

## SAMMENDRAG

Spiseforstyrrelse er en samling svært alvorlige psykiske lidelser som griper sterkt inn i hverdagen, både til den som rammes og til de som skal leve sammen med den syke. Blant områdene som påvirkes er forholdet til mat, kropp og fysisk aktivitet. Denne oppgaven forsøker å belyse hvilket forhold pasienter med anoreksia nervosa har til fysisk aktivitet. Gjennom intervju bidro fire inneliggende pasienter ved en spesialavdeling for pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse med informasjon om dette temaet. I disse dataene framkom det et dynamisk forhold til fysisk aktivitet, som endret seg gjennom behandlingsforløpet. De viktigste funnene i denne studien var informantenes opplevelse av å bli trigget på faktorer som forbrenning og tynnhet ved gjenopptakelse av fysisk aktivitet, samt viktigheten av felles fysisk aktivitet for regulering av både aktivitet og pause under trening. Gruppetrening var også svært viktig for informantenes opplevelse av egen kropp gjennom faktorene kroppsstørrelse og fysisk prestasjon. I tillegg var den sosiale dimensjonen ved fysisk aktivitet i fellesskap sentral for å flytte pasientenes oppmerksomhet fra egen kropp over til aktiviteten i seg selv. Det siste hovedfunnet var viktigheten av læring, gjennom å tilegne seg kunnskaper om trenings-mengde, -intensitet, restitusjon og egen kropp. Oppgaven avsluttes med en oppsummering av hvordan hovedfunnene kan bidra i tilrettelegging av fysisk aktivitet for pasienter med spiseforstyrrelse.

## FORORD

Det er ti år siden jeg høsten 2005 ble tatt opp på Mastergrad i pedagogikk. I disse årene har jeg med store unntak jobbet jevnt og tregt med pedagogikken hele veien, og har trivdes svært godt med det. Nå er det imidlertid på tide å sette punktum! Pedagogikken tar jeg med meg videre i mitt arbeid som spesialfysioterapeut og teamleder ved Habiliteringstjenesten for voksne ved St. Olav. Håpet er at den kommer pasienter, pårørende, kommunalt personell og kollegaer jeg treffer i dette arbeidet til gode. I arbeidet med fullføringen av denne mastergraden er det mange som fortjener en takk, noen av de er...

Avdelingen der jeg gjennomført studien. For å gi meg mye kunnskap i arbeidet med denne pasientgruppen, og for å gi meg tilgang på informanter. En spesiell takk til mine fire informanter, som velvillig har gitt meg innsikt i tematikken. Uten dere hadde ikke dette prosjektet vært mulig å få til!

Min arbeidsgiver St. Olav for tildeling av midler for å slutføre dette arbeidet. Særlig takk til seksjonssjef ved Habiliteringstjenesten for voksne, psykologspesialist Sidsel Jullumstrø. Du har gitt meg en uerstattelig stor fleksibilitet i arbeidet og gode ord på veien. En spesiell takk til mine teammedarbeidere spesialergoterapeut Ida W. Olsen, overlege og nevrolog Haldis I. Eid og spesialvernepleier Grethe H. Jenssen, for all støtte og avlastning på jobb i løpet av denne skriveprosessen. Dere bidrar til en utrolig god og interessant arbeidshverdag!

Mine veiledere ved Pedagogisk institutt, førsteamanuensis Anne Torhild Klomsten og førsteamanuensis Per Egil Mjaavatn. Dere har med stor kunnskap og ro vist meg en retning å gå gjennom denne prosessen. Trine Tetlie Eik-Nes - for å være tilgjengelig og gi konstruktive tilbakemeldinger på oppgaven underveis. Janne Thygesen – for utallige diskusjoner om metode, og for all latter og frustrasjon du har tatt imot over telefonen. Dere har alle gitt meg tro på at dette får jeg til!

Tuva og Syver - våre to små, men allikevel så store og viktige lyspunkter. Dere minner meg hver dag på hva som virkelig er viktig i livet! Min kjære Espen – for faglige og motiverende innspill, og for all avlastning i hus og hjem gjennom denne prosessen. Bare du vet hva dette virkelig har kostet oss av tid og energi! Jeg hadde ikke greid meg uten dere.

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1. Bakgrunn, hensikt og valg av problemstilling</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Redegjørelse for egen forforståelse</b> .....	<b>2</b>
<b>1.3 Oppbygning av forskningsrapporten</b> .....	<b>3</b>
<b>2. TEORI</b> .....	<b>4</b>
<b>2.1. Spiseforstyrrelser</b> .....	<b>4</b>
<b>2.2 Fysisk aktivitet</b> .....	<b>5</b>
<b>2.3 Fysisk aktivitet hos pasienter med spiseforstyrrelser</b> .....	<b>6</b>
<b>2.4 Fysisk selvoppfatning</b> .....	<b>10</b>
<b>2.5 Indre motivasjon</b> .....	<b>12</b>
<b>3. METODE</b> .....	<b>14</b>
<b>3.1 Kvalitativ metode</b> .....	<b>14</b>
<b>3.2 Fortolkende fenomenologisk analyse</b> .....	<b>14</b>
<b>3.3 Forskerens bakgrunn</b> .....	<b>15</b>
<b>3.4 Utvelgelse av informanter</b> .....	<b>16</b>
<b>3.5 Gjennomføring av intervjuene</b> .....	<b>16</b>
<i>3.5.1 Intervjuguide</i> .....	<b>17</b>
<i>3.5.2 Testintervju</i> .....	<b>18</b>
<i>3.5.3 Datainnsamling</i> .....	<b>19</b>
<i>3.5.4 Transkripsjon</i> .....	<b>20</b>
<b>3.6 Utvikling av kategorier</b> .....	<b>20</b>
<b>3.7 Vurdering av studiens kvalitet</b> .....	<b>22</b>
<i>3.7.1 Studiens reliabilitet</i> .....	<b>23</b>
<i>3.7.2 Studiens validitet</i> .....	<b>24</b>
<i>3.7.3 Generalisering</i> .....	<b>24</b>
<b>3.8 Ethiske vurderinger</b> .....	<b>24</b>
<b>3.9 Metodekritikk</b> .....	<b>26</b>

<b>4.</b>	<b>PRESENTASJON AV EMPIRI, ANALYSE OG DRØFTING .....</b>	<b>28</b>
4.1	Presentasjon av avdelingen .....	28
4.2	Presentasjon av informantene .....	29
4.3	Presentasjon og analyse av kategoriene .....	30
4.3.1	<i>Hovedkategori 1: Forholdet til fysisk aktivitet .....</i>	<i>30</i>
4.3.1.1	<i>Forholdet til fysisk aktivitet før sykdomsdebut .....</i>	<i>30</i>
	<i>Aktivitetsnivå .....</i>	<i>31</i>
	<i>Indre motivasjon for fysisk aktivitet.....</i>	<i>32</i>
4.3.1.2	<i>Forholdet til fysisk aktivitet i perioden før innleggelse .....</i>	<i>33</i>
	<i>Økt aktivitetsnivå.....</i>	<i>33</i>
	<i>Økt grad av tvang i fysisk aktivitet .....</i>	<i>35</i>
4.3.1.3	<i>Forholdet til fysisk aktivitet i perioden etter innleggelse .....</i>	<i>38</i>
	<i>Restriksjon på fysisk aktivitet .....</i>	<i>38</i>
4.3.1.4	<i>Forholdet til fysisk aktivitet ved gjenopptakelse av aktivitet .....</i>	<i>40</i>
	<i>Trigger til mer fysisk aktivitet .....</i>	<i>41</i>
4.3.1.5	<i>Forholdet til fysisk aktivitet i dag .....</i>	<i>42</i>
	<i>Fysisk aktivitet i fellesskap .....</i>	<i>42</i>
	<i>Sammenlikning .....</i>	<i>43</i>
	<i>Læring .....</i>	<i>45</i>
4.3.2	<i>Hovedkategori 2: Fysisk selvoppfatning .....</i>	<i>46</i>
4.3.2.1	<i>Kroppsstørrelse .....</i>	<i>47</i>
4.3.2.2	<i>Fysisk prestasjon .....</i>	<i>49</i>
<b>5.</b>	<b>TILRETTELEGGING AV FYSISK AKTIVITET FOR PASIENTER MED SPISEFORSTYRRELSER .....</b>	<b>51</b>
5.1	Intensitet .....	51
5.2	Fysisk aktivitet i fellesskap.....	52
5.3	Indre motivasjon for fysisk aktivitet .....	53
5.4	Tydligere fokus på fysisk selvoppfatning .....	54
<b>6</b>	<b>SAMMENDRAG OG KONKLUSJON .....</b>	<b>56</b>
	<b>REFERANSER .....</b>	<b>58</b>

## **VEDLEGG**

- 1: Vurdering av prosjektet i Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.
- 2: Vurdering av prosjektet i Regional etisk komitè Midt.
- 3: Skriftlig informasjon om prosjektet og samtykkeerklæring til informantene.
- 4: Intervjuguide.
- 5: Skjematisk framstilling av datamaterialet.



## 1. INNLEDNING

Skolen er en arena som omfatter en stor del av ungdomstida. Det er på skolen man lærer fag, får venner, er sammen med venner og deler synspunkter om livet utenfor og innenfor skoleinstitusjonen. Det er også gjerne i ungdomsårene mange opplever at verden framstår noe kaotisk. Enkelte gjennomgår disse opplevelsene uten at det byr på problemer, de fleste har noen episoder av ungdomsopprør, mens noen få opplever dette så sterkt og dramatisk at det utløser psykiske lidelser. Spiseforstyrrelser sees i mange tilfeller på som et forsøk på å skape kontroll i en ellers kaotisk og ukontrollerbar verden.

### 1.1 Bakgrunn for studien

Personer med spiseforstyrrelse rammes med ulik alvorlighetsgrad, fra de som fungerer så godt i hverdagen at personer utenfor ikke legger merke til lidelsen, til de som må legges inn for behandling. Skårderud, Rosenvinge & Gøtestam (2004) er opptatt av at de aller fleste pasienter med spiseforstyrrelse er personer som deg og meg, som går på skole eller arbeid hver dag, men som har en ekstra sterk kobling mellom mat, kropp og følelser. Dette innebærer at skolen som arena, og lærerne som viktige personer på denne arenaen, bør ha kunnskaper om hvordan disse lidelsene påvirker ungdommene som rammes. Kanskje kan skolen og lærerne med bedre kunnskap også bidra i tilfriskningsprosessen hos disse ungdommene?

På 1990-tallet ble flere skolebaserte modeller for forebygging av spiseforstyrrelser prøvd ut, med i beste fall minimale eller kortvarige effekter. Det ble videre diskutert hvorvidt et generelt fokus på spiseforstyrrelse i skolen heller medførte symptomopplæring og slik virket mot sin hensikt (Rosenvinge & Børresen, 2004). Når generell opplæring innen temaet er mindre aktuelt, hvilke andre tiltak har skolen å stille opp med overfor elever som opplever utfordringer rundt egen kropp, mat og aktivitet? Da fysisk aktivitet ofte er et problemområde for disse pasientene, kan gymtimene på skolen tenkes å være utfordrende både for eleven som rammes, men også for læreren som skal håndtere denne situasjonen. Kan gymtimene allikevel også sees på som en arena der man kan tilføre noe positivt til personer med spiseforstyrrelse? Med denne studien ønsker jeg å gi et bidrag til hvordan fysisk aktivitet, i skolen eller på andre fellesarenaer, kan brukes som et ledd i tilfriskningen hos pasienter med spiseforstyrrelse.

Fem prosent av unge kvinner i Norge er diagnostisert med anoreksi, bulimi eller uspesifisert spiseforstyrrelse. I tillegg antar man at mørketallene innen disse lidelsene er store (Skårderud et al., 2004). Denne studien vil omhandle pasienter med anoreksi, da det særlig er denne pasientgruppen som bruker fysisk aktivitet på en uheldig måte. Mellom 30-

80% av pasienter med anoreksi opplever å bruke fysisk aktivitet på en tvangspreg og overdreven måte (Davis, Kaptein, Kaplan, Olmstedt & Woodside, 1998). I slike tilfeller kan fysisk aktivitet trigge spiseforstyrrelsen og være et utfordrende element i behandlingen.

Både i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelse spesielt, og i psykiatrien generelt, har fysisk aktivitet fått en stadig sterkere rolle som behandlingsmetode. Betydningen av mestring, sosialt samspill og positive opplevelser som ligger i fysisk aktivitet, trekkes fram som viktige elementer i en behandlingssituasjon (Martinsen, 2011). For pasienter med spiseforstyrrelse sees lav selvoppfatning på som en hovedutfordring (Danielsen & Rø, 2012; Martinsen, 2011) og slik kan fysisk aktivitet tilrettelagt for å oppnå gode mestringserfaringer tenkes å være et ledd i tilfriskningsprosessen.

Hovedtemaet for denne oppgaven er hvordan pasienter med anoreksia nervosa opplever sitt forhold til fysisk aktivitet. Videre omhandler oppgaven hvordan man kan bruke positive sider ved dette forholdet til å tilrettelegge fysisk aktivitet for denne pasientgruppen. Problemstillingen jeg ønsker å belyse nærmere er:

*Hvordan opplever pasienter med spiseforstyrrelse sitt forhold til fysisk aktivitet, og hvordan kan aktiviteten tilrettelegges for å støtte opp om positive sider ved dette forholdet?*

## **1.2 Redegjørelse for egen forforståelse**

Som elev ved idrettslinjen på videregående skole fikk jeg diagnosen anoreksia nervosa. Jeg har selv vært en av overtrenerne i denne pasientgruppen, og brukte trening som en del av det å gå ned i vekt og håndtere negative emosjoner. I ettertid ser jeg at jeg har lært mye av min sykdomsperiode. I dag bruker jeg trening i begrenset grad for å holde en stabil vekt, og mer med tanke på å skape en helsegevinst, god form og kanskje fremfor alt et overskudd i en hektisk hverdag med jobb og familie. Å gjenskape gleden ved å være i aktivitet var en av de største og viktigste seierne i min tilfriskning fra spiseforstyrrelsen.

Gjennom egen sykdomsperiode fikk jeg erfare hvor altoppslukende en spiseforstyrrelse kan være, og det ble et mål for meg å forstå de intense mekanismene i denne sykdommen bedre. Jeg har derfor ved to anledninger jobbet i psykiatrien som miljøarbeider i avdelinger for pasienter med spiseforstyrrelse. Her fikk jeg kjennskap til teoriene bak behandlingen og erfaring i samtale med og trening av pasienter med spiseforstyrrelse. I treningen av disse pasientene opplevde jeg at fysisk aktivitet kunne være både den vanskeligste og den beste aktiviteten pasientene hadde gjennom uka. Et spørsmål som jeg ofte



satt igjen med etter gjennomført trening var hva som gjorde at enkelte aktivitetsøkter var vellykket, mens andre timer førte til at pasienter løp gråtende ut og tilbake på rommet sitt. Som fysioterapeut arbeider jeg blant annet med områdene fysisk aktivitet og kroppsbevissthet. Dette er områder som i mange tilfeller er utfordrende for personer med spiseforstyrrelse, og slik kan fysioterapi være aktuell behandling i tilfriskning av denne lidelsen. Min bacheloroppgave i fysioterapi (2009) tar også for seg spiseforstyrrelse og fysisk aktivitet, og hvordan pasienter med spiseforstyrrelse opplever flyt og objektivering under fysisk aktivitet. Jeg har i tillegg tatt Norsk Fysioterapiforbund (NFF) sitt kurs ”Spiseforstyrrelse og tvangspreget trening,” der jeg fikk større kunnskap om hva vi som fysioterapeuter kan gjøre for pasienter med spiseforstyrrelse.

### **1.3 Oppbygning av forskningsrapporten**

Denne oppgaven vil videre omhandle teori om spiseforstyrrelse og fysisk aktivitet (kap. 2), og da spesielt hva tidligere forskning sier om fysisk aktivitet for pasienter med spiseforstyrrelse. I tillegg er teori og tidligere arbeid i forhold til temaene fysisk selvoppfatning og indre motivasjon tatt med, da dette viste seg å være relevant for å behandle problemstillingen. De metodiske aspekter ved denne studien omhandles grundig i eget kapittel (kap. 3). Resultat, analyse og drøfting av datamaterialet er sammenholdt for en nøye framstilling av datamaterialet og relevant teori (kap. 4). Avslutningsvis vil hovedfunnene bli oppsummert og praktiske implikasjoner bli belyst (kap. 5 og 6).

## 2. TEORI

I dette kapittelet vil det teoretiske fundamentet som oppgaven bygger på bli gjennomgått. Det vil bli gjort rede for utbredelse, diagnosekriterier og kjennetegn ved anoreksia nervosa. Videre vil jeg se på fysisk aktivitet, og hvordan dette brukes i psykiatrien generelt og til behandling av pasienter med spiseforstyrrelse spesielt. Til slutt er det også redegjort for teori vedrørende fysisk selvoppfatning og indre motivasjon, da dette viste seg å være aktuelt i forhold til datamaterialet i denne studien.

### 2.1 Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelse er en samlebetegnelse på flere sykdommer med ulik alvorlighetsgrad. I diagnosesystemet ICD-10 kategoriseres disse sykdommene i anoreksia nervosa, bulimia nervosa, uspesifikke spiseforstyrrelser og overspisingslidelse. Som nevnt rammer spiseforstyrrelser opptil 5% av unge kvinner i Norge, og hovedsakelig kvinner i alderen 15-19 år (Skårderud et al., 2004; Bulik et al., 2006). Anoreksia nervosa er den minst utbredte spiseforstyrrelsen, med en prevalens på 0.4% blant yngre kvinner (Sosial- og helsedirektoratet, 2000). Litteraturen strides om hvorvidt forekomsten av spiseforstyrrelser er økende, eller om det er bedre kjennskap til sykdommene og økt fokus på rett hjelp til de som rammes, som er årsaken til at stadig flere tilfeller avdekkes av hjelpeapparatet (Derenne & Beresin, 2006; Skårderud, 2004). Av de pasientene som friskmeldes fra en anoreksidiagnose, vil 30 – 50% få tilbakefall innen ett år etter behandling. Bare halvparten av pasientene med en anoreksidiagnose vil være symptomfrie etter ti år, mens 25% av de diagnostiserte vil få en kronisk spiseforstyrrelse (Bergh, Brodin, Lindberg & Södersten, 2002). Dette viser at denne formen for spiseforstyrrelse er alvorlig, og med en mortalitet over en tiårsperiode opp mot 20%, er anoreksi den psykiske lidelsen med høyest dødelighet (Bulik et al., 2006). Man regner med at omtrent halvparten av dødsfallene skyldes somatiske komplikasjoner, mens den andre halvparten skyldes selvmord. Spiseforstyrrelse står for rundt 3 dødsfall i året i Norge (Sosial- og helsedirektoratet, 2000).

I det offisielle diagnoseverktøyet ICD-10 defineres anoreksia nervosa ved en kroppsvekt som holdes minst 15% under forventet vekt, eller en BMI på under 17.5. Vekttapet skal være selvframkalt, oftest gjennom sult, oppkast, overdreven trening, eller avførings- eller appetitt – dempende midler. Kroppsoppfatningen er forstyrret, og man ser seg selv som større enn man er. I tillegg kjennetegnes lidelsen av at man har en enorm frykt for

fedme, til tross for undervekt. Dersom tilstanden inntreffer i puberteten kan pasienten ha vanskelig for å nå en forventet vektøkning i vekstperioden, i tillegg til å ha en forsinket pubertal utvikling. Diagnosekriteriene inneholder også en endokrin forstyrrelse, vanligvis vist som tap av menstruasjon og seksuell interesse hos kvinner, og manglende potens og seksuell interesse hos menn. Atypisk anoreksia nervosa brukes som diagnose der ett eller flere av diagnosekriteriene mangler, men det kliniske bildet ellers er tydelig (Sosial- og helsedirektoratet, 2000).

Forskning har vist enkelte sårbarhetsfaktorer som ofte gjør seg gjeldende hos personer med anoreksia nervosa. Fairburn, Cooper, Doll & Welch (1999) fant at personlighetstrekket perfeksjonisme var sterkt relatert til denne sykdommen. Dette setter han i sammenheng med at man må være relativt hard mot seg selv for å gjennomføre et restriktivt prosjekt som anoreksia nervosa. Man så også at tidligere overvekt, få nære venner, tidlig pubertet og negativ selvoppfatning kunne spille inn på utviklingen av denne sykdommen.

Lav selvfølelse synes å være den viktigste psykopatologien i alle former for spiseforstyrrelse, mens andre symptomene regnes for å være sekundære til denne. Martinsen (2011) sier det så sterkt som at spiseforstyrrelser opprettholdes av lav selvfølelse, da pasientene nesten utelukkende baserer sin egen selvfølelse på hvordan de opplever kroppen sin. Problemet omkring selvfølelse er selvforsterkende, da spiseforstyrrelser, især når de innebærer kontrolltap i form av overspising, fører til enda større tap av selvfølelse (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Det er vist at personer som er lite fysisk aktive har lavere selvoppfatning enn personer som i større grad driver fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet kan derfor være en metode for å øke selvoppfatningen hos disse pasientene (Neumark-Sztainer, Goeden, Story & Wall, 2004).

