

Solveig Sørdal

Fysisk aktivitet og kostholdsterapi i behandling av spiseforstyringer

Ein kvalitativ intervjustudie av deltakarane sine erfaringar

Masteroppgåve i idrettsvitenskap

Seksjon for idrettsmedisinske fag
Noregs idrettshøgskule, 2015

Samandrag

Det er eit behov for auka behandlingskompetanse, større kapasitet og fleire forskingsbaserte behandlingstilbod for personar med spiseforstyrningar. Dei moglege fordelane av å nytte tilpassa og rettleia fysisk aktivitet i behandling har fått auka merksemd dei siste åra.

Føremålet med denne studien var å undersøke og skildre deltakarane sine erfaringar med eit nytt behandlingstilbod bestående av fysisk aktivitet og kosthaldsterapi. Det vart gjort kvalitative, semistrukturerte intervju med fem deltakarar. Intervjua vart analysert ved bruk av systematisk tekstkondensasjon, og resulterte i fire kategoriar; 1) Eit nytt syn på mat; 2) Å dele problema sine med ei samansett gruppe; 3) Eit fornya forhold til trening; og 4) Innsikt i eigen tilfriskingsprosess.

Funna viser at fysisk aktivitet og kosthaldsterapi kan bidra til å ta viktige steg i ein tilfriskingsprosess. Behandlinga gav deltakarane auka kunnskap om mat, trening og energibehov. Dette bidrog til tryggleik og evne til å identifisere triggarar og strategiar for å unngå overspisingsepisodar og kompensatorisk åtferd. Å delta i gruppeterapi var fordelaktig i form av å få støtte og aksept for problema sine, men ulike typar spiseforstyrningar og problemstillingar internt i gruppa skapte utfordringar, og tydeleggjorde eit behov for meir konkret tildeling av tid til kvar enkelt deltakar i gruppesamtalen. Deltakarane fekk eit fornya forhold til trening gjennom meistringsopplevingar og eit balansert aktivitetsnivå, som vidare bidrog til ei regulering av motivet for å vere fysisk aktiv. Behandlinga bidrog til innsikt i eigen tilfriskingsprosess, og ei forståing for at vegen vidare ville bli krevjande.

Nøkkelord: kvalitative intervju, pasienterfaring, behandling, fysisk aktivitet, kosthaldsrådgiving, spiseforstyrningar

Forord

Dei to åra som masterstudent har vore ei lærerik reise. Eg føler meg heldig som har fått bidra til ein så viktig og spennande studie som FAKT. Interesse og engasjementet eg har for behandling av spiseforstyrningar og vektproblematikk er i stadig vekst, og det ønskjer eg no å ta med meg ut i arbeidslivet. Tusen takk Therese, for at eg fekk bli med på laget og for alt du har lært meg! Eg håper at våre vegar møtest også etter NIH.

Eg vil rette ei stor takk til kvinnene eg fekk intervjuje. Takk for at de stilte opp og så heilhjerta ville dele om det dokke har opplevd. Eg ønskjer dokke alt godt for framtida.

Eg set utrolig stor pris på at eg har fått bli med inn i dette fagfeltet via to så dyktige rettleiarar; Jorunn Sundgot-Borgen, professor her ved NIH, og Gunn Pettersen, førsteamanuensis ved UiT. Tusen takk for at de har vore så engasjerte heile vegen og gitt meg gode råd og konstruktiv kritikk. Ei spesiell takk til Jorunn for at du også har gitt meg moglegheiter til å få praktisk erfaring med denne pasientgruppa. Du er ei stor inspirasjonskjelde og eg lærer noko nytt kvar gong eg set foten innanfor kontoret ditt.

Dokke heime på Sjøholt, takk for støtta og alle fine bilete eg har fått tilsendt når eg har vore nedgravd i transkribering, artiklar og analyser. Det er så fint å ha nokon som kan minne meg på at det finst mange ting i livet som er viktigare enn ei oppgåve. Og mamma, eg set enormt stor pris på at du alltid tek deg tid til å gje meg tilbakemelding på dei utallige utkasta mine.

Til slutt må eg få takke Ingvild, Tone og Line for alle oppmuntrande samtalar, og alle mine medmasterstudentar som aldri seier nei til ei sosial treningsøkt eller ein ekstra halvtime i kantina. Og min kjære Lasse da. Det skal bli godt for oss begge å endeleg ta steget ut av masterbobla. No skal vi på tur!

Solveig Sørdal, mai 2015

Innhald

1 Introduksjon	5
1.1 Bakgrunn	5
1.2 Problemstilling og føremål med studien	7
2 Spiseforstyrningar	8
2.1 Kva er spiseforstyrningar?	8
2.1.1 Bulimia nervosa (BN).....	9
2.1.2 Overspisingslidelse (BED).....	10
2.1.3 Atypiske/uspesifikke spiseforstyrningar (OSFED).....	11
2.2 Behandling av spiseforstyrningar	12
2.3 Fysisk aktivitet og kosthaldsrådgiving i behandling	13
2.4 Pasienterfaringar	17
2.4.1 Pasientars erfaringar med behandling	17
2.4.2 Pasientars erfaringar med å bli frisk frå ei spiseforstyrning	18
3 Metode	21
3.1 Kontekst og metodeval	21
3.2 Førforståing	21
3.3 Utval	22
3.3.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterium	22
3.3.2 Utvalsprosedyre og endeleg utval.....	23
3.4 Intervjuguide	24
3.5 Gjennomføring av intervju	24
3.6 Transkribering	25
3.7 Grunnlagskrav for utarbeiding av vitenskapleg kunnskap	25
3.8 Ethiske omsyn og personvern	26
3.9 Analyse	27
4 Resultat	29
4.1 Eit nytt syn på mat	29
4.1.1 Auka kunnskap om ernæring og energibehov	29
4.1.2 Ufarleggjering av mat	30
4.1.3 Identifisering av triggjarar og strategiar.....	31
4.2 Å dele problema sine med ei samansett gruppe	31

4.2.1 Aksept og støtte trass individuelle skilnadar.....	31
4.2.2 Individuelle skilnadar tydeleggjorde eit behov for tidsrammer.....	32
4.2.3 Eit personleg prosjekt trass alt.....	33
4.3 Eit fornya forhold til trening.....	33
4.3.1 Trening som meistringsarena.....	33
4.3.2 Auka kvalitet på restitusjon og trening.....	34
4.4 Innsikt i eigen tilfriskingsprosess.....	35
4.4.1 Å ta steget inn i behandling.....	35
4.4.2 Ein krevjande prosess.....	35
4.4.3 Ei større forståing for vegen vidare.....	36
5 Drøfting.....	37
5.1 Drøfting av sentrale funn.....	37
5.1.1 Eit nytt syn på mat.....	37
5.1.2 Å dele problema sine med ei samansett gruppe.....	39
5.1.3 Eit fornya forhold til trening.....	41
5.1.4 Innsikt i eigen tilfriskingsprosess.....	43
5.2 Metodisk refleksjon.....	44
5.2.1 Refleksjonar rundt eiga rolle i forskingsprosessen.....	44
5.2.2 Intern validitet.....	44
5.2.3 Ekstern validitet, overførbarheit og relevans.....	45
6 Avslutning.....	46
6.1 Oppsummering.....	46
6.2 Implikasjonar for praksis og framtidig forskning.....	47
7 Referansar.....	48

Vedlegg 1: Godkjenning frå REK

Vedlegg 2: Diagnosekriterium DSM-5

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn

Om lag 50 000 norske kvinner mellom 15 og 44 år har ei behandlingstrengende spiseforstyrring (Rosenvinge & Götestam, 2002), men mange vegrar seg for å ta kontakt med helsevesenet, mellom anna på grunn av skam, skuldkjensle og ambivalens til å bli frisk (Lindgren, Enmark, Bohman, & Lundstrom, 2014; Pettersen, Rosenvinge, & Ytterhus, 2008). I gjennomsnitt ventar behandlingstrengende i 5-6 år med å søkje profesjonell hjelp (Rosenvinge & Klusmeier, 2000).

Auka bevisstheit om rett til helsehjelp og meir merksemd rundt spiseforstyrningar i befolkninga gjer likevel at fleire oppsøker hjelp i helsevesenet, og krava til kapasitet og behandlingskompetanse blir dermed større (Rosenvinge & Götestam, 2002). Kognitiv åtferdsterapi (CBT) er per i dag den mest dokumenterte behandlingsforma, med særleg stort kunnskapsgrunnlag for bulimi og overspisingslidelse (NICE, 2004). Opp mot halvparten av dei som mottok CBT får totalt bortfall av symptom, medan resten får delvis eller ingen effekt av behandlinga (Wilson, Fairburn, Agras, Walsh, & Kraemer, 2002; Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007). I tillegg til at ikkje alle får utbytte av CBT, er det eit problem at mangel på spesifikk behandlingskompetanse hindrar institusjonar og behandlarar i å tilby CBT, og det er i dag svært stor variasjon i kva slags behandling som blir praktisert rundt i landet (Skårderud, Rosenvinge, & Götestam, 2004).

For å sikre meir effektiv behandling og redusere sjansen for at personar med spiseforstyrningar får eit langvarig sjukdomsforløp med dårleg livskvalitet og lågt funksjonsnivå, er det viktig å styrke tilbodet av kunnskapsbaserte behandlingsformer (Rosenvinge & Götestam, 2002). I eit samfunnsøkonomisk perspektiv er det òg viktig å auke kunnskapen om utfordringane og potensialet som ligg i gruppeterapi for personar med spiseforstyrningar, fordi behandling i grupper kan hjelpe fleire på same tid og til lågare kostnad per individ, samt at kortare tid på venteliste kan skape auka motivasjon for å bli frisk (Morrison, 2001).

Spiseforstyrningar handlar om eit vanskeleg forhold til kjensler, kroppsvekt, mat, kropp og i mange tilfelle også fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet er definert som ”*all kroppslig rørsle initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i eit energiforbruk ut over kvilenivå*”, og omfattar også trening; ”*strukturert og regelmessig fysisk aktivitet med formål om å forbetre eller vedlikehalde fysisk form og helse*” (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985, s. 126). Ein del personar med spiseforstyrningar nyttar *overdriven* fysisk aktivitet som affektregulering og/eller kompensatorisk åtferd, medan andre er svært inaktive og har behov for å auke aktivitetsnivået (Bratland-Sanda, 2011; Hrabosky, White, Masheb, & Grilo, 2007). Dei moglege fordelane av å nytte tilpassa fysisk aktivitet i behandling av spiseforstyrningar har fått auka merksemd dei siste åra, men framleis trengst det kontrollerte studiar for å kartlegge dei terapeutiske effektane for denne pasientgruppa (Bratland-Sanda, 2011; Hausenblas, Cook, & Chittester, 2008).

Denne studien er ein del av FAKT-studien, ein randomisert, kontrollert studie som undersøker effekten av fysisk aktivitet og kosthaldsterapi (FAKT), samanlikna med CBT i behandling av spiseforstyrningar. FAKT-studien nyttar fleire typar utfallsmål; symptomreduksjon, opplevd livskvalitet, helseøkonomiske mål og brukarerfaringar, som supplerer kvarandre i å vurdere effekten av behandlinga. *Brukarerfaringar* handlar om graden av innfridde forventningar, brukartilfredsheit og nytteverdi, og denne studien inngår i kartlegginga av desse utfallsmåla.

Pasientar sine egne erfaringar med behandling har fått aukande merksemd dei siste åra, og er undersøkt både ved bruk av kvalitative og kvantitative metodar (de la Rie, Noordenbos, Donker, & van Furth, 2006; Gulliksen, Nordbo, Espeset, Skårderud, & Holte, 2014; Herman et al., 2014; McIver, McGartland, & O'Halloran, 2009; Pettersen, Rosenvinge, & Wynn, 2011; Poulsen, Lunn, & Sandros, 2010; Rosenvinge & Klusmeier, 2000). Felles for mange av desse studiane, er at dei er uspesifikke i å definere behandlinga dei har undersøkt, noko som resulterer i at resultatata blir generelle og vanskeleg å få nytte av i praksis. Pettersen, Rosenvinge og Wynn (2011), peikar på at det kan vere svært fordelaktig å utforske pasientane sine erfaringar med *spesifikke* behandlingsskedar. Ved å i større grad inkludere pasienterfaringar i klinisk praksis, kan ein auke sjansen for at pasienten godtek behandlinga og slik legge til rette for å skape ein god terapeutisk allianse, som er rekna for å vere viktig for eit vellukka behandlingsskedar (American Psychological Association, 2005; de la Rie et al., 2006).

1.2 Problemstilling og føremål med studien

Føremålet med denne studien er å utforske og skildre erfaringane til deltakarane som gjennom FAKT-studien har fått behandling i form av fysisk aktivitet og kosthaldsterapi. Vidare er målet å kunne bidra med nyansert kunnskap til den heilskaplege forståinga av den overordna behandlingsstudien. Studien undersøker følgjande problemstilling:

”Korleis erfarer kvinner med spiseforstyrningar behandlingstilbodet fysisk aktivitet og kosthaldsterapi?”

2 Spiseforstyrningar

2.1 Kva er spiseforstyrningar?

Spiseforstyrningar er ei psykisk lidning som omfattar fleire tilstandar som alle er kjenneteikna av eit overdrive fokus på matinntak, vekt og kroppsform (Rosenvinge, Frostad, & Andreassen, 2012). Dei åtferdsmessige særtrekka ser ein oftast i form av slanking og/eller overspising, oppkast og/eller misbruk av laksantia, diuretika eller fysisk aktivitet, samt eit tvangsprega eller automatisert mønster for å sjekke kropp og utsjånad (Rosenvinge et al., 2012). Åtferda kan vere eit forsøk på å gjenerobre kontroll, skape ei identitet og/eller oppleve meistring i ein vanskeleg livssituasjon (Skårderud, 2012). Over tid kan spiseforstyrninga bli sjølvforsterkande fordi den symptomatiske åtferda ofte fører til enda lågare sjølvkjensle og tap av kontroll (Skårderud et al., 2004).

For å diagnostisere spiseforstyrningar har ein to offisielle diagnosemanualar; ICD-10, frå Verdas helseorganisasjon (WHO), og DSM-5 frå den amerikanske psykiatريفoreininga. I forskingssamanheng nyttar ein oftast DSM-systemet, og den nyaste utgåva, DSM-5, kom i 2013. Spiseforstyrningar blir no kategorisert som tre ulike hovuddiagnosar; anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) og overspisingslidelse (binge eating disorder/BED). Ein siste kategori, other specified feeding or eating disorders (OSFED), består av kriterium som gjer det mogleg å plassere atypiske eller uspesifikke variantar av hovuddiagnosane (tidlegare EDNOS) (American Psychiatric Association, 2013). Diagnosekriteria er gitt i vedlegg 2, og vil i denne studien omfatte BN, BED og OSFED.

Tolvmånersførekomen av bulimi er omkring 1–1,5 % blant unge kvinner, og kvinne-mann-ratioen er om lag 10:1 (American Psychiatric Association, 2013). For overspisingslidelse er kjønnskilnaden mellom kvinner og menn betydeleg mindre, med ein tolvmånersføkomst på 1,6% for kvinner og 0,8% for menn (American Psychiatric Association, 2013). Ein har framleis ikkje gode data på førekomen av OSFED, men som ein følge av innføringa av DSM-5 er det vist at andelen som blir diagnostiserte med atypiske/uspesifikke spiseforstyrningar kjem til å minke ettersom BED no er ein eigen diagnose og kriteria for å få AN og BN er lågare (Smink, van Hoeken, & Hoek, 2013).

Både i forskning og klinisk arbeid nyttar ein ulike typar forklaringsmodellar for å forstå spiseforstyrningar. Kognitive teoriar, biologiske modellar og familieteoretisk forståing er eksempel på tilnærmingar som blir brukt for å forstå denne komplekse psykiske lidinga (Rosenvinge, 2008). Ei utbredt forståing kviler på ein forklaringsmodell der multifaktorielle og komplekse forhold av både sosiokulturell, biologisk og psykologisk karakter spelar inn (Rosenvinge, 2008). Desse forholda blir ofte delt inn i disponerande, utløysande og oppretthaldande faktorar. Av dei disponerande faktorane kan ein nemne personlegdomstrekk, genetik, kjønn (ikkje for BED), låg sjølvkjensle, kulturelle forhold i form av kropps- og slankepress i media, vennekrets og familie, familiær sjukehistorie, ulike former for traume og fysiske/seksuelle overgrep (Skårderud et al., 2004). Utløysande forhold kan vere konflikt og mobbing, ulike former for tap eller store endringar i livet, tidleg pubertet, høge prestasjonskrav og slanking (Skårderud et al., 2004). Oppretthaldande faktorar kan vere knytt til familien eller miljøet sine reaksjonar på sjølve spiseforstyrringa, eller å oppleve at symptoma gir kontroll eller nytteverdi i form av dempa indre uro og negative kjensler (Rosenvinge, 2008).

Erfaringsperspektivet kan gje ei vinkling på kva slags meining og funksjonar spiseforstyrringa har for den det gjelder, og kan bidra til å forstå tilstanden i ein breiare forstand (Rosenvinge, 2008). Erfaringsperspektivet er også viktig for å framheve individuelle skilnadar. Sjølv om tilstanden inneber fellestrekk og gjennomgåande mønster, har alle personar med spiseforstyrningar ei unik historie og sine eigne erfaringar med å leve med sjukdomen (Rosenvinge, 2008).

