D. & Moulton, P. (1996). Exercise in treatment of binge eating disorder. *International journal of eating Disorders*, 19 (2), 171-177.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, S., Moye, A., Bryson, S.W & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 67(10), 1025-1032.
- Malt, U. *Motivasjon* (u.å). I: Store Norske Leksikon. Henta 12.desember 2013 frå: <http://sml.snl.no/motivasjon>.
- Markland, D. (1999). Internally informational versus internally controlling exercise motives and exercise enjoyment: The mediating role of self-determination. I, Parisi, P., Pigozzi, F. & Prinzi, G. (Eds.), *Sport science '99 in Europe. Proceedings of the 4th annual congress of the European College of Sport Science*. Roma: University Institute of Motor Science.
- Markland, D. & Ingledew, D.K. (2007). Exercise participation motives. I Hagger, M.S. & Chatzisarantis, N.L.D., *Intrinsic Motivation and Self- Determination in Exercise and Sport*.
- Markland, D. & Vansteenkiste, M. (2007). Self-determination theory and motivational interviewing in exercise. I Hagger, M.S. & Chatzisarantis, N.L.D., *Intrinsic Motivation and Self- Determination in Exercise and Sport*.
- Martinsen, E.W. (2011). *Kropp og sinn*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, M., Bratland-Sanda, S., Eriksson, A.K. & Sundgot-Borgen, J. (2010). Dieting to win or be thin? A study of dieting and disordered eating among adolescent elite athletes and non-athlete controls. *British Journal of Sports Medicine*, 44, 70-76.
- Martinsen, M. & Sundgot-Borgen, J. (2013). Higher prevalence of eating disorders among adolescent elite athletes than controls. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. DOI:10.1249/MSS.0b013e318281a939.

- Martinsen, E.W. & Taube, J. (2008). Angst. I Bahr, R. (red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 214-225). Oslo: Helsedirektoratet.
- Mond, J.M. & Colagero, R.M. (2009). Excessive exercise in eating disorder patients and healthy women. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 227- 234.
- Mond, J.M., Hay, P.J., Rodgers, B. & Owen, C. (2006). An update on the definition of "excessive exercise" in eating disorders research. *International Journal of Eating Disorders*, 39 (2), 147-153.
- Mond, J.M., Hay, P.J., Rodgers, B., Owen, C. & Beumont, P.V.J. (2004). Relationship between exercise behaviour, eating- disordered behaviour and quality of life in a community sample of women: When is exercise "excessive"? *European Eating Disorders Review*, 12, 265-272.
- Moran, A.P. (2004). *Sport and exercise psychology. A critical introduction*. New York: Routledge.
- NICE- Eating disorders. *National Clinical Practice Guideline nr CG9 (2004)*. London: Gaskell & British Psychological Society.
- Nicholls, J.G. (1984). Achievement motivation: Conceptions of ability, subjective experience, task choice, and performance. *Psychological Review*, 91 (3), 328-346.
- Nicholls, J.G. (1989). *The competitive ethos and democratic education*. London: Harward University Press.
- Ntoumanis, N. & Biddle, S.J.H. (1999). Affect and achievement goals in physical activity: A meta-analysis. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 9, 315-332.
- Paradis, K.F., Cooke, L.M., Martin, L.J. & Hall, C.R. (2013). Too much of a good thing? Examining the relationship between passion for exercise and exercise dependence. *Psychology of Sport and Exercise*, 14, 493-500.
- Pierce, W.D. & Epling, W.F. (1994). Activity anorexia: An interplay between basic and applied behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 17, 7-23.