## **2.2 Fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet kan defineres som all kroppslig bevegelse forårsaket av skjelettmuskulatur som medfører økt energiforbruk utover hvilenivå (Borge, Martinsen & Moe, 2011). I denne oppgaven regnes fysisk aktivitet som aktivitet i vid forstand, fra det å gå tur til mer organisert og intensiv trening. Helsedirektoratet anbefaler at voksne mennesker er i fysisk aktivitet med moderat intensitet i minst 150 minutter hver uke (Helsedirektoratet, 2014a). I studien til Bratland-Sanda et al. (2011) oppfylte 92% av informantene inneliggende for behandling av langvarig og alvorlig spiseforstyrrelse, de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet. Målsettingen med fysisk aktivitet er i stor grad vekst, utvikling, god helse og å redusere

risikoen for sykdommer (Helsedirektoratet, 2014a). Dette innebærer at fysisk aktivitet bør ha mye å tilby pasienter innen psykiatrien, der fysisk aktivitet kan sies å stå i en særstilling som behandlingsmetode. Når det meste annet av terapeutisk behandling dreier seg om vanskelige følelser, tanker og hendelser, kan fysisk aktivitet brukes som en positiv arena for påfyll av energi og mestringsopplevelser (Martinsen, 2011).

Borge et al. (2011) har gjennom sin studie kommet fram til klare anbefalinger for fysisk aktivitet i psykiatrien. Aktiviteten skal være lystbetont og morsom, den skal kunne gjøres sammen med andre, man skal gjerne ha gode erfaringer med aktiviteten fra tidligere, sjansen for å mestre aktiviteten skal være gode, den skal ikke koste for mye og den skal kunne utføres i nærmiljøet. Her trekkes viktigheten av glede, mestring og sosial faktor fram som sentralt for fysisk aktivitet i psykiatrien. Martinsen (2011) hevder at aktiviteter tenkt for personer med psykiske problemer bør ledes av fast ansatte som har kunnskaper om både fysisk aktivitet, mestring- og motivasjonsstrategier og kan forholde seg til personer med ulike holdninger til fysisk aktivitet. Tilbudene bør være rimelige, varierte og med vekt på lavterskelaktiviteter, foregå i utøverens nærmiljø og ha både en helseprofil og en sosial profil.

### **2.3 Fysisk aktivitet hos pasienter med spiseforstyrrelse**

Fysisk aktivitet kan være positivt og bidra i tilfriskningen av alle former for spiseforstyrrelse (Bratland-Sanda et al., 2010b). Allikevel må bruk av fysisk aktivitet som behandlingsmetode ansees som ekstra aktuell for pasienter med anoreksi, siden det er pasienter med denne lidelsen som i størst grad bruker overdreven trening som ledd i sin sykdom (Mond & Calogero, 2009). Higgings et al. (2013) fant at anoreksipasienter i den akutte sykdomsfasen var fire ganger så aktive som normalbefolkningen. Bratland-Sanda et al. (2010a) viser at til tross for at de aller fleste pasientene med langvarig anoreksia nervosa oppfyller de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet, anser de ikke nødvendigvis seg selv som fysisk aktive.

Inntil 80% av pasientene som diagnostiseres med anoreksia nervosa har overdreven trening som del av sitt symptom-bilde. Dette tallet er høyere hos pasienter med anoreksi enn i noen andre former for spiseforstyrrelse (Mond & Calogero, 2009; Davis et al., 1998). Overdreven trening er i størst grad koblet til den akutte sykdomsfasen, og flere studier har vist at personer som senere utviklet spiseforstyrrelser økte sitt aktivitetsnivå vesentlig i året før behandlingsstart (Higgings, Hagman, Pan & MacLean, 2013; Bratland-Sanda et al., 2010a; Davis et al., 1997). Det hersker ingen enighet i litteraturen om definisjonen av overtrening hos pasienter med anoreksi (Meyer, Taranis, Goodwin & Haycraft, 2011). En definisjon på overtrening som er benyttet i tidligere studier er moderat til hard aktivitet over 1 time minst 6

dager uka i en periode over 1 måned, kombinert med elementer av avhengighet til trening (Davis et al., 1997). Tegn på avhengighet til trening er grad av tvang, økende treningsmengde og opplevelsen av at treningen er ute av kontroll. Tvang i forhold til trening kan fortone seg som repetisjon av den samme treningsøkta dag etter dag, men også en sterk følelse av angst dersom man går glipp av en planlagt treningsøkt. Økende treningsmengde innebærer at personen stadig søker å trene mer enn dagen før. Dette knyttes også til opplevelsen av at treningen er ute av kontroll, da personen opplever å føle et indre press på å trene mer enn hun egentlig både har lyst og ork til (Davis et al., 1997; Bratland – Sanda et al., 2010b). Èn annen måte å definere overdreven fysisk aktivitet hos pasienter med anoreksi på, er trening som går utover annen viktig aktivitet, foregår på uegnede steder eller til uegnede tider, og opprettholdes til tross for skade eller medisinske komplikasjoner (Mond & Calogero, 2009).

De mest åpenbare motivene for fysisk aktivitet hos pasienter med spiseforstyrrelse er forbrenning, vektreduksjon og slankere kroppsfasong. De senere årene har imidlertid håndtering av negative emosjoner kommet opp som en viktig årsak til aktivitet hos disse pasientene (Bratland-Sanda, 2010b). Det er funnet at kvinner med spiseforstyrrelse har andre motiver for å være fysisk aktive enn kontrollgrupper. Kvinnene med disse sykdommene trener i stor grad for å håndtere negative emosjoner, vektreduksjon, bygge en kropp og føle seg attraktiv. Kvinnene i kontrollgruppa var i større grad engasjert i fysisk aktivitet ut ifra et helseperspektiv, og fordi de fant glede i aktiviteten (Dellava et al., 2011).

### ***Alvorlig sykdomsstatus***

Meyer (et al., 2011) trekker fram fire karakteristikk for pasienter med anoreksi som bruker overdreven trening som ledd i sin spiseforstyrrelse. Disse er økt psykopatologi, affektregulering, tvang og perfeksjonisme.

En mer alvorlig psykopatologi kan innebære en akutt sykdomsstatus, lavere BMI, lengre behandlingsforløp, dårligere behandlingsresultat og større risiko for tilbakefall. Disse pasientene rammes også av spiseforstyrrelser i yngre alder enn pasienter som ikke har overtrening som del av sin sykdomshistorie (Kostrzewa et al., 2013; Bratland-Sanda et al., 2010b). Det er vist at psykopatologien knyttet til spiseforstyrrelse var mer utpreget både ved innleggelse og utskrivelse hos overtrenerne enn hos tilsvarende pasientgruppe uten overtrening. Overdreven trening som symptom på spiseforstyrrelsen er slik ofte ett av de siste symptomene som avtar i tilfriskningsprosessen, og i de mest alvorligste tilfellene knyttes til en kronisk utvikling av spiseforstyrrelsen (Meyer et al., 2011).

### ***Affektregulering***

Skårderud (1994) ser på fysisk aktivitet hos personer med anoreksi som kroppslig utagering av psykiske konflikter. Opplevelsen av ikke å holde ut vanskelige følelser kan lede til forsøk på å ruse, sulte, spise, skjære eller trene de vekk. Overtrening kan i seg selv slik sees på som en form for selvskading (Bratland-Sanda et al., 2010b). Gjennom fysisk aktivitet får pasienter med anoreksi slik utløp for noe av den indre uroen og psykiske spenningene de opplever, ved å bruke den menneskelige kroppen som en affektiv regulator. Både Mond & Calogero (2009) og Meyer et al. (2011) støtter oppfatningen av trening som metode for håndtering av negative emosjoner hos pasienter med svært alvorlig grad av spiseforstyrrelse. Gjennom overdreven trening vil mange med spiseforstyrrelse oppleve reduserte symptomer på angst, depresjon, skyldfølelse og irritabilitet. Frykt for økt grad av negative emosjoner dersom man ikke vedlikeholder den overdrevne aktiviteten, gjør at man fortsetter overtreeningen (Meyer et al., 2011.) Håndtering av negative emosjoner sees nå i mange tilfeller på som den viktigste årsaken til fysisk aktivitet hos pasienter med spiseforstyrrelse, og en viktigere motivasjon til trening enn vektreduksjon og slankere kroppsfasong (Bratland-Sanda et al., 2010b) Bratland-Sanda et.al. (2010b; Kaye, Gwirtsman, Obarzanek & George, 1998) fant at nedgang i psykopatologiske symptomer knyttet til anoreksi korrelerte med nedgang i behovet for å regulere negative emosjoner gjennom fysisk aktivitet.

Samtidig som personer med spiseforstyrrelse bruker fysisk aktivitet for å håndtere negative emosjoner, skaper også fysisk aktivitet enkelte negative emosjoner for de samme pasientene. I mange tilfeller ønsker de ikke å trene i så ekstreme mengder som de gjør, men de klarer heller ikke å la det være. Dette skaper en ambivalens hos disse pasientene som kan være svært energikrevende (Meyer et al., 2011). En treningsøkt kan slik gi en godfølelse gjennom tilfredsstillelse av å ha forbrønt energi som ledd i vektreduksjon, men samtidig oppleves som tøff fordi det går på tvers av vedkommendes egentlige vilje, ork og energi.

### ***Tvang i fysisk aktivitet***

Tvang ble tidligere i oppgaven trukket fram som en karakteristikk ved fysisk aktivitet hos pasienter med anoreksia nervosa. Tvang i fysisk aktivitet kan sees som stereotyp og repeterende trening (Meyer et al., 2011). Giordano (2005) sier det så sterkt som at pasienter med spiseforstyrrelse vanligvis trener på en frenetisk, rituell og rigid måte. Det er vist en sammenheng mellom treningsfrekvens og symptomer på tvang og avhengighet hos pasienter med anoreksia nervosa (Davis, 2000). Man ser gjerne at den samme treningsøkten gjennomføres dag etter dag, med de samme øvelsene og på det samme stedet. Martinsen

(2011) påpeker at dette rituelle treningsmønsteret i seg selv er angstdempende. Det er vist at pasienter med anoreksi som overtrener skårer høyere på tvangsmessig personlighetstrekk, enn pasienter med anoreksi som ikke overtrener (Meyer et al., 2011).

Stor grad av planlegging av trening, og svært dårlig samvittighet dersom denne må utsettes eller avlyses, hører også inn under et tvangsmessig forhold til fysisk aktivitet. Dersom pasienter med anoreksi hindres helt eller delvis i planlagt trening kan dette bli svært utfordrende for personene. Skyldfølelse en viktig komponent i overdreven trening, og kan predikere overtrening uavhengig av faktorene angst og depresjon. Skyldfølelse ved å gå glipp av planlagt trening er sterkt relatert til spiseforstyrrelsen psykopatologi og redusert livskvalitet, og er en faktor som i sterk grad skiller personer med spiseforstyrrelse fra friske personer (Meyer et al., 2011; Mond & Calogero, 2009).

### ***Perfeksjonisme***

Perfeksjonistisk personlighetstrekk inneholder elementene streve etter høy personlig standard og tendens til selvkritikk. Personlighetstrekket knyttes til spiseforstyrrelse generelt, og pasienter med anoreksi som overtrener har en større grad av perfeksjonistisk personlighetstrekk enn pasienter med anoreksi som ikke overtrener. Perfeksjonisme er slik det personlighetstrekket som i sterkeste grad kobles til både spiseforstyrrelse og overdreven trening. Rigiditet kan sees på som en dysfunksjonell del av perfeksjonistisk personlighetstrekk. Man ser gjerne en tendens til å holde seg til tidligere og ikke-adaptive tilnæringsmåter, og dette knyttes til forsøk på å redusere angst som følge av ikke å kunne møte sin egen høye personlige standard (Meyer et al, 2011).

Meyer et al. (2011) sine fire kjennetegn på fysisk aktivitet hos pasienter med anoreksi kan alle sees som bruk av fysisk aktivitet for håndtering av negative emosjoner. Alvorlig psykopatologi innebærer i mange tilfeller forhøyet nivå av angst og depresjon, mens tvang og perfeksjonisme er handlingsmåter for å redusere angst og oppnå kontroll.

Martinsen (2011, s. 156) ser fysisk aktivitet som en aktiv og selvinitiert behandlingsmetode. ”Målet er å kunne hjelpe pasienter til å glede seg over sin egen kropp, samt å oppdage at deres psykiske helsetilstand er påvirkelig av deres fysiske aktivitetsnivå.” Hausenblas & Fallon (2006) viser at mennesker som er fysisk aktivitet har et mer positivt kroppsbilde. De forklarer dette ved at mennesker som trener lettere når det estetiske idealet ved å være tynn og veltrent, samtidig som den psykologiske virkningen av fysisk aktivitet også vil bygge oppunder et positivt kroppsbilde. De mener fysisk aktivitet er egnet for å øke selvoppfatning, og at tilpasset fysisk aktivitet derfor bør sees som en aktuell

behandlingsmetode for pasienter med spiseforstyrrelse, kombinert med tradisjonelle behandlingsmetoder. I tillegg er fysisk aktivitet en anerkjent behandlingsform for komorbide tilstander til spiseforstyrrelse som depresjon og angst (Bratland-Sanda et al., 2010b).

I en studie av Duesund & Skårderud (2003) der de så på tilpasset aktivitet til anoreksipasienter, kom de fram til enkelte faktorer som bør kjennetegne aktiviteten til denne pasientgruppen med tanke på økt selvbilde. Konkurranseselementet bør være fraværende eller lite, og det bør ikke være mulig å sammenligne sine resultater med andre. Aktiviteten bør gi fysiske utfordringer, samtidig som treningseffekten tones ned. Dette skal stimulere til bedre selvregulering av treningsmengde og -intensitet. Det var også viktig at aktiviteten gav mulighet for avspenning og avslapning, og at de inneholdt positive naturopplevelser. Et annet sentralt element er at aktiviteten skal stimulere til sosial omgang med andre. Dette er viktig, siden personer med anoreksi som vi tidligere har sett, helst trener alene gjennom sin sykdomsperiode. Denne studien fant ridning som en særlig egnet aktivitet for pasienter med anoreksia nervosa, i tillegg til ballaktiviteter, utendørsaktiviteter, klatring, slalom, dansing og avspenningsøvelser i basseng. Alle disse aktivitetene skapte et skifte i oppmerksomhet, som gjorde at pasientene flyttet fokus fra seg selv og over på aktiviteten i seg selv. De framholder sosial aktivitet som spesielt viktig for å skape dette skifte i oppmerksomhet.

## **2.4 Fysisk selvoppfatning**

Selvoppfatning er den oppfatningen en person har om seg selv, og bygger på personens oppfattelse, vurdering, forventning, tro og viten om seg selv (Skaalvik & Skaalvik, 1998). En persons selvoppfattelse er en subjektiv dimensjon, og bygger på tidligere erfaringer denne personen har, og videre hvordan disse erfaringene har blitt tolket av personen. Selvoppfatning er videre en viktig forutsetning for personens tanker, følelser, motivasjon og handling.

Shavelson et al. (1976) gir fire karakteristikk ved begrepet selvoppfatning. Selvoppfatningen er multidimensjonal ved at en person ser sine styrker og svakheter innenfor ulike område. Denne multidimensjonaliteten øker med alderen, da man i sterkere grad blir klar over og handler i forhold til sine styrker og svakheter. Selvoppfatningen er hierarkisk, for eksempel inneholder fysisk selvoppfatning ulike delområder som utseende og fysisk styrke. Til slutt er selvoppfatningen både deskriptiv i det den forteller noe kvalitativt om et menneske, og evaluerende. Evalueringen kan gjennomføres i forhold til et absolutt ideal, ens personlig beste standard, en relativ standard i sammenlikning med andre, eller forventninger fra signifikante andre.



Selvoppfatning deles av Shavelson et al. (1976) i akademisk og ikke-akademisk selvoppfatning. Ikke-akademisk selvoppfatning deles igjen inn i sosial, emosjonell og fysisk selvoppfatning. Marsh & Sonstroem (1995; Marsh, 1996) opererer med elleve kategorier for fysisk selvoppfatning, henholdsvis ni spesifikke kategorier og to generelle. De ni spesifikke kategoriene er *helse*, som omhandler hvor ofte man er syk og hvor raskt man blir frisk dersom man skulle bli syk. *Koordinasjon* går på evnen til å koordinere bevegelser og utøve disse på en smidig måte. *Aktivitet* går på hvor ofte og hvor jevnlig man er fysisk aktiv. *Styrke* karakteriseres som det å ha en kraftig kropp med mye muskulatur. *Fleksibilitet* omhandler det å kunne bevege og bøye kroppen lett i ulike retninger. *Utholdenhet* går på evnen til å løpe langt uten pause, og det at man ikke blir raskt sliten når man trener hardt. *Kroppsfett* omtales som i hvilken grad man er overvektig. *Sport* går på fysiske ferdigheter og det å være atletisk. *Utseende* omhandler det å se bra ut, og ha et pent ansikt. De fire siste karakteristikkene må antas å være ekstra viktige for pasienter med spiseforstyrrelse. De to generelle kategoriene benevnes global fysisk selvoppfatning og generell selvoppfatning. Global fysisk selvoppfatning representerer en overordnet tilfredshetsskala summert av de ni spesifikke kategoriene på fysisk selvoppfatning. Både Marsh sine egne studier og Guèrin, Marsh & Famose (2004) viser at de spesifikke kategoriene har tett sammenheng med generell fysisk selvoppfatning, men mindre sammenheng med generell selvoppfatning. Av de ni spesifikke kategoriene er det utseende og sport som i sterkeste grad korrelerer med generell fysisk selvoppfatning. Krishen & Worthen (2011) viser i sin oversiktsartikkel at fysisk aktivitet har stor påvirkning på fysisk selvoppfatning, men mindre innvirkning på global selvoppfatning. Nigg (2001) viser at den spesifikke kategorien kroppsfett har den sterkeste korrelasjonen til global fysisk selvoppfatning. Marsh (1995) viser at karakteristikken *kroppsfett* regnes for å være viktigere hos jenter enn hos gutter.

Kroppsbildet virker til å være både en utløsende og vedlikeholdende faktor i spiseforstyrrelse (Danielsen & Rø, 2012). Som vist tidligere i oppgave regnes lav selvoppfatning som hovedutfordringen til pasienter med spiseforstyrrelse. Allikevel har det terapeutiske arbeidet med selvbildet svært ulik vektning i ulike behandlingsprogrammer for pasienter med spiseforstyrrelse. Dette til tross for at den positive sammenhengen mellom behandling som involverer fysisk aktivitet og bedring av kroppsbilde er godt dokumentert (Danielsen & Rø, 2012). Det er også gjort rede for at mennesker som er fysisk aktive har bedre selvoppfatning enn mennesker som er inaktive, samt at fysisk aktivitet kan være en mulig metode å øke selvoppfatningen på. Dette blir nærmere omhandlet senere i oppgaven.

## 2.5 Indre motivasjon

Håndtering av negative emosjoner, forbrenning og slankere kroppsfigur ble tidligere i oppgaven trukket fram som motivasjonsfaktorene for fysisk aktivitet hos pasienter med anoreksi. Motivasjon kan beskrives som det som får en handling til å skje. Motivasjon deles ofte i indre og ytre faktorer. Ytre motivasjon får aktiviteten til å skje på grunn av utsikter til ekstern belønning. Dette kan for eksempel være ros og anerkjennelse fra andre eller penger. Hos pasienter med spiseforstyrrelse kan forbrenning og en tynnere kropp sees på som en ytre motivasjon for fysisk aktivitet. Indre motivasjon er oppgaver som utføres på grunn av en indre følelse av glede, velvære og tilfredshet. Aktiviteten er i seg selv belønning god nok til at personen ønsker å utføre den (Ryan & Deci, 2000). Dette vil være aktiviteter som pasientene finner morsomme, og som tilfører pasientene glede kun ved å bli utført.

Kognitiv evalueringsteori omhandler spesielt indre motivasjon, og de sosiale faktorene som påvirker denne. Teorien er blant annet opptatt av at mellommenneskelige tilbakemeldinger og reaksjoner på handlinger også kan øke indre motivasjon, siden de vekker tilfredsstillende gjennom menneskets basale behov for å oppleve mestring (Ryan & Deci, 2007). Dette står i motsetning til tidligere oppfatninger om at for eksempel andres anerkjennelse bidro til å øke ytre motivasjon på bekostning av indre motivasjon. Optimale utfordringer, positiv tilbakemeldinger og unngåelse av negative bemerkninger regnes for å være egnet til å øke indre motivasjon. I tillegg regner kognitiv evalueringsteori autonomi for å være svært sentralt for indre motivasjon. Det at man selv får bestemme over oppgaven, gjennom for eksempel valgfrihet, gir i mange tilfeller en økt grad av indre kontroll som i neste omgang virker til å styrke indre motivasjon. Negative tilbakemeldinger og ytre kontroll, som for eksempel tidsfrister og trusler, kan på sin side svekke den indre motivasjonen (Ryan & Deci, 2000). En bevissthet rundt faktorer som øker indre motivasjon er nyttig i det indre motivasjon er den ønskede formen for motivasjon. Den regnes som mer grunnleggende og stabil enn ytre motivasjon. Ryan & Deci (2000) fant at indre motivasjon var positivt korrelert med interesse, glede, følt kompetanse og positiv mestring.