2.1.1 Bulimia nervosa (BN)

Bulimi er kjenneteikna av episodar med ukontrollerte matinntak med påfølgjande reinsing som strategi for å kompensere for overspisingsepisoden, for eksempel ved bruk av oppkast eller overdriven fysisk aktivitet. Sentralt i forståinga av bulimi er eit forstyrra kroppsbilete og ei intens frykt for å bli overvektig, som i mange tilfelle eigentleg inneber normalvekt (Rosenvinge, 2008). Bulimisk åtferd vart skildra allereie i antikken, men den moderne bruken av omgrepet starta på byrjinga av 1900-talet, og vart først definert av den britiske psykiateren Gerald Russell i 1979 (Russell, 1979; Vedul-Kjelsås & Gøtestam, 2004). Personar som lid av bulimi er i mange tilfelle normalvektige (KMI = 18,5 – 24,9) eller tenderer mot overvekt (KMI >25), men kan

lide av mangelsjukdommar, forstyrningar i væske- og elektrolyttbalanse, mage- og tarmproblematikk og anemi (American Psychiatric Association, 2013). Negativ energibalanse over tid kan også føre til menstruasjonsforstyrningar og amenoré som i sin tur aukar risikoen for osteopeni og osteoporose (Orio et al., 2013; Tomlinson & Morgan, 2013).

Sidan personar med bulimisk åtferd ofte er normalvektige kan dei leve med sjukdomen i skjul over lengre tid. Studiar viser at livet med bulimi er opplevd som eit ”dobbeltiliv”, og eit liv prega av skam (Broussard, 2005; Pettersen et al., 2008). Livet blir ein kamp mellom å halde fasaden oppe og å praktisere store matinnkjøp, overspisingsepisodar og oppkast i all hemmelegheit (Orbanic, 2001). Dette dobbeltlivet handlar også om dei stadige svingingane mellom skam/skuldkjensle og forsøk på å behalde eiga verdigheit (Pettersen et al., 2008). Det er også vist at bulimi inneber å leve i konstant frykt for å bli oppdaga og bli dømt eller stigmatisert av andre, men samtidig også i frykt for å leve utan bulimien fordi ein føler seg avhengig av den for å overleve (Broussard, 2005; Orbanic, 2001). I tillegg er det vanskeleg å kome utanom den intense frykta for å legge på seg (Broussard, 2005). Det er vist at bulimi kan samanliknast med å vere fanga i ein vond sirkel - ein gjentakande syklus av isolasjon og hemmelege overspisings- og tømmingsepisodar, og påfølgande skam og skuldkjensle både for å gjennomføre det og for å lyge og halde det skjult (Broussard, 2005). Denne syklusen får vidare negativ innverknad på sjølvkjensle og sosial funksjon, og opplevast som ei emosjonell berg- og dalbane som både er utmattande og altoverskyggande (Orbanic, 2001).

2.1.2 Overspisingslidelse (BED)

Overspisingslidelse handlar om eit auka og ukontrollert spisemønster i avgrensa tidsperiodar, der matinntaket er assosiert med stress og negative kjensler (Rosenvinge et al., 2012). Denne åtferda vart først skildra i artikkelen ”Eating patterns and obesity” av Stunkard (1959), men har vore kategorisert som ei uspesifikk spiseforstyrring i DSM fram til 2013, då den gjennom DSM-5 vart definert som ein eigen hovuddiagnose. Personar med overspisingslidelse nyttar ikkje oppkast, fysisk aktivitet eller andre strategiar for å kompensere for høgt energiinntak, og har ofte eit svært lågt aktivitetsnivå (Hrabosky et al., 2007). Nokre er normalvektige, men mange har utvikla eller står i fare for å utvikle overvekt (KMI>25) eller fedme (KMI >30) og har følgeleg

auka risiko for å utvikle livsstilsjukdommar som type 2 diabetes og hjerte- og karsjukdom (Raevuori et al., 2014; Rosenvinge et al., 2012).

Studiar viser at overspisingliding blir erfart som å ete ukontrollerte mengder mat på kort tid, oftast under ein subjektivt stressa situasjon ved opplevingar av angst, einsemd, kjedsamheit eller låg sjølvkjensle, eller ved å nytte mat som belønning (Lyons, 1998). Overspisingsepisoden føregår utan å kjenne svolt og stoppar ikkje før fysisk ubehag, med påfølgande overveldande kjensler av skuld, skam og anger. Maten som blir konsumert inneheld oftast store mengder feitt og/eller sukker, og pasientar fortel om strategiar for å gøyme unna mat eller planlagt åtferd for å skjule dei store inntaka (Lyons, 1998). Det er også vist at overspisinga og overvekta kan få pasienten til å reagere med fornektning og fordeling av skuld eller forsøk på å rasjonalisere åtferda (Lyons, 1998).

2.1.3 Atypiske/uspesifikke spiseforstyrningar (OSFED)

OSFED fungerer som ein ”restkategori” som blir nytta for å klassifisere dei tilfella som ikkje fullstendig oppfyller alle diagnosekriteria til AN, BN eller BED, for eksempel ved låg frekvens på kompensatorisk åtferd eller overspisingsepisodar. Symptombildet kan også endre seg over tid, og ein del bevegar seg mellom dei ulike diagnosane (Rosenvinge et al., 2012). Sjølv om tilstanden er subklinisk i relasjon til øvrige diagnosekriterium, er dei kognitive oppfatningane av verdien av å kontrollere kropp, vekt og utsjånad like framtrudande, og tilstanden fører til klinisk signifikant dårlegare funksjon for eksempel sosialt eller på andre arenaer (American Psychiatric Association, 2013; Rosenvinge et al., 2012). Av alle som er i behandling for spiseforstyrningar, er det om lag 40-60% av dei som har ei uspesifikk spiseforstyrning, og ofte er det depresjon og tvangstrekk som motiverer til å søke behandling (Rosenvinge et al., 2012).

2.2 Behandling av spiseforstyrningar

Mange personar med behov for profesjonell hjelp går ubehandla i fleire år, mellom anna fordi helsepersonell ikkje har adekvat kompetanse til å oppdage eller ta tak i sjukdomstilfelle (Rosenvinge et al., 2012). I tillegg er dårleg sjukdomsinnsikt eit fellestrekk ved spiseforstyrningar, og studiar viser at pasientar som har blitt friske var svært ambivalente både når det gjaldt å erkjenne sjukdommen, og å søke og ta i mot hjelp (Lindgren et al., 2014). Det er òg viktig å være klar over at psykiatrisk komorbiditet er hyppig førekommande i denne pasientgruppa, ofte i form av rusmisbruk, personlegdomsforstyrningar, depresjon og/eller ulike former for angst, noko som gjer sjukdomsbiletet meir komplekst (Skårderud et al., 2004).

For personar med BN, er kognitiv åtferdsterapi (CBT) den mest dokumenterte behandlingsmetoden (Hay, 2013; Hay, Bacaltchuk, Stefano, & Kashyap, 2009; Kass, Kolko, & Wilfley, 2013; Poulsen et al., 2014; Shapiro et al., 2007). I CBT jobbar ein med åtferdsregulerande metodar med mål om å endre kognitive misoppfatningar om eigen verdi og sjølvkjensle, og relasjonane det har til vekt og figur (Murphy, Straeblér, Cooper, & Fairburn, 2010). Om lag halvparten som mottok CBT klarar å redusere grad av overspising, oppkast og misbruk av lakserande eller slankande medikament, resten får delvis eller ingen effekt av behandlinga (Wilson et al., 2002; Wilson et al., 2007). Behandlingsformer som interpersonleg psykoterapi (IPT) og psykoanalytisk psykoterapi har også eit visst kunnskapsgrunnlag, men CBT har vist seg å vere mest tids- og ressurseffektivt (Hay et al., 2009; Poulsen et al., 2014). I behandling av BED blir CBT og IPT sidestilt som behandlingsalternativ (Kass et al., 2013; Wilfley et al., 2002). Både BED og BN kan moglegvis også behandlast effektivt med teoribaserte sjølvhjelpsprogram og trinnvise behandlingsmodellar (stepped care) (Hay et al., 2009). Det er mangel på dokumentasjon på kva slags terapi som er førstevalet for uspesifikke spiseforstyrningar, og i følge retningslinjene bør ein difor nytte den terapiforma som er anbefalt for diagnosen som ligg nærmast tilstanden til pasienten (NICE, 2004).

Sjølv om CBT er den terapiforma som samla sett har best empirisk grunnlag, er det stor variasjon i kva slags terapi som blir praktisert og tilbydd i Noreg. Ofte er fastlegen pasientens første møte med helsetenesta. Fastlegen kan sjølv praktisere poliklinisk samtaleterapi, eller vise pasienten vidare basert på vurdering av eigen kompetanse innan

spiseforstyrningar, pasienten sine behov og tilgangen på spesialisthelsetenester (Bjørnelv, 2014). Alvorsgraden av psykiatrisk komorbiditet og somatiske forhold avgjer om pasienten blir vist vidare til inneliggande behandling (Skårderud et al., 2004). Dei siste åra har det blitt sett i gong tiltak for å styrke den faglege kompetansen i primærhelsetenesta og gjere allmennlegar betre rusta til å oppdage sjukdomstilfelle og sikre pasientane riktig behandling (Skårderud et al., 2004). Det er eit tydeleg behov for auka kapasitet, behandlingskompetanse og betre organisering av behandling for pasientar med spiseforstyrningar på tvers av dagens forvaltingsnivå (Rosenvinge & Götestam, 2002). Når vi i tillegg veit at det er mange som ikkje drar nytte av CBT, er det også behov for å undersøke og utvikle nye evidensbaserte behandlingsformer (Helsetilsynet, 2000).

2.3 Fysisk aktivitet og kosthaldsrådgiving i behandling

Gevinstane av fysisk aktivitet er mange og godt dokumentert, men er avhengige av type, intensitet, frekvens og varigheit (Henriksson & Sundberg, 2008). Regelmessig fysisk aktivitet har vist seg å fremje positive tankar og kjensler, auke trua på å takle eigne problem, gje større sjølvtrua og betre evne til sjølvkontroll (Kjellmann, Martinsen, Taube, & Andersson, 2008). Ved lett og moderat depresjon er det dokumentert at fysisk aktivitet har effekt i behandling av depressive episodar og reduserer risikoen for tilbakefall (Kjellmann et al., 2008). Det er difor stor grunn til å tru at fysisk aktivitet også kan vere svært gunstig for pasientar med spiseforstyrningar. Ei auke i opplevd velvære og reduksjon av stress som følgje av fysisk aktivitet kan hindre det kjenslemessige stresset som kan lede til for eksempel overspising (Hausenblas et al., 2008). Å vere fysisk aktiv saman med andre kan legge til rette for meir sosial omgang og relasjonsbygging, og lystbetont fysisk aktivitet kan òg fungere som eit pusterom i krevjande samtaleterapi (Bratland-Sanda, 2011).

Fysiologiske effektar av ulike former for fysisk aktivitet inkluderer mellom anna ei auke i aerob kapasitet, meir gunstig lipidprofil i blodet, betre insulinsensitivitet og glukosetoleranse, betre kroppssamansetning, auka muskelstyrke og betre mage- og tarmfunksjon (Henriksson & Sundberg, 2008). Visse former for fysisk aktivitet, for eksempel styrketrening og anna vektberande aktivitet, aukar eller bidreg til oppretthalding av beinmineraltettleiken og kan dermed vere viktig for å førebygge

osteopeni og osteoporose (Khan, 2001). Norske helsemyndigheiter anbefalar minst 150 minutt fysisk aktivitet med moderat intensitet eller minst 75 minutt med høg intensitet per veke for å ivareta god helse og for å førebygge og behandle overvekt og livsstilssjukdommar som type 2 diabetes og hjerte- og karsjukdommar (Helsedirektoratet, 2014). Helsegevinstane nemnt her kan også tenkast å vere svært gunstige for personar med spiseforstyrningar og argumenterer for å implementere tilpassa fysisk aktivitet som ein del av behandlingstilbodet.

For ein del av dei som har spiseforstyrningar, er overdriven eller tvangsprega treningsåtfærd ein del av sjukdomsbiletet eller sjukehistoria. I litteraturen er det stor spreining i førekomsttala av slik åtfærd, mellom anna fordi studiane har nytta ulike omgrep, definisjonar og målemetodar, samt at alder og sjukdomsvarigheit på måletidspunktet spelar inn (Bratland-Sanda, 2011). Førekomsten varierer frå 17-57% for bulimi og 17-47% for uspesifikke spiseforstyrningar (EDNOS) (Bratland-Sanda, 2011). DSM-5 skildrar trening som *overdriven* når åtfærd skjer på kostnad av viktige hendingar, til upassande tider eller i upassande settingar, eller når personen held fram å trene trass skade eller andre medisinske komplikasjonar (American Psychiatric Association, 2013). Andre omgrep som blir brukt i denne samanhengen er knytt til tvang eller skildrar eit avhengigheitsprega forhold til fysisk aktivitet (Draeger, Yates, & Crowell, 2005; Hausenblas & Downs, 2002).

Sjølv om omgrepa er brukt om kvarandre, ser det ut til at personar med spiseforstyrningar som har eit høgt aktivitetsnivå er assosiert med meir alvorleg psykopatologi, behov for lengre behandlingstid, samt større grad av angst og depresjon (Penas-Lledo, Vaz Leal, & Waller, 2002; Shroff et al., 2006; Solenberger, 2001). Bratland-Sanda et al. (2010) fann at inneliggande pasientar med AN og BN opplevde at å trene for å regulere negative kjensler i større grad var viktigare enn det var for å betre fysisk form og helse, til forskjell frå kontrollar. Sidan pasientar uttrykkjer at fysisk aktivitet er eit verktøy for å regulere vonde kjensler, kan det tenkast at framfor å legge restriksjonar på pasientane, kan tilpassa og tilrettelagt fysisk aktivitet vere eit nyttig hjelpemiddel for å rette opp i skadeleg treningsåtfærd og sette fokus på å finne alternative former for negativ affektregulering (Bratland-Sanda, 2012; Hausenblas et al., 2008).

For personar med BN eller BED som har behov for å redusere eller stabilisere kroppsvekta, vil psykoterapi åleine sannsynlegvis ikkje vere nok (Hay et al., 2009). Difor er det også eit aukande behov for å utvikle forskingsbasert kunnskap om effektive behandlingsstrategiar for dei som både har ei spiseforstyrning og eit vektproblem (Hay et al., 2009). Det er også vist at pasientar med BED har eit sterkt behov for å auke aktivitetsnivået (Hrabosky et al., 2007). Dei få kontrollerte studiane som har sett på effekten av fysisk aktivitet i behandling av spiseforstyrningar, har betydelege metodologiske svakheiter, og det er per i dag vanskeleg å trekke konklusjonar på grunnlag av det som føreligg av empirisk materiale. Resultata peikar imidlertid i retning av at aerob trening og styrketrening kan bidra til å auke muskelstyrke og normalisere feittprosent i behandling av AN, samt normalisere KMI og redusere depressive symptom og symptomatisk åtferd for både AN og BN (Hausenblas et al., 2008; Vancampfort et al., 2014). Fysisk aktivitet (her aerob trening og yoga el. likn.) som tilleggshandling til CBT kan gi gunstige effektar i behandling av BED, både i form av redusert KMI, og færre overspisingsepisodar og depressive symptom (Vancampfort et al., 2013). Det er ikkje rapportert om negative funn ved bruk av tilpassa og forsvarleg dosert fysisk aktivitet i behandling (Bratland-Sanda, 2012; Hausenblas et al., 2008; Vancampfort et al., 2013; Vancampfort et al., 2014).

Når det gjeld bruken av kosthaldsrådgiving i behandling, er det ikkje funne oversiktsartiklar som tek for seg dette. Ein kan i staden trekke fram to randomiserte, kontrollerte behandlingsstudiar. Sundgot-Borgen et al. (2002) samanlikna kosthaldsrådgiving, CBT og rettleia fysisk aktivitet i behandling av bulimi. Dei fann at rettleia fysisk aktivitet var meir effektivt enn både kosthaldsrådgiving og CBT i driven etter tynnleik, endring i kroppssamansetning og aerob form, samt reduksjon i frekvens på episodar med overspising, misbruk av laksantia og reinsing etter overspisingsepisodar. Skilnadane vedvarte også etter 18 månaders oppfølging. Kosthaldsrådgivinga hadde ingen signifikant betre effekt enn CBT eller fysisk aktivitet, men kan tenkast å ha ein gunstig additiv effekt (Sundgot-Borgen, Rosenvinge, Bahr, & Schneider, 2002).

