

**MASTEROPPGAVE I HELSE-, ORGANISASJONS- OG
KOMMUNIKASJONSPSYKOLOGI**

**- En kvalitativ studie av hvordan kvinner med bulimi
opplever motivasjon for behandling**

Hilde Saxi Gildberg

Trondheim, mai 2013

Psykologisk Institutt

Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse

Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet

Forord

Mitt frivillige verv i Interessegruppen for kvinner med spiseforstyrrelser (IKS) ga meg inspirasjon til å skrive om dette temaet. Etter flere samtaler med organisasjonens medlemmer bestemte jeg meg for at jeg ville undersøke hvordan kvinner med bulimi opplever motivasjon for behandling og erfaringer med å bryte med sine symptomer.

Prosessen med å skrive masteroppgaven har vært som en lang tur i en berg- og dalbane. På nedturene har det vært en tung og krevende prosess, mens det på oppturene har vært en interessant og lærerik prosess. Selv om året har bydd på utfordringer, sitter jeg i dag igjen med mest positive minner og mer kunnskap om både temaet og meg selv. Det er flere personer som har bidratt underveis i prosessen, og jeg vil i den forbindelse utrette en takk. Først og fremst vil jeg rette en stor takk til de åtte kvinnene som stilte opp til intervju og ville dele sine opplevelser og erfaringer. Stor takk må også rettes til mine veiledere, Lars Wichstrøm og Anne Iversen ved NTNU. De har gitt meg kritiske vurderinger og tilbakemeldinger under hele prosessen. Takker også til IKS som ga meg tillatelse til å forespørre organisasjonsmedlemmene om de ønsket å delta. Jeg er også takknemlig for at mine foreldre har bidratt med korrekturlesning og oppmuntring til å stå på gjennom hele skriveprosessen. Det siste året på NTNU hadde ikke blitt det samme uten lunsjpausene jeg har hatt med mine medelever, så takk til dere for motivasjon til å komme på lesesalen hver dag.

Trondheim, mai 2013

Hilde Saxi Gilberg

Sammendrag

En rekke studier har påvist at pasientens motivasjon er avgjørende for behandlingsutfall.

Formålet med dette studiet var derfor å oppnå en bedre forståelse for hvordan kvinner med bulimi opplever motivasjon for behandling. Ved bruk av tilnæringsmetoden Grounded theory ble det utført kvalitative intervju av åtte kvinner som har bulimi. Resultatene tyder på at disse kvinnene hadde en *ambivalent* motivasjon for behandling og tilfriskning.

Ambivalensen viste seg ved at begjæret etter en tynn kropp gjorde at kvinnene ville beholde den kompensierende atferden, men at de gjerne ville bli kvitt overspisingen. Opplevde fordeler med overspisingen, frykt for vektøkning og mangel på konstruktive måter å regulere følelser gjorde at bulimien ble opprettholdt. Overspisingen fungerte nemlig som en opplevd nødvendig emosjonsreguleringstrategi, spesielt i forhold til uutholdelige følelser.

Behandlingen fungerte best når kvinnene selv erkjente at de hadde et problem og innså den personlige verdien av endring. I tillegg til de personlige forholdene hos kvinnene spilte det interpersonlige forholdet til behandler inn. At behandleren fremstod som kompetent, forståelsesfull og inkluderende mente kvinnene var positivt for behandlingsutfallet. Troen på egne evner til å gjennomføre de endringene som krevdes mente de også var også avgjørende for behandlingsutfallet. Denne troen ble styrket dersom det ble gitt overkommelige delmål som ble oppnådd underveis i behandlingsprosessen.

INNHOLDSFORTEGNELSE

INNLEDNING	1
Bakgrunn for undersøkelsen	1
Hva er spiseforstyrrelser	1
Ulike former for spiseforstyrrelser	3
Forekomst	5
Prognose	6
Formål og problemstilling	6
Årsaker til bulimi	7
Behandling	8
Typer behandling	9
Frafall fra behandling	10
TEORI	11
Posisjonering i det teoretiske feltet	11
Indre og ytre motivasjon for behandling	11
Erkjenner seg som syk og opplever en personlig verdi i å bli frisk	12
Frykt for å bli tykk	13
Kroppsmisnøye og manglende kontakt med egne emosjoner	15
Usikker tilknytningsstil til primære omsorgspersoner	16
Maten som emosjonsregulerer	16
Tro på egen mestringsevne	17
Økt tro på at tilfriskning er mulig	20
Relasjon mellom klient og behandler	21
Ambivalent endringsvilje	22
Motiverende intervju	24
Oppsummering	24
METODE	26
Kvalitativ metode og epistemologisk ståsted	26
Den kvalitative intervjuformen	27
Datainnsamling	27
Informantene	28
Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelse (IKS)	29
Intervjuguide	29
Forberedelse og gjennomføring	30
Dataanalyse	31
Transkribering	31
Analysemetoden Grounded theory	32
Linje for linje koding	33
Fokusert koding	34
Dataevaluering	34
Etiske betraktninger og mulige fallgruver	34
Validitet	35
Reliabilitet	36
Generalisering	37
Forskerrollen	38
RESULTATER	40
Ambivalent motivasjon	40
Manglende sykdomsinnsikt	40
Innsær bulimiens skadevirkning	42

Mat som emosjonsregulerer	46
Frykt for vektøkning	51
Progresjon	54
Fellesfaktorer i behandling.....	56
Oppsummering av empirisk data	62
DISKUSJON	63
Modell:.....	63
Ambivalent motivasjon	64
Forhold som hemmer motivasjon for behandling.....	64
Manglende sykdomsinnsikt	64
Frykt for vektøkning.....	66
Maten som emosjonsregulerer	69
Mangel på konstruktive mestringsstrategier	70
Behandling som ikke treffer behovet.....	74
Forhold som fremmer motivasjon for behandling	76
Tilfredsstillende foreldre.....	76
Felles forståelse	77
Innsikt i sykdommens skadevirkning og en personlig verdi av å bli frisk.....	79
Innsikt i egne fremskritt	80
Metodiske betraktninger	82
Videre forskning	83
KONKLUSJON	85
REFERANSER	86
VEDLEGG	97

INNLEDNING

Bakgrunn for undersøkelsen

Bakgrunnen for temavalget er en personlig interesse for spiseforstyrrelser som fenomen og et ønske om å få bedre innsikt i motivasjonen for behandling og tilfriskning. Min interesse for området ble ytterligere forsterket etter at jeg meldte meg som frivillig i Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelse (IKS). Blant de kvinnene jeg kom i kontakt med, var det påfallende mange som av ulike grunner hadde avsluttet behandlingen. Jeg fikk i tillegg inntrykk av at de fleste hadde vært syk lenge før de oppsøkte hjelp. Dette gjorde meg nysgjerrig og vakte en interesse om å finne ut mer om deres motivasjon for behandling. En annen grunn til temavalget er at motivasjon og mestringstro er to fenomener som har interessert meg gjennomgående i studieløpet. Trolig er dette faktorer som er svært avgjørende for menneskers atferd og tankesett. Selv om en rekke forskere har påvist betydningen av motivasjon i behandling, er det fremdeles mye upløyd mark i forhold til hva som kan gjøres for å fremme denne motivasjonen. Det vil derfor være interessant å avdekke hvilke forhold som henholdsvis fremmer og hemmer motivasjonen for behandling. Etter grundige litteratursøk og dybdeintervjuer anser jeg oppgavens problemstilling for å være forskningsmessig interessant og tror den kan tilføre ny kunnskap på området.

Hva er spiseforstyrrelser

Kroppen oppfattes i dag som en grunnleggende del av individets identitetsskapning (Shilling, 2012) og er et viktig symbol for å markere identitet og personlighet (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Mye tyder på at globalisering og datateknologi har bidratt til at generasjonsgrenser brytes og at barn tidligere får innsikt i ”de voksnes verden”. Media er hovedkilden til våre indirekte erfaringer og har en enestående posisjon når det kommer til å formidle hvilke fysiske karakteristikk som blir sosialt verdsatt og hvilke som ikke blir det (Abraham & Llewellyn-Jones, 2001; Wykes & Gunter, 2005). I følge Shilling (2012) representerer kroppen som et individuelt prosjekt en oppfatning av at hver enkelt er ansvarlig for å forme idealkroppen i henhold til kulturens forestillinger om den perfekte kroppen.

Et paradoks i den vestlige kulturen er at den tynne kvinnekroppen både kan representere et prestisjesymbol og et stigmasymbol. En slank person som trener overdrevent kan bli beundret for sin selvdisciplin til å kontrollere mat og kropp i et overflodssamfunn (Moen, 2010). Ofte tillegger man disse personene egenskaper som viljestyrke, mestring og suksess, verdier som i vestlige kulturer er høyt verdsatt. I den forstand har kroppen blitt et sosialt symbol på egenskaper man ønsker å vise andre at man besitter (Abraham & Llewellyn-Jones, 2001; Cash & Smolak, 2011).

Samtidig er det tegn på at urealistiske idealer og det pågående fokuset på kroppen som et individuelt prosjekt medfører økt kroppsmisnøye i befolkningen. Mye tyder på at kulturens sterke føringer for hvordan idealkroppen skal formes, har bidratt til økt kroppsmisnøye blant unge kvinner (Field et al., 2008; Shilling, 2012; Wykes & Gunter, 2005). For enkelte kan jakten på den perfekte kropp ende opp med en spiseforstyrrelse (Bruch, 1988; Skårderud, 2012). Dette kan vises ved usunn vektregulerende atferd og overspisingslidelser (Field et al., 2008). På den måten kan kulturen ha en negativ påvirkning ved å berømme sykkelig atferd (Abraham & Llewellyn-Jones, 2001).

Bulimi ble etablert som en diagnostisk kategori i 1979 (Bravender, Robertson, Woods, Gordon, & Forman, 1999). Først på midten av 80-tallet ble det klart at hele 90 prosent av de som har en spiseforstyrrelse faktisk overspiser og er bulimikere eller overspisere (Christensen, 2002). Et vanskelig forhold til mat, vekt og utseende kan plage mange, men *”når tanker og atferd i forhold til mat og vekt begynner å begrense livsutfoldelsen og forringe livskvaliteten”* står man i fare for å utvikle en spiseforstyrrelse (Skårderud, s.11, 2012). Personen befinner seg da på et stadium der maten er underlagt et misbruk som styrer individets handlinger, tanker og følelser. Fra bare å være mat har maten for enkelte blitt det viktigste livsprosjektet som hindrer normal fungering og mer eller mindre frarøver livet mening (Bruch, 1988).

I følge Warbrick (2003) er ikke maten hovedproblemet til de som lider av en spiseforstyrrelse. Ofte føler disse menneskene skam, angst og frykt for maten og for sin egen kropp. Maten og kroppen brukes dermed som et språk for å takle, undertrykke og kontrollere psykologisk stress (Bruch, 1988; Christensen, 2002). Det restriktive matinntaket og kroppsfokuset kan altså være et forsøk på å gjenerobre kontroll, skape en identitet og oppleve mestring og autonomi i en vanskelig livssituasjon (Skårderud, 2012). Denne typen mestringsstrategi er derimot lite konstruktiv og vil etter hvert medføre fysiske og psykiske belastninger da den ikke bearbeider de reelle årsakene til spiseforstyrrelsen. Etter hvert som spiseforstyrrelsen får større innpass vil individet gradvis miste kontrollen den i utgangspunktet søkte (Bruch, 1988; Proulx, 2007).

Selv om de fleste behandlingsmetodene synes å ha en moderat effekt (Keel, Mitchell, Miller, Davis, & Crow, 1999; Vitiello & Lederhendler, 2000) blir de fleste med bulimi frisk i løpet av en fem-års periode (Ben-Tovim et al., 2001; Keel et al., 1999). Behandling av personer som har spiseforstyrrelser er ofte utfordrende da mange av pasientene ikke er motivert for endring eller ønsker å endre seg (Johnsen, 2010). At en med spiseforstyrrelse oppsøker hjelp impliserer ikke nødvendigvis at vedkommende er motivert for behandling.

Personen kan gjøre det for å tilfredsstille foreldre eller av et ønske om å behandle enkelte aspekter ved spiseforstyrrelsen (Treasure & Schmidt, 2001).

Selv om noen studier avviser at motivasjon predikerer behandlingsutfall (Velgaard, 2012), viser de fleste studier at klientens motivasjon er viktig for behandlingsutfall, fortolkning av bedring og behandlingsoptimisme (Johnsen, 2010; Treasure & Schmidt, 2001). Det er derfor ikke uvanlig at mislykkede behandlingsutfall tilskrives pasientens manglende motivasjon (Ward, Troop, Todd, & Treasure, 2011). Trolig kan en bedre innsikt i pasientens motivasjon være nyttig i forsøk på å forbedre kvaliteten og effektiviteten på eksisterende behandlingsmetoder (Treasure & Schmidt, 2001).

Med tanke på at forskningen hittil har hatt sitt hovedfokus på objektive prediktorer for behandlingsforløp, mener jeg det kan være interessant å sette subjektive opplevelser i søkelyset. Fokus på subjektive aspekter er viktig fordi det gir fyldige beskrivelser og dermed en bedre forståelse av individet og fenomenet som undersøkes. I dette studiet vil jeg derfor rette fokus på hvordan kvinner med bulimi opplever motivasjon for behandling. Mer konkret er formålet å oppnå en bedre forståelse for hvilke faktorer som henholdsvis hemmer og fremmer motivasjon for behandling. Denne kunnskapen kan gjøre det enklere å legge til rette for et miljø som stimulerer til at personer med bulimi motiveres for atferdsendring. Begrepet motivasjon vil i oppgaven innbefatte en bevissthet av problemet og villighet til å handle spesifikt for å gjøre noe med dette problemet (Miller & Rollnick, 2002). En høy grad av motivasjon vil her bety at man er motivert for å endre seg og gjøre noe med problemet. Behandling vil innebære den konkrete behandlingen, men også informantenes generelle tilfriskningsprosess og opplevelse av å bryte med symptomene.

Ulike former for spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse på beslektede tilstander av ulik alvorlighetsgrad. De tre hoveddiagnosene er anoreksi, bulimi og overspising (Abraham & Llewellyn-Jones, 2001). Mange vil imidlertid bevege seg mellom de ulike diagnosegruppene og møter ikke fullstendig diagnosekriteriene for noen av de tre formene for spiseforstyrrelse. Studier indikerer at over halvparten av personer med spiseforstyrrelser møter kriteriene for uspesifiserte spiseforstyrrelser (Nicholls, Chater, & Lask, 2000).

Anoreksi har høyest dødelighet av alle psykiske lidelser (Vitiello & Lederhendler, 2000). Symptomer på anoreksi er overdreven slanking, en intens frykt for å gå opp i vekt, redsel for mat og en trang til å telle kalorier (Christensen, 2002; Warbrick, 2003). Typiske kjennetegn ved anoreksi er at personen har lavt selvbilde, er deprimert, perfektjonistisk og ekstremt selvkritisk (Bruch, 1988) Personer med anoreksi kan ha en tendens til å føle seg

sterkere enn andre fordi de klarer å kontrollere og undertrykke det menneskelige behovet for mat. Likevel er denne kontrollen ofte tidsbegrenset da nesten halvparten av de med anoreksi utvikler bulimi i løpet av en tiårs periode (Røer, 2006; Skårderud, 2012). Til tross for at bulimi og overspisingslidelser er overrepresentert har anoreksi på grunn av sykdommens dramatiske synlighet fått mest oppmerksomhet (Skårderud, 2012).

Impulspregete personlighetstrekk kjennetegner personer med bulimi og overspisingslidelser (Skårderud, 2012). Episodene med overspising starter ofte på grunn av bulimikeres uimotståelig trang etter mat (Proulx, 2007). Etter hvert utvikler overspisingen seg til å bli en respons på emosjonelt ubehag. For å redusere denne stresstilstanden henfaller de til episoder der store mengder mat konsumeres. Stort sett er det sinnstilstander preget av depresjon, angst og sinne som trigger lysten til å overspise (Proulx, 2007). For å hindre vektøkning som følge av overspisingen, kombineres overspisingen med kompenserende atferd i form av oppkast, avføringsmidler, streng faste eller overdreven fysisk aktivitet (Abraham & Llewellyn-Jones, 2001; Proulx, 2007). Kontrollsvikten som ledsages av episodene med overspising gir personen en følelse av skam, skyld og mindreverdighet. At personen mangler kontroll over noe så banalt som forholdet til mat, gjør at vedkommende kan miste troen på seg selv også i andre sammenhenger (Christensen, 2002).

Personer med bulimi er antatt å ha et lite bevisst forhold til sin indre tilstand og har problemer med å takle og snakke om sitt indre følelsesliv (Bruch, 1988). Til tross for en dårlig indre selvbevissthet er bulimikere svært bevisst sin ytre fremtoning (Heatherton & Baumeister, 1991; Katzman & Wolchik, 1984). Disse personene er ofte selvkritiske og har selvevalueringer som er sterkt tilknyttet egen kroppsform og vekt (Bruch, 1988; Vitousek, et al., 1998). De strenge kravene de har til seg selv gjør at mange lider under høye standarder i form av måloppnåelse, forventninger og idealer (Heatherton & Baumeister, 1991). At de i tillegg besitter en lav selvfølelse gjør at de har et utpreget behov for bekreftelse og anerkjennelse (Katzman & Wolchik, 1984). I kontrast til de med anoreksi, som skal veie minst 15 prosent under normalvekten, er personer med bulimi stort sett normalvektig eller lett overvektig (Rosenvinge & Gøtestam, 2002; Vitousek, Watson, & Wilson, 1998).

Blant de som har spiseforstyrrelser er bulimi og overspising mer skambelagt på grunn av fraværet av kontroll over matinntaket (Warbrick, 2003). Den tredje diagnosen overspising går ut på at man overspiser som ved bulimi, men uten kompenserende atferd (Skårderud, 2012). Det vil si at de til forskjell fra bulimikere beholder den maten de inntar. Deres opplevde kontrollsvikt av følelser og atferd gjør at personer med denne lidelsen overspiser store mengder mat uten å være fysiologisk sulten. Selv om personer som overspiser stort sett

er overvektige, har mange av disse personene fasteperioder eller trener overdrevent mellom overspisingsperiodene (Proulx, 2007).

Forekomst

Kartlegginger av spiseforstyrrelser indikerer at forekomsten av anoreksi har vært relativt stabil de siste 25 årene, mens forekomsten av bulimi har økt noe (Bravender et al., 1999; Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007). Det strides likevel om denne økningen er reell eller om forekomsten tilsynelatende virker større som følge av økt diagnostisk kompetanse og om økt bevissthet rundt helsetilbud har gjort at flere oppsøker hjelp (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009). Det foreligger også mistanker om at det er store mørketall på grunn av at så mange av de som lider av spiseforstyrrelser ikke oppsøker profesjonell hjelp og dermed ikke blir registrert (Hoek & Van Hoeken, 2003).

Anslag viser at fire prosent av den norske befolkning til enhver tid har en spiseforstyrrelse (Rosenvinge & Gøtestam, 2002). Kjønnfordelingen er enestående innefor psykiatrien der minst 90 % av de som rammes er kvinner. Man beregner at 50 000 norske kvinner i aldersgruppen 15-44 år til enhver tid har en form for spiseforstyrrelse (Rosenvinge & Gøtestam, 2002). I Norge har man beregnet at forekomsten av anoreksi, bulimi og overspisingslidelse er på henholdsvis 0,3, 2 og 3 % (Mykletun et al., 2009). Det er imidlertid beregninger som har anslått et betydelig større antall rammede. I en studie utført av Herzog, Norman, Rigotti, og Pepose (1986) fremkom det at hele 12 % av det undersøkte studentutvalget, oppfylte kriteriene for bulimi. Som regel utvikles tilstanden i typiske overgangsfaser i ungdomsårene og puberteten synes å være en viktig milepæl. Dette kan ha sammenheng med at særlig jenter vil oppleve kroppsforandringer som kan være i strid med et ideal om en tynn kvinnekropp (Abraham & Llewellyn-Jones, 2001; Røer, 2006). Trolig har mange vanskelig for å tilvenne seg den nye kroppen og kompenserer for vektøkningen med å slanke seg. Debutalderen for de som utvikler bulimi er et sted mellom 15 og 20 år, mange har imidlertid gått gjennom en periode med slanking eller anoreksi før dette (Christensen, 2002; Katzman & Wolchik, 1984).

Forekomsten av lidelsen er kontekstavhengig og varierer sterkt mellom ulike kulturer. Med sitt overfokus på kroppen som symbol på mestring og suksess er det særlig den vestlige sivilisasjonen som utmerker seg som en risikokultur (Abraham & Llewellyn-Jones, 2001). Flere vil nok hevde at forbrukerkulturens sterke vekt på selvrealisering, prestasjoner og kommersielle kroppskultur utgjør en risiko (Shilling, 2012; Skårderud, 2012). Undersøkelser har vist at forekomsten av spiseforstyrrelser øker parallelt med forekomsten av slankeatferd (Skårderud, 2012) og overvekt i den samme befolkningen (Gøtestam, Skårderud, Rosenvinge,

& Vedul-Kjelsås, 2004). Med tanke på at den gjennomsnittlige vekten i befolkningen har økt og idealet stadig blir tynnere (Thompson & Stice, 2001), er det derfor ikke overraskende om forekomsten av spiseforstyrrelser også har økt. I følge Higgins (1987) vil større avstand mellom kroppsidealet og individets biologiske kropp føre til økt misnøye med egen kropp, noe som igjen kan generere et ønske om å slanke seg. Stice (2002) fant at kroppsmisnøye er en risikofaktor for både slanking, negativ affekt og overspisingslidelser.

Prognose

Noen hevder at en forutsetning for å bli frisk er at de underliggende konfliktene bearbeides slik at vedkommende ikke opplever en trang til å overspise, sulte seg eller kaste opp. For noen vil matmisbruket opphøre raskt etter man har begynt å bearbeide årsakene, for andre vil spiseproblemene vedvare i mange år (Christensen, 2002). Gjennomsnittlig har en person som lider av bulimi tilstanden i 8.3 år (Hudson et al., 2007). En studie av 200 personer med bulimi fant at etter ti år oppfylte 11 % kriteriene for bulimi og 70 % var helt eller delvis frisk (Keel et al., 1999). Selv om det var mange som opplevde sykdomsforbedring var det fremdeles en betydelig andel som hadde et dårlig sykdomsforløp med vedvarende kroniske plager etter ti år. Av dem som blir frisk er det om lag 30 % som vil oppleve tilbakefall (Keel et al., 1999).

Hvor raskt etter sykdomsutvikling en person oppsøker hjelp har vist seg og predikere resultat av behandling. En studie rapporterte en markert forskjell der de som oppsøkte hjelp raskt etter sykdomsutvikling ble helbredet mye raskere enn de som lot det gå mange år (Reas, Williamson, Martin, & Zucker, 2000). For at klienten ikke skal miste motet, er det imidlertid viktig å ha realistiske forventninger og være innstilt på at behandlingen ofte må pågå i mange år. Det er ikke uvanlig at spiseforstyrrelsen forverres i starten av behandlingsfasen fordi man begynner å rote opp i undertrykte følelser og fortrenge minner (Christensen, 2002). Dette kan medføre at traumatiske minner blir sterkt følelsesmessig aktivert og gir seg utslag i økt symptomatferd (Rosenvinge & Martinsen, 2002).

Formål og problemstilling

Det er i dag bred enighet om at mer forskning er nødvendig for å erverve mer kunnskap om hvordan man kan gjøre behandlingsmetodene mer effektive og forbedre behandlingskompetansen (Bulik, Sullivan, Wade, & Kendler, 1999; Vitiello & Lederhendler, 2000). Det er også et stort behov for mer forskning på behandlingsfravall (Skårderud et al., 2010). Den høye fravallsandelen fra behandling og den lave andelen som oppsøker behandling er begge gode argumenter for hvorfor motivasjon bør forskes mer på.

Formålet med denne oppgaven er å få bedre innsikt i informantenes motivasjon for behandling. For å få en bedre forståelse av dette er det viktig å utforske informantenes opplevelse av behandling og av å bryte med spiseforstyrrelsen. Dette kan gi innsikt i hvilke konkrete faktorer som påvirker deres motivasjon for behandling. Forhåpentligvis kan denne informasjonen si noe mer om hvordan man som behandler kan øke klientens behandlingsmotivasjon og utvikle behandlingsmetoder som flere vil respondere på.

I oppgaven vil teori og forskning som er relevant for oppgavens tematikk bli presentert. På grunn av manglende forskning av klientenes subjektive erfaring av behandling, vil forskningslitteraturen i dette studiet primært innbefatte kvantitative studiefunn tilknyttet behandlingseffekt og behandlingsfracfall. For å eksemplifisere det teoretiske stoffet vil jeg i resultatdelen trekke inn sitater fra informantene. Avslutningsvis blir det empiriske materialet diskutert opp i mot den utvalgte teorien. Med oppgavens omfang tatt i betraktning har jeg valgt å avgrense utvalget til å bestå av kvinner som har bulimi, siden mekanismene bak og opplevd motivasjon med stor sannsynlighet vil være ulik hos de med anoreksi. Jeg valgte å fokusere på kvinner fordi kvinner er overrepresentert blant de som har lidelsen og derfor er lettest å rekruttere. Årsaken til at jeg valgte bulimi er at dette er diagnosen som er mest representert i ”Interessegruppen for kvinner med spiseforstyrrelser” og at oppgavens omfang gjør det hensiktsmessig å avgrense utvalgskriteriene. Oppgaven avgrenses til følgende problemstilling:

Hvordan opplever kvinner med bulimi motivasjon for behandling?

Årsaker til bulimi

For å få en bedre forståelse av informantenes motivasjon for tilfriskning vil det være hensiktsmessig å gå inn på hvilke bakenforliggende faktorer som kan utløse en spiseforstyrrelse. Innsikt i slike årsaker kan gi en bedre forståelse for hvilken funksjon spiseforstyrrelsen har for kvinnene. Dette kan således gi en forklaring på hvorvidt kvinnene ønsker å beholde eller kvitte seg med spiseforstyrrelsen. Når det er sagt er det viktig å nevne at det er begrenset empirisk støtte for følgende påstander og det meste må ses på som antagelser.

I likhet med andre spiseforstyrrelser er årsaken til bulimi ofte sammensatt og man skiller gjerne mellom disponerende, utløsende og vedlikeholdende faktorer. Disponerende faktorer tolkes gjerne som en sårbarhet, som i møte med andre utløsende faktorer kan manifestere seg i en spiseforstyrrelse (Moen, 2010). Denne sårbarheten kan blant annet innbefatte genetikk, familieforhold, traumer (Bulik et al., 1999; Mazzeo & Bulik, 2009), personlighet og kultur (Skårderud et al., 2010). I likhet med andre psykiske lidelser har også

bulimi vist seg å ha en genetisk forankring (Vitiello & Lederhendler, 2000). Tvillingstudier har påvist at genetiske faktorer har mer å si for hvorvidt en person utvikler bulimi enn miljømessige forhold (Bulik Sullivan & Kendler, 1998).

Det er likevel forskningsmessig belegg for at spesifikke familieforhold kan disponere for bulimi. Studier har påvist en sterk forbindelse mellom erfaringer med omsorgssvikt og senere selvdestruktiv atferd i form av spiseforstyrrelser (Mazzeo & Bulik, 2009; Van der Kolk, Perry, & Herman, 1991). Ofte har personer som utvikler bulimi hatt en følelsesmessig dramatisk oppvekst (Christensen, 2002) og rapporterer om konfliktfylte familieforhold preget av lite emosjonsutveksling (O'Kearney, 1996). Stressende livshendelser og endrede livsvilkår er typiske utløsende faktorer som kan få begeret til å renne over (Skårderud et al., 2010). Dette kan for eksempel være tap av nære personer, skilsmisse, mobbing eller slanking. Vedlikeholdende faktorer som opprettholder sykdommen kan være reaksjoner fra omgivelsene eller en opplevd nytte av symptomene (Skårderud et al., 2010).

Ofte har den bulimiske atferden utspring i en frykt for å være tykk eller legge på seg (Bruch, 1988). Slanking, vektbekymringer, høy vekt og depresjon er typiske forløpere til bulimi (Field et al., 2008; Lau, 2001). Dette understøtter Christensen (2002) med et anslag om at 60-70 % av spiseforstyrrelser utløses av en slankekur. Negative bemerkelser om kropp og utseende fra nære familiemedlemmer har også vist seg å være en sterk prediktor for utvikling av spiseforstyrrelser (Mazzeo & Bulik, 2009). Familiens store påvirkningskraft er ikke overraskende med tanke på at barnet i stor grad imiterer sine rollemodeller.

Spiseforstyrrelser synes å ha en klar sammenheng med andre psykiske lidelser. Av noen blir det hevdet at spiseforstyrrelser kan assosieres med bestemte personlighetstrekk, personlighetsforstyrrelser og psykiske problemer. Ofte består en spiseforstyrrelse av flere diagnoser i tillegg til mer sammensatte symptombilder (Sansone & Sansone, 2010). Det er antatt at svekket impuls kontroll kan lede til overspising (Stice, 2002). En studie av 2000 kvinner i behandling for en spiseforstyrrelse viste at 97 % hadde en form for tilleggsdiagnose (Blinder, Cumella, & Sanathara, 2006). Blant bulimikere innfridde 31 % kriteriene for borderline, 31 % hadde en form for avhengighet, 14 % hadde OCD og 30 % hadde en unngående personlighetsforstyrrelse (Sansone, Levitt, & Sansone, 2004). Omkring halvparten av de som har bulimi lider av alvorlig depresjon (Blinder et al., 2006).

Behandling

Til tross for at behandlingsbehovet er antatt å være til stede hos halvparten av de som har bulimi (Rosenvinge & Gøtestam, 2002), kommer kun 6 % i behandling (Skårderud, 2012). Normalt tar det 4-5 år før en med alvorlige spiseproblemer oppsøker hjelp (Rosenvinge &

Klusmeier, 2000). Flere studier har hatt som formål å avdekke hvilke egenskaper som karakteriserer personer som oppsøker hjelp og de som ikke gjør det. En kvalitativ studie fant at personer som opplevde symptomer av større alvorlighetsgrad, dårlig fysisk helse og svekket daglig fungering var de som oftest oppsøkte behandling (Spoon, Stice, Burton, & Bohon, 2007). Dårlig sykdomsinnsikt, frykt for stigmatisering, skam og dårlig mental helse var typiske kjennetegn ved de som ikke oppsøkte hjelp. Frykt for forandring og bekymringer omkring kostnader var også en barriere som fikk flere til å avstå fra behandling (Spoon et al., 2007).

Klientens endringsvilje har vist seg å være en avgjørende komponent i behandlingsprosessen (Castro-Fornieles et al., 2011). Selv om personer med bulimi ofte er inneforstått med tilstandens alvorlighetsgrad, unngår mange å oppsøke behandling da de har en konfliktfylt holdning til atferdendring. Endringsvilje refererer til individets motivasjon for å innføre endringer som forbedrer egen lidelse (Castro-Fornieles et al., 2011). Til tross for dette vil de i motsetning til anorektikere være bekymret over egen tilstand og oppsøker stort sett behandling på eget initiativ (Vitousek et al., 1998). En forklaring på at bulimikere er mer endringsvillige kan være at de har mislyktes i nå det målet anorektikere har nådd, nemlig en tynn kropp (Vitousek et al., 1998; Agras, Walsh, Fairburn, Wilson, & Kraemer, 2000b). Et nøkkelelement i behandling av bulimi er å finne måter å redusere den psykologiske spenningstilstanden som utløser de bulimiske anfallene. For den som skal behandles kan det være vanskelig å fortelle om den bulimiske atferden fordi det er så stor skam tilknyttet disse symptomene (Røer, 2006).

Typer behandling

Selv om ulike fagmiljø har noe forskjellig behandlerkultur, er det samtalerapi som kognitiv atferdsterapi og psykodynamisk psykoterapi som er de foretrukne behandlingsmetodene for bulimi (Agras et al., 2000b; Vitousek et al., 1998). Av de to metodene har kognitiv atferdsterapi vist seg å fungere best (Agras et al., 2000b; Spielmans et al., 2013). Om lag 50-80 % som gjennomgår behandling med utgangspunkt i disse to behandlingstypene reduserer symptomatferd som oppkast og misbruk av lakserende midler (Bulik et al., 1999; Vitiello & Lederhendler, 2000). Antidepressive medikamenter viser seg også å fungere effektivt mot bulimiske symptomer, selv om mange avslutter på grunn av bivirkninger. Antidepressiva brukes sjelden alene som behandling, men kombineres med psykoterapeutisk behandling (Bacaltchuk, Hay, & Mari, 2001). Behandling som går ut på å forbedre næringstilførselen og moderere kaloriinntaket og fysisk aktivitet er også anvendte metoder (Wadden, Butryn, & Byrne, 2012).

Normalt er samtalerterapi i poliklinikken tilstrekkelig (Skårderud et al., 2010). For pasienter som ikke responderer på poliklinisk behandling har sykehusbehandling vist seg å være et nyttig tilbud (Rosenvinge & Martinsen, 2002). Innleggelse kan være nødvendig dersom personen i tillegg lider av angst, depresjon eller andre psykiske problemer. Den vanligste behandlingsformen er individuellterapi, men også gruppeterapi og familierapi forekommer (Røer, 2006). Et viktig moment i behandling og forebygging av overspisingslidelser er å finne strategier for innarbeide mat- og spisevaner. Dette bidrar til å motvirke overspising og stabiliserer eller reduserer pasientens vekt (Götestam et al., 2004).

Frafall fra behandling

Frafall er en velkjent utfordring i behandling av spiseforstyrrelser. Normalt betraktes frafall som et tegn på manglende ønske om behandling eller sterk motstand mot behandling (Martinez et al., 2007; Swan- Kremeier et al., 2005). Selv om det foreligger ulike definisjoner av frafall, blir to faktorer ansett for å karakterisere frafall. Den ene er avbrudd initiert av klient eller ansatt og den andre er prosentandelen av behandlingen som er gjennomført (Fassino, Pierò, Tomba, & Abbate-Daga, 2009). Ofte opplever klienten tungtveiende fordeler ved sykdommen og er derfor ambivalent til å skulle endre seg (Vitousek, et al., 1998). Trolig er dette en viktig forklaring på hvorfor frafallsraten for pasienter med poliklinisk behandling er hele 70 % (Swan- Kremeier et al., 2005) og 50 % på behandling generelt (Eivors, Button, Warner, & Turner, 2002).