- Pierce, W.D., Epling, W.F. & Boer, D.P. (1986). Deprivation and satiation: The interrelations between food and wheel running. *Journal of the Experimental Analysis of Behaviour*, 46, 199-210.
- Postholm, M.B. (2010). *Kvalitativ metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rimmele, U., Zellweger, B.C., Marti, B., Seiler, R., Mohiyeddini, C., Ehlert, U. & Heinrichs, M. (2007). Trained med show lower cortisol, heart rate and psychological responses to psychological stress compared with untrained men. *Psychoneuroendocrinology*, 32, 627-635.
- Roberts, G.C., Treasure, D.C. & Conroy, D.E. (2007). Understanding the dynamics of motivation in sport and physical activity: An achievement goal interpretation. I Tenenbaum, G. & Eklund, R. (red.), *Handbook of research in sport psychology* (s.3-20). Boston: Wiley.
- Roberts, G.C., Treasure, D.C. & Kavussanu, M. (1997). Motivation in physical activity contexts: An achievement goal perspective. I Pintrich, P. & Maehr, M. (Eds.), *Advances in motivation and achievement* (Vol.10, s.413-447). Stamford, CT: JAI Press.
- Rosenvinge, J. (2008). Emosjonelle vansker som spiseforstyrrelser og selvskading- hvordan kommer de til uttrykk, og hvordan kan de forstås? I Haugen, R. (red.), Børresen, R., Nilsen, V., Raundalen, M., Rosenvinge, J., Schultz, J-H. & Vogt, A., *Barn og unges læringsmiljø 3*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Rosenvinge, J.H, Frostad, S. & Andreassen O.A. (2012). Spiseforstyrrelser. I Malt, U.F, Andreassen, O.A., Melle, I. & Årslund, D. (red.), *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rosenvinge, J.H. & Gøtestam, K. G. (2002). Spiseforstyrrelser- hvordan bør behandlingen organiseres? *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 122, 285- 288.
- Rosenvinge, J.H & Vig, C. (1993). Eating disorders and associated symptoms among adolescent swimmers. Initial screening and a controlled study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 3, 164-169.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2007). I: Hagger, M.S. & Chatzisarantis, N.L.D, *Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport* (s.1- 19). Leeds: Human Kinetics.

- Røer, Anne (2009). *Spiseforstyrrelser- symptomforståelse og behandlingsstrategier*. Gyldendal Akademisk. Oslo.
- Schaal, K., Tafflet, M., Nassif, H., Thibault, V., Pichard, C., Aclotte, M., Guillet, T., El Helou, N., Berthelot, G., Simon, S. & Toussaint, J-F. (2011). Psychological balance in high level athletes: Gender-based differences and sport-specific patterns. *PLoS One*, 6.
- Searle, A., Calnan, M., Lewis, G., Campbell, J., Taylor, A., Turner, K. (2011). Patients`views of physical activity as treatment for depression: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, DOI:10.3399/bjgp11X567054.
- Shapiro, J.R., Berkman, N.D., Brownley, K.A., Sedway, J.A., Lohr, K.N. & Bulik, C.M. (2007). Bulimia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 321- 336.
- Skårderud, F. (2000). *Sterk svak: Håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2009). Selvskading og spiseforstyrrelser. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 9 (129), 877- 881.
- Smink, F.R.E., van Hoeken, D. & Hoek, H.W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14, 406-414.
- Smink, F.R.E., van Hoeken, D. & Hoek, H.W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26 (6), 543-548.
- Smith, J.A, Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. London: Sage.
- Smith, J.A., & Osborn, M. (2008). Imperpretative phenomenological analysis. I Smith, J.A. (Ed.) *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (s.51-58). London: Sage.
- Solenberger, S.E. (2001). Exercise and eating disorders: A 3-year inpatient hospital record analysis. *Eating Behaviours*, 2, 151-168.