Ein randomisert, kontrollert studie av Fossati et al. (2004) samanlikna tre intervensjonsgrupper i behandling av overvektige pasientar med BED; tradisjonell CBT, CBT+kosthaldsrådgiving og CBT+kosthaldsrådgiving+råd om fysisk aktivitet. I den

siste gruppa var det ingen organisert, kontrollert form for trening, men generell rådgiving om korleis auke kvardagsaktiviteten og planlegging av tre treningsøkter i veka. Dei tre behandlingsgruppene var like effektive når det kom til symptomreduksjon og depresjon, men gruppa som fekk kombinert CBT+kosthaldsrådgiving+råd om fysisk aktivitet var den einaste som fekk signifikant reduksjon i angst, og forfattarane foreslår at dette kan indikere at fysisk aktivitet vart nytta som negativ affektregulering. I CBT-gruppa var det ingen vektneidgang, medan CBT+kosthaldsrådgiving gav ein signifikant, men liten vektneidgang. Gruppa som fekk kombinert CBT+kosthaldsrådgiving+råd om fysisk aktivitet fekk den største vektneidgangen, på $2,8 \pm 0,3$ kg med ei utgangsvekt på $97,0 \pm 0,3$ kg. Det totale energiforbruket i denne gruppa var likevel uforandra etter behandlingsperioden, noko som kan bety at råd om fysisk aktivitet gav auka motivasjon til å følgje kosthaldsråda og at kombinasjonen av alle tre terapikomponentane danna eit heilskapleg samspel med eit gunstig utfall (Fossati et al., 2004).

Bruk av kosthaldsrådgiving i behandling av spiseforstyrningar er elles lite utforska ved hjelp av randomiserte, kontrollerte studiar. Kosthaldsrådgiving er likevel ein viktig komponent i mange terapiformer, og det føreligg generelle internasjonale retningslinjer for ernæringsfysiologar og terapeutar (Ozier & Henry, 2011; Reiter & Graves, 2010). Generelt er siktemålet i slik rådgiving å normalisere spisemønster og kroppsvekt, og stegvis sikre eit adekvat inntak av makro- og mikronæringsstoff (Ozier & Henry, 2011). Per i dag finst det ingen tilsvarande norske retningslinjer til terapeutisk bruk, men kosthaldsrådgivinga blir gjort i tråd med dei gjeldande terapeutiske prinsippa, og ofte i samarbeid med ernæringsfysiolog.

2.4 Pasienterfaringar

2.4.1 Pasientars erfaringar med behandling

Som nemnt innleiingsvis, er det per i dag svært få kvalitative studiar som har sett på pasientars erfaringar med spesifikke behandlingstilbod. Ei undersøking av brukarane si tilfredsheit med behandlingstilbodet i Noreg på eit generelt plan, viste at pasientane i høg grad er fornøgd med poliklinisk behandling, både i gruppe og individuelt (Rosenvinge & Klusmeier, 2000). Eit uventa funn var at pasientar som utsette å søkje hjelp, i større grad var tilfreds med behandling. I tillegg rapporterte over halvparten at for lange ventelister var hovudgrunnen til at dei var misfornøgde med offentleg helseteneste og aktivt søkte hjelp i privat praksis. Dette kan tyde på at motivasjon og villigheit til å bli frisk til rett tidspunkt (timing) er relatert til symptomreduksjon og oppleving av ein positiv terapeutisk allianse (Rosenvinge & Klusmeier, 2000).

Det finst éin norsk studie som har sett på pasientars erfaringar med eit spesifikt behandlingstilbod. Pettersen et al. (2011) undersøkte pasientane sine erfaringar med å delta i eit gruppebasert ”psykoedukasjonsprogram” for AN eller BN. Psykoedukasjon inneheld element frå både kognitiv og dynamisk psykologi. Resultata viste at behandlinga bidrog til ei betre forståing av kva som skulle til for å bli frisk og å godta at tilfriskingsprosessen kom til å bli tøff, svingande og tidkrevjande. Studien fann også at deltakarane lærte å ta betre vare på seg sjølv og å senke sine egne krav, samt forstå viktigheita av å tydeleg kommunisere egne behov og setje grenser for seg sjølv. Ein fordel ved at programmet var gruppebasert, var å få motivasjon og håp gjennom å høyre på andre. Imidlertid var nokre pasientar til tider svært emosjonelle når dei hadde ordet, noko mange opplevde som utfordrande. I tillegg var det skilnadar i kor mykje ein ønska å involvere seg i gruppa, og kor motivert og klar ein var for å gjere forandringar. Likevel viste studien at deltakarane samla sett hadde positive forventningar og håp om tilfrisking i framtida. Eit viktig funn frå studien var at psykoedukasjonsprogrammet lukkast med å *ikkje* fokusere på symptomforandring, men heller å førebu og klargjere pasientane for å jobbe meir konkret med strategiar for å minske symptom, for eksempel i individualterapi. Forfatarane nyttar omgrepet *empowerment* som ein overordna teoretisk kategori, fordi funna tyder på at programmet har sett i gang prosessar som handlar om å vere ein aktiv aktør i sitt eige liv (Pettersen et al., 2011).

I ein dansk studie av Poulsen et al. (2010) vart 14 kvinner intervjuet om deira erfaringar med gruppebasert psykodynamisk psykoterapi for behandling av bulimi. Resultata viste at behandlinga var utfordrande, men likevel nyttig i form av positive endringar i symptomfrekvens, å få ein betre relasjon til seg sjølv og andre, samt betre forståing av bulimien som affektregulering. Studien fann imidlertid at det var store skilnadar blant deltakarane i forhold til korleis sjølve behandlinga vart erfart. Ei gruppe følte tidlig at terapiforma var passande, medan ei anna gruppe trengte tid på å bli vant til opplegget og fann det nyttig etterkvart. Ei tredje gruppe vart aldri fornøgd med tilnærminga. Forfattarane peikar på at erfaringane kan forståast i lys av at psykodynamisk psykoterapi har ein open struktur utan førehandsdefinerte tema i gruppemøta. At ordet er fritt kan opplevast som nyttig for nokre, medan det for andre kan føre til forvirring og frustrasjon dersom ein opplever at terapeuten ikkje er aktiv og personleg engasjert.

I ein kvalitativ studie av McIver et al. (2009), undersøkte dei kvinners erfaringar med eit 12-vekers yogabasert behandlingsprogram for 25 overvektige kvinner med overspisingslidelse. Kvalitative analysar basert på loggbøkene til deltakarane viste at det skjedde ei positiv endring i korleis kvinnene såg på mat. Studien viste at yogaprogrammet bidrog til å få eit betre forhold til mat og vere meir til stades i måltidet framfor å føle seg "fråkopla" sjølve opplevinga av å spise. Mellom anna betydde dette praktisk sett å redusere det totale matinntaket, senke farta på spisinga og å gjere betre matval. I tillegg rapporterte kvinnene at dei hadde fått eit større kjensle av fysisk velvere. Funna tyder på at yoga kan føre til positive endringar i nærværet til mat for kvinner med overspisingslidelse (McIver et al., 2009).

2.4.2 Pasientars erfaringar med å bli frisk frå ei spiseforstyrning

Sidan det er lite dokumentasjon på erfaringar med spesifikke behandlingstilbod, kan det vere nyttig å sjå nærare på pasientars generelle erfaringar med å bli frisk frå ei spiseforstyrning. "Å bli frisk" kan definerast på mange ulike måtar. Både i forskning og i klinisk verksemd er det vanleg å nytte diagnosekriterium for å klassifisere ein pasient som sjuk eller frisk. Mange argumenterer for viktigheita av pasientens eiga oppfatning av kva det inneber å vere frisk, og i studiar som har utforska dette, har pasientar uttrykt at det å bli frisk i stor grad inkluderer psykologiske, emosjonelle og sosiale

dimensjonar, og ikkje berre spiseåtfærd og vekt (Björk & Ahlström, 2008; Noordenbos & Seubring, 2006; Pettersen & Rosenvinge, 2002).

Björk og Ahlström (2008) gjorde kvalitative intervju med 14 kvinner med tidlegare AN, BN eller uspesifikke spiseforstyrningar, no sjølvverklært friske. Resultata viste at kvinnene på ulike måtar hadde fått eit avslappa og akseptierende forhold til mat, til kropp og seg sjølv, samt eit fungerande sosialliv. Studien viste også at tilfriskinga handla om å lære å takle eigne kjensler. Nokre opplevde faktisk å få eit sunnare forhold til mat og vekt enn andre. Eit viktig funn var at kvinnene opplevde å ha eit ekstra oppmerksomt forhold til eigne ønskjer, å la seg sjølv få oppleve glede og å prioritere seg sjølv framfor å tilfredsstille andre. Forfattarane peikar på at slike positive endringar på fleire område i livet kanskje er ei følgje av auka sjølvtilitt som vidare legg grunnlaget for å ta meir ansvar over sitt eige liv (Björk & Ahlström, 2008).

I ein annan svensk studie vart fem kvinner intervjuet om deira erfaringar med å bli frisk frå bulimi (Lindgren et al., 2014). Eit sentralt funn var ein sterk ambivalens til å legge sjukdommen bak seg, og å veksle mellom å vere veldig motivert og å miste alt håp om å bli frisk. Å takke ja til hjelp og støtte frå familie, venner og profesjonelle, samt auka sjølvbevisstheit og kunnskap om kva som hadde ført til sjukdommen, var avgjerande for at tilfriskingsprosessen kunne begynne. Prosessen var tidkrevjande og ikkje lineær. Å auke trua på eigne evner og å godta seg sjølv vart skildra som viktige ledd i å bli frisk, samt å finne eigne strategiar for å hindre tilbakefall. Basert på resultata peikar forfattarane på viktigheita av at terapeuten gir pasienten støtte til å bygge opp ei tru på eiga meistringsevne og kapasitet. I likskap med Pettersen et al. (2011), argumenterer dei for at ei ”empowering-tilnærming” i behandlinga er fruktbart fordi det kan auke sjølvtilitten og sjølvkjensla til individet (Lindgren et al., 2014).

Empowerment er eit omgrep som har fleire tilnærmingar og bruksområde. Sjølv om mellom anna myndiggjering og styrking har vore føreslått som norske oversettingar, er det ingen norske ord som dekkjer meiningsinnhaldet fullstendig, og det engelske omgrepet er difor mest i bruk (Walseth & Malterud, 2004). Opphavet til omgrepet er politisk, og vart nytta i den amerikanske borgarrettskampen som ei etablering av motmakt – det motsette av undertrykking (Askheim, 2007; Thesen & Malterud, 2001). I Noreg har empowerment blitt brukt i helsefremjande samanheng sidan 90-talet, og blir

nytta i arbeid med ulike grupper som står i ein avmaktsposisjon, for eksempel innvandrarakar, rusmisbrukarakar eller personar med psykiske lidingar (Askheim, 2007). Som strategi i norsk folkehelsearbeid betyr empowerment å gjere folk i ulike situasjonar i stand til å definere sine egne problem og finne sine egne løysingar i fellesskap med andre (NOU, 1998:18).

Empowerment kan brukast både på gruppe- og individnivå, og kan som nemnt også vere ei tilnærming i behandling av spiseforstyrningar (Lindgren et al., 2014; Pettersen et al., 2011). Å bruke empowerment i medisinsk eller terapeutisk verksemd kan gje eit strukturert grunnlag for møtet og gje pasientens større styrke til å bruke egne ressursar til å meistre sjukdommen (Walseth & Malterud, 2004). I FAKT-studien er ikkje empowerment nytta som tilnærming, men ein jobbar likevel med strategiar som samsvarar med meiningsinnhaldet i omgrepet; mellom anna å gjere individet i stand til å definere og bli bevisst på sin eigen situasjon og åtferdsmønster, og gjennom teoretisk læring og praktiske øvingar legge til rette for å identifisere strategiar og ressursar som kan førebygge og takle symptomatisk åtferd.

3 Metode

3.1 Kontekst og metodeval

Denne kvalitative studien er ein del av FAKT-studien sine utfallsmål knytt til brukarerfaringar. Problemstillinga tek sikte på å utforske og skildre nyansane i erfaringane til deltakarane som fekk fysisk aktivitet og kosthaldsterapi, og det er vurdert som føremålstenleg å nytte kvalitative, semistrukturerte intervju som metode med ei deskriptiv, dvs. skildrande tilnærming. Kvalitativ forskning inneber imidlertid alltid *både* skildring og tolking, og sjølv om målet her ikkje er å finne underliggande meiningar i utsegna til deltakarane på eit fortolkande nivå, er det viktig å vere klar over at skildringar alltid vil vere farga av forskarens tolking og all tolking bygger på skildringar (Malterud, 2011).

Den overordna FAKT-studien er ein randomisert, kontrollert studie som samanliknar effekten av gruppebasert kognitiv åtferdsterapi (CBT) med eit nyutvikla behandlingstilbod; rettleia fysisk aktivitet og kosthaldsterapi (FAKT) (Mathisen, 2014). Studien inkluderer kvinner med BN, BED og OSFED mellom 18 og 40 år. Øvrige inklusjon- og eksklusjonskriterium blir presentert i kapittel 3.3.1. Deltakarane blir blokkrandomiserte til CBT eller FAKT, og fordelt i terapigrupper på fem til åtte personar. Behandlingslengda er lik for begge grupper, med 20 treff på 16 veker. Fysisk aktivitet og kosthaldsterapi består normalt av ei felles treningsøkt, hovudsakleg styrketrening, med påfølgande kosthaldsterapi med førehandsbestemt tematikk. Deltakarane får heimelekser i form av eit treningsprogram for styrke og kondisjon, samt konkrete oppgåver for å forbetre eige kosthald og takle symptomatisk åtferd.

3.2 Førforståing

Forståinga av data som ein utviklar gjennom forskingsprosessen, må sjåast i samanheng med førforståinga ein tek med seg inn i prosjektet (Thagaard, 2013). Førforståinga består av erfaringar, hypotesar, fagleg perspektiv og teoretiske referansar (Malterud, 2011). I FAKT har eg vore ein del av behandlingsteamet, og hatt rolla som testansvarleg og treningsterapeut. Dette inneber møter med deltakarane ein til to gonger i veka gjennom 16 behandlingsveker, som over tid har resultert i gode og tillitsfulle relasjonar. Eit godt tillitsforhold mellom treningsterapeut og deltakar kan auke sannsynet for at

treningssituasjonen fungerer og bidra til opplevd trivsel, meistring og progresjon, som behandlinga mellom anna har hatt til føremål.

Femårig utdanning i fysisk aktivitet og helse gir både kunnskap og praktisk erfaring om fysisk aktivitet som behandling av ulike lidingar. I denne samanhengen får ein også erfare dei positive effektane tilpassa fysisk aktivitet og ulike typar livsstilsending kan ha. Ei slik førforståing legg grunnlaget for å ha forventningar om at deltakarane i FAKT skal få nyttige verktøy i form av både teoretisk og praktisk kunnskap om fysisk aktivitet og kosthald, som vidare kan bidra til å ta viktige steg for å bli frisk. Føremålet med intervjustudien er imidlertid å få fram *nyansar* i deltakarane sine erfaringar med å delta i behandlingsstudien, og dette har vore eit bevisst fokus gjennom forskingsprosessen.

3.3 Utval

3.3.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterium

Dei gjeldande inklusjon- og eksklusjonskriteria for den overordna behandlingsstudien er gitt i tabell 1. Utvalet til denne intervjustudien er gjort blant deltakarar som har fått fysisk aktivitet og kosthaldsterapi, og inkluderer altså ikkje deltakarar frå intervensjonsgruppa som har fått CBT. For å bli inkludert til kvalitativt intervju var det også eit krav å ha delteke på minst 80% av gruppemøta. Dette kravet skulle sikre at intervjupersonane hadde erfart å vere med på behandlingsstudien over lengre tid og slik fått opplevd betydeleg kontinuitet, variasjon og progresjon i både treningsopplegg og kosthaldsrådgiving.

Tabell 1: Inklusjon- og eksklusjonskriterium for FAKT-studien

Inklusjonskriterium	Eksklusjonskriterium
- Kvinner mellom 18 og 40 år	- EDE-Q score under cut off for diagnose
- KMI 17,5-35	- Deltakarar som ikkje kan delta medan studien pågår
- DSM-5 Bulimia Nervosa, mild og moderat alvorgrad, hhv, 1-3 eller 4-7 bulimiske episoder/veke, sjukdomslengde minst 3 mnd.	- KMI >35
- DSM-5 Overspisingslidelse, mild og moderat alvorgrad, hhv, 1-3 eller 4-7 overspisingsepisoder/veke, sjukdomslengde minst 3 mnd.	- Graviditet/planlagt graviditet det første året
- DSM-5 OSFED; type 1 (atypisk AN med normalvekt) og type 2 og 3 (BN og BED med sjukdomslengde <3 mnd.)	- Idrettsutøvar på nasjonalt/internasjonalt nivå
	- Deltakarar som siste 2 år har gjennomført, eller som no går i kognitiv eller annen form for terapi for spiseforstyrning
	- Dersom eitt eller fleire av følgjande forhold kjem fram i intervju: behandlingstrengande og eventuelt i behandling for alvorlig depresjon, personlegdomsforstyrning, rusmisbruk, suicidal problematikk, tvangsliding, ulike angstlidingar
	- Bustadadresse med maksimum 1,5 time kjøreavstand frå Oslo

3.3.2 Utvalsprosedyre og endeleg utval

I intervjustudien er det gjort eit strategisk utval med ønskje om å intervjuje deltakarar som er eigna til å utforske problemstillinga på ein reflektert og utfyllande måte (Malterud, 2011). Sidan problemstillinga har teke sikte på å skildre eit mangfald av deltakarane sin erfaringar, vart det vurdert som hensiktsmessig å gjere eit utval med variasjon i alder og type spiseforstyrning. Det var også eit mål å intervjuje deltakarar som hadde ulik erfaring med fysisk aktivitet.