En studie påviste at den mest fremtredende forskjellen mellom bulimiske klienter som avbrøt behandlingen og de som fullførte behandlingen, var at de som avbrøt oftere var arbeidsledige (Merrill & Mines, 1987). Den vanligste begrunnelsen for frafallet var at de anså behandlingen for å være nytteløs. Det fremkom også en forskjell mellom terapeutene, der terapeutene som var mer erfarne administrerte klientene mer effektivt, hadde bedre behandlingsutfall og mindre frafall. En hypotese om frafall er at personer som faller i fra viser mindre forpliktelse på grunn av at de undervurderer alvorlighetsgraden av sin lidelse (Merrill & Mines, 1987). En annen studie påviste at pasienter som falt i fra var mer impulsive, deprimert og hadde oftere en fortid med anoreksi (Agras et al., 2000a).

TEORI

Posisjonering i det teoretiske feltet

Jeg innledet min analyseprosess med en viss kjennskap til litteratur på feltet. Med hensyn til dette har jeg forsøkt å være så åpen som mulig i forhold til dataene. Dette gjorde jeg ved å være kritisk til hvilke teorier jeg benyttet og kontinuerlig gå tilbake til intervjuene for å begrunne egne refleksjoner. Etter den innledende analysen var det noen temaer som var særlig fremtredende. For og utforske disse temaene nærmere, ble det innhentet relevant teori. Empirien som ble samlet inn i forbindelse med studiet dannet således bakgrunn for innhenting av teori og min teoretiske posisjonering.

Teoriene ble benyttet som utgangspunkt for diskusjon og fortolkning av egne funn. Det var således et nyttig verktøy for å sammenligne egne funn med andres, og slik gi en utdypet forståelse av eget datamateriale. Teoriene som videre fremlegges belyser aspekter som kan være relevant i forståelsen av informantenes motivasjon for behandling. Både teorier og forskningsfunn vil være relevant i forhold til oppgavens problemstilling og gi grunnlag til en bedre forståelse av hvordan informantene opplever motivasjon for behandling. Denne kunnskapsinnsikten vil gi både forsker og leser bedre forutsetninger for å tolke resultatene som fremkommer i dette studiet. For å gjøre teoridelen mer oversiktlig har jeg valgt å inndele teorier tilknyttet ulike temaer som kan belyse problemstillingen.

Indre og ytre motivasjon for behandling

Innledningsvis er det hensiktsmessig å klargjøre for motivasjonsbegrepet og tydeliggjøre hvorfor motivasjon er essensielt i behandlingen av spiseforstyrrelser og i behandling generelt. Hva som kan påvirke kvinnenens motivasjon i tilfriskningen og hvordan dette påvirker behandlingsutfallet vil her være sentralt. Motivasjon er en bakenforliggende kraft for all viljestyrt aktivitet og en forutsetning for at endring skal skje (Ryan & Deci, 2000). Motivasjon kan beskrives som faktorer som bestemmer innsats, utholdenhet og retning ved et individs atferd. Motivasjon predikerer innsatsen en legger i en bestemt oppgave, på hvilken måte oppgaven utføres og utholdenhet til å utføre oppgaven (Arnold & Silvester, 2005).

Flere studier har påvist at motivasjon har stor betydning for både behandlingsutfall og frafall. Generelt oppnår personer som er indre motiverte bedre behandlingsutfall og faller sjeldnere i fra behandling (Mansour et al., 2012; Treasure et al., 1999; Vansteenkiste, Soenens, & Vandereycken, 2005). Endringer generert av en indre motivasjon har vist seg å medføre bedre langsiktige utfall og bedre psykisk helse enn endringer som har rot i en ytre motivasjon. (Vandereycken & Vansteenkiste, 2009; Vansteenkiste, et al., 2005). Årsaken til dette forklares å være at disse klientene opplever behandlingen som selvbestemt og personlig

meningsfull (Deci & Ryan, 1985). Dette innebærer at individet utfører en aktivitet som i seg selv gir tilfredsstillelse og oppleves belønnende. I følge selvbestemmelsesteorien forutsetter endring at kunnskap og verdier er internalisert samt at individet opplever selvbestemmelse (Deci & Ryan, 1985). I motsetning til indre motivasjon er ytre motivasjon atferd der kilden til motivasjonen ligger utenfor selve aktiviteten (Ryan & Deci, 2000). Atferdsendringer vil da utføres for å oppnå en ytre belønning som og i møtekomme forventninger eller unngå straff. I kontrast til en indre motivert endring, vil ikke endringen internaliseres og etableres som en del av personens selvbilde (Vansteenkiste et al., 2005).

Flere studier har fått resultater konsistent med selvbestemmelsesteorien. I etterkant av behandling hadde de som var indre motivert lavere skårer når det gjaldt vektbekymringer, overspising, depresjon, angst og impulsivitet, sammenlignet med de som var ytre motivert (Mansour et al., 2012). Vandereycken & Vansteenkiste (2009) påviste motivasjonens betydning ved å sammenligne utfallet av to ulike behandlingstilnærminger. I den ene tilnærmingen var pasienten ytre styrt, fikk begrenset handlingsfrihet og ingen muligheter til å gjøre personlige valg. Den andre tilnærmingen minimerte ekstern styring, optimaliserte pasientens autonomi og ga vedkommende stor valgfrihet. Resultatet viste tydelig at motivasjon var større og frafallsraten var signifikant lavere i tilnærmingen som ivaretok klientens autonomi sammenlignet med den som var ytre styrt (Vandereycken & Vansteenkiste, 2009). Vansteenkiste, Soenens og Vandereycken (2005) konstaterte at internalisering av endringen er viktigere enn at endringen er indre motivert. Dette ble begrunnet med at individet da har akseptert den personlige viktigheten av endringen og vil identifisere seg med den. Endringen har da blitt en del av personens indre.

Erkjenner seg som syk og opplever en personlig verdi i å bli frisk

Manglende sykdomsinnsikt er en typisk barriere som svekker motivasjonen for behandling (Christensen, 2002). For en som ikke innser alvoret av egne symptomer eller ser de som et problem kan behandling virke lite meningsfullt. Ofte er personer som har levd lenge med en spiseforstyrrelse så oppslukt i sin tilstand at de trenger hjelp til å innse alvoret. Det er først når de har innsett alvoret at de kan erkjenne at en endring må skje (Christensen, 2002).

Det som virkelig kan snu sykdomstilstanden er at klienten selv tar en beslutning om å komme seg ut av spiseforstyrrelsen. Under behandling er det derfor en klar fordel om endringen er indre motivert og at klienten vektlegger den personlige verdien endringen vil ha (Johnsen, 2010). Selvbestemmelsesteorien fokuserer på å motivere et individ til å initiere ny helserelatert atferd og opprettholde denne over tid (Ryan, Patrick, Deci, & Williams, 2008). I følge teorien øker sannsynligheten for at helserelatert atferd internaliseres og opprettholdes

dersom behandleren ivaretar klientens følelse av autonomi, kompetanse og relasjon.

Ivaretagelse av de tre behovene er forbundet med bedre mental helse og bedre livskvalitet.

Behovet for autonomi innbefatter at pasienten har behov for å ta egne valg og handle som et selvbestemt individ, ikke kontrolleres av andre (Ryan et al., 2008). Behandleren må derfor vise respekt for pasientens integritet og gi pasienten tilstrekkelig informasjon, kontroll og valgfrihet. Sammen med følelsen av autonomi, må pasienten oppleve selvsikkerhet og kompetanse til å gjennomføre den endringen som må til. Dette krever at behandleren gir pasienten den nødvendige kunnskapen og støtter opp dersom kunnskaps- eller kontrollrelaterte barrierer skulle oppstå (Ryan et al., 2008). Selv om autonomi og kompetanse har størst påvirkningskraft på den indre motivasjonen, har undersøkelser vist at relasjon er viktig for å opprettholde den indre motivasjon. En person som må ty til profesjonell hjelp for å håndtere egne problemer vil ofte være i en sårbar situasjon. Hvordan han eller hun oppfatter relasjonen til behandler vil således være avgjørende for om vedkommende forsetter i behandlingen. Sannsynligheten for at pasienten internaliserer og etterlever de anbefalinger som blir gitt, er større dersom relasjonen er god og pasienten føler seg respektert og forstått (Ryan et al., 2008).

Konfrontasjon i behandling og i familien kan øke motstand mot endring og føre til et anti- motiverende miljø (Treasure & Schmidt, 2001). Innad familien til den som er syk vil det ofte foreligge store kontraster i beredskapen for endring og for ønsker om fortgang i disse endringene. Familien er ofte de første som oppdager symptomene og forventer at den syke skal gjøre en umiddelbar endring. Dette strider ofte med virkelighetsoppfatningen hos den som har spiseforstyrrelsen (Treasure & Schmidt, 2001). Som utenforstående kan det være vanskelig å forstå at den syke er ambivalent til endring og delvis ønsker å holde på sykdommen (Gullestad & Killingmo, 2009).

Frykt for å bli tykk

Bruch (1973) ser spiseforstyrrelser som et forsøk på å takle en dyptgripende følelse av utilstrekkelighet. Bulimikere evaluerer seg ofte i henhold til strenge kriterier som er vanskelig å innfri. Deres høye forventninger til seg selv gjør at mange ender opp med og mislykkes. Når dette skjer sitter de igjen med en svekket selvfølelse og et fokus rettet mot egne utilstrekkeligheter (Heatherton & Baumeister, 1991). Personer med bulimi har selvevalueringer som er sterkt tilknyttet egen vekt og kroppsform. Denne formen for selvevaluering kan minne om et fenomen som betegnes selvobjektifisering (Fredrickson & Roberts, 1997). Selvobjektifisering er en form for selvbevissthet som får en til å se på seg selv ut fra en observatørs perspektiv og oppfatter kroppen som om den er på

utstilling. Man vil da oppfatte seg selv som et fysisk objekt og vurdere seg selv basert på grad av seksuell tiltrekning. Denne selvbevisstheten kan føre til skam og angst knyttet til kroppen. Dette kan igjen bidra til et negativt kroppsbilde og spiseforstyrrelser (Fredrickson & Roberts, 1997).

Personer med bulimi besitter en intens frykt for å være tykk og kan oppleve seg selv som tykk, selv når de er undervektig (Bruch, 1988). Som utenforstående og behandler er det viktig å erkjenne den vekt- og kroppsfikseringen disse menneskene har (Vitousek et al., 1998). Unnløstelse av å akseptere at disse personene virkelig ønsker å være tynn er den mest fundamentale feil behandlere begår i behandling av denne pasientgruppen. Som behandler må man være innstilt på at disse personene i utgangspunktet er motvillig til å begå endringer som øker avstanden mellom selvoppfattet utseende og den tynne idealkroppen. Tanker og holdninger som for utenforstående er opplagt, kan være fraværende og irrasjonelle for en som har en spiseforstyrrelse. For en med spiseforstyrrelse kan det være utenkelig at man kan oppleve selvsikkerhet, trivsel og respekt uten å ha en tynn kropp. Det er derfor sentralt at behandleren anerkjenner og respekterer klientens frykt for forandring og tar hensyn til dette i sin behandlingstilnærming (Vitousek et al., 1998).

Opplevde fordeler med spiseforstyrrelsen

Til tross for mange definisjoner av begrepet motivasjon, synes forklaringen av motivasjon som en bevegelse å være gjennomgående. En klassisk måte å beskrive denne bevegelsen er at et individ tiltrekkes atferd som oppleves å ha en positiv gevinst, og unngår atferd som oppleves å ha et negativt utfall (Higgins & Kruglanski, 2000). Dette kan være en forklaring på hvorfor kvinner med bulimi ofte er ambivalent til å bryte med sine symptomer.

Behandlere av spiseforstyrrelser vil ofte komme i en posisjon der de må oppmuntre en pasient som vil beholde sine symptomer, til å bryte med disse (Vitousek, et al., 1998). For behandleren kan det by på store utfordringer å behandle en person som kontinuerlig svinger mellom å ville ha hjelp og ikke ha det (Ward, Ramsay, Turnbull, Benedettini, & Treasure, 2000). Sammenlignet med mange andre psykiske lidelser hvor symptomene er ensidig negativt, skiller spiseforstyrrelser seg ut ved at personer som er rammet ofte opplever verdifulle funksjoner ved lidelsen. Selv om mye er negativt opplever de fleste deler av sin symptomatferd som verdifull, slik som å kaste opp etter å ha spist, og rapporterer positive følger av tilstanden. På grunn av de opplevde fordelene, fortsetter mange å holde på bulimien (Vitousek et al., 1998).

Den ambivalente endringsmotivasjonen er først og fremst tilknyttet det å oppgi jakten på tynnhetsidealet og miste de beskyttende funksjonene tilknyttet overspising og oppkast

(Vitousek et al., 1998). Ambivalens i forhold til hvilke endringer han eller hun er motivert for å begå er heller ikke uvanlig. Ofte er personer med bulimi motivert til å slutte med overspisingen, men ønsker fremdeles å holde på de strategiene dem benytter for å ivareta vektkontrollen (Treasure et al., 1999). En person kan også være ambivalent til å motta behandling fordi vedkommende ikke finner seg selv hjelpetrengende (Øiestad, 2009), føler at en passer inn i en diagnose eller oppfatter seg som syk (Eivors et al., 2002).

Kroppsmisnøye og manglende kontakt med egne emosjoner

Stice (1994) utviklet en toprosessmodell som illustrerer hvordan bulimiske symptomer oppstår. Modellen forklarer forbindelsen mellom kroppsmisnøye og bulimisk atferd ved hjelp av en prosess som involverer slanking og en som involverer negative affekter (Thompson & Stice, 2001). I følge modellen vil en internalisering av kroppsidealet resultere i at individet blir utilfreds med egen kropp. Denne kroppsmisnøyen vil oppstå som følge av at personen opplever en diskrepans mellom selvoppfattet utseende og dette idealet (Thompson & Stice, 2001). Selv-diskrepansteorien forklarer dette med at størrelsen på avstanden mellom idealet og selvoppfattet utseende gir utslag i et positivt eller et negativt kroppsbilde. Et negativt kroppsbilde er et resultat av at eget kroppsbilde ikke samsvarer med de kulturelt definerte normene for hva som er en attraktiv kropp. Diskrepansen tenderer å øke dersom idealet blir internalisert som individets eget ideal og øker risikoen for en negativ kroppsbildeutvikling (Higgins, 1987).

En rekke studiefunn er konsistente med denne påstanden. Resultater viste at bulimisk atferd kan ha opphav i BMI, kroppsmisnøye, oppfattet tynnhetspress, negative emosjoner, matrestriksjoner og internalisering av idealkroppen (Stice, Ziemba, Margolis, & Flick, 1996). Følgelig avslørte en studie som undersøkte mediens rolle at ønske om et utseende likt kvinner fremvist i media predikerer bulimi (Field et al., 2008). En annen studie av kvinnelige universitetsstudenter konkluderte med at det var en signifikant korrelasjon mellom internalisering av tynnhetsidealet og forekomst av spiseforstyrrelser (Stice, Schupak-Neuberg, Shaw, & Stein, 1994).

Thompson og Stice (2001) forklarer at kroppsmisnøyen som oppstår ved sammenligningen med kroppsidealet, kan lede til vektkontrollerende atferd i form av slanking som alene er en risikofaktor for at bulimisk atferd oppstår. På grunn av at utseende er sentralt i forhold til individets selvevaluering vil den oppståtte kroppsmisnøyen også fremkalle negative følelser. Bruker individet maten for å håndtere disse følelsene øker risikoen for at bulimiske symptomer oppstår. Negative følelser er dermed indirekte relatert til bulimisk atferd ved at individet er lite bevisst sine følelser og håndterer dem med emosjonell spising. I

frykt for at denne maten skal medføre vektøkning kvitter vedkommende seg med maten i form av oppkast (Thompson & Stice, 2001).

En alternativ forklaring er i følge Schupak-Neuberg og Nemeroff (1993) at individet ved å overspise flytter oppmerksomheten bort fra selvbevisstheten over til store mengder mat. I etterkant av overspisingen vil selvbevisstheten komme tilbake, og da medfølges av negative følelser. På grunn av at maten blir oppfattet som kilden til de negative følelsene, velger personen å kvitte seg med den ved å kaste opp. Kompensasjonene blir altså en måte å gjøre opp for overspisingen på og dermed redusere de negative følelsene (Schupak-Neuberg & Nemeroff, 1993)

Usikker tilknytningsstil til primære omsorgspersoner

Tilknytningsstil til omsorgspersoner spiller i følge enkelte teoretikere en sentral rolle i utviklingen og opprettholdelsen av spiseforstyrrelser (Bruch, 1973; O'Kearney, 1998). Empiriske studier som har fokusert på tilknytning som en variabel i forhold til spiseforstyrrelser har vist sammenfallende resultater. Omtrent alle som hadde en form for spiseforstyrrelse ble i disse studiene klassifisert som usikkert tilknyttet (Ringer & Crittenden, 2007; Ward et al., 2000). Denne tilknytningsstilen utvikles ved at barnet opplever sine primære omsorgsgivere som avvisende, utilgjengelige og lite sensitive i forhold til barnets behov (O'Kearney, 1996). Dette tyder på at personer som utvikler spiseforstyrrelser ikke har fått tilstrekkelig oppmerksomhet, støtte og omsorg i oppveksten. Det emosjonelle mønsteret blir etter hvert internalisert og kan medføre at den usikre tilknytningsstilen påvirker personens evne til å opprette og opprettholde støttende relasjoner (O'Kearney, 1996). Av den grunn er det ikke overraskende at personens tilknytningsstil påvirker relasjonen til behandleren (Mahon, Bradley, Harvey, Winston, & Palmer, 2001). Både ambivalens og unngåelsesatferd har vist seg å være tegn på et usikkert tilknytningsmønster (Ward et al., 2000).

Ideelt skal familien fungere som en trygg base for barnet. Cullberg (1999) hevder at lav toleranse for følelsesmessige anliggende i familien, kan generere et emosjonelt ubehag som blant annet kan komme til uttrykk i form av sykdom, symptomer, og følelse av meningsløshet. I følge Christensen (2002) kan barnet oppfatte det følelsesmessige fraværet og avstanden til foreldrene for å være et resultat av mangler med seg selv og at en ikke er interessant og verdt å tilbringe tid med. For å unngå å forbli i en tilstand av stress og angst utvikler barnet alternative strategier for å mestre sitt behov for trygghet på (O'Kearney, 1996). En tiltalende strategi kan her være å kontrollere mat og kropp (Røer, 2006).

Maten som emosjonsregulerer

Evnen til å tolerere følelser, uttrykke dem og utnytte dem konstruktivt er viktig for å utvikle en god psykisk helse og gode relasjoner med andre (Strand, 2012). Fraværende eller forstyrret identitetsfølelse kan forårsake dårlig emosjonsregulering, som synes å være en underliggende årsak til bulimi. Årsaken til dette er at en person med dårlig emosjonsregulering kan oppleve overspising, faste og oppkast som gode måter å regulere følelser på (Schupak-Neuberg & Nemeroff, 1993). En studie fant at i 25 % av tilfellene forekom emosjonsregulerende overspising som en konsekvens av tristhet, ensomhet, tretthet eller sinne (Masheb & Grilo, 2006). Bruch (1973) poengterte at symptomatferden er et konkret uttrykk for manglende selvbevissthet. For at pasienten skal forstå seg selv og spiseforstyrrelsens uttrykk er det derfor sentralt at man som behandler jobber for å øke pasientens bevissthet omkring egne impulser, følelser, og behov (Bruch, 1973).

Heatherton og Baumeister (1991) hevder at overspising og kompenserende atferd er motivert av og har rot i et ønske om å flykte fra egen selvbevissthet. Personer med bulimi er antatt å ha høye standarder og er overfølsom ovenfor hva andre tenker om dem. Når de ikke lykkes med å imøtekomme egne forventninger oppstår en forhøyet selvbevissthet, preget av selvkritikk (Heatherton & Baumeister, 1991). For enkelte kan bevisstheten om egne utilstrekkeligheter utløse negative følelser i form av angst og depresjon (Higgins, 1987). I ønsket om å flykte fra den ubehagelige sinnstilstanden henfaller de til overspising. Overspising virker således emosjonsregulerende da det gir en følelse av velbehag og distanse fra negative følelser (Heatherton & Baumeister, 1991). Til støtte for teorien fant en studie en signifikant korrelasjon mellom depresjon og emosjonsregulerende overspising (Masheb & Grilo, 2006). Den destruktive atferden er en tiltalende måte å flykte unna bekymringer og forventningspress, og kan i den forstand ses på som en forsvarsmekansime mot å unnsnippe selvbevissthet (Heatherton & Baumeister, 1991). Hart (2011) forklarer forsvarsmekanisme som menneskets ubevisste forsvar mot angstfylte tilstander. Hart (2011) konstaterer at umodne beskyttelsesstrategier som overspising, kan svekke de mer modne psykiske funksjoner, fordi de ikke bearbeider de reelle påkjenningene personen opplever. I dette tilfellet vil det si at en ikke bearbeider potensielle bakenforliggende årsaker til at personen har utviklet bulimi.

Tro på egen mestringsevne

I starten av behandlingsforløpet vil mange føle ubehag ved å endre sin symptomatferd. Enkelte vil oppleve en stor frykt for å gi slipp på sine mestringsstrategier tilknyttet mat- og vektkontroll (Skårderud, 2012). Det er i denne fasen derfor spesielt viktig å utarbeide et behandlingsopplegg i lys av den enkeltes sykdomshistorie, ressurser og motivasjon for

endring (Vandereycken & Vansteenkiste, 2009). Frafall og dårlig behandlingsutfall er ikke nødvendigvis et resultat av behandlingssvikt. Pasienter kan avslutte behandlingen ut fra et ønske om å motarbeide autoriteter som tvang dem i behandling eller fordi behandlingen ikke innfrir deres behov. Noen kan også avslutte på grunn av at de ikke tror de evner å gjennomføre den endringen som skal til (Vandereycken & Vansteenkiste, 2009). I kontrast til anorektikere som ofte ikke ønsker endring, er bulimikere ofte endringsvillige, men usikre på om de har det som skal til for å klare det (Treasure & Schmidt, 2001). De kan altså mangle troen på at de selv kan forandre situasjonen og dermed unnlate å forsøke (Woolfolk, 2004).

En studie viste at sannsynligheten for et godt behandlingsutfall øker betraktelig dersom man i starten av behandlingen øker klientens motivasjon og mestringsforventninger (Steele, Bergin, & Wade, 2010). Bandura definerer mestringsforventning som troen på egne evner til å organisere og utføre de handlinger som er nødvendig for og nå et bestemt mål (Woolfolk, 2004). Begrepet refererer også til en følelse av kontroll over egne tanker og følelsetilstander og selvregulering av impulsiv og avhengighets skapende atferd (Bandura, 1991). Høy mestringsforventning gir større innsats og utholdenhet i møte med utfordringer (Woolfolk, 2004) og har vist seg å være en viktig prediktor for både atferdsendring og behandlingsutfall (Buckelew et al., 1996; O'Leary, 1985). I kontrast til personer med lav mestringsstro er personer med høy mestringsstro mer motstandsdyktige når problemer oppstår og ser hindringer som overkommelige ved å yte en ekstra innsats (Bandura, 1997). En studie demonstrerte betydningen av å øke bulimikeres mestringsstro (Schneider, O'leary, & Stewart Agras, 1987). Av studien kom det frem at de som hadde høyest mestringsstro, evnet i større grad å regulere egne emosjoner og styre trangen for å overspise og kaste opp. Det kom også frem at pasientenes tro på egen mestring gradvis økte under behandling (Schneider et al., 1987).

Hva som er årsak til at enkelte personer underpresterer i møte med utfordringer har Skaalvik og Skaalvik (2005) en klar formening om. I følge dem vil situasjoner som setter eget selvverd i fare fremkalle et behov for å forsvare seg selv. I forventningen om og mislykkes kan utfordringer virke truende og forbindes med angst og stress med påfølgende prestasjonssvikt. Gjennom å underprestere kan individet beskytte egen selvoppfatning og tilskrive dårlig resultater for å være utslag av dårlig motivasjon eller innsats, heller enn utilstrekkelige evner. Sammenlignet med evner som er ukontrollerbare, blir innsats sett på som kontrollerbart og vil dermed ikke ses på som en svakhet med personen. Personer som har utviklet hjelpeløshet vil slutte å prøve for å unngå å mislykkes nok en gang. I ønske om å beskytte eget selvverd kan de dermed forklare sine dårlige resultater med manglende innsats i

stedet for manglende evner (Skaalvik & Skaalvik, 2005). En studie påviste en positiv korrelasjon mellom overspisingslidelser og emosjonsfokuset og unnvikende mestringsstrategier (Mayhew & Edelman, 1989). Med hensyn til at overspising i stor grad kan ses på som en unnvikende mestringsstrategi (Heatherton & Baumeister, 1991; Troop, Holbrey, & Treasure, 1998) er ikke dette særlig uventet.

Som tidligere nevnt besitter personer med bulimi en intens frykt for å bli tykk og for å fraskrive seg vekt- og matkontrollen. Denne gruppen har liten tro på at de selv kan regulere matinntaket og opplever at de kun gjennom kompenserende atferd i form av oppkast og avføringsmidler kan oppnå den vekten de etterstreber (Schneider et al., 1987). Kontrollsvikten tilknyttet matinntak og regulering av egne følelser kan antyde en lav mestringsstro i forhold til å regulere følelser på andre måter enn spising og oppkast. Lav mestringsstro kan trolig også være en forklaring på den høye forekomsten av personlighetsforstyrrelser, rusproblemer, angst, depresjon og posttraumatiske lidelser blant personer med bulimi (Rosenvinge & Martinsen, 2002).

Evnen til emosjonsregulering har vist seg å ha sterke korrelasjoner med både psykisk helse og kroppsbildeforstyrrelser. Personer med gode evner til å forholde seg til og holde ut følelser utviste en bedre psykisk fungering og færre psykiske symptomer, personlighetsproblemer og relasjonelle problemer (Strand, 2012). I følge Seligman (1975) er angst og hjelpeløshet, en fundamental side ved psykiske lidelser som depresjon og avhengighet. Med tanke på at depresjon er svært utbredt blant personer med bulimi (Blinder et al., 2006) og at de bulimiske symptomene kan ses på som en avhengighet, er det ikke rart at bulimikere ofte er ytrestyrt og opplever hjelpeløshet (Troop et al., 1998). At personer med bulimi ofte har en ytre kontrollplassering har også blitt avdekket i andre studier (Rost, Neuhaus & Florin, 1982).

Kontrollplassering forklarer i hvilken grad en forventer at målsettinger en oppnår er resultat av egne handlinger (Rotter, 1971). Ytre kontrollplassering innebærer at personen har en illusjon av at han eller hun sitter fast i en ukontrollerbar situasjon, som vedkommende ikke har evner til å forandre (Heatherton & Baumeister, 1991). Kontrollplassering vil i den forstand påvirke hvordan vedkommende velger å leve sitt liv og årsaksforklarer hendelser. I motsetning til personer med en indre kontrollplassering, vil personer med ytre kontrollplassering vike unna nye utfordringer som kan komme til å bekrefte deres opplevelse av og ikke ha kontroll (Rotter, 1971).

En studie som ville se på forskjellen mellom de som avbøt og de som fullførte behandlingen fant funn konsistente med dette (Steel, Jones, Adcock, Clancy, Bridgford West, & Austin, 2000). Resultatene viste at den andelen bulimikere som tidligst avbrøt

behandlingen rapporterte betydelig høyere skårer av depresjon, hjelpeløshet og ytre kontrollplassering. Det ble derimot ikke påvist noen forskjell i tilstandens alvorlighetsgrad eller kroppsmisnøye mellom de som fullførte og de som falt i fra behandlingen. Det utpekte seg heller ingen forskjell når det gjaldt overspisings- og oppkastfrekvens eller begjær etter en tynn kropp (Steel et al., 2000). Det er imidlertid studier som viser at personer med bulimi ofte påtar seg skylden dersom noe går galt og i den forstand utviser en indre kontrollplassering. En studie som skulle undersøke årsaksattribueringer i møte med ulike krisesituasjoner, avslørte at personer med bulimi tilskrev seg selv skylden tre ganger så ofte som friske personer og personer med anoreksi (Troop et al., 1998).

Økt tro på at tilfriskning er mulig

En tydelig fremgang har vist seg å være særlig viktig for å motivere personer med lav mestringsstro. Det er derfor viktig at behandleren bistår pasienten i å klargjøre målsettinger og vektlegge noe vedkommende er i stand til å gjøre for å sette i gang endringer (Treasure & Schmidt, 2001). Behandleren bør altså arbeide med pasientens selvforståelse, slik at vedkommende ikke anser seg selv som hjelpeløs til å endre sin egen situasjon (Horvath & Rohbinder, 2002). For å synliggjøre fremgangen og forsterke troen på at tilfriskning er mulig kan det i behandling være verdifullt å operere med målsettinger. Å jobbe mot et delmål er mer motiverende enn å jobbe mot de som ligger langt fremme i tid (Detweiler & Whisman, 1999). Endringen vil da initieres umiddelbart og lar personen erfare at han eller hun har evne til å oppnå egne mål (Treasure & Schmidt, 2001). Her er det imidlertid grunnleggende at rasjonale med oppgaven forklares og oppleves meningsfullt for personen (Detweiler & Whisman, 1999). Klientens eierskapsfølelse har også vist seg å være et viktig moment. Både mål og målforpliktelse er viktig for at et mål skal virke motiverende (Arnold & Silvester, 2005). Årsaken til dette er at personens endringsvilje og motivasjonen for å nå målet øker med vedkommendes opplevelse av eierskap til målet. En virkningsfull måte å øke personens eierforhold til prosessen er å involvere vedkommende i utarbeidelsen av behandlingsopplegg (Arnold & Silvester, 2005).

Målsettingsteorien (Goal setting theory) tydeliggjør imidlertid at målet må ses opp mot individets subjektive mestringssevne. Det vil si at behandlingsforløpet må tilpasses klientens muligheter og begrensninger (Arnold & Silvester, 2005). Dersom klienten tildeles oppgaver må den verken være for utfordrende eller for lett (Imsen, 2005). Det bør være en balanse mellom ferdigheter og utfordringer slik at det verken blir for kjedelig eller for stressende. Lette mål blir lite motiverende fordi det ikke blir noe å mestre. Like uengasjerende vil et umulig mål være fordi målet da oppleves umulig å gjennomføre (Imsen, 2005). Opplever

individet at målet er for vanskelig eller at hun eller han ikke har tilstrekkelig kompetanse til å nå målet, kan det medføre at vedkommende gir opp (Arnold & Silvester, 2005). Middels vanskelige mål vil være å foretrekke, fordi personen da vil få størst utløp for sitt mestringsmotiv (Imsen, 2005) og dermed opprettholdt motivasjonen (Arnold & Silvester, 2005).

At klienten opplever mestring er særlig viktig i starten av behandlingen da den innledende perioden har vist seg å være svært avgjørende for behandlingsutfallet (Horvath & Rohbinder, 2002). En studie påviste at endring i startfasen av behandling er en robust prediktor for at det langsiktige behandlingsutfallet blir vellykket. De som utviste størst reduksjon av oppkastfrekvens tidlig i behandlingsforløpet, var de som oppnådde best behandlingsresultater også på langsikt (Agras et al., 2000a; Fairburn, Agras, Walsh, Wilson, & Stice, 2004). En studie konkluderte med at reduksjon i den bulimiske symptomatferden var spesielt knyttet til pasientens innledende endringsmotivasjon (Castro-Fornieles et al., 2011; Steele et al., 2010). En potensiell forklaring på dette kan være at raske forbedringer gjør at klienten opplever at egen innsats gir resultater og at behandlingen fungerer. Dette øker troen på egen mestring og at tilfriskning er realiserbart.

Relasjon mellom klient og behandler

Forskning har gjennomgående vist at klientens endringsvillighet og den terapeutiske relasjonen er de viktigste komponentene og har mer betydning for behandlingsresultatet enn hvilken type behandling som benyttes (Lambert & Barley, 2001; Treasure et al., 1999). I følge Wampold (2001) har forskningen de siste 30 årene bevist at det er lite eller ingen forskjell i virkningen av ulike behandlingsmetoder. Han fremhever at relasjonen mellom pasient og terapeut, uavhengig av behandlingens egenart, er avgjørende for behandlingsutfall (Messer & Wampold, 2002).

I følge Lambert og Barley (2001) er kjernen i god behandlingen behandlerens grunnleggende evne til å forholde seg til medmennesker. Behandleren bør se på klienten som en samarbeidspartner (Miller & Rollnick 2002) og fremstå empatisk, tillitsvekkende, forståelsesfull og positiv (Messer & Wampold, 2002 ;Wampold, 2001). Personlige karakteristikk som dette synes å ha langt større betydning enn om behandleren har god innsikt og kompetanse innen behandling av spiseforstyrrelser (Lambert & Barley, 2001). I likhet med Lambert & Barley (2001) avslører forskning frembrakt av Bohart, Elliott, Greenberg og Watson (2002) at empati er nært tilknyttet gode behandlingsresultater. Carl Rogers (1957) påpekte at empati, ubetinget positiv anerkjennelse og oppriktighet var

nødvendige og tilstrekkelige kjernebetingelser for god behandling. Også han vektla behandlerens relasjonskompetanse fremfor tekniske ferdigheter.

Vitousek et al. (1998) anbefaler å starte behandling av spiseforstyrrelser med å undersøke hva klienten liker og misliker ved sin tilstand. Dette vil gi behandleren innsikt i hvorvidt symptomene fyller en funksjon for klienten. Innsikt i hva som kan være årsak bak atferden, kan videre gjøre det enklere å finne alternative metoder som kan benyttes for å ivareta denne funksjonen. Ved å uttrykke nysgjerrighet over aspektene ved spiseforstyrrelsen vil pasienten oppleve behandleren som aksepterende i stedet for konfronterende (Vitousek, et al., 1998). En empatisk behandler er mer tillitsvekkende og vil øke pasientens trygghetsfølelse og samarbeidsvilje. Dette vil i tillegg gi en opplevelse av å fortjene respekt og anerkjennelse (Bohart et al., 2002). At situasjonen blir mindre truende kan således medføre at pasienten ikke er i forsvarsposisjon og tør å være åpen om ulempene knyttet til symptomene (Vitousek, et al., 1998). Følelsen av å bli forstått og tatt på alvor kan videre bevisstgjøre pasienten og fremkalle en større refleksjon omkring egen tilstand (Bohart et al., 2002). En aksepterende innstilling vil altså skape et miljø der pasient og behandler i fellesskap kan utforske symptomenes funksjon (Vitousek, et al., 1998). Et slikt samarbeid bør innbefatte enighet om terapiens mål og fremgangsmåte og gi klienten opplevelse av å bli forstått, bekreftet og verdsatt (Horvath & Rohbinder, 2002). Behandling som har rot i et samarbeid øker sannsynligheten for et positivt behandlingsutfall (Treasure et al., 1999).

