

Forord

Som tidligere pasient med alvorlige spiseforstyrrelser er dette et fagfelt som engasjerer meg og står meg nære. Denne muligheten til å fordype meg i et fagfelt jeg kjenner ”fra den andre siden” har vært både givende og inspirerende, og fyller meg med optimisme i forhold til behandlingsutsikter for denne gruppen. Jeg er svært opptatt av det å se personen bak symptomene, da jeg har kjent på kroppen hvor fortvilende det er kun å bli sett som sine symptomer. Jeg har også erfart at det er mange psykologer som ikke ønsker å ta imot pasienter med spiseforstyrrelser, og håper med denne oppgaven å vise at behandlingsapparatet har mye å tilby, og å gi flere tro på at de har noe å tilby disse ”vanskelige” pasientene.

Jeg vil takke min veileder, Roger Hagen, for at han fra første stund uttrykte tro på denne oppgaven, og for at han har vært en god hjelp og støtte gjennom hele skriveprosessen. Jeg vil også takke Henrik Lund ved Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser, Sykehuset Levanger, for at han har bidratt til å sikre det faglige innholdet i oppgaven. Ellers vil jeg takke min mor, Bente Berg, for at hun har lest korrektur på oppgaven, og for at hun fortsatt forsøker å lære meg kommaregler. Jeg vil også takke min gode venn Cecilie Haagensen for mange fine stunder og samtaler om både oppgaven og livet ellers i denne skrivende tiden. En stor takk rettes også til familie og venner som har stilt opp for meg, og latt meg fordype meg i dette arbeidet. Min kjære mann, Sjur Bakka, har vært en uvurderlig støtte, og vist stor overbærenhet med meg og alle mine oppgavenykker, i tillegg til å hjelpe meg med alt det datatekniske. Tusen takk for at du strekker deg så langt for meg! Sist, men aldeles ikke minst, må jeg takke min to solstråler; Vetle og Balder. Tusen takk for at dere *er*, og tusen takk for at dere til en hver tid minner meg på hva som er aller, aller viktigst i livet. Jeg er ubeskrivelig glad i dere.

Sammendrag

Pasienter med spiseforstyrrelser kommer ofte i kontakt med hjelpeapparatet med sterk ambivalens til endring. Som behandler kan det være utfordrende å arbeide med mennesker med spiseforstyrrelser, da mange pasienter ikke er motiverte for behandling og både frafallsandelen og tilbakefallsandelen er nokså stor for denne pasientgruppen.

I fagmiljøet er det enighet om at motivasjonsarbeid er en viktig del av behandlingen av spiseforstyrrelser, men det finnes lite systematisk materiale om *hvordan* man kan arbeide for å øke pasienters endringsmotivasjon. Studier på bruk av motivasjonsfremmende intervensjoner tyder på at de kan øke pasienters behandlingvillighet, bedre den terapeutiske alliansen, redusere frafall og øke mengden pasienter som returnerer til terapi etter frafall. Disse funnene impliserer at man i større grad bør rette fokus på motivasjonsfremmende intervensjoner ved behandling av spiseforstyrrelser.

I denne oppgaven ønsker jeg å gjennomgå litteratur og forskning på motivasjon og motivasjonsfremmende intervensjoner ved behandling av spiseforstyrrelser. Jeg vil også presentere kasuseksempler for å illustrere og levendegjøre det teoretiske stoffet. Oppgaven presenterer verktøy for å arbeide med motivasjon ved behandling av spiseforstyrrelser, og sammenfatter den gjennomgåtte empirien i konkrete råd for hvordan man kan arbeide med å øke motivasjon ved behandling av spiseforstyrrelser.

Innholdsfortegnelse

<i>Prolog - Eufori & Fortvilelse</i>	1
Innledning	3
Hva er spiseforstyrrelser	3
Forekomst og prognose	4
Frafall	5
Motivasjon og ambivalens	5
Problemstilling	7
Motivasjonsbegrepet	8
Den transteoretiske endringsmodellen	8
Selvbestemmelsesteorien (Self-Determination Theory)	10
<i>Frisk som en (syltynn) fisk & Når behandling ikke treffer</i>	12
Hvorfor er motivasjonsarbeid viktig i behandling av spiseforstyrrelser?	14
Studier på bruk av motivasjonsfremmende intervensjoner ved behandling av spiseforstyrrelser .	16
Hvordan undersøke motivasjon?	19
URICA (SCQ)	19
Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire – ANSOCQ	21
Bulimia Nervosa Stages of Change Questionnaire – BNSOCQ	22
RMI – Readiness and Motivation Interview	23
Fordeler og ulemper med RMI vs. selvrapporteringskjema	26
<i>Vendepunktet</i>	27
Hva skjer når motivasjon endres?	29
Beslutningsvekt	30
P-CAN & P-CEN	31
Cockell Decisional Balance (CBD)	32
Mestringstro	33
<i>I en tornado</i>	36
Hvordan jobbe med motivasjon?	37
Motiverende intervju	37
Motiverende intervju ved spiseforstyrrelser	40
Konkrete råd for å fremme motivasjon ved behandling av spiseforstyrrelser	41
Avslutning og oppsummering	46
<i>Epilog – Frisk som en kulerund fisk</i>	48
Referanseliste	49
Appendiks 1	53
Appendiks 2	55
Appendiks 3	59
Appendiks 4	63

Appendiks 565
Appendiks 6 69

Prolog

Vår/sommer 1998

Eufori

Jeg husker første gang jeg la meg sulten – med vilje. Jeg spiste mindre på dagtid enn tidligere, og syntes faktisk maten smakte bedre og at jeg koste meg mer med den på denne måten. I tillegg følte jeg meg så energisk. Energisk og glad. Orket alt! Og vekta raste nedover. Det gikk veldig fort, og jeg følte meg fantastisk. Denne kvelden lå jeg i senga mi, og det brant i magen av sult. Ikke sånn at jeg ble uvel, men det brant og jeg kjente hjertet slå i mellomgulvet. Og der lå jeg, og lot kroppen og sinnet fylles av en underlig ro. Velvære! Mestring! Kontroll! Det var så lett! Jeg lå der i senga mi og var strålende fornøyd med at det brant i magen. At jeg greide å overse sulten. Verden var så oversiktelig og grei akkurat da. Dette var mitt prosjekt. Et hemmelig prosjekt, og jeg var skrekkelig god på det! Og ingen andre kunne slippe inn. Ingen kunne ta fra meg dette. Det var bare mitt, og det var godt!

Sommer 1999

Fortvilelse

Jeg er så sliten. Sliten, fortvilet og veldig, veldig redd. Mitt prosjekt er ikke lenger mitt. Det føles som om hele meg er overtatt av noe annet. Noe som pisker meg rundt i en hvileløs tilværelse med sinnssyke regler og regimer. Og jeg orker ikke mer. Jeg vet at jeg er syk nå. Jeg har anoreksi, og jeg vet det godt. Jeg kjenner det i hele meg. Jeg hører det gjennom familie og venners fortvilte bønner. Jeg kjenner det i avstanden mellom meg og de andre. Jeg ser det i øynene til fremmede jeg møter på gata. Men ingen ser meg. MEG. Og jeg er usikker på om jeg i det hele tatt er her lenger.

Jeg vil ikke dette mer. Men jeg er så redd. Redd for hva som vil skje om jeg ikke adlyder denne kraften i meg. Iblant er den ikke så sterk, og jeg greier å kjempe. Litt. I dag har jeg syklet til torget og kjøpt moreller. 100 gram blussende rød-lilla moreller ligger i en brun papirpose foran meg på teppet. Det er en deilig sommerdag. Jeg er ute og jeg har 100 gram saftige moreller i en pose. Jeg har bestemt meg for at jeg skal spise dem, selv om de ikke hører hjemme i reglene. I min kostliste er det ikke rom for moreller. Jeg tar én prøvende i hånden. En morell. Denne idylliske sommerdagen

sitter ei veldig tynn jente på et pledd på ei plen og stirrer på en morell. Og den vokser. Den vokser og blir større og større, og jeg kan kjenne hvordan den prøver å snike seg ned i magen min og fylle meg opp. Men det er jo bare en morell, prøver jeg meg med, men en morell betyr flere moreller, og hvis jeg først begynner å bryte reglene vil alt rakne. Alt. Angsten ved denne tanken overskygger alt annet, og jeg styrter ut i krattet og slenger den brune posen på bakken og tråkker på den. Vrir foten i bakken slik at posen revner, morellene revner og jeg revner.

Jeg greier ikke å sitte på pleddet lengre. Jeg pakker sammen og sykler videre. Videre og videre og videre, mens min egen fortvilelse vokser seg større og større og større.

Innledning

Hva er spiseforstyrrelser

En spiseforstyrrelse innebærer vansker med å forholde seg til mat, men også til sine egne tanker og følelser. Denne dualiteten har blant annet blitt beskrevet slik:

«Ved spiseforstyrrelser er maten og kroppen blitt et språk for å takle følelser og livsproblemer. Spiseforstyrrelser handler alltid om lav og svingende selvfølelse. Han eller hun erfarer dårlig kontroll over deler av livet. Kontrollen over maten og kroppen kan være et forsøk på å oppnå kontroll og bedre selvfølelse. Ved å mestre kroppen og appetitten, mestrer man da noe. Eller maten og kroppen kan være tilfluktsstedet fra ubehagelige og forvirrende følelser. Det er et sted å gjemme seg. Enn så lenge» (F. Skårderud, 2004, p. 8).

Spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse på flere, beslektede tilstander med varierende alvorlighetsgrad. Spiseforstyrrelser kan være en mer eller mindre bevisst måte å undertrykke eller kontrollere følelser på, eller et forsøk på å øke autonomi og mestring i en opplevd vanskelig livs- eller familiesituasjon. Over tid gir en slik mestringsstrategi et nytt problem, spesielt fordi symptomer og komplikasjoner kan bli alvorlige og noen ganger livstruende (Statens helsetilsyn, 2000).

Alvorlige spiseforstyrrelser beskrevet i dagens diagnosemanualer omfatter anorexia nervosa, atypisk anorexia nervosa, bulimia nervosa samt atypisk bulimia nervosa. I tillegg kommer en gruppe omtalt som atypiske spiseforstyrrelser, blant annet med patologisk overspising (binge eating disorder) og tilstander hvor ett av kriteriene for anoreksi eller bulimi ikke er oppfylt (Statens helsetilsyn, 2000).

I dagens fagmiljø er en utbredt holdning at anoreksi og bulimi er beslektede tilstander som ofte opptrer i ulike faser av en generell lidelse vi kaller spiseforstyrrelser (Rør, 2009). Mange pasienter sier selv at de har alle typene spiseforstyrrelser, ved at de periodevis har et restriktivt matinntak for senere å overspise og kompensere ved oppkast, eller å overspise uten å kompensere (Arne, 2008). Også i retningslinjer utgitt av Statens helsetilsyn (2000), oppfordres behandlere til å se de allmenpsykologiske aspektene ved spiseforstyrrelser bak de ulike diagnostiske betegnelse. I denne oppgaven velger jeg hovedsakelig å omtale spiseforstyrrelser som en gruppe, og jeg vil derfor ikke gå videre inn på de ulike diagnostiske gruppene. Lesere som ønsker utfyllende

informasjon om de ulike diagnosegruppene, henvises til ICD-10 og DSM-IV (APA, 2000; WHO, 1992).

I mange tilfeller har pasienter med spiseforstyrrelser også komorbide lidelser, som for eksempel personlighetsforstyrrelser, angst, depresjon og rusmiddelmisbruk (Braun, Sunday, & Halmi, 1994; J. Rosenvinge & Pettersen, 2006).

Forekomst og prognose

Spiseforstyrrelser oppfattes gjerne som en kvinnelidelse da over 90 % av pasientene er kvinner¹ (Røer, 2009). Det er beregnet at omtrent 50 000 norske kvinner i aldersgruppen 15-45 år har en alvorlig, behandlingstrengende spiseforstyrrelse (J. H. Rosenvinge & Gøtestam, 2002). Prevalens for anoreksi ligger på 0,2–0,4 % (F. Skårderud, Rosenvinge, & Gøtestam, 2004), mens den for bulimi ligger på 1–2 % (Statens helsetilsyn, 2000). For overspisingslidelse antydes det en prevalens på mellom 1,5 % og 3,2 % (J. H. Rosenvinge & Gøtestam, 2002).

Om lag 30 % av de med anoreksi er i behandling, mens kun 6 % av de med bulimi er i behandling (F. Skårderud, 2004). Med tanke på lidelsens alvorlighetsgrad, er det bekymringsfullt at så få oppsøker hjelpeapparatet. Anoreksi er vår mest dødelige psykiske lidelse, og for tenåringsjenter i Europa er anoreksi den tredje vanligste dødsårsaken etter ulykker og kreft. Dødeligheten er lavere for de som er i aktiv behandling enn de som er utenfor behandling (F. Skårderud, 2004).

Ca. 60 % av personer med spiseforstyrrelse som kommer i behandling blir helt friske. Av de som ikke blir helt friske blir om lag halvparten bedre, men fortsetter å ha noen symptomer eller andre psykiske plager. For den andre halvparten vil spiseforstyrrelsen bli en vedvarende lidelse (F. Skårderud, 2004). Behandling hjelper altså for mange, men det må likevel nevnes at et normalt spisemønster og positiv kroppsoppfatning ikke automatisk bedres ved vektoppgang og regelmessig menstruasjon: Flere undersøkelser viser at ca. 50 % har symptomer selv 10-20 år etter avsluttet behandling (Statens helsetilsyn, 2000).