- Sosial og helsedirektoratet (2000). *Fysisk aktivitet og helse: Anbefalinger (Rapport nr.2/2000)*. Oslo: Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet.
- Sundgot-Borgen, J., Rosenvinge, J.H., Bahr, R. & Sundgot Schneider, L. (2002). The effect of exercise, cognitive therapy, and nutritional counseling in treating bulimia nervosa. *Medicine & science in sports & exercise*, 34 (2), 190-195.
- Sundgot-Borgen, J. & Torstveit, M.K. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clinical Journal of Sports Medicine*, 14, 25-32.
- Svirko, E. & Hawton, K. (2007). Self-injurious behavior and eating disorders: The extent and nature of the association. *Suicide Life Threat Behavior*, 37, 409–21.
- Szabo, C.P. & Green, K. (2002). Hospitalized anorexics and resistance training: impact on body composition and psychological well-being. A preliminary study. *Eat and Weight Disorders*, 7, 293-297.
- Szabo, A. & Rendi, M. (2008). Exercise addiction. I: Lane, A.M (red.), *Sport & Exercise psychology: Topics in applied psychology* (s.189- 208). London: Hodder.
- Thagaard, T. *Systematikk og innlevesle: En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget: Bergen.
- Torstveit, M.K., Rosenvinge, J.H. & Sundgot-Borgen, J. (2008). Prevalence of eating disorders and the predictive power of risk models in female athletes: A controlled study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18, 108-118.
- Treasure, D.C., Lemyre, P-N., Kuczka, K.K. & Standage, M. (2007). Motivation in elite-level sport. I Hagger, M.S. & Chatzisarantis, N.L.D (Eds.), *Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport*. Leeds: Human Kinetics.
- Vallerand, R.J., Blanchard, C., Mageau, G., Koestner, R., Ratelle, Le`onard, M., Gagne´, M. & Marsolais, J. (2003). Les Passions de l'Â me: On Obsessive and Harmonious Passion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85 (4), 756–767.
- Vallerand, R.J., Rousseau, F.L., Grouzet, F.M.E., Dumais, A., Grenier, S. & Blanchard, C.M. (2006). Passion in sport: A look at determinants and affective experiences. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 28, 454-478.

- Vansteelandt, K., Rijmen, F., Pieters, G., Probst, M. & Vanderlinden, J. Drive for thinness, affect regulation and physical activity in eating disorders: A daily life study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1717-1734.
- Williamson, D.A., Muller, S.L., Reas, D.L. & Thaw, J.M. (1999). Cognitive bias in eating disorders: implications for theory and treatment. *Behavior Modification*, 23, 555-576.
- Wilson, P.M. & Rodgers, W.M. (2007). Self-Determination theory, exercise, and well-being. I Hagger, M.S. & Chatzisarantis, N.L.D., *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Exercise and Sport*. Leeds: Human Kinetics.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv/ samtykkeerklæring til informantane.

Vedlegg 2: Godkjenning angående behandling av personopplysningar, frå
Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datateneste A/S.

Vedlegg 3: Intervjuguide.

Vedlegg 4: Løyve til bruk av figur, SBT (Ryan & Deci, 2007).

Vedlegg 1

Førespurnad om deltaking i mastergradsprosjekt

Eg, Marie Renate Haugen, er no i gong med mitt mastergradsprosjekt i fysisk aktivitet og helse, ved Norges Idrettshøgskole. Temaet for prosjektet er spisefortyrningar og fysisk trening, og eg vil undersøkje kva forhold personar med spisefortyrningar har hatt til fysisk trening både før- og under sjukdomen, samt i behandlingsfasen. Målet med oppgåva er å få ei breiare forståing om kva rolle fysisk trening spelar for personar med spisefortyrningar. Hensikta med oppgåva er å auke kunnskapen kring fysisk trening og spisefortyrningar.

For å finne svar på dette, ønskjer eg å intervju 5-6 personar som har ei form for spisefortyrning, og som no er inne i ein behandlingsperiode, eller som har vore til behandling for spisefortyrningar. Personane har hatt fysisk trening som ein del av sjukehistoria. Rekruttering til intervju vil skje via min rettleiar, professor Jorunn Sundgot- Borgen, samt psykiater Laila Schneider. Intervjuet vil dreie seg om forhold til fysisk trening både før- og under sjukdomen, samt i behandlingsperioden. Det vil òg bli stilt spørsmål kring mentale og fysiske opplevingar kring fysisk trening. Under intervjuet vil det bli nytta bandopptakar, samt at det vil bli tatt notat. Intervjuet vil vare kring ein time, og vil føregå på Norges Idrettshøgskole, seksjon for idrettsmedisin.