Det viktigste i behandling er i følge Hilde Bruch (1973) at klienten blir lyttet til og får rom til å uttrykke egne erfaringer. Dette krever at behandleren fraskriver seg kunnskap og ekspertise og tillater pasienten å gjøre egne oppdagelser tilknyttet problemet. Behandleren bør derfor rette fokus på å forstå pasientens mål, verdier og intensjoner fremfor å overbevise pasienten om sin egen forståelse (Bohart et al., 2002). Med en slik behandlingstilnærming unngår man at pasienten føler seg konfrontert (Treasure & Ward, 1997). Dette er en klar fordel da konfrontasjoner, ytre press og overtalelser har vist seg å øke pasientens motvilje til atferdsendring (Miller & Rollnick 2002). I tillegg til økt motstand (Treasure & Ward, 1997) har en konfronterende behandler vist seg å medføre dårligere behandlingsutfall og høyere behandlingsfravall (Miller & Rollnick, 2002). At konfrontasjoner fører til økt motstand er lite overraskende med tanke på at mennesker av natur er tilbøyelig til å motsette seg befalinger og korrigeringer. Med hensyn til dette er det viktig å respektere klientens autonomi ved å knytte atferdsendringen til klientens egne mål og verdier (Vandereycken & Vansteenkiste, 2009).

Ambivalent endringsvilje

Som det tidligere ble nevnt har en stor andel av de som kommer i behandling for spiseforstyrrelser i realiteten ikke bedt om hjelp. Som behandler man må således være forberedt på den behandlingsmotstanden dette vil innebære (Vitousek, et al., 1998). Personer med spiseforstyrrelser er ofte ambivalent til om de ønsker behandling og om behandlingen har effekt. Pasientens forventninger til behandlingens effekt har vist seg å være en av de viktigste faktorene når det gjelder og predikere atferdsendring (Arnkoff, Glass & Shapiro, 2002). Wampold (2001) presiserer at et nøkkelmoment for en optimal behandlingseffekt er at behandleren selv har tro på behandlingsmetoden og får pasienten til å innse at den er virkningsfull. Det er derfor hensiktsmessig at behandleren bestreber seg på å øke klientens behandlingsoptimisme og tro på at den virker. Som vi tidligere var inne på kan bevisstgjøring omkring egne fremskritt gjøre at pasienten innser effekten og øker troen på at behandlingen har effekt.

I psykoanalytisk teori forstås ambivalensen som en intrapsykisk konflikt i egosystemet (Gullestad & Killingmo, 2009). Det vil si at i motsetning til anoreksi som er en egosynton tilstand, er den bulimiske tilstanden ofte egodyston. En med anoreksi vil ofte anse sykdommen for å være i harmoni med slik hun eller han ser seg selv. Motsatt opplever en med bulimi at sykdommen ikke er i overensstemmelse med hvordan han eller hun ønsker å være (Gullestad & Killingmo, 2009). Dette kan forklare hvorfor det mellom disse diagnosegruppene foreligger en markert forskjell i motivasjon for behandling. Både anorektikere og bulimikere kan imidlertid være skeptiske til å gi slipp på symptomer de finner egosyntone (Bruch, 1973).

Prochaska og Norcross (2002) anbefaler at man planlegger behandlingen ut i fra hvilket endringsstadium pasienten befinner seg på. De anslår at kun 10 til 20 prosent av pasientene er ved behandlingsoppstart klar for eller har en intensjon om atferdsendring. De fleste vil befinne seg i en foroverveielsesfase, der egne vansker ikke er erkjent og ulempene med en atferdsendring anses som større enn fordelene. På dette stadiet vil derfor informasjon om endring være mer relevant enn praktiske råd om endring. I overveielsesfasen har individet erkjent egen tilstand, men er ambivalent til endring og usikker på om de vil klare det. Stiller behandleren høye krav som er uforenelige med det endringsstadiet klienten befinner seg på, er risikoen stor for at vedkommende faller ut av behandlingen. Et verdifullt mål vil derfor heller være å bistå individet til å bevege seg til neste endringsstadium. Selv om den transteoretiske endringsmodellen illustrerer ulike endringsstadier individer går igjennom på vei mot atferdsendring (Prochaska & Norcross, 2002) skal det påpekes at de fleste er ambivalent til endring og befinner seg i flere av stadiene samtidig (Skårderud, 2012). Dette krever at

behandleren har evne til å vurdere hvor klienten er og hva klienten vil kunne nyttiggjøre seg til enhver tid. Identifiseringen av individuelle forskjeller er en forutsetning for å kunne gi god behandling (Vandereycken & Vansteenkiste, 2009).

Motiverende intervju

Som det tidligere ble nevnt har pasientens innledende motivasjon vist seg og predikere gode behandlingsresultater (Castro-Fornieles et al., 2011; Steele et al., 2010). Ved å fremme pasientens motivasjon kan man øke sannsynligheten for at vedkommende følger opp egne målsettinger, reduserer problematferden og fullfører behandling (Miller & Rollnick, 2002). En metode for å fremme klientens motivasjon ved oppstart av behandling kan være at man i de første behandlingsukene maksimaliserer sjansene for atferdsendring (Agras et al., 2000a; Fairburn et al., 2004).

Motiverende intervju (MI) ble utviklet av Miller og Rollnick (2002) og er en målrettet samtalem metode som søker å forberede pasienten på behandling og bygge opp pasientens indre motivasjon for å gjøre atferdsendringer som kan fremme bedre helse. Selv om metoden opprinnelig ble utviklet i forbindelse med rusmisbruk, har den vist seg å være anvendelig for andre problemområder og er overførbart til andre sammenhenger der menneskelig atferdsendring inngår (Miller & Rose, 2009). MI kan gi meningsfull informasjon om pasientens beredskapsstatus og øke sannsynligheten for at de arbeider sammen mot mål som er meningsfullt for og genuint ønsket av pasienten. Et viktig moment er derfor å identifisere motivasjon for endring basert på pasientens verdier og ønsker. Dette gjøres ved og utforske og løse pasientens ambivalens (Miller & Rollnick 2002).

I følge Miller & Rollnick (2002) består begrepet motivasjon av tre underliggende dimensjoner som er avgjørende for endring. Personens vilje om endring og selvopplevde viktighet av endringen utgjør den første dimensjonen. Den neste dimensjon gjenspeiler personens tiltro til egen mestringsevne. En person kan ha et ønske om atferdsendring, men likevel mangle troen på at han eller hun klarer å gjennomføre denne endringen. Den siste dimensjon omhandler hvorvidt personen er beredt for endring. Hvilke prioriteringer personen tar og hva som er viktigst for vedkommende på det aktuelle tidspunktet er avgjørende for denne beredskapen. Beredskapen indikerer altså hvor sannsynlig det er at endringen vil forekomme på det aktuelle tidspunktet. Motivasjonens kompleksitet illustrerer hvorfor det i behandling er viktig å avdekke pasientens endringsmotivasjon (Miller & Rollnick, 2002).

Oppsummering

Personer med bulimi har selvevalueringer som er sterkt tilknyttet egen kropp og besitter en intens frykt for å være tykk. Av den grunn vil de ofte være motvillig til å begå

endringer som øker avstanden mellom eget utseende og den tynne idealkroppen. Dette gjør at de i behandling ofte er motivert til å slutte med overspising, men ønsker å opprettholde de vektregulerende strategiene. Bulimikeres sammensatte sykdomsbilde og ambivalente endringsvilje gjør at denne pasientgruppen er krevende å behandle.

Det antas at personer som utvikler bulimi ofte har en usikker tilknytningsstil og dårlige evner til å regulere følelser. For disse personene kan overspising, faste og oppkast oppleves som gode måter å regulere følelser og unnsnippe egen selvbevissthet. Det er derfor sentralt at man i behandling øker bevisstheten omkring pasientens indre følelsesliv og finner nye måter å håndtere følelsene på. For å opprettholde motivasjon og unngå frafall bør behandlingsopplegget utarbeides med hensyn til den enkeltes ståsted, slik at pasienten til en hver tid kan nyttiggjøre seg av behandlingen.

Oftest er personer med bulimi delvis endringsvillige, men usikre på egne evner til å gjennomføre den endringen som kreves. Personer med lav mestringstro har ofte unntvikkende mestringsstrategier og tenderer mot å underprestere i møte med situasjoner som setter deres selvverd i fare. Med tanke på at personer med bulimi synes å ha en lav mestringstro, bør behandleren jobbe for å øke deres tiltro til egen mestring slik at de ikke anser sin situasjon som uforanderlig. Ved å bygge opp klientens motivasjon og mestringstro i oppstarten av behandlingen vil sannsynligheten for et godt behandlingsutfall øke betraktelig. Oppnåelige delmål vil opprettholde klientens motivasjon og synliggjøre fremgangen. Bevisstgjøring omkring egne fremskritt øker troen på egen mestringsevne og at behandlingen har effekt.

Klientens endringsvillighet og den terapeutiske relasjonen er de viktigste komponentene og har mer betydning for behandlingsresultatet enn hvilken type behandling som benyttes. For at endringen skal bli mest mulig vellykket bør den være internalisert og indre motivert. Ytre motiverte endringer vil være kortvarig og svekke den indre motivasjonen. Det er derfor viktig at pasienten vektlegger den personlige verdien endringen vil ha. I behandling bør behandleren anse klienten som en samarbeidspartner og fremstå empatisk, tillitsvekkende, forståelsesfull og positiv. Dette har vist seg å ha langt større betydning enn at behandleren har spesiell kompetanse innen behandling av spiseforstyrrelser. Følgelig er det viktig at klienten ikke blir påtvunget behandlerens forklaringer, men får gjøre egne oppdagelser tilknyttet egne problemer. En konfronterende behandlingsstil bør unngås da det har vist seg å medføre dårligere behandlingsutfall og høyere behandlingsfracfall.

METODE

I dette kapittelet vil jeg først presentere oppgavens epistemologiske forankring. Jeg vil deretter beskrive hvordan problemstillingen ble utviklet og redegjøre for den kvalitative intervjuformen, utvalg og rekrutteringsprosess. Etter forberedelse og gjennomføring av intervjuene har blitt beskrevet, vil jeg gjennomgå transkriberingsprosessen og etiske betraktninger. Avslutningsvis vil jeg utdype analyseprosessen i lys av metoden Grounded theory og se på min egen rolle som forsker.

Kvalitativ metode og epistemologisk ståsted

Målsettingen i dette forskningsprosjektet var å få innsikt i informantenes livssituasjon og forstå deres virkelighetsoppfatning (Thagaard, 2009; Willig, 2008). Dalen (2004) påpeker at det er viktig å få innsikt i hvordan mennesker opplever og forholder seg til sin livssituasjon, ikke bare beskrive forholdene de lever under. Gjennom å velge en kvalitativ intervjuundersøkelse som metode for dette studiet, kan jeg få innsikt i selve opplevelsen kvinner med bulimi har av behandlings- og tilfriskningsprosessen. Kvalitativ forskning fokuserer på helheten og meningen i en erfaring, framfor å måle og årsaksforklare variabler (Thagaard, 2009). Her er det informantenes meninger, forståelse, intensjoner og holdninger som står i hovedfokus. Denne tilnærmingen kan føre til en mer uformell setting, som gir informantene bedre rom til å formidle egne tanker og erfaringer (Thagaard, 2009). Resultatene av kvalitativ forskning bygger på et lite antall individer og et stort antall variabler (Olsson & Sörensen, 2003). Små utvalg er tilstrekkelig fordi enkeltstående tilfeller blir betraktet som uttrykk for en større helhet (Thagaard, 2009).

Det metodiske rammeverket er i denne oppgaven inspirert av den kvalitative metoden grounded theory (GT) (Glaser & Strauss, 1967). GT så dagens lys i 1967 og hadde opprinnelse i et håp om å utvikle en kvalitativ metode som var like "vitenskaplig" som kvantitative metoder. GT inndeles i en objektivistisk og en konstruktivistisk tilnærming. I motsetning til Charmaz sitt konstruktivistiske ståsted og tro på at det eksisterer mange virkeligheter, hadde Glaser og Strauss positivismen som utgangspunkt for sine antagelser. De hadde begge tro på en objektiv, ekstern virkelighet, men var uenige om hvordan man som forsker skulle tilnærme seg denne virkeligheten. Et teoretisk prinsipp var at forskeren skulle frigjøre seg fra egen forforståelse og forutgående teorier på forskningsområdet (Glaser & Strauss, 1967). På grunn av dette prinsippet, har jeg valgt å basere intervjuanalysene i denne oppgaven på Charmaz (2006) sin konstruktivistiske tilnærming. På bakgrunn av den rike litteraturen som finnes omkring spiseforstyrrelser, behandling av disse og min egen erfaring som frivillig blant kvinner med spiseforstyrrelser, var dette et naturlig valg. I motsetning til

den positivistiske retningen anerkjenner denne retningen forskerens rolle som en aktiv deltager som påvirker den teoretiske konstruksjonen (Charmaz, 2008). Det vesentlige her er at forskeren er bevisst sitt ståsted og klargjør sin forforståelse ovenfor seg selv og andre (Thagaard, 2009). Resultatene i denne oppgaven vil altså være basert på de mønstrene som dataene uttrykte og på egen forforståelse og tolkning. Ved å benytte spesifikke induktive strategier forsøker forskeren å skape teori ut fra empiri (Charmaz, 2008). Formålet med en slik tilnæringsmåte er ikke å teste holdbarheten av teorier, men å utvikle begreper og få en helhetsforståelse av det fenomenet man ønsker å undersøke (Glaser & Strauss, 1967).

Den kvalitative intervjuformen

Intervju ble valgt som fremgangsmåte fordi det er en velegnet metode for å fremskaffe informasjon om informantens subjektive opplevelse (Dalen, 2004; Thagaard, 2009). I tråd med Charmaz (2006) sine anbefalinger benyttet jeg meg av semistrukturert intervju for å innhente så fyldige og omfattende beskrivelser som mulig. Denne formen for intervju gir forskeren mulighet til å utforske og gå i dybden på aspekter som informanten har innsikt i. Et semistrukturert intervju innebærer at spørsmålene blir nedtegnet i forkant, men at rekkefølgen på dem tilpasses etter informantens fortellinger (Thagaard, 2009). Fordelen med denne fremgangsmåten var at jeg som forsker hadde kontroll på at temaer jeg fant betydningsfulle ble besvart. Samtidig kunne informanten selv trekke inn aspekter jeg ikke hadde tenkt på.

I tråd med normal fremgangsmåte utarbeidet jeg en problemstilling og fant informanter som kunne gi svar på denne (Charmaz, 2006; Thagaard, 2009). I kvalitativ forskning er det viktig å ha en åpen problemstilling som gir forskeren fleksibilitet og mulighet til å gå i dybden på tema forskeren ønsker å undersøke (Willig, 2008). Studiet ble derfor innledet med en mer åpen og bred problemstilling som underveis har blitt snevret inn. Den innledende problemstillingen ga grunnlag for det datamaterialet som ble benyttet i oppgaven. Likevel ble det gjort små endringer av problemstillingens meningsinnhold underveis mens jeg skrev oppgaven.

Datainnsamling

Dette delkapitlet beskriver fasene som inngår i datainnsamlingen. Jeg vil også klargjøre hvordan rekrutteringen foregikk og hvordan intervjuguiden ble utarbeidet. Forberedelse og gjennomførelse av intervjuene vil også bli gjennomgått. Forespørsel om deltagelse ble lagt ut på facebook-siden til Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelse (IKS). Der beskrev jeg kort masteroppgavens formål og ba interesserte om å ta kontakt på mail. De åtte informantene som kontaktet meg fikk tilsendt et informasjonsskriv slik at de i forkant av intervjuet kunne forberede seg og gi mer gjennomtenkte svar (Kvale & Brinkmann,

2009). Informantene som valgte å delta signerte samtykkeskjemaet de fikk tildelt. At dataene blir behandlet konfidensielt innebærer at data som kan identifisere forskningsdeltakerne ikke avsløres for utenforstående. Dersom informasjonen som offentliggjøres kan gjøre informantene gjenkjennelige for andre, skal informanten bli opplyst om dette (Kvale & Brinkmann, 2009). I denne studien ble det vanskelig med en fullstendig anonymisering av deltakerne fordi de ble rekruttert fra en liten gruppe der flere av medlemmene kjenner hverandre. Informantene ble derfor opplyst om at de internt i gruppen kunne bli personidentifisert. Dette innebar at medlemmer som hadde kjennskap til informantens situasjon og tilstand, kunne identifisere personen etter at dataene var anonymisert.

Informantene

Etter endelig godkjenning fra regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (REK) kunne jeg forespørre informantene om deltagelse. Jeg benyttet et kriteriebasert utvalg av informanter (Dalen 2004). Det vil si at jeg satt opp kriterier som inkluderer en gruppe informanter jeg anser for å ha best utgangspunkt for å besvare oppgavens problemstilling. Inklusjonskriteriet var at vedkommende har bulimi og er eller har vært i en form for behandling. Med tanke på studiets omfang valgte jeg å avgrense meg til én diagnose og ett kjønn. Med tanke på at det er langt flere kvinner enn menn som har bulimi var dette kjønnnet enklest å rekruttere. Ved å intervjuer kvinner som har vært eller er i behandling forsøkte jeg å sikre at de hadde gjort seg noen refleksjoner om både behandling og tilfriskning.

Åtte informanter ble betraktet som tilstrekkelig og er begrunnet i masteroppgavens tidsbegrensning. Som kvalitative forskere trolig er bekjent er transkribering, tolkning og analyse tidkrevende arbeid. Tilsynelatende tilførte åtte informanter nok informasjon til å belyse oppgavens problemstilling. Kvinnene hadde et alderssprang fra 21 til 30 år. Med unntak fra en hadde alle vært anorektisk eller hatt en slankeperiode før de omsider kategoriserte seg som bulimikere. På intervjutidspunktet skilte to informanter seg ut med en sykdomstilstand som var mindre fastsatt. En av disse informantene helte mer mot overspising selv om også hun hadde bulimiske perioder. Den andre anså seg som halvt bulimisk og halvt anorektisk.

Seks informanter rapporterte om oppvekstforhold hvor følelser ble underminert og egne problemer ble tilbakeholdt. Tre informanter meddelte at de i oppveksten opplevde faren som fraværende og to av dem hadde i dag ikke kontakt med egen far. Halvparten av kvinnene fortalte at de i oppveksten var blitt utsatt for hva de opplevde som slankepress eller stort kroppsfokus. Seks av de åtte informantene hadde en eller flere tilleggdiagnooser. Det var

primært depresjon og angst som var diagnosene, men en hadde også fått påvist ADHD og dysthymi. Varigheten av behandling varierte mellom informantene, men i gjennomsnitt hadde kvinnene vært i behandling i tre og et halvt år.

Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelse (IKS)

Kvinnene som ble rekruttert var alle medlemmer av selvhjelpsorganisasjonen IKS (Christensen, 2002). IKS startet i 1987 av kvinner som selv hadde spiseforstyrrelser. IKS er en medlemsorganisasjon for kvinner som har eller har hatt en spiseforstyrrelse. Virksomheten bygger på ideen om selvhjelp som innebærer at personer med felles problemer kommer sammen, deler erfaringer og støtter hverandre på veien til bedre livskvalitet. Den fundamentale intensjonen er at personer med spiseforstyrrelser tar aktivt ansvar for sin egen tilfriskning. IKS har sitt hovedkontor i Oslo og mer enn 100 lokale grupper er aktive over hele landet (Christensen, 2002).

Intervjuguide

En intervjuguide skal inneholde de temaer som skal tas opp i intervjuet og beskrive rekkefølge de skal ha (Thagaard, 2009). Problemstillingen *Hvordan opplever kvinner med bulimi motivasjon for behandling?*, la rammen rundt intervjuguiden og var det temaene hadde opprinnelse i. Intervjuet er en kunnskapsproduksjonsprosess der informanten og intervjueren produserer kunnskap sammen (Kvale & Brinkmann, 2009). Åpne spørsmål er viktig for å unngå at dataene tvinges inn i forutbestemte kategorier og at informanten presses til å gi spesifikke svar (Charmaz, 2006). Under intervjuene var jeg derfor bevisst på å ordlegge meg slik at det ikke la føringer på kvinnenes besvarelser. Etter hvert intervju gjennomgikk jeg intervjuguiden og reviderte enkelte spørsmålsformuleringer dersom det var hensiktsmessig. Den endelige intervjuguiden fungerte i praksis som en temaguide informanten ble henvist til å snakke ut i fra (Vedlegg 1).

En metodisk utfordring er å klargjøre forskerens posisjon i forhold til informantene og betydningen den kan ha på intervjuets forløp (Thagaard, 2009). Personlig opplever jeg at min arbeidsbakgrunn som frivillig i IKS var en fordel ved at det reduserte den sosiale avstanden mellom meg selv og informanten og var mer tillitsvekkende. Det at jeg innledet intervjuet med å fortelle om mitt frivillige arbeid i organisasjonen og hvilke oppgaver dette innebærer, så ut til å berolige informantene. At jeg som forsker er av samme kjønn og aldersgruppe som informantene kan gi grunnlag til en felles forståelse og på den måten gjort intervjusituasjonen mindre truende (Thagaard, 2009). Med tanke på at intervjuer som omfatter sensitive og personlige temaer krever fortrolighet for at informanten skal åpne seg (Kvale & Brinkmann, 2009), kan dette ha vært en fordel.

Når det er sagt kan informantenes bevissthet om mine forkunnskaper gjøre at informasjon går tapt. Kanskje gjør dette at kvinnene ubevisst unnlater å fortelle ”tatt for gittheter”. Jeg forsøkte å distansere meg fra temaet ved og ikke ta deres fortellinger som en selvfølge, men snarere få kvinnene til å utdype og tydeliggjøre svarene. I transkriberingen oppdaget jeg likevel at jeg flere steder burde bedt om ytterligere fordykelse for å være sikker på at deres utsagn ble tolket slik de var ment og tolkes. På grunn av min arbeidsbakgrunn i IKS gikk jeg ganske rett på sak. I bevisstheten om at denne gruppen gjennom behandling og IKS- møter har blitt vant til å betro seg om sine problemer var jeg ikke så forsiktig i fremgangsmåten som jeg kanskje ellers ville ha vært.

Forberedelse og gjennomføring

Før intervjuene skulle utføres måtte jeg forberede meg både praktisk og mentalt (Thagaard, 2009). Den praktiske delen bestod av å lage en intervjuguide, finne lokale og få tak i diktafon. Den mentale forberedelsen innebar å erverve meg teoretisk kompetanse på området, planlegge hvordan intervjuet skulle gjennomføres og hvordan jeg som intervjuer skulle opptre. En sentral del av forberedelsen var å gjennomføre et pilotintervju. Formålet med dette var å teste om intervjuguiden og spørsmålene fungerte i forhold til det temaet som skulle belyses. Dette ble utført på en venninne som tidligere selv har slitt med anoreksi. Dette var en fin anledning til å prøve ut diktafonen og gjorde meg bedre kjent med de tema og spørsmålene intervjuet omhandlet. Jeg oppfordret venninnen min til å komme med innspill og gi meg tilbakemelding på om noe kunne gjøres annerledes. Etter pilotintervjuet ble det gjort noen endringer i intervjuguiden. Dette innebar primært å omformulere eller kutte ut spørsmål jeg syntes gikk over i hverandre eller som var upresise. De endringene som ble gjort var så ubetydelige at jeg i samråd med veileder ikke fant det nødvendig å kontakte Rek for en ny vurdering av intervjuguiden.

Som forsker er det viktig å sette seg inn i informantens livssituasjon for å kunne formulere spørsmål som er relevante for informantens erfaringer (Thagaard, 2009). I tråd med Kvale og Brinkmann (2009) sin anbefaling introduserte jeg intervjuet med en briefing der jeg fortalte om meg selv og intervjuets formål og forløp. Jeg presiserte at jeg ikke er ute etter noe fasitsvar og oppfordret informantene til å være åpen om sine erfaringer. Utover dette forsøkte jeg å gjøre intervjusituasjonen så behagelig som mulig ved å fremstå empatisk og skape fortrolighet. Jeg hadde intervjuguiden foran meg for å forsikre at samtalen holdt seg innenfor intervjuguidens rammer. Rekkefølgen på temaene endret seg underveis og ble tilpasset informantens fortellinger. Selv om jeg var fleksibel og informantene stod fritt til å utforme svarene og dele sine opplevelser, var jeg påpasselig med å tilegne meg den

nødvendige informasjonen om temaene som på forhånd var fastlagt. Ved et par anledninger var det nødvendig å presisere og tilføye oppfølgingsspørsmål for å oppnå en grundigere besvarelse. Temaer som ikke var påtenkt på forhånd, ble brakt på banen dersom det virket naturlig. Intervjuene bar preg av en lett og ledig tone, likevel merket jeg at kvinnene ved flere anledninger trengte en form for bekreftelse. For å fortroliggjøre kvinnene og gi dem en følelse av å bli akseptert og forstått, bekreftet jeg deres fortellinger i form av nikk og smil.

I noen tilfeller opplevde jeg likevel utfordringer tilknyttet fremdrift i intervjuet. Informantenes innholdsrike svar gjorde at det tidvis var vanskelig å holde fokus på temaene som er relevant for problemstillingen. I blant ble jeg så opphengt i hva som var neste spørsmål gjorde det vanskelig å være helt tilstede og respondere på alt som ble fortalt. Balansegangen mellom å gi respons til informantens fortelling og fremdrift i intervjuet er i følge Thagaard (2009) en kjent utfordring i intervjusituasjonen. Noen av kvinnene kom med sterke historier som gjorde det vanskelig og ikke reagere. For å unngå at informantene skulle føle ubehag og dermed tilbakeholde informasjon, forsøkte jeg unngå sterke reaksjoner, men heller utvise medfølelse og forståelse.

Intervjuene fant sted i IKS sine lokaler i Trondheim sentrum og hadde en gjennomsnittlig varighet på 45 til 65 minutter. Med tanke på forskningsområdets sensitivitet og frykten for å bli overhørt anså jeg dette lokalet som mest hensiktsmessig. Intervjuene foregikk uten forstyrrelser så jeg anser ikke intervjustedet for å ha særlig innvirkning på resultatene. Fordelen med en diktafon var at alt som ble sagt ble registrert og at informasjonen kunne gjenhentes nøyaktig ved senere tolkning og analyse. For å holde oppmerksomheten på informanten tok jeg ingen notater underveis. I etterkant av intervjuene ble tanker og refleksjoner som dukket opp i forhold til dataene skrevet ned. Thagaard (2009) konstaterer at det rikeste datamaterialet er basert på en kombinasjon av notater og lydopptak.

Dataanalyse

Målet med dataanalysen var å få en helhetsforståelse av dataenes meningsinnhold (Thagaard, 2009). Analysen skal få frem de spesielle tilfellene og avdekke datamaterialets fellestrekk (Befring 2007). I dette delkapitlet vil jeg redegjøre for transkriberingsprosessen og hvordan jeg kodet og konstruerte kategoriene. Kapitlet vil avrundes med en introduksjon av kategorier som steg frem av datamaterialet.

Transkribering

I tråd med anbefalinger fra Glaser & Strauss (1967) påbegynte transkriberingen etter det første intervjuet var fullført da jeg hadde intervjusamtalen friskt i minnet. Transkriberingen ga meg muligheten til å lytte til intervjuene og rette oppmerksomheten fullt

og helt på intervjuets innhold. Den nærheten til intervjuene jeg oppnådde ved å utføre transkriberingene selv, ga meg en økt forståelse for intervjuenes meningsinnhold. Transkriberingen gjorde meg mer bevisst på min intervjumåte. Dette ga meg innsikt i hvilke spørsmålsformuleringer som fungerte og hvilke jeg burde presisere bedre i de gjenstående intervjuene.

Informantene hadde forskjellige dialekter. For å sikre anonymiteten valgte jeg å gjengi intervjusamtalen på bokmål. Dette gjorde i tillegg at presentasjonen av resultatene ble mer lesbare og forståelig. For å gjøre teksten mer forståelig ble fyllord uten betydning utelatt i presentasjonen av sitatene. Til tross for dette mener jeg at meningsinnholdet i sitatene har beholdt sin karakter. For å verne om deltagerens identitet fikk de dekknavn under transkriberingen, herav informant 1 til 8. Sitatene som publiseres i oppgaven vil imidlertid ikke henvises til nummeret på den informanten som uttrykte dette. Dette for å sikre anonymiteten og at jeg ikke tror dette vil utgjøre særlig forskjell i lesernes tolkning av resultatene. Intervjuene ble strukturert slik at de egnest seg bedre for analyse og var således begynnelsen på analysearbeidet (Kvale og Brinkmann, 2009).

Analysemetoden Grounded theory

Opphavsmennene Glaser & Strauss (1967) påstod at alle kan utvikle sin egen teori så lenge de tok utgangspunkt i virkeligheten. GT er en fremgangsmåte for å utvikle teori ut i fra empirien, gjennom en konstant sammenligning av datamaterialet. Analysen i dette studiet tok utgangspunkt i det empiriske datamaterialet og vil dermed være ”grounded” i informantenes opplevelser.

Som retningslinjene tilsier påbegynte analyseprosessen samtidig som datainnsamlingen av den første informanten. Formålet med denne integreringen er at analysen skal formes av datainnsamlingen ved at man luker ut irrelevant data og samler inn data som relevant for problemstillingen (Corbin & Strauss, 2008). Etter hvert intervju valgte jeg hvilke tema jeg i neste intervju ønsket å se nærmere på. For å opprettholde nærhet til dataene sammenlignet jeg nye rådata med kategorier som framkom fra tidligere intervjuer. I utgangspunktet skal datainnsamlingen foregå til det ikke framkommer og tilføres ny informasjon som kan bidra til å forstå kategoriene ytterligere (Olsson & Sörensen, 2003). Selv om dette vanskelig lar seg gjøre med kun åtte informanter, føler jeg at det framkom lite ny informasjon i de siste intervjuene. Tilsynelatende vektla informantene mye av det samme når det gjaldt hva som motiverte de for å bli frisk og hva som gjorde at de ville beholde spiseforstyrrelsen.

Etter gjennomføring og transkribering av intervjuene, ble intervjuene gjennomgått flere ganger. Jeg gjennomførte videre en overordnet analyse av meningsinnholdet i de åtte intervjuene og satte opp tema som var særlig fremtredende. Bearbeidelsen av det empiriske materialet bød på utfordringer da enkelte sitater kunne tilhøre flere temaområder. Som forsker var det nødvendig å selektere og organisere informantens utsagn, men samtidig være observant på at meningsinnholdet i sitatene ikke ble endret. Siden flere sitater kunne plasseres i flere kategorier, forsøkte jeg å plassere sitatene der jeg synes de passet best.

Til tross for min forforståelse bestrebet jeg meg på å ha et åpent sinn når det gjaldt retningen på analysen. Jeg forsøkte å være åpen for nye inntrykk og oppdagelser ved å utarbeide kategorier som ikke kun var knyttet til problemstillingen. Et viktig poeng er at forskeren skal arbeide med dataene for å grunne utviklingen av en teori, ikke tvinge dataene inn i allerede eksisterende konsepter (Charmaz, 2006).

Linje for linje koding

Et grunnleggende trekk ved Grounded theory er at utviklingen av kategorier skjer ved hjelp av systematisk sammenligning og koding. Det innebærer å lete etter mer abstrakte kategorier som kan samle dataene på nye måter (Dalen, 2004). Det transkriberte datamaterialet var mindre strukturert enn jeg i utarbeidelsen av intervjuguiden hadde forestilt meg. Kodingsprosessen viste seg også å være mer omfattende og tidskrevende enn jeg hadde beregnet. Denne prosessen var likevel lærerik og ga meg en et helhetlig bilde over de innsamlede dataene.

Det andre steget i analyseprosessen var å beslutte hva som betraktes som relevante data og finne ut hvordan disse dataene skulle bearbeides. Selv om metoden var inspirert av den konstruktivistiske tilnærmingen som opererer med linje for linje koding og fokusert koding (Charmaz, 2008), måtte også aksial koding tilføres. Det første steget i kodingsprosessen var å løfte blikket fra de enkelte intervjuene og få oversikt over de temaene dataene omhandlet. Med en konstant komparativ metode sammenlignet jeg meningsinnholdet og noterte fremtredende fellestrekk i besvarelsene (Charmaz, 2008). For å få en bedre oversikt ble dataene kategorisert med henblikk på meningsinnhold. Jeg brukte dette som et virkemiddel for å avdekke innholdsmessige likhetstrekk og forenkle kompliserte og detaljerte data.

Under hele kodingsprosessen måtte jeg være bevisst på at kategoriene hadde rot i og omhandlet dataene og at lik kode ble brukt på likt innhold. Dette innebar å gå frem og tilbake mellom sitater, koder og konseptuelle kategorier. At jeg nå kunne forholde meg til et fåtall av kategorier gjorde dataene mer håndterbare og la grunnlaget for å kunne sammenligne temaene

som dataene belyste. Kategoriene sammenfatter store mengde data til oversiktlige enheter, som gjør det lettere og identifisere sentrale temaer i datamaterialet (Thagaard, 2009).

Sammenligninger er et nøkkelement i GT og forklarer hvorfor teorien blir beskrevet som en komparativ metode (Olsson & Sörensen, 2003).

Fokusert koding

Etter hvert endret jeg strategi der jeg ved bruk av fokusert koding innordnet informasjonen i større meningsenheter. Her krevdes det at jeg måtte beslutte hvilke kategorier som ga mest analytisk mening og som best fanget dataenes overordnede betydning. De fokuserte kodene skal fange essensen i informantens atferd, handlinger og uttrykk (Charmaz, 2006). I den aksiale kodingsprosessen utforsket jeg kategoriene ytterligere i søken om å finne hensiktsmessige sammenhenger i kategoriene ved hjelp av underkategorier. Underkategoriene jeg utviklet ga en mer fullstendig og presis forklaring av fenomenet (Postholm, 2010). Sammenkoplingen av de ulike kategoriens meningsinnhold utgjorde tilslutt en modell som forklarte kompleksiteten og de ulike aspektene av kvinnenes motivasjon for behandling.

Dataevaluering

Jeg vil nå presentere refleksjoner rundt etikk og potensielle fallgruver. Min rolle som forsker og innflytelse på studien vil også bli nøye begrunnet.