¹ Jeg vil i denne oppgaven omtale pasienten som ”hun”, da de fleste av pasientene med spiseforstyrrelser er kvinner.

Frafall

Prematur avslutning av behandling (fracfall) er en velkjent utfordring i behandling av spiseforstyrrelser. Forskning viser at spiseforstyrrelser er forbundet med en fracfallsrate på opptil 70 % for pasienter som i poliklinisk behandling (Swan-Kremeier, Mitchell, Twardowski, Lancaster, & Crosby, 2005). Rapporterte fracfallsrater for pasienter innlagt på spesialposter med anoreksi på strekker seg fra 20,2 % til 51 % (Wallier, et al., 2009).

Frafall betraktes vanligvis som tegn på manglende ønske om behandling eller sterk motstand mot behandling. De fleste studier på fracfall har fokusert på hvilke pasientkarakteristikker som assosieres med større sannsynlighet for fracfall (jfr: Dalle Grave, Calugi, Brambilla, & Marchesini, 2008; Tasca, Taylor, Ritchie, & Balfour, 2004). Få studier har derimot rettet fokus mot behandlingskarakteristikker eller aspekter av den terapeutiske relasjonen i forhold til fracfall. Dette til tross for at det foreligger økende evidens for at terapi- og terapeutkarakteristika og relasjonen mellom pasient og terapeut kan ha innvirkning på fracfall (Clinton, 1996; Morlino, et al., 2007; Vandereycken & Pierloot, 1983; Vandereycken & Vansteenkiste, 2009; Wallier, et al., 2009).

Motivasjon og ambivalens

Viktige elementer ved spiseforstyrrelser er motstridende følelser og ambivalens. Pasienter er som regel svært redde for å gi slipp på sine mestringsstrategier rundt mat og vektkontroll og kommer ofte i kontakt med hjelpeapparatet med en sterk ambivalens til behandling. Mange pasienter er også ambivalente til å bli friske. De opplever gevinster knyttet til sine symptomer og kan være redde for å gi slipp på dem (F. Skårderud, 2004). Som behandler kan det være utfordrende å arbeide med mennesker med spiseforstyrrelser. Man kan oppleve voldsomt press fra familien, og man kan selv oppleve stor endringstrang i møte med mange av disse pasientene. For pasienten kan de opplevde fordelene ved lidelsen være større enn ulempene, og i behandling må man respektere pasientens ønsker selv om de ikke tilsvarer behandlerens. Mål for behandlingen må alltid sees i lys av pasientens sykdomshistorie, ressurser og motivasjon for endring (Statens helsetilsyn, 2000). Statens helsetilsyn skriver dette om motivasjonsarbeid ved behandling av spiseforstyrrelser:

«Både klinisk erfaring og forskning peker på at det som virkelig kan snu sykdomstilstanden er at pasienten selv tar en beslutning om å komme seg ut av spiseforstyrrelsen. Når og hvorfor en slik beslutning tas vil variere mye, og ikke alltid som følge av behandling. I behandlingssammenheng er motivasjonsarbeid og allianse grunnlaget for at pasienten selv ønsker å komme ut av sin

spiseforstyrrelse» (Statens helsetilsyn, 2000, p. 32).

En økende mengde litteratur foreslår at måten ambivalens håndteres på i terapi er kritisk for den terapeutiske alliansen og kan påvirke pasientens mottakelighet for endring og behandling (Cockell, Geller, & Linden, 2003). I Statens retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser nevnes lav behandlingsmotivasjon som en negativ prognostisk faktor ved anoreksi, og det står videre at motivasjon for endring er en viktig faktor i behandlingsforløpet.

«Motivasjon for behandling er ikke en enhetlig størrelse som pasienten «har» (eller ikke har) det er snarere en behandlingsoppgave i seg selv å fremme en slik motivasjon gjennom en psykoterapeutisk holdning. Behandlingsmotivasjonen må bygges opp, uten at det dermed er sagt at slik motivasjon gradvis øker gjennom behandlingstiden» (Statens helsetilsyn, 2000, p. 32).

Selv om man betoner motivasjonsarbeid som et hovedtema for behandling, er det heller lite beskrevet i litteraturen hvordan man kan jobbe med motivasjon i behandlingen av spiseforstyrrelser. Innenfor behandling er det heller ikke normal praksis å avdekke grad av motivasjon hos pasienter med spiseforstyrrelser på en systematisk måte. Dette er heller en subjektiv klinisk vurdering den enkelte behandler gjør, som kan føre til at kvalitetssikringen ikke blir den beste. Den høye frafallsandelen fra behandling i denne pasientgruppen, samt den lave andelen som er i aktiv behandling for sine spiseforstyrrelser, er begge gode argumenter for at mer målrettet arbeid med motivasjon vil være nyttig og bør bli et satsningsområde i behandlingen av spiseforstyrrelser.

Problemstilling

I denne oppgaven ønsker jeg å gjennomgå litteratur og forskning på motivasjon og motivasjonsfremmende arbeid ved behandling av spiseforstyrrelser. Jeg vil også presentere kaseksemppler for å illustrere og levendegjøre det teoretiske stoffet. Kaseksemplene er hentet fra egne erfaringer med alvorlige spiseforstyrrelser og veien ut av spiseforstyrrelsene.

Oppgavens hovedtema er motivasjonsarbeid ved behandling av spiseforstyrrelser. For å arbeide med motivasjon er det nødvendig å vite noe om pasientens opprinnelige motivasjonsstatus, hva som fører til at individer endrer motivasjon og hvordan man terapeutisk kan arbeide med å øke motivasjonen for endring hos disse pasientene. Jeg ønsker derfor å besvare følgende tre spørsmål i hovedoppgaven:

- Hvordan kan man undersøke motivasjon?
- Hva skjer når motivasjon endres?
- Hvordan kan man jobbe med motivasjon?

Før jeg tar for meg oppgavens hovedtema vil jeg rette søkelys mot motivasjonsbegrepet for å klargjøre hva vi legger i begrepet motivasjon. Jeg vil også argumentere for hvorfor motivasjonsarbeid er viktig i behandling av spiseforstyrrelser, samt presentere funn fra studier av motivasjonsfremmende intervensjoner ved behandling av spiseforstyrrelser.

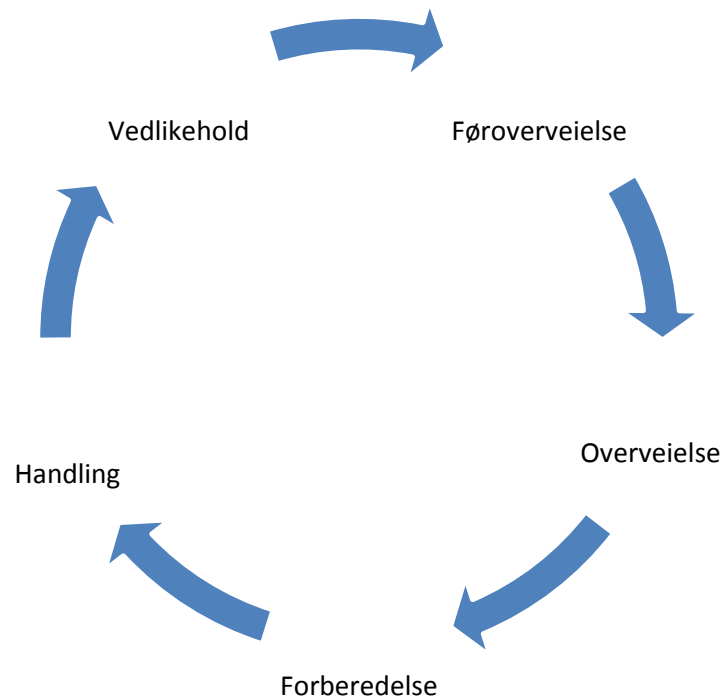
Motivasjonsbegrepet

Konseptet motivasjon har blitt nevnt i klinisk litteratur omhandlende spiseforstyrrelser siden den første beskrivelsen av anoreksi på 1900-tallet. Siden 1990-tallet har interessen for motivasjonsdynamikk økt, og det er bred enighet i fagfeltet om at motivasjon og ambivalens er en særlig utfordring i arbeid med spiseforstyrrelser (J. Geller & Drab, 1999; Vansteenkiste, Soenens, & Vandereycken, 2005; Vitousek, Watson, & Wilson, 1998). Denne økende interessen har fulgt en generell trend i de siste tiårene der motivasjon som tema står i fokus på mange kliniske områder. Ulike motiverende tilnærminger har blitt utviklet i forsøk på å forhindre at pasienter faller fra behandling, for å øke deres engasjement i behandling, og for å bedre kort- og langsiktige utfall av terapi.

Motivasjonsbegrepet i seg selv er det dog ingen felles konsensus om innen fagmiljøet. Dette blir veldig tydelig når jeg forsøker å finne en definisjon av begrepet i faglitteraturen. Det dukker opp en rekke artikler om motiverende arbeid og motiverende strategier i behandling, men veldig lite om selve begrepet motivasjon og hva vi egentlig legger i dette. Miller og Rollnick (1991, p. 91) tilbyr følgende definisjon av begrepet: «*the probability that a person will enter into, continue, and adhere to a specific change strategy*». Med denne definisjonen er motivasjon en bakenforliggende kraft for all viljestyrt aktivitet. Uten motivasjon vil vi ikke gjøre noe, og motivasjon er med dette en forutsetning for all handling.

Den transteoretiske endringsmodellen

Det mest kjente teoretiske rammeverket for motivasjon er den transteoretiske endringsmodellen; TTM (Prochaska & Velicer, 1997). Denne modellen har vært gjenstand for omfattende forskning og forsøker å forklare prosessen ved atferdsendring (Gusella, Bird, & Butler, 2003). Den ble opprinnelig utviklet ved arbeid med rusmisbrukere, men har vist seg å være overførbart til andre lidelser, herunder spiseforstyrrelser. Modellen presenterer endringsstadier som individer ofte beveger seg gjennom på vei mot atferdsendring. Oftest snakker man om fem stadier; føroverveielse, overveielse, forberedning, handling og opprettholdelse, som til sammen utgjør et endringshjul som er illustrert i figuren nedenfor:



Figur 1: Endringshjulet

Når en pasient er i føroverveielstadiet tenker hun ikke på å endre sin nåværende atferd og opplever ofte ikke denne som problematisk selv. Det er ikke så uvanlig at pasienter med spiseforstyrrelser møter behandlingsapparatet med denne innstillingen (Vitousek, et al., 1998). Noen studier viser at 20 % av de med anoreksi er på dette stadiet når de oppsøker behandling (Blake, Turnbull, & Treasure, 1997).

Overveielsesfasen er ofte preget av ambivalens. Pasienten begynner å oppleve og erkjenne de problemene hennes atferd innebærer for henne. Hun tenker på endring, men er usikker på om det er noe hun våger (F. Skårderud, 2004). Blake et al. (1997) fant at 30 % av pasientene som søkte behandling for spiseforstyrrelser var i dette stadiet.

Pasienter som ønsker å endre egen atferd, men er usikker på hvordan de skal gå fram er i forberedelsesfasen. De fleste pasienter opplever dette som en følelsesmessig ustabil fase (Mais, Olsen, & Martinsen, 2008). I handlingsfasen gjør pasienten nettopp det; handler og arbeider aktivt med å endre sin atferd. Praktiske problemer blir identifisert og forsøkt løst. I vedlikeholdsfasen har pasienten gjennomført de endringene hun ønsket og forsetter å arbeide for å opprettholde disse og ikke falle tilbake i gamle mønster (Mais, et al., 2008).

Det primære målet til denne modellen er å beskrive de ulike stadiene pasienter ofte må gjennom for

å oppnå varig endring. Endringsprosessen ses som sirkulær heller enn lineær, og de ulike stadiene er i virkeligheten ikke så adskilte som de fremstår i modellen. Det er for eksempel fullt mulig å befinne seg på flere stadier samtidig, noe som ikke er så uvanlig ved spiseforstyrrelser. Man er ambivalent til endring – man både vil og ikke vil (F. Skårderud, 2004). Den transteoretiske endringsmodellen gir oss et rammeverk for å undersøke endring i motivasjonsstyrke og kan på denne måten sies å være et kvantitativt mål på motivasjon (Nordbø, et al., 2008).

Selvbestemmelsesteorien (Self-Determination Theory)

Selvbestemmelsesteorien (Self-Determination Theory; SDT) er basert på et multidimensjonalt syn på konseptet motivasjon som skiller kvantitet, mengde og intensitet på motivasjon fra kvaliteten på, eller typen av motivasjon. SDT tilfører en ny tilnærming til motivasjon ved å hevde at ulike kvalitative aspekter ved motivasjon vil føre til ulike utfall (Vansteenkiste, Sierens, Soenens, Luyckx, & Lens, 2009). Det viktigste skillet er mellom indre (autonom) og ytre (kontrollert) motivasjon (Ryan & Deci, 2000). Både autonom og kontrollert motivasjon driver og styrer atferd, men endringer drevet av autonom motivasjon tenderer å føre til bedre psykologisk helse og bedre langsiktige utfall enn endringer drevet av kontrollert motivasjon (Vansteenkiste, et al., 2005).