Imsen (2005) trekker den sosiale faktoren av motivasjon enda lengre, og påpeker at mennesker i stor grad motiveres til å gjøre det som ansees som viktig i den kulturen vi er en del av. Hun anser motivasjonen for å ligge i spennet mellom fornuft og følelser, med kulturen som grunnlag. Dette er særlig aktuelt i denne oppgaven, da vi «eksponeres for kulturelle kropps- og skjønnhetsidealer der en slank kropp og vellykkethet henger sammen» I den nasjonale veilederen for spesialisthelsetjenestens behandling av alvorlig spiseforstyrrelse

betraktes spiseforstyrrelse som en sykkelig forvrenging og forsterkning av grunnleggende kulturelle oppfatninger (Sosial- og helsedirektoratet, 2000, s. 9).

### **3. METODE**

Dette kapitlet omhandler studiens metodiske aspekter, og skal redegjøre for hvordan problemstillingen er forsøkt besvart ved hjelp av fortolkende fenomenologisk analyse.

#### **3.1 Kvalitativ metode**

Prosjektet har problemstillingen; «Hvordan opplever pasienter med spiseforstyrrelse sitt forhold til fysisk aktivitet, og hvordan kan aktiviteten tilrettelegges for å støtte opp om positive sider ved dette forholdet?». Denne problemstillingen åpner for å gå i dybden på temaene spiseforstyrrelse og fysisk aktivitet. Innen kvalitativ metode er man opptatt av å beskrive alle sider ved et fenomen slik det oppleves for informantene, men også finne det som er felles i disse beskrivelsene (Postholm, 2005). Kvalitativ metode er slik godt egnet for en dypere forståelse av prosjektets problemstilling. Et annet viktig moment er at kvalitativ metode egner seg for å studere personlige og sensitive temaer som krever et tillitsforhold mellom forsker og informant (Thagaard, 2013). Dette gjør metoden godt egnet til å undersøke temaene spiseforstyrrelse og fysisk aktivitet.

#### **3.2 Fortolkende fenomenologisk analyse**

Fenomenologi er opptatt av hvordan fenomenet som studeres trer fram for informanten, og informantens rike beskrivelse av dette fenomenet. «Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen, og søker å oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer» (Thagaard, 2013, s.40). Det er informantens perspektiv på fenomenet som studeres som er sentralt, og slik er det informantenes opplevde virkelighet som er av interesse. I denne studien vil en fenomenologisk vinkling innebære å lete etter informantenes opplevelse av det å leve med en spiseforstyrrelse, og hvordan dette påvirker deres forhold til fysisk aktivitet.

Fortolkende fenomenologisk analyse ligger i grenselandet mellom fenomenologi og hermeneutikk. Hovedlinjene kommer fra fenomenologiens vektlegging av rike beskrivelser og personenes opplevelse av fenomenet. I tillegg benytter analysen seg av dobbel hermeneutikk, i det forskeren analyserer informantenes tolkning av egen situasjon eller opplevelse av et fenomen (Thagaard, 2013). «Annengrads fortolkning representerer forskerens tolkninger av en virkelighet som allerede er tolket av deltakerne» (Thagaard, 2013, s. 42). Fortolkende fenomenologisk analyse ønsker på denne måten å forene informantens og forskerens

livsverden. Med dette utgangspunktet vil informantene tolke sin opplevelse av forholdet til egen spiseforstyrrelse og fysisk aktivitet. Denne tolkningen blir i neste omgang gjenstand for analyse av forskeren.

I fortolkende fenomenologisk analyse er det i krysningspunktet mellom subjekt og objekt at kunnskap skapes. Det er opplevelsen i seg selv som sammenfører subjekt og objekt. I et forskningsprosjekt vil informanten stå for den subjektive opplevelsen av fenomenet, mens forskeren tilfører en objektiv vinkling gjennom tilknytning til teori. I tillegg har forskeren sin livsverden av erfaringer som brukes i tolkningen av informantens opplevelse. I samtalen må det være en distanse mellom personene, slik at deres erfaringsverden er forskjellige. Det er dette som legger grunnlaget for læring i relasjonen, som utvikling av analyse og større forståelse av temaene i et forskningsprosjekt (Smith & Osborn, 2008). Informantene gir på denne måten tilgang til sin tolkning av fenomenene, mens forskeren bruker relevant teori om spiseforstyrrelse og fysisk aktivitet for å oppnå en dypere forståelse av informantens tolkning. I tillegg må forskeren bruke sine erfaringer med forskningstemaene i arbeidet med denne forståelsen.

### **3.3 Forskerens bakgrunn**

Ved bruk av fortolkende fenomenologisk metode bør man starte med en redegjørelse for egen forforståelse. Forskerens redegjørelse for egne erfaringer danner et utgangspunkt for forskningen, og ved å gjøre forskerens livsverden kjent for leseren vil man tydeliggjøre den kunnskapen og erfaringen som ligger til grunn for forståelsen av informantens livsverden (Thagaard, 2013; Smith & Osborn, 2008). Forskeren blir på denne måten et viktig forskningsinstrument i seg selv (Postholm, 2005). I tillegg til forskerens erfaringsgrunnlag, vil anvendt teori også være en del av forskerens subjektivitet.

Min erfaring med spiseforstyrrelse og fysisk aktivitet er redegjort for i innledningen til denne oppgaven, og bygger på rollene som tidligere pasient og miljøarbeider, samt mitt arbeid som fysioterapeut. Med erfaring fra begge sider av behandlingsbordet, bør jeg kunne se temaene spiseforstyrrelse og fysisk aktivitet fra ulike vinkler. Det er også gått noen år siden egen sykdomsperiode og arbeidet som miljøarbeider med disse pasientene, noe som bør bidra til distanse til feltet og større åpenhet for nye elementer som måtte tre fram i datamaterialet (Thagaard, 2013).

### **3.4 Utvelgelse av informanter**

I løpet av min studietid hadde jeg sommerjobb ved et regionalt kompetansesenter for pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse. Da jeg noen år senere skulle fullføre prosjektet med masteroppgaven og ønsket å skrive om temaet spiseforstyrrelse og fysisk aktivitet, ble det derfor naturlig å forespørre denne avdelingen om de kunne bistå med informanter. Utvalget ble derfor gjort strategisk (Thagaard, 2013), der informantene omfatter inneliggende pasienter ved denne avdelingen med alvorlig anoreksia nervosa. Da studien omfattet intervju med inneliggende pasienter og deres forhold til sensitive temaer, måtte prosjektet behandles av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge (REK Midt). Prosjektet ble godkjent for gjennomføring 09.09.2013 (Vedlegg 2). Årsaken til at jeg valgte å ikke bruke skole som arena for datainnsamling, var at jeg anså det som vanskeligere å få informanter der, samt at de ikke har samme kompetanse på fysisk aktivitet for personer med spiseforstyrrelse.

Etter å ha utvekslet informasjon om prosjektet med seksjonsleder ved avdelingen, tilbød de seg å stille med informanter til prosjektet. Informasjonen ble så videreført fra seksjonsleder til behandlerne ved avdelingen, og ved hjelp av inklusjonskriteriene valgte de ut fire pasienter som ble forespurt om å delta i prosjektet. Inklusjonskriteriene i studien var som tidligere nevnt at informantene skulle ha en anoreksidiagnose, og være innlagt ved en spesialenhet for behandling av denne spiseforstyrrelsen. I tillegg måtte de delta i den organiserte aktiviteten ved avdelingen for å kunne uttale seg om denne, og de måtte si seg villig til å la seg bli intervjuet med båndopptaker. Antallet informanter er en avveining mellom oppgavens omfang hva gjelder tid og størrelse, og mulighet for å finne en felles essens i opplevelsen hos informantene. Alle fire informantene sa seg villig til å delta i prosjektet, gjennom informert samtykke.

Informantene fikk både muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet (Vedlegg 3). Informert samtykke inneholdt informasjon om tema for prosjektet, varighet, samt mulige belastninger og goder for den enkelte informant og anonymisering. Det ble også opplyst at de kunne la være å svare på enkeltpørsmål, og at de når som helst i prosessen kunne trekke sin deltakelse, uten at dette ville få noen konsekvenser verken for dem eller deres behandling ved avdelingen (Vedlegg 4).

### **3.5 Gjennomføring av intervjuene**

Intervju er en vanlig metode for datainnsamling innen kvalitativ metode, og i all hovedsak den eneste datainnsamlingsmetoden innen fenomenologi. Intervju er en særlig egnet metode for å

få innsikt i informantenes erfaringer, tanker og følelser (Thagaard, 2013). Ustrukturerte intervju gir en forståelse heller enn en forklaring på fenomenet som forskes på. Dette samsvarer med formålet med kvalitativ forskning. For å få et dypdykk i informantenes forhold til egen spiseforstyrrelse og fysisk aktivitet, ble individuelle intervju derfor vurdert som det naturlige valg av metode. Det ble gjennomført semistrukturerte intervju, som også er den anbefalte intervjuformen i fortolkende fenomenologisk analyse (Smith & Osborn, 2008). Den klareste fordelen med semistrukturert intervju, er den dynamiske formen som bidrar til å fange opp ulike nyanser i temaene hos informantene (Smith & Osborn, 2008). Med enkelte åpne fastlagte spørsmål sikrer man i noen grad at intervjuet går i ønsket retning med tanke på tema, men man er også åpen for å følge nye tema som informanten kommer med gjennom sine svar (Thagaard, 2013). Smith & Osborn (2008) framhever viktigheten av at et semistrukturert intervju gir informantene ekspertrollen på temaet som studeres, og forskeren må derfor i så stor grad som mulig la de få fortelle sin historie og fullføre sine tema. Det at man lar informantene bevege seg dit de ønsker seg innenfor temaet, gjør at man kan oppdage nye ukjente faktorer ved temaet og slik får et rikere datamateriale.

Min rolle under intervjuene var å lede og fasilitere samtalen med informanten, mens informanten deltok ved i stor grad å avgjøre hvordan temaene som ble tatt opp skulle utdypes. Fordelene med semistrukturert intervju er at jeg lar informantene mine få større fleksibilitet i besvarelsen av spørsmålene, noe som forhåpentligvis vil gi meg et rikere datamateriale. Ulempene på sin side er at jeg har mindre kontroll med retningen temaene som omhandles i intervjuet tar, intervjuet kan ta lenger tid å gjennomføre og det er mer krevende å analysere. Dette viste seg i mitt datamateriale blant annet ved at én informant var svært opptatt av at mannlige behandlere deltok i timene med fysisk aktivitet, mens de tre andre informantene ikke omhandlet dette temaet. Det gjør at den informasjonen blir vanskelig å ta videre i analysen, enn om alle informantene hadde blitt bedt om å redegjøre for sitt forhold til at mannlige behandlere deltok i fysisk aktivitet. Dette synliggjør dilemmaet mellom å få tak i informantens personlige historie og samtidig holde en viss struktur på intervjuet (Tjora, 2012).

### ***3.5.1 Intervjuguide***

Jeg brukte min erfaring som pasient, miljøarbeider og fysioterapeut, samt teori vedrørende spiseforstyrrelse og fysisk aktivitet som bakgrunn for intervjuguiden. Dette samsvarer med fenomenologisk metodes vektlegging av å sammenføre en induktiv og deduktiv tilnærming til

feltet. Intervjuguiden ble utarbeidet med temaene spiseforstyrrelse, fysisk aktivitet og fysisk selvoppfatning (Vedlegg 4).

I arbeidet med intervjuguiden vektla jeg en forsiktig start og slutt av intervjuene, slik at de mest sensitive spørsmålene kom midt i samtalen. Grunnen til dette var at informantene skulle bli noe kjent med situasjonen før de mest sensitive spørsmålene ble brakt på banen, samt å runde av på en rolig måte for å dempe eventuelle negative reaksjoner informantene måtte oppleve som følge av intervjuet. Nøytral åpning og avslutning, med det høyeste emosjonelle nivået midt i intervjuet anbefales også av Thagaard (2013). Tjora (2012) kaller disse fasene henholdsvis oppvarmings- og avrundingsspørsmål, med refleksjonsspørsmål som kjernen i intervjuet. Smith & Osborn (2008) framhever at spørsmålene i intervjuguiden bør være nøytrale, åpne og formet på en slik måte at det kjennes familiært for informanten. Dette vektla jeg ved utformingen av spørsmål i intervjuguiden. Intervjuguiden ble godkjent av prosjektets hovedveileder, samt seksjonsleder ved avdelingen der undersøkelsen skulle gjennomføres.

### **3.5.2 Testintervju**

Det ble gjennomført et testintervju i desember 2013. Testinformanten jobbet som frivillig i en interesseorganisasjon for kvinner med spiseforstyrrelse, og testintervjuet ble foretatt i interesseorganisasjonens lokaler i et egnet skjermet rom. Etter å ha gjennomgått intervjuet, fikk testinformanten noen ekstra spørsmål om opplevelsen av både spørsmålene i intervjuguiden og selve intervjusituasjonen.

Det hadde vært ønskelig med minst to testintervju, men på grunn av liten aktivitet i interesseorganisasjonen, fikk jeg kun tilgang på én testinformant. Testinformanten var da friskmeldt fra sin anoreksi, men hadde flere innleggelse i nær fortid bak seg som pasient med alvorlig spiseforstyrrelse. Denne testinformanten ble derfor valgt ut i fra hensynet om ikke å belaste en inneliggende og alvorlig syk pasient med testintervju.

Bakgrunnen for å gjennomføre testintervju var hovedsakelig å bli kjent med intervjuguiden, avdekke eventuelle usaklige eller støtende spørsmål og bli fortrolig i rollen som intervjuer. Tilbakemeldingene på intervjuguiden var i hovedsak positive, men blant de viktigste endringene var en bevisstgjøring rundt begrepene spiseforstyrrelse og spiseforstyrrelsesdiagnose. Testinformanten poengterte at det for eksempel av mange oppleves som vanskelig å ha en spiseforstyrrelse blant annet overfor venner og familie, mens det å ha fått en spiseforstyrrelsesdiagnose kan være til hjelp i den samme settingen. Dette



klargjorde bruken av begrepene i intervjuguiden. Det framkom ingen endringsforslag til selve intervjusituasjonen under testintervjuet.

### **3.5.3 Datainnsamling**

Intervjuene ble gjennomført i første halvdel av 2014. Intervjuene ble gjennomført på avdelingen der informantene var innlagt, på et skjermet egnet møterom. Dette rommet brukes daglig av informantene når de har samtaler med sine primærkontakter, slik at omgivelsene var velkjente for informantene også til bruk ved personlige samtaler. Trygghet i intervjusituasjonen gjennom velkjente omgivelser er viktig for en avslappet stemning (Tjora, 2012). Hvert intervju tok mellom 45 og 65 minutter. I starten av intervjuet informerte jeg kort om prosjektet, og gjentok muntlig punktene fra informert samtykke. Dette var både for å gi nødvendig informasjon til informantene, samt å skape en avslappende og rolig start på intervjuet.

Med informantenes samtykke ble intervjuene gjennomført med båndopptaker. Smith & Osborn (2008) mener en fortolkende fenomenologisk analyse krever bruk av båndopptaker. Å skulle notere ned all informasjon informantene kommer med gjør at man har mindre fokus på rollen som fasilitator og leder av intervjuet, samt at man lett mister enkelte deler av informasjonen. Min erfaring var at bruk av båndopptaker ikke påvirket informantene i særlig grad, men gjorde heller at jeg som intervjuer kunne fokusere på informantene og svarene de gav, framfor notatblokkene. Dette er også erfaringene som gjengis i Thagaard (2013). Prosjektet måtte i forbindelse med bruk av elektronisk utstyr meldes til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) for godkjenning av behandling av personopplysninger. NSD godkjente prosjektet den 17.08.2012 (Vedlegg 1).

Under intervjuene tok jeg korte notater med hovedtemaene informantene trakk fram. Jeg noterte også ned reaksjoner fra informantene på spørsmålene de fikk. Disse reaksjonene var av både muntlig og fysisk karakter, og bidro til å fylle ut transkripsjonene fra intervjuene. I tillegg bidro dette til naturlige pauser under intervjuene, som gav informantene anledning til å vurdere om de hadde mer informasjon å tilføye svaret.

Etter hvert intervju hadde jeg satt av tid til å notere ned umiddelbare inntrykk fra intervjusituasjonen, beskrive hovedpunkter fra samtalen og trekke ut stikkord jeg anså som spesielt viktige i arbeidet videre. Disse notatene fulgte meg som et viktig redskap i den videre analysen av dataene.

### **3.5.4 Transkripsjon**

Gjennom selv å gjøre transkripsjonen fikk jeg et nøyre innblikk i datamaterialet, noe som var både viktig og forenklende for den videre analysen av dataene. Under transkriberingen tok jeg også enkelte notater, på viktige stikkord som kunne brukes videre i analysearbeidet.

Transkripsjonen er gjennomført ordrett, uten å utelate grammatiske feil i uttalen, ordleting eller ufullstendige setninger. Dette for å skape et mest mulig realistisk inntrykk av datamaterialet.

### **3.6 Utvikling av kategorier**

Kvalitativ forskning har to viktige prinsipper når det gjelder analysen av materialet. Det første er at analysen foregår fra forskeren går inn i feltet og til forskningsrapporten foreligger. Dette innebærer at analysen er en kontinuerlig prosess gjennom hele forskningsperioden, samt at det er få muligheter for å ta snarveier, alle deler av forskningsprosessen ansees som sentrale for å få et best mulig sluttprodukt (Thagaard, 2013). I mitt prosjekt var dette tydelig ved at allerede ved lesing av teori som bakgrunn for intervjuguide begynte spørsmålene om aktuelle kategorier og sammenhenger å melde seg. Dette tiltok ytterligere gjennom datainnsamling, de umiddelbare notatene etter dette og gjennom transkribering. Hele veien dukket det opp aktuelle sammenhenger som ble notert ned og videre utprøvd eller forkastet.

Det andre prinsippet er at kvalitativ forskning er en kontinuerlig veksling mellom data og teori. En kvalitativ analyseprosess innebærer både deduktiv og induktive strategier. Induktive strategier vil si at man bruker empirien til å utvikle en forståelse for temaene man forsker på. Deduktiv strategi vil da si at vi bruker eksisterende teori til å kategorisere eller forstå empirien vi har fått tilgang til gjennom datainnsamlingen (Thagaard, 2013). En kvalitativ analyseprosess innebærer at data og teori går hånd i hånd for å sammenføre ny og gammel kunnskap. Et annet uttrykk for dette er abduksjon. I følge Thagaard (2013) vil tolkningen av dataene på den ene siden knyttes til forskerens teoretiske forankring, og på den andre siden til sammenhenger forskeren finner under analysen av dataene. I dette prosjektet brukte jeg først teori for å lese meg opp på området og som direkte støtte til utarbeidelsen av intervjuguide. Deretter ble datamaterialet analysert i foreløpige kategorier, som i neste omgang la føringer for teorien som ble benyttet i den videre analysen og fortolkningen av datamaterialet. Utarbeidelsen av kategoriene er slik en kombinasjon av en både induktiv og deduktiv prosess, der for eksempel kategoriene «læring» og «felles fysisk aktivitet» klart oppsto gjennom datamaterialet, mens kategoriene «tvang i fysisk aktivitet» og «fysisk selvpoppfatning» har stor forankring i teorien.

Det første steget i analyseprosessen var å gå nøye gjennom intervju 1, for å se hvilke tema som åpenbarte seg. For å få til dette ble transkripsjonen lest nøye mange ganger, for at jeg slik skulle bli kjent med datamaterialet. Fortolkende fenomenologisk analyse har ingen regler for hvordan denne første inndelingen i tema skal gjøres, men det anbefales at man i tillegg til temaer også noterer seg oppsummeringer, assosiasjoner, forforståelse, samt kommentarer på språkbruk, kroppsspråk og fysiske reaksjoner der dette er aktuelt (Smith & Osborn, 2008). Dette ble også gjort i dette prosjektet, og disse notatene var en god støtte under utarbeidelsen av kategoriene. Etter at temaene er listet opp, ble temaene som framkom i intervju 1 forsøkt føyet sammen til hovedkategorier. I denne prosessen er nærheten til datamaterialet spesielt viktig. Dette innebar at jeg kontinuerlig sjekket at hovedkategoriene har hold i datamaterialet, for eksempel gjennom informantens ordbruk. Forskeren bruker sin forforståelse for å kategorisere teksten, men sjekker samtidig kontinuerlig med transkripsjonen om denne meningen har gyldighet (Smith & Osborn, 2008). Alle utsagnene knyttet til samme hovedkategori ble samlet, hver kategori med underkategorier ble satt opp med sidehenvisninger og nøkkelord fra transkripsjonene og hovedkategorien ble navngitt enten ut ifra transkripsjon eller teori.

Prosessen som beskrevet over ble gjort for intervju 1. De andre intervjuene ble analysert etter samme prosess, men kategoriene som framkom i første intervju ble brukt som utgangspunkt for analysen. Dette er den anbefalte framgangsmåten i studier med få informanter, og gjøres for på best mulig måte kunne se etter likheter og forskjeller i datamaterialet (Smith & Osborn, 2008). I tillegg til at man ser etter data som støtter kategoriene fra intervju 1, vil man i de senere intervjuene også se etter nye og frittstående kategorier. I de tilfellene der intervju 2 – 4 kom med nye kategorier av betydning, ble de tidligere intervjuene også gjennomgått med tanke på data til denne kategorien.