Etiske betraktninger og mulige fallgruver

I mitt tilfelle var de etiske problemene hovedsaklig knyttet til avveininger om hvor personlige og nærgående spørsmål jeg kunne stille. Det var viktig for meg at intervjuet ikke skulle være en påkjenning for informantene. Balansegang mellom å skaffe ønskelig opplysninger og samtidig unngå at kvinnene måtte utlevere uønsket informasjon kunne tidvis være utfordrende. Etter beste evne forsøkte jeg derfor å avveie egne spørsmålsformuleringer med hensyn til informantens grenser for hva som var komfortable samtaletemaer. Samtidig var jeg ikke redd for følge opp med konkrete og personlige spørsmål de gangene kvinnene selv tok opp temaer. Kvinnene var imidlertid lite tilbakeholden og syntes ikke å ha særlig problem med å snakke om ubehagelige temaer. Trolig har kvinnene etter årevis med terapisaamtaler tilvendt seg dette.

Både i planlegging av prosjektet, gjennomføring av intervjuer og behandling av datamaterialet har jeg forsøkt å ivareta informantene i størst mulig utstrekning. De formelle retningslinjene ble etterfulgt ved at jeg fikk forskningsprosjektet godkjent av regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (REK). Godkjenningen av REK var en trygghet for meg siden de er ansvarlige for å vurdere etiske hensyn ved et forskningsprosjekt. Samtykkeskjema og informasjonsskriv ble begge utformet ut i fra REK sine maler. Det var

viktig for meg av disse skrivene ga tilstrekkelig informasjon om prosjektets formål og hvordan datainnsamlingen skulle gjennomføres.

Spørsmål vedrørende frivillig deltagelse og informert samtykke var gjennomgående et viktig fokus for meg i rekrutteringen og i gjennomføringen av intervjuene. Med hensyn til at jeg arbeider frivillig i IKS ville jeg unngå at noen av den grunn skulle føle seg forpliktet til å delta. Jeg valgte derfor å ikke spørre informantene direkte, men la ut en forespørsel på IKS sin Facebook-side. I forbindelse med tidligere organisasjonsvirksomhet har jeg vært i kontakt med tre av de informantene som meldte sin interesse. Jeg opplevde imidlertid ikke at dette utgjorde noen forskjell, da jeg ikke kjente noen av dem personlig. Informantene mottok et informasjonsskriv der de ble opplyst om at all informasjon blir behandlet på en etisk forskriftmessig måte. De ble også bedt om å undertegne en samtykkeerklæring hvor det stod at det er frivillig å delta og at de når som helst kunne trekke seg uten begrunnelse.

Anonymitet fremstod for å være et viktig vilkår for at mine informanter ønsket å stille til intervju. Kvinnene ble forsikret om at informasjonen ikke skal kunne spores tilbake til dem. De ble også opplyst om at lydopptaket ville bli slettet etter transkriberingen og at intervjuene ikke ville bli vedlagt i masteroppgaven. Hvordan informantenes anonymitet skulle ivaretas gjennom analysearbeidet, var også en utfordring. Samtidig som anonymiteten ble ivaretatt var det viktig for meg at de empiriske resultatene ble presentert på en ekte og nøyaktig måte. Til enhver tid var det kun jeg som hadde tilgang til det bearbejdede datamaterialet. Lydopptak og transkribering ble slettet innen 10.02.13.

Charmaz (2008) hevder at de viktigste temaene ofte er skjult og kan være vanskelige å få tak på. Det er ikke alltid informanten forteller åpent og eksplisitt og uttalelser kan ofte henspille til mer underforståtte meninger. I slike tilfeller kreves det at forskeren går inn i slike underforståtte meninger, slik at disse kan konseptualiseres. Forskeren hever da nivået fra informantenes ord over til egne konstruerte kategorier (Charmaz, 2008). I så henseende må funnene forstås som et resultat av min interaksjon med de empiriske funnene, og reflekterer min tolkning av informantenes fortellinger. I resultatdelen vil jeg imidlertid benytte sitater fra informantenes for å eksemplifisere de tolkningene jeg har gjort på bakgrunn av analysen.

Validitet

Validitet innebærer definisjonsmessig at det foreligger samsvar mellom virkelighet og det fenomenet man tolker (Charmaz, 2006). Sagt på en annen måte, om en har undersøkt det som var ment å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2009). I kvalitativ forskning er det viktig å diskutere validitet i utvalg, datamateriale, metodisk tilnærming og analyse (Dalen, 2004).

Et spørsmål kan være hvorvidt det at jeg tidligere har møtt tre av informantene har påvirket forskningsresultatene. Kanskje har dette hatt betydning for min egen tolkning av dataene og den informasjonen informantene kom med. Deres bevissthet om min arbeidsbakgrunn som frivillig i organisasjonen kan også ha påvirket deres fortellinger og min tolkning. Det kan tenkes at noen har fremstilt sin tilstand mindre alvorlig og seg selv som mer frisk i frykt for at jeg skal tenke negativt om dem. I tillegg kan dårlig sykdomsinnsikt og ønske om å skjule sykdommen, gjøre det ekstra utfordrende å fange opp de som er alvorlig syke. Samtidig kan bevisstheten om min kjennskap til spiseforstyrrelser gjort at de ble mer avslappet, ærlige og frittalende. Personlig opplevde jeg ikke at dette la noen begrensninger eller hadde særlig betydning for informantenes fortellinger.

Som medlem av IKS hadde fem av informantene deltatt på gruppesamtaler og møter innad i organisasjonen. Det kan tenkes at samtaler med likesinnede og behandler har bidratt til en profesjonalisering av egen sykdomshistorie. Etter å ha fortalt historien sin gjentatte ganger kan det tenkes at de etter reaksjoner fra utenforstående har justert og tilpasset egen sykdomshistorie. Følgelig kan de i ønske om å årsaksforklare spiseforstyrrelsen være tilbøyelig til å tilskrive årsaken til fraværende far, slankepress og lite emosjonsutveksling i oppveksten. Selv om dette kanskje ikke er de reelle årsakene, vil kanskje det å ha noe konkret å forholde seg til forenkle en ellers komplisert livssituasjon.

Grundige beskrivelser av utvalget er nødvendig for at den som leser forskningsresultatene skal kunne avgjøre hvor anvendelig funnene er i andre situasjoner (Dalen, 2004). Det var derfor viktig for meg å få frem fyldige beskrivelser om informantene. Ut i fra egne utvalgskriterier anser jeg utvalget i dette studiet for å være avgrenset og må derfor ses opp i mot en tilsvarende gruppe. Etter intervjuene satt jeg igjen med tykke beskrivelser av informantenes opplevelser av motivasjon for behandling. Selv om det var stor forskjell på hvor fyldige beskrivelser jeg har fra informantene, ville jeg at alle skulle være like representert i fremstillingen av empiri.

Formålet med dette studiet var å få innsikt i kvinnes opplevelse av motivasjon for behandling. En validering av informantene svar kan være vanskelig fordi begrepet opplevelse vil være subjektivt betinget alt etter hvordan man definerer begrepet. Trolig har god forberedelse og bevissthet rundt validitetsspørsmålene i forkant av datainnsamlingen gjort at funnene er valide i forhold til gjennomføringen av intervjuene og intervjuguidens innhold. Hvorvidt informantenes uttrykte opplevelsene ble tolket slik de var ment, kan man imidlertid ikke garantere.

Reliabilitet

For at studien skal fremstå pålitelig er åpenhet rundt studiets fremgangsmåte sentralt. I tråd med Dalen (2004) sine anbefalinger forsøkte jeg derfor å beskrive fremgangsmåten så utdypende som nødvendig. Innenfor kvalitativ forskning innebærer kravet om reliabilitet at forskeren beskriver forskningsprosessen nøyaktig slik at andre kan foreta et tilsvarende forskningsarbeid. Reliabilitet dreier seg om forskningsfunnenes konsistens, det vil si at andre skal kunne få de samme resultatene med å bruke den samme metoden (Dalen, 2004). Dette vil imidlertid være vanskelig å gjennomføre fordi forskeren i kvalitativ forskning har en sentral rolle ved innsamling og analyse av datamaterialet (Befring, 2007; Dalen, 2004). Til tross for at dette er enklere i kvantitativ forskning hvor resultatene er målbare, er begrepet reliabilitet like sentralt innenfor kvalitativ forskning (Charmaz, 2006).

I intervjusammenheng blir reliabilitet ofte diskutert i sammenheng med bruk av ledende spørsmål under intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2009). Med hensyn til dette var det viktig for meg med en grundig utarbeidelse av intervjuguiden og at jeg under intervjuet var bevisst egen spørsmålsformulering. Ved nøyaktige transkriberinger og grundig planlegging og analyser forsøkte jeg å sikre reliabiliteten og validiteten på en best mulig måte. I forsøk på å ivareta påliteligheten ble intervjuende nedskrevet tilnærmet ordrett fra opptak av god kvalitet. Da jeg i analysearbeidet skulle innsnevre datamaterialet til kategorier var jeg hele tiden påpasselig med at verdifull informasjon ikke ble oversett.

Generalisering

En begrensning med hensyn til studiets gyldighet er at grunnlaget for datamaterialet er basert på kun åtte informanter. Generalisering eller overførbarhet kan i følge Thagaard (2009) knyttes til gjenkjennelse. Formålet med en induktiv tilnærming er å trekke essensen ut av de empiriske sammenhengene, for så å kunne forstå tilsvarende tilfeller. Funnene kan på den måten utgjøre et grunnlag for teoretisk generalisering (Befring, 2007). Med metodisk utgangspunkt i Grounded theory er begrepsutvikling og teorigenerering formålet i denne oppgaven (Glaser & Strauss, 1967). Validiteten i dette studiet er dermed tilknyttet et ønske om å generalisere funn fra et utvalg til en teori. Man kan imidlertid stille spørsmål rundt formålet om teoriutvikling. Et spørsmål er hva som er tilstrekkelig grunnlag for teoriutvikling og hva som utgjør en teori. I mitt tilfelle ble det ikke utviklet teori, men konstruert kategorier som kan sammenfatte min tolkning av empirien.

Enkelte vil nok stille seg kritisk til formålet om teoriutvikling da både utvelgelse av informanter og antall informanter er begrenset. Når det er sagt er det i kvalitativ metode ikke snakk om å finne en allmenngyldig regel som gjelder hele populasjonen. I kvalitativ forskning er det heller snakk om hvorvidt funn er overførbare til personer i en kontekst lik den som ble

undersøkt (Glaser & Strauss, 1967). Utvalgets størrelse vil likevel sette begrensninger for i hvilken grad en kan generalisere funnene til å gjelde alle innenfor samme kategori (Schwandt, 1997). Kanskje vil andre kvinner med bulimi kunne kjenne seg igjen i funnene som formidles i denne masteroppgaven. Studiet vil i den forstand ha en form for generaliserbarhet i seg. Mitt håp er at videre forskning kan utdype disse resultatene og eventuelt frambringe andre typer tolkninger av dette fenomenet.

Forskerrollen

I kvalitativ forskning er forskeren det viktigste instrumentet (Postholm, 2010). Som forsker er bevissthet rundt egen subjektivitet og forforståelse i forhold til forskningsområdet, helt essensielt (Dalen, 2004; Thagaard, 2009). Det er derfor vesentlig at jeg erkjenner mitt personlige ståsted og den effekten det kan ha på resultatet. I så henseende vil jeg ytre refleksjoner over egen bakgrunn og hvordan dette gjennomgående kan ha påvirket forskningsprosessen.

Som forsker kan man umulig fristille seg helt fra egen forforståelse (Charmaz, 2006) og man bør derfor heller anerkjenne egen forforståelse og ta den til etterretning i evalueringen av undersøkelsen. Selv om jeg bestrebet meg på å ha et åpent sinn og at analysen kontinuerlig ble sett opp i mot de transkriberte dataene, var heller ikke jeg fullstendig fristilt fra egen forforståelse. Temaet om bulimikeres motivasjon for behandling, springer ut fra arbeidserfaring og personlig interesse på området. Forskerens praksiserfaring på forskningsområdet vil i følge Glaser og Strauss (1967) øke den teoretiske følsomheten. Min tilknytning og kjennskap til forskningsområdet kan gi et godt utgangspunkt for gjenkjennelse og forståelse av det studerte fenomenet. Samtidig kan nærheten til feltet gjøre at jeg overser det som ikke er gjenkjennbart ut fra egen erfaringsbakgrunn (Thagaard, 2009). Det var derfor viktig for meg å etterstrebe meg på å være så åpen som mulig i forhold til dataene og kontinuerlig gå tilbake til intervjuene for å begrunne egne refleksjoner. I håp om å få ytterligere informasjon om egne forhåndsantagelser søkte jeg og utforske de nærmere samtidig som jeg unngikk spørsmålsformuleringer som skulle stadfeste dem. Analysemetoden Grounded theory var et nyttig verktøy da det ga meg mulighet til å distansere meg fra egne erfaringer og bruke disse aktivt (Thagaard, 2009).

Etter den innledende analysen ble det innhentet teori på bakgrunn av resultatene. Teoriene hadde utspring i egen analyse og ble benyttet som utgangspunkt for diskusjon omkring egne resultater. Sammenligningen mellom egne funn og andres funn ga meg en utdypet forståelse av eget datamateriale. Min studiebakgrunn har fra tidligere av gitt meg kjennskap til de fleste teoriene jeg har benyttet i oppgaven. En fare med dette er at jeg kan ha

tolket informantenes opplevelser i retning av teorier jeg allerede var bekjent med. Min bakgrunn fra psykologistudiet kan også ha medført at jeg i mindre grad evner å skille den kompetansen jeg besitter fra informantenes erfaringer (Thagaard, 2009). Selv om jeg aktivt forsøkte å finne teorier og studier med motstridige forklaringer, viste de fleste seg å være forholdsvis sammenfallende. Når det er sagt skal det ikke utelukkes at jeg ubevisst var mer tilbøyelig til å selektere og ta med teorier som var i overensstemmelse med egne studiefunn. Resultatene som videre presenteres må derfor forstås som et resultat av min interaksjon med data og reflekterer min tolkning av informantenes fortellinger. Selv om min forforståelse kan være en feilkilde i dette studiet, synes jeg det har vært nyttig i forskningsprosessen. Med tanke på spiseforstyrrelsers kompleksitet, trur jeg det er en fordel å ha en del kunnskap i forkant av et slikt prosjekt.

RESULTATER

I dette kapitlet vil jeg presentere kategoriene som ble utviklet i analysearbeidet. Egne tolkninger av funnene eksemplifiseres gjennom bruk av illustrerende sitat. Sitatene får frem det typiske hovedmønsteret, men også særegne og avvikende tendenser (Befring, 2007). Kategoriene presenteres og tolkes ut fra min oppfatning om informantenes fortellinger, før de i diskusjonsdelen blir drøftet opp mot aktuell teori.

Ambivalent motivasjon

For å identifisere kjernekategoriene tar forskeren for seg kategoriene som er utviklet gjennom analyseprosessen og finner den som tilsynelatende har mest forklarende relevans og størst potensial til å sammenkoble alle kategoriene (Corbin & Strauss, 2008). I følge Corbin og Strauss (2008) må kjernekategoriene være abstrakt i form av at de andre hovedkategoriene må kunne relateres og plasseres i forhold til den. Den må også forekomme ofte i datamaterialet uten at den er påtvunget dette. Kategorien *ambivalent motivasjon* ble identifisert for å være gjennomgående i alle intervjuene og er hovedtemaet som best kobler kategoriene sammen. Ambivalensen gjenspeiles i flere kategorier, selv om den ikke fremkommer i alle. Ambivalensen speiler en indre konflikt om å gi slipp eller holde på spiseforstyrrelsen. Gullestad og Killingmo (2009) forklarer ambivalens som en slags splittelse i personens selvopplevelse. I flere av de påfølgende kategoriene vil jeg fremheve hvordan ambivalensen gikk igjen. Kategoriene som videre blir presentert illustrerer hvilke elementer som innvirket og var betydningsfullt for kvinnenens motivasjon for behandling.

Manglende sykdomsinnsikt

Manglende sykdomsinnsikt var en gjennomgående utfordring og barriere som hindret kvinnene i å ville motta behandling. Det var særlig i startfasen mange undervurderte alvorlighetsgraden av tilstanden i troen om at de ikke var syk og hadde kontroll over situasjonen. For flere var bulimien på dette stadiet ansett som en midlertidig løsning for å gå ned et par kilo.

Opplevd kontroll. Fire informanter fortalte at de i starten av sykdomsforløpet undervurderte symptomene og overbeviste seg selv om at de skulle slutte å kaste opp så snart de hadde gått ned noen kilo. Dette viste seg å ikke være tilfellet og slanking og matrestriksjonene tiltok parallelt med at nye vekt mål ble oppnådd. Fem kvinner fortalte at de rasjonaliserte slanking og ufarliggjorde den med at alle er opptatt av vekt og slanking. Det faktum at de ikke var undervektig gjorde at de ikke anså seg for å være syk. Kvinnenes manglende innsikt i egen tilstand kan illustreres av de to påfølgende sitatene: *”Var egentlig ikke klar over at jeg hadde en spiseforstyrrelse. Hadde dårlig selvinnikt og så ikke at*

problemene mine var et problem, trudde virkelig jeg hadde kontroll. Skulle jo slutte så snart jeg hadde gått ned noen kilo”.

En annen fortalte: *”Fikk tilbud om en innleggelse, noe jeg ikke skjønnte hvorfor. Var jo verken syk nok eller tynn nok. Da sa psykologen at jeg manglet nok sykdomsinnsikt. Det innser jeg nå som jeg leser journalen, hadde virkelig ikke innsikt i det hele tatt”.*

De to tynneste kvinnene forklarte at de opplevde kontroll over kroppen ved at de kunne kompensere for og legge skjul på overspisingen gjennom oppkast, faste og overtrening. Kontrollen de opplevde i starten viste seg å avta utover i sykdomsforløpet. De fleste innså etter hvert at det heller var en illusjon av kontroll, i realiteten var det nettopp kontroll de ikke hadde. Dette blir antydnet med sitatet:

Spiseforstyrrelsen bunnet nok ut i et kontrollbehov, ville oppleve at jeg mestret noe. Med å kaste opp kunne jeg kontrollere at overspisingen ikke syntes. Kunne forsette å være tynn, samtidig overspise masse. Var vel egentlig en illusjon av kontroll jeg skapte inn i hodet mitt. Jeg styrte egentlig ikke bulimien, den styrte nok mer meg.

I etterpåklokskapens lys innser seks kvinner at de hadde et spiseproblem lenge før de selv erkjente det og kom til behandling. En av kvinnene fortalte hvordan hun hver dag overbeviste seg selv om at dette skulle være siste dagen med overspising. For to måneder siden innså hun at hun ikke klarte å slutte på egenhånd og oppsøkte behandling pånytt. Kvinnen uttalte følgende:

Har jo sagt jeg skal slutte overspisingen i morgen i et halvt år nå. Klarer det jo ikke. Likevel så føler jeg at det er så sant hver dag jeg sier det til meg selv, da trur jeg virkelig at det er siste dag med overspising. Når jeg er på butikken kan jeg se at Nidar har kommet ut med en ny pose sjokolade. Da sier jeg til meg selv at den må jeg jo prøve i dag, før jeg slutter å overspise, hvis ikke får jeg jo aldri muligheten. Finner alltid en unnskyldning for hvorfor jeg skal overspise en dag til, men er samtidig overbevist om at dette er siste gangen hver dag.

Selv om denne kvinnen overspiser hver dag har hun nå tatt affære og begynt i behandling i påvente av innleggelse.

Tilfredsstille foreldre. Med unntak fra en var kvinnenens første møte med behandlingsapparatet arrangert av urolige foreldre eller lærere, ikke informant selv. Av alle var det kun en kvinne som på dette tidspunktet var motivert for endring og oppsøkte hjelp på eget initiativ. Dette kan forklare hvorfor alle avsluttet behandlingen innen ett år.

Tre informanter innrømte at de motarbeidet psykologen og var uærlige om sin fremgang og fremstilte tilstanden for å være mindre alvorlig enn den i virkeligheten var. Dette gjorde de for å tilfredsstille psykologen og gi et inntrykk av at de var på bedringens vei. Her forteller en hvorfor hun holdt tilbake informasjon: ”*Jeg tenkte at hun ville tru jeg var gal hvis jeg fortalte sannheten. Fryktet jeg skulle bli innlagt og sendt til legen.(...) var veldig redd for at psykologen skulle bli sur på meg fordi jeg ikke gjorde det jeg ble bedt om å gjøre, derfor ente jeg opp med å lyge*”.

Kvinnen som her ble sitert fryktet innleggelse dersom hun avsluttet samtaleterapien. Hun var også bekymret for å skuffe behandleren dersom hun ikke innfridde behandlerens forventninger eller målsettinger. I de få tilfellene kvinnene selv oppsøkte hjelp var det stort sett for å berolige foreldre og få de til å slutte å mase om spising og vekt. Dette understrekes i følgende utsagn:

Møtte kun opp for å berolige mine foreldre, sa aldri noe. Psykologen satt bare å så på meg, så det hele ble bare en rar seanse. Innerst inne var jeg ikke klar for å slippe inn noe informasjon og var i opposisjon til det som ble sagt.(...) levde lenge i en boble der jeg fortrenget at jeg hadde et problem. Stengte det som hadde med spiseforstyrrelser ute og unngikk å lese om eller få informasjon om spiseforstyrrelser.

Selv om de fleste var lei av spiseproblemene i starten av behandlingsforløpet, befant ingen seg på det stadiet der de var klar eller villige til å fraskrive seg alle aspekter ved spiseforstyrrelsen. Tendensen var at de ville opprettholde matkontrollen og overtreeningen, men overkomme selve overspisingen. Tre informanter fortalte at de tidvis ønsket å avslutte behandlingen i tanken om at det var andre som ville ha større utbytte av den. Den ene sa:

Fikk litt dårlig samvittighet i behandlingen, særlig da jeg var innlagt i elleve uker. Var jo ikke motivert i det hele tatt, gjorde det kun fordi mora mi insisterte. Tok ikke til meg noe og følte ikke det var til noe hjelp. Følte jeg okkuperte en plass, som noen andre som virkelig var syke og ville bli friske, burde fått.

Som det her fremkommer var informanten ganske entydig på at det bare var skuespill og at hun derfor ikke hadde noe utbytte av det. Den dagen hun virkelig ønsket hjelp var imidlertid innleggelse den foretrukne behandlingen.

Innsær bulimiens skadevirkning

At kvinnene hadde innsikt i egen tilstand var avgjørende for hvorvidt de ønsket behandling. For de fleste tok det et par år før de innså hvordan et liv uten bulimien ville forbedre deres livskvalitet. Sykdommens forringelse av livskvaliteten og innvirkning på

hverdagslige gjøremål motiverte kvinnene for behandling. Hovedmotivasjonen for selve behandlingen var å få et bedre liv og normalt forhold til mat. Flere av kvinnene uttrykte en lengsel etter å kunne kose seg med mat, uten påfølgende skyldfølelse. En av kvinne uttrykte følgende: ”*Er veldig viktig for meg at jeg skal kunne kose meg med mat, at det skal være sosialt, ikke farlig og forbudt å spise. Jeg vil slippe å ha dårlig samvittighet og unne meg noe godt*”.

Tre informanter hadde erfaring med at bulimien var ødeleggende for parforholdet og hadde vært en viktig bidragsyter til at forholdene tok slutt. En stor motivasjon for å bli frisk var derfor at forholdet ikke skulle ødelegges:

I motsetning til tidligere, har jeg nå en kjæreste som er veldig tålmodig. Det ble slutt i det tidligere forholdet på grunn av at han ble så lei av at jeg var syk, han var ikke særlig forståelsesfull han da. Hovedgrunnen til at jeg vil bli frisk er at jeg vil ta vare på han jeg har i dag, vil få barn og stifte familie, er jo 27 år.

Ønsket om en bedre fremtid med partner og familie var særlig viktig for de fire eldste kvinnene. Kvinnen som var mor, erklærte at hun ville bli frisk for sin datter:

Datteren min er i dag 8 år, så kan bli vanskelig å fortsette å skjule bulimien. Jeg vil for alt i verden at hun ikke skal bli påvirket. Hittil har det vært greit, men vil være et forbilde og en god rollemodell. Vil ikke be hun om å spise ditt og datt til middag, mens jeg selv ikke spiser noe. Det blir for dumt.

Samtlige opplevde at fokuset på mat og kropp i perioder var så altoppslukende at det gikk på bekostning av skole, jobb og relasjoner. Med unntak fra en, ga alle klart uttrykk for at de var lei av et liv preget av en vedvarende drakamp mellom restriktiv matkontroll og overspising. Maten sin sterke posisjon i kvinnenens liv kommer tydelig frem i sitatet:

Alt dreide seg om maten, at jeg var innesperret med sykdommen gjorde at jeg ødela mange vennskapsforhold. Mistet kontroll over min hverdag og gikk mye med selvmordstanker. Jeg som alltid hadde vært flink på skolen, nå gikk det utover vennskap og skoleresultater. At jeg endte opp med å ikke fullføre året var en stor nedtur, følte meg helt udugelig. Maten utgjorde så stor del av dagen at jeg ikke hadde energi til andre ting.

Kvinnen som her ble sitert følte at bulimien forhindret hennes hverdagslige fungering og gikk ut over venner og skoleprestasjoner. I likhet med fem andre, ble hennes sykdomshistorie innledet med en anorektisk periode. Den strenge matkontrollen avtok og ble etter hvert

erstattet med bulimiske symptomer. Den anorektiske perioden var en tid kvinnene opplevde kontroll og gode prestasjoner på flere arena. Da bulimien frarøvet dette og i tillegg medførte vektøkning ville mange bli behandlet. Her tydeliggjør en av kvinnene den nedturen hun opplevde da bulimien overvant det anorektiske matregimet:

Det var da jeg fikk det verst og ble deprimert og isolerte meg. Hadde det mye verre når jeg fikk bulimi. Ikke nok med at jeg gikk opp i vekt, så mistet både motivasjon og konsentrasjon på skolen også. Følte meg mislykket og nådde helt bunnen. Så overspising var mye verre, da mistet jeg kontrollen jeg tidligere hadde. Gikk fra bare å ha A til å slutte å lese og strøk i flere fag.(...) når jeg mistet anoreksien og fikk bulimi i stedet, ville jeg bare bli frisk fortest mulig.

Kvinnene var ambivalent til om de ønsket å fraskrive seg eller beholde kontrollen over kropp og mat. Selv om kvinnene uttrykte et sterkt ønske om å fraskrive seg kontrollen, hadde de samtidig en stor frykt med å miste denne kontrollen. De hadde et sterkt ønske om en tynn kropp, samtidig ville de bli kvitt dette kropps fokuset og få et avslappet forhold til mat. Kvinnen som i 17 år hadde hatt bulimi vektla betydningen av å fungere normalt i sosiale sammenhenger, men presiserte hvor konfliktfylt dette var for henne:

Vil være sosial å gå i selskap uten å engste meg. Vil bli kvitt angsten og få et avslappet forhold til mat. Vil slippe og ha dårlig samvittighet og spise normalt. Samtidig er jeg redd for konsekvensen av å ikke kontrollere matinntaket.(...) juletiden som alle gleder seg til er for meg svært stressende. Da må jeg spise for å tilfredsstille de andre. Føler alle rundt bordet teller antall matbiter jeg spiser.

Denne kvinnen var oppvokst i et hjem der foreldrene var kokker noe som gjorde hennes problematiske forhold til mat enda mer komplisert. Nytelse av maten fremstod for henne å være en sentral motivasjonsfaktor for å bli frisk. Sammenlignet med de øvrige fremstod denne kvinnen som særlig ambivalent i forhold til eget matinntak i sosiale sammenkomster. Hun utviste et sterkt ønske om at hun i fellesskap skulle kose seg med god mat og drikke, samtidig var hun livredd for hva som ville skje dersom hun tillot seg dette og gjorde det til vane. Seks kvinner fortalte at måltid i andres selskap innebar engstelse og grundig planlegging. Dersom de i det hele tatt møtte opp kunne sulting i forkant være en måte å forberede seg på sosiale sammenkomster. I kontrast til kvinnene som engstet seg for å innta mat i andres påsyn, ble en kvinne stresset over å måtte begrense matinntaket i sosiale sammenhenger:

Når jeg er med venner og spiser har jeg en legitim grunn til å spise litt for mye. Selv om jeg etter middag og dessert helst skulle ha tre ganger så mye. Det at jeg ikke kan

spise så mye som jeg ønsker, gjør meg veldig stresset, jeg planlegger derfor slik at jeg kan dra hjem ganske raskt, så jeg kan overspise etter middagen ute.

Som sitatene illustrerer er ønsket om en bedre livskvalitet et nøkkelement i motivasjonen for behandling. For kvinnen som anser seg som delvis anorektisk, var derimot ønsket om en bedre økonomi hovedmotivasjonen til å slutte med overspisingen:

Med en gjeld på 50 000 kroner er det det som svir mest. Bulimien koster mye. Til et måltid med overspising kjøper jeg kanskje en fempakning med nudler, en pizza, en potetgullpose, en kjekspakke og en baguett. En episode med overspising tilsvarer hvert fall tre familiemiddager til sammen. I tillegg vet jeg jo at det er vanskelig å få ut alt man overspiser. Det å få i seg så mye sukker kan jo ikke være bra for nervesystemet og hjernen heller. Frykter det er veldig dårlig for kroppen og holde på slik som jeg gjør.

Denne kvinnen skilte seg ut fra resten ved å poengtere at følelser eller sinnsstemning ikke trigget lyst til eller hadde sammenheng med overspising. For henne var overspising en hverdagslig rutine som forekom uavhengig av emosjons- og sinnstilstand. Hun var den tynneste kvinnen i utvalget og uttrykte større tilfredshet med egen kroppsstørrelse enn de øvrige. Hennes ønske om tilfriskning var først og fremst økonomisk begrunnet, utover det var hun ikke særlig berørt av sykdommen. Hun beskrev overspisingen som et fast rituale og en seanse som varte i omkring tre timer. I likhet med resten innså også henne hvor stor del av dagen maten opptok og hvor mye det gikk på bekostning av: ”*Det er litt trist, vet ikke hvor mange venner jeg egentlig har igjen. Avbryter ofte avtaler med venner, når jeg først har begynt å overspise så vil jeg bare fortsette noen timer til. Blir bare det jeg vil og klarer ikke slutte*”.

At den enkelte innså alvoret og selv ville behandles og bli frisk, ble fremhevet for å være det viktigste for at behandlingen ble vellykket. Seks kvinner forklarte at det var først når de oppsøkte hjelp på eget initiativ og var mottakelig for hjelp, behandlingen hadde noe for seg. Den ene poengterte:

Det var en helt annen situasjon andre gang da jeg kom i behandling. Da var jeg klar for å motta hjelp og hadde innsett at jeg ikke hadde kontroll over bulimien eller kunne kvitte meg med den på egenhånd. Det var en stor lettelse å få snakket om ting jeg ikke hadde fortalt til noen.

Etter hvert som sykdommen fikk større innpass i kvinnenens liv, avtok de opplevde fordelene om at de kunne overspise uten og legge på seg, takle stress og flykte fra vanskelige følelser. Når kvinnene oppdaget hvor altoverskyggende bulimien hadde blitt og innså hva den gikk på

bekostning av, ble de stadig mer innstilt på at endring måtte skje. Dette understrekes med følgende sitat: *”Plutselig en dag innså jeg hvor dominerende matfokuset var blitt, maten var blitt det viktigste og jeg distanserte meg fra de personene som betyr mest i livet mitt. Slik hadde jeg aldri vært før, hatet den personen jeg var blitt”*.

Det forelå store variasjoner i hvor mye kvinnene i sykdomsforløpet hadde gitt avkall på, likevel erklærte alle kvinnene at vennskap, fritidsinteresser, skolegang eller jobb tidvis var skadelidende av spiseforstyrrelsen.

Kvinnenes tidligere intensjon om behandling for foreldrenes skyld, ble stadig mer indre motivert etter hvert som de innså den personlige verdien av å bli frisk. To av informantene fortalte om vendepunktet på denne måten: *”Jeg er kommet forbi der jeg føler spiseforstyrrelsen gir meg noe. Før var den en trygghet. Den er ingen trygghet lenger, så vil fortrest mulig bli kvitt den”*.

Den andre uttalte: *”Den eventuelle kontrollen jeg hadde, er nå borte. Har mistet kontrollen over det meste nå.”*

Mat som emosjonsregulerer

Kategorien *mat som emosjonsregulerer* forklarer den mest gjennomgående funksjonen overspising har for informantene. Bulimien har for flere vært en bevisst strategi for å skjule og tilsløre et indre følelsesliv, og på den måten gjort uutholdelige emosjonelle tilstander til noe manøvrerbart. Selv om alle ønsker å stoppe overspisingen er frykten for å fraskrive seg kontrollen forbundet med dette fremdeles stor.

Maten som mestringsstrategi. Selv om overspising også i dag, var en tankeflukt og en måte å takle følelser på, var ikke fordelene like tungtveiende som de var i starten av sykdomsforløpet. Med bare ett unntak avslørte alle informantene at de hadde vanskelig for å uttrykke og håndtere følelser. Flere rapporterte om oppvekstforhold preget av lite emosjonsutveksling, lite anerkjennelse, skilsmisse, fraværende far og andre familietragedier. Kvinnene som fra barns ben av var tilvent å distansere seg fra og undertrykke egne følelser, opplevde i dag store utfordringer ved å uttrykke egne følelser. Tre informanter fortalte at dødsfall, sykdom eller psykiske problemer blant familiemedlemmer krevde at de måtte være sterk og dermed valgte å tilbakeholde egne problemer. For kvinnene som ikke fikk utløp for egne følelser fungerte maten et fristed fra vanskelige tanker. En av kvinnene forklarer hvordan hun mener sitt vanskelige forhold til mat begynte:

Da jeg var liten var søsteren min alvorlig syk og fikk derfor veldig mye oppmerksomhet. Selv om jeg syntes det var riktig følte jeg meg ofte oversett. Mamma

ga meg alltid mat som trøst, så har fra da av alltid funnet trøst i mat. Maten sviker meg aldri.(...) jeg har et stort behov for å snakke om følelser, så det var veldig tungt og måtte bære på så mye inni meg. I familien min skulle man liksom ikke snakke om sånt. Når jeg var over-loaded med følelser fikk jeg lyst til å overspise så jeg slapp å kjenne på alle følelsene.