Tid, omfang og ressursar la føringar for utvalstorleiken, og til saman fem deltakarar vart intervjuja (Thagaard, 2013). Imidlertid er det viktig å påpeike at målet i kvalitativ forskning ikkje er å intervjuje så mange som mogleg, men å sørge for at utvalet kan svare tilstrekkeleg på forskingsspørsmåla og å jobbe for at kunnskapen kan vere gjeldande

også utanfor den særskilde forsakingssituasjonen (Malterud, 2011). Utvalet bestod både av personar med BN, BED og OSFED. Dei hadde ulik grad av problematikk og erfaring knytt til fysisk aktivitet; ei hadde aldri vore spesielt fysisk aktiv, medan ei anna trena regelmessig utan at det var ein stor del av sjukdomsbiletet. For ei hadde trening alltid berre vore eit middel for å slanke seg i periodar, og for dei to siste vart overdriven trening nytta som kompensatorisk åtferd. Intervjupersonane var mellom 24 og 32 år på intervjutidspunktet.

3.4 Intervjuguide

Intervjuguiden vart utforma i fellesskap med ein medstudent som gjennomførte kvalitative intervju med andre deltakarar i FAKT (vedlegg 4). Den bestod av tre hovudtema som hadde til hensikt å få fram kunnskap om erfaringane til deltakarane, og var knytt til forventningar og tilfredsheit, opplevd nytteverdi og individuelle og gruppeorienterte erfaringar. Intervjuguiden var semistrukturert med nokre få førebudde spørsmål og stikkord tilhøyrande kvart hovudtema. Det semistrukturerte oppsettet gav rom for å gå utanfor malen og stille relevante oppfølgingsspørsmål og endre rekkefølga på tema i samsvar med det intervjupersonen svarte (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.5 Gjennomføring av intervju

Intervjua vart gjennomført ein til to månader etter avslutta behandlinga, og fann stad på møterommet som deltakarane hadde nytta fast til kosthaldsterapi. Føremålet var å legge opp til at intervjuet føregjekk i trygge omgjevnader der det å dele erfaringar var naturleg. Intervjua vart tatt opp på lydband med samtykke frå intervjupersonen. Ved innleiing av eit nytt tema, vart det stilt relativt opne spørsmål for å gje intervjupersonen høve til å fritt presentere sine synspunkt og erfaringar (Thagaard, 2013). Vidare vart det stilt oppfølgingsspørsmål som oppfordra til å dele erfaringar i form av eksempel, konkrete hendingar og rike skildringar. Ved å legge inn regelmessige pausar vart det òg lagt opp til at intervjupersonen skulle få tid til å reflektere og sjølv ta ordet. For å skape ein tillitsfull intervjusituasjon og motvirke det asymmetriske forholdet eit intervju er prega av (Kvale & Brinkmann, 2009), vart det lagt vekt på å skape ei fortruleg atmosfære der intervjupersonen kunne dele erfaringar utan å føle seg eksponert. Intervjua hadde ei varigheit på 37-66 minutt, i gjennomsnitt 52 minutt.

3.6 Transkribering

Å transkribere intervju frå tale til tekst er ein viktig del av den heilskaplege tolkingprosessen, og er mykje meir enn ei passiv og teknisk handling (Malterud, 2011). Transkripsjonen vart gjort den påfølgande dagen etter intervju for å reflektere over korleis intervjuteknikk og intervjuguide kunne forbeistrast og spissast i forhold til problemstillinga. Transkripsjonar kan seiast å vere svekka og dekontekstualiserte versjonar av intervjusituasjonen, fordi tekstversjonen manglar menneskelege uttrykksmåtar som kroppsspråk, stemmeleie og pust (Kvale & Brinkmann, 2009). Målet er likevel at teksten best mogleg skal ivareta det opphavlege materialet og den heilskaplege intervjusituasjonen (Malterud, 2011). Intervjua er skrivne ut verbatim, altså ord for ord slik dei kan høyrast på lydbandet. Pausar, latter, sukk, gjentakningar og ustrukturerte setningar som er vanleg i munnleg uttrykksform er teke med. Sjølv om skriftspråket her er nynorsk, har intervjua blitt transkriberte på bokmål fordi det ligg nærare talespråket til intervjupersonane. Dette for å minimere både systematiske og tilfeldige feil med opphav i skilnaden mellom tale og målform. Etter transkribering vart intervjua lest gjennom og kryssjekka opp mot lydbandet.

3.7 Grunnlagskrav for utarbeiding av vitenskapleg kunnskap

Malterud (2001) framhever refleksivitet, validitet og relevans som viktige grunnlagskrav for vitenskapleg kunnskap. Å vere refleksiv handlar om å vise vilje og evne til å setje spørsmålsteikn ved eigne framgangsmåtar og konklusjonar i form av tvil og ettertanke (Malterud, 2011). Dette har vore forsøkt gjort gjennom grundig skildring og aktiv refleksjon rundt eigen førforståing, val og framgangsmåte undervegs i forskingsprosessen.

Validitet handlar om å vere kritisk til at dei tolkingane ein kjem fram til er gyldige i forhold til den verkelegheita ein har studert, og blir gjort gjennom å klargjere moglegheitene og avgrensingane ved det ein har kome fram til (Malterud, 2011; Thagaard, 2013). Den interne validiteten er eit spørsmål om ein har undersøkt det ein meinte å undersøke (Malterud, 2011). Val av metode, analyseverktøy og framgangsmåte er nøye gjennomtenkt og gjort greie for. Den eksterne validiteten gjeld graden av overførbarheit (Malterud, 2011), som også er nært knytt til utvalet og konteksten prosjektet skjer i. Gjennom å gjere eit strategisk utval har ein i denne studien forsøkt å

gjennomføre intervju med deltakarar med ulike typar spiseforstyrningar, livssituasjonar og erfaringar, og slik styrke graden av overførbarheit. For å oppfylle kravet om relevans er det gjort greie for føremålet med studien og kva resultata kan bidra med for omgjevnadane. Prosjektet sin relevans står difor i samanheng med i kor stor grad resultata er overførbare utover eigen forskingssetting (Malterud, 2011).

Ei kritisk vurdering av kor påliteleg forskning, og dermed også den vitskapelege kunnskapen er, blir ofte omtala som studien sin reliabilitet. Omgrepet refererer i utgangspunktet til spørsmålet om ein annan forskar som nyttar same metode vil kome fram til same resultat, men det er omdiskutert kor relevant det er å stille dette kravet i kvalitativ forskning fordi det er naturleg å agere og reagere forskjellig i relasjon til ulike intervjupersonar til ulike tidspunkt (Thagaard, 2013). Dersom målet var å gjere alt likt frå gang til gang, hadde viktig informasjon gått tapt. I staden er det jobba aktivt for å auke transparensen for lesaren – altså å gjere greie for alle sider av forskingsprosessen. Dette forsøket på å gjere kunnskapsutviklinga ”gjennomsiktig” bidreg også til å auke *intersubjektiviteten*, som er eit overordna mål i all forskning (Malterud, 2011). Dette vil seie at kunnskapen skal kunne delast med andre og at det skal vere mogleg å få innsikt i og forstå heile forskingsprosessen (Malterud, 2011).

3.8 Etiske omsyn og personvern

Den overordna behandlingsstudien, FAKT, er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i forkant av studieoppstart, og intervjustudien inngår her (vedlegg 1). Godkjenninga inneber at vilkåra i Helseforskningslova og Helsinki-deklarasjonen er oppfylt, og protokollen er meldt inn til den internasjonale databasen for kontrollerte studiar; www.clinicaltrials.org (NCT02079935) (Mathisen, 2014).

Tre faktorar er særleg viktige når det gjeld personvern; samtykke, konfidensialitet og vurdering av konsekvensar (Thagaard, 2013). Prosedyrar for å ivareta personvernet til den enkelte intervjuperson blir skildra i det følgjande. Intervjupersonane signerte eit informert samtykke i forkant av intervjuet. Her vart dei informert om føremålet med studien, og at informasjonen dei gav frå seg vart rekna som sensitiv og ville bli behandla konfidensielt. Dei vart også gjort oppmerksom på at dei kunne trekkje seg når

som helst om ønskeleg. Alt datamateriale som omhandlar intervjupersonane, både lydband og tekst, er oppbevart med varsemd i låst skap eller på passordbeskytta datamaskin. Intervjupersonane er aldri nemnt med namn eller andre direkte gjenkjennande opplysningar. Å intervju personar med spiseforstyrningar er krevjande fordi ein må ta steget inn i eit svært personleg territorium som kan innehalde mange sårbare og vanskelege tankar og opplevingar. Det vart difor fokusert på å vere varsam, audmjuk og forståingsfull, og det vart lagt opp til at intervjupersonane sjølv fekk styre kor mykje dei ville dele slik at intervjusettinga ikkje skulle medføre ulemper for dei. Ein klar fordel for intervjupersonane var at dei fekk reflektere over deltakinga i behandlingsstudien og potensielt fekk tydeliggjort for seg sjølv kva slags erfaringar og verktøy dei sit att med i etterkant.

3.9 Analyse

Studien har nytta systematisk tekstkondensering (STC) for å analysere datamaterialet. STC er ei datastyrt analyseform, noko som inneber at intervjupersonane sine utsegn er sett i fokus og kategorisert med mål om å reorganisere teksten for at meiningsinnhaldet skal kome til syne (Malterud, 2011). Dette betyr at ein ikkje er styrt av teoriar i forkant eller undervegs i analysen. STC er ei tverrgående, tematisk analyseform, som inneber at analysen går på tvers i datamaterialet for å identifisere ulike tema (Malterud, 2011). Å nytte STC legg til rette for ei skildrande framfor tolkande analyse, og dette går overeins med problemstillinga og den deskriptive tilnærminga som er valt.

Trinn 1 – Heilskapsinntrykk

Første trinn var å få overblikk over det samla datamaterialet på totalt 54 transkriberte A4-sider. Dette vart gjort ved å lese gjennom alle intervju, og som Malterud (2011) legg vekt på; å bevisst motstå all trong til å systematisere. Her vart det òg, i den grad det er mogleg, jobba aktivt for å sette eiga førforståing i parentes (også kalla bracketing) (Malterud, 2012). Etterkvart tok fem midlertidige tema form; *auka kunnskap, eit nytt forhold til mat, trening som meistringsarena, gruppeklima og sjølvvinnsikt*.

Trinn 2 – Meiningsberande einingar

Med desse fem tema som utgangspunkt, vart materialet systematisk gjennomgått på jakt etter meiningsberande einingar som kunne belyse problemstillinga. Irrelevant

informasjon vart lagt til side, medan dei tekstbitane som var meiningsberande fekk ein *kode* for å identifisere og klassifisere meininga i den. Malterud (2011) understrekar viktigheita av å ikkje velge første og beste inndelingsmåte, og det vart difor jobba fleksibelt med materialet for å vurdere kodane og eventuelt omforme eller skape nye tema og kodar. Kodinga innebar ei *dekontekstualisering* av materialet, der dei meiningsberande tekstbitane vart tekne ut frå samanhengen dei vart skapt i, systematisert og kategorisert i kodegrupper saman med andre tekstbitar som omhandla det same. Trinn 2 resulterte i fire kodegrupper; *eit nytt syn på mat, gruppeterapi på godt og vondt, eit nytt forhold til trening og auka forståing for eigen tilfriskingsprosess*. Kodegruppene vart vurderte opp mot den opphavlege teksten for å sikre at tekstbitane ikkje hadde mista den kontekstuelle meininga si på vegen.

Trinn 3 – Kondensering

Innanfor kvar kodegruppe vart det skilt ut subgrupper basert på nyansane som fanst i materialet. Eksempelvis vart det i kodegruppa *eit nytt syn på mat* identifisert tre subgrupper; *auka kunnskap om ernæring og energibehov, ufarleggjering av mat og identifisering av triggerar og strategiar*. Dei meiningsberande tekstbitane i kvar subgruppe vart deretter fortetta til ein meir generell tekst i form av eit kondensat – eit kunstig sitat. Kondensatet vart skriva i eg-form og var i stor grad basert på ord og uttrykk som deltakarane sjølv hadde brukt. Til slutt vart det valt ut eitt til to ”gullsitat” – eit reelt sitat som illustrerer meiningsinnhaldet i kondensatet.

Trinn 4 – Samanfating

I det siste trinnet vart kondensata og gullsitata brukt til å utforme ein analytisk tekst som formidlar kva kodegruppa eller *kategorien* handlar om. Kvar kategori har fått ei eiga overordna overskrift, medan subgruppene utgjer underavsnitt med tilhøyrande overskrifter og sitat som illustrerer og poengterer meiningsinnhaldet i kategorien. Dei fire kategoriane med sine underordna subgrupper utgjer resultatkapittelet. Den analytiske teksten er skriven i tredjeperson for å understreke at den er ei gjenforteljing av det intervjupersonane har formidla. Siste steg i analyseprosessen var å *rekontekstualisere* resultata opp mot det opphavlege materialet for å sikre at meiningsinnhaldet i intervjuet var ivareteke.

4 Resultat

Systematisk tekstkondensering av dei fem intervju resulterte i fire kategoriar som viser essensen av det deltakarane erfarte. Kategoriane har to til tre tilhøyrande subgrupper som viser nyansane innanfor kvar kategori (tabell 2).

Tabell 2: Kategoriar med tilhøyrande subgrupper

Kategori	Subgrupper
Eit nytt syn på mat	<ul style="list-style-type: none">- Auka kunnskap om ernæring og energibehov- Ufarleggjering av mat- Identifisering av triggjarar og strategiar
Å dele problema sine med ei samansett gruppe	<ul style="list-style-type: none">- Støtte og aksept trass individuelle skilnadar- Individuelle skilnadar tydeleggjorde eit behov for tidsrammer- Eit personleg prosjekt trass alt
Eit fornya forhold til trening	<ul style="list-style-type: none">- Trening som meistringsarena- Auka kvalitet på restitusjon og trening
Innsikt i eigen tilfriskingsprosess	<ul style="list-style-type: none">- Å ta steget inn i behandling- Ein krevjande prosess- Ei større forståing for vegen vidare

4.1 Eit nytt syn på mat

4.1.1 Auka kunnskap om ernæring og energibehov

Ei generell erfaring var at det var nyttig å få fakta på bordet. Å få grundig undervisning i kosthald og treningslære bidrog til å rydde opp i usikkerheit som mellom anna var basert på saker ein hadde lest i media. Det å alltid ha kompetente personar å spørje, vart skildra som svært nyttig. Ei kvinne med bulimi uttrykte at ho hadde vore så opphengt i diettar og spesielle måtar å trene på at det var fint å få repetert korleis det *”eigentlich skal vere”*. Fleire sa at dei no åt meir grønnsaker og protein og at dei hadde teke i bruk

tallerkenmodellen. Ei kvinne med overspisingslidelse fortalte at den auka kunnskapen hadde gjort noko med korleis hovudet angreip matsituasjonen;

”I stedet for å tenke på mat som et nytelsesmiddel, en fiende eller venn, så blir tanken på mat demontert. Man tenker på mat som næringsstoffer. Kroppen min trenger karbohydrater etter trening for å restituere, proteiner for å bygge opp musklene og cellene igjen, fett for å gi hjernen energi og ha smurning til ledd og være frisk og glad. Det har dannet en sunn helhet føler jeg – en sunn helhet i tankegangen på mat.”

Den auka kunnskapen handla også om ei betre forståing for energibehov og korleis det å få i seg tilstrekkeleg energi er avgjerande for å fungere i kvardagen. Dette betydde mellom anna å fokusere på samansetnad av matvarer og å planlegge mellommåltid, i staden for å prøve å ete minst mogleg. Nokre uttrykte at dei ikkje forstod alt dei lærte undervegs, men at dei hadde skjont meir av det i ettertid, og at det å få auka kunnskap hadde gitt gode kjensler. Deltakarane hadde òg erfaringar med å bruke det dei hadde lært i samtale med venner og familie, og opplevde å kunne lære vekk nyttig kunnskap om mat, energibehov og trening.

4.1.2 Ufarleggjering av mat

Kvinnene fortalte om at behandlingsopplegget hadde bidrege til å korrigere kva slags fokus ein skal ha på mat. Fleire sa at dei ikkje var redd for å ete lenger og at mat ikkje var like *farleg* no. For mange handla ufarleggjeringa også om å bli mindre streng med seg sjølv, og å lage rom for å ta feil.

”Jeg har vært mye mindre anspent i forhold til mat, i det hele tatt. Når jeg har spist sjokolade så har jeg ikke vært så dømmende med meg selv (...). Det er ikke sånn at jeg trenger å hate meg selv hvis jeg har spist litt sukker.”

Ufarleggjeringa av mat handla også om å ufarleggjere energibehov; ei kvinne med bulimi sa at ho hadde teke på alvor det ho hadde lært om når ein trenar hardt og lenge, så må ein ha mykje næring *den* dagen, framfor å tenke at ein har forbrent mykje og skal prøve å klare seg lengst mogleg utan å ete. Ei anna kvinne hadde erfaringar med at det å skilje spiseproblemet frå dårleg sjølvkjensle var ei slags ufarleggjering av mat:

”Å løse det å spise uten at det skal være noe som påvirker selvfølelsen sånn egentlig, det løser mye med selvfølelsen også. I stedet for å bale med det kjempestore problemet som man ikke får helt tak på, og heller begynne med mat, det har vært veldig positivt for min del.”