Innen SDT tenker man at autonom motivasjon er karakterisert av en følelse av frivillighet og valgmuligheter. I SDT består autonom motivasjon av to underkomponenter: indre motivasjon og godt internalisert ekstern motivasjon; identifisert motivasjon. Indre motivasjon refererer til det å gjøre en aktivitet for aktivitetens skyld; for den glede og det velvære man opplever når man utfører aktiviteten. Når studenter studerer av egen nysgjerrighet og interesse, karakteriseres deres læring av en følelse av frihet og opplevelse av indre kontrollplassering. Indre motivasjon representerer den mest optimale typen motivasjon fordi den fullt ut er autonom eller selvbestemt. Når studenter ikke er spontant tiltrukket av deres studier, kan de allikevel studere på en relativt autonom måte ved at de ser nytten av den lærdommen de tilegner seg og viktigheten av denne for livet videre (Vansteenkiste, et al., 2009).

Også ytre motivasjon tenkes å bestå av to underkomponenter; eksterne reguleringer og introjiserte reguleringer. Eksterne reguleringer representerer den mest kontrollerte og pressende type motivasjon, da man handler for å oppnå belønning eller unngå straff fra eksterne kilder. Personer som handler som følge av eksterne reguleringer, opplever sterke føringar fra omverdenen og en begrenset handlingsfrihet (Vansteenkiste, et al., 2009). Introjiserte reguleringer er delvis

internaliserte og styres av motiver som unngåelse av skam og angst, samt øking av selvtillit. En student som drives av introjisert motivasjon legger for eksempel sterkt press på seg selv for å få et godt resultat på eksamen, men opplever ellers ikke så stor nytte av studiene. Målet er et godt resultat, og ikke nødvendigvis kunnskapen i seg selv. Selv om kravene er selvpåførte, opplever studenten en ytre kontrollplassering i det at det er noen andre som avgjør om studenten når sine mål eller ikke (Vansteenkiste, et al., 2009).

STD underbygger viktigheten av samarbeid mellom behandler og pasient, og at pasienten selv må spille en viktig rolle i utviklingen av eget behandlingsopplegg. Om pasienten kun pålegges å følge regler gitt av eksterne kilder, er det mindre trolig at hun utvikler et eierforhold til prosessen, og endringsmotivasjonen styres mer av ytre forhold enn av indre. I behandling av spiseforstyrrelser innebærer dette at et viktig behandlingsmål er å utvikle identifisert motivasjon og at internalisert motivasjon over tid forhåpentligvis vil oppstå som en følge av dette. Som tidligere nevnt, har mange pasienter fortsatt symptomer 10 – 20 år etter avsluttet behandling, og de færreste pasienter som søker behandling for spiseforstyrrelser vil oppleve umiddelbar glede og velvære ved å endre sin symptomatferd (indre motivasjon). Men ved å arbeide aktivt med å bygge identifisert motivasjon – å vektlegge endringens personlige verdi for pasienten, vil pasienten ha et bedre utgangspunkt for å se nytten av bedring og i større grad evne å følge opp denne når behandlingssamarbeidet reduseres.

Kasus 2

Sommer 1998

Frisk som en (syltynn) fisk!

Foreldrene mine og vennene mine klager over at jeg har blitt så tynn. Jeg er ikke enig! Jeg føler meg bedre enn på lenge. Har masse energi, er lett og sterk i kroppen og føler meg virkelig ovenpå. Vekta raser nedover og det er en fantastisk følelse! Jeg kan klare alt. Jeg har styring og jeg har kontroll. Og så kommer de og vil ta den. De invaderer meg og overdramatiserer voldsomt. Jeg er utrolig irritert, og avfeier dem fullstendig. De gir seg ikke. De blir stadig mer pågående og masete, og jeg trekker meg lengre og lengre unna. Retter stadig mer fokus på meg og mine ting – trening og denne euforiske tilstanden uten sult. Hvorfor skal jeg spise når jeg verken er sulten eller sliten? Etter hvert begynner moren min å snakke om behandling. Jeg er overhodet ikke interessert. Jeg opplever slett ikke at det er noe jeg trenger, men hun gir seg ikke. Til slutt får hun meg med til en psykolog som foretar en diagnostisk vurdering. Jeg kommer triumferende ut med resultatet: Annet enn sykelig undervekt, rapporterer jeg selv ingen andre tegn på spiseforstyrrelser. Jeg mener selv at dette betyr at jeg har rett og alle andre feil. Og nå har jeg det til og med svart på hvitt. Jeg er veldig tynn, men oppfyller ellers ikke de diagnostiske kriteriene for en spiseforstyrrelse. Tvert imot; jeg har det superbra!

VINTER 1998

Når behandling ikke treffer

Jeg er inne i en bulimisk periode. Jeg overspiser og kaster opp nesten daglig, i tillegg til at jeg tar store mengder avføringspiller. Og jeg skammer meg sånn. Det er så skittent. Så uverdige og ekkelt. Jeg er desperat etter å komme tilbake til mitt gamle regime der jeg greide å overstyre disse lystene. Men jeg sprekker gang på gang.

Jeg går til en psykolog. Jeg gjør det kun for å berolige moren min, slik at hun ikke skal mase og være sint på meg. Jeg synes ikke psykologen skjønner noe. Vi snakker ikke om min spiseforstyrrelse. Skammen er for stor til at jeg greier å si noe, og jeg har dessuten ikke lyst til å fortelle ham noe. Han ber meg om å skrive liste over matinntaket mitt, og dette blir faktisk et godt verktøy for meg til å komme tilbake til anoreksien igjen. Jeg skriver en versjon som jeg gir til ham, der jeg dikter opp et nøkternt, men tolererbart matinntak – sett fra hans ståsted. I tillegg har jeg mine egne lister, der

jeg nitidig fører opp alt jeg spiser. Hver dag er målet ikke å overspise og å spise litt mindre enn jeg gjorde dagen før. Og jeg greier det! Jeg slutter nesten helt å overspise og kaste opp, og vekta fortsetter å krype nedover og nedover. Så jeg sitter på kontoret hans med magen full av avføringstabletter og dikter opp kostlister og snakker om familien min. Jeg husker ikke så mye av disse timene, bare at jeg ofte måtte låne noen (på grunn av avføringstablettene) og at han sjelden så på meg. Det var godt da jeg slapp å gå dit mer.

Hvorfor er motivasjonsarbeid viktig i behandling av spiseforstyrrelser?

Behandlere som arbeider med spiseforstyrrelser opplever ofte å være i en posisjon der de skal oppmuntre til endring når pasienten selv ikke opplever sine symptomer som et problem. Til forskjell fra mange andre psykiske lidelser hvor pasienter opplever symptomer som klart frustrerende og plagsomme, er spiseforstyrrelser mer uvanlige i og med at noen pasienter opplever verdifulle funksjoner av lidelsen i sine liv (Serpell, Treasure, Teasdale, & Sullivan, 1999; Vitousek, et al., 1998). Selv når de konfronteres med potensielt svært helseskadelige aspekter ved symptomene, viser en stor andel av pasientene ikke kognitiv innsikt eller emosjonelle reaksjoner relatert til sin egen fysiske og psykiske helse (Hasler, Delsignore, Milos, Buddeberg, & Schnyder, 2004). Spiseforstyrrelsen kan gi en verdsatt identitet, en måte å oppnå kontroll på i en ukontrollerbar verden. Den blir en mestringsstrategi for å håndtere uønskede følelser eller en metode for å slippe å forholde seg til vanskelige erfaringer (J. Geller, Brown, Zaitsoff, Goodrich, & Hastings, 2003) En pasient med anoreksi skriver dette til sin spiseforstyrrelse: *"Du gjør meg unik! Jeg kan ikke bli forvekslet med noen andre fordi jeg avtegner meg med tydelig omriss fra resten av verden! Du gir meg en entydig identitet. Ingen andre mennesker har anoreksi på akkurat samme måte som meg! Jeg skiller meg tydelig fra andre mennesker. Ved å være tynn unngår jeg å være alminnelig. Tanken på å være alminnelig er forferdelig, for det er å være ingen"* (F. Skårderud, 2004, p. 32).

Pasienter med anoreksi søker sjelden behandling frivillig. De fleste kommer under press fra andre, og pasientens mangel på bekymring over egen tilstand kan stå i skarp kontrast til familie og venners dype bekymring (Vitousek, et al., 1998). De få som oppsøker behandling på egen hånd søker typisk hjelp for overdreven fokusering på mat, samt depresjon og angst heller enn sin faretruende lave vekt (Hall, 1982). Tynnheten gir dog aldri den varige selvtilliten og emosjonelle roen pasienten forsøker å oppnå. Derimot fanges individet i en stadig spiral der forestillingen om at hvis vekten bare går ned litt til, så vil det komme. Tross alt; hun føler seg bedre når hun går ned i vekt, og hun føler seg verre når hun legger på seg (Vitousek, et al., 1998).

Individer med bulimi deler sentrale antakelser med individer med anoreksi, hvor selvevaluering er sterkt knyttet til kroppsvekt og form. Begge gruppene deler frykt for fett, frykt for tap av kontroll over spising og et ønske om å manipulere matinntaket for å oppnå vektkontroll. En viktig forskjell er imidlertid at pasienter med bulimi ofte er bekymret og frustrert over sin tilstand og sine symptomer (Vitousek, et al., 1998).

Ved bulimi oppsøker flere behandling på eget initiativ, men også i denne gruppen er endringsmotivasjonen ofte kompleks. Selv om få bulimikere ser på sine symptomer som en oppnåelse, er mange ambivalente til endring. Overspising og tømning innehar flere positive og negative forsterkende egenskaper som bulimikeren kan ha vansker med å gi slipp på. Noen kan være like uvillige til å endre på slankeatferd og vektkontrollstrategier som pasienter med anoreksi, og kommer egentlig i behandling for å få hjelp til å rendyrke en anoreksi (Vitousek, et al., 1998). Gitt at tynnhet er et høyt verdsatt og ønsket mål, er det ikke overraskende at individer som gjentatte ganger har forsøkt og feilet i å oppnå nettopp det, vil være mer villig til å endre atferd og mål enn de som har lyktes i å oppnå dette målet. Mens anorektikeren har kontroll over mat, kropp og vekt, svinger bulimikeren mellom fasting og overspising, og gjennomsnittelig ligger de vektmessig i, eller litt i overkant av normalområdet. De fleste pasienter med bulimi skammer seg over sine egne symptomer, og motstanden mot å avsløre bulimisk atferd kan være den største utfordringen i behandlingen (Vitousek, et al., 1998).

Det motiverende ståstedet ² kan være spesielt velkomment ved spiseforstyrrelser, da både frafallsandelen (Swan-Kremeier, et al., 2005) og tilbakefallsandelen er nokså høy (Kahn & Pike, 2001) for denne pasientgruppen. Motiverende tilnærminger i arbeid med spiseforstyrrelser har vært fokus for en økende mengde klinisk og forskningsmessig oppmerksomhet (J. Geller, et al., 2003). Motiverende arbeid baseres på premisser om at det å vise nysgjerrighet og interesse, å minimalisere antakelser om pasientens opplevelse, å fremme åpne diskusjoner om spiseforstyrrelsens funksjon og å avdekke barrierer mot endring hos den enkelte pasienten, er måter behandlere bygger terapeutisk allianse på. I tillegg oppfattes behandlingsmotstand ikke som en karakteristikk hos pasienten, men heller som en "mismatch" mellom behandlingsintervensjoner og pasientens tilstand og ønsker. I kontrast til styrende intervensjoner der behandleren i hovedsak er ansvarlig for behandlingsplanlegging, oppmuntrer man ved en motiverende tilnærming til opprettelse av en samarbeidende relasjon mellom pasient og behandler der pasienten spiller en mer aktiv rolle i beslutninger rundt eget behandlingsopplegg. I behandling av pasienter med anoreksi vil man dog være nødt til å etablere en del regler som ikke er åpne for forhandling (som innleggelse og intravenøs næringstilførsel om vekten blir livstruende lav), men en god terapeutisk allianse kan opprettholdes om man presenterer og implementerer disse på en samarbeidende og respektfull måte (J. Geller, et al., 2003).

En hjørnestein i den motiverende tilnærmingen er vektleggingen av samarbeid i relasjonen mellom pasient og behandler. I en studie av Geller et al. (2003), der de sammenlignet dirigerende og

² "The motivational approach"

samarbeidende behandlingstilnærminger, fant de at både behandlere og pasienter opplevde intervensjoner preget av samarbeid som mer akseptable og ville mer sannsynlig føre til ønskelig utfall enn styrende intervensjoner. Dette underbygger den antatte viktigheten av å bygge en god terapeutisk allianse (J. Geller, et al., 2003). Å involvere pasienten i behandlingsplanleggingen kan hjelpe henne i å mestre sin egen angst for endring. Dette kan være spesielt viktig da tidligere forskning har vist at individer med spiseforstyrrelser mindre sannsynlig vil arbeide aktivt med endring om de opplever høye nivå av stress (J. Geller, Cockell, & Drab, 2001).

Pasientinvolvering er også i tråd med den tidligere presenterte selvbestemmelsesteorien (s. 10) der man antar at endring som følge av autonom motivasjon (etter pasientens eget ønske) fører til bedre og mer varig endring enn om den motiveres av eksterne faktorer (som et strengt behandlingsopplegg pasienten er pålagt å følge).