I sitatet beskrives maten som en trøst og flukt fra sterke følelser. Kvinnen som vokste opp med et sykt søsken følte foreldrene hadde nok med søsteren og valgte derfor å holde egne problemer for seg selv. I tilfeller der følelser og tanker ble for overveldende, overspiste hun for å dempe disse. En annen forteller: *”Bruker maten for å roe meg ned, koble av og bli nummen.(...) det gjelder både glade og vonde følelser. Klarer ikke å få frem følelsene på en rasjonell måte. Når det ble tungt å kjenne på så mange følelser overspiser jeg”.*

Kvinnen som her ble sitert forklarte at antidepressive medikamenter kunne ha tilsvarende effekt som overspising: *”Det gjør meg flat og emosjonelt stabil, er godt å få dempet alle følelsene. Pillene tar vekk de sterkeste følelsene”.*

Utfordringene informantene hadde vært igjennom var av ulik alvorlighetsgrad.

Kvinnen som utmerket seg med en særlig konfliktfylt bakgrunn uttalte følgende:

Mamma ble innlagt og fikk psykiske problemer etter det kom frem at han var pedofil. På grunn av at mamma var så svak følte jeg at jeg måtte være sterk ovenfor mine søsken og ikke fortelle om mine egne problemer. Dette gjorde at jeg har holdt veldig mye inni meg altfor lenge.

Som sitatene illustrerer har flere av kvinnene vært utsatt for påkjenninger opp i gjennom årene. Tre informanter meddelte at de i oppveksten hadde opplevd et savn som følge av en fraværende far. To av dem hadde i dag ikke kontakt med faren i det hele tatt. Savnet etter en farsfigur kommer tydelig frem i dette sitatet:

Trur nok mangelen på en farsfigur er en årsak til spiseforstyrrelsen. Er egentlig en pappajente, men fikk sjeldent noe særlig anerkjennelse fra han og følte han ikke var særlig fornøyd med meg.(...) har savnet han veldig i livet mitt. Da foreldrene mine skilte seg savnet jeg pappa veldig. Etter noen år flyttet jeg derfor til pappa. Hadde før det ikke hatt særlig kontakt med han. Da jeg flyttet til han ble jeg ganske skuffet da det ikke ble så bra som jeg hadde sett for meg. Han var ikke den glansfiguren jeg trudde han skulle være.

Kvinnen som her er sitert har slitt med bulimi i ti år og opp opplevd mye tungt. I tillegg til at hun alltid har hatt lite kontakt med faren og et dårlig forhold til moren, døde søsteren av en

medfødt sykdom for fem år siden. I likhet med seks andre har overspisingen også for hennes del sammenheng med følelser:

Angst og stress trigger ofte lysten til å overspise. Stress er en stor trigger for meg og det å være i forhold kan være ganske utfordrende når man er syk. Jeg trenger så mye bekreftelse hele tiden, særlig av kjæresten. Hvis jeg ikke får den bekreftelsen blir jeg usikker og stresset, noe som gjør at jeg tyr til overspising.

Selv om seks av kvinnene mente at de ikke hadde kontroll over bulimien, beskrev fem at sykdommen likevel hadde rot i et kontrollbehov og i noen sammenhenger ga de en opplevelse av å ha kontroll. At overspisingen innebar en opplevelse av kontroll, samtidig som fravær av kontroll, indikerer også kvinnenes ambivalente følelser. Overspisingen ga en viss form for kontroll ved at de fikk dempet eller distansert seg fra ubehagelige følelser. Noen beskrev at de opplevde en kontroll ved at de til tross for overspising kunne kontrollere vekten ved å kaste opp maten eller sulte seg. To informanter assosierte både overspising og sult med en transe eller rusfølelse. En sa: ”Både sultingen og overspisingen er som en rus, overspisingen blir en belønning etter sulteperioden. Da spiser jeg helt til jeg blir svimmel”.

Selv om overspisingen kunne oppstå uavhengig av sinnsstemning, var den først og fremst en måte å takle emosjonelle tilstander som stress, sinne, kjedsomhet og ensomhet. Overspising fungerte som en emosjonsregulerer og ga en følelse av velbehag fordi det gjorde de mer avbalansert og emosjonelt stabil. Selv om overspisingen i noen tilfeller ble brukt som belønning fungerte det oftere som straff når ting ikke gikk som forventet. Her beskriver en informant hva som oftest trigget lysten til å overspise:

Overspiser som regel hvis vekta har gått opp. Hvis jeg har forsovet meg eller glemt en avtale jeg hadde med noen, da straffer jeg meg selv med å overspise. Det kan være en krangel og diskusjon som har gått dårlig, eller av sinne og ren frustrasjon. Er jeg sint på behandleren min kan jeg overspise og kaste opp når jeg kommer hjem. Men det gir jo egentlig ingen mening, hvorfor skal jeg liksom la sinnet over noen andre, gå utover meg selv?

Frykten for å begå feil og bevisstheten om hva andre tenker, var tilstede hos flere informanter. Overspisingen kunne være en selvstraff dersom de hadde gjort eller sagt noe feil. Denne formen for innadventd aggresjon kunne også utføres dersom studier, matinntak og trening ikke gikk som planlagt. Det var også en måte å takle sinne eller frustrasjon ovenfor behandler, venner og familiemedlemmer. Ved overspising fikk de utløp for aggresjon som var rettet mot andre. At kvinnene i stedet for å konsultere behandleren valgte å døyve frustrasjonen med å

overspise kan også gjenspeile deres ambivalens. I stedet for å ta sinnet ut over personen det gjaldt, tok de det utover seg selv. I følge kvinnene kunne en ubetydelig liten feil ende opp med å ødelegge hele dagen. Dette kommer tydelig frem i denne uttalelsen: *”Hadde jeg først spist ett knekkebrød for mye, kunne jeg like godt bare dømte i meg mer. Da var dagen ødelagt, jeg ble sint på meg selv og raidet matskapene og spiste det jeg kom over. Jeg tenkte at jeg heller kunne la være å spise i morgen eller trene en time ekstra”*.

Denne formen for svart-hvitt tenking synes å være utbredt blant flere av informantene.

Dagene innbefattet for flere en kontinuerlig svingning mellom overspising eller sulting, alt eller ingenting. Tre kvinner beskrev at drakampen mellom sulting og overspising var styrt av to stemmer i hodet, en som stemte for og en som stemte mot overspising. Kvinnene uttrykte stor frustrasjon over sin indre ambivalens som alltid jobbet mot hverandre og der den fiendtlige stemmen hadde overtaket. Kvinnenes ambivalente følelser konkretiseres i deres beskrivelse av bulimien som deres bestevenn og verste fiende.

Selv om en av kvinnene fortalte at overspising ikke hadde sammenheng med eller var en måte å takle følelser, forklarte hun at det hadde sammenheng med kjedsomhet:

Handler mest om rutine og kjedsomhet for meg. Har ikke vært på grunn av depresjoner, sinne og angst liksom. Har innsett at hvis jeg ikke har noe overspising å holde på med, så kjeder jeg meg. Med engang jeg er alene hjemme, så går jeg i skapene og leter etter mat. Det underholder meg på en måte. Vet på en måte ikke hva jeg skulle gjort hvis jeg ikke overspiste, ville vel bare sittet å glane i veggen.

Kvinnen som her ble sitert, beskrev sine oppvekstvilkår som normal og mente at familiære forhold ikke hadde noen sammenheng med spiseforstyrrelsen. Hun årsaksforklarte spiseforstyrrelsen med at hun helt siden barneskolen hadde hatt lav selvfølelse og følt seg tykk og mislykket. For hennes del hadde overspisingen en underholdningsverdi ved at det holdt henne opptatt med matlaging og spising i to-tre timer hver ettermiddag. Planlegging av neste måltid opptok store deler av hennes tankevirksomhet og episodene med overspising var en nytelse hun så frem til.

Andre destruktive strategier overtar. Mangelen på konstruktive måter å takle overveldende følelser var en stor bekymring med tanke på tilfriskning. Fem personer fryktet at mangelen på konstruktive mestringsstrategier skulle gjøre at maten ble erstattet med annen destruktiv atferd. En kom med følgende uttalelse: *”Er spent på hvordan jeg skal reagere og takle påkjenninger jeg tidligere har taklet med overspising. Er redd for at jeg ikke skal finne*

noen konstruktive måter og heller gå over til en annen destruktiv atferd, som selvskading eller til og med selvmord”.

Kvinnen som her ble sitert, hadde i flere år drevet med selvskading og frykter en forverring dersom hun slutter å overspise. De periodene hun var innlagt og ikke fikk mulighet til å overspise, hadde hun erstattet overspisingen med selvskading. Fraværet av store mengder mat hadde ført til angst som hun taklet med å kutte seg selv. Hun påpekte at hun til enhver tid var avhengig av å ha mulighet til enten overspising eller selvskading. På spørsmålet om selvskading var en erstatning eller supplement til overspising, svarte hun:

Det kan være begge deler egentlig. Selvskadingen er et utløp for angst og sinne, men når overspising og oppkast ikke er "nok" så kan det ende med selvskading i tillegg. Men det har jo hendt at jeg i perioder har vært så blakk at jeg ikke har hatt råd til overspisingmat, så da har jeg erstattet maten med selvskading.

På samme måte som selvskading og overspising kunne også rusmidler være en måte å søke tilflukt fra vanskelige tanker. Tre informanter innrømte at de periodevis misbrukte alkohol for å takle hverdagen. En fortalte at hun hadde brukt narkotiske stoffer, men sluttet med dette etter hun nesten døde av en heroinoverdose. To fortalte at overdreven trening tidvis kunne brukes som kompensasjon eller erstatning for overspising. På tilsvarende måte som overspising ga intensiv trening en form for kontroll ved at det ga en følelse av velbehag og distanse fra vanskelige tanker.

Sårbar for forventningspress. I etterkant av intervjuene sitter jeg igjen med et inntrykk av at kvinnene er påfallende sårbare i møte med krav og forventninger. Det er tydelig at prestasjoner i skole- og jobbsammenheng påvirket bulimien, ved at sykdommen eskalerte i perioder der de møtte motgang på disse arenaene. Fire informanter rapporterte om et høyt nivå av psykisk ubehag i stressende situasjoner som eksamensperiode. To personer hadde opplevd å bli innlagt på grunn av at bulimien ekspanderte like før eksamen og dermed ikke kunne gjennomføre eksamen. Den ene uttalte følgende:

Med skolen har jeg begynt og avsluttet hele tiden. Prøver å studere, men ender opp med og ikke møte opp, bli innlagt eller stryke og dermed må ta opp året pånytt. Det samme er det med hobbyer, har startet med nye hobbyer som jeg etter kort tid har hoppet av det. Sykdommen har gjort det vanskelig å få ting fullført.

At overspisingen kan være en måte å flykte fra utfordringer på kommer også frem i neste utsagn:

I det siste har jeg ikke klart noe på skolen eller hatt konsentrasjon til å lese. Klarer ikke sitte stille en halvtime om gangen. I stedet for å prøve, dropper jeg alt og drar hjem å overspiser. Skolen har for meg mye å si for hvor ofte jeg overspiser. I perioder det går bra på skolen overspiser jeg langt sjeldnere.

I stedet for å gjøre noe med de reelle utfordringene har maten gjennomgående blitt en måte å takle disse på. I behandlingen kunne stort forventningspress og høye krav gjøre at kvinnene avsluttet behandlingen. En sa:

Psykologen jeg har nå er veldig forståelsesfull og samtaleterapien har vært bra. Men nå som hun har begynt å stille flere krav og ber meg om å endre mat- og treningsvaner, har jeg egentlig bare lyst å avslutte. Trur ikke jeg vil få det til. Har vært ille nok at jeg har måtte spise mer, treningen vil jeg ikke kutte ned på.

I likhet med fire av de andre informantene, ønsker hun å bli frisk men er samtidig ambivalent til hvilke symptomer hun ønsker å behandle.

Frykt for vektøkning

Informantene befinner seg i dag på et stadie der de erkjenner at de har en spiseforstyrrelse og ønsker å bli frisk. Etter en gjennomgang av alle intervjuene får jeg likevel et inntrykk av at de fleste kvinnene er opptatt av å bli kvitt overspisingen, ikke den vektregulerende atferden. Frykten for å gi slipp på kontrollen over mat og kropp var den største hindringen for kvinnene i behandling.

Bli frisk, men beholde vekta. Bortsett fra en, opplevde alle en frykt for vektøkning dersom de ga slipp på spiseforstyrrelsen. En informant kom med følgende utsagn: ”*Vil så gjerne bli frisk, samtidig er det en stor del av meg som vil fortsette å ha spiseforstyrrelsen. (...) vil bli frisk, uten at jeg trenger å spise mer eller legge på meg*”.

Denne ambivalensen gikk også igjen hos de andre kvinnene: ”*Behandlingen gikk veldig dårlig. Hadde absolutt ikke lyst til å legge på meg. Ville bli frisk og ha et normalt forhold til mat, men ville fortsette å være tynn og beholde den vekta jeg hadde*”.

Fire informanter, opplevde at fokus på slanking og kropp i oppveksten hadde sammenheng med spiseforstyrrelsen. Selv om noen hadde blitt mobbet og fått kritiske bemerkninger fra jevnaldrede, var det først og fremst kvinnenes mødre som bidro til det opplevde slankepresset. Selv om de ikke fikk direkte formaninger om å slanke seg, kunne de minnes om mødre som utviste misnøye med egen vekt, gikk på diverse slankekurer og maste

om hva man skulle spise og hva man ikke skulle spise. En av kvinnene beskrev at hun gjennom sammenligninger med egne søstre alltid ble påminnet om at hun var tykk:

Vekt var alltid mye i fokus. Har to søstre som alltid har vært mye tynnere enn meg. Jeg var alltid kraftig som barn og det fikk jeg høre ofte. Søstrene mine fikk alltid høre hvor tynn og pen de var av foreldre, besteforeldre, tanter, onkler og sånn. Det gjorde at jeg ganske tidlig ble oppmerksom på hvordan jeg så ut og hvordan jeg burde se ut. Følte at jeg aldri var god nok eller tynn nok, i andre sine øyne.

En annen fortalte hvordan en enkel kommentar bevisstgjorde henne om egen kroppstørrelse:

Fikk en ekkel kommentar fra ballettlæreren min da jeg var syv år gammel. Hun ba meg om å holde inn magen når jeg hadde på den trange bodyen på. Sa at jeg så gravid ut. Jeg som aldri hadde tenkt på hvordan jeg så ut, begynte da å bli mer oppmerksom på hvordan kroppen min så ut og var liksom ikke fornøyd med det jeg så, verken hoftene, magen eller noe som helst. Mamma fortalte at jeg ofte sto foran speilet hjemme og holdt inn magen og sa jeg var tykk.

Fire informanter antydte at manglende anerkjennelse fra foreldre hadde satt sine spor i form av selvkritikk og usikkerhet. Tre poengterte deres opplevelse av utilstrekkelighet og at de i foreldrenes øyne aldri var gode nok. Seks av de åtte kvinnene utga seg for å være uttrykte svært selvkritiske og følte at de ikke var bra nok når det gjaldt utseende eller personlige egenskaper. Dette kommer tydelig frem i sitatet:

Jeg er ofte usikker på hva folk tenker om meg og er veldig redd for å gjøre eller si noe andre synes er teit. (...) i møtet med andre er jeg svært selvkritisk, de stygge ordene jeg sier til meg selv ville jeg ikke sagt til min verste fiende. Tenker ofte at andre synes jeg er tykk og ekkel og synes selv at jeg er det.

En annen sa: ”har alltid hatt en følelse av at jeg ikke er bra nok, flink nok og pen nok”.

Disse kvinnene var ikke alene om å ha en selvkritiserende indre dialog. Til og med kvinnen som i dag var tilfreds med egen kropp var redd for å gå lettkledd i frykt for at andre skulle tenke at hun var ekkel. Denne kvinnen utmerket seg med et særlig ambivalent og forstyrret kroppsbilde:

Er redd for at andre skal synes jeg er tykk. Samtidig føler jeg at noen ser skremt på meg fordi de synes jeg er tynn. Føler det er så mange som glør (...) føler at lårene mine ikke henger fast på en måte. Er redd for at de skal disse på en ekkel måte. Så når jeg går i bikini passer jeg på å gå sakte for at lårene ikke skal riste så mye. Vet at jeg

overanalyserer min egen kropp, men tenker liksom at alle andre også legger merke til det.

Fem av informantene konstaterte at en barriere som hindret de i å gi slipp på bulimien var at de ikke kunne akseptere egen kroppsstørrelse. Dette understrekes med følgende utsagn: *”Er redd for å godta den jeg er. Er ikke fornøyd med den vekten jeg har og slik jeg ser ut, så vil ikke og føler jeg ikke kan godta det. Hvis jeg gir etter og blir frisk, føler jeg på en måte at jeg taper”.*

Fem kvinner fremstilte bulimien som eneste løsning på å oppnå den kroppen de ønsket. Av den grunn ville flere føle at de mislykkes dersom de overvant og ble frisk fra spiseforstyrrelsen. Etter mange år med vektregulerende atferd var de skeptiske til å gi opp kampen om den tynne kroppen. Kvinnen som anser sin sykdomstilstand for å være like anorektisk som bulimisk hadde som formål å behandle overspisingen, men beholde anoreksien: *”Det er veldig viktig for meg at jeg ikke jeg ikke kvitter meg med anoreksien, er redd for at jeg en dag skal synes det er greit å legge på meg igjen og akseptere en større kropp. Synes ikke jeg kler å ha en større kropp enn det jeg har nå. Vil ikke gå tilbake til den kroppen jeg hadde og føle meg så mislykket igjen”.*

Denne kvinnen hadde gått ned 20 kilo og var i dag fornøyd med egen kropp. Endelig følte hun at hun hadde lyktes og hadde kontroll over noe. På spørsmålet om hun noen gang trudde hun ville kvitte seg med den anorektiske delen, sa hun: *”Når jeg er tynn nok. Hvis jeg står i fare for å dø, så vil jeg gå med på å legge på meg. Har lyst til å leve, vil ikke dø for en tynn kropp. Gjør ikke noe om jeg mister tennene eller noe, så lenge jeg ikke står i fare for å dø, så gjør det ikke så mye”.*

En av de åtte kvinnene påpekte at hun var mer overspiser enn bulimiker. Dette kan nok forklare hvorfor hun skilte seg ut fra resten på flere områder. Hennes symptomatferd innbefattet primært overspising og i mindre grad vektregulerende atferd i form av oppkast og overdreven trening. For henne hadde maten vært en trøst for å takle depresjon og ensomhet. I motsetning til de andre hadde hun selv oppsøkt og gått frivillig til behandling helt fra starten av. Sammenlignet med resten fremstod denne kvinnen som mer motivert til å bli frisk og anså fordelene som større enn ulempene. Dette understrekes av følgende utsagn:

Frykter ikke så mye med tanken på å bli frisk. I og med at jeg stort sett overspiser, vil jeg jo bli tynnere ved å få et normalt kosthold. Men maten har jo alltid vært en fin trøst. Så er litt redd for hvordan jeg skal erstatte det. Er redd for at det blir et tomrom jeg ikke klarer å fylle med noe positivt.

En av de to kvinnene som ikke tror de kommer til å bli frisk, forklarte dette med følgende uttalelse:

Har kommet til et punkt der jeg tenker på hvor mye det koster meg å etterstrebe på å bli helt frisk, kontra å forsøke å holde sykdommen i sjakk, på et overkommelig nivå.(...) mangler vel motivasjonen til å gå så dypt i materien som er nødvendig. Er altfor engstelig for å miste kontroll over egen kropp, er livredd for at jeg skal fyke opp til 110 kilo hvis jeg gir slipp på bulimien.

I sitatet ser vi igjen svart-hvitt tenkingen som kjennetegnet flere av informantene. En irrasjonell frykt for en voldsom vektøkning av normale mengder mat, gikk igjen i flere av intervjuene. Kvinnene kom med overdrevne anslag om hvor mye de ville gå opp i vekt dersom de ble kvitt bulimien og gikk over til et normalt kosthold. En av kvinnene fortalte at hun fikk angst og ble stresset hvis hun var ute og spiste middag med venner og ikke fikk muligheten til å kaste opp etter måltidet. På spørsmålet om hva hun trudde ville skje dersom hun beholdt maten, svarte hun:

Tenker at jeg kommer til å legge på meg, hvert fall ett kilo. Men det jeg er mest redd for er at jeg skal gjøre dette til vane, at jeg begynner å tillate meg det. Må på en måte passe på så det ikke blir en vane og beholde maten og la være å kaste opp. Hvis det skjer vil jeg miste kontrollen og bli slik jeg så ut før. Eneste jeg normalt tillater meg er å beholde et eple.

Progresjon

Under transkriberingen av intervjuene fant jeg flere utspill fra informantene som kunne kategoriseres innunder progresjon. Progresjon gjorde kvinnene mer motivert da de innså at behandlingen var virkningsfull, samtidig demotivert dersom de ikke så noen fremgang.

Ser egne fremskritt. En utfordring på veien mot tilfriskning var at små fremskritt gjorde det vanskelig å innse forbedring og nytten av behandlingen. Flere hadde forventet en raskere forbedring og behandlingen skulle være mer effektiv: *”Hadde ikke trudd det skulle ta så lang tid å bli bedre. Skulle ønske behandleren kunne gi meg svar på problemet og gi en konkret oppskrift til hva jeg skulle gjøre for å bli frisk”.*

I følge den siterte kvinnen var innsikt i egne fremskritt et nøkkelelement i motivasjon for å fortsette behandlingen. Kontakt med personer i samme situasjon var også motiverende fordi man da kunne være tilskuer av deres forbedring og dermed innså at tilfriskning var mulig:

”Selvhjelpsgruppen fikk meg til å innse at jeg ikke var alene. Det hjalp meg mye å se at de andre ble friskere og at noen etter hvert sluttet behandlingen og var blitt frisk”.

En kvinne poengterte: *”Ofte hadde jeg tenkt at jeg ikke kom til å bli frisk, da hjalp det veldig å se at noen faktisk hadde fått det til og i dag levde et lykkelig og normalt liv”.*

Oppnåelige delmål. Delmål kunne være et nyttig innslag i behandlingen. Dette virket motiverende og gjorde det enklere å se fremgangen. En kvinne fortalte følgende:

Vi ble enige om et mål, så skulle hun forsikre seg at jeg hadde gjort det til neste gang. Fastlegen min ba meg om ikke å kaste opp på en måned, det var jo helt umulig for meg. Her fikk jeg bestemme hvilke mål jeg skulle sette meg, følte at jeg hadde en hjemmelekse til neste gang som ble fulgt opp.

En forklarte at hun likte at behandleren var litt streng og stilte litt krav til henne:

Vi har sammen laget en kostliste, dette var fordi jeg skulle få faste måltider og rutiner. Jeg registrerer dette i en bok, så diskuterer vi det sammen. Stadig utfordrer behandleren meg til å spise noe jeg vanligvis er redd for å spise. Liker at hun pusher meg, det trenger jeg virkelig. I behandlingen tør jeg utfordre meg selv med å spise mat jeg på egenhånd ikke hadde turt.

En kvinne poengterte at et viktig moment i behandlingen var å få innført normale spiserutiner:

Et konkret mål i behandlingen har vært å få normale spiserutiner og porsjonsstørrelser. Jeg har ikke hatt begrep om hva som er en normal porsjon, når jeg først begynner vet jeg ikke når jeg bør stoppe. Er så vant til enten overspising eller ingenting, det gjør at porsjonsstørrelsene blir vanskelig å etterleve.

Tre informanter fortalte om behandlere som hadde bedt de om å opphøre overspising og kompensere atferd fra første dag. I den forbindelse poengterte de at målene måtte være mulig å gjennomføre for at de skulle virke motiverende: *” Det å jobbe etter små mål av gangen, hjelper faktisk. Er kravene og målene umulige å få til, gir man bare opp eller lyger til behandleren om at man har klart dem”.*

Flere antydte at oppnåelige mål som informant og behandler samarbeidet med å utarbeide var det som fungerte best.

Tilbakefall. I bevisstheten om at fullstendig tilfriskning er tidkrevende og kan ta mange år valgte kvinnene å fortsette da de for andre gang kom i behandling. Trolig gjorde bevisstheten om dette at kvinnene var mer forberedt på tilbakefall. Selv om to kvinner presiserte at tilbakefall medførte et stort innhogg i motivasjonen til å fortsette behandlingen

og forsterket ønsket om å gi opp, syntes de øvrige å være lite berørt av dette. Flere informanter stilte spørsmål rundt definisjonen av tilbakefall og konstaterte at de ikke anså det som tilbakefall i den forstand at de måtte begynne fra start. De betraktet det heller som dårlige perioder enn tilbakefall.

To informanter hadde tilbakefall som følge av at de i overoptimismen hadde avsluttet behandlingen i tro om at de var frisk eller kunne klare resten på egenhånd. Tre andre fortalte om tilbakefall de hevdet var forårsaket av at behandleren slapp de for tidlig. To kritiserte behandlingsinstitusjonene for å ha for lite ettervern og oppfølging etter innleggelse. Frustrasjonen kommer tydelig til uttrykk i følgende sitat:

Jeg var en periode skikkelig sur på behandleren som slapp meg så fort og ikke fulgte meg bedre opp, kanskje jeg faktisk hadde vært helt frisk i dag, hadde hun ikke gjort det. Selv om jeg kanskje trudde jeg var frisk, burde hun vite bedre hun som har behandlet personer med spiseforstyrrelser. Burde hatt meg under oppfølging en periode hvert fall.

To kvinner konstaterte at de etter tilbakefall fikk behov for å avstå fra behandlingen en periode for å revurdere om det var noen vits å fortsette. Selv om seks av kvinnene trur de kommer til å bli helt frisk, var tanken på å skulle forholde seg til mat på en normal måte ganske fjern. Kvinnene innrømte at de sannsynligvis alltid vil ha et problematisk forhold til mat.

Fellesfaktorer i behandling

Uavhengig av behandlingsmetode, var relasjonen mellom behandler og kvinnene selv mest avgjørende for hvordan behandlingen fungerte. Denne kategorien kan illustreres av underkategoriene *riktig fokus* og *felles forståelse*.

Felles forståelse. En felles forståelse av den enkeltes situasjon og ståsted var viktig for at behandlingen skulle fungere og var avgjørende for om kvinnene fortsatte i behandling. I tillegg til dette fremstod kompetanse blant behandlerne for å være en sentral faktor når det gjaldt kvinnenes opplevelse av behandling. Fire informanter konstaterte at samtalene hos psykolog hadde best effekt og mente dette skyldtes at psykologer hadde mer kompetanse på området enn sykepleiere og fastleger. Tilsynelatende utmerket inkompetanse seg for å være et utbredt problem i behandlingsapparatet. Uvitenheten om bulimi som diagnose, var særlig utbredt i det første møte med behandlingsapparatet. Dette ble forklart å ha sammenheng med at den første behandlingen ofte var hos helsepersonell som ikke hadde spesialkompetanse om

spiseforstyrrelser. Kun tre informanter hadde vært i kontakt med behandlere som de opplevde at hadde god kunnskap om deres diagnose.

Frykten for å bli avvist og feiltolket synes å være en gjennomgående årsak til at mange unngikk å oppsøke hjelp. En kvinne kviet seg lenge med å kontakte behandlingsapparatet i frykt for å bli avvist: *”Fordi du ikke er undervektig er du liksom ikke syk nok.(...) følte jeg ikke kunne oppsøke hjelp fordi jeg ikke var tynn nok, da hadde jeg liksom ikke et så stort problem og ville sikkert ikke bli tatt på alvor”*.

Kvinnen som her ble sitert levde i flere år i troen om at hun ikke hadde en spiseforstyrrelse. Da hun etter hvert innså hvor stor del av livet fokuset på mat og kropp opptok, innså hun at hennes anstrengte forhold til mat ikke var normalt og oppsøkte hjelp. Noen informanter opplevde at de ikke ble tatt på alvor på grunn av at vekten ikke var faretruende. Andre hadde erfaringer med at behandleren fremstod konfronterende og anklagende. To kritiserte behandleren for å være lite forståelsesfull og for raskt konkluderte med at tilbakefall eller destruktive perioder skyldtes kvinnene manglende motivasjon. En beskriver sin opplevelse slik:

Jeg hadde gruet meg og ventet så lenge før jeg endelig oppsøkte hjelp. At jeg ikke ble tatt på alvor og misforstått var skikkelig tungt. Dette var noe jeg hadde holdt hemmelig og ikke fortalt til noen. Den kliniske sosionomen mistolket alt, hun bare ga meg tips om hva jeg kunne spise og sånn. Følte at hun prøvde å ta fra meg kontrollen, det likte jeg lite.

For kvinnene som ofte var påtvunget behandling av engstelige foreldre ble den første behandlingen lite virkningsfull. For de som i utgangspunktet ikke var motivert til behandling virket det meningsløst å gå til samtale med helsepersonell som ikke forstod seg på dem eller spiseforstyrrelser generelt. Uvitenheten blant behandlerne ga kvinnene rom til å motarbeide og manipulere de i stedet for å samarbeide. Selv om noen klandret behandleren for manglende kompetanse, erkjente flere at de selv i stor grad vanskeliggjorde behandlingen ved å holde tilbake informasjon og var uærlige med behandleren. Fire informanter erkjente at de selv var ansvarlige for at behandlingen ikke fungerte. En sa:

Det var så utrulig flaut å prate med fastlegen min. Synes det var grusomt at noen hadde avslørt hva jeg drev med og ville i hvert fall ikke prate om det. Hun forstod ikke min situasjon. Men kan ikke klandre henne, klarte jo ikke å fortelle så mye om min egen situasjon selv heller. Sa jo ingenting til henne i alle timene jeg var der.(...) ville jo verken endre meg eller prate om det.

I sitatet uttrykker kvinnen forståelse for hvorfor behandlingen ikke fungerte. Kvinnene som selv ikke forstod seg på egen tilstand, uttrykte forståelse for at dette i hvert fall måtte være vanskelig for utenforstående. En kvinne understreker dette med følgende utsagn:

”Behandleren kunne ikke gjort noe annerledes, det som var viktig var jo at jeg selv innså problemet og gikk med på å bli frisk. Uten det ville ingenting fungert”.

En annen sa: *”Bulimi og spiseforstyrrelser er så kompleks at jeg tror ingen egentlig forstår det helt. Skjønner det ikke selv, da må det i hvert fall være ubegripelig for andre hvordan man kan sulte seg i dagevis for så å overspise enorme mengder for så å kaste opp”.*

Selv om kvinnene forklarte at de i starten var i opposisjon og unnlot å ta til seg det behandleren fortalte, antydet fire kvinner at det var i behandling de innså alvoret av egen tilstand. Behandlingen kunne i den forstand være nyttig selv om kvinnene i utgangspunktet ikke var motivert for å endre seg. Nå i ettertid erkjente tre kvinner at behandlingen i noen grad har fungert. Den ene sa:

Trudde i mange år at det ikke funket, men ser nå at det har gjort at jeg kjenner meg selv bedre og er tryggere på meg selv. Skjemmes ikke så mye over å ha spiseforstyrrelsen lengre. Er også blitt flinkere til å sette grenser. Ser likevel ikke noen fremskritt i forhold til selve spiseforstyrrelsen, behandlingen har vel mer endret meg som person og gjort meg mer bevisst og sterkere.

Som det fremkommer av sitatet kunne behandlingen ha positive effekter selv om det ikke medførte en reduksjon av de konkrete symptomene. I behandling hadde kvinnen fått en bedre forståelse av seg selv og hva spiseforstyrrelsen kunne ha sammenheng med.

Frafall. På spørsmålet om hva som er årsak til at så mange med spiseforstyrrelser faller i fra behandlingen svarte en:

Jeg synes behandlerne har et stort ansvar i å motivere klienten. At de får oss til å se vitsen med behandlingen og får oss til å se litt fremover. Før behandling bør man avklare hvorfor man vil dette og fokusere på motivasjon om å nå et mål.

Kvinnen som her ble sitert vektla at behandleren skulle oppmuntre klienten. For å unngå frafall var det i følge henne viktig klienten innså hvorfor behandling var viktig og at den hadde effekt. På samme spørsmål svarte en annen:

Bulimi er veldig skambelagt og mange skjemmes av å ha det. At det er så mye uvitenhet blant psykologene og allmennbefolkningen generelt, gjør at man lett blir feiltolket. For mange føles det sikkert meningsløst å snakke med folk som ikke skjønner

noe av det. Anoreksi er mer akseptert og kanskje enklere å behandle. Da er det jo bare å spise, slik er det ikke for oss som har bulimi.

En kvinne poengterte: *”Trur mange oppsøker hjelp når de er motivert, samtidig er de raskt til å gi opp med en gang motivasjonen daler”.*

En informant kritiserte behandlere for å vise lite toleranse for at klientens motivasjon kan svinge:

Behandlerne bør være mer tålmodig. Ikke forvent at motivasjonen er konstant, men at den kan gå mye opp og ned. Med en gang jeg har en destruktiv periode, skylder hun på at jeg ikke er motivert til å bli frisk og sier at jeg kanskje bør ta en pause så jeg får tenkt litt. Det ville ikke ha hjulpet for meg, hadde ikke tenkt, bare fortsatte med den destruktive handlingen.

En kvinne fortalte at hun hadde positive erfaringer med behandling hos en kinesolog:

Kinesologen hadde selv hatt spiseforstyrrelser i ti år, det var nok det viktigste. Hun forstod hvordan jeg hadde det og for engangsskyld slapp å fortelle alt i detalj. Den felles erfaringen gjorde at jeg turte å betro meg. Med de fire tidligere behandlerne hadde jeg ikke risikert å åpne meg.

Riktig fokus. Feil behandlingsfokus var en gjenganger i kvinnenes fortellinger. Fire kvinner fortalte om erfaringer der behandleren hadde snakket om forhold kvinnene selv følte var ubetydelig. Samtaler om forhold kvinnene anså som irrelevant i sammenheng med bulimien svekket motivasjonen og fikk de til å betvile eget utbytte av behandlingen. Den ene sa følgende: *”Hun hang seg veldig opp og begynte å grave i ting jeg følte var irrelevant. I forhold til familien og sånn. Jeg så ingen sammenheng med hva hun fortalte og følte ikke denne ”standard” passet inn for meg”.*

Fire av informantene opplevde at oppvekst og familiære forhold hadde sammenheng med bulimien. To av de tre som ikke mente bulimien hadde sammenheng med dette, opplevde at enkelte behandlere forsøkte å påtvinge årsakssammenhenger til oppvekstforholdene. En kvinne sa: *”Det virket som man bare skulle finne en dårlig hendelse fra barndommen, så var det sikkert den. Det følte bare feil for min del”.*

Et annet kjennetegn med de behandlerne informantene var misfornøyd med var at de tok for lite tak i følelser og årsakssammenhenger og fokuserte for mye på vekt og kalorier. Denne frustrasjonen kommer tydelig frem i følgende sitat:

Det var et ekstremt matfokus og samtalene dreide seg mye om hva jeg hadde spist uken før og hva jeg veide. Tok ikke tak i noen følelser, problemer eller spurte meg hvorfor jeg gjorde som jeg gjorde.(...) hun var ekstremt lite kompetent på det feltet, det var det største problemet og gjorde at jeg kunne manipulere og tvinne henne rundt fingeren. Skjønte fra dag en at hun ikke hadde peiling. Sykdommen fikk jo herje fritt den, i løpet av fem uker gikk jeg ned ti kilo. Da ble hun skremt og søkte om å få meg innlagt på Levanger.