4.1.3 Identifisering av triggerar og strategiar

Kvinnene fortalte om at dei hadde lært seg å sjå mønstra og triggerane som fører til overspisingsepisodar eller kompensatorisk åtferd. Typiske triggerar var å vere lei seg, stressa, eller eit stort subjektivt eller objektivt matinntak. Kvinnene hadde lært seg ulike strategiar for å identifisere og takle desse triggerane. Ei sa at ho hadde lært seg å ta det med ro, og at det då verka som at alt berre falt på plass. Andre strategiar var heilt konkrete, som å ikkje gå kjempesvolten på butikken eller å handle inn for tre dagar av gangen. Ein annan strategi var å fokusere på regelmessige og store nok måltid for å sleppe å gå rundt å kjenne på svoltkjensla heile tida. For fleire betydde dette å auke karbohydratinntaket, noko som vart erfart som energigjevande, men også utfordrande;

”Før var det helt krise å spise karbohydrater, men jeg skjønnte jo at det var viktig for energibehovet og at det var derfor jeg overspiste, så jeg måtte bare terpe på det. Det var slitsomt.”

Ei kvinne opplevde at det å vere gravid var veldig triggande, og sa at ho måtte ha kontakta psykologhjelp dersom ho ikkje hadde vore med i dette behandlingsopplegget. Ei anna fortalte at ho hadde oppdaga at det var viktig å seie frå til dei rundt seg når ein er trist og lei seg, så får dei ta det som dei vil.

4.2 Å dele problema sine med ei samansett gruppe

4.2.1 Aksept og støtte trass individuelle skilnadar

Kvinnene fortalte om at det generelt hadde vore eit godt gruppemiljø. Dei opplevde at når ein har noko til felles, som i tillegg er sårbart, er det lett å knyte seg til kvarandre. Ei uttrykte at ho hadde følt tilhøyrsløse til gruppa nesten frå dag éin. Det vart erfart som frigjerande å berre kunne snakke om det, og fleire sa at dei lærte noko om seg sjølv og fekk eit anna perspektiv på ting når dei delte det med andre. Ei kvinne uttrykte det slik;

”Man aksepterer seg selv mer, når man for det første får aksept i en gruppe for de problemene man har, og når man for det andre får lov til å snakke om det uten å være redd for å bli dømt av noen. Det var ikke alle som forstod like godt, der merket jeg jo forskjell. Vi var jo ikke like vi som satt rundt det bordet, men selv om ikke alle ble like godt kjent, var alle veldig støttende.”

Nokre uttrykte at det var godt samhold i gruppa fordi alle nesten alltid var tilstades og at det difor kjentes veldig trygt. På den andre sida var det ei kvinne som fortalte om at ho sakna dette samholdet, nettopp ho hadde vore i ei gruppe der fleire hadde droppa ut av gruppa undervegs i behandlinga.

4.2.2 Individuelle skilnadar tydeleggjorde eit behov for tidsrammer

Det at gruppa var samansett av personar med ulike typar spiseforstyrningar og ulike former for problematikk, vart erfart som vanskeleg på fleire måtar. Ei kvinne med ei uspesifikk spiseforstyrning sa;

”Jeg var usikker på om jeg passet inn i gruppen, det var litt sånn todelt. Jeg kjente meg igjen i mye av det de sa om tanker og problemer, men akkurat på atferdsnivå så var det ikke det samme.”

Ei anna kvinne erfarte at ho falt utanfor gruppa fordi mange var så opptekne av kaloriar og trenar mykje, noko som var veldig ulikt hennar problematikk. Det kunne oppstå irritasjon i gruppa dersom dei individuelle skilnadane vart for store; for eksempel når ei i gruppa klaga over at ho var veldig tjukk når ho var veldig tynn. Sjølv om dei andre visste at det var ein del av spiseforstyrninga, tok dei seg nær av det. Dei individuelle skilnadane, både i type spiseforstyrning og personlegdom, gjorde at det vart ei skeivfordeling i kven som tok og hadde ordet mest;

”Jeg merket at jeg ble litt irritabel på andre deltagere som tok innmari mye plass i gruppa, som kanskje sa mye som var veldig relevant for seg selv, og ikke for alle andre. Hun burde fått en tidsramme på seg.”

Det var ei generell oppfatning at tydelegare tidsrammer ville gjort at alle fekk sleppe til og kunne følt seg trygge innanfor si eiga tidsramme. Ei av kvinnene som hadde hatt ordet mykje, opplevde at ho måtte ta ordet fordi ingen andre snakka.

4.2.3 Eit personleg prosjekt trass alt

Kvinnene fortalte at sjølv om det generelt var positivt å vere i ei gruppe, hadde dei først og fremst forpliktelsar ovanfor seg sjølv. Ei kvinne sa at det var eit personleg prosjekt, og at ein støtta dei andre dersom ein såg at dei trengte oppmuntring. Fleire var oppteken av at det var opp til kvar enkelt å ha vilje til å trå til, å vere open og reflektert for å få mest mogleg ut av behandlinga. Ei kvinne uttrykte det slik;

”Det var litt skuffende og demotiverende at folk ikke prioriterte opplegget nok. For det var veldig mye jobb (...). Men det gikk ikke så mye utover meg. Jeg tok meg av den saken selv. Man må ta litt ansvar selv, hvis man skal ha noe ut av dette.”

Kvinnene erfarte at sjølv om dei fekk informasjon og undervisning som skulle passe for alle, så fekk dei òg individuell rettleiing, og viktigeita av dette vart presisert. Dette var viktig både i form av å føle seg sett, å få råd som var tilpassa eigen situasjon og å få hjelp til å setje eit mål og å faktisk nå målet som eit resultat av at ein tok i bruk råda.

4.3 Eit fornya forhold til trening

4.3.1 Trening som meistringsarena

Gjennom behandlinga erfarte kvinnene å oppleve meistring gjennom trening, og fortalte at sjølvkjensla hadde fått ein boost av å klare ting dei ikkje hadde trudde dei skulle klare. Trening hadde også fått ein ny sosial dimensjon, både i form av å sjå verdien av å fortsette å trene saman med deltakarar frå behandlingsgruppa, og å føle fellesskap med andre på treningssenteret som ikkje har eit problem med mat. Ei av kvinnene med overspisingslidelse fortalte om at trening tidlegare berre var eit middel for å lukkast med ”prosjekt slank” - å pine seg til å gå ned i vekt, men at ho no såg verdien i å trene på ein annan måte. Ei anna hadde oppdaga at trening ikkje berre er det slitet som ho alltid har trudd, men tvert i mot veldig avslappande, og ein positiv ting for å oppretthalde kroppen

sin. Kvinnene skildra at å vere i betre form gav direkte nytte i kvardagen, for eksempel å kunne springe litt fortare og lengre for å rekke trikken – ei sa at det nesten var som å få superkrefter. Ei anna kvinne oppsummerte det slik;

”Å flytte fokus fra utseendet til at man bor i denne kroppen og at det derfor er fint at den funker som den skal, det er en veldig god aha-opplevelse. Jeg hadde forestilt meg at jeg kom til å gå ned i vekt, og det var målet mitt da jeg begynte, men det i seg selv, at jeg er fornøyd med at det ikke skjedde, det at jeg ser verdien i at jeg har endra tankegang rundt både mat og trening, det sier for meg at det er vellykka da.”

Ei av kvinnene med bulimi skildra at trening alltid hadde vore eit negativt ord, eit skjellsord, både på grunn av smerter i ryggen og fordi folk alltid hadde mast om at ho skulle ”kome seg ut og bevege seg litt”. Ho fortalte at ho gjennom behandlinga hadde fått ei god innføring i trening og ikkje var så redd for å gå inn på eit treningssenter lenger. Ein vanskeleg livssituasjon gjorde at det ikkje var lett å halde fram med rutinane ho fekk undervegs i behandlinga. Likevel uttrykte ho at trening var noko ho hadde lyst til å halde fram med;

”Jeg føler meg fortsatt dum når det gjelder trening, men jeg har på en måte skjont at det er det jeg burde og faktisk har lyst til. Spesielt løpinga ga meg en frihet i hodet, fordi jeg tenker så mye. På styrken må du stå å tenke og telle, men på løpinga, der fikk jeg min frihet, og det tar jeg med meg.”

4.3.2 Auka kvalitet på restitusjon og trening

For kvinnene som hadde nytta fysisk aktivitet som kompensatorisk åtferd, handla behandlinga mykje om å lære seg å lytte til kroppen. Støtte og rettleiing hadde vore viktig for å klare å roe seg ned og å prøve å finne *normalen*. Dei hadde gjort seg viktige erfaringar rundt det å kjenne på for lite kontra nok næringsinntak i relasjon til prestasjon og resultat av trening. Å tørre å lytte til kroppen bidrog også positivt i det sosiale livet, både i form av å kunne vere med på fleire ting, og å kunne takle endringar i planar;

”Nå begynner jeg å kjenne på kroppen hvis jeg skal trene; hvordan har jeg sovet, har jeg spist nok, hva skal jeg senere i dag, har jeg tid til det egentlig? Da er det ikke lenger

noe problem for meg å prioritere bort trening, å velge å gjøre noe annet. Det er veldig deilig å kjenne på at man kan sette seg ned og slappe av, å lage planer og ha tid til andre ting, og det er ikke krise om du ikke får trent en helg.”

For ei kvinne som hadde ei uspesifikk spiseforstyrning hadde ikkje treninga teke så stor plass i spiseforstyrningsproblematikken; trening hadde eigentleg alltid vore ein fristad, noko som skapte struktur i kvardagen og ein fin måte å bruke kroppen. Ho opplevde likevel at behandlinga bidrog til å auke kvaliteten på treninga i form av å prøve nye øvingar og å *tørre* å trene overkropp.

4.4 Innsikt i eigen tilfriskingsprosess

4.4.1 Å ta steget inn i behandling

Alle kvinnene hadde slite med spiseforstyrningane i fleire år, og nokre hadde vore innom ulike behandlingsformer tidlegare, oftast psykolog eller støttegrupper. Å ta steget inn i behandlingssopplegget vart erfart både som enkelt og vanskeleg, men alle hadde gjort viktige refleksjonar i forhold til eigen tilfriskningsprosess. Ei kvinne skildra at terskelen for å bli med hadde vore veldig høg fordi ho var spent på kven ho kom til å møte i gruppa, og fordi ho var usikker på korleis treninga kom til å bli. For fleire av kvinnene var terskelen for å bli med svært låg. Dei fortalte at dei var veldig motiverte akkurat der og då, og hadde lyst å binde seg til noko og gjere sin del av innsatsen for å bli frisk. For ei av kvinnene var denne behandlinga det første steget;

”Jeg har aldri snakket med noen om det, så jeg følte at det var en fin mulighet til å rydde litt opp i det. Jeg hadde ikke så store forventninger, det var mer sånn; nå tør jeg endelig å ta det opp og ikke bare la det ligge der.”

4.4.2 Ein krevjande prosess

Alle kvinnene skildra ulike utfordringar ved å ta i bruk det dei lærte, både undervegs i behandlinga og etterpå. Fleire av kvinnene erfarte at kosthaldsundervisninga gjekk for fort fram og at dei ikkje fekk tid til å ta inn over seg all informasjonen dei fekk. Nokre følte at det alltid var eit tidspress om å gå vidare, og at det var vanskeleg å skulle innføre mange nye vaner på kort tid. Det å måtte føre kostdagbok vart opplevd som eit

slags press, men sidan det var lagt opp til at dette var eit eige ansvar, vart det uttrykt at ein fekk eit eigarforhold til dagboka og slik såg nytteverdien av den. For nokre var det også krevjande å kombinere behandlingsopplegget med livet utanfor, som på ulike måtar ikkje alltid la til rette for at dei nye vanane og kunnskapen skulle takast i bruk. Slike hindringar var for eksempel ein stressande timeplan eller å vere utan arbeid. Nokre fekk betre oversikt over verktøya når behandlinga var over enn når ein stod midt i det. Ei sa at ho merka at ho var utsliten mot slutten av behandlinga. Ei anna kvinne sa;

”Det ble litt bråstopp når vi var ferdige. Selv om vi ble forberedt, er det alltid vanskelig å plutselig stå alene. Jeg skulle ønske vi kunne hatt oppfølging for eksempel en gang i måneden etter at vi var ferdige.”

4.4.3 Ei større forståing for vegen vidare

Kvinnene skildra behandlinga som ein del av ein tilfriskningsprosess. Dei hadde no fått eit realistisk bilete av vegen vidare for å bli frisk, og nokre hadde stor tru på å kome i mål snart. Ei kvinne sa at det som skulle ha vore verktøy ikkje hadde blitt verktøy enda, men heller nokre små og store endringar som la eit grunnlag. Ei kvinne med overspisingslidelse sa at målet hadde endra seg undervegs i behandlingsforløpet;

”Jeg føler at det har skjedd endringer i hodet mitt, og jeg tenker ikke at jeg er helt i mål, men jeg tenker at jeg er på veldig god vei. Målet mitt er ikke å bli slank lenger egentlig, målet mitt er å få ro i hodet og få ro i følelseslivet. For min del så har vel egentlig prosjektet bydd på en bevisstgjøring der da, at selv om jeg har en spiseforstyrrelse, så betyr ikke det at jeg er den spiseforstyrrelsen”.

Ei anna kvinne fortalte at behandlinga hadde fått ho til å innsjå at ho trengte meir hjelp;

”Jeg vet jo at det er ting som er gravd ned og som jeg trenger hjelp til videre. Prosjektet har satt i gang mye oppe i hodet, og jeg håper jeg kan få hjelp til det, slik at jeg ikke trenger å bruke maten som følelsesdemper. Men jeg har fått de verktøyene jeg trenger når det gjelder trening, så jeg håper jeg klarer å komme i gang med det.”

5 Drøfting

I dette kapitlet blir dei sentrale funna oppsummert og drøfta i relasjon til resultat frå liknande studiar og relevant teori. Drøftingskapitla er knytt opp til dei fire kategoriane frå analysen. Til slutt følgjer ein metodisk refleksjon rundt eiga rolle gjennom forskingsprosessen og studiens validitet, relevans og overførbarheit.

5.1 Drøfting av sentrale funn

5.1.1 Eit nytt syn på mat

Funna viser at behandlinga har bidrege til å få eit nytt syn på mat, både gjennom å tileigne seg teoretisk kunnskap om mat og energibehov, og i form av å få praktiske verkøy til bruk i kvardagen. Å tileigne seg teoretisk kunnskap gav tryggleik til å gjere hensiktsmessige matval og å tørre å ete *nok*, særleg i samband med å trene, og tryggleik til å ha betre samvit dersom ein ikkje gjorde alt ”riktig” i forhold til eigne førestillingar. Den praktiske kunnskapen innebar å vere i stand til å identifisere ulike tankemønster og triggerar, og å vere betre rusta til å takle desse ved bruk av konkrete strategiar. Resultata viser at det vart opplevd som svært nyttig å ha kompetente og trygge fagpersonar tilgjengeleg for å individtilpasse informasjon og råd, samt å få oppleve funksjonen av råda i praksis.

Desse resultata vitnar om at kvinnene har fått ei styrka tru på eigne evner til å ta riktige val, og at dei har fått auka tryggleik til å stå i vala dei har tatt. Dette kan sjåast i lys av empowerment-omgrepet som både Pettersen et al. (2011) og Lindgren et al. (2014) har peika på som eit verdifullt teoretisk rammeverk i behandling og i ein tilfriskingsprosess. Funna frå den føreliggande studien viser at kvinnene på ulike måtar har *opplevd empowerment*, ved å bli bevisst på eigne tankar og val og følgjene av dei, og vidare bli sett i stand til å mobilisere ressursar for å førebygge eller takle triggerar og vanskelege situasjonar. Dersom empowerment-tilnærminga skal vere fruktbar, er det avgjerande at terapeuten kan *avgi* makt og styring for å gjere pasienten i stand til å påverke sin eigen situasjon og oppleve auka kontroll (Hvas & Thesen, 2002). Å vere delaktig i og ha ein viss kontroll over eige behandlingsforløp er også erfart som svært viktig for pasientar sjølv (Bell, 2001; Lindgren et al., 2014; Pettersen et al., 2011). Gruppemøta i FAKT har

bestått både av generell undervisning og tilpassing av råd til enkeltindividet sine behov, og det har vore eit mål å få til ein aktiv gruppesamtale basert på erfaringsutveksling og sjølvrefleksjon hos den enkelte. Sjølv om empowerment ikkje har vore ei bevisst teoretisk tilnærming, kan det sjå ut som at gruppeterapien har ført til at deltakarane har opplevd å få auka makt over sin eigen situasjon.