Studier på bruk av motivasjonsfremmende intervensjoner ved behandling av spiseforstyrrelser

I behandling av spiseforstyrrelser har det blitt argumentert for bruk motivasjonsfremmende intervensjoner både i behandlingens initierende fase (Gowers & Smyth, 2004; J. Treasure & Ward, 1997) og som grunnlag for, eller i samarbeid med andre terapeutiske metoder (J. Geller, et al., 2003; J. Geller, Williams, & Srikaneswaran, 2001; J. Treasure & Ward, 1997; Vitousek, et al., 1998). Flere studier presenterer optimistiske funn i forhold til nytten av et motiverende fokus ved behandling av spiseforstyrrelser (Dean, Touyz, Rieger, & Thornton, 2008; Feld, Woodside, Kaplan, Olmstead, & Carter, 2001; J. Geller, et al., 2003; Gowers & Smyth, 2004; J. L. Treasure, et al., 1999; Vandereycken & Vansteenkiste, 2009). Jeg vil gjennomgå funn fra noen av disse studiene og oppsummere kort hvilken betydning denne empirien har for motivasjonsarbeid ved behandling av spiseforstyrrelser.

Treasure et al. (1999) sammenlignet to grupper av pasienter med bulimi som enten fikk motivasjonsfremmende terapi eller kognitiv atferdsterapi i forkant av behandling. De konkluderte i sin studie med at motivasjonsfremmende terapi var effektiv i første fase av behandling. Og til tross for at fokus var rettet mot motivasjon heller enn symptomreduksjon, var motivasjonsfremmende terapi like effektiv på kort sikt som kognitiv atferdsterapi i å redusere symptomer som overspising, oppkast og bruk av avføringsmidler.

Feld et al. (2001) gjennomførte en studie av motivasjonsfremmende terapi på pasienter med

spiseforstyrrelser i poliklinisk behandling. I etterkant av intervensjonene rapporterte deltakerne om høyere motivasjon, og majoriteten av dem hadde startet videre behandling.

Gowers & Smyth (2004) undersøkte hvorvidt et motiverende vurderingsintervju hadde betydning for tidlig respons på behandling hos ungdommer med anoreksi. De fant at denne typen intervju medførte en signifikant forbedring av motivasjon, og at 80 % av de som gjennomførte intervjuet forpliktet seg til et behandlingsprogram i etterkant. De konkluderer med at motivasjonsfremmende intervensjoner kan øke motivasjon og forbedre forpliktelse til behandling hos ungdom med anoreksi.

Dean et al. (2008) sammenlignet inneliggende pasienter som fikk gruppebasert motivasjonsfremmende terapi med inneliggende pasienter som fikk standardbehandling. De fant få signifikante forskjeller mellom gruppene, men så klare tendenser til forskjeller mellom gruppene. Dean et al. (2008) konkluderte med at en kort motivasjonsfremmende intervensjon innbakt i et intensivt behandlingsopplegg kan hjelpe pasienten i å bygge langsiktig og varig motivasjon og behandlingsengasjement. Det forelå en interessant forskjell mellom gruppene i utviklingen av motivasjonsskårer; pasienter som mottok motivasjonsfremmende terapi rapporterte stigende motivasjon i tidsrommet fra intervju til oppfølgingsundersøkelse, mens deltakere som fikk standard behandling rapporterte synkende motivasjon i samme tidsrom. Dette kan tyde på at det å plassere pasienter som ikke er handlingsmotiverte i en handlingsrettet behandlingssituasjon kan føre til reduksjon i motivasjon. De fant også at gruppen som mottok motivasjonsfremmende terapi rapporterte om en bedre terapeutisk relasjon med behandlingsteamet, da de opplevde at behandlingsteamet så og anerkjente kampen og vanskene forbundet med symptombedring. De to gruppene viste en signifikant forskjell i forhold til behandlingsstatus på oppfølgingstidspunktet, da *nesten alle* pasientene som hadde mottatt motivasjonsfremmende intervensjoner var i behandling, mens under halvparten av pasientene som mottok standard behandling var i behandling.

Vandereycken & Vansteenkiste (2009) sammenlignet i sin studie to ulike behandlingstilnærminger i forhold til frafall fra behandling. I den ene tilnærmingen var behandlingen i stor grad eksternt styrt, der pasientene hadde få eller ingen muligheter til å gjøre personlige valg. I den andre tilnærmingen maksimerte de pasientens ansvar og valgmuligheter og minimerte grad av ekstern styring for å øke pasientens autonome motivasjon til behandling. Resultater fra denne studien viser en signifikant lavere frafallsrate i den nye tilnærmingen. Funnene kan tyde på at pasienters motivasjon for behandling øker i etterkant av intervensjonen. Vandereycken & Vansteenkiste (2009) rapporterer også at innføring av motivasjonsfremmende intervensjoner øker antallet pasienter som returnerer til

behandling etter frafall økt. Pasientene oppfatter beskjednen om at ”døren vil være åpen når du føler deg rede for behandling”.

Geller et al. (2003) gjorde en studie av hvordan terapeuter og pasienter bedømte nytten av dirigerende og samarbeidende intervensjoner gjennom skrevne vignetter. De ønsket å undersøke hvorvidt måten behandlingsintervensjoner formidles på (for eksempel om pasienten er aktivt deltakende i behandlingsplanleggingen), påvirker behandlingens utfall. Geller et al. (2003) fant at både behandlere og pasienter bedømte intervensjoner med utspring i samarbeid mellom pasient og behandler som mer akseptable og mer sannsynlige i å føre til ønskede utfall enn dirigerende intervensjoner. I denne studien rangerte de mest ambivalente pasientene de styrende intervensjonene som mindre akseptable enn pasienter som var mindre ambivalente. Disse funnene foreslår at individer som er svært ambivalente til endring kan være spesielt følsomme for dirigerende intervensjoner. Resultatene fra studien antyder at kliniske møter som er mottakelige for pasientens ønsker og involvering i egen behandling oppleves som mer positive enn dirigerende symptomfokuserende tilnærminger.

Sett under ett gir disse studiene oss gode argumenter for bruken av motivasjonsfremmende intervensjoner i behandlingen av spiseforstyrrelser. Denne forskningen understreker viktigheten av å opprette en åpen dialog om motivasjon og ambivalens mellom behandler og pasient, slik at behandleren unngår å presentere intervensjoner som ikke samsvarer med pasientens ønsker. Det at pasienter med ulik motivasjonsstatus kan tenkes å respondere ulikt på ulike typer behandling, er et godt argument for å undersøke pasienters motivasjonsstatus i begynnelsen av et behandlingsløp. Ved en slik kartlegging i behandlingens initierende faser kan man finne ut om motivasjonsstatus har prediktiv verdi i forhold til frafall og bedring, samt undersøke hvordan ulike intervensjoner fungerer på pasienter med ulike typer av motivasjonsstatus. På denne måten kan behandleren tilpasse behandlingen etter pasienten og øke sjansen for et vellykket utfall.

Hvordan undersøke motivasjon?

Å bestemme hvorvidt noen er klar for endring er utfordrende, gitt de konfliktene pasienter med spiseforstyrrelser ofte opplever i forhold til bedring. Som nevnt tidligere i oppgaven (s. 5), er ambivalens til bedring vanlig, ettersom symptomene kan være plagsomme, men nyttige for pasienten på samme tid. For å utarbeide et best mulig behandlingsopplegg for den enkelte pasient, er det viktig å forstå disse motstridende følelsene til bedring så tidlig som mulig.

I en studie av Geller et al. (2002a) ba man behandlere om å angi en pasients klarhet for endring etter et 90 minutter langt inntaksintervju. I kontrast til pasientenes egne vurderinger av endringsaktivitet, var behandlerens vurderinger urelaterte til nesten alle pasientens aktiviteter. Andre studier viser at behandlingsanbefalinger fra terapeuter ofte ikke er kongruente med pasientens eget behandlingsønske (Vitousek, et al., 1998). Som en respons på det åpenbare behovet om å evaluere motivasjon for endring hos pasienter med spiseforstyrrelser, har flere instrumenter blitt utviklet (f.eks. J. Geller & Drab, 1999; Martinez, et al., 2007; McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983; Rieger, et al., 2000).

URICA (SCQ)

Med inspirasjon fra den transteoretiske endringsmodellen (Prochaska & Velicer, 1997) utviklet McConaughy et al. (1983) et spørreskjema bestående av 32 ledd³ designet for å måle de fem endringsstadiene; 1) føroverveielse, 2) overveielse, 3) forberedelse, 4) handling og 5) opprettholdelse. De kalte først dette selvrapporteringskjemaet Stages of Change Questionnaire (SCQ), men det går i dag under navnet URICA (University of Rhode Island Change Assessment).

University of Rhode Island Change Assessment (URICA) ble utprøvd i behandling og resultater indikerte at skjemaet var et reliabelt instrument for å måle endring i psykoterapi (McConaughy, DiClemente, Prochaska, & Velicer, 1989; McConaughy, et al., 1983). URICA har blitt benyttet på pasienter med spiseforstyrrelser, og tidlige resultater foreslo at dette selvrapporteringskjemaet kunne være nyttig i å undersøke ambivalens til endring (Blake W., et al., 1997). Treasure et al. (1999) brukte det i en studie av pasienter med bulimi og fant at de pasientene som klassifiserte til å være i endringsstadiet i behandlingens begynnelse, viste større forbedring i overspising enn de

³ Appendiks 1

pasientene som man klassifiserte til å være i overveiellesstadiet. Det var dog ingen forskjell mellom gruppene i kompenserende atferd. Høyere skårer på handlingsstadiet var også relatert til utviklingen av en bedre terapeutisk allianse.

Selv om noen studier har vist positive funn i forhold til å bruke URICA for å kategorisere endringsstadier hos pasienter med spiseforstyrrelser, har flere studier avdekket mangler ved URICA (f.eks. J. Geller & Drab, 1999; Ward, Troop, Todd, & Treasure, 1996). Spørreskjemaet er først og fremst et generelt motivasjonsmål som refererer til et problem uten å avklare hva dette problemet egentlig omhandler. For å illustrere dette har jeg valgt å ta ut noen ledd fra URICA (McConaughy, et al., 1989):

1. *As far as I'm concerned, I don't have any problems that need changing.*
2. *I think I might be ready for some self-improvement.*
3. *I am doing something about the problems that had been bothering me.*
4. *It might be worthwhile to work on my problem.*
5. *I'm not the problem one. It doesn't make sense for me to be here.*
6. *It worries me that I might slip back on a problem I have already changed, so I am here to seek help.*

Leddene benytter et endimensjonalt og udefinert problematferdsmål, og det er uklart hvilke aspekter av spiseforstyrrelsen pasienten refererer til når hun responderer. Det er lite sannsynlig at et slikt generelt mål kan adressere kompleksiteten i spiseforstyrrelsens symptomatologi, noe som lett kan føre til misforståelser og feiltolkninger. Et eksempel på dette kan være en undervektig pasient som ikke ønsker å endre sitt spisemønster, men som allikevel fremstår som motivert og endringsvillig på påstanden *"I am actively working on my problems"*, om hun definerer problemet som emosjonelle eller relasjonelle vanskeligheter. Behandleren kan tolke pasientens respons som at hun ønsker å endre på sine symptomer relatert til sin spiseforstyrrelse, og en slik misforståelse vil neppe fremme en god terapeutisk allianse eller underbygge et godt behandlingsresultat. Å trene eller ikke trene, å røyke eller ikke røyke er ganske greit å undersøke med bruk av URICA, men det egner seg ikke like godt til bruk ved spiseforstyrrelser. En pasient med bulimi kan redusere overspising, men fortsette med oppkast og restriktiv atferd, og kan på denne måten skåre høyt på flere stadier – alt ettersom hva man har i tankene ved måling. Dette bekreftes av Ward et al. (1996) som i en undersøkelse fant at majoriteten av pasienter med anoreksi befant seg i både føroverveielles-, overveielles- og endringsstadiet. En videre begrensning ved URICA omhandlet at selv om skjemaet klassifiserte

majoriteten av pasientene til å være i handlingsstadiet var den kliniske opplevelsen at de fleste var svært ambivalente (Ward, et al., 1996). Spiseforstyrrelser er distinkte i det at kjernesymptomene består av flere atferdsmessige, kognitive og affektive trekk. Gitt at individer kan være mer villige til å endre på noen av disse trekkene og mindre villige til å endre andre, er måleinstrumenter som kan fange opp dette nødvendig (J. Geller & Drab, 1999).

Som en følge av denne kritikken, har man brukt URICA som utgangspunkt og utviklet selvrapporteringsinstrumenter som retter seg spesielt mot pasienter med spiseforstyrrelser. Eksempler på slike skjema er Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ)⁴ og Bulimia Nervosa Stages of Change Questionnaire (BNOSCQ)⁵ (Martinez, et al., 2007; Rieger, et al., 2000).

Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire – ANSOCQ

ANSOCQ er et selvrapporteringskjema bestående av 20 ledd som måler anorektisk symptomatologi, inkludert opplevelse av kroppsfasong, vekt, spiseatferd, vektkontrollstrategier, emosjonelle vansker, personlighetskarakteristikk og mellommenneskelige vansker (Rieger, et al., 2000). Leddstrukturen for ANSOCQ er utarbeidet i tråd med den transteoretiske endringsmodellen (Prochaska & Velicer, 1997). Hvert ledd refererer til et spesifikt symptom og inneholder fem påstander som representerer de ulike stadiene; føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling og vedlikeholdelse. For hvert ledd bes individet om å velge den påstanden som best beskriver hennes nåværende holdning eller atferd i forhold til å endre det aktuelle symptomet. Skårer på hvert ledd går fra 1 (føroverveielse) til 5 (vedlikeholdelse av endring), med en totalskåre som strekker seg fra 0 til 100. Om individet krysser av for mer enn én påstand for ett ledd beregnes skåren ut fra gjennomsnittet av disse.