I sitatet ovenfor begrunner kvinnen hva hun ikke syntes fungerte i behandlingen. På spørsmålet om hva behandleren gjorde bra, uttalte en av kvinnene:

Hun hjalp meg å sette ord på følelsene og se hva spiseforstyrrelsen kunne ha sammenheng med. Både bakenforliggende og opprettholdende faktorer. Ga meg en bedre innsikt og fikk meg til å fokusere fremover. Behandlingen dreide seg veldig mye om følelser og depresjonen og veldig lite på vekt og kalorier, det var veldig bra.

Sitatet understreker betydningen av at samtalen med behandleren måtte omhandle temaer informantene personlig fant relevant. Det var likevel ikke alle som ville at samtaleterapien skulle handle om følelser og fortid. Kvinnen som i årevis hadde fortrenget og tilbakeholdt tunge opplevelser fant det svært ubehagelig å betro seg til behandleren. Hun uttalte:

Jeg ville ikke la meg knekke, hadde alltid vært så sterk for både meg om mine søsken. Følte psykologen blåste problemene opp og sa bare hvor synd det var i meg og hvor fælt jeg måtte ha det og hvor fælt alt måtte ha vært. Jeg ville ikke at hun skulle få meg til å gråte.

Denne kvinnen fortalte at hun ofte unngikk å fortelle behandleren hvordan hun virkelig hadde det fordi hun følte at behandleren overdramatiserte problemene og stakkarsliggjorde henne. For å unngå at behandleren skulle overdrive problemene fortalte hun ofte at det stod bedre til enn hva det i virkeligheten gjorde. I behandlingen ønsket denne kvinnen et mer fremtidsrettet fokus der hun kunne tilegne seg nye konstruktive måter å forholde seg til eget følelsesliv. Hennes vanskelige livserfaringer tilhørte fortiden og var noe hun ville la ligge uberørt.

På spørsmålet om hva som hadde størst betydning for behandlingsresultatet ble kjemi med behandler, kompetanse og opplevelse av å bli hørt mest vektlagt. En kvinne som understøtter noen av disse elementene, uttalte følgende:

Jeg gleder meg og smiler når jeg går derfra. Hun jeg har nå gir meg en helt annen trygghet enn de andre. Jeg selv ønsket virkelig å bli frisk da jeg kom til henne og merker at hun vil mitt beste. Det at jeg vet at jeg kan ringe henne når som helst, gjør endringen mindre skummel.(...) hun lytter til meg, men utfordrer meg samtidig. Hun

har satt meg på plass og fått meg til å tenke hvorfor jeg gjør som jeg gjør. Vi har også snakket om hva jeg kan gjøre i stedet for å overspise.

Denne kvinnen hadde det siste året gjennomgått en fundamental endring og anså seg nå for å være mer frisk enn syk. Til tross for et begjær etter en tynn kropp, var redselen for vektøkning betydelig mindre for denne kvinnen enn for de øvrige. Hun poengterte: *”Var tynnere før jeg fikk bulimien, så jeg trur ikke jeg vil legge på meg så mye om jeg erstatter overspising og oppkast med et normalt kosthold. Jeg går uansett gjerne opp fem kilo for å bli helt frisk”.*

En annen kvinne forklarte hva hun syntes hva positivt med den nåværende behandlingen i Distriktspsykiatriske sentre (DPS):

For ett år siden begynte jeg til kognitiv samtalerapi på DPS. De har god kompetanse og undersøker journalene mine nøye. DPS er den eneste behandlingen som har fungert bra. Spesialsykepleieren som jeg gikk til tidligere spurte bare masse spørsmål jeg ikke syntes var viktige, jeg måtte fortelle alt om foreldrene og livet mitt. På DPS snakker vi om de tingene jeg vil ta opp. Vi går litt mer rett på sak og får tatt på problemet.

Som sitatene avslører var det ikke noe entydig svar på hvilket fokus kvinnene ønsket i behandling. Selv om de fleste ville snakke om og bearbeide underliggende problemer fant noen dette svært vanskelig. Informantene hadde også motstridende meninger om hvorvidt rapportering av matinntak var positivt eller negativt. Mens enkelte syntes at kostplan der de rapporterte egne måltid var nyttig, følte andre at bevisstheten rundt dette forverret situasjonen og gjorde kaloritellingen enda mer manisk. En sa:

Matboken virket mot sin hensikt. Det var ille nok å spise om ikke jeg i tillegg skulle se det på papiret. Jeg ble bare enda mer fiksert på hva jeg hadde spist og fikk enda mer angst. Målene om å redusere oppkast og overspising fungerte best. Da prøver jeg å holde meg til mat jeg vet jeg kan beholde og unngå mat som får meg til å kaste opp.

Tre informanter etterlyste konkrete råd om hvordan de skulle unngå overspising i de tilfellene behovet meldte seg. En uttalte følgende:

Savner konkrete råd og tips om hvordan jeg skal stå i mot trangen om å overspise. Føler meg litt lost, vet ikke hvilke tiltak jeg kan iverksette for å få det helt til.(...) har selv gjort en del praktiske ting for å unngå det. Unngår å være så mye alene og holder meg opptatt om dagene med skole, venner og jobb. Også unngår jeg å handle inn en del matvarer jeg vet er triggere.

Kvinnen som kom med denne uttalelsen utmerket seg for å være særlig handlekraftig og hadde iverksatt tiltak som økte sjansen for å bli frisk. Etter store forbedringer det siste året, etterlyste hun nå konkrete råd om hvordan hun skulle stå i mot fristelsen for å overspise og hva overspisingen kunne erstattes med.

Oppsummering av empirisk data

Kvinnene begynte for første gang i behandling for å berolige og tilfredsstille foreldrene. De største utfordringene i startfasen av behandlingen var at kvinnene manglet sykdomsinnsikt, undervurderte alvoret og opplevde at de hadde kontroll over egen tilstand. At de i tillegg ble møtt av uvitne behandlere som fokuserte på aspekter kvinnene selv fant irrelevant gjorde at behandlingen fungerte dårlig. Selv om kvinnene etter hvert innså alvoret i form av personlig kontrollsvikt og bulimiens skadevirkning, fortsatte mange å motarbeide behandleren i frykt for vektøkning og miste de beskyttelsesmekanismene bulimien innbefattet.

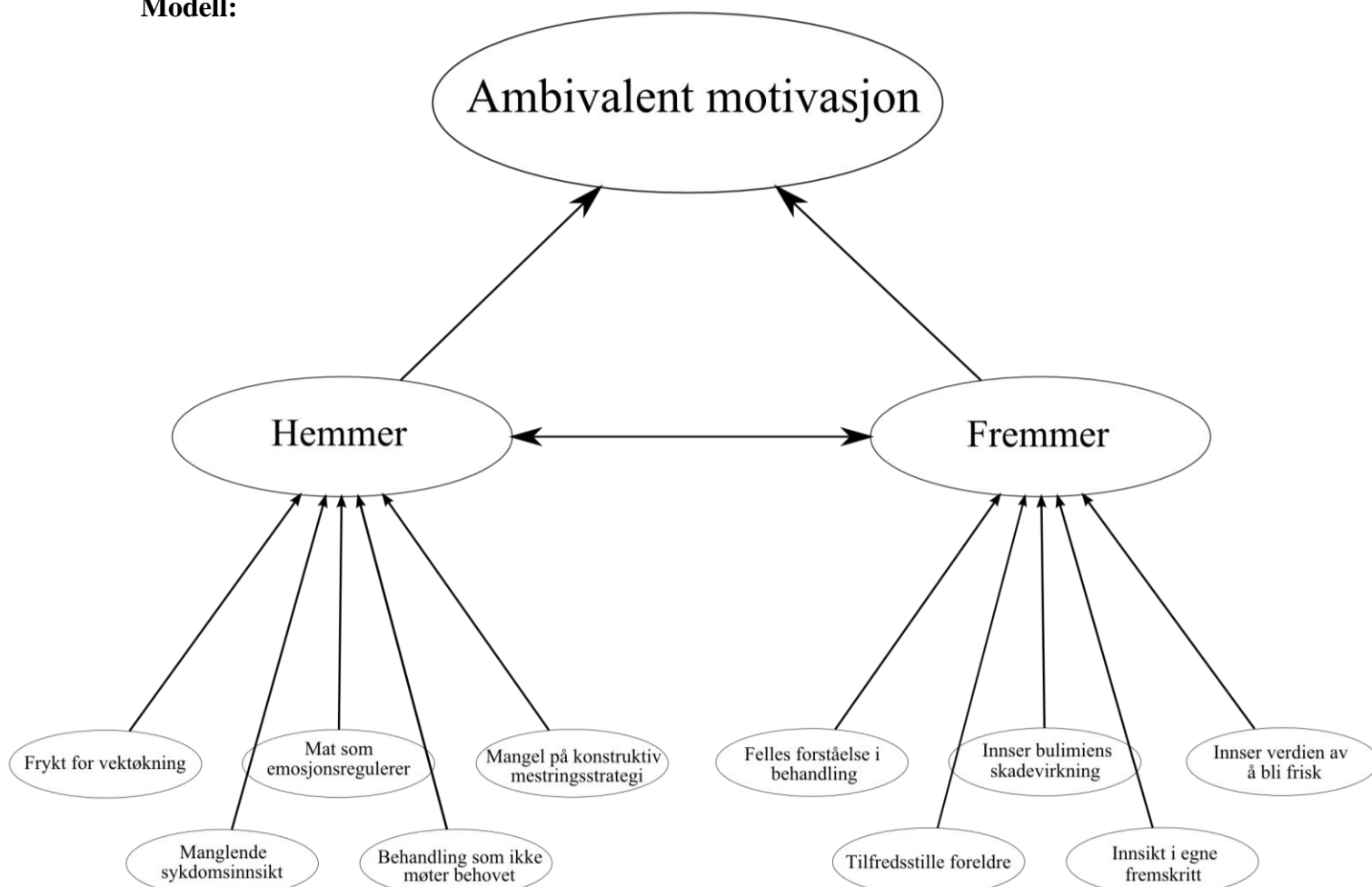
Analysene tyder på at det foreligger en stor ambivalens både når det kommer til kvinnenens selvoppfatning, motivasjon for behandling og opplevelse av å bryte med egne symptomer. Kvinnene ønsket å bli frisk, men opplevde samtidig en sterk frykt for å gi slipp på bulimien. Selv om alle hadde anerkjent bulimiens skadevirkninger på livskvalitet, jobb, studier og relasjoner, opplevde de fremdeles fordeler med bulimien. Fordelene var likevel ikke like tungtveiende som de tidligere hadde vært og de fleste er overbevist om at et liv uten spiseforstyrrelsen ville være bedre. Overspisingen ga en viss form for kontroll ved at den var en mestringsstrategi, tankeflukt og et fristed fra vanskelige følelser. Det fungerte også som en innadvent selvstraff ved at de ved overspising fikk utløp for frustrasjon som var rettet mot seg selv eller andre. Flere fryktet at fraværet av spiseforstyrrelsen ville gi en tomhetsfølelse som de måtte erstatte med noe annet. I mangelen på konstruktive mestringsstrategier var de bekymret for at uutholdelige emosjonstilstander ble håndtert på andre destruktive måter dersom de sluttet å overspise.

At de selv innså alvoret og så den personlige verdien av å bli frisk så ut til å være grunnleggende for et vellykket behandlingsutfall. God kjemi og en felles forståelse med en kompetent behandler kjennetegnet god behandling. Følgelig burde fokus på å bearbeide bakenforliggende forhold vektlegges mer enn mat, kalorier og vekt. Når det er sagt var de fleste mer interessert i å fjerne symptomene enn å bearbeide potensielle årsaksfaktorer. Innsikt i egne fremskritt var en stor motivasjonsfaktor som økte troen på behandling og at tilfriskning var mulig. Selv om tilbakefall og liten progresjon svekket motivasjonen fortsatte de fleste i bevisstheten om at fullstendig tilfriskning kan ta mange år.

DISKUSJON

Målet med forskning som har metodisk grunnlag i GT er å utvikle abstrakte teoretiske rammeverk som forklarer prosessene i det som er studert (Charmaz, 2006). Gjennom en teoretisk integrering blir kategoriene som er utviklet gjennom analysen koblet sammen og relateres til en kjernekategori eller et gjennomgående tema (Corbin & Strauss, 2008). Jeg vil presentere kategorier som kan forklare de forskjellige aspektene som er beskrevet i datamaterialet. Hovedessensen fra informantenes erfaringsberetninger kan oppsummeres i følgende kategorier: *frykt for vektøkning, maten som emosjonsregulerer, manglende sykdomsinnsikt, mangel på konstruktive mestringsstrategier, behandling som ikke treffer behovet, felles forståelse, innser bulimiens skadevirkning, tilfredsstillende foreldre, innser verdien av å bli frisk og innsikt i egne fremskritt*. Disse underkategoriene er alle underordnet hovedkategorien *ambivalent motivasjon*. Underkategoriene beskriver forhold som enten bidrar til å hemme eller fremme kvinnenes motivasjon for behandling. Hver av de ti underkategoriene vil bli utdypet og forklart i diskusjonsdelen. For å gjøre diskusjonen mer oversiktlig ønsker jeg å innlede dette kapittelet med å legge frem et forslag til en modell. Modellen er en sammenstilling av empiri og teori som integrerer alle kategoriene og kan forklare hvordan informantene opplever motivasjon for behandling.

Modell:



Ambivalent motivasjon

Som det ble beskrevet i teoridelen svinger denne pasientgruppen mellom å ville bli frisk og ikke ville bli det (Røer, 2006). Ambivalensen tilknyttet behandling og tilfriskning kom til uttrykk i alle intervjuene. Bulimien ble skildret som en evigvarende drakamp mellom overspising og sult. Flere forklarte hvordan de fattet beslutninger med grunnlag i to indre stemmer, en som ville beholde bulimien og en som var forkjemper for å bryte opp med bulimien. Gullestad & Killingmo (2009) beskriver de to stemmene som en pendling mellom to poler i en dikotomisk selvoppfatning.

På spørsmål om de identifiserte seg med bulimien, beskrev seks kvinner at bulimien ikke stemte med den forestillingen de hadde av seg selv. Flere uttrykte selvforakt ovenfor den personen de var blitt og at den ikke samsvarte med oppfatningen av hvem de tidligere hadde vært og hvem de ønsker å være. Slik jeg oppfatter det kan noen aspekter ved bulimien ses på som egosynton, mens andre var egodyston. Ser man de bulimiske symptomene som nødvendige mekanismer for å håndtere psykisk ubehag, kan man forstå hvorfor spiseforstyrrelsen i den forbindelse oppleves som egosynton for kvinnene. Motsatt kom det frem at de bulimiske symptomene i form av overspising og oppkast, ikke harmonerer med kvinnenens forestilling av seg selv. Dette er ikke slik kvinnene ønsker å være og symptomene vil i den forstand være egodyston (Gullestad & Killingmo, 2009). At kvinnen som delvis var anorektisk i større grad beskrev egen tilstand for å være i harmoni med slik hun ønsker å være kan forklare hvorfor hun var mindre endringsvillig. Dette bekrefter også påstanden om at personer med anoreksi opplever sin tilstand som er mer egosynton sammenlignet med de som har bulimi (Gullestad & Killingmo, 2009). Noen forskere hevder at hovedforklaringen til at personer med spiseforstyrrelser er endringsmotvillige er de egosyntone sykdomsaspektene (Vitousek et al., 1998).

Ambivalensen som her ble beskrevet vil bli utdypet ytterligere i flere av kategoriene jeg videre skal presentere. For å gjøre diskusjonen mer oversiktlig har jeg valgt å inndele kategoriene etter hvorvidt de bidrar til å fremme eller hemme kvinnenens motivasjon for behandling. Jeg vil i tillegg sammenfatte og drøfte egne funn opp mot det som kom fram i teorikapitlet.

Forhold som hemmer motivasjon for behandling

Manglende sykdomsinnsikt

Klientens manglende sykdomsinnsikt har gjennomgående vært en barriere i behandlingen av spiseforstyrrelser (Rosenvinge & Gøtestam, 2002). Ofte blir manglende sykdomsinnsikt ansett for å være forklaring på pasientens ambivalente endringsvilje og

dårlige behandlingsengasjement (DeJong, Hillcoat, Perkins, Grover, & Schmidt, 2012). Dette synes å samsvare med kvinnene i dette studiet. Mye tyder på at kvinnene ved oppstart av behandling undervurderte alvorlighetsgraden og opplevde kontroll over egen tilstand.

I stor grad ble egen slankeatferd og kroppssentrering forsvart i starten av sykdomsforløpet. Rasjonaliseringer om at alle er opptatt av kropp og slanking var en gjenganger i kvinnenens indre dialog. Flere forklarte hvordan de forsvarte egen symptomatferd ved å overbevise seg selv om at de skulle stoppe så snart de hadde oppnådd den ønskede vekten. Dette ga de en illusjon av kontroll og av at symptomene var selvvalgt og et middel til å gå ned et par kilo etter jula eller i forkant av bikinisesongen.

Kvinnene beskrev videre skillet mellom sykkelig tynnhet og den sosialt akseptable slankeatferden for å være rimelig uklar i dagens samfunn. Flere fortalte om en glidende overgang der en sunn livsstil med fokus på trening og sunnhet etter hvert hadde manifestert seg i en spiseforstyrrelse. Ubemerket hadde interessen for trening og sunt kosthold tatt overhånd og blitt stadig mer tvangspregget. For to kvinner som aktivt hadde drevet med idrett, medførte belastningsskader at de måtte avstå fra treningen. I frykt for at den atletiske kroppen i fravær av idretten ville forfalle, kompenserte de med å spise mindre.

Når kvinnene i dag ser tilbake innrømmer flere at et stort problem i starten av behandlingen var at de manglet innsikt i egen tilstand og undervurderte alvorret ved symptomene. Flere hadde i årevis levd i fornektelse, innbilt seg at de har kontroll og fortrengt at de hadde en spiseforstyrrelse. I troen om at dette ikke gjaldt dem var de i behandling lite mottakelig for den informasjon behandleren kom med. Det tok lang tid før de anerkjente at det var et problem og innså hvor stor del av livet spiseforstyrrelsen beslagla og alt de hadde gitt avkall på til fordel for spiseforstyrrelsen. I ulik grad opplevde alle at sykdommen gikk ut over vennskap, familie, skole og jobb. Tilstandens bakside ble stadig mer synlig jo lengre ut i sykdomsforløpet de kom. I samsvar med hva som kom frem i teorikapitlet (Bruch, 1988; Proulx, 2007), ser det ut til at kvinnene parallelt med at bulimien tiltok mistet den kontrollen de til å begynne med søkte å erverve.

Opplevde fordeler. Kvinnenens uttalelser tyder på at de i starten av behandlingen befant seg i den fasen Prochaska og Norcross (2002) betegnet som foroverveielsesfase. Selv om de fleste hadde erkjent at de hadde et problem, opplevde de fleste at ulempene med atferdsendring var større enn fordelene. En forklaring på dette kan være at sykdomsforløpet for mange ble innledet med slanking og anorektisk periode, før overspisingen kom inn i bildet. For kvinnene som hadde slitt med overvekt var vektnedgangen dette innbefattet en stor måloppnåelse. For de som siden tidlig barndom hadde hatt vektproblemer ble plutselig vekten

noe de mestret og opplevde kontroll over. Dette viste seg å ha smitteeffekter på andre arenaer og flere rapporterte om bedre mestring også i skolesammenheng. Med dette tatt i betraktning er det ikke vanskelig å forstå hvorfor kvinnene på dette tidspunktet ikke var særlig endringsvillige og mottakelige for behandling.

For de som fra begynnelsen av utviklet bulimi ble symptomene ansett for å være en god løsning på å kunne overspise og samtidig unngå nevneverdig vektøkning. I erkjennelsen av at de ikke hadde kontroll over matkonsumet ble bulimien betraktet som eneste løsning på å få det beste fra to verdener. Bulimien gjorde det mulig å beholde en tynn kropp samtidig som de kunne spise hva de ville og erfare det følelsesmessige velbehaget ved overspising. Dette kan forklare hvorfor den første behandlingen var lite virkningsfull for kvinnene uavhengig av om de hadde bulimi eller anoreksi.

Det skal likevel påpekes at kvinnene opplevde spiseforstyrrelsen mer fordelaktig i starten enn den gjorde på intervju tidspunktet. Dette kan ha sammenheng med at de bulimiske symptomene tiltok og den opplevde kontrollen avtok. På samme måte som det i innledingen ble beskrevet, var den restriktive matkontrollen tidsbegrenset og avtok etter hvert (Røer, 2006; Skårderud, 2012). Det tok lang tid før de innså at de hadde en spiseforstyrrelse og ytterligere lengre tid før de så dens ringvirkninger.

Frykt for vektøkning

Ut i fra kvinnenes fortellinger er det mye som tyder på at de i dag befinner seg på ulike endringsstadier. Tilsynelatende foreligger det store variasjoner i hvor beredt kvinnene er på endring. Mens noen ønsker en umiddelbar endring, er de fleste fremdeles ambivalente. Selv om alle opplever fordeler med overspisingen, ønsker de å bli kvitt dette symptomet. Hovedmotivene for å bli kvitt overspisingen er vektnedgang, bedre økonomi og bedre helse. De ønsker også at maten skal få mindre plass i livet og at vennskap og familieforhold skal få større prioritet.

Motivert for en tynn kropp. Felles for kvinnene var et sterkt ønske om å oppnå eller beholde en tynn kropp. Ut i fra hva man normalt kan forvente, utviste kvinnene overdreven følelsesmessig og tankemessig opptatthet av egen kropp. Begjæret etter en tynn kropp var gjennomgående og kom tydelig til uttrykk i alle intervjuene. I likhet med teorien, så kvinnene kroppen som et ytre symbol for personlig suksess, styrke og lykke (Abraham & Llewellyn-Jones, 2001; Cash & Smolak, 2011; Proulx, 2007). En slank kropp var kvinnenes referansepunkt og det var først når de representerte dette idealet de ville føle tilfredshet med seg selv. Det er derfor ikke overraskende at den største frykten ved tilfriskning var at de skulle gå opp i vekt. En del av kvinnene ville føle at de tapte dersom de ga opp spiseforstyrrelsen og

kampen om den tynne kroppen. Dette illustrerer kvinnenes sterke kroppsfokus og ambivalente motivasjon til å bryte med symptomene (Bruch, 1988; Vitousek et al., 1998). Den bulimiske tilstanden kan i seg selv ses på som ambivalent. Til tross for at denne gruppen mer enn noe, ønsker en tynn kropp henfaller de til å overspise store mengder mat. På den måten står overspisingen i motsetning til og undergraver deres prosjekt om å bli tynn.

Tilsynelatende er det flere kvinner i denne studien som møter kriteriene for såkalte uspesifiserte spiseforstyrrelser. Selv om alle diagnostiserte seg som bulimikere, utmerket noen seg for å oppfylle enkelte kriterier for anoreksi eller overspising. Med tilbakeblikk på teoridelen er det ikke overraskende at den tynneste kvinnen som delvis hadde anoreksi var mindre endringsvillig enn de øvrige. Hun hadde oppnådd den tynne kroppen som de andre kvinnene etterstreber. Denne kvinnen gikk til behandling for å bli kvitt bulimien, anoreksien ville hun beholde.

Motsatt utmerket kvinnen som primært overspiste seg for å være mer motivert for behandling enn resten. Forklaringen til at hun så færre ulemper ved å bli frisk enn resten, var at tilfriskning for hennes del ville medføre vektnedgang som følge av overspisingen ble erstattet med et normalt matinntak. De resterende kvinnene som i større grad oppfylte kriteriene for bulimi, ville bli kvitt overspisingen, men opprettholde den restriktive spise- og treningsatferden. Mer konkret var kvinnene motivert for å gjøre det som skulle til for å oppnå eller beholde en tynn kropp. De var villige til å begå endringer som impliserte vektnedgang, men avstå fra de endringene som ville medføre vektøkning. Dette samsvarer med teorien om at personer med bulimi er motivert for å behandle symptomene forbundet med overspising, men ikke den vektregulerende atferden (Treasure et al., 1999; Treasure & Schmidt, 2001).

Fire kvinner gikk til behandling for å tilegne seg teknikker for å overvinne og stå i mot behovet for overspising. Mitt inntrykk er at de ønsket å behandle symptomene uten å bearbeide de underliggende konfliktene de mente spiseforstyrrelsen hadde rot i. Kort oppsummert er de villige til å behandle de deler av tilstanden som verken vil medføre vektøkning eller psykisk ubehag. Dette får meg til å stille spørsmål ved deres egentlige motivasjon for å kvitte seg med spiseforstyrrelsen. Trolig vil en person som genuint ønsker å bli frisk være villig til å ofre mer enn hva som her er tilfellet. Ambivalensen som er representert i kvinnenes endringsvilje kan tyde på at kvinnene ikke er så modne for tilfriskning som de tilsynelatende ønsket å fremstå. Motvilje for å begå de endringer som kreves for å bli frisk vitner om at ønsket ikke stikker så dypt.

Med tanke på at det var store variasjoner i hvor lenge kvinnene hadde hatt en spiseforstyrrelse var jeg nysgjerrig på om også dette kunne være avgjørende for deres

endringsmotivasjon. Her dreide det seg om forskjeller fra to til femten år. I kontrast til studiefunn som viste at det ikke var sammenheng mellom sykdommens varighet og endringsmotivasjon (Martinez et al., 2007), syntes spiseforstyrrelsens varighet å være relatert til kvinnenes motivasjon for endring. Tilsynelatende fremstod kvinnene som hadde hatt spiseforstyrrelser lengst for å være mer usikre på egen vilje til å legge ned den innsatsen som krevdes for å bli helt frisk. Etter gjentatte mislykkede forsøk på å bekjempe bulimien var deres hovedintensjon å leve med sykdommen og unngå at den ekspanderte. Kvinnene betvilte egen motivasjon til å gå så dypt i materien som det var nødvendig og jobbet mer for å holde sykdommen på et overkommelig nivå og unngå forverring. At behovet for fullstendig tilfriskning var mindre prekært for disse kvinnene kan ha sammenheng med at sykdommen i mindre grad hindret deres hverdagslige fungering og gikk utover jobb og studier. Kvinnene som hadde hatt bulimi lengst hadde tilegnet seg strategier og iverksatt praktiske tiltak for å motstå og kontrollere det impulsive behovet for overspising. Årsaken til at de utviste en bedre hverdagslig fungering kan være at de hadde lært seg å leve med sykdommen og internalisert den til en del av seg selv.

Slankepress og kroppsfixering. Selv om halvparten av kvinnene fortalte at de hadde en normal oppvekst fortalte også de om familieforhold preget av lite emosjonsutveksling (O'Kearney, 1996), vektbekymringer og slanking (Christensen, 2002; Lau, 2001). Flere mente at dette kunne ses i sammenheng med spiseforstyrrelsens opprinnelse. At kvinnene i dag har selvevalueringer sterkt tilknyttet egen kropp kan skyldes at kvinnene har internalisert det slankepresset og kropps fokuset de ble eksponert for i oppveksten og gjort forventningene til en del av sine egne.

Ut i fra kvinnenes beskrivelser av oppvekst og relasjoner til omsorgspersoner, er det mye som tyder på at flere har den tilknytningsstilen en betegner som usikkert tilknyttet (O'Kearney, 1996). I tråd med O'Kearney (1996) sin teori, beskriver halvparten av kvinnene egne foreldre som avvisende, utilgjengelige og lite oppmerksom. Kvinnene begrunnet deres lave selvfølelse for å være konsekvens av at de i oppveksten hadde fått lite oppmerksomhet og anerkjennelse fra foreldrene. Flere understreket dette med at de aldri følte at de var gode nok. Av dette kan man anta at underskuddet av anerkjennelse kan være en forklaring på hvorfor kvinnene fokuserer på egne utilstrekkeligheter og erfarer seg selv som mislykket. Som behandler bør man være klar over at bulimikere ofte har en usikker tilknytningsstil (O'Kearney, 1996) og hvordan dette kan påvirke den terapeutiske relasjonen (Mahon et al., 2001). Det kan tenkes at kvinnenes usikre tilknytningsstil øker sannsynligheten for et

ambivalent forhold til behandler. Trolig kan behandleren gjennom anerkjennelse og positive tilbakemeldinger bidra til å bygge opp klientens selvsikkerhet og styrke troen på egne evner.

Maten som emosjonsregulerer

Utholdelige emosjonstilstander. Som det fremkom av empirien, er bekymringene for mat og vekt ofte et symptom på underliggende psykologiske eller emosjonelle konflikter. For personer som har en manglende evne til å regulere og uttrykke følelser kan overspising, faste og oppkast ses på som en god måte å regulere følelsene fordi det flytter oppmerksomheten bort fra egen selvbevissthet over til store mengder mat (Schupak-Neuberg & Nemeroff, 1993). Mitt inntrykk er at kvinnene har dårlige evner til å forholde seg konstruktivt til egne følelser og bruker overspising som en emosjonsregulerer ved at det flytter tankene bort fra eller demper sterke følelsetilstander. Overspisingen kan altså ses på som en emosjonsfokusert mestringsstrategi som gir kvinnene et fristed fra vanskelige tanker.

Dette tyder på at kvinnene finner enkelte følelser og sinnsstemninger så utholdelige at de forsøker å unnsnippe disse ved å overspise. I stedet for å kjenne på følelsene og la seg påvirke og informere, druknes følelsene av store mengder mat. Frykten for å kjenne på ubehagelige eller overveldende følelser gjør at de ikke klarer å holde ut og får en trang til å handle. Så snart følelsene melder seg kan de ved overspising ta brodden av følelsene tidlig i forløpet og på den måten avverge at følelsene blir for overveldende. I stedet for å forsone seg med at de er sint, stresset eller trist får de et behov for å handle slik at de slipper å reflektere over hva følelsene er uttrykk for. Av dette kan man anta at maten fyller et tomrom og erstatter en funksjon. Maten blir den måten kvinnene takler, undertrykker og kontrollerer psykologisk stress på (Bruch, 1988; Christensen, 2002).

Hovedsakelig var det sinnstilstander preget av stress, ensomhet, sinne og kjedsomhet, som trigget lysten til å overspise. Selv om episodene med overspising sjeldent var lystbetont, fungerte de som en tankeflukt og en måte for å takle følelser. I noen tilfeller kunne seansene med overspising være preget av sinne og frustrasjon, men som oftest ga det heller en følelse av sinnsro og nummenhet. Selv om overspising gjorde de mer emosjonelt stabile, kunne de oppleve sinne og skam over all maten de hadde spist.

Det var kun kvinnen som delvis var anorektisk som ikke anså maten som et middel for å takle følelser. Hun konstaterte at hun verken hadde vanskelig for å uttrykke eller kjenne på følelser. Selv om sinnsstemninger preget av sinne, angst og depresjon ikke var triggere skilte heller ikke denne kvinnen seg ut fra de øvrige kvinnene. I likhet med dem fikk denne kvinnen en trang etter å overspise straks hun kjedet seg og var alene hjemme. Dette indikerer at hun fant følelsen av kjedsomhet så utholdelig at hun måtte handle og gjøre noe aktivt for å unngå

å kjenne på den. Episodene med overspising holdt henne opptatt og hadde i den forstand en underholdningsverdi. For henne forekom ikke overspising som følge av akutte følelser, men av en vedvarende følelse av tomhet eller meningsløshet.

Dårlig emosjonshåndtering. Både det å holde ut, uttrykke og regulere følelser syntes å være et gjennomgående problem blant kvinnene. Dette ble forklart å ha sammenheng med at det innad i familien var lav toleranse for emosjonsutveksling og lite rom for å meddele egne problemer. Påkjenningen ved å sitte inne med egne følelser og tilbakeholde egne problemer kom til uttrykk i flere intervjuer. Som det kom frem i teorien har dårlig emosjonsbevissthet en negativ påvirkning på personens psykiske helse (Strand, 2012). Med tanke på dette er det nærliggende å tro at uforløste problemer som følge av dårlig håndtering av følelser i oppveksten kan være en forklaring på hvorfor kvinnene utviklet en spiseforstyrrelse.

Noen forklarte at tilbakeholdelsen av egne følelser og problemer hadde opphav i familietragedier som sykdom og dødsfall. I ønsket om å være sterk på vegne av andre familiemedlemmer valgte de å holde egne problemer for seg selv. To kvinner mente at deres spiseforstyrrelse ble utløst av slike livskriser. Cullberg (1999) påpekte at en person som har lav toleranse for emosjonelt ubehag er spesielt utsatt for å utvikle en psykisk sykdom i møte med livskriser.

Mangel på konstruktive mestringsstrategier

Kvinnene gir meg inntrykk av at behandleren fokuserte for raskt og for mye på å avvikle deres symptomatferd. Trolig bør behandleren ta mer hensyn til at kjernen i problemet er at kvinnene anser overspising som den eneste måten å bearbeide følelser og håndtere emosjonelt ubehag på (Christensen, 2002). Overspisingen benyttes regelmessig og er for kvinnene en nødvendig emosjonsregulerer. Behandleren bør i den forstand vektlegge hvordan kvinnene bruker symptomene for å håndtere vanskelige livsbetingelser. Trolig kan fokus på symptomene som en mestringsstrategi heller enn symptomene i seg selv, fungere skamreducerende og føre til større åpenhet fra kvinnene. Følgelig bør det overordnede målet være å bistå klienten til å gjøre bedre det de allerede prøver å gjøre, nemlig det å takle og holde ut overveldende følelsestilstander. Det er i den forbindelse mer viktig å etablere nye mestringsstrategier enn å fjerne deres nåværende mestringsstrategier.