Empowerment handlar imidlertid ikkje berre om styrking og mobilisering av ressursar, det handlar også om å nøytralisere kjeldene til maktesløyse (Thesen & Malterud, 2001). For personar med spiseforstyrningar handlar maktesløyse moglegvis mykje om den kontrollen spiseforstyringa har tatt over livet (Patching & Lawler, 2009), og ein terapeut kan spele ei viktig rolle i å gjere pasienten i stand til å ta tilbake kontrollen i eige liv. Den føreliggande studien fann at ei stor informasjonsmengde kombinert med tidspress og ein krevjande livssituasjon vart opplevd som noko som vanskeleggjorde å ta i bruk ressursane ein fekk gjennom behandlinga. Sidan reaksjonsmønstra og den symptomatiske åtferda hadde blitt innarbeida over lang tid, var det vanskeleg å få bukt med alt samtidig, særleg når ein hadde utfordringar i form av å vere arbeidsledig eller ein stressande kvardag med full timeplan. Dette kan tyde på at det kan vere fordelaktig dersom terapeuten også er bevisst på kva slags forhold som motverkar styrking og endring, og jobbar for å identifisere og nøytralisere desse i samarbeid med pasienten.

På denne måten kom det fram at ein tilfriskingsprosess er krevjande og ikkje lineær, i likskap med funna til Lindgren et al. (2014). Dette innebar også å godta at prosessen kjem til å ta tid og at ein har mykje igjen å jobbe med, noko som også har samanheng med å få innsikt i eigen tilfriskingsprosess (kap. 5.1.4). Resultata frå denne studien viser også at nokre fekk meir utbytte av det dei hadde lært *etter* at behandlinga var over, noko som kan vere eit teikn på at deltakarane tok i bruk dei verktøya dei sjølv fann mest verdifulle og effektive for sin situasjon, og at det var fordelaktig å sleppe tidspresset.

Resultata om eit nytt syn på mat samsvarar også med funna til Bjørk og Ahlstrøm (2008), som viste at ein viktig del av det å bli frisk frå ei spiseforstyrring handlar om å føle seg fri til å ta eigne val og å få eit avslappa forhold til mat. Lindgren et al. (2014) fann også liknande resultat, der det å "føle seg fri" innebar å ha evna til å ete usunt utan å få angst eller å få ei sterk trong til å overspise eller gjere kompensatorisk åtferd. I tillegg fann dei at å auke trua på eigne evner og godta seg sjølv var eit viktig ledd i

tilfriskningsprosessen, samt å finne sine egne strategiar for å hindre tilbakefall (Lindgren et al., 2014). På mange måtar viser resultatane i denne studien at fysisk aktivitet og kosthaldsterapi har bidrag til liknande komponentar av ein tilfriskningsprosess, som å ikkje bli satt ut dersom ting ikkje går som planlagt, og å ha konkrete strategiar for å takle triggjarar. Det innebar også å vere mindre avhengig av å *måtte* trene, og dermed også å ha større moglegheit til å finne på andre ting og ha fridom til å vere spontan.

5.1.2 Å dele problema sine med ei samansett gruppe

Resultata frå denne studien viser at det var mange positive sider ved det å vere i ei terapigruppe, mellom anna at ein opplevde å få aksept for problema sine og at ein kunne snakke fritt utan å vere redd for å bli dømt av dei andre deltakarane. Vidare viste det seg også at for nokre var dette første gang ein snakka opent om spiseforstyrringa, og at gruppa var ein arena der deltakarane følte seg trygge nok til å dele vanskelege og skambelagte erfaringar. Å utveksle råd og erfaringar med andre gjennom gruppeterapi er vist å vere viktig for å styrke håpet om at situasjonen kan bli betre (Pettersen et al., 2011; Wanlass, Moreno, & Thomson, 2005).

Samhald og fellesskap i gruppeterapi kan spele positivt inn på tilfriskningsprosessen (Wanlass et al., 2005). I denne studien kom det fram at eit godt samhald i gruppa var avhengig av at folk møtte opp over tid. I ei av terapigruppene var det dårlig frammøte og fråfall frå starten, noko som gjorde at samholdet mellom gruppemedlemma vart tydeleg svekka, og gruppa vart meir sårbar for fråver utover i behandlingsforløpet. Dette samsvarar med tidlegare funn frå studiar på gruppeterapi, der varierende oppmøte førte til at ein stadig måtte starte ”på nytt” (Wanlass et al., 2005). Fråfall er generelt eit stort problem i behandling av spiseforstyringar (Fassino, Piero, Tomba, & Abbate-Daga, 2009), og er til ein viss grad kanskje umogleg å unngå. Det er påpeika at det kan vere ein viktig strategi å gjere tydelege forventningsavklaringar mellom deltakarar og terapeut både i forkant og undervegs i behandlinga (Bell, 2001), og dette kunne moglegvis fått eit større fokus i denne terapigruppa. På den andre sida har det vist seg at *timing* på behandlinga, dvs at pasienten er villig til å bli frisk, kan vere viktig for eit vellukka behandlingsforløp og oppleving av ein positiv terapeutisk allianse (Rosenvinge & Klusmeier, 2000). Dårlig timing kan altså vere ein av grunnane til at fråfall er eit problem, også i denne studien.

Terapigruppa var sett saman av kvinner i ulike aldrar med ulike typar spiseforstyrningar og livssituasjonar. Studien viste at det vart opplevd som problematisk at det var store individuelle skilnadar i gruppa fordi det kunne bli store gap i kva slags tematikk som vart opplevd som relevant for dei ulike kvinnene. Skilnadar i kven som greip og hadde ordet mest førte til stille irritasjon i gruppa. Denne problematikken er også skildra i andre gruppeterapistudier i denne populasjonen (Pettersen et al., 2011; Wanlass et al., 2005). Det som lett kan skje er at dei sjukaste pasientane tek stor plass og blir svært emosjonelle når dei har ordet. Ei følgje av dette kan vere at andre deltakarar blir utålmodige, isolerer seg og føler seg framand i gruppa og i låg grad kjenner på fellesskap og tilhøyrse til gruppa. Sidan dette er eit trekk som går igjen i fleire studiar, kan det sjå ut som dette kan vere vanskeleg å unngå med tanke på at personar med spiseforstyrningar er ei svært heterogen gruppe. Wanlass et al. (2005) foreslår at ein ideelt sett kunne gjort ei "prescreening" av deltakarar før oppstart av gruppeterapi for å sikre betre samansetning utan for store variasjonar i alder, type spiseforstyrning og alvorgrad. Dersom dette er praktisk mogleg kan det vere eit verktøy for å skape ei meir dynamisk gruppe og betre samhald og samspel mellom gruppemedlemma.

Resultata frå denne studien viser også at det kunne vore fordelaktig dersom terapeuten hadde skapt tydelegare tidsrammer og meir konkret tildeling av tid til kvar enkelt gruppemedlem. På denne måten kan fleire føle seg trygge til å dele sine problem og erfaringar utan at det blir skeivfordeling i kven som får merksemd og bestemmer tematikken. At manglande struktur i terapisamtalen er problematisk kan ein også kjenne att frå Poulsen et al. (2010) sin studie på psykodynamisk psykoterapi, der funna viste at ein del av deltakarane opplevde at det var forvirrande og problematisk at terapeuten var lite styrande og utilstrekkelig delaktig i gruppesamtalen. Dette understrekar at denne pasientgruppa er heterogen, og for å ivareta alle gruppemedlemmene kan det i mange tilfelle vere behov for ein tydeleg struktur og klare tidsrammer.

Studien viser også at utfordringane som var knytt til dei individuelle ulikskapane likevel ikkje vart opplevd som avgjerande for utbyttet frå behandlinga. Vidare kom det også fram at deltakarane hadde ei forståing av at det var opp til ein sjølv å gjere ein innsats og *å stå i det*, og at dette var eit personleg prosjekt til trass for at terapien var organisert i ei gruppe. Sjølv om resultata viste at dei individuelle skilnadane ikkje var avgjerande i denne studien, kan dei imidlertid vere det i andre behandlingssituasjonar, og ein veit

heller ikkje kva som var grunnen til at nokre deltakarar falt frå behandlingssopplegget undervegs. Dette understrekar at det kan vere hensiktsmessig at terapeuten er oppmerksam på å ”fange opp” desse individuelle skilnadane frå starten av og å legge til rette for at kvart individ får like mykje merksemd og tid i gruppa.

5.1.3 Eit fornya forhold til trening

I likskap med det generelle biletet av pasientar med spiseforstyrningar, var gruppesamansetninga svært heterogen når det kom til fysisk aktivitetsnivå. Det kom fram at deltakarane hadde svært variert erfaring med fysisk aktivitet og trening, og ikkje alle nytta trening som kompensatorisk åtferd og/eller affektregulering. Funna viser at det kan sjå ut til at behandlinga tok ulik retning på bakgrunn av kva slags motiv dei hadde hatt for å trene, og at deltakarane på ulike måtar fekk eit fornya forhold til trening gjennom å oppleve ei hensiktsmessig regulering av treningsvolum, å oppleve meistring og å bli meir kvalitetsbevisst i forhold til eigen treningsåtferd.

Overdriven trening inneber mellom anna at åtferda skjer på kostnad av viktige hendingar, til upassande tider eller i upassande settingar (American Psychiatric Association, 2013). Hausenblas et al. (2008) argumenterer for at det ikkje nødvendigvis er treningsåtferda og treningsmengda i seg sjølv som er problemet, men det psykologiske motivet som ligg bak. Bratland-Sanda et al. (2010) fann at regulering av negative kjensler er sett på som eit viktig motiv for å trene for pasientar som driv med overdriven trening. Funna frå denne studien viser at den auka kunnskapen og opplevingane deltakarane fekk gjennom behandlinga har bidrege til å innsjå viktigheita av restitusjon for å få kvalitet på trening, og å i større grad kunne regulere treningsåtferda etter lyst og overskot. Sjølv om ein her ikkje har grunnlag for å seie at dei ikkje trenar for negativ affektregulering lenger, kan det sjå ut til at motivet for å trene har blitt meir nyansert, og at *positiv* affektregulering er viktigare enn før. Dette må også sjåast i samanheng med den auka kunnskapen om mat og energibehov. Eksempelvis handla det om å tørre å ete karbohydratar, å kjenne på kroppen om ein har overskot til å trene og å kunne endre planane om ei planlagt treningsøkt. Dette fekk også positive følgjer sosialt, ved ha meir energi og føle seg meir fri til å finne på ting. Som nemnt tidlegare er det å ”føle seg fri” ei sentral kjensle for personar som har blitt friske frå ei spiseforstyrning (Lindgren et al., 2014).

Resultata viser at dei som ikkje dreiv med overdriven trening, men derimot var inaktive eller periodisk aktive med føremål om å slanke seg, også hadde fått eit nytt motiv for å vere fysisk aktiv gjennom å få positive opplevingar i treningsssamanheng. Det ser ut til at behandlinga har ført til at ein i større grad har klart å flytte fokus frå korleis ein ser ut til kva ein får til. Studien viser også at trening hadde gått frå å vere noko ein ”måtte” eller ”burde” til å bli forbunde med noko lystbetont. Meistringskjensle knytt til eigne prestasjonar og å nå måla sine var sentralt her, samt å finne aktivitetsformer ein treivst med. Behandlinga har fokusert på å oppleve meistring, å utfordre seg sjølv og søke kvalitet i det ein gjer, og studien viser fleire eksempel på at deltakarane har positive opplevingar knytt til dette. Ein direkte nytteverdi viste seg ved å vere i betre form i kvardagen. Empowerment-tilnærminga kan også brukast i denne samanhengen, fordi behandlinga har sett fokus på kva ein kan få til med eigne ressursar. Ved å auke den teoretiske og praktiske kunnskapen om dei positive effektane av fysisk aktivitet, kan individet bli sett i stand til å nytte eigne verktøy og lukkast med ei åtferdsending. Å auke evna og *lysten* til å ta vare på kroppen sin bidreg i ei positiv retning i forhold til å bli frisk frå ei spiseforstyrning (Björk & Ahlström, 2008).

Denne studien viser også at ingen hadde negative erfaringar med treningsopplegget, anna enn at det kunne vere vanskeleg å gjennomføre alle treningsøktene dei hadde i heimelekse og å halde fram med å trene regelmessig etter at behandlinga var over. Ein strategi for å klare dette var å avtale å gjere treningsøktene saman med andre deltakarar i behandlingsgruppa og å oppretthalde desse avtalane etter at behandlinga var avslutta. Hausenblas et al. (2008), argumenterer for at fysisk aktivitet bør brukast i behandling nettopp fordi det kan betre sosiale band og relasjonar. Mange personar med spiseforstyrningar lever isolert og med redusert sosial kontakt, og fysisk aktivitet kan vere eit nyttig hjelpemiddel for å betre sosial åtferd. Det ser ut til at deltakarane har erfart sosial nytteverdi gjennom å knyte sosiale band i samband med trening.

5.1.4 Innsikt i eigen tilfriskingsprosess

Studien viser at motivet for å bli med i FAKT var variert. Uansett kva slags behandlingshistorikk ein hadde, var det å søke hjelp eit viktig signal til seg sjølv om at ein tok tak i problemet, sjølv om motivasjonen til å ta kampen mot sjukdommen varierte over tid. Å takke ja til hjelp frå vener, familie og/eller profesjonelle er vist å vere eit viktig steg i tilfriskingsprosessen (Lindgren et al., 2014). Det same gjeld å søke etter ei ny identitet og å innsjå at sjukdommen ikkje er ein del av seg (Lindgren et al., 2014), noko som også var eit tydeleg funn i den føreliggande studien.

Generelt viser studien at kvinnene hadde god innsikt i sin eigen situasjon. Dei reflekterte grundig rundt kvifor dei hadde hamna i denne situasjonen, kva som var vanskeleg og kva dei trudde måtte til for at dei skulle klare å kome seg vidare. Å klare å identifisere funksjonar og konsekvensar er ein viktig komponent i det å bli frisk (Lindgren et al., 2014). Pettersen et al. (2011) fant at psykoedukasjonsprogrammet fungerte som eit førebuande steg til å søke hjelp vidare. I den føreliggande studien viste det seg at deltakarane generelt var klare til å jobbe vidare på eiga hand ved å bruke det dei hadde lært, sjølv om enkelte gav uttrykk for eit behov for meir hjelp til å få rydda opp i underliggande psykologiske problem. Ulike forhold elles i livet gjorde det utfordrande å få nytta alt det ein hadde lært. Deltakarane skisserte eit positivt bilete av framtida, samtidig som at utfordringane var tydelege og dei gav uttrykk for at dei *godtok* at dei hadde ein krevjande prosess framføre seg.

Studien viser også at det vart ein brå overgong til kvardagen etter at behandlinga var over. Det er vist at sjølv i seinare fasar av tilfriskingsprosessen opplever mange framleis ambivalens til fortsette kampen for å bli frisk, og at ein stadig møter utfordringar som kan gjere det freistande å falle tilbake til sjukdommen (Pettersen, Thune-Larsen, Wynn, & Rosenvinge, 2013). Som deltakarane etterlyste, kan regelmessig oppfølging den første tida etter avslutta behandling, eksempelvis månadleg, difor vere hensiktsmessig for å identifisere og få hjelp til å takle nye utfordringar som dukkar opp.

5.2 Metodisk refleksjon

5.2.1 Refleksjonar rundt eiga rolle i forskingsprosessen

Det å ha vore treningsterapeut for intervjupersonane har stilt krav til å vere svært bevisst på eiga rolle gjennom heile forskingsprosessen. Å ha nærleik til stoffet kan gjere kritisk refleksjon vanskeleg, men også opne for innsikt og forståing (Malterud, 2011). Det var ein fordel for kommunikasjonen i intervjusituasjonen å ha felles referansar frå intervensjonen, og ved å ha ein god relasjon til intervjupersonen på førehand, fekk intervjuet trygge rammer frå byrjinga. På mange måtar var det òg fordelaktig å kjenne til livssituasjonen til den enkelte, og dermed forstå ”meir” enn det som vart direkte omsnakka i intervjuet. Utfordringa har vore å gjere desse skjulte forståingane tilgjengeleg for både seg sjølv og lesaren. Det har blitt jobba aktivt med å reflektere rundt denne utfordringa og å formidle dette i teksten. Før intervjuet vart det uttrykt eksplisitt at føremålet var å få fram eit spekter av erfaringar, altså *både* positive og negative, noko som er spegla i resultatane. Deltakarane har framstått som at dei ønska å dele erfaringane sine på ein ærleg måte og dei har formidla grundige refleksjonar rundt behandlinga. Å nytte systematisk tekstkondensering som analyseform har vore nyttig, fordi ein då tek utgangspunkt i eit samla tekstmateriale og slik får skapt meir avstand til enkeltpersonane og sett fokus på det tematiske innhaldet i intervjuet.