Etter å ha gjennomført denne prosessen ble det satt opp en liste over kategorier og subkategorier i datamaterialet. «Målet med kategoriseringen er å komme fram til temaer som både tar ut potensialet i empirien og svarer på forskningsspørsmålet» (Tjora, 2012, s. 186). Dette er også avgjørende for hvilke kategorier man skal analysere videre. Smith & Osborn (2008) peker blant annet på kategoriens prevalens, rikhet i datamaterialet og relevans for temaet, som faktorer av betydning for denne utvelgelsen. Kategoriene som ble videre beskrevet og drøftet i dette prosjektet framstilles i kapittelet «Presentasjon av data.» Eksempler på aktuelle kategorier som ikke er viet videre plass i denne oppgaven er «kroppslig uro,» «intensitet» og «forbrenning.» Disse kategoriene ble utelatt fordi de ikke var tilstrekkelig omhandlet i datamaterialet.

I framstillingen av data har fokuset vært å belyse alle sider av kategoriene. Dette gjøres blant annet ved forklaringer, illustrasjoner og forsøk på nyanseringer. Det er mitt håp at framstillingen viser en stor grad av nærhet til datamaterialet. Bearbeiding av datamaterialet har tatt lang tid. Kanskje var dette positivt? Jeg har fått god tid til å veie momentene for analysen fram og tilbake, jeg har kommet opp med nye kategorier og forlatt andre.

For å finne teori å knytte de empiriske dataene til, ble BibSys og hovedsakelig databasene PubMed og PsycINFO anvendt, med søkeord som eating disorder, anorexia nervosa, physical activity og self efficacy, samt ulike kombinasjoner av disse.

I framstillingen har kapittelet en kontinuerlig veksling mellom data, teori og drøfting. Denne formen er valgt for å belyse hver kategori og hvert moment fra flest mulig sider i sin sammenheng. En fenomenologisk fortolkende analyse innebærer som tidligere nevnt, både deduktiv og induktiv strategi samtidig, og slik vil et skarpt skille i framstillingen av empiri og teori bli delvis kunstig og i stor grad vanskelig å gjennomføre. En slik framstillingsmåte setter imidlertid store krav til tydelighet for å skille empiri, teori og drøfting fra hverandre (Thagaard, 2013). Det er derfor lagt vekt på å være tydelig på hva som er informantens ordlyd og hva som er min tolkning av informantens livsverden, slik at dobbel – hermeneutikken skal komme klart fram. Denne tydeligheten understrekes også av at framstillingen har en fast rekkefølge. Av respekt for informantene og for å sikre nærhet til datamaterialet presenteres hvert moment alltid med empiri først, deretter belyses den videre med teori og drøftes til slutt opp imot denne.

### **3.7 Vurdering av studiens kvalitet**

Da dette forskningsprosjektet omhandler sensitive og personlige tema, vil datamaterialet i særlig stor grad påvirkes av forholdet mellom informant og forsker (Tjora, 2012). Det ble derfor viktig for meg å raskt skape nærhet og tillit hos mine informanter, for å komme nærmest mulig essensen i opplevelsen deres. Gjennom å opptre rolig, trygg og støttende, forsøkte jeg å bidra til at svarene informantene gav var så utfyllende som mulig. Det var viktig for meg å anerkjenne både svarene og de fysiske reaksjonene informantene kom med, og ha god tid i intervju situasjonen, slik at de fikk sagt det de ønsket å formidle. Til tross for forsøk på å vise støtte og trygghet, vil enhver relasjon mellom informant og forsker være individuell på linje med andre relasjoner. Dette gjør at graden av åpenhet også vil være individuell for hver samtale.

Samtlige informanter viste svært god innsikt i egen sykdom, og en stor bevissthet rundt temaene de la fram. Dette skyldes nok flere faktorer, blant annet at de har kjent

sykdommen på kroppen over lengre tid, og at de har gått i langvarig terapi for sin spiseforstyrrelse. Gjennom terapi får de både kjennskap til egne og andres perspektiver på sin lidelse, og økt forståelse for fysiske reaksjoner på spiseforstyrrelse. Personer med spiseforstyrrelse er gjerne også svært opptatt av litteratur på området, og den teoretiske kunnskapen kan derfor være større enn den praktiske. Man kan se for seg at noe av det teoretiske fokuset vises i ordlyden til informantene, blant annet gjennom Andrea sine uttalelser; «vi med spiseforstyrrelse er veldig pliktoppfyllende» og «det blir jo dumt å bruke noe vi skal bygge opp kroppen på, bare på tull da, synes vi som er spiseforstyrra.»

Slike generaliseringer alminneliggjør informantens oppfatning, og kan dermed gjøre det tryggere å legge fram sensitive temaer. Et annet moment er at dette bidrar til å redusere den asymmetriske relasjonen mellom forsker og informant som har vært omdiskutert innen kvalitativ forskning. Informanten har lenge blitt framstilt som den tapende part i saken, da han eller hun utleverer seg, mens forskeren er den som bare tar imot informasjonen og i tillegg styrer intervjusituasjonen. Dette inntrykket bør nyanseres noe ved å fremheve at informantene er de som i utgangspunktet sitter på informasjonen. Dette gjør at det er de som kontrollerer hvilken informasjon de ønsker å overføre (Thagaard, 2013). I mitt forskningsprosjekt opplevde jeg at informantene langt på vei var bevisste sine utspill. Man kan tenke at dette bunner i et langvarig behandlingsforløp, der de har fått god trening på å si hvilken informasjon som skal ut til hvilken tid. Denne bevisstheten viser seg blant annet i utsagnet fra Erika: «I begynnelsen sa jeg veldig ofte ikke ifra hva jeg skulle jobbe med (i fysisk aktivitet), for jeg ville ha det sånn, men nå prøver jeg å si ifra.»

### **3.7.1 Studiens reliabilitet**

I en kvalitativ studie må forskeren nøye dokumentere hele forskningsprosessen, fra rådata gjennom kategorisering og til ferdig resultat. Dette er nødvendig for å gi leseren innblikk i hvordan forskningen er utført, slik at den kan gjennomgås og godkjennes av leseren (Tjora, 2012). I denne oppgaven er derfor forskningsprosessen forsøkt nøye beskrevet i metodekapittelet, med begrunnelse for valg av institusjon og informanter, samt forskerens erfaring med temaene og teori som intervjuguide og analysen bygger på. I resultatkapittelet er aktuelle kategorier og teori tydeliggjort. Disse er fylldig beskrevet for å gi leserne mulighet til å gå inn i datamaterialet. Samtidig er også valg av kategorier redegjort for. I resultat- og drøftingskapittelet har jeg særlig vektlagt å skille mellom informantenes informasjon og min tolkning av denne, noe som skal bidra til å tydeliggjøre hvordan resultatene er utviklet (Tjora, 2012).

En grundig framstilling av min erfaring med temaene spiseforstyrrelse og fysisk aktivitet er gitt i innledningen til denne oppgaven. Dette skal bidra til å vise hvordan mine erfaringer kan ha påvirket forskningsarbeidet, og på denne måten styrke studiens reliabilitet (Tjora, 2012).

### **3.7.2 Validitet**

Studiens validitet omhandler gyldigheten av tolkningene som er gjort av datamaterialet. Jeg har forsøkt å gå kritisk gjennom grunnlaget for egne tolkninger. Viktige elementer her vil være å stille med et åpent sinn i møte med informanter og datamaterialet (Kvale, 1996). Som et ledd i dette har jeg gjennom hele prosessen forsøkt å holde datamaterialet i sentrum. Nærhet til datamaterialet i den videre tolkningen er også et viktig prinsipp innen fortolkende fenomenologisk analyse (Smith & Osborn, 2008).

I følge Thagaard (2013) styrkes validiteten ytterligere dersom man finner støtte for resultatene sine i teori. I denne oppgaven har jeg gjort rede for teori som sammenfaller med egne funn i datamaterialet. Blant annet viser jeg til flere studier som bekrefter at pasienter med spiseforstyrrelse øker sitt aktivitetsnivå signifikant i perioden før innleggelse, noe som også var tilfellet hos mine informanter.

### **3.7.3 Generalisering**

I en kvalitativ fenomenologisk analyse er det den felles opplevelsen av et fenomen som bidrar til en generell forståelse av fenomenet som studeres (Thagaard, 2013). Dette vises gjennom analysen og kategoriseringen av datamaterialet, som trekker fram de temaene som i størst grad var felles for informantenes opplevelse av temaene spiseforstyrrelse og fysisk aktivitet. Temaene er imidlertid store, og man må derfor være åpen for en individuell vektlegging av betydningen av de ulike kategoriene.

## **3.8 Etiske vurderinger**

All virksomhet som får konsekvenser for andre mennesker må bedømmes ut fra etiske standarder. Det er særlig tre typer hensyn man må ta i forhold til forskning. Dette gjelder retten til selvbestemmelse og autonomi, respekt for privatlivet og å unngå skade. Hovedmålet er at informantene skal utsettes for minst mulig belastning (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2009).

Når det gjelder retten til selvbestemmelse og autonomi ble informantene med i prosjektet på bakgrunn av et informert og frivillig samtykke. Informasjonen innebar hvilke tema som skulle omhandles, implikasjoner av positiv og negativ art som prosjektet kunne

tenkes å ha for informantene, samt informasjon om anonymisering og at de når som helst underveis i prosessen sto fritt til å trekke seg som informant uten at dette fikk noen konsekvenser. De ble informert om at seksjonsleder hadde min kontaktinformasjon dersom de skulle ønske å trekke sin deltakelse i studien eller deler av intervjuet i ettertid. Informantene ble også informert om retten til ikke å svare på enkeltspørsmål, og i de to tilfellene dette ønsket ble formidlet gav jeg en tydelig tilbakemelding i situasjonen på at det var helt greit.

Av respekt for privatlivet trekkes anonymisering av informantene og spesialavdeling fram som sentralt. Navnene på informantene er fiktive, og ingen informasjon som kan identifisere de er tatt med i denne framstillingen av forskningsprosjektet. Avdelingen der studien ble gjennomført har ved seksjonssjef godkjent beskrivelsen av avdelingen ut i fra at den ikke skal kunne utpekes fra andre spesialavdelinger for pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse.

For å unngå skader og redusere belastninger hos informantene som følge av datainnsamlingen var det avtalt med personalet ved spesialavdelingen at de skulle håndtere eventuelle negative reaksjoner som informantene kunne få i etterkant av intervjuene. Johannesen et al. (2009) påpeker at dersom man antar at undersøkelsen kan føre til en stor belastning for informantene, er det viktig å ha en faglig beredskap slik at informanten har støtteapparat i etterkant av undersøkelsen. Dette er ivaretatt i prosjektet, gjennom at pasientene er innlagt på en spesialavdeling, med tett oppfølging av fagpersoner rundt seg.

Det er etisk noe betenkelig at informantene ble rekruttert gjennom sine primærkontakter ved avdelingen, da dette lett kan føre til at informantene føler de må stille opp i studien. Jeg tilbød meg å komme på avdelingen for å snakke med de aktuelle pasientene selv, men dette mente seksjonsleder ikke var nødvendig. Enkelte tilpasninger ble allikevel gjort for å minske den nevnte konformitetsutfordringen. Blant annet gjorde primærkontaktene en avveining på hvem de forespurte i forhold til å tåle den ekstrabelastningen det er å stille opp som informant på et prosjekt som omhandler sensitive tema, og primærkontaktene ble oppfordret til å nøye informere de forespurte om frivilligheten i å delta i studien.

I denne oppgaven er flere av temaene følsomme, og kan oppleves som svært sensitive for informantene. For å håndtere dette var jeg nødt til å stole på at behandlerne hadde valgt ut pasienter de mente tålte denne belastningen. I tillegg var dette sikret gjennom at informantene var kjent med temaene som skulle diskuteres, ved å ha fått informasjon om dette både på forhånd og i starten av intervjuet. Jeg forsøkte også å opptre ekstra støttende og trygg dersom informantene gav muntlige eller fysiske tilbakemeldinger på at spørsmålet opplevdes støttende. Å vise støtte og trygghet innebar blant annet forsøk på å utbrodere spørsmålene på

en ufarliggjørende måte og gi støttende tilbakemeldinger. Dette syntes jeg gikk greit, da jeg gjennom mitt arbeid som fysioterapeut både er vant til å ta opp anamneser og førstesamtaler, og omhandle sensitive temaer. Jeg opplevde ingen episoder der rollene som forsker og terapeut sto i fare for å bli blandet sammen. Dette kan skyldes et bevisst forsøk på en tydelig avgrensning fra min side både før og under intervjuet.

### **3.9 Metodekritikk**

Det finnes mange måter å undersøke studiens problemstilling på, jeg har valgt bare én av de. Denne studien kunne blitt annerledes ved bruk av andre kvalitative metoder. Det ble kun brukt båndopptaker under intervjuet, og ikke videoopptak. Videoopptak kunne gitt uvurderlig tilleggsinformasjon til studien, som blant annet framstillingen av fysiske reaksjoner og kroppsspråk hos informantene. Videoopptak ble imidlertid ikke gjennomført på grunn av at filming av samtale om sensitive tema ville gitt en større og uønsket belastning for informantene. I tillegg ville analysen av dette materialet vært for omfattende i forhold til oppgavens tid og omfang.

Blant de største innvendingene til denne undersøkelsen kan nevnes at utvalget er relativt spesielt. Utvalget er gjort blant de som er hardest rammet av denne sykdommen, kanskje ville resultatet blitt et annet dersom man hadde benyttet ikke fullt så hardt rammede informanter. Det er viktig å huske på at få pasienter med spiseforstyrrelse er så syke at de trenger behandling i spesialavdelinger, de fleste er som alle andre og går på jobb og skole hver dag.

Arenaen for undersøkelsen ble valgt med tanke på at personalet som jobber der har et stort fokus på fysisk aktivitet. Flere tilsatte er enten spesialutdannet innen området eller gløder for fysisk aktivitet som behandlingsmetode. Denne kompetansen på både sykdommene og fysisk aktivitet er et gode som ikke er mange andre institusjoner forunt. I for eksempel en skolehverdag vil det være andre faktorer som også er styrende, blant annet har man en større og trolig enda mer heterogen gruppe med flere ulike behov som skal dekkes. Denne oppgava tar ikke høyde for det.

Det ble gjennomført ett testintervju og ett intervju med hver informant. Dersom tida og oppgavens omfang hadde tillatt det, hadde det absolutt vært positivt å komplementert intervjuene med et felles fokusgruppeintervju eller en samtale til med hver informant. Da kunne man i større grad diskutert temaer som ble tatt opp av én informant med de andre. Det hadde også vært en styrke for studien dersom informantene hadde lest gjennom



transkripsjonen og sitatene som ble brukt for å godkjenne disse. Tida strakk dessverre ikke til for dette.

I forhold til utvelgelse av informanter må man være klar over at et strategisk utvalg gjort av personalet ved avdelingen åpner for å velge informanter som man tenker vil belyse arbeidet som gjøres ved avdelingen på en positiv måte. Jeg har på ingen måte inntrykk av at dette ble gjort i utvelgelsen av informantene i denne studien. De viser gjennom intervjuene et kritisk blikk på den fysiske aktiviteten ved avdelingen. En informant uttaler også at «det er litt derfor jeg har fått varsel om utskrivelse, det er litt fordi jeg er litt negativ til behandlinga.»

Sett i ettertid er det som beskrevet over noen av punktene som både kunne og burde blitt gjort annerledes i denne prosessen. Med så mange mulige veier til målet er det imidlertid ikke lett å alltid se hvilken som er den mest farbare, og de har alle sine positive og negative sider.

## **4. PRESENTASJON AV EMPIRI, ANALYSE OG DRØFTING**

I dette kapittelet følger først en kort presentasjon av sykehusavdelingen og informantene som bidro i denne studien. Navnene deres er selvsagt fiktive, men sykdomslengde og fase i behandlingsforløpet oppgis for å gi en pekepinn på hvor de befinner seg i sykdomsforløpet. Det er et sentralt element at alle de fire historiene er individuelle, der de har gått i varierende tid med symptomer før de fikk diagnosen, de er rammet med ulik alvorlighetsgrad og enkelte har hatt flere runder med behandling både poliklinisk og som inneliggende pasienter. I tillegg til denne informasjonen gis en kort oppsummering av deres forhold til fysisk aktivitet. Hovedfokuset i dette kapittelet er en presentasjon av kategoriene som trådte fram av datamaterialet og teori. Jeg vil forsøke å belyse alle sidene ved kategoriene, og se det i lys av aktuell teori.

### **4.1 Presentasjon av avdelingen**

Studien ble gjennomført ved en spesialavdeling for behandling av pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse. Avdelingen har et bredt spekter av fagpersoner, blant annet psykiater, psykologer, sykepleiere, fysioterapeuter og miljøpersonell. De aller fleste av disse har en eller annen videreutdanning innen temaet psykiatri.

Behandlingsprogrammet på denne avdelingen deles inn i tre faser. Pasientene kommer først til ei introduksjonsuke, der de blir gjort kjent med avdelingen og behandlingstilbudet der. Dersom pasienten ønsker å legge seg inn, skrives det behandlingskontrakt med individuelt tilpassa mål. Fase 1 går ut på å bli kjent med egne basale behov, for hvile, regelmessige måltider og adekvat døgnrytme. Denne fasen varer minimum to uker, i tillegg til introduksjonsuken. Fase 2 innebærer aktiv behandling for spiseforstyrrelse, med blant annet kunst- og uttrykksterapi, samtaleterapi, fysioterapi individuelt og i grupper og felles fysisk aktivitet. Fase 3 starter 6 uker før utskrivelse, og inneholder de samme aktivitetene som i fase 2. Forskjellen ligger i at pasientene får større frihet i forhold til utgang, permisjoner i helg, hviletid og oppfølging etter måltid. Dette for at pasientene skal bli vant til å ta større ansvar for egen situasjon. Fase 3 er også en utskrivingsfase, der fokuset rettes mot tiden etter utskrivning. Her jobbes det med bosituasjon, skole, arbeid og poliklinisk oppfølging etter utskrivning.

Måltidene på avdelingen er viktige, og foregår etter faste rutiner for å skape trygghet for pasientene. Det legges til rette for god forberedelse før måltid, i form av støttesamtaler og smøring av brødmåltid. Pasientene har anledning til å bruke en halv time på måltidet, og to fra

personalet spiser sammen med pasientene. Deretter er det en halvtime oppfølging etter måltidet. Da samles pasientene og personalet på fellesstua, for samtale eller ulike aktiviteter etter pasientenes ønske. Pasientene i fase 3 har anledning til å avstå fra oppfølgingen etter måltidene.

Pasientene har fysisk aktivitet ved fellestrening to ettermiddager i uka. Den ene økta består av ulike former for kondisjonstrening, gjerne gjennom lekpregede aktiviteter. Her inngår blant annet stafetter, fotball, volleyball og landhockey. Denne økta ledes av miljøpersonalet ved avdelingen. Den andre økta er styrketrening, gjerne organisert som sirkeltrening der pasientene jobber i par. Styrketreningen ledes av en av avdelingens fysioterapeuter. På hver økt deltar to personer fra personalet. Pasientene i fase 1 deltar ikke på den organiserte treningen, men ellers er begge øktene obligatoriske for pasientene i fase 2 og 3. I tillegg har pasientene i alle faser individuelt tilpasset utgang med eller uten følge, samt en lengre turdag per uke.

Avdelingen driver i tillegg ulike aktiviteter som inngår i behandlingen, blant annet kunst- og uttrykksterapi og gruppebasert eller individuell fysioterapi. I fysioterapien vektlegger man øvelser for bedre kroppskjennskap, tilstedeværelse og bedring av fysisk selvoppfatning.

Pasientene har hviletid en time hver dag etter middag. Dette gjennomføres samlet på ett rom, der de kan drive rolige aktiviteter som lesing første halvtimen, før de må legge seg ned siste del av hviletida. Pasientene i fase 3 kan avstå fra hviletida på fellesrom, men må da hvile seg på eget rom.

#### **4.2 Presentasjon av informantene**

Denne studien bygger på intervju av fire pasienter med anoreksi, som alle velvillig har delt sin oppfatning av sitt forhold til fysisk aktivitet. Informant 1 vil jeg i oppgaven kalle for Andrea (19). Andrea har hatt symptomer på spiseforstyrrelse i flere år, har hatt diagnosen i syv måneder og er i fase 2 av behandlingsforløpet. Andrea beskriver seg selv som ikke svært glad i aktivitet, men har til tross for det en solid identitet som idrettsutøver på et mosjonslag innen en ballaktivitet. I tillegg til ballaktiviteten trives hun med styrketrening på treningssenter.

Informant 2 vil videre i oppgaven bli omtalt som Emma (19). Hennes symptomer på spiseforstyrrelse har vedvart i halvannet år, hun har hatt diagnosen i ni måneder og er i fase 2 av behandlingsforløpet. Emma har ikke helt funnet sin aktivitet, men prøvd ut flere og er generelt glad i å være aktiv.

Informant 3 kaller jeg Erika (20). Hun har hatt spiseforstyrrelsessymptomer i vel fire år, og ble diagnostisert for to år siden. Hun er i fase 3 i sitt behandlingsforløp. Erika er svært glad i fysisk aktivitet, og vil etter utskrivelse fokusere på det sosiale med trening ved å integrere både kjæreste, venner og hund i sin fysiske aktivitet.