Med andre ord må det tomrommet kvinnene frykter de ville sitte igjen med i fravær av bulimien, fylles opp med nye verktøy. Et viktig moment i behandlingen burde derfor være at behandleren utgjør en ”trygg base” som klienten kan bruke til å erverve nye mestringsstrategier og utforske hva spiseforstyrrelsen gir uttrykk for (Bruch, 1973). Ved å identifisere hvilke situasjoner som trigger lysten til overspising kan klienten forholde seg mer

bevisst når slike situasjoner inntreffer. Kanskje kan rommet med kjedsomhet og ensomhet fylles med en hobby eller noen å snakke med i stedet for å bruke overspising som underholdning. Dette kan gi kvinnene en følelse av å være kompetent og handlekraftig i stedet for svak og selvdestruktiv.

Teorien om at en spiseforstyrrelse er et forsøk på å gjenerobre kontroll, autonomi og forutsigbarhet i en vanskelig livssituasjon (Bruch, 1988; Rosenvinge & Götestam, 2002), stemmer i noen grad med kvinnenes uttalelser. Bulimien styrte kvinnene ved at de ikke klarte å motstå trangen til å overspise og anså dette som eneste måte å håndtere psykologisk stress. Samtidig ga bulimien en følelse av kontroll ved at de med overspising fikk kontroll over følelsene. De hadde altså ingen direkte kontroll over bulimien, men bulimien ga dem indirekte kontroll ved at den var middel til å håndtere psykiske ubehag. I tillegg opplevde kvinnene en viss kontroll over å kunne overspise store mengder mat for så å avverge vektøkning ved å kvitte seg med maten.

Sårbar for forventningspress. Resultatene i denne undersøkelsen støtter antydningen om at personer med bulimi ofte har lav tro på egen mestring (Christensen, 2002; Heatherton & Baumeister, 1991; Schneider et al., 1987). I dårlig tro på egen mestringsevne var overspising en tiltalende måte å unnsnippe bekymringer og forventningspress (Heatherton & Baumeister, 1991). Mitt inntrykk er at kvinnene er usedvanlig sårbare for forventningspress og har en tendens til å gi opp i møte med utfordringer. Skaalvik og Skaalvik (2005) forklarer dette med at personer med lav mestringstro ofte har behov for å forsvare seg selv i situasjoner der deres selvvord står i fare. Stilles de ovenfor kompetansekrav de føler de ikke besitter velger de å senke innsatsen eller gi opp i stedet for å forsøke (Skaalvik & Skaalvik, 2005). I følge Skaalvik og Skaalvik (2005) vil denne tilbøyeligheten gjøre at senere utfordringer forbindes med angst og stress og dermed påfølges med prestasjonssvikt.

Kombinasjonen av høye krav til seg selv og lav mestringstro (Katzman & Wolchik, 1984), gjør fallhøyden stor og øker sannsynligheten for og mislykkes (Heatherton og Baumeister, 1991). Tre kvinner hadde ved gjentatte anledninger blitt innlagt når eksamen nærmet seg. Dette var en påkjennende omveltning for kvinnene som hadde gått fra å oppnå eksemplariske skolerestulter til å oppleve eksamensperioden så angstfull og stressende at de ikke klarte å gjennomføre eksamen. Angsten for og mislykkes ga utslag i en trang for overspising og svekket konsentrasjon på skolen. I frykt for og troen om at de ville mislykkes unnløt kvinnene å gjøre et forsøk og lot bulimien få overtaket. Ved å unngå og mislykkes ble deres akademiske selvoppfatning opprettholdt. Imsen (2005) forklarer at individet gir opp dersom angstimulsen for og mislykkes er sterkere enn lysten til og lykkes.

Samme tilbøyelighet utviste kvinnene også i behandling. At tre kvinner avsluttet behandlingen i frykt for å ikke innfri målene indikerer at kvinnene har lav mestringstro og benytter unnvikende mestringsstrategier for å verne om eget selvverd. Berglas og Jones (1978) påviste at personer som er redde for å feile eller er usikre på utfallet av en prestasjon oftere tyr til selvdestruktiv atferd. Motivet for en slik selvhandikapping er å beskytte egen selvfølelse. I følge Merton (1968) vil en person som gir opp utfordringer etablere en orientering mot å mislykkes. Dette vil si at personen også ved framtidige utfordringer automatisk tenker at han eller hun ikke kommer til å klare det og handler deretter. Dette selvbildet blir selvforsterket og mer faststøpt for hver gang denne selvpoppfatningen blir bekreftet (Merton, 1968). Mitt inntrykk er at kvinnene i noen grad bruker spiseforstyrrelsen som ansvarsfraskrivelse. Tilsynelatende eskalerte spiseforstyrrelsen påfallende ofte i situasjoner der det ble forventet at kvinnene skulle prestere. Selv om det ikke ble uttrykt eksplisitt, ble spiseforstyrrelsen av noen brukt som en unnskyldning for at de ikke tok eksamen eller overholdt avtaler. Av noen ble også dårlig oppførsel forsvart med at de var inne i en dårlig periode.

Med tanke på at det er påvist en sterk korrelasjon mellom depresjon, unngåelsesatferd og tilbaketrekning (Troop et al., 1998), kan det tenkes at kvinnenes unngåelsesatferd har sammenheng med deres depresjonsnivå. I tråd med Sansone og Sansone (2010) sine anslag er psykiske problemer i form av depresjon, angstlidelser og selvskading svært utbredt i denne gruppen. Som det fremkom under intervjuene hadde seks kvinner fått påvist at de hadde moderat eller alvorlig depresjon.

I likhet med hva som kom frem i teorikapitlet (Bruch, 1988; Heatherton & Baumeister, 1991), fremstod kvinnene som selvkritisk og overfølsom ovenfor hva andre tenker om dem. Ut i fra hva man normalt kan forvente uttrykte kvinnene sterke reaksjoner dersom noe gikk galt og forventet at de selv skulle opptre sosialt aktverdig til enhver tid. Et overraskende funn i den forbindelse var at overspising fungerte som en selvstraff dersom noe ikke gikk som planlagt. Denne formen for innadvendt aggresjon kunne utføres dersom studier, matinntak, trening og sosiale sammenkomster ikke gikk som forventet. Frustrasjonen dette ble ledsaget av håndterte de ved å overspise. Selv om kvinnene innså hvor meningsløst dette var, gjorde selvstraffen i form av overspising at de fikk tankene bort på noe annet.

Den innadvendte straffen i form av overspising ble også brukt i situasjoner kvinnene var irritert på venner, familiemedlemmer eller behandler. I stedet for å konfrontere behandleren taklet de frustrasjonen ved å overspise. Frustrasjonen fikk ikke utløp i form av å erkjenne det til behandleren, men ble dempet med overspising. Med andre ord lar de sinnet

over noen andre gå utover seg selv. At konfrontasjoner med behandleren erstattes med overspising er nok et bevis på kvinnenes unngåelsesatferd. Likeledes antyder kvinnenes oppfatning om at overspising er eneste måte å regulere ubehagelige følelser en lav tro på egen mestring.

Frykt for at annen destruktiv atferd erstatter overspisingen. Cullberg (1999) påpekte at mangelen på konkrete tiltak for å takle og bearbeide følelser ville gjøre at avstanden til egne følelser ble opprettholdt. Engstelsen for hvordan de skulle takle følelser dersom de sluttet å overspise, var en stor bekymring i tanken på tilfriskning. I mangelen på konstruktive mestringsstrategier stilte flere spørsmål ved hva overspisingen ville erstattes med. Kvinnene som identifiserte seg med spiseforstyrrelsen følte at de i fravær av denne identiteten ville sitte igjen med en tomhetsfølelse og stilte spørsmål ved hvem de ville bli uten sykdommen. Noen fryktet at det ville bli et tomrom de ikke klarte å fylle med noe positivt andre at ny destruktiv atferd skulle erstatte overspisingen. Med tanke på at kvinnenes symptomatferd var den måten de taklet vanskelige følelser på, er det ikke rart at det å ta bort denne strategien uten å gi et godt alternativ tilbake, kunne virke for risikabelt for kvinnene. For at kvinnene skal løsrive seg fra sykdommen er det i følge Røer (2006) viktig å etablere nye måter for å uttrykke og mestre vanskelige følelser.

I følge Buhl (1988) har personer med alvorlige spiseforstyrrelser utilstrekkelige evner til å tolerere, forstå og hindre impulser og følelser. Den bulimiske symptomatferden er derfor et forsøk på mestring av følelser og impulser (Buhl, 1988). Tilsynelatende var ikke overspising den eneste selvdestruktive atferden som fungerte som en emosjonsregulerer. I tilfeller der overspising ikke var nok til å dempe ubehagelige emosjonstilstander, tenderte enkelte til å kutte seg selv. Selvskading var et supplement da overspising ikke var tilstrekkelig eller en erstatning da de av økonomiske årsaker eller innleggelse ikke fikk tilgang til overspising. Dersom de ga avkall på overspisingen mistenkte flere at selvskadingen ville overta og bli deres nye emosjonsregulerende mestringsstrategi. Halvparten av kvinnene tilstod at de tidvis misbrakte rusmidler som alkohol og narkotiske stoffer. Trolig var også dette en måte å flykte unna egen selvbevissthet og dempe ubehagelige følelser.

Frykten for hva som vil skje dersom de brøt med symptomatferden antyder kvinnenes usikkerhet til seg selv og gir et inntrykk av at de oppfatter seg selv som hjelpeløse og ytre kontrollert. Kvinnenes tankesett gir meg inntrykk av at de føler at de sitter fast i en ukontrollerbar situasjon som de ikke har evner til å forandre (Heatherton & Baumeister, 1991). En person med høy mestringstro ville i en tilsvarende situasjon vært mer selvsikker på

egne evner til å organisere og utføre de handlingene som er nødvendige for å endre situasjonen (Woolfolk, 2004).

Kvinnen som utmerket seg med en spesielt vanskelig fortid så ut til å være mer tilbøyelig til å kutte seg selv og fryktet i større grad at annen destruktiv atferd skulle erstatte overspisingen. Hennes uttalelser gir meg inntrykk av at normale emosjonsregulerende strategier ikke er tilstrekkelige til å takle de psykiske påkjenningene hennes oppvekstvilkår fører med seg. Med unntak fra henne så det imidlertid ikke ut til at oppvekstvilkårene hadde noen klar sammenheng med tilstandens alvorlighetsgrad eller motivasjon for å bli frisk. Tilsynelatende var det ingen automatikk i at de med en problematisk bakgrunn utviste større symptomer og var mer syke sammenlignet med de som hadde bedre livsbetingelser. Dette strider med studiefunn som påviser en sterk korrelasjon mellom oppvekstforhold og spiseforstyrrelser (Van der Kolk et al., 1991). Samtidig samsvarer det med tvillingstudier som konkluderte med at den rollen oppvekstvilkår spiller i utvikling av bulimi trolig er overvurdert (Bulik et al., 1988).

Dårlig tro på egne evner til å gjennomføre den endringen som kreves. Mye tyder på at kvinnene i dag befinner seg i den såkalte overveielsesfasen. I denne fasen har individet erkjent egen tilstand, men er ambivalent til endring og usikker på om de vil klare endringen (Prochaska & Norcross, 2002). Som det i teorien ble presentert indikerer en rekke studier at mestringsstro predikerer atferdsendring (Buckelew et al., 1996; O'Leary, 1985; Steele et al., 2010). At lav mestringsstro er relatert til lav endringsmotivasjon (Prochaska & Norcross, 2002) er ikke særlig uventet med tanke på at individets handlinger og innsats er en forutsetning for at atferdsendring skal skje (Ryan & Deci, 2000). I følge Røer (2006) vil kvinnenes oppfatning av egne evner avgjøre hvilke valg de tar både med tanke på opprettholdelse eller forsøk på endring av symptomene. Med unntak av en, ønsker alle kvinnene i dag å bli frisk. Likevel holdes de tilbake av frykten for vektøkning og å fraskrive seg de beskyttende funksjonene med overspising.

Behandling som ikke treffer behovet

Manglende kompetanse. Som analysen antyder var ikke manglende sykdomsinnsikt og manglende endringsvilje de eneste årsakene til at kvinnene avsluttet behandlingen. I følge kvinnene selv var manglende kompetanse om bulimi som diagnose utbredt i behandlingsapparatet. Forklaringen på at dette hovedsakelig gjaldt første gang de kom til behandling var at den ofte foregikk hos fastlege, helsesøster og annet helsepersonell som ikke hadde spesialkompetanse på feltet.

For kvinnene som hadde vegret seg for å oppsøke hjelp var det svært frustrerende å bli møtt av det de opplevde som inkompetente behandlere som ikke forstod tilstandens kompleksitet. Flere fortalte om episoder der de ikke ble tatt alvorlig og nærmest ble avvist fra behandling fordi de ikke var tynne. Med tanke på at bulimi er en tilslørt tilstand (Proulx, 2007) er det ikke utenkelig at de i møte med uspesialisert helsepersonell vil bli tatt mindre alvorlig da vekten ikke er faretruende lav. Blant utenforstående vil nok fremdeles mange tenke at spiseforstyrrelser forutsetter en lav kroppsvekt.

Kvinnene uttrykte imidlertid størst misnøye med at behandleren stilte for høye krav og foreslo målsettinger som kvinnene selv fant uoppnåelige. Flere hadde fått beskjed om å slutte med overspising og sulting umiddelbart mens andre fikk tildelt matoppskrifter med forslag til hva de kunne spise. Kvinnenes intensjon om å beholde spiseforstyrrelsen gjorde at de på dette tidspunktet ikke var moden for å bli pålagt oppgaver og praktiske råd for å bli kvitt bulimien. Kvinnene mottok en type hjelp de ikke var klar for eller nyttigjorde seg av. Målene fikk derfor ikke den tilsiktede effekten om å motivere og trigget heller lysten til å avslutte behandlingen. Dette illustrerer betydningen av at målene må ses opp mot klientens mestringsevne for at motivasjon skal opprettholdes (Arnold & Silvester, 2005).

Manglende insensitivitet. Som vi så i teorien er det viktig å planlegge behandlingen ut fra klientens ståsted, beredskapsstatus og endringsstadiet (Prochaska & Norcross, 2002). Behandlerens forventninger om et umiddelbart opphør var urealistisk for kvinnene som knapt klarte en dag uten overspising og oppkast. Tålmodighet ble derfor trukket frem som en viktig egenskap ved behandleren. Toleranse for at motivasjonen er svingene ble også vektlagt.

En viktig betingelse for at individet skal motiveres til endring er at vedkommende forstår hensikten med endringen og hvordan den skal oppnås (Deci & Ryan, 1985). Endringen må i tillegg oppleves meningsfull og være genuint ønsket av klienten (Miller & Rollnick, 2002). Av den grunn bør behandleren i oppstartsfasen jobbe for å få kvinnene til å innse den personlige verdien av å bli frisk og at behandling er nødvendig. I stedet for å stille krav som var uforenelige med kvinnenens ståsted ville det trolig vært mer hensiktsmessig å bistå den enkelte til å bevege seg til neste endringsstadiet. Med tanke på at motiverende intervju er en måte å forberede klienten på behandling og fremme den indre motivasjon (Miller & Rollnick, 2002) kunne dette vært et nyttig virkemiddel.

Som tidligere nevnt var den første behandlingen i stor grad ytre motivert da kvinnene ikke hadde noe personlig ønske om behandling. Når de i tillegg til manglende motivasjon ble møtt av det de oppfattet som uerfarne behandlere som stilte for høye krav, er det ikke uventet at de valgte å avslutte behandlingen. Det er forventet at man som behandler tilbyr god

behandling. Samtidig er klienten på sin side også med å påvirke effekten av behandlingen. Min oppfatning er at kvinnene i praksis forhindret behandleren i å gjøre en god jobb ved at de gjennom tilbakeholdelse og løgn ikke tillot behandleren å forstå deres situasjon.

Når det er sagt skal en ikke se bort i fra at kvinnene kan ha gitt meg sosialt ønskelige svar i ønske om å fremstå best mulig. For å fremstå i et bedre lys var det kanskje enklere å anklage behandleren for hans eller hennes uvitenhet om spiseforstyrrelser enn å innrømme at de selv ville beholde spiseforstyrrelsen eller manglet innsikt i egen tilstand. Det kan også tenkes at de ved å klandre behandleren søker å frasi seg ansvar for både spiseforstyrrelsen og for relasjonen til behandleren. Dette vil i så fall kaste lys over teorien om at personer med lav mestringstro har behov for å forsvare seg selv i situasjoner der deres selvværd står i fare (Skaalvik & Skaalvik, 2005).

Da jeg mer inngående spurte kvinnene hva de savnet med behandleren kompetansemessig tilstod flere at det uavhengig av kompetanse ikke ville hjulpet da de selv ikke var samarbeidsvillige, var uærlige og tilbakeholdt informasjon. At behandlerens kompetanse hadde mindre betydning da de senere påbegynte behandlingen kan ha sammenheng med at klientene selv visste mer om tilstanden og var mer motivert til å bli frisk enn de var i det første møtet med en behandler.

Forhold som fremmer motivasjon for behandling

Tilfredsstillende foreldre

I oppgavens teorikapittel ble det antydnet at bulimikere er bekymret over egen tilstand og stort sett oppsøker behandling på eget initiativ (Vitousek et al., 1998). Dette synes å stride med hva som var tilfellet blant informantene i dette studiet.

Ytre motivert. Som analysen peker på var det første møte med behandlingsapparatet stort sett arrangert av urolige foreldre. I følelsen av avmakt og fortvilelse truet enkelte foreldre med innleggelse dersom datteren ikke oppsøkte behandling. Selv om kvinnene på dette tidspunktet verken var motivert eller klar for behandling, godtok de behandling for å tilfredsstillende foreldrene. Noen kvinner forklarte at de ved å gå til behandling beroliget foreldrene ved å gi inntrykk av at de skulle behandles og bli frisk. Andre gikk til behandling fordi de var lei av at foreldrene maste og involverte seg i hva de spiste og ikke spiste. I bevisstheten om at datteren gikk til behandling, ble foreldrene mindre kontrollerende og overlot i større grad ansvaret til behandleren. Motivet for behandlingen var altså mer et tiltak for å bevare husfreden og unngå konflikter enn å bli frisk.

At motivet lå utenfor et personlig ønske om behandling indikerer at behandlingen i stor grad var ytre motivert. I følge selvbestemmelsesteorien vil atferdsendring med opphav i

ytre motiver være kortvarig (Ryan, Patrick, Deci, & Williams, 2008) og svekke personens indre motivasjon (Vandereycken & Vansteenkiste, 2009). Dette synes å stemme overens med kvinnene i dette utvalget. Selv om enkelte på dette stadiet opplevde en nytteverdi av behandlingen og erkjente at spiseproblemene ikke kunne fortsette, avsluttet alle informantene den første behandlingen innen ett år.

Begrunnelsen for at kvinnene avsluttet behandlingen var at de innså at det var nytteløst å gå til behandling da de selv ikke var klar for å fraskrive seg symptomatferden, løy og motarbeidet behandleren. Under intervjuene utga flere av kvinnene seg for å være fremragende løgnere. I ønske om å holde sykdommen for seg selv, manipulerte de foreldre og behandler til å tro at de hadde kontroll og skulle overvinne spiseforstyrrelsen på egenhånd. Kvinnenes uttalelser gir meg inntrykk av at behandlerne stolte for mye på kvinnene og var for lite oppmerksom på deres løgner. Som vi så i teorien, er pasienter med spiseforstyrrelser lite attraktive å ha i behandling nettopp fordi de kan oppleves som vanskelige, manipulerende og uærlige (Vitousek, et al., 1998). I likhet med andre studiefunn (Eivors et al., 2002) avsluttet noen behandlingen i forsøk på å gjenvinne den kontrollen de i behandlingen opplevde å bli fratatt.

Ubehaget ved å avsløre de bulimiske symptomene gjorde at kvinnene holdt tilbake opplysninger de opplevde som særlig skamfulle. Noen tilbakeholdt informasjon for å unngå at behandleren overdramatiserte situasjonen og stakkarsligjorde dem. Tre informanter innrømte at de i frykt for å skuffe behandleren hadde løyet om at de hadde innfridd målsettinger som behandleren hadde foreslått. At kvinnene påbegynte behandling for å i møtekomme foreldrenes forventninger og løy for ikke å skuffe behandleren, indikerer at behandlingen i stor grad var ytre motivert. Dette underbygger påstanden om at en som oppsøker behandling, ikke nødvendigvis er motivert for å bli frisk (Treasure & Schmidt, 2001).

Felles forståelse

Som det kom frem i teorien er vellykket behandling mer et resultat av at behandleren er forståelsesfull og empatisk enn at behandleren har god kompetanse innen behandling av spiseforstyrrelser (Lambert & Barley, 2001). Selv om kompetanse ble fremhevet som viktig, var ikke behandlerens kunnskap om bulimi en forutsetning for at behandlingen fungerte. Mer viktig var det at behandleren forstod den enkeltes situasjon og tok opp forhold som klienten mente var relevant. En felles forståelse av situasjonen var en forutsetning for at behandlingen fungerte og kvinnenes evaluering av behandleren var sterkt tilknyttet deres opplevelse av bli forstått. Misforståelser fremstod for å være en stor barriere i behandlingen og gjorde at samtalerapien virket meningsløs.

En viktig betingelse for god behandling var at samtalene omhandlet tema som kvinnene mente var betydningsfullt og relevant i sammenheng med spiseforstyrrelsen. Til tross for ulike preferanser fremstod følelser, bakenforliggende forhold, depresjon og alternative mestringsstrategier for å være de viktigste samtaleemnene i behandlingen. Selv om de fleste hadde en formening av hva som kan ha bidratt til utvikling av spiseforstyrrelsen, var det noen som ikke identifiserte noen bakenforliggende faktorer og anså bulimien som mer eller mindre tilfeldig. Mitt inntrykk er at behandlerne hadde en tendens til å årsaksforklare spiseforstyrrelsen til forhold kvinnene selv fant ubetydelige. Dette kan forklare hvorfor Bruch (1973) anmoder behandleren til å fraskrive seg egen ekspertise og invitere klienten til å gjøre egne oppdagelser. I følge henne burde behandleren holde tilbake egen oppfatning inntil klienten selv har fått lov til og utforske og oppdage hva problemet kan ha sammenheng med. Likeledes frarådet Bohart et al. (2002) behandleren om å overbevise klienten om sin egen forståelse, men heller fokusere på klientens mål, verdier og intensjoner. Dette tyder på at det heller bør gis rom til at kvinnene selv kan reflektere over hva som kan ha sammenheng med spiseforstyrrelsen og om det i det hele tatt foreligger noen sammenheng. Det er imidlertid verdt å nevne at behandleren ikke nødvendigvis forsøkte å påtvinge bulimien en årsaksforklaring. Kvinnenes oppfatning kan bære preg av at de selv befant seg i en forsvarstilstand der de fortrenget at de hadde et problem og dermed ikke var moden for å ta til seg behandlerens forklaringer.

Som det kom frem av resultatene var flere av kvinnene preget av et konfliktfylt familiemiljø, skillsmisse, tap av nære personer eller en fraværende far. Åpenbaringen om hva spiseforstyrrelsen kunne ha opprinnelse i eller var uttrykk for var en lettelse og ga kvinnene økt forståelse av seg selv. Hypotetisk sett skulle man tro at bevisstheten om hva som kunne være roten til problemet gjorde at kvinnene tok tak i de konkrete forholdene og aktivt jobbet med disse. Som Bruch (1988) poengterte er det viktig å bearbeide de reelle årsakene til spiseforstyrrelsen og ikke bare fjerne symptomene. Jeg oppfatter imidlertid ikke at dette var tilfellet blant kvinnene i dette studiet. Tilsynelatende bestrebet kvinnene seg på å redusere symptomatferden, men distanserte seg fra de årsaksfaktorene de mente at spiseforstyrrelsen hadde opphav i. Begrunnelsen til dette var at årsaksfaktorene tilhørte fortiden og derfor ikke kunne gjøres noe med. Trolig er kvinnene fremmed for at dette er faktorer som bidrar til å opprettholde bulimien og hindrer dem i å bli frisk.

Egenskaper ved behandleren. Misforståelser og dårlig kjemi med behandleren var hovedårsaken til at kvinnene avsluttet behandling eller byttet behandler. Motsatt utmerket god kjemi med behandleren seg for å være en grunnleggende betingelse for at behandlingen ble

vellykket. Opplevelsen av at behandleren erkjente den enkeltes ståsted, ønsker og formål med behandlingen stod her sentralt. Kvinnenes fortellinger underbygger teorien om at behandlerens personlige egenskaper har betydning for den terapeutiske relasjonen (Wampold, 2001), frafall og behandlingsutfall (Merrill & Mines, 1987). En viktig forutsetning for god behandling er at behandleren fremstår empatisk, tillitsvekkende, forståelsesfull og positiv (Messer & Wampold, 2002 ; Wampold,2001).

Det var videre viktig at behandleren ikke fremstod konfronterende, men erkjente det ubehaget kvinnene opplevde ved å meddele sine historier og symptomatferd. På den andre siden konstaterte enkelte at de trengte å bli irttesatt for å innse realiteten om at de ikke ville klare å bli frisk på egenhånd. Motsetningene som her foreligger kan tyde på at enkelte var mer sårbare for konfrontasjoner enn andre. Mitt inntrykk er at kvinnene jeg anså som friskest hadde større toleranse i møte med konfrontasjoner og i større grad ønsket at behandleren skulle være bestemt. For alle var det likevel viktig å ha personlig innflytelse over hva behandlingen skulle innbefatte, både i henhold til målsettinger og samtalefokus. At klienten opplever selvbestemmelse er i følge Vandereycken & Vansteenkiste (2009) viktig fordi det øker sannsynligheten for at atferden blir internalisert og opprettholdt.

Innses sykdommens skadevirkning og en personlig verdi av å bli frisk

Etter hvert som bulimien fikk større innpass i kvinnenes liv avtok de opplevde fordelene og sykdommens skadevirkning ble stadig mer fremtredende. Selv om kvinnene på intervjuetidspunktet opplevde fordeler med bulimien virker det som at ønsket om å bli frisk stadig tiltar.

Til kvinnenes fortvilelse stoppet den tilvendte vekt nedgangen brått da overspisingen tok overhånd og kom i tillegg til de restriktive slankeperiodene. Vektøkningen dette medførte for noen, var en stor nedtur som paradoksaltrigget lysten til å overspise ytterligere. Da bulimien overvant den anorektiske glansperioden preget av mestring, anerkjennelse og kontroll, ville flere behandles og bli frisk. Med hovedintensjon om å bli kvitt overspisingen tok de igjen kontakt med behandlingsapparatet. Til tross for opplevde fordeler med de bulimiske symptomene, var motivasjonen større den andre gangen kvinnene påbegynte behandlingen. Kontrollen som mange opplevde i starten hadde flere anerkjent at de ikke hadde. De som hadde levd i overbevisningen om at de skulle gi seg ved en gitt vekt, innså at vekt nedgangen heller ga mersmak og tro på at enda lavere vektmål kunne oppnås enn at de skulle gi seg.

For at kvinnene skal innse verdien av å bli frisk og forsterke ønsket om dette kan motiverende intervju være et nyttig hjelpemiddel. Her kan det være hensiktsmessig å be

klienten forestille seg livet om fem år med og uten en spiseforstyrrelse. Formålet med en slik bevisstgjøring er å utvikle diskrepans mellom kvinnenes nåværende situasjon og deres håp og ønsker for framtida (Miller & Rollnick, 2002). Denne bevisstgjøringen åpner for at kvinnene selv kan finne gode grunner for endring og bidrar på den måten til å bygge opp deres indre motivasjon for behandling. Kvinnene erklærte samstemt at det var først når behandlingen var forankret i et personlig ønske om endring behandlingen virkelig hadde noe for seg.

Innsikt i egne fremskritt

Slik det fremgår av analysen fremstår innsikt i egne fremskritt som et nøkkelement for kvinnenes motivasjon og tro på å bli frisk. Som teoriene antyder kan man i behandlingen ha stor nytte av å forbedre klientenes tro på egen mestring. I følge Bandura (1997) bør personer med lav mestringstro omgås personer som gir dem mestringsopplevelser og oppmuntrer dem til å ta kontroll og ansvar for egne handlinger.

Oppnåelige delmål. I tråd med det som ble presentert i teoridelen utpekte delmål seg for å være mer motiverende enn å jobbe med mål som lå langt fremme i tid (Detweiler & Whisman, 1999). Oppnåelige delmål ble fremhevet som et nyttig virkemiddel i behandling da det gjorde fremgangen mer synlig og målbar. Som det fremkom i teoridelen er delmål særlig hensiktsmessig i behandling av klienter med lav mestringstro. Årsaken til dette er at det tydeliggjør fremgangen og øker kvinnenes mestringsforventninger (Woolfolk, 2006), ved at fremgangen initieres umiddelbart og lar kvinnene erfare at de har evner til å oppnå de målene de setter seg. Dette gir de en forestilling av seg selv som i stand til å gjennomføre endringer (Treasure & Schmidt, 2001) noe som igjen øker troen på at de kan klare å bli helt frisk.

En viktig forutsetning for at målene virket motiverende var at de fremstod overkommelig. Oppnåelsen av delmål styrket troen på å bli helt frisk, ved at de fikk bevist at en bestemt atferd kunne føre til et ønsket utfall. Tre kvinner meddelte at de hadde positive erfaringer med å samarbeide med behandleren om å utarbeide målsettinger. At behandleren involverer klienten er positivt for endringsviljen fordi personen da vil oppleve et personlig eierforhold til prosessen (Arnold & Silvester, 2005; Johnsen, 2010). Dette har også vist seg å føre til bedre utfall på grunn av at endringen da har bakgrunn i en autonom motivasjon (Vandereycken & Vansteenkiste, 2009).

Kvinnene som ikke hadde positive erfaringer med målsettinger i behandlingen, begrunnet dette med at mål som innebar rapporteringer av matinntak gjorde de enda mer bevisst og manisk på kaloritellingen. Misnøye ved å ikke innfri målene var også en ulempe ved at de da fikk bekreftet antakelsen om at de ikke mestrer noen ting. Uoverkommelige mål vil gi personen dårlige erfaringer og dermed senke forventningen om å kunne lykkes i

framtidig (Skaalvik & Skaalvik, 2005). Kort oppsummert kunne målsettinger styrke kvinnenes mestringsforventninger dersom de ble oppnådd, men svekke kvinnenes mestringsforventninger dersom de ikke ble oppnådd. Dette samsvarer med den teorien om at positive erfaringer med tidligere mestringsopplevelser øker troen på at man kan mestre framtidige utfordringer, mens negative erfaringer vil virke motsatt (Bandura, 1997; Skaalvik & Skaalvik, 2005).

Møte med likesinnede og bevitne deres fremskritt. Selv om kvinnene ikke nødvendigvis innså egne fremskritt, kunne selvhjelpsgrupper være positivt fordi de da var tilskuere til andres fremgang. I følge Bandura (1986) vil det å se andre utføre bestemte handlinger, styrke egen mestringsforventning og tro på at en selv kan utføre samme handling. Selvhjelpsgruppene fikk kvinnene til å innse at de ikke var alene og at tilfriskning var mulig. Selvhjelpsgrupper utmerket seg for å være særlig positivt for kvinnene som hadde vanskelig for å uttrykke seg til behandler og andre familiemedlemmer. Terskelen for å stå frem med egne erfaringer var lavere i møte med likesinnede. Her ble de møtt med forståelse uten at de trengte å forklare så mye.

Hva som generelt var den foretrukne behandlingsmetoden varierte, men samtaleterapi hos psykolog utmerket seg for å være den mest effektive i følge kvinnene. Det ideelle ble forklart å være en kombinasjon av samtaleterapi, fysioterapi og selvhjelpsgrupper. I perioder som var svært vanskelig kunne innleggelse være virkningsfullt. Da var man gjerne så innesperret med sykdommen at man hadde behov for å fraskrive seg kontrollen og overlate ansvaret til profesjonelt helsepersonell. Rosenvinge og Martinsen (2002) poengterer at innleggelse kan medføre dårligere behandlingsresultater fordi det kan fremme en regressiv atferd der ansvaret for egne vansker legges over på behandleren. To kvinner påpekte at oppfølgingen i etterkant av innleggelse burde forbedres. Bedre ettervern etter innleggelse var viktig fordi det økte sjansene for at rutinene som ble innført under innleggelse ble opprettholdt.

Tidligere positive mestringserfaringer. Ut i fra min tolkning skilte kvinnene som var yrkesaktive eller studerte seg ut fra resten på enkelte områder. Disse kvinnene uttrykte større bekymring for egen tilstand og oppsøkte oftere behandling på eget initiativ. Selv om heller ikke denne gruppen var moden for å avvikle alle symptomer, synes de oftere å ha konkrete mål med behandlingen. De fremstod i tillegg for å være mer handlekraftig og iverksatte i større grad praktiske tiltak for å stå i mot trangten for å overspise. Flere unngikk bevisst å handle inn matvarer som trigget lysten til å overspise og oppsøkte oftere venner og aktiviteter når behovet for overspising meldte seg. Det kan tenkes at denne gruppen som følge av

prestasjoner i jobb- og skolesammenheng har større tro på egne evner til å gjøre noe med problemet enn de som ikke har tilsvarende mestringserfaringer. Trolig er dette arenaer som har gitt dem lærdom om at egne handlinger kan avgjøre utfallet og i den forstand styrket troen på at målsettinger en oppnår er resultat av egne handlinger (Vansteenkiste et al., 2005). Dette vil i så fall støtte opp under Bandura (1997) sin påstand om at mestring av utfordringer i en kontekst øker troen til å mestre utfordringer i andre kontekster. Det kan også tenkes at kvinnene som jobber for å oppnå mål i skole- og jobbsammenheng har utviklet tilsvarende strategier for å oppnå målet om å bli kvitt spiseforstyrrelsen.

Kvinnene som engasjerte seg i studier og arbeid fremstod også for å ha større utholdenhet i behandling og færre avbrudd og bytte av behandler. At kvinnene som tilhørte den arbeidsledige gruppen hadde flere opphold fra behandlingen samsvarer med studiefunn som påviste at de klientene som avbrøt behandling i langt større grad var arbeidsledige (Merrill & Mines, 1987). I utgangspunktet vil man kanskje forvente at klientene som var arbeidsledige oftere fullførte behandlingen på grunn av mye tid disponibelt. At de på grunn av spiseforstyrrelsen ikke var yrkesaktive ville trolig være nok ett insentiv for å behandles.