Et eksempel på ett av leddene i ANSOCQ er beskrevet nedenfor (Rieger, Touyz, & Beumont, 2002):

Body shape and weight

- 1. As far as I am concerned I do not need to gain weight.*
- 2. In some ways I think that I might be better off if I gained weight.*
- 3. I have decided that I will attempt to gain weight.*
- 4. At the moment I am putting in a lot of effort to gain weight.*

⁴ Appendiks 2

⁵ Appendiks 3

5. *I am working to maintain the weight gains I have made.*

Forfatterne argumenterer for at ANSOCQ er et godt psykometrisk instrument for å måle hvorvidt pasienter er rede for å endre sine anorektiske symptomer (Rieger, et al., 2000; Rieger, et al., 2002). Skårer fra starfasen i behandling målt ved ANSOCQ var signifikant assosiert med vekttoppgang hos pasienter under deres innleggelse i sykehus. Da funnene generelt støtter de psykometriske egenskapene til ANSOCQ, kan instrumentet vise seg å være nyttig i å undersøke motivasjon og klarhet for endring hos pasienter med anoreksi. ANSOCQ var en sterkere predikator for vekttoppgang enn URICA, og man har også funnet en tendens til å overestimere pasienters klarhet for handling ved bruk av URICA. I sin studie fant for eksempel Rieger et al. (2000) at 5,6 % av pasientene befant seg i handlingsstadiet ved bruk av ANSOCQ, mens resultater fra URICA viste at 37,1 % av de samme pasientene var i handlingsstadiet.

Bulimia Nervosa Stages of Change Questionnaire – BNSOCQ

The Bulimia Nervosa Stages of Change Questionnaire (BNSOCQ) er en videreutvikling av ANSOCQ som retter seg spesielt mot individer med bulimi (Martinez, et al., 2007). Dette skjemaet er et selvrapporteringskjema bestående av 20 ledd relatert til symptomatologi forbundet med spiseforstyrrelser og bulimi, som kroppslig misnøye, overspising, vektkontroll, kompensatorisk atferd, følelse av mangel på kontroll og emosjonelle, personlighetsmessige og mellommenneskelige problemer (Martinez, et al., 2007). Dette er det første selvrapporteringskjemaet utviklet for å måle endringsmotivasjon ved bulimi, og er utviklet for klinisk bruk så vel som i forskningsmessig arbeid med denne pasientgruppen. Pasienter med bulimi rapporterer ofte varierende motivasjon knyttet til ulike symptomer. Å måle endringsmotivasjon av for eksempel overspising og kompensatorisk atferd hver for seg øker sannsynligheten for å få et riktigere bilde av pasientens ønsker for behandling (Dunn, Neighbors, & Larimer, 2003).

(Martinez, et al., 2007) rapporterer at de psykometriske egenskapene til skjemaet er gode, og det virker å være et godt selvrapporteringsinstrument i forhold til å kartlegge endringsmotivasjon hos pasienter med bulimi. Et eksempel på et av leddene i BNSOCQ er beskrevet nedenfor (Martinez, et al., 2007):

14. *The following statements refer to food restriction during meals to control your weight:*

a) *There is nothing wrong in food restriction to control my weight.*

- b) I have been thinking that there may be problems associated with food restriction to control my weight.*
- c) I have decided that I will attempt to stop using food restriction to control my weight.*
- d) I am putting a lot of effort to stop using food restriction to control my weight.*
- e) I have managed to stop using food restriction to control my weight and hope to stay this way.*

En svakhet ved BNSOCQ er at det i noen ledd mangler en klar vurdering av handlingsstadiet, her illustrert ved ledd 12 (Martinez, et al., 2007):

12. The following statement refer to binge-eating episodes (the consumption of large amount of food and with a feeling of loss of control) that you have:

- a) It is impossible to stop my binge eating because I'm not going to control it.*
- b) I am not sure whether I am going to stop my binge eating.*
- c) I am becoming increasingly confident that I am going to stop my binge eating.*
- d) I am confident that I am going to stop my binge eating.*
- e) I am confident that I can use strategies to stop my binge eating if it appears again.*

Påstand D i dette eksempelet skal i utgangspunktet måle hvorvidt respondenten er i handlingsstadiet for påstanden om overspising, men måler egentlig respondentens overbevisning om at hun skal greie å stoppe overspisingen. Påstanden omhandler pasientens tro på endringsevne, ikke hvorvidt respondenten faktisk gjør noe aktivt for å endre denne atferden. Om påstanden skal måle endring må den undersøke hvorvidt respondenten aktivt gjør noe for å stoppe overspising. Samme problem støter man på i ledd 13 og 20 i BNSOCQ.

RMI – Readiness and Motivation Interview

Readiness and Motivation Interview (RMI) er et semistrukturert intervju som gir informasjon om individers klarhet og motivasjon for å endre sine symptomer på spiseforstyrrelser (J. Geller & Drab, 1999). Det bygger på rammeverk og prinsipper hentet fra motiverende intervju (MI) (Miller & Rollnick, 2002), den transteoretiske endringsmodellen (se side 8) og det diagnostiske verktøyet Eating Disorder Examination (EDE) (Cooper & Fairburn, 1987)⁶. RMI opererer med tre ulike

⁶ EDE er et semistrukturert intervju utviklet for å undersøke den spesifikke psykopatologien ved anoreksi og bulimi som brukes over hele verden og har gode psykometriske egenskaper (Cooper, Cooper, & Fairburn, 1989)

stadier; føroverveielse, overveielse og handling. Det legges stor vekt på intervjuets samarbeidende natur og det å signalisere at det ikke finnes riktige og uriktige svar. Terapeuten inntar en nysgjerrig, aksepterende og åpen holdning og viser genuin interesse for pasientens erfaringer.

Intervjuet gir et standardisert format for å stille spørsmål om motivasjon og endringsklarhet. Spørsmålene er utformet slik at de ikke uttrykker forutinntatte antakelser om pasientens opplevelse av egen tilstand og legger stor vekt på at intervjueren er interessert i pasientens unike erfaring. Intervjuerens ståsted og holdning er et sentralt element i intervjuet, og man ønsker å uttrykke aksept og nysgjerrighet omkring den ambivalensen pasienten opplever. Dette ståstedet er ment å fremme en mer åpen og ærlig diskusjon om klarhet og motivasjon for endring.

RMI er strukturert på lignende måte som EDE. Dette er for å sikre at alle relevante dimensjoner av spiseforstyrrelsen gjennomgås, slik at både diagnostisk informasjon og motivasjonsstatus utforskes for hvert symptom. Selve intervjuet bygger på EDE ved at man først undersøker om pasienten har opplevd de aktuelle symptomene den siste tiden, og hvis pasienten rapporterer tilstedeværelse av et symptom går intervjueren videre til RMI-relaterte spørsmål om det aktuelle symptomet. Spørsmålene knyttet til EDE undersøker (J. Geller, Zaitsoff, S. L., Srikameswaran, S., 2005):

- kognitive antakelser (for eksempel frykt for vektoppgang, følelse av tykkhet, viktighet av kroppsform, viktighet av vekt)
- restriksjoner (for eksempel restriksjoner over spising, slankeatferd utenfor bulimiske perioder)
- overspising (for eksempel bulimiske episoder)
- kompensatoriske strategier (for eksempel selvpåført oppkast, bruk av avføringsmidler og trening)

De samme fire symptomkategoriene som beskrevet ovenfor utgjør også de ulike underskalaene i RMI (J. Geller & Drab, 1999). RMI utforsker endringsklarhet og motivasjonsstatus for hvert symptom og hvorvidt endring, når den inntreffer, er av interne eller eksterne årsaker. Etter å ha undersøkt om symptomet er til stede hos pasienten, rangerer pasienten og intervjueren i samarbeid i hvilken grad respondenten gjør noe aktivt for å endre symptomet (handlingsrangering), hvorvidt pasienten seriøst vurderer å endre symptomet (overveielserangering) eller om pasienten ikke opplever symptomet som problematisk eller ikke ønsker å endre det (føroverveielserangering). For hvert symptom bestemmer pasienten og intervjueren hvor stor del av pasienten som befinner seg i

de tre ulike stadiene. RMI stadieskårer strekker seg fra 0 til 100 %, der skårene på de tre endringsstadiene til sammen utgjør 100 %. I de tilfeller individet handler for å endre symptomet, undersøkes i hvilken grad dette gjøres for vedkommende selv eller for noen andre (rangering av indrestyrte eller ytrestyrte endringer). Rangering av indrestyrte endringer fanger opp kontrollplassering i prosentmål for hvert symptom respondenten rapporterer om endringsatferd i. Null prosent betyr fullstendig ytrestyrte endring, det vil si at all endringsatferd er for å tilfredsstille andre mennesker. En skåre på 100 % betyr komplett indrestyrt endring ved at all endring er for en selv (J. Geller & Drab, 1999).

Vi kan tenke oss en fiktiv pasient, Birte, som opplever at 60 % av henne tenker på å endre spisemønster, 20 % av henne ikke ønsker å endre det, mens 20 % av henne gjør noe aktivt for å endre symptomatferden. For Birte vil vi i rangering av indrestyrt endring undersøke hvor mye av endringene i spisemønster hun gjør for seg selv og hvor mye hun gjør for andre. For Birte kan resultatet være at endringene er 90 % ytrestyrt, for eksempel for å dempe konflikter rundt måltidssituasjoner hjemme, mens 10 % er for at hun tenker at dette vil føre med seg noe godt for henne på lang sikt. Ifølge SDT er dette viktige aspekter å ta med i betraktningen, da endringer motivert av interne faktorer ofte skaper mer varige endringer enn om de motiveres av eksterne faktorer (Vansteenkiste, et al., 2009). Dette argumentet har en umiddelbar fornuft i eksempelet med Birte da hun ofte vil befinne seg i måltidssituasjoner utenfor hjemmet, og at det da vil være nærliggende å anta at hun ikke vil endre spisemønster i disse situasjonene om endringsmotivasjonen fortsetter å være ytrestyrt.

Skårer på RMI er funnet å predikere engasjement og frafall i forhold til intensiv behandling av spiseforstyrrelser, symptomendring i etterkant av behandling og opprettholdelse av endring ved 6-måneders oppfølging (Geller et al., 2001; Geller, Whisenhunt & Drab, 2002). RMI ser derfor ut til kunne fylle både kliniske og forskningsmessige funksjoner. Ved klinisk bruk kan intervjuet bidra til å bygge allianse og gi retningslinjer for behandlingsplanlegging. Man kan skape en setting der pasienter kan utforske sine symptomer med nysgjerrighet og undring i samarbeid med intervjueren. RMI kan også være nyttig i behandlingsplanlegging, da det gir en tydelig beskrivelse av de aspektene av spiseforstyrrelser som individet er mest interessert i å endre, og de symptomene pasienten ikke er villig til å endre på det nåværende tidspunktet. Rangering av indrestyrt endring kan også være nyttig i forhold til behandlingsplanlegging, da endringer styrt av ytre faktorer mindre trolig vedvarer enn endringer motivert av indre faktorer. Ved sterk ytre motivasjon kan et viktig mål for behandlingen være å øke pasientens eierforhold til endringene, og å gi pasienten stort ansvar i

forhold til egen bedring. RMI kan også være et godt verktøy for å avdekke endring over tid, og tydeliggjøre dette for både pasienten og terapeuten.

Fordeler og ulemper med RMI vs. selvrapporteringsskjema

Fordelene med selvrapporteringsskjema er at alle kan administrere dem, de er kostnadsbesparende i det at de ikke krever opplæring og kan fylles ut utenfor behandling. For behandlere som allerede har tilegnet seg grunnleggende kliniske ferdigheter ved arbeid med spiseforstyrrelser, estimeres det at de vil bruke mellom 25 og 30 timer på å lære seg å utføre RMI. (J. Geller, Cockell, et al., 2001). En ulempe med selvrapporteringsskjema er alltid faren for at noe går tapt i informasjonsutvekslingen, da kompleksiteten av tanker og følelser omkring endring kan gjøre det vanskelig å tydelig artikulere disse.

Fordelene med en intervjusetting som RMI tilbyr, er at det fremmer etablering av en god terapeutisk allianse ved at man adresserer vanskelige tema direkte og på en aksepterende måte. Dette åpner for samtale og ettertanke hos både pasienten og intervjueren. Man etablerer tidlig et samarbeid der pasienten fritt kan fortelle om sine erfaringer og være en aktiv deltaker i kartleggingen av eget sykdomsbilde. Ved at intervjueren forsikrer pasienten om at hun/han ønsker pasientens beretning, vil man i større grad unngå sosialt ønskelige svar og dermed få et bedre bilde av pasientens faktiske tilstand. Ved å gi pasienten en aktiv rolle i behandlingsrelasjonen fra begynnelsen av, vil man ha et bedre utgangspunkt for å samarbeide om utarbeidelse av et behandlingsopplegg.