Informant 4 presenteres i denne oppgaven som Ada (19). Ada har slitt med symptomer på spiseforstyrrelse i vel et halvt år, fikk diagnosen for fem måneder siden og er i fase 3 i sitt behandlingsløp. Hun har tidligere drevet med turn og dans.

### **4.3 Presentasjon og analyse av kategoriene**

I dette kapittelet presenteres kategoriene som trådte fram av datamaterialet og relevant teori. Jeg har valgt å presentere empiri samt se dette i lys av relevant teori i et felles kapittel, slik jeg har redegjort for i metodekapittelet. Hvert moment presenteres først med empiri, deretter med aktuell teori og drøftes i denne sammenheng.

I mitt datamateriale fant jeg hovedkategoriene «Forhold til fysisk aktivitet» og «Fysisk selvpoppfatning.» Kategoriene og subkategoriene med sine karakteristikk vil bli nøye framstilt videre i oppgaven (Vedlegg 5). Det å se disse kategoriene i sammenheng kan bidra til en større forståelse for hvilken sentral rolle fysisk aktivitet spiller i spiseforstyrrelsen hos disse informantene. I tillegg blir det en viktig bakgrunnskunnskap når vi videre i oppgaven skal se på hvordan fysisk aktivitet kan tilrettelegges for å høyne fysisk selvpoppfatning hos personer med spiseforstyrrelse.

#### ***4.3.1 Hovedkategori 1: Forholdet til fysisk aktivitet gjennom sykdomsforløpet***

Gjennom bearbeidingen av datamaterialet så jeg fellestrekk hos informantene i deres forhold til fysisk aktivitet gjennom sykdomsforløpet. Forholdet til trening endres gjennom sykdomsforløpet, og hver fase har sine spesielle karakteristikk. Hovedkategorien «Forhold til fysisk aktivitet» har subkategoriene «Fysisk aktivitet før sykdomsdebut», «Fysisk aktivitet i perioden før innleggelse», «Fysisk aktivitet i perioden etter innleggelse», «Fysisk aktivitet ved gjenopptakelse av aktivitet» og «Fysisk aktivitet i dag.»

##### ***4.3.1.1 Fysisk aktivitet før sykdomsdebut***

Denne perioden omhandler informantenes forhold til fysisk aktivitet i årene før sykdommen inntreffer. Informanten Erika forteller at det er vanskelig for henne å tenke seg tilbake til tida før

spiseforstyrrelsen uten å la den forme framstillingen. Det er heller ikke alle informantene som tar for seg denne fasen like grundig i intervjuet. Allikevel har jeg valgt å ta det med som en egen fase, da den gir både viktig informasjon om normaltilstanden og klart skiller seg fra neste fase. Informantene var i denne fasen særlig opptatt av en identitet som fysisk aktive, og gleden fysisk aktivitet gav dem. Gjennom samtalen kommer et uanstrengt og avslappet forhold til fysisk aktivitet til uttrykk. Av datamaterialet framkom subkategoriene «Aktivitetsnivå» og «Indre motivasjon for fysisk aktivitet» som viktige elementer i informantenes forhold til fysisk aktivitet før sykdom.

### ***Aktivitetsnivå***

Tre av informantene betegner seg selv som fysisk aktive i denne perioden, og hadde en positiv tilknytning til fysisk aktivitet. Erika beskriver det slik: «Jeg har alltid vært veldig aktiv.... spilt håndball i ti år før jeg ble syk...» Ada forklarer at hun «trente dans, og det var ganske vanlig dansetrening bare... Jeg dansa to ganger i uka.» Gjennom samtalen kommer det tydelig fram at disse to informantene, sammen med Andrea, hadde en identitet som fysisk aktive i perioden før sykdomsdebut. Emma hadde et noe mer ambivalent forhold til fysisk aktivitet. Til tross for at hun uttaler at hun ikke hadde noen interesse av fysisk aktivitet, og raskt mista lysten på aktiviteten i denne fasen, viser det seg at hun har forsøkt ulike aktiviteter for å prøve å finne den som passet henne. I tillegg har hun drevet endel egentrening. Selv om interessen for fysisk aktivitet varierer noe hos mine informanter, er samtlige altså opptatt med sine idretter i denne fasen. De driver ulike og varierte treningsformer, som volleyball, håndball, dans og styrketrening. Ingen av informantene var i nærheten av å drive overtrening, men trente omkring to – tre økter i uka.

I normalbefolkningen er det 41% av kvinnene mellom 20-29 år som oppfyller Helsedirektoratets anbefalinger om minst 150 minutter med moderat fysisk aktivitet per uke (Helsedirektoratet, 2014b). Alle informantene i denne studien oppfyller disse anbefalingene. Bratland-Sanda et al. (2011) viser at 92% av deres informanter med spiseforstyrrelse trener like mye eller mer enn de nasjonale anbefalingene. Davis et al. (2005; 1998; 1997) har vist at halvparten av personene som senere får anoreksi var mer fysisk aktive enn jevnaldrende før sykdomsdebut. Jenter som senere fikk anoreksi der overtrening var en del av sykdomsbildet var allerede fra 8 – års alder signifikant mer fysisk aktive enn sine jevnaldrende. Hun forklarer korrelasjonen mellom forhøyet aktivitetsnivå og anoreksi med at kvinner ofte velger sport med stort kroppsfokus, og at personer som er vant til aktivitet, lettere tyr til overtrening

som mestringsstrategi dersom de senere skulle ønske å gå ned i vekt. De påpeker at overaktivitet må sees på som både en utløsende og en vedlikeholdende faktor i forhold til spiseforstyrrelse. Dette må trolig sees på som spesielt for kvinner som utvikler anoreksi der overtrening er en del av sykdomskarakteristikken.

### ***Indre motivasjon for fysisk aktivitet***

Indre motivasjon innebærer å gjøre en aktivitet fordi den er iboende interessant eller gir en følelse av tilfredsstillelse i seg selv. Ved indre motivasjon skjer handlingen fordi den oppleves som morsom eller utfordrende, og ikke på grunn av ytre belønninger (Ryan & Deci, 2000). I denne fasen kommer det tydelig fram av datamaterialet at fysisk aktivitet i stor grad drives av egenverdi. Treningen ble drevet av en indre motivasjon der faktorene i hovedsak var å ha det gøy og oppnå godfølelse ved å bruke kroppen sin. Denne uforbeholdne gleden ved aktiviteten for aktivitetens egen skyld refereres blant annet i utsagnet fra Ada: «da trente jeg dans, og det var ganske vanlig dansetrening bare. Det var ingen tvang i det hele tatt. Jeg dansa to ganger i uka, og hadde det artig. Ingen løping i det hele tatt, bare dans.» Andrea forteller at:

Jeg og ei til på laget var de to beste og spilte alltid i lag da. Det var på en måte bare vi to som spilte hele kampene og slik da, så det syntes jeg var gøy... det jeg syntes var gøy, det var noe jeg syntes jeg var flink i... så jeg glemte alt, og var med og hadde det gøy, vi var gode venner. Det var en fin tid da, det var det!

Det at fysisk aktivitet var gøy var et mye brukt uttrykk i denne fasen. Tre av informantene uttrykker at de syntes fysisk aktivitet var gøy i denne fasen. Den siste informanten oppgir at ho ikke syntes fysisk aktivitet er noe moro, til tross for at ho deltok på lagidrett og åpenbart fant glede i dette.

I tillegg til å uttrykke at fysisk aktivitet var gøy, knyttet informantene også begrepet godfølelse til fysisk aktivitet. Dette må sees på som en del av begrepet indre motivasjon gjennom den tilfredsstillelsen aktiviteten i seg selv gir. Erika forteller at hun «alltid satt pris på å røre meg og bruke kroppen min.» For Erika innebærer denne godfølelsen det å:

...føle at kroppen fungerer, at den er sterk, og at jeg klarer ting som jeg ikke klarer når jeg ikke spiser. Det er på en måte det at jeg føler at det er nyttig at jeg har spist, og at jeg kjenner at jeg er sterk og rask og... at kroppen min fungerer som den skal.

Ada forteller at denne godfølelsen kommer «når vi har det artig, når vi holder på med basket eller turn. Når jeg har fått til ting, ting er artig og det har gått bra.» Hun forteller også:

... slik som i går hadde jeg en ganske ålreit time. Det var fordi jeg ble svett og varm, kjente at jeg hadde brukt kroppen. Mens andre ganger kan jeg kjenne på at jeg ikke er god nok i gymmen, ikke presterer nok og ikke har gjort mitt beste.

I disse sitatene ser vi hvordan det å trives med aktiviteten og finne glede i denne kobles til følelsen av å lykkes med den. Ryan & Deci (2000) hevder at mennesket har et basalt behov for følelsen av mestring, og gjør slik følelsen av mestring til en del av begrepet indre motivasjon. Dette forutsetter imidlertid at følelsen av mestring kommer av gjennomføringen av aktiviteten alene, og ikke som et resultat av anerkjennelse fra andre.

Å drive aktiviteten for aktivitetens egen skyld står i sterk kontrast til motivasjonen bak aktiviteten under sykdomsforløpet. Under sykdomsforløpet ble motivasjonen i sterk grad endret til ytre motivasjon. Denne ytre motivasjonen er hovedsakelig knyttet til forbrenning og tynnere kropp. Ada beskriver hennes mål med treninga som å «forbrenne og gå ned i vekt.» Erika uttaler at «jeg får lyst til å trene mer slik at jeg også kan få den kroppen da.» Hun utdyper denne ytre motivasjonen ved å fortelle at hun «trener jo for å bli bedre likt av det motsatte kjønn da, slik at han skal like kroppen min da.» Skifte fra indre motivasjon til ytre motivasjon er det motsatte av hva vi ønsker i forhold til å etablere fysisk aktivitet som vane (Ryan & Deci, 2000). Dette skiftet til ytre motivasjon kan forklares gjennom motivasjonsteoriens sosiale faktor (Imsen, 2005). Den vestlige kulturen verdsetter i stor grad tynnhet og skjønnhet, og dette påvirker motivasjonen til menneskene som lever i denne kulturen. Preferansen for tynnhet integreres i disse menneskenes motivasjon, og kan da føre til handlinger som overdreven trening og sulting.

#### ***4.3.1.2 Fysisk aktivitet i perioden før innleggelse***

For pasienter med anoreksi regnes perioden før innleggelse for å være en akutt fase av sykdommen, der de gjerne blir drastisk dårligere på relativt kort tid. I denne fasen var forholdet til fysisk aktivitet preget av subkategoriene «Økt aktivitetsnivå» og «Økt grad av tvang i fysisk aktivitet.»

##### ***Økt aktivitetsnivå***

Økningen i aktivitetsnivå var karakteristisk for informantenes forhold til fysisk aktivitet i perioden før innleggelse. Aktivitetsnivået ble økt både i intensitet og mengde. I

utgangspunktet hadde de fleste av informantene to til tre fellesøkter i uka, men økte dette i løpet av siste året før innleggelse. Ada forteller at:

Jeg kunne springe i flere timer, bare for å forbrenne, men mamma og pappa merka det ganske tidlig, så da fikk jeg ikke lov og måtte være hjemme. Da trente jeg på rommet mitt, jogga på stedet i en halv time, tre kvarter, også trente jeg styrke.

Informantene hadde utallige eksempler på overdreven trening, blant annet timeslange gåturer med høy intensitet. Emma forteller at:

Jeg begynte å gå fem timer hver dag, helst i oppoverbakker. Oftest gåturer, men noen ganger sprang jeg i oppoverbakkene også. Jeg hadde en fast runde, noen plasser gikk jeg og noen plasser sprang jeg. Jeg gikk helt til jeg ikke klarte å gå mer.

Overdreven trening er som vist i teorikapittelet koblet til den akutte sykdomsfasen, og flere studier har vist at personer som senere utvikla spiseforstyrrelser økte sitt aktivitetsnivå vesentlig i året før behandlingsstart (Higgings et al., 2013; Bratland-Sanda et al., 2010a,b.; Davis et al., 1997).

Selv om informantene særlig forteller om økning i aktivitet med relativt høy intensitet, har de nevnte studiene vist at det særlig er den lav- og middels intensive aktiviteten som øker i omfang i denne perioden. Økningen i aktiviteten med lavere intensitet fant man også hos mine informanter. Flere av informantene beskriver dette som en sterk uro, der de føler det er nødvendig å være i aktivitet og de ikke tillater seg å hvile. Emma beskriver det slik:

Hvis jeg skulle hente noe på rommet mitt, tok jeg bare èn ting om gangen. Fra stua til rommet, fra stua til rommet. Jeg var veldig opptatt av å gjøre ting hele tida, jeg kunne ikke sitte i ro.... Det var en sterk uro jeg kjente på. Jeg baka veldig mye, og visste at jeg forbrukte veldig mye energi dersom jeg baka. Så jeg brukte veldig mye tid på å bake, rydde, støvsuge, vaske, og gjorde alt for å forbrenne.

Kaye et al. (1988) bekrefter dette i sin forskning der han viser at disse pasientene har et typisk aktivitetsmønster som innebærer kontinuerlig ståing eller bevegelse. Stor grad av lavintensiv fysisk aktivitet korrelerte med dårligere behandlingsresultat etter endt innleggelse (Alberti et al., 2013).

Informantene oppgir en økning i aktivitet på ulike intensitetsnivåer i denne fasen, men tidligere forskning har også vist at pasienter med anoreksi i mange tilfeller i tillegg driver urapportert fysisk aktivitet (Davis et al., 1997). Denne urapporterte fysiske aktiviteten var



også i noen grad tilfellet hos mine informanter, og viser seg i denne fasen gjennom forsøk på å skjule trening for nærpåersoner. Informantene oppgir at de skjulte treningen både for foreldre, venner og lærere. Dette kunne gjøres ved for eksempel å stenge seg inne på rommet, ta omveier eller trene til spesielle tider der det ikke ble antatt at man gjorde det.

Flere studier har vist en underrapportering av fysisk aktivitet hos kvinner med spiseforstyrrelse på subjektive selvrapporteringsskjema, når disse kontrolleres mot objektive målinger av fysisk aktivitet. Dette står i motsetning til rapporteringen til friske kvinner, som tenderer til å overrapportere egen innsats når det kommer til fysisk aktivitet (Alberti et al., 2013). Skjult fysisk aktivitet har trolig flere årsaker, der et bevisst ønske om å skjule treningen for andre samt et strengt definisjonsgrunnlag på hva som er fysisk aktivitet, er de mest åpenbare. Dette viser Bratland-Sanda et al. (2011), da omtrent samtlige informanter i studien oppfylte nasjonale anbefalinger for deltakelse i fysisk aktivitet, men mange av dem allikevel ikke anså seg selv som fysisk aktive.

### ***Økt grad av tvang i fysisk aktivitet***

Graden av tvang i forholdet til fysisk aktivitet var sterkt økende hos alle informantene i perioden før innleggelse. Fra å ha et uanstrengt forhold til fysisk aktivitet motivert ut ifra en indre tilfredsstillelse og glede, går aktiviteten nå over til å bli mer tvangspregget. Martinsen (2011) hevder at denne pasientgruppen ofte trener tvangspregget og monotont, noe utsagnet til Erika kan støtte opp om: «Det har vært utrolig mye tvang og strenge krav til meg da, at jeg har måttet gjort øvelser om igjen, eller trent den og den dagen, og dersom det ikke passa slik så har det vært krise...»

Davis et al. (1997) har i sin studie vist hvordan tvangsmessig trening øker nettopp i den akutte sykdomsfasen, ved at tvangsmessig trening øker ettersom sykdomsstatusen forverres. Mond & Calogero (2009) fant at avhengigheten til og tvang i forhold til trening var en faktor som i sterk grad skiller friske personer fra personer med spiseforstyrrelse.

I følge Meyer et al. (2011) kjennetegnes tvangsmessig trening av å være vedvarende, repeterende og overdreven. I datamaterialet til denne studien fant jeg tre faktorer som kan kobles til tvangsmessig trening. Hos informantene i denne studien var gjentakende og fast treningsopplegg, trening alene og dårlig samvittighet dersom man uteblir fra planlagt trening faktorer som kunne knyttes til tvangsmessig trening. Disse tre faktorene kan, som mye annen

tvangsmessig atferd, begrunnes ut ifra håndtering av negative emosjoner som vil bli omtalt som en fjerde kategori.

Et gjentakende og fast treningsopplegg viste seg hos minst tre av informantene i denne studien. Dette kom til uttrykk gjennom at de gjorde de samme treningsøktene hver dag, med de samme øvelsene på det samme stedet. Ada gir et godt inntrykk av det ensidige og rituelle ved fysisk aktivitet i denne fasen ved utsagnet: «Det var veldig strengt!... Hadde et fast treningsopplegg, og kunne ikke gjøre noe mindre. Det var det samme hver dag da...» Erika forteller om en liknende situasjon vist i sitatet over. Hun beretter spesielt om utallige treningsøkter på treningssenter. Emma forteller at hun «hadde en fast (jogge)runde, noen plasser sprang jeg og noen plasser gikk jeg.» Et fast treningsopplegg gir forutsigbarhet og kontroll for den som skal utføre det.

I forrige fase var all aktivitet informantene drev på med lagaktivitet eller aktivitet sammen med andre. I denne perioden før innleggelse går alle informantene bort fra sine vanlige sosiale treningsformer til løping og /eller styrketrening på egenhånd. Emma tar opp dette temaet slik:

Da begynte jeg å trene på badet hjemme. Jeg var flau over å trene sammen med folk, syntes det var veldig ekkelt og jeg ville bare trene alene. Så jeg holdt på med danseaerobic på badet. I en time hver dag, hver natt rett og slett. Etter hvert begynte jeg å jogge. Så da jogga jeg en tur rett før jeg la meg om kvelden.

Fysisk aktivitet alene åpner for å gjøre treningen til den tiden, i det omfanget og på den måten man selv ønsker. Dette åpner for få uforutsette hendelser, ingen krav om å tilrettelegge treninga til treningspartner og større rom for rigide treningsprogrammer. Trening alene gjør det også mulig å skjule treningsmengde og -intensitet for andre personer. Dette bidrar til å sikre pasienten en større grad av kontroll over egen fysisk aktivitet. Pasienten får selv styre en viktig del av sitt symptom-bilde, uten realitetsorientering eller innspill fra andre.

Informantene i denne studien opplevde en kraftig skyldfølelse dersom de gikk glipp av en planlagt treningsøkt. Det er liten tvil om at denne følelsen er relativt sterk, slik Erika beskriver det å gå glipp av planlagt trening:

Da får jeg så dårlig samvittighet, og jeg får det så jævlig. Det synes jeg er vanskelig. Det ødelegger ikke bare dagen min, det ødelegger uka. Hvis jeg var for sliten til å trene, sovna av eller rett og slett ikke fulgte med klokka ble det krise. Da måtte jeg ta det igjen, summere på slutten av uka og ta igjen treninga... det følte ikke ok.

Mond & Calogero (2009) har i sin studie funnet at skyldfølelse når man går glipp av planlagt trening er en faktor som i sterk grad skiller personer med spiseforstyrrelse fra friske personer. Anoreksipasienter tok i større grad igjen planlagt trening som de hadde gått glipp av enn pasienter med bulimi.

Tvangsmessig trening kobles i sterk grad til håndtering av negative emosjoner. Meyer et al. (2011) refererer til de vanligste negative emosjonene som skyldfølelse, angst, depresjon og irritabilitet. I denne studien omtales den primære funksjonen til tvangsmessig trening å være reduksjon av angst som følge av negative konsekvenser av ikke å være i aktivitet. Ada forteller ærlig om egen angstreaksjon dersom den rutinemessige treningen ikke kunne etterleves. «Jeg hadde veldig mye tvang i forholdet til fysisk aktivitet, mye tvangstrening. Hvis jeg skulle gjøre så og så mange situps, jeg kunne ikke gjøre en for lite. Da fikk jeg angst!»

De andre informantene knytter ikke angst direkte til tvangsmessig fysisk aktivitet, men treningen kan sees på som angstreduserende atferd motivert ut ifra å få større kontroll over egen situasjon. Meyer et al. (2011) refererer i sin studie hvordan pasienter som overtrener kobles til større grad av angst enn pasienter som ikke overtrener. Bratland-Sanda et al. (2011) fant i sin studie at trening for å redusere negative emosjoner var viktigere for pasienter med anoreksi enn trening for vektreduksjon og kroppsfasong. De diskuterer hvorvidt pasienter med overtrening endrer fokus, fra først å trene for å gå ned i vekt, men så tar håndteringen av negative emosjoner over som hovedmotivasjon senere i sykdomsforløpet. Studien viser hvordan nedgangen i psykopatologiske symptomer knyttet til anoreksi korrelerte med mindre behov for trening for å håndtere negative emosjoner, mens denne korrelasjonen ikke var tilstede for betydningen av trening for vektreduksjon. Tilsvarende viser en studie av Engel et al. (2013) at graden av negative emosjoner sank signifikant i tida umiddelbart før trening til umiddelbart etter trening. Vansteenlandt, Rijmen, Pieters, Probst & Vanderlinden (2006) forklarer sammenhengen mellom negative emosjoner og trening ved at stor grad av negative emosjoner gir en preferanse for tynnhet hos disse personene, og dette fører til overdreven trening. Martinsen (2011, s. 143) hevder at vi «under aktivitet blir vi ofte i bedre humør, og tankene penses over på noe annet.» Han betegner denne mekanismen for distraksjon. Erika bekrefter dette når hun beskriver at «treninga tar en del av fokuset mitt, jeg har ikke overskudd til å tenke på det som er vondt og vanskelig.»