På den andre siden ville kanskje gruppen som var aktiv med studier og arbeid finne sin situasjon mer utholdelig da de i mindre grad har nedsatt daglig funksjonsnivå og dermed opplevde mindre grunn til behandling. En annen forklaring kan være at egne problemer var mindre åpenbar fordi de arbeidsledige kvinnene levde mer isolert fra den virkelige verden. Trolig ville de som til daglig omgikk friske personer lettere innse egne spiseproblemer og verdien av å bli frisk. En annen forklaring kan være at kvinnene som var arbeidsledige i utgangspunktet hadde dårligere forutsetninger for å løse oppgaver og dermed lettere ga opp behandlingen. Andelen som var arbeidsledige kan også ha valgt å avslutte behandlingen på grunn av økonomiske årsaker.

Metodiske betraktninger

I det følgende vil jeg drøfte styrker og svakheter ved forskningsprosjektet og redegjøre for hvordan den metodiske tilnærmingen kan ha skapt begrensninger i forhold til studiet. Denne studien hadde metodisk utgangspunkt i GT og ble evaluert etter Charmaz (2006) sine vurderingskriterier. Datainnsamling som har opprinnelse i GT, skal i utgangspunktet forløpe helt til man har nådd et metningspunkt (Glaser and Strauss, 1967). I en studie med åtte informanter blir det derimot ikke aktuelt å snakke om et slikt metningspunkt. På grunn av tidsaspektet ble det ikke gjennomført flere intervjuer for å innhente mer informasjon. En konsekvens av dette kan være at temaer som diskuteres i drøftingen har behov for og utforskes ytterligere. For å kunne gå mer i dybden på de ulike temaene ville det vært

hensiktsmessig å ha gjennomført flere intervjuer. Dette omtaler Corbin og Strauss (2008) som *teoretisk sampling*. Flere intervjuer kunne tilført kategoriene i dette studiet mer dybde og berikelse. Selv om jeg mener jeg fikk tilstrekkelig informasjon til å besvare problemstillingen, kan jeg ikke påstå at kategoriene fullstendig dekker alle nyanser og egenskaper i datamaterialet. At det ble benyttet lydopptaker under intervjuene gir også grunnlag for diskusjon. Fordelen med en lydopptaker var at det ga meg nøyaktige og detaljerte transkriberinger av intervjuene. En mulig ulempe kan være at bruk av lydopptaker kan virke hemmende på hvordan informanter svarer og gjøre de mindre frittalende enn de ellers ville vært (Thaagard, 2009).

Et problem med frivillig deltagelse kan være at informantene melder sin deltagelse fordi de opplever at de mestrer sin situasjon og derfor ikke har noe i mot innsyn fra forskeren. Det kan tenkes at denne gruppen generelt er friskere enn hva som normalt kan forventes i denne diagnosegruppen. Utvalgsstrategien kan dermed medføre en skjevhet ved at konfliktfylte forhold kan overskygges av informasjon om hvordan de mestrer sin situasjon. På den andre siden skal det ikke utelukkes at informanten ønsker å fremheve sine problemer for å overbevise forskeren om sin vanskelige livssituasjon.

Som tidligere nevnt, er det viktig å ta høyde for at min forforståelse i form av personlige erfaringer, teoretisk bakgrunn og interesser, vil farge budskapet jeg fanger opp. Bevisste eller ubevisste forutsetninger vil alltid være tilstedet og i ulik grad farge tolkningsprosessen. En fare med formålet om teoriutvikling er at man i tanken om å oppdage teori, vil tolke funnene i retning av hva man vil finne og på den måten tvinger teorien over funnene. Iveren etter å få bekreftet egne hypoteser kan dermed bidra til at man neglisjerer fakta som modifierer eller trekker hypotesene i tvil. Et eksempel på dette kan være at man overser nyanser og utsagn som avviker fra tendensen i besvarelsene. Kanskje vil man som forsker være mer oppmerksom og utspørrende om temaer som bekrefter forhåndshypotesen enn de som strider i mot. Dersom man unnlater større utdypning om temaer man anser som ubetydelige, kan man risikere å miste viktig informasjon. Et annet usikkerhetsmoment er hvorvidt jeg så etter etablerte kategorier eller om de fremkom av seg selv.

Selv om det i diskusjonsdelen ble det foreslått en modell som inkluderer alle kategoriene, kan ikke disse sammenhengene ses på som absolutte eller fastslåtte. Som det tidligere ble nevnt ligger det ikke i kvalitative studiers natur og formål å stadfeste årsaksforhold. Forklaringer av sammenhenger mellom kategorier kan likevel styrke det empiriske grunnlaget i studien og gi leseren et mer forståelig helhetsinntrykk.

Videre forskning

Som det innledningsvis ble nevnt er det behov for mer forskning av subjektive opplevelser tilknyttet spiseforstyrrelser og behandling av spiseforstyrrelser. At motivasjon er en viktig forutsetning for behandling er det lite tvil om. Det finnes derimot lite materiale om hvordan man kan arbeide for å øke motivasjon i behandlingen av spiseforstyrrelser. Resultatene i denne studien kan i den forbindelse gi noen retningslinjer for fremtidig forskning. Funnene tyder på at de færreste som oppsøker behandling for bulimi vil være indre motivert og oppleve umiddelbar glede ved å endre sin symptomatferd. Dette trengs imidlertid og utforskes nærmere med større og mer representative utvalg. Trolig vil man ved å vektlegge pasienten personlige verdi med endringen ha et bedre utgangspunkt for behandlingen. I stedet for at videre forskning skal påvise sammenhengen mellom motivasjon og behandling ytterligere, kan det ha større nytteverdi å undersøke hvordan man kan arbeide for å fremme motivasjon for behandling og opprettholde motivasjon i behandling. Ved å øke kunnskap om hva som fører til motivasjon, kan behandlere utvikle bedre metoder for å forsterke ønske om endring hos personer som er ambivalent til behandling. Mer forskning er også nødvendig for å bidra til ny kunnskap om effektive metoder for å forebygge og behandle spiseforstyrrelser.

I følge kvinnene var manglende kompetanse om bulimi som diagnose utbredt i behandlingsapparatet. Hvorvidt dette er tilfelle i virkeligheten eller kun kvinnenes subjektive opplevelse vites ikke. Av den grunn kan det også være nyttig å utforske kompetansen innenfor behandlingsapparatet ytterligere. Som det fremkom av resultatene kan overspising fungere som en form for selvstraff. Ved overspising fikk kvinnene utløp for sinne som både var rettet mot seg selv og andre. Selv om selvstraff aldri var den eneste grunnen til at kvinnene overspiste trenger ikke dette å undergrave at overspising for noen bulimikere fungerer som en innadventt selvstraff. Ut i fra grundig litteraturgjennomgang ser det ut til at overspising som en form for selvstraff har blitt lite beskrevet tidligere. For videre forskning kan det i den forbindelse være interessant å se nærmere på de aggressive aspektene ved en spiseforstyrrelse.

KONKLUSJON

Formålet med denne studien var å undersøke hvordan kvinner med bulimi opplever motivasjon for behandling. Hovedtendensen var at kvinnene første gang påbegynte behandling for å tilfredsstille foreldrene. Manglende sykdomsinnsikt og opplevde fordeler med symptomene gjorde at kvinnene i starten av sykdomsforløpet ville beholde bulimien. Bulimien var løsningen for å kunne overspise uten nevneverdig vektøkning. For kvinnene som hadde dårlige evner til å håndtere følelser fungerte overspising som en emosjonsregulerer og var et fristed fra uutholdelige følelsetilstander. Ved overspising kunne de ta brodden av følelsene tidlig i forløpet og avverge at følelsene ble for overveldende.

Etter hvert som den opplevde kontrollen avtok og bulimiens skadevirkninger ble mer fremtredende økte motivasjon for behandling. Kvinnene var imidlertid ambivalent med tanke på hvilke sykdomsaspekter de ville behandle. Begjæret etter en tynn kropp gjorde at kvinnene var villige til å gjennomføre endringer som ville medføre vektnedgang og avstå fra endringer som førte til vektøkning. Mange ville i tillegg behandle symptomene uten å bearbeide de bakenforliggende årsakene. Denne ambivalensen vitner om at kvinnene ikke var så modne for å gi avkall på bulimien som de tilsynelatende ønsket å fremstå.

Den største frykten for tilfriskning var vektøkning og at mangelen på konstruktive mestringsstrategier skulle gjøre at ny destruktiv atferd erstattet overspisingen. Det var derfor sentralt at man i behandling fant nye mestringsstrategier som kunne erstatte kvinnenes symptomatferd, ikke bare fjerne symptomene. I tillegg til frykten for vektøkning og at ny destruktiv atferd skulle overta, betvilte kvinnene egne evner til å gjennomføre den endringen som krevdes. Innsikt i egne fremskritt økte troen på egne evner og at behandlingen fungerte.

Kjemi, kompetanse og en felles forståelse av problemet var grunnleggende betingelser for god behandling. Det var i tillegg viktig at kvinnene ble inkludert og at samtalene omhandlet forhold kvinnene selv fant relevant i sykdomssammenheng. Viktigst av alt var at kvinnene selv hadde erkjent at de hadde et problem og innså den personlige verdien av å bli frisk. Det beste behandlingsutfallet var forankret i et personlig ønske om endring. Til slutt vil jeg konstatere at metodiske begrensninger kan ha påvirket resultatene som foreligger og studiefunnene bør repliseres i større og mer varierte utvalg.

REFERANSER

- Abraham, S. & Llewellyn-Jones, D. (2001). *Eating disorder: the facts* (5 utg.). New York: Oxford University Press.
- Agras, W. S., Crow, S. J., Halmi, K. A., Mitchell, J. E., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000a). Outcome predictors for the cognitive behavior treatment of bulimia nervosa: Data from a multisite study. *American Journal of Psychiatry*, *157*(8), 1302-1308. doi: 10.1176/appi.ajp.157.8.1302
- Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000b). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, *57*(5), 459. doi: 10.1001/archpsyc.57.5.459
- Arnkoff, D. B., Glass, C. R. & Shapiro, S. J. (2002). Expectations and preferences. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 335–356). New York: Oxford University Press.
- Arnold, J., & Silvester, J. (2005). *Work psychology: Understanding human behaviour in the workplace*. Harlow: Pearson Education.
- Bacaltchuk, J., Hay, P., & Mari, J. J. (2001). Antidepressants versus placebo for the treatment of bulimia nervosa: a systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *34*(2), 310-317. doi: 10.1046/j.1440-1614.2000.00709.x
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational behavior and human decision processes*, *50*(2), 248-287. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90022-L](http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-L)
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode med etikk og statistikk* (2. utg). Oslo: Det Norske Samlaget.
- Ben-Tovim, D. I., Walker, K., Gilchrist, P., Freeman, R., Kalucy, R., & Esterman, A. (2001). Outcome in patients with eating disorders: a 5-year study. *The Lancet*, *357*(9264), 1254-1257. doi:10.1016/S0140-6736(00)04406-8
- Berglas, S., & Jones, E.E. (1978). Drug choice as a self-handicapping strategy in response to noncontingent success. *Journal of Personality and Social Psychology* *36*(4), 405-417

- Blinder, B. J., Cumella, E. J., & Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 454-462. doi: 10.1097/01.psy.0000221254.77675.f5
- Bohart, A., Elliott, R., Greenberg, L. A. & Watson, J. C. (2002). Empathy. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 89–108). New York: Oxford University Press
- Bravender, T., Robertson, L., Woods, E. R., Gordon, C. M., & Forman, S. (1999). Is there an increased clinical severity of patients with eating disorders under managed care? *Journal of adolescent health*, 24(6), 422-426. doi: 10.1016/S1054-139X(98)00143-8
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders – obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1988). *Conversations with anorexics*. New York: Basic Books.
- Buckelew, S. P., Huyser, B., Hewett, J. E., Johnson, J. C., Conway, R., Parker, J. C., & Kay, D. R. (1996). Self efficacy predicting outcome among fibromyalgia subjects. *Arthritis & Rheumatism*, 9(2), 97-104. doi: 10.1002/1529-0131(199604)9:2<97::AID-ANR1790090205>3.0.CO;2-F
- Buhl, C. (1988). Psykoterapi med pasienter med anorexia nervosa og bulimia nervosa: Kontroll som dimensjon i psykologisk behandling av alvorlige spiseforstyrrelser. *Nordic Journal of Psychiatry*, 42(5), 439-444. Hentet 20.mars 2013 fra <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/08039488809094999>
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Kendler, K. S. (1998). Heritability of binge-eating and broadly defined bulimia nervosa. *Biological Psychiatry*, 44(12), 1210-1218. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(98\)00280-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(98)00280-7)
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Wade, T. D., & Kendler, K. S. (1999). Twin studies of eating disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 27(1), 1-20. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(200001)27:1<1::AID-EAT1>3.0.CO;2-Q
- Cash, T.F., & Smolak, L. (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. New York: The Guilford Press.
- Castro-Fornieles, J., Bigorra, A., Martinez-Mallen, E., Gonzalez, L., Moreno, E., Font, E., & Toro, J. (2011). Motivation to change in adolescents with bulimia nervosa mediates clinical change after treatment. *European Eating Disorders Review*, 19(1), 46-54. doi: 10.1002/erv.1045
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd.

- Charmaz, K. (2008). Grounded Theory. In J. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: a practical guide to research methods* (1st ed., pp. 81-110). London: Sage
- Christensen, K. (2002). *Matens mysterium: Om å bli frisk av anoreksi, bulimi og tvangsspising*. Stavanger: Hertevig forlag.
- Cullberg, J. (1999). Dynamisk psykiatri i teori og praksis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53(6), 468-470. doi: 10.1080/080394899427746
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode: en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- DeJong, H., Hillcoat, J., Perkins, S., Grover, M., & Schmidt, U. (2012). Illness perception in bulimia nervosa. *Journal of health psychology*, 17(3), 399-408. doi: 10.1177/1359105311416874
- Detweiler, J. B., & Whisman, M. A. (1999). The role of homework assignments in cognitive therapy for depression: Potential methods for enhancing adherence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(3), 267-282. doi: 10.1093/clipsy.6.3.267
- Eivors, A., Button, E., Warner, S., & Turner, K. (2002). Understanding the experience of dropout from treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 11(2), 90-107. doi: 10.1002/erv.492
- Fairburn, C. G., Agras, W. S., Walsh, B. T., Wilson, G. T., & Stice, E. (2004). Prediction of outcome in bulimia nervosa by early change in treatment. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2322-2324. doi: 10.1176/appi.ajp.161.12.2322
- Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E., & Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC psychiatry*, 9(1), 67. doi: 10.1186/1471-244X-9-67
- Field, A. E., Javaras, K. M., Aneja, P., Kitos, N., Camargo Jr, C. A., Taylor, C. B., & Laird, N. M. (2008). Family, peer, and media predictors of becoming eating disordered. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 162(6), 574. doi: 10.1001/archpedi.162.6.574
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173-206. doi: 10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Gullestad, S. E., & Killingmo, B. (2009). *Underteksten: Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo:

- Universitetsforlaget.
- Götestam, K. G., Skårderud, F., Rosenvinge, J. H., & Vedul-Kjelsås, E. (2004). Patologisk overspising—en oversikt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, *124*, 2118–2120. Hentet 14. januar 2013 fra http://www.stiftelsenhvasser.no/documents/tvangsspising_gotestam_karterud.pdf
- Hart, S.(2011). *Den følsomme hjerne*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological bulletin*, *110*(1), 86. Hentet 11. desember 2012 fra <http://psycnet.apa.org/journals/bul/110/1/86.html>
- Herzog, D. B., Norman, D. K., Rigotti, N. A., & PePOSE, M. (1986). Frequency of bulimic behaviors and associated social maladjustment in female graduate students. *Journal of psychiatric research*, *20*(4), 355-361. doi: 10.1016/0022-3956(86)90038-5
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological review*, *94*(3), 319. Hentet 14. februar 2012 fra <http://persweb.wabash.edu/facstaff/hortonr/articles%20for%20class/Higgins.pdf>
- Higgins, E., & Kruglanski, A. W. (2000). *Motivational science: Social and personality perspectives*. New York: Psychology Press.
- Hoek, H. W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *34*(4), 383-396. doi: 10.1002/eat.10222
- Horvath, A. O. & Rohbinder, P. B. (2002). The alliance. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, *61*(3), 348-358. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040
- Imsen, G. (2005). *Elebens Verden*. (4.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Johnsen, I.E.B. (2010). *Hjelp meg?: Motivasjonsarbeid ved behandling av spiseforstyrrelser* (Masteroppgave, NTNU) Trondheim: NTNU.
- Katzman, M. A., & Wolchik, S. A. (1984). Bulimia and binge eating in college women: A comparison of personality and behavioral characteristics. *Journal of consulting and clinical psychology*, *52*(3), 423. Hentet 18. januar 2013 fra <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/52/3/423.pdf>

- Keel, P. K., Mitchell, J. E., Miller, K. B., Davis, T. L., & Crow, S. J. (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, *56*(1), 63. doi: 10.1001/archpsyc.56.1.63
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *38*(4), 357. Hentet 20. desember 2012 fra <http://psycnet.apa.org/journals/pst/38/4/357.pdf>
- Lau, B. (2001). *Weight and Eating Concerns in Adolescence: The Role of Dieting, Body Weight, Self-evaluation, Depressive Tendencies and Social Norms Related to Weight and Eating Concerns in Adolescent Boys and Girls*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Mahon, J., Bradley, S. N., Harvey, P. K., Winston, A. P., & Palmer, R. L. (2001). Childhood trauma has dose-effect relationship with dropping out from psychotherapeutic treatment for bulimia nervosa: A replication. *International Journal of Eating Disorders*, *30*(2), 138-148. doi: 10.1002/eat.1066
- Mansour, S., Bruce, K. R., Steiger, H., Zuroff, D. C., Horowitz, S., Anestin, A. S., & Sycz, L. (2012). Autonomous Motivation: A Predictor of Treatment Outcome in Bulimia-Spectrum Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*. doi: 10.1002/erv.2154
- Martinez, E., Castro, J., Bigorra, A., Morer, A., Calvo, R., Vila, M., . . . Rieger, E. (2007). Assessing motivation to change in bulimia nervosa: The bulimia nervosa stages of change questionnaire. *European Eating Disorders Review*, *15*(1), 13-23. doi: 10.1002/erv.725
- Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2006). Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *39*(2), 141-146. doi: 10.1002/eat.20221
- Mayhew, R., & Edelman, R. J. (1989). Self-esteem, irrational beliefs and coping strategies in relation to eating problems in a non-clinical population. *Personality and Individual Differences*, *10*(5), 581-584. doi: 10.1016/0191-8869(89)90042-1
- Mazzeo, S. E., & Bulik, C. M. (2009). Environmental and genetic risk factors for eating disorders: what the clinician needs to know. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *18*(1), 67-82. doi: 10.1016/j.chc.2008.07.003
- Merrill, C. A., & Mines, R. A. (1987). The premature dropout in the group treatment of bulimia. Hentet 15.januar 2013 fra

- http://www.minesandassociates.com/staffpublications/the_premature_dropout_in_the_group_treatment_of_bulimia.pdf
- Merton, R. (1968). *"Puritanism, Pietism, and Science"*, *Social Theory and Social Structure*. New York: Free Press
- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 21-25. doi: 10.1093/clipsy.9.1.21
- Miller, W. R., & Rollnick, S. P. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: The Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist; American Psychologist*, 64(6), 527. doi: 10.1037/a0016830
- Moen, H. B. (2010). *I spenningsfeltet mellom personlig identitet og sosiale prosesser: en studie av kvinners beretninger om opprinnelse og tilfriskning ved spiseforstyrrelser*. (Doktoravhandling, Høgskolen i Bodø). Bodø: Høgskolen i Bodø.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K.S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt
- Nicholls, D., Chater, R., & Lask, B. (2000). Children into DSM don't go: A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 28(3), 317-324. Hentet 19. januar 2013 fra <http://www.macpedis.com/documents/ChildrenintoDSMDontGo.pdf>
- O'Kearney, R. (1998). Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of theory and empirical research. *International Journal of Eating Disorders*, 20(2), 115-127. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199609)20:2<115::AID-EAT1>3.0.CO;2-J
- O'Leary, A. (1985). Self-efficacy and health. *Behaviour research and therapy*, 23(4), 437-451. doi: 10.1016/0005-7967(85)90172-X
- Olsson, H., & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Prochaska, J. O. & Norcross, J. C. (2002). Stages of change. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 303–313). New York: Oxford University Press.

- Proulx, K. (2007). Experiences of women with bulimia nervosa in a mindfulness-based eating disorder treatment group. *Eating Disorders*, 16(1), 52-72. doi: 10.1080/10640260701773496
- Ringer, F., & Crittenden, P. M. K. (2007). Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 15(2), 119-130. doi: 10.1002/erv.761
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103. Hentet 13.februar 2013 fra <http://ww2.shoreline.edu/dchris/psych236/Documents/Rogers.pdf>
- Rosenvinge, J.H., & Gøtestam, K. G. (2002). Spiseforstyrrelser – hvordan bør behandlingen organiseres? *Tidsskrift for den Norske Legerforening*, 122(3), 285-288. Hentet 16. februar 2013 fra <http://tidsskriftet.no/article/482858>
- Rosenvinge, J. H., & Klusmeier, A. K. (2000). Treatment for eating disorders from a patient satisfaction perspective: A Norwegian replication of a British study. *European Eating Disorders Review*, 8(4), 293-300. doi: 10.1002/1099-0968(200008)8:4<293::AID-ERV346>3.0.CO;2-4
- Rosenvinge, J. H., & Martinsen, E. W. (2002). Behandling av bulimia nervosa – resultater fra Modum Bads Nervesanatorium. *Tidsskrift for Den norske legerforening*, 122, 260-265. Hentet 17. januar 2013 fra <http://tidsskriftet.no/article/481427/>
- Rost, W., Neuhaus, M., & Florin, I. (1982). Bulimia nervosa: Sex role attitude, sex role behavior, and sex role related locus of control in bulimarexic women. *Journal of Psychosomatic Research*, 26(4), 403-408. doi: 10.1016/0022-3999(82)90014-9
- Rotter, J. B. (1971). External control and internal control. *Psychology Today*, 5(1), 37-42. Hentet 13.april 2013 fra <http://www.marshalltrio.com/index/psychology/files/2012/09/Rotter-on-Social-Learning-Theory.pdf>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68. Hentet 10. februar 2012 fra <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=fulltext.journal&jcode=amp&vol=55&issue=1&age=68&format=PDF>
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behavior change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The*

- European Health Psychologist*, 10(1), 2-5. Hentet 14. Januar 2013 fra
http://www.ehps.net/ehp/issues/2008/v10iss1_March2008/EHP_March_2008_All.pdf
- Rør, A. (2006). *Spiseforstyrrelser- symptomforståelse og behandlingsstrategier*. Oslo: Gyldendal.
- Sansone, R. A., Levitt, J. L., & Sansone, L. A. (2004). The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders*, 13(1), 7-21. doi: 10.1080/10640260590893593
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2010). Personality Disorders as Risk Factors for Eating Disorders Clinical Implications. *Nutrition in Clinical Practice*, 25(2), 116-121. doi: 10.1177/0884533609357563
- Schneider, J. A., O'leary, A., & Stewart Agras, W. (1987). The role of perceived self-efficacy in recovery from bulimia: A preliminary examination. *Behaviour research and therapy*, 25(5), 429-432. doi: 10.1016/0005-7967(87)90020-9
- Schupak-Neuberg, E., & Nemeroff, C. J. (2006). Disturbances in identity and self-regulation in bulimia nervosa: Implications for a metaphorical perspective of "body as self". *International Journal of Eating Disorders*, 13(4), 335-347. doi: 10.1002/1098108X(199305)13:4<335::AID-EAT2260130402>3.0.CO;2-MB
- Schwandt, T.A. (1997). *Qualitative inquiry: A dictionary of terms*. California: Sage Publications.
- Seligman, M. E. (1975). *Helplessness: on depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Shilling, C. (2012). *The Body and Social Theory* (3.utg). London: Sage
- Skaalvik, E. M., & Skaalvik, S.(2005). *Skolen som læringsarena: selvoppfatning, motivasjon og læring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skårderud, F. (2012). *Sterk/svak: Håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Gyldendal.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Spielmanns, G. I., Benish, S., Marin, C., Bowman, W., Menster, M., & Wheeler, A. J. (2013). Specificity of Psychological Treatments for Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder? A Meta-Analysis of Direct Comparisons. *Clinical psychology review*. doi: 10.1016/j.cpr.2013.01.008
- Spoor, S. T. P., Stice, E., Burton, E., & Bohon, C. (2007). Pathways to help-seeking in bulimia nervosa and binge eating problems: A concept mapping approach. [Article]. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6), 493-504. doi: 10.1002/eat

- Steel, Z., Jones, J., Adcock, S., Clancy, R., Bridgford West, L., & Austin, J. (2000). Why the high rate of dropout from individualized cognitive behavior therapy for bulimia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 209-214. doi: 10.1002/1098-108X(200009)28:2<209::AID-EAT10>3.0.CO;2-L
- Steele, A. L., Bergin, J., & Wade, T. D. (2010). Self-efficacy as a robust predictor of outcome in guided self-help treatment for broadly defined bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44(5), 389-396. doi: 10.1002/eat.20830
- Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical psychology review*, 14(7), 633-661. doi: 10.1016/S0005-7967(00)00097-8
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. 128 (5), 825-848. doi: 10.1037//0033-2909.128.5.825
- Stice, E., Ziemba, C., Margolis, J., & Flick, P. (1996). The dual pathway model differentiates bulimics, subclinical bulimics, and controls: Testing the continuity hypothesis. *Behavior Therapy*, 27(4), 531-549. doi: 10.1016/S0005-7894(96)80042-6
- Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H.E., & Stein, R.I. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology; Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 836. doi: 10.1037/0021-843X.103.4.836
- Strand, N. (2012). Affektforskning- Ømhet aller viktigst. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 697-699. Hentet 14.februar fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2012/697-699.pdf>
- Swan- Kremeier, L.A., Mitchell, J.E., Twardowski, T., Lancaster, K., & Crosby, R.D. (2005). Travel distance and attrition in outpatient eating disorders treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 38(4), 367-370. doi: 10.1002/eat.20192
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thompson, J. K., & Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current directions in psychological science*, 10(5), 181-183. doi: 10.1111/1467-8721.00144
- Treasure, J. L., Katzman, M., Schmidt, U., Troop, N., Todd, G., & de Silva, P. (1999). Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: First phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive

- behavioural therapy. *Behaviour research and therapy*, 37(5), 405-418. doi: 10.1016/S0005-7967(98)00149-1
- Treasure, J., & Schmidt, U. (2001). Ready, willing and able to change: Motivational aspects of the assessment and treatment of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 9(1), 4-18. doi: 10.1002/erv.390
- Treasure, J., & Ward, A. (1997). A Practical Guide to the Use of Motivational Interviewing. *European Eating Disorder Review*, 5, 102-114. doi: 10.1002/(SICI)1099-0968(199706)5:2<102::AID-ERV201>3.0.CO;2-6
- Troop, N. A., Holbrey, A., & Treasure, J. L. (1998). Stress, coping, and crisis support in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 24(2), 157-166. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199809)24:2<157::AID-EAT5>3.0.CO;2-D
- Vandereycken, W., & Vansteenkiste, M. (2009). Let eating disorder patients decide: Providing choice may reduce early drop-out from inpatient treatment. *European Eating Disorders Review*, 17(3), 177-183. doi: 10.1002/erv.917
- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1665-1671. Hentet 11. januar 2013 fra http://afosterdissertation.wikispaces.com/file/view/van+der+Kolk_Childhood+Origins+of+Self-Destructive+Behavior_1991.pdf
- Vansteenkiste, M., Soenens, B., & Vandereycken, W. (2005). Motivation to change in eating disorder patients: A conceptual clarification on the basis of self-determination theory. *International Journal of Eating Disorders*, 37(3), 207-219. doi: 10.1002/eat.20099
- Velgaard, M. S. (2012). *Motivasjon og unnvikende personlighetsforstyrrelse som prediktorer for sosial fobi pasienters behandlingsutfall*. (Masteroppgave, NTNU). Trondheim: NTNU
- Vitiello, B., & Lederhendler, I. (2000). Research on eating disorders: current status and future prospects. *Biological Psychiatry*, 47(9), 777-786. doi: 10.1016/S0006-3223(99)00319-4
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G.T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical psychology review*, 18(4), 391-420. doi: 10.1016/S0272-7358(98)00012-9
- Wadden, T. A., Butryn, M. L., & Byrne, K. J. (2012). Efficacy of Lifestyle Modification for Long-Term Weight Control. *Obesity Research*, 12(S12), 151S-162S. doi: 10.1038/oby.2004.282

- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Warbrick, C. (2003). *Dette bør du vite om spiseforstyrrelser*. Risør: Esstess- forlaget.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Benedettini, M., & Treasure, J. (2000). Attachment patterns in eating disorders: Past in the present. *International Journal of Eating Disorders*, 28(4), 370-376. doi: 10.1002/1098-108X(200012)28:4<370::AID-EAT4>3.0.CO;2-P
- Ward, A., Troop, N., Todd, G., & Treasure, J. (2011). To change or not to change-‘How’ is the question? *British Journal of Medical Psychology*, 69(2), 139-146. doi: 10.1111/j.2044-8341.1996.tb01858.x
- Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology* (2. utg.). Berkshire: Open University Press.
- Woolfolk, A. (2004). *Pedagogisk psykologi*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Wykes, M., & Gunter, B. (2005). *The media and body image: If looks could kill*. London: Sage
- Øiestad, G.(2009) *Selvfølelsen*. Oslo: Gyldendal akademisk.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Intervjuguide

SPISEFORSTYRRELSER

- Varighet/ alvorlighetsgrad
- Årsak
- Familiesituasjon
- Andre tilleggsdiagnoser

BEHANDLING

- Type behandling/ behandlingsopplegg
- Din erfaring av terapeuten
- Når oppsøkte du hjelp?
- Hvorfor oppsøkte du hjelp?
- Vurdering av nytteighet av hjelp
- Hva føler du har fungert best med behandlingen?
- Hva kunne blitt gjort annerledes?
- Er det noe terapeuten kunne gjort annerledes?
- I hvilken grad har behandlingen vært frivillig?
- Hva er det som motiverer deg til å fortsette behandlingen?

KROPP

- Hvordan vil du beskrive ditt forhold til kropp og vekt?
- Hvorfor er det så viktig å være tynn?
- Hva er viktig for at du skal bli fornøyd med egen kropp?
- Hva ville blitt annerledes dersom du la på deg noen kilo?
- Hva tenker du om slanke personer?

MAT

- Hvordan vil du beskrive ditt forhold til mat?

- Hva gir overspisingen deg?
- Prøver du la være å overspise når behovet melder seg?
- Hva skjer hvis du lar være å overspise de gangene behovet melder seg?
- Hva er det du frykter skal skje dersom du ikke overspiser?

TILFRISKNING

- Når opplever du at du er frisk?
- Hva skal til for at du blir frisk?
- Hva er det som motiverer deg til å gi slipp på sykdommen?
- Hva gjør at du vil beholde den?
- Vil du bli kvitt alle symptomer?
- Hva skal til for å nå det?
- Hva kan hindre deg?
- Er det noe som skremmer deg, i så fall hva?

TILBAKEFALL

- Har du opplevd det?
- Hvorfor sluttet du å oppsøke psykologen?
- Opplever du utfordringer ved behandlingen?
- Hvilke?

Vedlegg 2: Forespørsel om hjelp til masteroppgave

Jeg er masterstudent på NTNU her i Trondheim og skal i år skrive min masteroppgave i psykologi. Masteroppgaven skal omhandle hvordan kvinner med bulimi opplever behandling og tilfriskning.

Det vil bli foretatt ett intervju der spørsmålene vil være relatert til tematikken rundt motivasjon og opplevelse av behandlingen. Varigheten på intervjuet kan variere, men det vil mest sannsynlig være på 30-60 minutter.

På intervjuet vil kun jeg (Hilde) og du som skal bli intervjuet være til stede. For at jeg senere skal skrive ned det som har blitt sagt på intervjuet vil det være nødvendig å ta opptak av dette. Det er kun jeg som vil få tilgang til dette datamaterialet – og dette vil bli slettet så fort jeg har fått skrevet det inn på PC. Du vil bli fullstendig anonymisert i den endelige oppgaven – fullt navn og nøyaktig alder vil ikke bli tatt med så det vil ikke være mulig å identifisere deg. Intervjuet gjennomføres i IKS sine lokaler i Trondheim sentrum. Har du noen flere spørsmål om hva intervjuet skal inneholde bare ta kontakt.

Jeg vil sette veldig pris på de som sier seg villig til å bli intervjuet, og hjelpe meg til å fullføre min oppgave.

Har du lyst til å delta, eller har spørsmål om deltakelsen - ta kontakt når som helst på **mobil: 91732221** eller på **mail: hilde_s89@hotmail.com**

Takk for hjelpen på forhånd!
Hilde Saxi Gildberg (Masterstudent NTNU)

Vedlegg 3: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Mitt navn er Hilde Saxi Gildberg og jeg er masterstudent i psykologi ved NTNU. I forbindelse med min masteroppgave i helse,- organisasjons,- og kommunikasjonpsykologi søker jeg åtte deltagere som er villige til å la seg intervju. Forutsetningen for å delta er at man har bulimi og har vært eller er i en form for behandling.

Intervjuet vil omhandle hvordan kvinner med spiseforstyrrelser opplever motivasjon for behandling.

Intervjuene vil bli tatt opp på en lydopptaker for at jeg skal kunne behandle og transkribere informasjonen mer presist. Intervjuene vil bli oppbevart på lydopptakeren av undertegnede i inntil en uke etter innsamling, deretter slettet. Intervjuet vil bli skrevet ned for at jeg bedre skal kunne tolke det, når det er gjort vil det bli makulert.

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene og prøvene vil bli behandlet uten navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode vil knytte deg til dine opplysninger. Intervjuene blir kun benyttet som analysemateriale og vil ikke bli vedlagt i masteroppgaven. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. De åtte intervjuene vil bli gjennomført høsten 2012 eller våren 2013 og vil ha en varighet på 40-60 minutter. Intervjuene vil bli utført i IKS sitt lokale i Trondheim sentrum. Studien vil bli offentliggjort som en masteroppgave i helse-, organisasjons- og kommunikasjonpsykologi ved NTNU, hvor innleveringsfristen er satt til 15.05.2013. Prosjektet har fått godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene jeg har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Hilde Saxi Gildberg på tlf: 91 73 22 21, eller sende en e-post til hilde_s89@hotmail.com. Du kan også kontakte min veileder Anne Iversen eller Lars Wichstrøm ved institutt for psykologi på telefonnummer 73 59 19 20.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

(Signert av nærstående, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