5.2.2 Intern validitet

Å nytte kvalitative intervju for å belyse problemstillinga har vore svært fruktbart fordi det har fått fram erfaringane til den enkelte deltakar, som har fått fortelje relativt fritt om opplevingane sine. I intervjusituasjonen vart det fokusert på å nytte eit enkelt og lite vitskapleg språk. Det er ein styrke at transkripsjonane vart gjort kort tid etter avslutta intervju, og ved å bruke seg sjølv som ledd mellom tale og tekst, fekk ein gjort verdifulle refleksjonar rundt materialet med intervjusituasjonen friskt i minnet. Undervegs i intervjuet vart det stilt spørsmål som oppfordra intervjupersonane til å stadfeste eller avkrefte oppfatninga av eit svar, for eksempel ”har eg forstått deg riktig dersom...?”. Slik vart svara validert undervegs, og på slutten av kvart intervju gav alle intervjupersonane tydelig uttrykk for at dei hadde fått sagt det dei ønska. Føremålet med denne studien var ikkje å gjere ein språkleg analyse på eit fortolkande nivå og difor vart det ikkje vurdert som nødvendig å nytte deltakarsjekk ved å i ettertid be deltakarane om

å gjere eventuelle detaljendringar av transkripsjonane. Denne studien er eit individuelt prosjekt, og analysen er difor utført åleine, men med innspel frå rettleiarar. Det kunne vore ein fordel for studien om analyseprosessen hadde blitt utført saman med andre forskarar for å få fleire perspektiv, refleksjonar og diskusjonar om tekstmaterialet. På den andre sida er STC i denne samanheng ei eigna analyseform fordi den legg til rette for at forskingsprosessen skal gjennomførast og formidlast på ein refleksiv og intersubjektiv måte (Malterud, 2011).

5.2.3 Ekstern validitet, overførbarheit og relevans

Den eksterne validiteten er i stor grad knytt til prosjektet si overførbarheit. Malterud (2011) legg vekt på at siktemålet for overførbarheit i kvalitativ forskning ikkje er at resultata mekanisk skal kunne overførast til ein bestemt populasjon, men at dei kan gi innsikt i ein annan samanheng. Intervju- og utvalsprosessen føregjekk trinnvis, og dette gav moglegheit til å sikre at ein var på rett kurs i forhold til å svare på problemstillinga.

Talet på intervjupersonar kunne ha vore større, men studien har ikkje tillate ei større transkriberings- og analysemengde enn dette omfanget. I kvalitativ forskning er imidlertid eit lite utval vurdert som tilstrekkeleg fordi ein ser på enkelttilfelle som uttrykk for ein større heilskap (Thagaard, 2013). Ei avgrensing med studien er at deltakarane som har droppa *ut* av behandlingssopplegget ikkje har fått delt sine erfaringar. Gruppeutfordringane som viste seg viktige i denne studien kan moglegvis ha vore ein grunn til at deltakarar droppa ut før det var over, men det er viktig å understreke at ein i denne studien ikkje har datagrunnlag til å seie noko om dette.

FAKT-studien er gjennomført som ein del av ein doktorgrad og er dermed utført i ein spesiell forskingssetting. Dersom behandlingstilbodet FAKT skal settast i gang i andre samanhengar, vil naturleg nok andre rammer og forhold vere gjeldande der. Likevel kan desse erfaringane vere gjeldande for liknande behandlingssituasjonar, og gje relevant kunnskap om kva slags omsyn som bør takast i planlegging og gjennomføring.

6 Avslutning

6.1 Oppsummering

Studien viser at behandlinga har bidrege til å få meir kunnskap om mat, trening og energibehov. Deltakarane har fått individtilpassa og teoribaserte praktiske strategiar som har styrka eigne ressursar og tryggleik til å meistre eigen situasjon. Å delta i gruppeterapi var fordelaktig i form av å få støtte og aksept for problema sine, men det vart opplevd som problematisk at det var store individuelle skilnadar i gruppa fordi det kunne bli store gap i kva slags tematikk som vart opplevd som relevant for den enkelte. Dette understreka eit behov for meir konkret tildeling av tid til kvar enkelt deltakar.

Trass ulike erfaringar og problemstillingar knytt til fysisk aktivitet før behandlinga, har positive og meistringsorienterte opplevingar av eit balansert aktivitetsnivå bidrege til å regulere motivet for å vere fysisk aktiv og å fokusere på kvalitet og meistring i større grad enn før. Resultata gir også eit tydeleg bilete av at tilfriskingsprosessen er svingande og tidkrevjande og at det er mange hinder på vegen mot å bli betre. Behandlinga bidrog likevel til ei større forståing for eigen tilfriskingsprosess, og studien viser at deltakarane hadde realistiske, men positive oppfatningar av framtida.

6.2 Implikasjonar for praksis og framtidig forskning

Intervjustudien peikar på fleire forhold som er viktige ved evaluering og forståing av den overordna behandlingsstudien og for vidare bruk av fysisk aktivitet og kosthaldsterapi som behandling av spiseforstyrningar. Funna viser at kunnskapsrike terapeutar vart opplevd som viktige for å skape tryggleik og individtilpasse råd. Ei empowerment-tilnærming kan vere fruktbart for å tydeleg sette fokus på å gjere individet i stand til å finne meistringsstrategiar og ressursar for å takle eigen situasjon. Resultata viser også at det var eit behov for tydelegare tidsstyring i gruppesamtalen slik at alle kan føle seg sett og hørt på trass av individuelle skilnadar i gruppa. Ein kan òg vurdere regelmessig oppfølging den første tida etter avslutta behandling som ei praktisk forbetring av behandlingsopplegget.

Studien har løfta fram deltakarane sine erfaringar med ei heilt ny terapiform, og ein bør halde fram med å nytte erfaringsperspektivet i behandlingsforskning for å bidra med nyansert kunnskap om terapitilbodet til denne heterogene pasientgruppa. Som påpeika tidlegare er det spesielt viktig å søke kunnskap om erfaringar med spesifikke terapiformer for å sikre at resultata har praktisk nytteverdi, og det er eit tydeleg behov for meir forskning om bruken av fysisk aktivitet i behandling av spiseforstyrningar. I framtidig forskning bør ein også undersøke erfaringane til dei som droppa *ut* av behandlinga, fordi det kan gje verdifull informasjon om forhold ved opplegget som ikkje vart opplevd som vellukka, samt kva som kjenneteiknar dei som ikkje hadde nytte av opplegget. Å gjere oppfølgingsintervju med dei fullførande deltakarane ei lengre tid etter avslutta behandling, for eksempel 1-2 år, kan gje ei utvida forståing av langtidseffektane av behandlinga.

7 Referansar

- American Psychiatric Association, A. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5 utg.). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association, A. (2005). Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Henta 8. januar, 2014, frå <http://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-report.pdf>
- Askheim, O. P. (2007). Empowerment - ulike tilnærmingar. I O. P. Askheim & B. Starrin (red.), *Empowerment - I teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bell, L. (2001). What predicts failure to engage in or drop out from treatment for bulimia nervosa and what implications does this have for treatment? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 8(6), 424-435. doi: 10.1002/Cpp.288
- Björk, T., & Ahlström, G. (2008). The patient's perception of having recovered from an eating disorder. *Health Care Women Int*, 29(8), 926-944. doi: 10.1080/07399330802269543
- Bjørnelv, S. (2014). Eating disorders in general practice. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 134(21), 2020-2021. doi: 10.4045/tidsskr.14.1293
- Bratland-Sanda, S. (2011). Physical Activity and Exercise in Bulimia Nervosa: The Two-Edged Sword. I P. Hay (red.), *New Insights into the Prevention and Treatment of Bulimia Nervosa*: InTech.
- Bratland-Sanda, S. (2012). *FRI! - Fysisk aktivitet i behandling av spiseforstyrrelser*. Bergen: ROS.
- Bratland-Sanda, S., Sundgot-Borgen, J., Ro, O., Rosenvinge, J. H., Hoffart, A., & Martinsen, E. W. (2010). "I'm not physically active - I only go for walks": physical activity in patients with longstanding eating disorders. *Int J Eat Disord*, 43(1), 88-92. doi: 10.1002/eat.20753
- Broussard, B. B. (2005). Women's experiences of bulimia nervosa. *J Adv Nurs*, 49(1), 43-50. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03262.x
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*, 100(2), 126-131.
- de la Rie, S., Noordenbos, G., Donker, M., & van Furth, E. (2006). Evaluating the treatment of eating disorders from the patient's perspective. *Int J Eat Disord*, 39(8), 667-676. doi: 10.1002/eat.20317
- Draeger, J., Yates, A., & Crowell, D. (2005). The obligatory exerciser: assessing an overcommitment to exercise. *Phys Sportsmed*, 33(6), 13-23. doi: 10.3810/psm.2005.06.101

- Fassino, S., Piero, A., Tomba, E., & Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC Psychiatry*, *9*, 67. doi: 10.1186/1471-244X-9-67
- Fossati, M., Amati, F., Painot, D., Reiner, M., Haenni, C., & Golay, A. (2004). Cognitive-behavioral therapy with simultaneous nutritional and physical activity education in obese patients with binge eating disorder. *Eat Weight Disord*, *9*(2), 134-138.
- Gulliksen, K. S., Nordbo, R. H., Espeset, E. M., Skårderud, F., & Holte, A. (2014). The Process of Help-Seeking in Anorexia Nervosa: Patients' Perspective of First Contact With Health Services. *Eat Disord*, 1-17. doi: 10.1080/10640266.2014.981429
- Hausenblas, H. A., Cook, B. J., & Chittester, N. I. (2008). Can exercise treat eating disorders? *Exerc Sport Sci Rev*, *36*(1), 43-47. doi: 10.1097/jes.0b013e31815e4040
- Hausenblas, H. A., & Downs, D. S. (2002). Exercise dependence: a systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, *3*, 89-123.
- Hay, P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012. *Int J Eat Disord*, *46*(5), 462-469. doi: 10.1002/eat.22103
- Hay, P., Bacaltchuk, J., Stefano, S., & Kashyap, P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD000562. doi: 10.1002/14651858.CD000562.pub3
- Helsedirektoratet. (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet, IS-2170*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsetilsynet. (2000). *Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Statens Helsetilsyn.
- Henriksson, J., & Sundberg, C. J. (2008). Generelle effekter av fysisk aktivitet. I R. Bahr (red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (pp. 8- 37). Oslo: Helsedirektoratet.
- Herman, B. K., Safikhani, S., Hengerer, D., Atkins, N., Jr., Kim, A., Cassidy, D., . . . Lenderking, W. R. (2014). The patient experience with DSM-5-defined binge eating disorder: characteristics, barriers to treatment, and implications for primary care physicians. *Postgrad Med*, *126*(5), 52-63. doi: 10.3810/pgm.2014.09.2800
- Hrabosky, J. I., White, M. A., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2007). Physical activity and its correlates in treatment-seeking obese patients with binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, *40*(1), 72-76. doi: 10.1002/eat.20323
- Hvas, A. C., & Thesen, J. (2002). To strengthen patient's own power and to counteract oppressive forces: Empowerment in a medical perspective. *Ugeskr Laeger*, *164*(46), 5361-5365.

- Kass, A. E., Kolko, R. P., & Wilfley, D. E. (2013). Psychological treatments for eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 26(6), 549-555. doi: 10.1097/YCO.0b013e328365a30e
- Khan, K. (2001). *Physical Activity and Bone Health*. Champaign, Ill Human Kinetics.
- Kjellmann, B., Martinsen, E. W., Taube, J., & Andersson, E. (2008). Depresjon. I R. Bahr (red.), *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (pp. 275-285). Oslo: Helsedirektoratet.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & R. Johan, Trans. 2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lindgren, B. M., Enmark, A., Bohman, A., & Lundstrom, M. (2014). A qualitative study of young women's experiences of recovery from Bulimia Nervosa. *J Adv Nurs*. doi: 10.1111/jan.12554
- Lyons, M. A. (1998). The phenomenon of compulsive overeating in a selected group of professional women. *J Adv Nurs*, 27(6), 1158-1164.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*, 40(8), 795-805. doi: 10.1177/1403494812465030
- Mathisen, T. (2014). Treatment of Eating Disorders by Physical Activity and Nutrition Counseling (FAKT). Henta 6. oktober, 2014, frå <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02079935?term=NCT02079935&rank=1>
- McIver, S., McGartland, M., & O'Halloran, P. (2009). "Overeating is not about the food": women describe their experience of a yoga treatment program for binge eating. *Qual Health Res*, 19(9), 1234-1245. doi: 10.1177/1049732309343954
- Morrison, N. (2001). Group Cognitive Therapy: Treatment of Choice or Sub-Optimal Option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(3), 311-332. doi: 10.1017/S1352465801003058
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 33(3), 611-627. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.004
- NICE. (2004). Eating disorders. National Clinical Practice Guideline CG9 *Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders*. London: Gaskell & British Psychological Society.
- Noordenbos, G., & Seubring, A. (2006). Criteria for recovery from eating disorders according to patients and therapists. *Eat Disord*, 14(1), 41-54. doi: 10.1080/10640260500296756

- NOU. (1998:18). *Det er bruk for alle - styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Orbanic, S. (2001). Understanding bulimia. Signs, symptoms and the human experience. *Am J Nurs*, 101(3), 35-41; quiz 41-32.
- Orio, F., Muscogiuri, G., Ascione, A., Marciano, F., Volpe, A., La Sala, G., . . . Palomba, S. (2013). Effects of physical exercise on the female reproductive system. *Minerva Endocrinol*, 38(3), 305-319.
- Ozier, A. D., & Henry, B. W. (2011). Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *J Am Diet Assoc*, 111(8), 1236-1241. doi: 10.1016/j.jada.2011.06.016
- Patching, J., & Lawler, J. (2009). Understanding women's experiences of developing an eating disorder and recovering: a life-history approach. *Nurs Inq*, 16(1), 10-21. doi: 10.1111/j.1440-1800.2009.00436.x
- Penas-Lledo, E., Vaz Leal, F. J., & Waller, G. (2002). Excessive exercise in anorexia nervosa and bulimia nervosa: relation to eating characteristics and general psychopathology. *Int J Eat Disord*, 31(4), 370-375. doi: 10.1002/eat.10042
- Pettersen, G., & Rosenvinge, J. H. (2002). Improvement and recovery from eating disorders: a patient perspective. *Eat Disord*, 10(1), 61-71. doi: 10.1002/erv.425
- Pettersen, G., Rosenvinge, J. H., & Wynn, R. (2011). Eating disorders and psychoeducation--patients' experiences of healing processes. *Scand J Caring Sci*, 25(1), 12-18. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00783.x
- Pettersen, G., Rosenvinge, J. H., & Ytterhus, B. (2008). The "double life" of bulimia: patients' experiences in daily life interactions. *Eat Disord*, 16(3), 204-211. doi: 10.1080/10640260802016696
- Pettersen, G., Thune-Larsen, K. B., Wynn, R., & Rosenvinge, J. H. (2013). Eating disorders: challenges in the later phases of the recovery process: a qualitative study of patients' experiences. *Scand J Caring Sci*, 27(1), 92-98. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01006.x
- Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S. I., Folke, S., Mathiesen, B. B., Katznelson, H., & Fairburn, C. G. (2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 171(1), 109-116. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12121511
- Poulsen, S., Lunn, S., & Sandros, C. (2010). Client experience of psychodynamic psychotherapy for bulimia nervosa: an interview study. *Psychotherapy (Chic)*, 47(4), 469-483. doi: 10.1037/a0021178
- Raevuori, A., Suokas, J., Haukka, J., Gissler, M., Linna, M., Grainger, M., & Suvisaari, J. (2014). Highly increased risk of type 2 diabetes in patients with binge eating disorder and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. doi: 10.1002/eat.22334

- Reiter, C. S., & Graves, L. (2010). Nutrition therapy for eating disorders. *Nutr Clin Pract*, 25(2), 122-136. doi: 10.1177/0884533610361606
- Rosenvinge, J. H. (2008). Emosjonelle vansker som spiseforstyrrelser og selvskading - hvordan kommer de til uttrykk og hvordan kan de forstås? I R. Haugen (red.), *Barn og unges læringsmiljø* (Vol. 3). Oslo: Høyskoleforlaget.
- Rosenvinge, J. H., Frostad, S., & Andreassen, O. (2012). Spiseforstyrrelser. I U. Malt, O. Andreassen, M. K. & D. Aarsland (red.), *Lærebok i psykiatri* (3 ed., pp. 561-589). Oslo: Gyldendal.
- Rosenvinge, J. H., & Gøtestam, K. G. (2002). Eating disorders - how should treatment be organized? *Tidsskr Nor Laegeforen*, 122(3), 285-288.
- Rosenvinge, J. H., & Klusmeier, A. K. (2000). Treatment for eating disorders from a patient satisfaction perspective: a Norwegian replication of a British study. *European Eating Disorders Review*, 8(4), 293-300. doi: 10.1002/1099-0968(200008)8:4<293::Aid-Erv346>3.0.Co;2-4
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 9(3), 429-448.
- 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. *Int J Eat Disord*, 40(4), 321-336. doi: 10.1002/eat.20372
- Shroff, H., Reba, L., Thornton, L. M., Tozzi, F., Klump, K. L., Berrettini, W. H., . . . Bulik, C. M. (2006). Features associated with excessive exercise in women with eating disorders. *Int J Eat Disord*, 39(6), 454-461. doi: 10.1002/eat.20247
- Skårderud, F. (2012). *Sterk/svak: Håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Gyldendal.
- Skårderud, F., Rosenvinge, J. H., & Gøtestam, K. G. (2004). Spiseforstyrrelser - en oversikt. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 15, 1938-1942.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 26(6), 543-548. doi: 10.1097/YCO.0b013e328365a24f
- Solenberger, S. E. (2001). Exercise and eating disorders: a 3-year inpatient hospital record analysis. *Eat Behav*, 2(2), 151-168.
- Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatr Q*, 33, 284-295.
- Sundgot-Borgen, J., Rosenvinge, J. H., Bahr, R., & Schneider, L. S. (2002). The effect of exercise, cognitive therapy, and nutritional counseling in treating bulimia nervosa. *Med Sci Sports Exerc*, 34(2), 190-195.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (4 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Thesen, J., & Malterud, K. (2001). Empowerment and stronger patient's position--an educational model. *Tidsskr Nor Laegeforen*, *121*(13), 1624-1628.
- Tomlinson, D., & Morgan, S. L. (2013). Eating disorders and bone. *J Clin Densitom*, *16*(4), 432-438. doi: 10.1016/j.jocd.2013.08.015
- Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Adamkova, M., Skjaerven, L. H., Catalan-Matamoros, D., . . . Probst, M. (2013). A systematic review on physical therapy interventions for patients with binge eating disorder. *Disabil Rehabil*, *35*(26), 2191-2196. doi: 10.3109/09638288.2013.771707
- Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Soundy, A., Adamkova, M., Skjaerven, L. H., . . . Probst, M. (2014). A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disabil Rehabil*, *36*(8), 628-634. doi: 10.3109/09638288.2013.808271
- Vedul-Kjelsås, E., & Gøttestam, K. G. (2004). Eating disorders in a historical perspective. *Tidsskr Nor Laegeforen*, *124*(18), 2369-2371.
- Walseth, L. T., & Malterud, K. (2004). Salutogenesis and empowerment in the perspective of general practice. *Tidsskr Nor Laegeforen*, *124*(1), 65-66.
- Wanlass, J., Moreno, J. K., & Thomson, H. (2005). Group Therapy for Eating Disorders: A Retrospective Case Study. *The Journal For Specialists in Group Work*, *30*(1), 47-66.
- Wilfley, D. E., Welch, R. R., Stein, R. I., Spurrell, E. B., Cohen, L. R., Saelens, B. E., . . . Matt, G. E. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*, *59*(8), 713-721.
- Wilson, G. T., Fairburn, C. C., Agras, W. S., Walsh, B. T., & Kraemer, H. (2002). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: time course and mechanisms of change. *J Consult Clin Psychol*, *70*(2), 267-274.
- Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *Am Psychol*, *62*(3), 199-216. doi: 10.1037/0003-066X.62.3.199