Tvangsmessig fysisk aktivitet som ledd i reduksjon av negative emosjoner kan enkelt forklares ved at rutiner i seg selv er angstdempende (Martinsen, 2004). Et fast treningsprogram der man trener alene uten forstyrrelser gir trygghet, forutsigbarhet og kontroll i en verden der mange opplever at de har liten oversikt og medbestemmelse. Martinsen (2011) viser hvordan fysisk aktive personer i mindre grad enn inaktive rammes av angstlidelse. Angst og spenningsnivået synker etter fysisk aktivitet. Han viser også til undersøkelser hvor nivået av angst, depresjon og stress er redusert etter periode med regelmessig aktivitet. Han ser på fysisk aktivitet som et verktøy for å ta tilbake kontrollen over eget liv. Man får fokus på aktiviteten framfor negative tanker om kropp og selvfølelse.

Tidligere litteratur har også fokusert på hvorvidt overdreven trening for emosjonsregulering kan bli en vane, og slik vedlikeholde overdreven fysisk aktivitet (Meyer et al., 2011). Man blir nærmest avhengig av trening, og bruker fysisk aktivitet i stedet for ord for å håndtere vanskelige følelser. Dette vil være en aktuell problemstilling for all bruk av fysisk aktivitet som behandlingsmetode i psykiatrien. Slik er det viktig at fysisk aktivitet blir et tillegg i behandlingstilbudet, og ikke nødvendigvis skal erstatte mer konservative behandlingsmetoder.

#### ***4.3.1.3 Fysisk aktivitet i perioden etter innleggelse***

Perioden etter innleggelse tilsvarer i denne studien hovedsakelig fase 1 i behandlingsforløpet til informantene. Fase 1 varer minimum de to første ukene av innleggelsen, hos enkelte varer den lengre. I denne fasen har pasientene restriksjoner på fysisk aktivitet. De får i denne perioden ikke delta i de organiserte gymtimene ved avdelingen, men får etter hvert utgang etter avtale. Dette var ofte begrenset til 15-30 minutter om gangen, og ofte med følge. I noen tilfeller gjøres det unntak fra dette. Andrea har for eksempel hatt fri utgang også i fase 1, da ho ikke har hatt overtrening som symptom på sin spiseforstyrrelse. Underkategoriene i denne fasen var «Restriksjon på fysisk aktivitet.»

#### ***Restriksjon på fysisk aktivitet***

Gjennom samtale rundt restriksjonene på fysisk aktivitet framkommer det at informantene i denne fasen syntes dette var svært utfordrende. Erika beskriver denne perioden slik:

Det var helt forjævlig! Jeg følte meg stor, lat og at alle musklene mine bare forsvant. Det var ikke kult, det var beintøft. Det tror jeg var det verste ved å komme hit, at jeg ikke fikk lov til å trene de ukene. Det var vanskelige uker!

Ada bruker begrepet panisk for å beskrive følelsen av det å bli fratatt muligheten for fysisk aktivitet i denne perioden. Emma synes også at det «var vanskelig at jeg ikke fikk lov til å være så aktiv som jeg ønsket... De bestemte at jeg bare skulle sitte i en sofa og slappe av.» Emma opplevde dette så problematisk at ho begynte å trene på rommet sitt, noe som strider imot den avtalefestede behandlingen. Dette oppgav ingen av de andre informantene at de hadde gjort.

I tillegg til opplevelsen av ikke å få være så fysisk aktive som de ønsket, opplevde også informantene det som vanskelig å skulle ha med følge ved utgang. Som Emma beskriver det:

Det fungerte ikke slik med følge, da måtte man gå i deres tempo selv om jeg hele tida lå ett eller to skritt foran. Jeg lå foran dem hele tida, fordi jeg var så stressa, og bare ville gå fortere og fortere og lengre og lenger for å få mest mulig ut av tida da.

Mye av årsaken til at informantene opplevde det så vanskelig å ha restriksjoner på fysisk aktivitet, var tanken på at alt treningsarbeidet de hadde nedlagt (på veien mot spiseforstyrrelsen) nå skulle være forgjeves. Ada forteller at hun som syk «hadde trent meg opp til å bli ganske godt trent, og plutselig skulle jeg bare hive bort alt det. Så jeg fikk egentlig litt panikk!» Erika beskriver det slik: «Jeg hadde jobba så beinhardt for å bygge det opp, så var det trist å miste alt, men det er vel slik de fleste med spiseforstyrrelse tenker. Jobba drithardt for noe, så er det surt å la det gå!»

Når informantene i dag blir bedt om å gi sin mening i forhold til restriksjoner på fysisk aktivitet som del av behandlingen er de relativt samstemte. Erika forteller at hennes trening «var på en måte ute av kontroll. Da er det fornuftig å ta en pause, og heller begynne på nytt igjen når hodet og kroppen har fått en pause...» Ada vinklet det slik at kroppen hennes trengte en pause etter en periode med svært mye trening i forrige fase. Emma hevder at «for å gi slipp på spiseforstyrrelsen så er det slike tiltak man må gjøre. For at man skal komme seg videre... Det er en endring som er veldig viktig da.»

Informantene opplevde restriksjoner på fysisk aktivitet og utgang med følge som svært vanskelig. Dette innebar for dem et raskt skifte fra overdreven trening i perioden før innleggelse, til ved innleggelse kun å gå en liten tur sammen med personalet ved avdelingen. Dette vil være utfordrende for pasientene, som vi har sett i forrige fase hadde stor grad av tvang i sitt forhold til fysisk aktivitet. Imidlertid omtaler alle informantene disse

restriksjonene som svært fornuftige, og til dels helt nødvendige tiltak i behandlingen av sin spiseforstyrrelse. De innser at de i denne perioden ikke selv klarte å regulere sin egen aktivitet, og at kroppen i høy grad var utslitt som følge av langvarig intensiv trening. Disse jentene anså restriksjoner på fysisk aktivitet som et tøft men viktig tiltak for å gjenoppta kontrollen over egen fysisk aktivitet som ledd i behandlingen av en spiseforstyrrelse.

Martinsen (2011) råder til en gradvis nedtrapping av fysisk aktivitet for pasienter med anoreksi med overtrening som del av sykdomsbildet sitt. Han ønsker med dette å bevisstgjøre pasientene om at redusert fysisk aktivitet ikke medfører en ubegrenset vektoppgang, men heller gir bedre søvn, og økt overskudd og livskvalitet. Flere fysiske argumenter taler også for tilpasset fysisk aktivitet hos pasienter med spiseforstyrrelse. Blant annet hjerte- og kar-, bein- og muskelstruktur trenger belastning for å vedlikeholdes og styrkes. Dette bekreftes av Rigotti, Nussbaum, Herzog & Neer (1984), som belyser hvordan fysisk aktivitet reduserer utviklingen av beinskjørhet selv hos pasienter med svært alvorlig grad av anoreksi. I tillegg tar denne studien opp hvordan fysisk aktivitet gir et bedre forhold mellom muskler og fett i fasen med vektoppgang, da mange pasienter med anoreksi kan oppleve denne fasen ekstra vanskelig dersom fettprosenten øker drastisk. Med gradvis nedtrapping av fysisk aktivitet får både kropp og hode tid til å venne seg til en tilværelse med mindre fysisk aktivitet. Dette blir noe forskjellig fra praksisen ved avdelingen, der aktivitetsnivået brytes drastisk i det man legges inn. Uansett hvor man legger seg i forhold til å tillate litt eller ingen aktivitet sikrer man de viktigste faktorene ved at pasienten ikke går ned i vekt som følge av for stor forbrenning og at pasienten fritas fra ansvaret og byrden ved å regulere sin egen fysiske aktivitet. Det må også pekes på at dersom man skal normalisere pasientenes forhold til fysisk aktivitet, kan dette vanskelig gjøres ved å pålegge restriksjoner i aktivitetsnivå over lengre tid.

#### ***4.3.1.4 Forholdet til fysisk aktivitet ved gjenopptakelse av aktivitet***

Denne fasen omhandler tiden etter gjenopptakelse av aktivitet. For de fleste informantene tilsvarer dette deler av fase to i behandlingsforløpet, der de skal delta på avdelingens fellesaktiviteter to dager i uka. Dette vil da bli samtidig med at annen aktiv behandling for spiseforstyrrelsen også starter opp, blant annet kunst- og uttrykksterapi og samtalerapi. Denne fasen kjennetegnes av underkategorien «Trigger til mer fysisk aktivitet.»

### *Trigger til mer fysisk aktivitet*

Informantene opplevde det jevnt over som vanskelig å skulle gjenoppta fysisk aktivitet. Ada uttrykker at det å regulere den fysiske aktiviteten er svært vanskelig i denne fasen. «Noen ganger har jeg bare lyst til å pøse på, fordi det er det jeg er vant til fra jeg var syk... jeg føler jeg må trene hele tiden for å få den framgangen jeg vil.» Framgangen hennes definerer hun som å forbrenne mest mulig i løpet av treningsøkta. Emma forteller at:

Jeg kjenner at jeg har blitt trigga av treninga... føler jeg at jeg ikke kan forbrenne nok i løpet av tida. Etterpå kan jeg føle at jeg har lyst til å trene hele tida, forbrenne hele tida. Det er den sterke lysten jeg kjenner på!

Erika oppgir at deler av treningspresset hun hadde kjent på før innleggelse ikke hadde gitt seg. Hun kjente fortsatt et press på å trene da hun gjenopptok fysisk aktivitet i fase to i behandlingsforløpet. Andrea på sin side bruker ikke uttrykket å bli trigga, men viser gjennom samtalen at hun også skulle ønsket å ha mer og hardere fysisk aktivitet. «Jeg får lyst til å trene mer slik at jeg også kan få den kroppen da.»

Alle informantene opplever at gjenopptakelse av fysisk aktivitet trigger de. Denne mekanismen virker hos informantene ved at gjenopptakelse av fysisk aktivitet på ny vekker ønske om forbrenning og en slankere kroppsfasong. Informantene opplevde at det var vanskelig å begynne på igjen med trening da de i fase to skulle bli med på den organiserte aktiviteten ved avdelinga. Regulering av fysisk aktivitet er fortsatt utfordrende for de i denne fasen, og de føler ikke at de får trent verken lenge eller hardt nok. Det virker som om det å gjenoppta trening i mange tilfeller trigger pasientenes tidligere overtrening. Informantene uttrykker at de får mer energi, men denne energien oppleves i mange tilfeller som vanskelig. Denne triggende følelsen har ikke bedret seg gjennom fase to og tre av behandlingen. Tvert imot forteller både Ada og Emma at den har kommet litt sterkere tilbake, uten at de kan forklare dette nærmere. Dette bekreftes av Andrea, som forteller at hun nå «tenker mer på forbrenning og kropp og sånn.»

Martinsen (2011) bekrefter at mange pasienter med spiseforstyrrelse opplever å bli trigget av at medpasienter trener. I hans arbeid har han derfor innført faste dager uten fysisk aktivitet, der tanken er at pasientene heller skal finne på andre aktiviteter i fellesskap. Dette er i praksis også tilfellet ved avdelingen der mine informanter er innlagt, i det den fysiske

aktiviteten er konsentrert om to dager i uka. De har imidlertid utgang og muligheter for gåturer hver dag.

#### ***4.3.1.5 Forholdet til trening i dag***

Denne kategorien omhandler informantenes forhold til fysisk aktivitet i dag. Alle informantene er som nevnt i fase to eller tre i behandlingsforløpet sitt. Det har gått ei tid siden alle gjenopptok fysisk aktivitet, og alle deltar i den aktive behandlingsfasen av sin spiseforstyrrelse. Allikevel befinner noen informanter seg relativt tidlig i fase to, mens andre er utskrivningsklare, slik at stadiet i sykdomsforløpet kan være noe forskjellig. Av datamaterialet pekte subkategoriene «Fysisk aktivitet i fellesskap», «Sammenlikning» og «Læring» seg ut som underkategorier i denne fasen.

#### ***Fysisk aktivitet i fellesskap***

Flere av informantene framhever felles fysisk aktivitet som viktig i denne fasen. Ada trekker fram fysisk aktivitet sammen med andre som en viktig faktor mot å bli frisk fra spiseforstyrrelsen. Aktiviteten blir både mer morsom og mindre alvorlig når man trener sammen med andre, slik Erika beskriver:

...har vært mye mer øvelser der vi skal være to, og da er det mye mer smiling og fliring, selv om vi blir like slitne. Så er fokuset mer ytre rettet enn indre rettet, mer rettet mot den du jobber sammen med, enn hvor mange situps og armhevinger du klarer.

Av datamaterialet vises det at den regulerende effekten det har å trene sammen med andre er blant den viktigste funksjonen til felles fysisk aktivitet. Det å gjøre aktiviteten sammen med andre fører til at det blir enklere å justere intensiteten. Ada forklarer at:

...hvis jeg hadde gjort det alene, så hadde jeg ikke klart å regulere meg. Det er lettere å regulere seg når man er to og to, da kan man ikke presse seg selv skikkelig hardt på en måte. Vi må regulere hverandre!»

Erika på sin side forteller en historie om hvordan hun og en medpasient ble enige om å gå i stedet for å jogge, og hvordan dette førte til at de begge fikk en god opplevelse av aktiviteten. Hun forteller også om tilbakemeldinger fra medpasienter dersom hun har holdt for høy intensitet gjennom treningsøkta.

Erika beskriver også hvordan pausene i fysisk aktivitet går lettere når disse tas i fellesskap: «Når vi er to er det mye lettere, for da gjør begge det uten at det kommer tanker.



Når den ene har pause, så må nesten den andre ha det også. Så det er mye bedre!» Andrea har i utgangspunktet ikke store vanskeligheter med å ta pauser i fysisk aktivitet, og synes stort sett at det er godt. Allikevel uttaler hun at «når du har noen som sier at du trenger pause, så er det lettere å gjennomføre det».

I tillegg til den positive effekten felles fysisk aktivitet hadde på regulering av aktivitet og pause under aktivitet, trakk informantene også fram faktorene glede og motivasjon. Ada mener «det er artig å ha noen å trene sammen med, det er litt mer gøy enn å trene alene. Du får litt motivasjon hos de andre!» Erika trekker flere ganger fram fokuset på lek, moro og (vennskapelig) konkurranse i den felles aktiviteten, og uttrykker at den har vært veldig morsom.

Fysisk aktivitet sammen med andre er viktig for regulering av aktivitet og pause slik vi har sett hos disse informantene, i tillegg til at det har en viktig sosial funksjon. Duesund og Skårderud (2003) har den sosiale dimensjonen som ett av suksesskriteriene for fysisk aktivitet for pasienter med spiseforstyrrelse. Dette begrunner de med at fysisk aktivitet i fellesskap er egnet for å skape et skifte i oppmerksomhet fra en selv og tankene om forbrenning og kropp, til å dreie seg om aktiviteten i seg selv. Dehkordi (2009) fant at gruppetrening var mer effektivt enn individuell trening for å redusere depresjon, som er en viktig kormorbid lidelse til spiseforstyrrelse. Felles fysisk aktivitet var i tillegg viktig for motivasjonen for fysisk aktivitet, og gjorde det mer morsomt å være i aktivitet. Imidlertid skal vi nå se at kategorien «Sammenlikning» er nært knyttet til det å være i fysisk aktivitet sammen med andre, og denne kategorien er avgjørende for hvordan informantene opplever sin egen fysiske selvoppfatning etter treningsøkta.

### ***Sammenlikning***

I denne fasen var sammenlikning en viktig del av det informantene trakk fram. Jentene sammenliknet seg både med tidligere nivå, og med hverandre både når det gjaldt prestasjoner og kroppsfasong.

Emma var den som klarest sammenliknet seg med prestasjoner på sitt tidligere nivå. Hun forteller at hun «tenker veldig ofte over hvordan ting var før, og sammenlikner meg med det da... Det er vanskelig å se at man ikke er på nivået man var når man var litt friskere.» Emma er veldig klar på hvilke faktorer hun ser på i denne sammenlikningen: «Jeg fokuserer mest på meg selv egentlig – hva jeg har greid tidligere, hva jeg syntes at jeg burde greid, og

krav jeg har satt til meg selv under timen.» Emma er også opptatt av at hun må forbedre seg for å komme opp på sitt gamle nivå. Erika er opptatt av at kroppen skal kjennes sterk, og at hun skal klare ting som hun ikke klarer når hun ikke spiser. Hennes mening er at den fysiske formen bør gjenspeile at hun har et tilstrekkelig næringsinntak.

Jentene har også en tendens til å sammenlikne sine prestasjoner med medpasientene. Dette kommer veldig klart fram hos Erika: «... hun jeg trener sammen med har hatt anoreksi i lang tid. Det har ikke jeg hatt. Derfor er jeg sterkere enn henne, og det er positivt for meg.» Det gir henne også en dårlig følelse for fysisk aktivitet dersom de hun trener sammen med gjør mer enn henne eller hun ikke klarer like mye som tidligere. Da kjenner hun på at hun «ikke er flink, ikke får det til... og at jeg ikke var fornøyd med det jeg gjorde da.» Hun forteller at hun innerst inne skjønner at dette ikke skal ha noen betydning.

Informantene i denne studien sammenlignet også kroppsfasong. Ada forteller at «jo mer jeg gikk ned i vekt, jo mer misfornøyd ble jeg også. Men da jeg kom til den vekta, var jeg fortsatt ikke fornøyd. Satte jeg meg et nytt mål... Jeg ble aldri fornøyd, og det er jeg fortsatt ikke.» Kroppsfasong blir i høyeste grad også sammenliknet med hvordan andre jenter ser ut. Andrea forteller at hun «sammenlikner seg med andre som er på samme vekt som meg, jeg synes de har mye finere kropp og sånn, og da får jeg lyst til å trene mer slik at jeg også kan få den kroppen da.»

Erika redegjør for hvordan sammenlikningen har blitt mer konstruktiv gjennom terapien på denne måten: «Det er ikke noe poeng i å sammenlikne seg med de andre, for du vet ikke hvordan de andre har det.»

Festinger (1954) hevder i sin teori om sosial sammenlikning at det å vurdere sine resultater er viktig for mennesker, og når man mangler objektive mål for vurderingen, vil man heller vurdere egne resultater opp mot andres resultater. I sosial sammenlikning vil påvirkningsgraden på selvoppfatningen være størst jo mer like objektene som sammenliknes er med tanke på betydningsfulle faktorer som for eksempel kjønn, alder, erfaringer og atferdsmønster (Festinger, 1954). En forsamling med relativt like mennesker kalles referansegruppe. På en avdeling for pasienter med spiseforstyrrelse kan mange faktorer bidra til at man ser på medpasientene som en referansegruppe. For eksempel vil alder, diagnose og problemområder ha mange av de samme elementene hos alle pasientene. Flere slike faktorer åpner for sterkere sammenlikning. Det er den relative prestasjonen i en referansegruppe framfor absolutt prestasjon som er av størst betydning for vår selvoppfatning (Sigmundsson &

Ingebrigtsen, 2006). Dette støtter Marsh (1998) gjennom sin «big fish little pond» – effekt, der han hevder at det er mer positivt å være god i en dårlig referansegruppe enn svak i en god referansegruppe. Slik spiller det liten rolle hvor god gruppen er, så lenge man selv er blant de beste på avdelingen.

I sin oversiktsartikkel refererer Krishen & Worthen (2011) til at kvinner i større grad enn menn deltar i sosial sammenlikning med andre kvinner, og spesielt innenfor deltemaet attraktivitet. Corning, Krumm & Smitham (2006) viser hvordan pasienter med spiseforstyrrelse i større grad enn andre gjennomfører sosial sammenlikning, og at denne sammenlikningen karakteriseres av å være negativ i utgangspunktet. Med dette menes at pasienter med spiseforstyrrelse har en tendens til å sammenlikne seg med for eksempel mennesker som er tynnere enn seg selv, med en negativ påvirkning på selvbildet som resultat. Marsh (1998) har selv gjort en studie der han viser hvordan aerobicintervensjon kan gi bedre fysisk form, men lavere fysisk selvoppfatning, fordi kvinnene sammenlikner seg med den som er best i klassen.

### ***Læring***

Læring var en annen variabel som var viktig for informantene i denne fasen. Emma mener:

Vi skal lære å trene riktig, og i passe mengde. Det er viktig å lære, at man ikke skal holde på å trene hver dag hele dagen. Det er ikke det som er viktig i livet. Det å få fastlagt dager man skal trene, og dager man ikke skal ha fysisk aktivitet. Det er det som har vært viktig, og det som må til for meg i hvert fall.

Emma fastholder kunnskap om riktig treningsmengde og intensitet som det viktigste ved treningen på avdelingen slik den er organisert i dag. Erika beskriver dette som å lære seg et normalt syn på trening. I tillegg til å tilegne seg kunnskaper om treningsintensitet og -mengde, uttrykker informantene at de også har lært om viktigheten av restitusjon. Erika er opptatt av at dette har vært en nyttig kunnskap, som blant annet har gitt henne en nyansert forståelse av framstillingen i blader som hun mener hennes treningssyn er påvirket av. Informantene ser kunnskapen de tilegner seg om treningsmengde, - intensitet og restitusjon som spesielt viktig å ha i tida etter utskrivelse, og blir slik tryggere på at de skal kunne videreføre et normalt forhold til fysisk aktivitet.