Kasus 3

SOMMER 1999

Vendepunkt

Det er stadig oftere snakk om innleggelse. Innleggelse! Det jeg frykter aller mest i hele verden! Jeg vil ikke. Jeg vil virkelig ikke, og jeg er livredd for at noen skal tvinge meg. Den euforiske tilstanden der jeg fløt en halv meter over bakken er for lengst over, og jeg beveger meg i et slags vakuum. Alt er på vent. Alt er for skummelt. Uten denne kontrollen og disse reglene er jeg så naken og ubeskyttet at et lite vindpust er nok til å knekke meg. Verden er så stor og truende, og jeg er så svak og redd. Men dette skjønner ingen, og jeg kan heller ikke si det til noen. Kan ikke vise hvor svak jeg er. Så jeg legger planer. Hemmelige planer. Vannvittige planer. Detaljerte planer om hvordan jeg skal stjele penger fra foreldrene mine og rømme. Ferden skal gå med danskebåten. Jeg tror det vil være lettere for meg å forsvinne med båt enn med fly, og spesielt om jeg kommer meg til utlandet. Jeg har ingen planer for hva jeg vil gjøre når jeg kommer fram. Jeg skriver pakkelister og legger ting klart slik at jeg raskest mulig kan få med meg det jeg trenger. Klær legges til side, baker blir halvveis gjort i stand og passet mitt har jeg alltid for hånden. Jeg skuler mistenksomt bort på moren min, og passer på hva hun gjør og hvem hun snakker med i tilfelle hun skal prøve å lure meg med på noe. Jeg må være i forkant. Ingen skal få lov til å ta kontrollen fra meg. Ingen!

Noen uker senere våkner jeg med vann i beina. Jeg har plutselig fått ankler som små tømmerstokker, og når jeg trykker på dem blir det groper i huden. Først lar jeg det bare være. Tenker at det sikkert går over. Og jeg raser rundt som vanlig. Står hele dagene i hagen og plukker rips. Rips til ripsgelé som jeg ikke kan spise. Sykler hit og dit, og vandrer hvileløst rundt med tømmerstokkføttene mine. Men det går ikke over. Jeg leter på internett etter årsaker til vann i kroppen, og når jeg leser at det kan komme av hjertesvikt eller nyresvikt blir jeg redd. Ordentlig redd. For første gang blir jeg virkelig redd for min egen tilstand. For første gang føler jeg selv at det jeg holder på med er livsfarlig. Jeg har aldri hatt noe ønske om å dø, og nå opplever jeg min egen tilstand som livstruende. Det har liksom ikke slått meg før, at jeg kan dø av dette.

Jeg drar rett på legevakta, og får beskjed om at ødemene kommer av alvorlig underernæring, men at det ikke er noen tegn på hjertesvikt. Jeg legges inn, men tilstanden vurderes å ikke være så kritisk

at det er behov for sondering. Jeg ligger på gangen i niende etasje, og de har ingenting å tilby meg. Selv om jeg vet at dette ikke er umiddelbart livstruende, slipper ikke dødsangsten taket. Jeg er virkelig redd for å dø, men merker samtidig at jeg ikke makter å endre på mønstrene mine. Så jeg trasker opp og ned trappene til niende etasje utallige ganger om dagen og kan ikke spise. Samtidig er jeg livende redd for å dø av underernæring... Når jeg sleper meg opp og ned trappene blir det klart for meg at jeg ønsker hjelp. JEG vil ha hjelp. Jeg vil ikke leve slik som dette, og langt mindre dø slik som dette. Selv med dødsangsten rivende i kroppen greier jeg ikke å bryte mønstrene mine. Jeg greier ikke dette på egen hånd! Jeg bestemmer meg for å legge meg inn til behandling. Jeg opplever det som min eneste mulighet og jeg opplever at det haster. Jeg er livende redd for at denne trassen og motstanden mot spiseforstyrrelsen i meg skal kveles og at jeg skal dø. Heldigvis får jeg plass raskt, og noen dager senere tropper jeg opp på sengeposten – skrekkslagen, men full av beslutsomhet om å ta rotta på denne spiseforstyrrelsen.

Hva skjer når motivasjon endres?

For å utvikle god behandling ved spiseforstyrrelser, er det nyttig å undersøke og forsøke å forstå endringsprosessen pasienter gjennomgår når de prøver å bryte med sine symptomer. I kasuset forut for dette avsnittet beskrives en endringsprosess, nærmere bestemt overgangen fra overveielse til handling. Det skjer en markant endring i tankemønsteret hos forfatteren som gjør at hun velger å endre sin atferd. Undersøkelser av hvilke faktorer som påvirker et individs avgjørelser om endring, kan fortelle oss noe om hvordan man som behandler best kan møte pasienter som i utgangspunktet ikke er interesserte i eller er svært ambivalente til endring. I den transteoretiske endringsmodellen ligger det implisitt en antakelse om at to komponenter er knyttet til endring (Keller & Kemp-White, 1997). Disse er:

- A) En erkjennelse av at det foreligger et problem som man trenger å endre
- B) En tro på egen evne til endring; det vi ofte forbinder med mestringstro

Disse to komponentene innebærer en interesse både for hvordan individet selv opplever sin tilstand, hvilke forventninger hun har til resultatene av endring og hvordan individet selv vurderer sin egen evne til å lykkes med endring.

Mange pasienter med spiseforstyrrelser opplever sin symptomatferd som verdifull, og rapporterer positive følger av tilstanden (Serpell, et al., 1999; F. Skårderud, 2004; Vitousek, et al., 1998). Selv om enkelte individer med spiseforstyrrelser først og fremst opplever sin tilstand som positiv, foreligger det alltid noen negative konsekvenser som følge av spiseforstyrrelsen, og alle pasienter opplever en viss grad av ambivalens (Arkowitz, Westra, Miller, & Rollnick, 2008). Hvordan disse positive og negative konsekvensene står i forhold til hverandre, vil være med på å avgjøre hvilke valg individet har med tanke på opprettholdelse eller forsøk på endring av symptomer. Når man lever med en spiseforstyrrelse, vil balansen mellom positive og negative aspekter ved tilstanden variere, og disse variasjonene kan føre til endringsatferd. I kasusbeskrivelsen forut for dette avsnittet beskriver forfatteren en økning i negative konsekvenser knyttet til symptomatferden (i form av sykehusinnleggelse og dødsangst), og samtidig en nedgang av de positive symptomene (ved tap av kontroll over vekt på grunn av ødemer). Balansen mellom fordeler og ulemper blir endret, noe som fører til at forfatteren bestemmer seg for å endre atferd.

Beslutningsvekt

En kognitiv aktivitet som har fått mye oppmerksomhet er beslutningsvekt ("decisional balance") (Cockell, Geller, & Linden, 2002). Dette involverer å identifisere og veie positive og negative konsekvenser ved endring av en type atferd. Et godt mål på beslutningsvekt ved spiseforstyrrelser kan være nyttig ved at det øker vår forståelse av de prosessene individer gjennomgår når de bestemmer seg for og gjennomfører atferdsendringer. Dette er spesielt hensiktsmessig med tanke på de vanskene man ofte støter på i behandling av denne pasientgruppen, da mange pasienter opplever tungtveiende fordeler ved egen tilstand og ikke ønsker behandling (Gale, Holliday, Troop, Serpell, & Treasure, 2006).

Den første modellen for beslutningsvekt ble utviklet av Janis & Mann (1977). Bak denne ligger antakelsen om at mennesker ofte foretar kompliserte avgjørelser ved å gå gjennom alle relevante hensyn og gjør en avveining av potensielle tap og gevinster ved avgjørelsen. Velicer et al. (1985) kombinerte denne modellen med den transteoretiske endringsmodellen og fant at disse sammen kunne brukes for å studere mønster av kognitive og motiverende skift i ulike endringsstadier. I en studie som undersøker opplevde fordeler og ulemper med 12 ulike helseskadelige atferder i forhold til endringsstadier, fant Prochaska et al. (1994) at bevegelse fra føroverveilelse til overveilelse innebar en økning i ulemper ved helseskadelig atferd, men liten forandring i de opplevde fordelene ved den helseskadelige atferden. Ulempene økte, mens fordelene ved den helseskadelige atferden holdt seg stabile. Overgangen fra overveilelsesstadiet til handlingsstadiet innebar derimot en nedgang i fordeler ved å utføre den helseskadelige atferden. Ulempene var fortsatt like mange, men nå ble fordelene ved den helseskadelige atferden færre. Disse to mønstrene er kjent som det *sterke* og det *svake* endringsprinsippet (Prochaska, 1994). Et eksempel på dette kan være at ulemper ved bulimi øker ved at man får problemer med å fungere normalt i dagliglivet, noe som kan bidra til at individet begynner å vurdere å endre atferd. Dette er det *sterke* endringsprinsippet. Ved å kartlegge de opplevde gevinstene ved tilstanden, kan man prøve ut andre måter å oppnå disse på, og fordelene ved de bulimiske symptomene vil med dette synke. Dette er det *svake* endringsprinsippet og vil ifølge Prochaska (1994) føre til overgang fra overveilelse til handling.

P-CAN & P-CEN

Det er utviklet flere selvrapporteringskjema som har som formål å undersøke fordeler og ulemper ved å ha en spiseforstyrrelse (Cockell, et al., 2002; Gale, et al., 2006; Serpell, Teasdale, Troop, & Treasure, 2004). Serpell et al. (1999) samlet brev skrevet av pasienter med anoreksi til sin egen lidelse, der pasientene skrev ett brev til anoreksien som venn og ett brev til anoreksien som fiende (Serpell, et al., 1999). Med utgangspunkt i disse brevene, utviklet de et selvrapporteringskjema på 50 ledd som prøver å kartlegge opplevde fordeler og ulemper ved tilstanden (P-CAN: Pros and cons of Anorexia Nervosa)⁷ (Serpell, et al., 2004). Følgende er noen eksempler på ledd i P-CAN:

- *Anorexia has made me unable to feel*
- *Anorexia helps me get through life*
- *I feel bad that my anorexia is a concern to others*
- *Anorexia lifts me above others*

Serpell & Treasure (2002) analyserte brev skrevet av pasienter diagnostisert med bulimi og fant forskjeller mellom pasienter med anoreksi og pasienter med bulimi i deres vurderinger av positive og negative aspekter ved egen spiseforstyrrelse. I den forbindelse utviklet Gale et al. (2006) en modifisert utgave av P-CAN, under navnet ”Pros and Cons of Eating Disorders” (P-CEN)⁸. Skalaen ble modifisert på to måter: For det første ble ordet anoreksi på alle opprinnelige ledd erstattet med anoreksi/bulimi, og for det andre ble 20 nye ledd lagt til for å bedre dekke pasienter med bulimi sine oppfatninger av egne symptomer. P-CEN består dermed av 70 ledd, og kan brukes på pasienter med flere ulike typer spiseforstyrrelser. Følgende er eksempler på ledd i P-CEN:

- *I value my anorexia/bulimia because it makes me feel safe*
- *I hate having anorexia/bulimia*
- *I like the way my anorexia/bulimia makes me look*
- *My anorexia/bulimia has left me unable to feel*
- *I can “have my cake and eat it” because of my anorexia/bulimia*
- *My anorexia/bulimia makes me feel ugly inside and out*

Både P-CAN og P-CEN har vist seg å ha tilfredsstillende psykometriske egenskaper (Gale, et al., 2006; Serpell, et al., 2004). Per i dag har ingen av disse skjemaene blitt brukt systematisk sammen med mål på endringsstadier. I studier av disse skjemaene har fokuset vært på å undersøke hvilke

⁷ Appendiks 4

⁸ Appendiks 5

fordeler og ulemper pasienter med spiseforstyrrelser opplever ved egen tilstand, og hvordan man kan bruke denne informasjonen i behandling av spiseforstyrrelser (Gale, et al., 2006; Serpell, et al., 2004).

Cockell Decisional Balance (CBD)

Cockell et al. (2002) har også utviklet et selvrapporteringskjema for å undersøke positive og negative konsekvenser ved anoreksi, kalt "Decisional Balance" (DB), og bruker dette sammen med mål på endringsstadier for å utforske endringsprosesser hos pasienter med spiseforstyrrelser. DB består av 30 ledd som til sammen utgjør tre subskalaer; fordeler (selvkontroll, perfektjonisme), ulemper (sosial isolasjon, negative affekter) og funksjonell unnvikelse (anoreksi som en metode for å unngå ubehagelige følelser, utfordringer eller ansvar).

I sine studier finner Cockell et al. (2002) støtte for Prochaskas (1994) sterke endringsprinsipp (at økning av opplevde ulemper ved tilstanden sammenfaller med overgang fra føroverveielles- til overveiellesstadiet), men de finner ikke støtte for det svake (at opplevde fordeler ved tilstanden minker i takt med endring). Den manglende støtten for det svake endringsprinsippet, kan reflektere intensiteten i pasientenes opplevde fordeler ved tilstanden, og kan bety at det er lite sannsynlig at behandlere vil oppdage forandringer ved disse i tidlige endringsstadier. Det kan være at reduksjon av opplevde fordeler med lidelsen heller oppstår etter en periode med aktiv atferdsmessig endring (Cockell, et al., 2003). Dette stemmer godt over ens med studier på tilfriskning fra anoreksi der tiden pasienter bruker på full fysisk og psykisk tilfriskning er lang (Strober, 1997). Behandlere bør ha dette i bakhodet i behandlingen av pasienter med anoreksi, og være klar over at pasienten kan fortsette å se fordeler ved lidelsen til de har utviklet nye mestringsstrategier og en ny opplevelse av seg selv (Cockell, et al., 2003).