Vedlegg 1: Godkjenning frå REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Silje U. Lauvrak	22845520	16.12.2013	2013/1871/REK sør-øst D
			Deres dato:	Deres referanse:
			18.11.2013	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Til Jorunn Sundgot-Borgen

2013/1871 Behandling av spiseforstyrrelser: - en randomisert, kontrollert prospektiv studie

Vi viser til tilbakemelding fra prosjektleder, mottatt 18.11.2013, i forbindelse med ovennevnte søknad. Tilbakemeldingen ble behandlet av komiteens leder på delegert fullmakt.

Forskningsansvarlig: Norges Idrettshøgskole
Prosjektleder: Jorunn Sundgot-Borgen

Prosjektomtale

Kontrollerte behandlingsstudier, samt oversiktsartikler, viser at kognitiv terapi har et godt kunnskapsgrunnlag og er et førstevalg i behandling av bulimi, uspesifikke spiseforstyrrelser og overspisingslidelse. Søkers forskningsgruppe har i tidligere studier vist at terapeutisk ledet fysisk aktivitet reduserte bulimisyntomer like godt som kognitiv terapi, men at også kostrådgivning hadde effekt. Dette kan bety at kostrådgivning pluss fysisk aktivitet kan ha en additiv effekt som kan være like god eller bedre enn den man ser ved kognitiv terapi. Formålet med den omsøkte studien er å teste ut effekten av tre ulike behandlingsformer: 1) kognitiv terapi, 2) fysisk aktivitet og kostveiledning og 3) kontrollgruppe med behandling som vanlig hos fastlege. Det skal inkluderes 105 kvinner i alderen 18-35 år, og det skal gjøres en rekke tester som måler fysisk aktivitet, samt DXA-målinger av beinmineraltetthet, fettprosent og fettfri kroppsvekt. Studien skal måle effektendringer over 36 måneder og ta utgangspunkt i symptomendringer, brukertilfredshet og helsekostnader.

Saksgang

Søknaden ble første gang behandlet i møtet 23.10.13, hvor komiteen utsatte vedtak i saken.

Slik komiteen oppfattet søknaden, er kognitiv terapi antatt å være mest effektiv for pasienter med spiseforstyrrelser. Komiteen var derfor bekymret for om pasienter som ikke ble inkludert i denne armen, ble fratatt best mulig behandling, og ba prosjektleder redegjøre for om det var etisk forsvarlig å la en gruppe deltakere gå i tre år uten å få kognitiv terapi.

Prosjektleders tilbakemelding ble mottatt 18.11.2013.

Komiteens vurdering

Når det gjelder spiseforstyrrelser, er det god dokumentasjon på at kognitiv terapi er effektiv. I en randomisert studie skal kontrollgruppen vanligvis få beste behandling, dersom en slik finnes. I dette tilfellet vil imidlertid den realistiske kontrollgruppen være deltakere som får behandling via fastlege, siden de fleste ikke har tilgang til kognitiv terapi. Prosjektleder argumenterer godt for at alle de tre behandlingalternativene (kognitiv terapi, fysisk aktivitet og kostveiledning, og behandling som vanlig hos fastlege) er vist å ha effekt. På bakgrunn av prosjektleders tilbakemelding mener komiteen at prosjektets design er etisk forsvarlig.

Besøksadresse:
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: http://helseforskning.etikkom.no/

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

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

Komiteen anser beredskapen i prosjektet som tilfredsstillende ivaretatt. Dersom det fremkommer at en deltaker har en aktiv suicidalproblematikk, kontaktes psykiatrisk legevakt. Det vil også være en stopp-prosedyre for deltakere som ved studiestart har BMI <19 og som taper seg mer enn 2 kg. Tiltakene som gjøres dersom noen deltakere opplever ubehag ved å bli filmet under gruppeterapien er også tilfredsstillende.

Etter en helhetlig vurdering har komiteen kommet til at den godkjenner at prosjektet kan gjennomføres som beskrevet i søknad og protokoll.

Vedtak

Med hjemmel i helseforskningsloven § 9 jf. 33 godkjenner komiteen at prosjektet gjennomføres.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknad, protokoll, tilbakemelding fra prosjektleder og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Tillatelsen gjelder til 31.12.2017. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 31.12.2022. Opplysningene skal lagres aidentifisert, dvs. atskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse og omsorgssektoren».

Dersom det skal gjøres vesentlige endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK.

Prosjektet skal sende sluttmelding på eget skjema, senest et halvt år etter prosjektslutt.

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

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn på korrekt skjema via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no>. Dersom det ikke finnes passende skjema kan henvendelsen rettes på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Finn Wisløff
Professor em. dr. med.
Leder

Silje U. Lauvrak
Rådgiver

Kopi til: turid.sjostedt@nih.no; postmottak@nih.no

Vedlegg 2: Diagnosekriterium DSM-5

Bulimia Nervosa (BN)

- A. Tilbakevendande episodar av overspising. Ein episode av overspising blir karakterisert av både å
1. I ei avgrensa tidsperiode, ete mengder med mat som er markant større enn dei fleste ville ete i same tidsperiode under same forhold
 2. Opplive å miste kontroll over spisinga under episoden (for eksempel at ein kjenner ein ikkje kan stoppe eller kontrollere kva eller kor mykje ein et)
- B. Tilbakevendande kompensatorisk åtferd for å hindre vektauke, for eksempel sjølvskulda oppkast, misbruk av lakserande middel, diuretika eller andre medikament, faste eller overdriven fysisk trening
- C. Overspisinga og den kompensatorisk åtferda førekjem i gjennomsnitt minst ein gong i veka over tre månadar
- D. Sjølvevaluering er utilbørleg influert av kroppsform og vekt
- E. Forstyrringa oppstår ikkje utelukkande dersom ein oppfyller kriteria for AN

Tekstboks 1: Dei diagnostiske kriteria for BN i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)

Alvorsgraden av både BN og BED blir vurdert basert på frekvensen av høvesvis kompensatorisk åtferd eller overspisingsepisodar per veke:

Mild: Eit gjennomsnitt på 1-3 ep. av komp. åtferd/overspisingsepisodar per veke

Moderat: Eit gjennomsnitt på 4-7 ep. av komp. åtferd/overspisingsepisodar per veke

Alvorleg: Eit gjennomsnitt på 8-13 ep. av komp. åtferd/overspisingsepisodar per veke

Ekstrem: Eit gjennomsnitt på ≥ 14 ep. av komp. åtferd/overspisingsepisodar per veke

Overspisingsslidelse (BED)

A. Tilbakevendande episodar av overspising. Ein episode av overspising blir karakterisert av både å

1. I ei avgrensa tidsperiode, ete mengder med mat som er markant større enn dei fleste ville ete i same tidsperiode under same forhold
2. Opplive å miste kontroll over matinntaket under episoden (for eksempel at ein kjenner ein ikkje kan stoppe eller kontrollere kva eller kor mykje ein et)

B. Overspisinga er assosiert med tre eller fleire av følgjande:

1. Å ete mykje raskare enn normalt
2. Å ete til ein er ukomfortabelt mett
3. Å ete store mengder mat trass i at ein ikkje er fysisk svolten
4. Å ete åleine fordi ein er skamfull over kor mykje ein et
5. Å føle avsky, skuldkjensle eller vere deprimert etterpå

C. Markert uro under overspisingsepisodane

D. Overspisinga førekjem i gjennomsnitt minst ein gong i veka over tre månadar

E. Overspisinga er ikkje assosiert med tilbakevendande bruk av upassande kompensatorisk åtferd som i BN, og førekjem ikkje utelukkande dersom ein oppfyller kriteria for BN eller AN

***Tekstboks 2:** Dei diagnostiske kriteria for BED i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).*

Atypiske/uspesifikke spiseforstyrningar (OSFED)

Denne restkategorien blir nytta for å klassifisere dei tilfella som ikkje fullstendig oppfyller dei øvrige diagnosekriteria, for eksempel ved låg frekvens på kompensatorisk åtferd eller overspisingsepisodar. Dette kan for eksempel vere

1. Atypisk anorexia nervosa; alle kriterium for AN er møtt. På trass av eit signifikant vekttap, er individets vekt innanfor eller over normalområdet
2. Bulimia nervosa med låg frekvens og/eller avgrensa varigheit: alle kriterium for BN er møtt, men overspising eller kompensatorisk åtferd førekjem i gjennomsnitt sjeldnare enn vekentleg og/eller i mindre enn tre månader
3. Overspisingsslidelse med låg frekvens og/eller avgrensa varigheit: alle kriterium for BED er møtt, men overspising førekjem i gjennomsnitt sjeldnare enn vekentleg og/eller i mindre enn tre månader

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Forespørsel om å delta i studien «Behandling av spiseforstyrrelser gjennom fysisk aktivitet og kostholdsrådgivning - en kvalitativ studie av deltakernes erfaringer»

Bakgrunn og formål

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie om erfaringer ved å være med i en behandlingsstudie. Studien inngår i den undersøkelsen du deltar/har deltatt i og som ser på effekt av ulike behandlingsmåter ved spiseforstyrrelser (FAKT). Det er som deltager i denne studien du nå forespørres om du vil delta i denne «erfaringsundersøkelsen». I hovedstudien ser vi på effekt ut fra fysiske prøver og hvordan du svarer på en rekke spørreskjemaer. De subjektive erfaringer og opplevelser ved å være med i en slik behandlingsstudie er et viktig supplement til spørreskjemaer og fysiske prøver for å få et så fullstendig bilde av den samlede nytteverdi av nye behandlingsmetoder ved spiseforstyrrelser.

Hva innebærer undersøkelsen?

For å kunne delta må du samtykke til å møte frem ved Norges idrettshøgskole, der du vil bli intervjuet av mastergradsstudent Solveig Sjørdal eller Tone Skomakerstuen. Temaet under intervjuene er hvordan du har opplevd å delta i selve behandlingsstudien. Det kan være både gode og mindre gode erfaringer, og de kan være knyttet til selve behandlingsopplegget, hvordan du opplevde terapeuter eller meddeltagere eller andre ting du ønsker å trekke frem. Intervjuet varer ca. 60 min, og et samtykke innebærer at vi tar opp samtalen med deg på bånd. Lydopptaket vil senere bli skrevet ut som tekst og systematisert. .

Hva skjer med informasjonen om deg?

Det er kun intervjuerne, samt prosjektleder som har tilgang til lydbåndversjonen av intervjuet med deg, og båndene oppbevares i låssikkert skap ved Norges idrettshøgskole. Når tekstversjonen av intervjuet foreligger vil det ikke foreligge personopplysninger som direkte eller indirekte kan føres tilbake til deg som person, men både lydopptak og tekstversjon får et unikt identifikasjonsnummer. For alle deltagere i studien vil det da foreligge en «kodeliste» som kobler lydbånd- og tekstversjon. Kodelisten oppbevares på samme måte og med samme adgangsbegrensninger som selve

lydbåndene. Når alle tekstversjonene er systematisert, destrueres kodelisten. Dette vil si at de intervjuetekster som skal systematiseres er anonymisert. Tekstversjonen av alle intervjuer vi gjør i studien vil så ytterligere systematiseres, og utgjør datagrunnlaget for mastergradsoppgaven til studentene Solveig Sjørdal og Tone Skomakerstuen (altså en av dem som intervjuet deg). Deretter vil dataene danne grunnlag for artikler i vitenskapelige tidsskrifter som er offentlig tilgjengelige. Det er en mulighet for at du selv kan gjenkjenne sitater fra deg i slike publikasjoner, men slik datahåndteringen er beskrevet ovenfor og ut fra generelle krav til anonymisering i vitenskapelige artikler, vil ikke *andre* kunne vite hva nettopp du har sagt i intervjuet. Informasjonen du gir under intervjuene skal bare brukes i denne studien, ikke til andre studier med lignende eller andre formål. Det skal heller ikke gjøres koplinger til offentlige registre.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Det betyr også at du står fritt til å trekke deg når som helst uten at det får konsekvenser. Gjør du det har du rett til å kreve at opplysningene om deg blir slettet. Kravet kan imøtekommes dersom det fremmes før listen som kobler lydbåndversjonen og tekstversjonen av ditt intervju blir slettet.

Hvis du samtykker til å delta i studien ber vi deg bekrefte dette ved å undertegne vedlagte samtykkeerklæring. Når vi har mottatt erklæringen ønsker vi å kontakte deg for å avtale intervjutidspunkt..

Har du spørsmål som ikke er omtalt i dette informasjonsskrivet kan du kontakte enten prosjektleder eller en av prosjektmedarbeiderne:

Jorunn Sundgot-Borgen (professor og prosjektleder), jorunn.sundgot-borgen@nih.no

Tone Skomakerstuen, tone.skomakerstuen@gmail.com, 98 60 10 37

Solveig Sjørdal, solveig.sordal@gmail.com, 97 14 91 42

Samtykke til deltakelse i forskningsstudien;

Behandling av spiseforstyrrelser gjennom trenings- og kostholdsrådgivning

- en kvalitativ studie av deltakernes erfaringer

Jeg

.....

har lest gjennom informasjonsskrivet og samtykker herved til å delta i prosjektet.

Min deltakelse er frivillig og jeg kan på hvilket som helst tidspunkt trekke meg fra å delta. Jeg mottar ingen lønn eller annen godtgjørelse for min deltakelse.

.....

.....

Sted

Dato

.....

Signatur

Vedlegg 4: Intervjuguide

Intervjuguide

HUSK EKSEMPLER!

Briefing:

- Hensikt
- Positive OG negative erfaringer
- Intervjuets form og varighet
- Taushetsplikt og anonymisering + båndopptaker
- Presisere at spørsmålene gjelder *pakken*
- Har du noen spørsmål før vi starter?

Tema 1: Forventninger og tilfredshet med behandlingstilbudet fysisk aktivitet og kostholdsrådgivning

- Bakgrunn for påmelding
- Erfaring med fysisk aktivitet
- Forventninger? Innfridd?
- **Nytteverdi** – forandringer i hverdagen?
- Hva kunne gjort behandlingstilbudet bedre?

Tema 2: Individuelle erfaringer

- Erfaringer med å delta på trening (ulike aktiviteter) (innhold)
- Erfaringer med kostholdsrådgivning
- Erfaringer med å være med på testing
- Opplevelse av spiseforstyrrelsen
- Nye sider ved deg selv?
- Fokus endret?

Tema 3: Gruppeklima og relasjoner mellom gruppedeltakerne

- Deltakelse i behandlingsgruppe (trening + kostholdsrådgivning)
- Andre i samme situasjon
- Erfaringer med å være i gruppe kontra alene
- Konflikt? Uenighet? Usikkerhet? Eventuell håndtering?
- Noen form for press?
- Opplevelse av seg selv i gruppa
- Tilhørighet?
- Samarbeid mot et felles mål?

- Er det noe som har vært spesielt vanskelig ved å være med?
- Kan du huske om det har vært spesielle øyeblikk som har vært viktige?
- Klarer du å sette ord på hva det å delta har betydd for deg? Hvor står du nå i forhold til før du ble med?

Er det noe vi har snakket om nå som du har lyst til å utdype nærmere?

Er det noe vi ikke har snakket om som du mener er viktig å få med?