Kostrzewa et al. (2013) fant at de gjennom behandling minsket forskjellen mellom grupper som i utgangspunktet hadde henholdsvis høy og lav aktivitet. Da gruppen med

pasienter med høy aktivitet reduserte sitt aktivitetsnivå i løpet av behandlingen, mens gruppen med lavt aktivitetsnivå økte sin fysiske aktivitet ble dette et positivt behandlingsutfall for begge gruppene. Denne utjevningen var fortsatt tilstede ett år etter avsluttet behandling. Det ble imidlertid ikke undersøkt hvilke faktorer i behandlingen som var medvirkende til at pasientene fikk et mer moderat aktivitetsnivå.

Ada er opptatt av at hun også har lært en del om forholdet til egen kropp gjennom aktiviteten på avdelingen. Hun uttaler at:

Nå klarer jeg å kjenne mer på hvordan kroppen min har det, og regulere meg ut ifra hva den føler. For eksempel kjenner jeg mer på kroppen min nå når jeg trenger pauser, det klarte jeg ikke å kjenne før.

Denne kunnskapen om behovene til ens egen kropp er svært viktig, og vil trolig også kunne overføres til andre områder som er utfordrende for pasienter med spiseforstyrrelse. I retningslinjene fra Sosial- og helsedirektoratet (2000, s. 31) for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser, er ett av behandlingsmålene «å identifisere, gjenkjenne og akseptere følelser og behov som sine egne...» I denne veilederen fremheves bruken av fysioterapi for å fremme pasientenes kontakt med egen kropp. Dette er slik å betrakte som en vanlig utfordring for pasienter med spiseforstyrrelse. Martinsen (2000) mener veien til bedre selvoppfatning for denne pasientgruppen går nettopp gjennom bedre kjennskap til egen kropp og ens fysiske selv. Gjennom å lære seg å lytte til kroppens behov, anerkjenner man disse og kan få en større forståelse av det optimale samspillet mellom ernæring, aktivitet og hvile. Dette kan blant annet vise seg gjennom et mer avslappet forhold til fysisk aktivitet hos informantene, der avhengigheten av fysisk aktivitet ikke virker til å være like sterk lenger. Blant annet trener de ikke eller kun sjelden når de er hjemme på helgeperm til tross for at de har tillatelse til det. Andrea forteller at «jeg hadde kunnet gjøre det om jeg hadde orket, men jeg gjør ikke det. Jeg liker ikke å trene så mye!» Erika på sin side ønsker å bruke fritida på avdelingen til håndarbeidsaktiviteter framfor å gå tur, selv om hun har muligheten til å være i aktivitet.

#### ***4.3.2 Hovedkategori 2: Fysisk selvoppfatning***

Den andre hovedkategorien som trådte fram av datamaterialet kan samles i begrepet fysisk selvoppfatning. Informantene var svært opptatt av både hvordan de så ut og hvordan de presterte i idrett. «Kroppsstørrelse» og «Fysisk prestasjon» ble underkategoriene i kategorien «Fysisk selvoppfatning.»

I denne studien ble informantene bedt om å beskrive innholdet i begrepet fysisk selvoppfatning. For én av jentene ble begrepet fysisk selvoppfatning for utfordrende og stort å forklare. Dette er fullt forståelig, da begrepet kan oppleves både mangefasettert og overveldende. Ada definerer det som «hvordan jeg ser på meg selv og kroppen.» Ved forsøk på å konkretisere dette, kommer det fram at fysisk selvoppfatning for henne i all hovedsak handler om kroppsstørrelse. «Jeg synes jeg er stor, ser på meg selv som overvektig.» Hun finner ikke andre dimensjoner som passer inn i begrepet, og ønsker å avgrense det til størrelse. Denne avgrensninga av begrepet fysisk selvoppfatning til å gjelde kun kroppsstørrelse, blir noe mangelfull i forhold til den opprinnelige definisjonen og Marsh (1998) sine elleve underkategorier. Det viser imidlertid hvor hennes fokus på egen kropp ligger.

#### ***4.3.2.1 Kroppsstørrelse***

Informantene hadde et stort fokus på egen kroppsstørrelse. Emma beskriver kroppen sin som «stor og overvektig egentlig, den tar mye plass.» De andre informantene bruker begreper som stor, stygg, bulkete og overvektig for å beskrive kroppen sin. Ada bruker kraftige ord når hun forteller at «kroppen min i dag synes jeg er feit, ekkel og heselig. Jeg har bare lyst til å kvitte meg med den...» Disse følelsene kan bli ganske altoppslukende, slik Erika beskriver tankene hennes på det hun ser på som en stor mage: «... herregud, den magen er stor, og så klarer jeg ikke å slutte å tenke på den store magen.»

Lav selvoppfatning knyttes i mange tilfeller sterkt til alle former for spiseforstyrrelser (Danielsen og Rø, 2012; Martinsen, 2011; Skårderud et al., 2004). Ën studie har funnet at så mye som 46% av jentene i ungdomsår hadde lav kroppstilfredshet, og dette var én av faktorene med sterkest korrelasjon til spiseforstyrrelse (Neumark-Sztainer et al., 2004). Lav selvoppfatning gir seg uttrykk i at personen er misfornøyd med seg selv og vil forandre seg. Endring av kroppen gjennom for eksempel sulting og overdreven trening blir et konkret uttrykk for en slik forandring.

Informantenes forhold til egen kroppsstørrelse kunne også variere relativt raskt. Ada forteller at «... etter å ha trent føler jeg meg veldig vel. Men de syke tankene kommer veldig fort, så det er ikke så lenge jeg føler meg vel.» Andrea mener hennes tanker rundt egen kropp varierer fra dag til dag. Blant annet kobler hun dette til at «med klær føler jeg meg stor, når jeg ikke har på meg klær føler jeg meg mindre da.» Dette fører blant annet til at:

På trening har jeg på meg klær, og da føler jeg meg stor. Men i dusjen så tenker jeg at, jeg er ikke så stor da. Da ser jeg på en måte kroppen min!... Jeg synes det er lettere dersom jeg tar på magen min for eksempel, da tenker jeg «ok, den er ikke så stor»!

Det var flere faktorer som påvirket jentenes opplevelse av egen kroppsstørrelse. Andrea påpeker særlig hvordan kommentarer fra det motsatte kjønn hadde stor påvirkningskraft, noe hun beskriver på denne måten:

Hun er tynn, håper jeg de tenker. Jeg har hørt at jeg er tynn. Nå tror jeg på det siden det er èn som har sagt at jeg ser tynn ut. Men hadde det ikke vært for at jeg har han, så hadde jeg vel trodd at jeg var mye større.

For henne betyr denne tilbakemeldingen at «jeg har fått èn som liker meg, og da føler jeg meg komfortabel i egen kropp... Når han liker kroppen min, liker jeg kroppen min!» Erika uttaler imidlertid at for henne ble opplevelsen av egen kropp positivt påvirket av den sosiale delen av fysisk aktivitet. Sammenlikning med seg selv og andre virket i stor grad negativt inn på opplevelsen av egen kroppsstørrelse. Andrea sammenlikner seg med kvinner på samme vekt som seg selv, og opplever at «de har mye finere kropp enn meg.» Dette påvirker henne til å devaluere sin egen kroppsstørrelse og trigger ønsket om å gå ned i vekt.

Andrea forteller hvordan hennes syn på egen kroppsstørrelse har endret seg til å bli mer anstrengt gjennom behandlingsforløpet:

Det ble verre når jeg nådde normalvekt. Jeg ville jo helst ned i vekt da, eller jeg ville ha en finere kropp da ville jeg ha... jeg tenker mer på forbrenning og kropp og sånn. Så da blir det jo verre på en måte.

Hun uttaler at hun «føler meg like stor nå som jeg var på mitt største, men det er jeg absolutt ikke da. Jeg ser på en måte ikke noen forandring da...» Emma opplever stort sett etter gymtimen en følelse av å være «ganske mislykka, stor.... Føler på at jeg ikke har forbrent nok.» Hennes opplevelse av egen kropp virker foreløpig heller ikke til å ha hatt positivt utbytte av den fysiske aktiviteten ved avdelingen. Hun uttaler at hennes syn på egen kroppsstørrelse ikke har endret seg, men at hun har fått en større bevissthet rundt at denne overdimensjonerte størrelsen er en følelse og ikke en sannhet.

Pasienter med anoreksia nervosa som oppgir at de overtrener, er i større grad misfornøyd med kroppen sin, enn anorektikere som ikke overtrener. Dette kobles til en større sårbarhet for stress og mer alvorlig sykdomsstatus (Brewerton, Stellefson, Hibbs, Hodges &

Cochrane, 1995). Sands, Tricker, Sherman, Armatas & Maschette (1997) så på forskjellen i kroppstilfredshet ved å måle differansen mellom ideell og reell kroppsstørrelse hos sine informanter. Forskjellen mellom ideell og reell kroppsstørrelse var signifikant hos jentene på dette tidspunktet, men ikke etter henholdsvis tre og seks måneder. Denne studien fant også at differansen mellom ideell og reell kroppsstørrelse korrelerer positivt med ønske om å være tynnere. Ønske om å være tynnere korrelerte på sin side negativt med selvoppfatning.

I Sosial- og helsedirektoratets anbefalinger om behandling av alvorlige spiseforstyrrelser (2000, s. 31) er et av behandlingsmålene for disse pasientene «akseptering av kroppen og eget utseende, men også at man knytter selvtillit og egenverd til andre sider ved seg selv.» Det å akseptere ens egen kroppsstørrelse blir en sentral del av dette målet, mens man samtidig jobber med å knytte ens egen verdi til andre faktorer. Martinsen (2011) bekrefter dette når han hevder at målsettingen med behandlingen av en spiseforstyrrelse må være å oppnå en bedre og mer stabil selvfølelse ved at denne i mindre grad avhenger av hvordan pasientene opplever kroppen sin. Man forsøker å identifisere sammenhengene mellom situasjon, tanker, følelser og handlinger. Ut ifra hva Andrea og Emma forteller har ikke behandlingen lyktes helt med å bedre disse jentenes fysiske selvoppfatning. Denne studien forteller ingenting om hvordan behandlerne og pasientene sammen har jobbet for å nå dette målet, og det er derfor vanskelig å evaluere. Danielsen og Rø (2012) hevder imidlertid at akseptering og integrering av et nytt kroppsbilde tar tid, noe som kan forklare hvorfor pasienter i fase to og tre ikke har merket denne bedringen enda. Dette understøtter Andrea ved å ha forhåpninger om «å bli komfortabel i egen kropp. Det er vel noe som kommer etter noen år håper jeg.»

#### ***4.3.2.2 Fysisk prestasjon***

Fysiske prestasjoner var et annet element av fysisk selvoppfatning som jentene var opptatt av. For både Emma og Andrea er det viktig å prestere i fysisk aktivitet. Når Andrea føler hun mestrer aktiviteten, synes hun det er gøy og hun kan gå så opp i aktiviteten at hun glemmer tid og sted. Erika mener en slik mestringsfølelse i fysisk aktivitet, der kroppen kjennes sterk og hun får til aktiviteten, bidrar til å gi henne en positiv følelse overfor egen kropp. Ada knytter også mestring i fysisk aktivitet til godfølelse overfor egen kropp i dette svaret på når hun opplever godfølelse overfor egen kropp; «Det er når vi har det artig... Når jeg har fått til ting, ting er artig og det har gått bra.»

Andrea forteller at dersom hun ikke opplever mestring og gode prestasjoner i fysisk aktivitet dreies fokuset hennes til kun å fokusere på forbrenning. Hun er også veldig opptatt av at hun før hver gymtime gruer seg for denne med tanke på å ikke mestre aktiviteten. Emma beskriver manglende mestringsfølelse i fysisk aktivitet på denne måten: «Hvis jeg ikke klarer en øvelse blir jeg sur og irritert, og går inn i min egen verden og tenker bare på at jeg ikke klarer det.» Noe av det samme tar også Ada opp, når hun forteller at «hvis jeg ikke mestrer det så blir jeg sur, og det går ganske hardt utover mat og kropp.»

Fokuset på prestasjon og mestring i fysisk aktivitet er stor hos disse informantene. Martinsen (2011) ser på forskjellen mellom mestringsorientert og resultatorientert målperspektiv. Resultatorientering vises ved å ha fokus på seg selv, og det å prestere godt i aktiviteten. Her er det sterke elementer av sosial sammenlikning ved at man interesserer seg for hvordan man presterer i forhold til andre. Andrea viser en grad av dette, i det hun gruer seg til hver økt med fysisk aktivitet med tanke på å ikke mestre aktiviteten. Ved mestringsorientering har man fokus på å løse oppgaven, og hva man kan lære av dette. Man gjør oppgaven for oppgavens egen skyld, noe som forutsetter indre motivasjon for å gjennomføre aktiviteten. Indre motivasjon er i noe grad tilstede hos disse jentene i det de blant annet uttaler at de finner glede i noen av aktivitetene de gjør i treningsøktene, og at de blir glade av å være i fysisk aktivitet fordi kroppen liker det. Allikevel må fokuset på resultater og den relative prestasjonen i gruppa sies å være sterkere, noe som medfører ytre motivasjon for aktiviteten.



## **5. TILRETTELEGGING AV FYSISK AKTIVITET FOR PASIENTER MED SPISEFORSTYRRELSE**

I denne oppgaven har vi sett på hvordan forholdet til fysisk aktivitet endrer seg gjennom behandlingsforløpet. I dette kapittelet om tilrettelegging av fysisk aktivitet for pasienter med spiseforstyrrelse ønsker jeg både å oppsummere hovedfunnene, og diskutere hvordan disse har praktiske implikasjoner for det videre arbeidet med denne pasientgruppen. I denne oppgaven har vi sett at selvoppfatning i mange tilfeller regnes som en hovedutfordring for pasienter med spiseforstyrrelse. Spesielt har vi sett på fysisk selvoppfatning hos disse pasientene. Martinsen (2011) hevder at fysisk trening kan bidra til bedring av fysisk selvfølelse, og at sjansen for bedring av selvfølelsen er størst for dem som på forhånd har dårlig selvtillit. Men hvordan bør fysisk aktivitet tilrettelegges for pasienter med spiseforstyrrelse for å øke deres fysiske selvoppfatning?

Behandlere og miljøpersonalet blir nøkkelpersonene i tilretteleggingen av fysisk aktivitet som behandlingsmetode mot spiseforstyrrelse. Martinsen (2011) framhever betydningen av at fysisk aktivitet anerkjennes som behandlingsmetode i hele personalgruppa. Han eksemplifiserer dette ved at fysisk aktivitet timeplanfestes innen normal arbeidstid, da denne tiden har høyest autoritet, at behandlere ikke setter opp avtaler med pasientene i denne fastsatte tida, og at man tilsetter personer med kunnskaper om fysisk aktivitet. Videre skal vi se hvordan personalet også kan bruke tilpasset intensitet, felles fysisk aktivitet og stimulering av indre motivasjon for å tilrettelegge fysisk aktivitet i behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelse.

### **5.1 Intensitet**

Hos informantene i denne studien var godfølelse overfor egen kropp i stor grad koblet til grad av intensitet på fysisk aktivitet. Andrea mener for lite intensitet er sløsing av tid, og ønsker ikke å bruke tid der hun skal bygge kropp bare på tull. Hun forklarer utfordringen på denne måten:

Hvis vi har mye intensitet, så er det vanskelig å tenke. Da er vi der og spiller og sånn der. Men hvis det er lite intensitet så er det lett å tenke på... det man ikke skal tenke på da.

Andrea mener det er lettere å gå opp i aktiviteten og får en bedre følelse under fysisk aktivitet dersom intensiteten er relativt høy. Erika kobler også godfølelse overfor egen kropp etter

fysisk aktivitet til å kjenne seg svett, varm og at man har brukt kroppen. Dette støttes av Duesund og Skårderud (2003), som viser at lav intensitet i fysisk aktivitet hos pasienter med anoreksi fører til at pasientene vender seg til egne tanker om kropp og utseende. Lustyk, Widman, Paschane & Olson (2004) hevder i sin studie av friske personer at de positive fysiske og psykiske effektene man får av fysisk aktivitet avhenger av hvilken type aktivitet man bedriver og i hvilken intensitet man utfører den. De viser at den positive virkningen fysisk aktivitet har på selvbildet i størst grad kommer hos de som driver lavintensiv fysisk aktivitet. De informantene som skåret høyest på tilfredshet i denne studien var de som trente oftest, lengst og med lett intensitet.

Denne forskjellen i preferansen for aktivitet kan bunne i den egentlige motivasjonen for fysisk aktivitet (Lustyk et al., 2004). Informantene i denne studien er fortsatt under behandling for en alvorlig spiseforstyrrelse. Motivasjonen for fysisk aktivitet kan i stor grad ligge i håndtering av negative emosjoner, slik vi ser hos Andrea, og forbrenning. Dette vil gi en preferanse for høy intensitet på fysisk aktivitet. For å oppnå målet om økt selvoppfatning hos pasienter med spiseforstyrrelse er det derimot nødvendig at dette ønsket modereres av behandlingspersonalet, i forhold til å lære pasientene regulering av fysisk aktivitet og forhindre vektnedgang eller -stagnasjon. Et annet viktig poeng i forhold til å nå målsettingen om økt selvoppfatning ved å ta i bruk fysisk aktivitet i behandling av pasienter med spiseforstyrrelse, er at graden av intensitet ikke må være høyere enn at pasientene opplever mestring.

## **5.2 Fysisk aktivitet i fellesskap**

Gjennom bearbeiding av datamaterialet fant jeg at kategorien «felles fysisk aktivitet» var viktig for informantenes forhold til fysisk aktivitet i dag. I felles fysisk aktivitet var særlig regulering av aktivitet og pause i fysisk aktivitet viktige elementer, i tillegg til den sosiale komponenten. I datamaterialet var det ingen tvil om at felles fysisk aktivitet har bidratt positivt til pasientenes selvoppfatning.

Skårderud (1994) poengterer at i fysisk aktivitet hos pasienter med spiseforstyrrelse bør oppmerksomheten nettopp rettes mot tilstedeværelse og opplevelsen av å være i bevegelse og i samspill med andre. Martinsen (2011, s.223) støtter dette da han gjennom sitt arbeid har erfart at «fellesaktivitet med lav intensitet ofte blir godt mottatt» hos pasienter med anoreksi. Han betegner aktiviteter som ballspill, turgåing og lekpregede aktiviteter som anvendbare i arbeidet med pasienter med spiseforstyrrelse. «Ballspill kan være en god aktivitet for å oppnå

avledning fra vonde tanker. Aktiviteten krever tilstedeværelse, struktur, samarbeid, sosial innlevelse og fair play.... Ballspill med klare regler og rammer kan fortrenge angst og usikkerhet, øke mestringssevnen og styrke selvbildet» (Martinsen, 2011, s. 208). Dehkordi (2009) kobler den positive effekten gruppetrening hadde på sine informanter med depresjon til at fysisk aktivitet skapte en bedre følelse overfor egen kropp. Informantene i denne studien støtter langt på vei felles fysisk aktivitet for håndtering av negative emosjoner og økt selvoppfatning. Emma forteller at for å være tilstede i fysisk aktivitet er det viktig å dele denne med andre, da dette hjelper henne til å unngå å stenge seg inn i seg selv. Dette skjer «helst i ballspill, andre ting og ikke styrke. Da blir jeg ofte inn i meg selv, ellers i ballaktiviteter er det lagspill og man kan ikke bare fokusere på seg selv.» Dette støttes av Duesund og Skårderud (2003), som også påpeker at den sosiale dimensjonen i fysisk aktivitet skaper et skifte i oppmerksomhet fra en selv og til aktiviteten man er en del av.

Felles fysisk aktivitet har imidlertid også noen utfordringer knyttet til påvirkning på fysisk selvoppfatning. Andrea problematiserer det at to med ulik kroppsstørrelse skal arbeide sammen i fysisk aktivitet. Den minste vil i noen øvelser gjerne oppleve seg selv som noe svakere, mens den største kan tenkes å få en negativ opplevelse ved å sammenligne sin egen kropp mot den andres. Ingen kommer ut med godt resultat. Andrea påpeker at:

Hvis det er ei som er større enn meg, og så skal vi to være på lag og gjøre styrkeøvelser på hverandre, så er det ikke noe rart at jeg er svakere enn henne og ho er sterkere enn meg. Så der er de litt slemme på en måte, det er dumt for hun som er større også – ho plages jo like mye med kropp som det jeg gjør. De velger jo ikke pasienter ut ifra kroppsstørrelse, men dette blir noe vanskeligere i gymmen når folk har det kroppsfokusert de har. Så det er litt til ettertanke da...

Det er åpenbart at et tett samarbeid i fysisk aktivitet åpner for sterkere sammenlikning av seg selv i forhold til andre. Erika forteller at «... akkurat nå er det ok, for hun jeg trener sammen med har hatt anoreksi i lang tid... Derfor er jeg sterkere enn henne, og det er positivt for meg...» Dette kan tolkes slik at dersom man kommer positivt ut av denne sammenlikningen virker det positivt på fysisk selvoppfatning, mens man får motsatt utfall dersom man kommer negativt ut av denne sammenlikningen. Som instruktør i fysisk aktivitet med disse pasientene må man derfor ha et bevisst forhold til når og hvem som samarbeider i fysisk aktivitet.