Andre funn fra Cockell et al. (2003) viser at individer i overveiellesfasen identifiserer flere ulemper ved tilstanden og har mer innsikt i hvordan tilstanden fungerer som en måte å unngå ting på (høyere funksjonell unnvikelse) enn individer i føroverveiellesstadiet. Dette betyr at å øke innsikt i funksjonen spiseforstyrrelsen fyller for individet, kan hjelpe pasienten med å bevege seg fra føroverveielles til overveielles. For eksempel kan behandleren oppmuntre pasienten til å utforske hvordan et restriktivt næringsinntak trekker hennes oppmerksomhet vekk fra bekymringer og tristhet, men også fører til følelse av isolasjon og forstyrrer hennes langsiktige mål. Å støtte

pasienter i å tydeliggjøre og verbalisere sine personlige verdier, for eksempel det å være sterk og uavhengig, for så å vurdere hvorvidt anoreksi fremmer eller er til hinder for disse, kan fremme klarhet for endring. Denne typen intervensjoner kan kaste lys over diskrepansen mellom pasientens verdier og atferd og skape uro over egne symptomer hos pasienten. Terapeuten kan dra nytte av denne uroen gjennom å hjelpe pasienten med å minke anorektiske handlingsmønstre som er til hinder for personens mål og verdier, og heller bidra til å utvikle nye mestringsstrategier som fremmer pasientens mål og verdier. Dette kan øke harmoni mellom tanker, verdier og atferd, noe som i sin tur kan redusere uro og stress hos pasienten. Det å utforske egne handlingsmønstre, følelser og verdier kan være sentrale elementer i å øke klarhet for endring.

Ved å adressere både positive og negative aspekter ved en spiseforstyrrelse, møter behandleren pasienten som noe mer enn hennes symptomatferd. Ved å vektlegge positive aspekter, holder man opp et bilde av personen bak symptomene og viser hvordan pasienten bruker symptomene for å håndtere vanskelige områder av livet. Pasienten kan på denne måten føle seg sett som kompetent og handlekraftig heller enn som svak og selvdestruktiv. Symptomene har kanskje fungert som en god mestringsstrategi. Men det som opprinnelig var en god (dog kortsiktig) løsning har imidlertid utviklet seg til å bli et problem i seg selv. Ved å få innsikt i egne symptomers funksjon, åpner man for andre handlingsmåter mot det samme målet. Å fokusere på symptomenes funksjon heller enn symptomene i seg selv, fungerer skamreducerende og åpner for at behandler og pasient kan nærme seg problematferd heller enn å vike unna. De kan sammen utforske symptomene og undersøke i hvilke sammenhenger de er sterke, hvordan de påvirker pasienten og hvilke andre alternative strategier pasienten kan benytte.

Mestringstro

Et annet viktig aspekt i forhold til endring er individets tro på, og initiativ til, å gjennomføre den handlingen som kreves for å nå et mål. Dette som vi på norsk kaller mestringstro ("self-efficacy" (Bandura, 1977)), påvirker flere faser av endringsprosessen inkludert intensjon om å endre, innsats for å nå et mål og utholdenhet i å nå målet (Pinto, Guarda, Heinberg, & DiClemente, 2006).

Mestringstro er identifisert som en viktig prediktor for atferdsendring og behandlingsutfall ved en rekke helseskadelige atferder, blant annet røyking, alkoholmisbruk og overvekt (Clark, Abrams, Niaura, Eaton, & Rossi, 1991; Linde, et al., 2004; Maisto, Connors, & Zywiak, 2000; O'Hea, et al.,

2004; Prochaska, DiClemente, Velicer, Gimpil, & Norcross, 1985). Funn fra de ovenfor nevnte studiene indikerer at mestringstro øker under behandling og at dens grunnivå predikerer atferdsendring.

I litteraturen om spiseforstyrrelser har begrepet mestringstro fått forholdsvis lite oppmerksomhet, og i forhold til anoreksi og bulimi har det i liten grad blitt undersøkt hvordan dette kan påvirke behandlingsutfall og bedring (Pinto, et al., 2006). Funn fra en studie av overvektige pasienter som overspiser, tyder på at tro på evne til å motstå spising i flere situasjoner øker med behandling og at endringer i mestringstro assosieres med bedring i overspising (Goodrick, et al., 1999).

I forbindelse med mestringstrobegrepet har Pinto et al. (2006) utviklet Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire (EDRSQ)⁹. Dette er et selvrapporteringskjema bestående av 23 ledd som måler mestringstro i forhold til håndtering av atferd og holdninger forbundet med spiseforstyrrelser. Skjema er oppbygd rundt to faktorer som måler:

- A. Tro på evne til å kunne spise uten å ty til symptomatferd (som restriksjoner i matinntak, overspising, oppkast eller overdreven trening) eller oppleve emosjonelt stress (som skyld og skam).

Eksempler på ledd som måler denne faktoren er disse (Pinto, Heinberg, Coughlin, Fava, & Guarda, 2008) :

- 5) *"I can try new foods without feeling anxious"*
- 10) *"I can eat one serving of ice cream without feeling guilty or anxious"*

- B. Tro på evne til å opprettholde et realistisk kroppsbilde som ikke domineres av jakt på tynnhet og som ikke basere selvtillit på eget kroppsbilde.

Eksempler på ledd som måler denne faktoren er disse (Pinto, et al., 2008):

- 15) *"I can accept my "figure flaws" "*
- 22) *"I can see that my weight is not the most important part of me as a person"*

Dette spørreskjemaet er unikt ved at det at det måler mestringstro knyttet til spesifikk atferd assosiert med normalisering av spising og bekymringer rundt kroppsopplevelse. Funn fra studier på

⁹ Appendiks 6

EDRSQ viser at det demonstrerer gode psykometriske egenskaper og klinisk anvendbarhet (Pinto, et al., 2006; Pinto, et al., 2008). EDRSQ registrerer endring under behandling, og funn tyder på at større mestringstro under innleggelse assosieres med kortere sykehusopphold, større vektoppgang og lavere andel psykiske plager i etterkant av behandling hos undervektige kvinnelige pasienter (Pinto, et al., 2008). Disse funnene gir støtte for den kliniske nytten av EDRSQ som et instrument for mål av mestringstro omkring egen evne til å bryte ut av en spiseforstyrrelse.

Datamateriale innhentet ved hjelp av EDRSQ kan benyttes terapeutisk ved å samtale med pasienten om hennes resultater. Utforskning av hva som for eksempel skal til for at pasienten skal kunne akseptere eget utseende, kan bidra til at pasienten får en bedre opplevelse av urimeligheten i kravene hun stiller til seg selv. Ved å få tak i episoder eller perioder der kravene ikke var like strenge, bygger man mestringstro hos pasienten, og det gir også en mulighet til å forsøke å modifisere disse kravene sammen med pasienten. Å finne ut hva man gjør og hvorfor man gjør det, åpner for muligheter til å løse opp i fastlåste mønster.

I møte med pasienter med lav mestringstro, er det også verdifullt å utvikle en plan for endring bestående av små steg, slik at endring kan initieres umiddelbart og at det er stor sjanse for å lykkes (Keller & Kemp-White, 1997; J. Treasure & Schmidt, 2001). Hos en pasient med en svært begrenset diett, kan dette gjøres ved å innføre en ny matsort i kostlisten. Når pasienten erfarer at det å spise denne matsorten ikke utløser den voldsomme angsten pasienten frykter i utgangspunktet, åpner man for muligheten til å prøve flere nye ting. Ved å lykkes med små mål, støtter man pasientens opplevelse av at hun er en person som har evne til å oppnå de mål hun setter seg. Det er også viktig å gjøre framgang tydelig for pasienten, da dette er med på å styrke pasientens forestilling av seg selv som i stand til å gjennomføre endringer (Keller & Kemp-White, 1997; J. Treasure & Schmidt, 2001).

Kasus 4

HØST 1999

I en tornado

Jeg er innlagt på sengepost. Psykiatrisk post 1 på Levanger sykehus. Jeg har underskrevet en behandlingskontrakt der jeg forplikter meg til å delta på fire daglige måltider, utføre minimalt med fysisk aktivitet og legge på meg minimum 0,5 kg i uka. Jeg er skrekkslagen, men bestemt. Jeg må greie dette. Jeg vil greie dette. Jeg har ingen andre alternativer. Jeg tropper opp til måltider og kjemper i meg brødiskiver. Brødiskiver som vokser i munnen. Brødiskiver som legger seg som murstein i magen. Der blir de til uro og angst som vokser og vokser. Jeg har ingen kontroll lengre!

*Den første uka går greit, for jeg går faktisk ned 5 kg. Ødemene forsvinner og det er fantastisk! Jeg opplever at jeg ikke lenger er i livsfare samtidig som jeg faktisk går ned i vekt. Etter det begynner jeg å legge på meg. Jeg gråter og raser over at vekta går oppover samtidig som det jo nettopp er det som er målet. Jeg er livredd for å legge på meg, og jeg er livredd for ikke å legge på meg. Jeg føler at jeg lever i en tornado av følelser og tanker og at jeg ikke har noe å beskytte meg med lengre. Det eneste jeg kan gjøre er å holde det ut og ikke gi opp. Tro på menneskene rundt meg når de sier det vil bli lettere etter hvert. Tro på dem når de sier at det er nå **jeg** tar kontroll. Tro på meg selv. Men det er ufattelig vanskelig! Tenk at det skal være så vanskelig å spise...*

Jeg har dekorert ei korktavle med lapper om alt jeg vil gjøre når jeg er frisk. Lapper i ulike farger, med små og store begivenheter i livet. På en lapp står det "tacokveld", på en annen "fjelltur", på en tredje "utdanning" og på en fjerde "familie". Mange lapper med alt jeg vil ha mulighet til å oppleve om jeg våger å gi slipp på spiseforstyrrelsen. Alt jeg ikke vil oppleve om jeg ikke greier dette. Jeg ser ofte på disse lappene. Når jeg har det tungt og ikke vet om jeg makter å gå til neste måltid ser jeg på dem. Når jeg føler meg sterk kan jeg til og med glede meg til noen av dem. Når jeg har det som tyngst våger jeg ikke se på dem. Da henger de der til spott. En påminnelse om alt jeg vil miste fordi jeg er for svak. Men på et eller annet vis kjemper jeg meg framover. Måltid etter måltid, tåre etter tåre, kilo etter kilo sleper jeg meg fram. Månedene går og det blir faktisk mindre vanskelig. Jeg strever fortsatt, men føler meg ikke like hudløs som i begynnelsen. Etter hvert kan jeg faktisk gjøre noe av det som står på lappene. Det er en stor seier!

Hvordan jobbe med motivasjon?

Motiverende intervju

Motiverende intervju (MI) defineres som en klientsentrert, direktiv metode innrettet mot å fremme indre motivasjon for endring gjennom å utforske og avklare ambivalens (Miller & Rollnick, 2002). Metoden har sine røtter i Carl Rogers' klientsentrerte terapi (Rogers, 1951), og virker gjennom å aktivere pasientens egen motivasjon til endring og ønske om behandling. Til forskjell fra Rogers terapi er metoden styrende i det at en viktig målsetting er å fremme endring gjennom å utvikle diskrepans mellom pasientens nåværende tilstand og pasientens verdier, ønsker og håp for framtida.

MI tar utgangspunkt i at mange pasienter som oppsøker hjelpeapparatet er ambivalente til endring og at motivasjon kan fluktuere underveis i terapi. Terapeuter bør derfor være oppmerksomme på slike variasjoner, og jobbe med dem heller enn mot dem (Rollnick, Miller, & Butler, 2008). MI hviler på et samarbeidende partnerskap mellom pasient og terapeut, der de i fellesskap adresserer de spesifikke situasjonene hvor pasienter har behov for å endre atferd i og begge er med på å bestemme kursen for behandling.

MI krever også at man til en viss grad er mindre opptatt av utfall. Med en slik holdning menes ikke et frafall av omsorg fra behandlerens side, men heller en aksept av at folk selv bestemmer over sine liv. Behandlerne kan informere, gi råd og til og med advare, men til syvende og sist er det pasienten selv som bestemmer hva hun vil gjøre. Å gjenkjenne og respektere denne autonomien er et nøkkelelement i å fremme en helsefremmende atferdsendring. Det er noe i menneskets natur som motsetter seg korrigerende og å bli fortalt hva en skal gjøre. Ironisk nok er heller dét å erkjenne den andres rettigheter og frihet til ikke å endre seg, dét som noen ganger gjør endring mulig (Rollnick, et al., 2008).

En pasient er kanskje ikke motivert for de endringene behandleren helst vil at hun skal gjøre, men alle mennesker har personlige mål, verdier, håp og drømmer. En viktig del av MI er å forbinde atferdsendringer til pasientens egne ønsker, verdier og bekymringer. Dette kan kun gjøres gjennom å forsøke å forstå pasientens eget perspektiv og ved å vekke deres egne gode grunner og argumenter for endring. At pasienten spiller en stor rolle i eget behandlingsløp, er i tråd med utviklingen av identifisert og indre motivasjon i SDT, da endringer med bakgrunn i autonom motivasjon fører til bedre og mer stabile utfall på lang sikt (Vansteenkiste, et al., 2009).