Vi henvender oss til deg med ein førespurnad om du kan tenke deg å være med på eit slikt intervju. Det er sjølvsagt heilt frivillig. Det er òg slik at dersom du sier ja, har du seinare full rett til å trekkje deg frå deltakinga utan å oppgi nokon grunn. Alt av opplysningar er underlagt teieplikt, og vil bli behandla konfidensielt. Intervjuet vil bli transkribert og analysert, for så å bli sendt tilbake til intervjupersonar, dersom du ønskjer det, slik at det er moglegheit for dykk å lese gjennom/godkjenne før intervjuet blir nytta i oppgåva. Ingen direkte personidentifiserbare data som namn, fødselsdato eller personnummer vil bli nytta i intervjuet, og ved utskriving av intervjuet vil heller ikkje den type informasjon koplast til intervjuet. Eg som masterstudent får ikkje nokon namn på kandidatar før eg har motteke skriftleg samtykke.

Oppgåva skal vere ferdig i mai 2014, og då vil alt datamateriale og alle opptak bli sletta. Ingen opplysningar som blir nytta i oppgåva, vil kunne sporast tilbake til enkeltpersonar.

På førehand takk for hjelpa!

Med vennleg helsing

Marie Renate Haugen
(prosjektansvarleg)
Tlf: 91155956
E-post: marierhaugen@hotmail.com

Jorunn Sundgot-Borgen
(rettleiar)
E-post: jorunn.sundgot-borgen@nih.no

Samtykke om deltaking i studien

Eg har fått informasjon om prosjektet angående spisefortyrningar og fysisk trening, og er med dette villig til å delta i prosjektet.

.....
(prosjektdeltakar/dato)

Vedlegg 2

Intervjuguide

Innleiing

- Presentasjon av meg sjølv.
- Informasjon med føremål.
- Informasjon om intervjusituasjon: konfidensialitet (anonymisere informanter når resultat presenteres), taushetsplikt, bruk av båndopptakar.
- Frivillig, muligheit å trekke seg når som helst.
- God tid, ingen rette/gale svar, interessert i forsøkspersonane sine opplevingar.
- Nokon spm før intervjuet byrjar?

Operasjonalisering av omgrepa fysisk aktivitet og fysisk trening

Fysisk aktivitet: ”*det å bevege seg, bruke kroppen*” (Strømme et al., 2000, s. 11).

Overordna omgrep, som inneber ulike termar knytt til fysisk utfolding. Dette kan vere; idrett, arbeid, mosjon, trening, fysisk fostring, leik, friluftsliv og trim (Strømme et al., 2000).

Fysisk trening (exercise): strukturert, repetitiv og målretta fysisk aktivitet, som fører til betring eller vedlikehald av ein eller fleire komponentar innan helse eller fysisk form (Caspersen et al., 1985).

Demografiske spørsmål

- Alder
- Sivilstatus
- Kva gjer du til dagleg? (jobb, student..)
- Hobby/fritid
- Studiebakgrunn

Aktivitetsanamnese og forhold til fysisk trening

Før og under sjukdomsforløpet, og i tilfriskningsfasen:

- Kva rolle spelar fysisk aktivitet/trening i livet ditt no?
 - Kvifor trenar du? (hovudårsak/andre årsaker)
- Kva type trening driv du med?
 - Organisert/uorganisert?
 - Kor ofte/lenge/trenar du?
 - Kva intensitet trenar du med? (lett-moderat-hardt)
- Kva kjensler har du før, under og etter trening?
- Kva effekter opplever du av trening relatert til kroppslige (fysiske) og mentale (psykiske) funksjonar? (Pos/neg)
- Korleis opplever du/har du opplevd det å ikke kunne få lov til å gjennomføre trening for ein kortare eller lenger periode?
 - Har evnt denne opplevinga endra seg gjennom tida med spiseforstyrning?
- Korleis var aktivitetsnivået ditt når du var liten? (8, 13,18 år)
 - Samanlikna med andre barn? (høgare/lågare?)