### **5.3 Indre motivasjon for fysisk aktivitet**

Under kategorien «fysisk selvoppfatning» ble vektingen av ytre og indre motivasjon for fysisk aktivitet hos pasientene drøftet. Personalet kan bidra til å vektlegge en indre motivasjon for

aktiviteten gjennom måten de kommuniserer med pasientene på. For å bygge oppunder en indre motivasjon for aktiviteten hos pasientene må personalet gjennom kommentarer og gester vise at de verdsetter oppgaven i seg selv, læring og innsats framfor resultat og dyktighet (Ryan & Deci, 2000). Gjennom å gi pasientene positive tilbakemeldinger på framgang og innsats kan pasientene oppleve større grad av kontroll og mindre grad av sårbarhet i aktiviteten. Dette kan i følge Martinsen (2011) gi økt selvoppfatning.

Indre motivasjon for en oppgave styrkes som tidligere nevnt gjennom autonomi. Det kan derfor være viktig for indre motivasjon at pasientene får noen påvirkningsmuligheter på utformingen av den fysiske aktiviteten. Som personale og ansvarlig for aktiviteten må man ha et bevisst forhold til hvilke faktorer pasientene da kan påvirke. For eksempel har informantene vist at det er av betydning hvem de samarbeider med i fysisk aktivitet, og at dette nok bør styres noe av den som leder aktiviteten. Likeså er hvilke aktiviteter og intensitetsnivå noe som til dels bør kontrolleres dersom spiseforstyrrelsen ikke skal få fritt utløp. Derimot kan pasientene godt få bestemme rekkefølgen på aktivitetene som skal gjennomføres

#### **5.4 Tydeligere fokus på selvoppfatning**

Gjennom arbeidet med kategorien «fysisk selvoppfatning» kom det fram at informantene i denne studien hadde et noe vagt forhold til hovedutfordringen i sin egen lidelse. Det var vanskelig for informantene å forklare hva som ligger i begrepet selvoppfatning, og de hadde i liten grad noen forestilling om hvordan det ble arbeidet med dette i behandlingen. Andrea opplevde at det å styrke godfølelsen i forhold til egen kropp er noe hun «heller bare må finne ut av det psykisk, og ikke bruke trening som noe dumt (min kommentar: for eksempel trene mer / overtrene) da på en måte.» Hun tenker denne problemstillingen bør jobbes med hos psykolog, og med medpasientene som samspillspartnere. Ellers var det mest vage svar på spørsmålet om hvordan fysisk aktivitet kunne gi de en godfølelse i forhold til egen kropp.

Informantene kjenner til begreper som forvrengt kroppsbilde, med forståelse for at det kan være forskjell på opplevd og faktisk kroppsstørrelse. Emma forteller at «jeg føler fortsatt at kroppen er stor, og at jeg er overvektig. I terapien får man høre at det er en følelse, det er ikke en sannhet.» Utsagnet vitner om teoretisk kunnskap på området, men uttrykker samtidig at dette ikke har blitt en integrert del av hennes fysiske selvoppfatning. Samtidig nevner som vist Ada hvordan fysisk aktivitet har gitt henne en større åpenhet for signalene fra egen kropp, og at dette var svært viktig for henne. Veien fra teoretisk innsikt til implementering i fysisk

selvoppfatning er lang, men starter sannsynligvis med en bevisstgjøring av fenomenet. Øvelser på grensesetting, kraftregulering, massasje med knotteball, er alle uvurderlige i bevisstgjøringen av egen fysisk selvoppfatning. Disse øvelsene benyttes i stor grad på avdelingen. Samtidig som man gjør disse øvelsene, kan det være positivt å i enda større grad sette ord på hva disse øvelsene gjør med ens fysiske selvoppfatning. Kanskje kan man høste positive gevinster ved i tillegg å understøtte den praktiske øvingen med en teoretisk forankring for fysisk selvoppfatning? Her vil det være naturlig for eksempel å ta for seg hvilke elementer som inngår i fysisk selvoppfatning, og hvilke faktorer som kan tenkes å påvirke fysisk selvoppfatning. Samtidig må man knytte dette til pasientenes egne følelser rundt fysisk selvoppfatning. Det kan være hensiktsmessig i behandlingen av spiseforstyrrelse å ta i bruk begrepene i større grad, og bevisstgjøre pasientene på hvordan fysisk aktivitet som behandlingsmetode kan være et bidrag til bedre fysisk selvoppfatning. Dette kan gjøres både gjennom tradisjonell undervisning eller for eksempel gjennom samtale i puls-runden før og etter trening. Pasientene bør i større grad ha en bevissthet rundt arbeidet med det som ansees som en hovedutfordring i sin egen diagnose.

## 6. SAMMENDRAG OG KONKLUSJON

Denne oppgaven har som formål å se nærmere på forholdet til fysisk aktivitet hos pasienter med spiseforstyrrelse. Fire pasienter ved en spesialavdeling for pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse ble intervjuet. Av datamaterialet kom det fram informasjon om kategoriene «Forholdet til fysisk aktivitet» og «Fysisk selvoppfatning.»

Ved gjennomgang av datamaterialet viste det seg at forholdet til fysisk aktivitet var dynamisk og i bevegelse gjennom hele behandlingsforløpet. I studien har derfor den ene av to hovedkategorier fått navnet «Forholdet til fysisk aktivitet» Denne kategorien inneholdt fasene «Før sykdomsdebut», «I perioden før innleggelse», «I perioden etter innleggelse», «Ved gjenopptakelse av aktivitet» og «Forholdet til fysisk aktivitet i dag». Fasen «Forholdet til fysisk aktivitet før sykdom» fortalte om informantenes forhold til fysisk aktivitet som friske. Her så man at subkategoriene «Aktivitetsnivå» og «Indre motivasjon for fysisk aktivitet» preget pasientenes forhold til fysisk aktivitet. Pasientene var alle aktive i denne fasen, og oppfylte i større grad enn kontrollgrupper i andre studier nasjonale anbefalinger om deltakelse i fysisk aktivitet. Et uanstrengt forhold til fysisk aktivitet, med vekt på aktivitet for aktivitetens egen skyld preget også den fysiske aktiviteten til pasientene i denne fasen. I fasen «Forholdet til fysisk aktivitet i perioden før innleggelse» ble «Økt aktivitetsnivå» og «Økt grad av tvang i fysisk aktivitet» framtrepende. Denne fasen bar preg av at treningsøktene vedvarte i timesvis, på de samme stedene, med de samme øvelsene og alene, slik som i går og dagen før der. I fasen «Forholdet til fysisk aktivitet i perioden etter innleggelse» ble pasientenes forhold til restriksjoner sett nærmere på. Det viste seg at informantene opplevde restriksjonene svært forskjellig da de måtte forholde seg til de versus i dag. Fasen «Gjenopptakelse av fysisk aktivitet» viste kanskje studiens viktigste funn. Det å gjenoppta aktiviteten førte til at pasientene på nytt opplevde et større behov for fysisk aktivitet og forbrenning av kalorier. Denne kategorien ble derfor kalt «Trigger til mer fysisk aktivitet.» Kategorien «Forholdet til fysisk aktivitet i dag» bar preg av at «Fysisk aktivitet i fellesskap,» «Sammenlikning» og «Læring» var viktige elementer. Gjennom fysisk aktivitet i fellesskap opplevde pasientene å lettere regulere både aktivitet og hvile i treningsøktene, samtidig som de verdsatte den sosiale delen av treningen svært høyt. Ved fysisk aktivitet var det tydelig at de sammenliknet seg både med seg selv og andre hva gjaldt kroppsstørrelse og fysisk prestasjon. Det andre vesentlige funnet i denne studien var at pasientene i svært høy grad

verdsatte kunnskaper om treningsmengde og –intensitet, samt behovene til egen kropp. Av enkelte informanter ble denne læringen trukket fram som det viktigste i hele behandlingen.

Den andre hovedkategorien i denne studien ble «Fysisk selvoppfatning.» Man så at begrepet fysisk selvoppfatning var fremmed for informantene, og det var også diffust hvordan de mente man kunne bedre denne hovedutfordringen i deres egen lidelse. Innen begrepet fysisk selvoppfatning var informantene spesielt opptatt av «Kroppsstørrelse» og «Fysisk prestasjon.» I kategorien «Fysisk selvoppfatning» så man at informantene vektla egen kroppsstørrelse uforholdsmessig mye i begrepet fysisk selvoppfatning. Informantene sammenliknet egen kroppsstørrelse både med andre personer og med tidligere utgaver av seg selv. Andres kommentarer, samt intensitet og det sosiale samspillet i fysisk aktivitet påvirket hvordan de oppfattet sin egen kroppsstørrelse. I subkategorien «Fysisk prestasjon» fortalte informantene om hvordan mestring hadde en positiv påvirkning på fysisk selvoppfatning. Motsatt hadde det å ikke prestere i fysisk aktivitet lett for å føre til at man «gikk inn i sin egen spiseforstyrta verden» der hovedfokuset lå på ønsket om å forbrenne kalorier.

Hovedpoengene i denne oppgaven ble til slutt drøftet i forhold til hvordan fysisk aktivitet for pasienter med spiseforstyrrelse kan tilrettelegges. Her ble personalets holdninger til fysisk aktivitet som behandlingsmetode, samt gradering av intensitet, felles fysisk aktivitet og indre motivasjon i fysisk aktivitet trukket fram som suksesskriterier. I tillegg til et større fokus på bevisstgjøring hos pasientene på arbeidet med deres selvoppfatning.

I arbeidet med denne studien kom det fram at det er gjort mye forskning både i forhold til pasienter med spiseforstyrrelse og fysisk aktivitet for pasienter i psykiatrien hver for seg. Jeg har imidlertid kun funnet lite forskning som tar for seg hvordan fysisk aktivitet bør tilrettelegges for pasienter med spiseforstyrrelse. Unntaket er arbeidet til Duesund og Skårderud (2003). Dette er et viktig tema som burde blitt bedre belyst, da både denne studien og mye tidligere forskning på fysisk aktivitet og selvoppfatning viser at fysisk aktivitet er egnet for å arbeide med selvoppfatning. I lys av denne studien ville det vært aktuelt å se nærmere på hvilken effekt fysisk aktivitet i fellesskap har for pasienter med spiseforstyrrelse, da gruppetrening viste seg å være en viktig faktor for å skape godfølelse overfor egen kropp. I tillegg gjør funnet av utfordringen ved å gjenoppta fysisk aktivitet til at man burde sett på hvordan dette kan gjøres på en måte som støtter oppunder arbeidet med å redusere behovet for forbrenning og vektreduksjon.

## REFERANSER

- Alberti, M., Galvani, C., Ghoch, M. E., Capelli, C., Lanza, M., Calugi, S. & Grave, R. D. (2013). Assessment of physical activity in anorexia nervosa and treatment outcome. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 45(9), 1643-1648.
- Bergh, C., Brodin, U., Lindberg, G. & Södersten, P. (2002). Randomized controlled trial of a treatment for anorexia and bulimia nervosa. *PNAS*, 99(14), 9486-9491.
- Borge, L., Martinsen, E. & Moe, T. (2011). *Psykisk helsearbeid – mer enn medisiner og samtaleterapi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bratland-Sanda, S., Sundgot-Borgen, J., Rø, Ø., Rosenvinge, J. H., Hoffart, A. & Martinsen, E. W. (2010a). "I'm not physically active, I only go for walks." Physical activity in patients with longstanding eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 88-92.
- Bratland-Sanda, S., Sundgot-Borgen, J., Rø, Ø., Rosenvinge, J. H., Hoffart, A. & Martinsen, E. W. (2010b). Physical activity and exercise dependence during inpatient treatment of longstanding eating disorders: An exploratory study of excessive and non-excessive exercisers. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 266-273.
- Bratland-Sanda, S., Martinsen, E., Rosenvinge, J. H., Rø, Ø., Hoffart, A. & Sundgot-Borgen, J. (2011). Exercise dependence score in patients with longstanding eating disorders and controls: The importance of affect regulation and physical activity intensity. *European Eating Disorders review*, 19(3), 249-255.
- Brewerton, T. D., Stelfox, E. J., Hibbs, N., Hodges, E.L. & Cochrane, C. E. (1995). Comparison of eating disorder patients with and without compulsive exercise. *International Journal of Eating Disorders*, 17(4), 413-416.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P. & Pedersen, N. L. (2006). Prevalence, heritability and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 63(3), 305-312.
- Corning, A. F., Krumm, A. J. & Smitham, L. A. (2006) Differential social comparison processes in women with and without eating disorder symptoms. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 338-349.
- Danielsen, M. & Rø, Ø. (2012). Changes in body image during inpatient treatment for eating disorders predict outcome. *Eating Disorders*, 20(4), 261-275.
- Davis, C., Katzman, D. K., Kaptein, S., Kirsh, C., Brewer, H., Kalmbach, K., Olmsted, M. P., Woodside, D. B. & Kaplan, A. S. (1997). The prevalence of high-level exercise in the eating disorders: Etiological implications. *Comprehensive Psychiatry*, 38(6), 321-326.
- Davis, C., Kaptein, S., Kaplan, A. S., Olmsted, M. P. & Woodside, B. (1998). Obsessionality in anorexia nervosa: The moderating influence of exercise. *Psychosomatic Medicine*, 60(2), 192-197.



- Davis, C. (2000). Exercise abuse. *International Journal of Sport Psychology*, 31(2), 278-289.
- Davis, C., Blackmore, E., Katzman, D. & Fox, J. (2005). Female adolescents with anorexia nervosa and their parents: A case-control study of exercise attitudes and behaviours. *Psychological Medicine*, 35(3), 377-386.
- Dehkordi, G. (2009). The effect of ten weeks individual and group training on the level of depression in female students of Islamic Azad University Ahvaz branch. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 1(1), 2637-2641.
- Dellava, J. E., Hamer, R. M., Kanodia, A., Reyes-Rodriguez, M. L. & Bulik, C. M. (2011). Diet and physical activity in women recovered from anorexia nervosa: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 44(4), 376-382.
- Derenne, J. L. & Beresin, E. V. (2006). Body image, media and eating disorders. *Academic Psychiatry*, 30(3), 257-261.
- Duesund, L. & Skårderud, F. (2003). Use the body and forget the body. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8(1), 53-72.
- Engel, S., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Crow, S., Peterson, C. B., Grange, D. L., Simonich, H. K., Cao, L., Lavender, J. M. & Gordon, K. H. (2013). The role of affect in the maintenance of anorexia nervosa; Evidence from a naturalistic assessment of momentary behaviors and emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 709 – 719.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A. & Welch, S. L. (1999) Risk factors for anorexia nervosa. Three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry*, 56 (5) 468-476. doi: 10.1001/archpsyc. 56.5.468.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7(2), 117-141.
- Giordano, S. (2005). Risk and supervised exercise: The sample of anorexia to illustrate a new ethical issue in the traditional debates of medical ethics. *Journal of Medical Ethics*, 31(1), 15-20.
- Guèrin, F., Marsh, H. W. & Famose, J-P. (2004). Generalizability of the PSDQ and its relationship to physical fitness : The european French connection. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 26(1), 19-38.
- Helsedirektoratet (2014a). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. Rapport, IS-2170.
- Helsedirektoratet (2014b). *Fysisk aktivitetsnivå blant voksne og eldre i Norge: Oppdaterte analyser basert på nye nasjonale anbefalinger i 2014*. Rapport, IS-2183.
- Hausenblas, H. A. & Fallon, E. A. (2006). Exercise and body image: A metaanalysis. *Psychology and Health*, 21(1), 33-47.

- Higgins, J., Hagman, J., Pan, Z. & MacLean, P. (2013). Increased physical activity not decreased energy intake is associated with inpatient medical treatment for anorexia nervosa in adolescent females, *PLoS One* 8(4), doi: 10.1371/journal.pone.0061559.
- Imsen, G. (2014). *Elevens verden: Innføring i pedagogisk psykologi* (5. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Kristoffersen, L. (2009). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kaye, W. H., Gwirtsman, H. E., Obarzanek, E. & George, D.T. (1988). Relative importance of calorie intake needed to gain weight and level of physical activity in anorexia nervosa. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 47(6), 989-994.
- Kostrzewa, E., van Elburg, A. A., Sanders, N., Sternheim, L., Adan, R. A. H. & Kas, M. J. H. (2013). Longitudinal changes in the physical activity of adolescents with anorexia nervosa and their influence on body composition and leptin serum levels after recovery. *PLoS One*, 8(10), doi: 10.1371/journal.pone.0078251.
- Krishen, A. S. & Worthen, D. (2011). Body image dissatisfaction and self-esteem: A consumer-centric exploration and a proposed research agenda. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 24, 90-105.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, California: Sage
- Lustyk, M. K. B., Widman, L., Paschane, A. A. E. & Olson, K. C. (2004). Physical activity and quality of life: Assessing the influence of activity frequency, intensity, volume and motives. *Behavioral Medicine*, 30(3), 124-131.
- Martinsen, E. W. (2000). Fysisk aktivitet for sinnets helse. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 120(25), 3054-6.
- Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet – psykisk helse – kognitiv terapi* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Marsh, H. W. & Sonstroem, R. J. (1995). Importance ratings and specific components of physical self-concept: Relevance to predicting global components of self-concept and exercise. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 17(1), 84-104.
- Marsh, H. W. (1996). Physical self description questionnaire: Stability and discriminant validity. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 67(3), 249-264.
- Marsh, H. W. (1998). Age and gender effects in physical self-concepts for adolescents elite athletes and nonathletes: A multicohort-multioccasion design. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 20(3), 237-259.
- Meyer, C., Taranis, L. Goodwin, H. & Haycraft, E. (2011). Compulsive exercise and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 19(3), 174-189.

- Mond, J. M. & Calogero, R. M. (2009). Excessive exercise in eating disorder patients and in healthy women. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(3), 227-234.
- Neumark-Sztainer, D., Goeden, C., Story, M. & Wall, M. (2004). Associations between body satisfaction and physical activity in adolescents; Implications for programs aimed at preventing a broad spectrum of weight-related disorders. *Eating Disorders*, 12(2), 125-137.
- Nigg, C. R. (2001) Explaining adolescent exercise behavior change: A longitudinal application of the transtheoretical model. *Annals of Behavior Medicine*, 23(1), 11-20.
- Postholm, M. B. (2005). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rigotti, N. A., Nussbaum, S. R., Herzog, D. B. & Neer, R. M. (1984) Osteoporosis in women with anorexia nervosa. *The New England Journal of Medicine*, 311(25), 1601-1606.
- Rosenvinge, J. H. & Børresen, R. (2004) Kan spiseforstyrrelser forebygges? *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 124(15), 1943-1946.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations; Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2007). Exercise participation motives: A self-determination theory perspective. I M. S. Hagger & N. L. D. Chatzisarantis (Red.), *Intrinsic Motivation and Self-determination in Sport and Exercise* (s. 1-19). Champaign, III: Human Kinetics.
- Sands, R., Tricker, J., Sherman, C., Armatas, C. & Maschette, W. (1997). Disordered eating patterns, body image, self-esteem and physical activity in preadolescent school children. *International Journal of Eating Disorders*, 21(2), 159-166.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J. & Stanton, G. C. (1976) Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407-441.
- Sigmundsson, H. & Ingebrigtsen, J. E. (Red.). (2006). *Idrettspedagogikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skaalvik, E. & Skaalvik, S. (1998). *Selvoppfatning, motivasjon og læringsmiljø*. Oslo: Tano.
- Skårderud, F. (1994). *Nervøse spiseforstyrrelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skårderud, F., Rosenvinge, J. H. & Gøtestam, K. G. (2004). Spiseforstyrrelser – en oversikt. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 124(15), 1938-1942.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Smith, J. & Osborn, M. (2008). *Interpretative phenomenological analysis*. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (2. utg.) (s. 53-80). London: Sage.

Sosial- og helsedirektoratet (2000). *Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*. Utredningsserie. IK-2714.

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Vansteelandt, K., Rijmen, F., Pieters, G., Probst, M. & Vanderlinden, J. (2007) Drive for thinness, affect regulation and physical activity in eating disorders: A daily life study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1717-1734.



Anne Torhild Klømsten  
Pedagogisk institutt  
NTNU  
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 17.08.2012

Vår ref:31163 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.08.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31163	<i>Spiseforstyrrelse, fysisk aktivitet og selvoppfatning</i>
Behandlingsansvarlig	NTNU, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Anne Torhild Klømsten
Student	Marit Nysæter

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.12.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Marit Nysæter, Søndre Risvolltun 12 D, 7036 TRONDHEIM



Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende, forutsatt at det påføres dato for prosjektslutt og informasjon om at datamaterialet da vil anonymiseres. Siste avsnitt i informasjonsskrivet må omformuleres. Informantene skal ikke bekrefte hvordan man har forstått informasjonsskrivet. For forslag til informasjonsskriv, se våre sider:  
[http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/informasjon.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/informasjon.html)

Vi ber om at revidert informasjonsskriv sendes oss innen det opprettes kontakt med utvalget.

Det vil i prosjektet bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 01.12.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.