Samanheng mellom trening og spiseforstyrning

- Har du nokon tankar om at fysisk trening og spiseproblematikk for deg har hatt/har nokon samanheng? kan du utdjupe?
 - Kva kom først? (Spiseproblematikk eller trening som var ute av kontroll).
 - Oppretthaldande faktor?

Andre sitt forhold til fysisk trening- påverknad

- Kva forhold har din familie til fysisk aktivitet/trening?
 - Har deira forhold til fysisk aktivitet/trening påverknad deg? Eventuelt korleis?
 - Har du opplevd press ifht trening/konkurransen, og korleis har du eventuelt takla dette? Beskriv.
- Kva er dine nærmaste vennar sitt forhold til fysisk akt./trening?
 - Har deira forhold til trening påverknad deg? Evnt korleis?
 - Har du opplevd press ifht trening/konkurransen frå vennar? Korleis har du eventuelt takla dette? Beskriv.

- Om du har drive organisert idrett, har det vore noko spesielt press ifht trening/konkurranse/utsjånad /vekt frå trenar? Korleis har du evnt takla dette. Beskriv.

Årsaksfaktorar for utvikling av spiseforstyrningar

- Kva tankar har du om KVIFOR du utvikla spisefortyrning?
 - Er det nokon faktorar som er meir gjeldande enn andre? Kvifor?

Kommentarar på kropp, utsjånad og treningsåttferd

- Har du nokon gong opplevd ulike kommentarar om kropp og utsjånad? Beskriv.
 - Om du har opplevd slike kommentarar, føler du at desse kan ha ein samanheng med spiseforstyrninga? Beskriv.
- Føler du at media og det tynne vestlege kroppsidealet kan ha påverka spiseforstyrninga? Beskriv.
- Har du oppsøkt eller fått veiledning i forbindelse med trening? kvifor?
- Er det noko du føler at du gjerne ville ha sagt noko om i forbindelse med dette intervjuet? Noko vi ikkje har snakka om som du gjerne vil formidle?

Vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N 5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Jorunn Sundgot-Borgen
Seksjon for idrettsmedisinske fag Norges idrettshøgskole
Postboks 4014 Ullevål Stadion
0806 OSLO

Vår dato: 10.12.2013

Vår ref: 36543 / 2 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.12.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>36543</i>	<i>Fysisk trening og spiseforstyrrelser</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Norges idrettshøgskole, ved institusjonens overste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Jorunn Sundgot-Borgen</i>
<i>Student</i>	<i>Marie Renate Haugen</i>

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

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.05.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Marie Renate Haugen marierhaugen@hotmail.com

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

Avdelingskontorer / District Offices

*OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no*

Vedlegg 4

Re: Master thesis and self-determination theory
Ryan, Richard (richard.ryan@rochester.edu) [Add to contacts](#) 5/13/2014
To: Marie Renate Haugen



Dear Ms. Haugen

You have our permission! Best of luck with the thesis.
richard

Richard M. Ryan, Ph.D.
Professor of Psychology
and Director of Clinical Training,
Clinical and Social Sciences in Psychology
University of Rochester
Rochester, New York 14627
585-275-8708

Website for SDT:
<http://www.selfdeterminationtheory.org>

From: Marie Renate Haugen <marierhaugen@hotmail.com>
Date: Tuesday, May 13, 2014 6:10 AM
To: Ed Deci <deci@psych.rochester.edu>, Richard Ryan <richard.ryan@rochester.edu>
Subject: Master thesis and self-determination theory

Hi!

I am a Norwegian student, soon finishing my master thesis in sport science (Norwegian school of sport sciences). My master thesis discuss eating disorders and physical training. I have used your theory about self-determination, and want to ask for your permission to use a picture of this theory in my thesis.

Your sincerely
Marie Renate Haugen

© 2014 Microsoft
[Terms](#)
[Privacy & cookies](#)
[Developers](#)
English (United States)

Ryan, Richard

Search the web to learn more about [Ryan, Richard](#)

Content from  

[Learn more](#) | [Turn off](#)