MI er bygget rundt fire grunnleggende behandlingsprinsipper (Rollnick, et al., 2008):

1. Å motstå korrigeringsrefleksen
2. Å forstå pasientens motivasjon
3. Å lytte til pasienten
4. Å underbygge mestringstillit

1. Å motstå korrigeringsrefleksen

Korrigeringsrefleksen har sitt utspring i et ønske om å hjelpe andre. I behandling kan dette komme til uttrykk ved at terapeuten ser et problem pasienten har og prøver å iverksette intervensjoner rettet mot å fjerne dette problemet. Terapeuten har en løsning og korrigerer pasientens atferd med en målsetning om å eliminere problemet. I utgangspunktet er det ikke noe galt i dette, men det er ikke nødvendigvis dette en pasient er på jakt etter når hun kommer i behandling. Ved ensidig å korrigere atferd er det fort gjort å overse eventuell ambivalens hos pasienten, og terapeuten kan ende opp i en konfronterende relasjon med pasienten, noe som ofte fører til økt motstand (J. Treasure & Ward, 1997). Siden de fleste pasienter med spiseforstyrrelser er tydelig ambivalente, vil de tidvis se på endring som enten unødvendig eller umulig for dem. Det kan være ulemper knyttet til tilstanden, men det er også fordeler. Alle disse faktorene påvirker pasientens valg om enten å endre atferd eller opprettholde status quo. Forskning viser at denne endringsprosessen kan påvirkes, enten i positiv eller negativ retning gjennom behandlerens atferd (Moyers T. B., et al., 2007; Patterson & Forgatch, 1985). Atferd hos behandlere som kan øke motstand mot endring, inkluderer:

- Forsøk på å overbevise pasienten om at hun har et problem
- Argumentere for fordelene ved endring
- Fortelle pasienten hvordan hun skal endre seg
- Advare pasienten om konsekvensene ved å ikke endre atferd

I dette perspektivet blir motstand en form for energi som behandleren enten kan forsterke eller redusere, avhengig av sin atferd. Behandlerens mål er å redusere motstand gjennom ikke å kjempe mot dette. Når pasienter selv uttaler og former argumenter for endring, vil dette mer sannsynlig føre til atferdendringer enn om disse kommer fra behandlere.

2. Å forstå pasientens motivasjon

Å utforske pasientens ambivalens kan være en metode for å forstå pasientens motivasjon. MI ser på motivasjon som noe som kommer fra pasienten. Den kan vokse i samarbeid *med* behandleren, men utspringet er alltid *hos* pasienten. Behandleren kan hjelpe pasienten med å finne og gjenkjenne den, men kan ikke *implementere* den hos pasienten. Holdningen i utforsking av ambivalens er nysgjerrighet på individet og hennes situasjon. Målet er å skape et miljø der pasienten kan fortelle behandleren hvorfor og hvordan endring bør foregå (Rollnick, et al., 2008).

Vitousek et al. (1998) skriver at tidlig fokus i behandling bør omhandle fordeler og ulemper knyttet til spiseforstyrrelsen. Det anbefales at behandleren starter med å undersøke hva pasienten *liker* ved sine symptomer. En vanlig feil behandlere ofte gjør er kun å konfrontere pasienten med spiseforstyrrelsens kostnader, og med slike intervensjoner presses pasienten til å forsvare sine symptom mønster. Behandlere bør ikke overse eller frykte pasientens opplevde fordeler ved spiseforstyrrelsen (Vitousek, et al., 1998). Mange pasienter avvæpnes i møte med en behandler som er opptatt av å forstå hvorfor det er så viktig for dem at vekta ikke kommer over 45 kg. Når de forstår at behandleren er interessert i *alle* aspektene av det å leve med en spiseforstyrrelse, tenderer de å være mer åpne om ulempene knyttet til symptomene (Vitousek, et al., 1998).

3. Å lytte til pasienten

Å lytte til sin pasient kan synes åpenbart, men i praksis kan dette ofte være vanskelig. Å lytte innebærer at man som behandler må motstå den tidligere omtalte korrigeringsrefleksjonen og ikke påta seg rollen som problemløser. Det å reflektere over og oppsummere det pasienten sier, er ment å gi henne en opplevelse av å bli sett, forstått og ivaretatt. Ved å uttrykke nysgjerrighet over pasientens opplevelse og lytte til hennes beretning, skaper man en atmosfære der pasienten trygt kan utforske konflikter og møte vanskelige realiteter (Rosengren, 2009). Miller & Rollnick (2002) skriver at behandlere uttrykker empati gjennom bruk av reflekterende lytting og en aksepterende holdning i forholdt til pasientens følelser og opplevelser. Aksept er ikke det samme som godkjenning av pasientens atferd, og behandlere kan være uenig med pasienten. Det kritiske elementet er opprettholdelse av en respektfull holdning der behandleren forsøker å forstå pasientens perspektiv (Rosengren, 2009).

4. Å underbygge mestringstro

Å gi pasienten kraft til å foreta endring er viktig. Om endring skal finne sted må pasienten være aktivt engasjert i prosessen. I tråd med dette støtter terapeuten pasientens tro på at hun er i stand til å endre, har ideer til hvordan endringer skal gjøres og kan gjennomføre dem om hun bestemmer seg for det. Om pasienten mangler mestringstro, vil bevissthet om problemet føre til frustrasjon, og dette kan utløse motstand da endring oppleves som uopnåelig for pasienten (Rosengren, 2009). En mer beskjeden kortsiktig målsetting kan for mange føre til bedre utfall på lang sikt, ved at pasienten får en opplevelse av å lykkes med å nå målene. Måloppnåelse øker utholdenhet og tro på evne til å nå nye mål (Keller & Kemp-White, 1997; J. Treasure & Schmidt, 2001).

Motiverende intervju ved spiseforstyrrelser

Det er flere utfordringer ved bruk av standardteknikker for MI i behandling av spiseforstyrrelser. Den terapeutiske stilen skal i utgangspunktet være slik at terapeuten tar sine stikkord fra pasienten, stiller åpne spørsmål og reflekterer over de svarene pasienten gir. Unge jenter med anoreksi kommer ofte ikke til behandling av egen vilje, og det vil være viktig for terapeuten å bruke tid på å bli kjent med pasienten. Åpne spørsmål kan oppleves som krevende og utrygge hvis pasienten ikke har tillit til terapeuten, og kanskje vil hun ikke dele sine innerste tanker og følelser med behandleren (J. Treasure & Schmidt, 2001). Det kan være at terapeuten må bygge en mer fast struktur i timene, og ikke bare stille åpne spørsmål i behandlingens innledende faser. RMI (J. Geller & Drab, 1999) kan være et godt verktøy for å bli kjent med pasienten og skape tillit, i det at det gir struktur samtidig som det bygger på et motivasjonelt ståsted (se side 23). I tillegg til å virke strukturerende, kan RMI være en god metode for å innhente diagnostisk informasjon ved behandlingsoppstart og samtidig adressere viktige tema knyttet til motivasjonsaspektet tidlig i behandlingsforløpet. Det kan dessuten fungere som et trygt utgangspunkt for behandleren i å nærme seg skamfylte tema og være til hjelp ved tydelig å uttrykke behandlerens kompetanse og kunnskap om faktorer og symptomer ved spiseforstyrrelser. Ved å uttrykke til pasienten at behandleren har kunnskap om spiseforstyrrelser, samtidig som man inntar en lyttende og empatisk rolle, oppretter man et godt miljø for å bygge en fruktbar terapeutisk relasjon (Vitousek, et al., 1998).

Et av hovedprinsippene i MI er at pasienten selv skal ta personlig ansvar for endring. Når det gjelder pasienter med anoreksi er denne friheten begrenset. En nedre minimumsgrense for vekt er ikke åpen for forhandling i terapi og om denne overskrides, må helsevesenet overstyre pasientens

eget ønske. En måte å forsere dette på innen et motiverende rammeverk, er at terapeuten bringer inn en ekstern regelgiver som legger føringer for både terapeut og pasient. Dette betyr at terapeuten ikke trenger å bruke former for direkte konfrontasjon, men heller prøver å påpeke de lover og regler både terapeuten og pasienten må rette seg etter indirekte. En terapeutisk metode foreslått av Treasure & Schmidt (2001) er bruk av en flerfarget graf som viser BMI¹⁰ for å hjelpe pasientene med å identifisere hvor lav deres vekt er og hva anbefalt behandling er for den aktuelle vektgruppen. Dette synes å redusere sannsynlighet for direkte konfrontasjon mellom pasient og terapeut ved at anbefalingene ikke kommer direkte fra terapeuten, men heller er noe terapeuten og pasienten kan se på sammen. Terapeuten kan for eksempel tilnærme seg dette ved å si: *”Du kan se at din vekt nå er på et slikt nivå at det anbefales innleggelse. Hva tenker du om det?”* En slik type tilnærming åpner for en annen samtale enn om terapeuten gir beskjed til pasienten om at hun har falt under en gitt grense og at hun bør legges inn for behandling. I en studie av Geller et al. (2003) rapporterte pasienter at de ikke var uvillige til visse faste regler i seg selv. Det var i stedet holdningen og tilnærmingen til behandleren som hadde størst betydning både på pasientens og behandlerens behandlingsopplevelse. Sammen tyder disse funnene på at en god terapeutisk allianse kan opprettholdes under implementering av regler som ikke er åpne for forhandlinger, gitt at de formidles på en autonomistøttende og respektfull måte.

Konkrete råd for å fremme motivasjon ved behandling av spiseforstyrrelser

I oppgavens innledning etterlyser jeg fokus på motivasjonsfremmende arbeid i behandling av spiseforstyrrelser. Statens retningslinjer for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser fremhever viktigheten av motivasjon i behandling, men skriver lite om hvordan man kan arbeide med dette (Statens helsetilsyn, 2000). Ut i fra det jeg har beskrevet i denne oppgaven – relatert til å undersøke grad av motivasjon, hvordan motivasjon endres og hvordan man som behandler kan arbeide med å øke motivasjon for endring – vil jeg forsøke å sammenfatte dette i konkrete råd for å fremme motivasjon ved behandling av spiseforstyrrelser.

¹⁰ Body Mass Index, BMI, er et mål som benyttes verden over for å bedømme kroppsvekten.

- **Aksepter situasjonen og pasienten uten å dømme, men foreslå for pasienten å reflektere over saken**

Behandlere må huske at mange pasienter som kommer i behandling for spiseforstyrrelser i realiteten ikke har bedt om hjelp (Vitousek, et al., 1998). Som behandler må en passe seg for å foreslå å ”fikse” en del av livet pasienten ikke opplever som problematisk. Ved å adressere symptomer og sammen med pasienten undersøke hvorvidt disse fyller en funksjon for pasienten, kan pasienten få større innsikt i egen tilstand. Vitousek et al. (1998) anbefaler å starte behandling av spiseforstyrrelser med å undersøke hva pasienten liker ved sin spiseforstyrrelse. Ved å uttrykke nysgjerrighet over alle aspekter ved spiseforstyrrelsen, opplever pasienten behandleren som aksepterende og tenderer å være mer åpen om ulempene knyttet til symptomene ettersom de ikke føler at de må forsvare seg. Verktøy for å undersøke motivasjonsstatus (f. eks. RMI, ANSOCQ & BNSOCQ) eller opplevde fordeler og ulemper ved spiseforstyrrelsen (f. eks. P-CAN, P-CEN & DB) kan gi både behandleren og pasienten mulighet til å lære mer om den enkeltes spiseforstyrrelse og øke vedkommendes selvinnsett, noe som kan gjøre at pasienten blir mer åpen for å tenke på, og å snakke om endring (Cockell, et al., 2002). En aksepterende innstilling bidrar til å skape et miljø der terapeuten og pasienten i samarbeid kan utforske symptomenes funksjon. Ved å få mer kunnskap om årsaker bak atferden, kan behandleren og pasienten sammen utforske om det finnes andre aktuelle mestringsstrategier og hvordan disse eventuelt vil fungere på lang sikt sammenlignet med nåværende tilstand.

- **Diskuter pasientens verdier og hjelp henne med å identifisere hva hun synes er viktig å fokusere på**

Ingen pasienter med spiseforstyrrelser har som eneste mål i livet å være tynne. Tynnheten står for mange som et symbol på vellykkethet. Ved å undersøke og utvide pasientens forståelse av vellykkethet og se hvilke andre mål og verdier vedkommende har i livet, har pasienten mulighet til å flytte noe fokus over på mer helsefremmende prosjekter. Når man åpner for flere måter å lykkes med noe på, åpner man også muligheten for å handle annerledes. Ved å undersøke mål pasienten har for framtida, kan ofte terapeut og pasient finne motsetninger mellom ønsker og atferd. Et viktig moment i motiverende intervju, er å utvikle diskrepans mellom pasientens nåværende situasjon og pasientens håp og ønsker for framtida (Miller & Rollnick, 2002). En metode for å fremme slik diskrepans kan være å be pasienten forestille seg livet om fem år med og uten en spiseforstyrrelse (F. Skårderud, 2004). De færreste pasienter vil rapportere mange langsiktige fordeler ved symptomene, og dette kan anvendes som utgangspunkt for samtaler om endring. Ved å fokusere på andre områder av livet enn opprettholdelse av spiseforstyrrelsen, åpner man for at pasienten selv

kan finne gode grunner for endring, og behandleren kan på denne måten bidra til å bygge pasientens indre motivasjon til bedring.

- **Bygg på pasientens ambivalens**

Arkowitz et al. (2008) skriver at det alltid finnes noe ambivalens hos pasienter med spiseforstyrrelser. Ta opp pasientens ambivalens til endring og bevisstgjør pasienten på denne, slik at dette kan gjøres til et tema for diskusjon og utforskning. En innfallsvinkel for å adressere ambivalens, kan være undersøkelser av fordeler og ulemper ved spiseforstyrrelsen (P-CAN, P-CEN, DB). Resultater fra disse undersøkelsene kan benyttes som utgangspunkt for samtaler i terapi. En annen metode kan være at pasienten skriver to brev til sin spiseforstyrrelse, det vil si ett til spiseforstyrrelsen som venn og ett til spiseforstyrrelsen som fiende. På denne måten kan pasienten selv sette ord på sin ambivalens i forhold til spiseforstyrrelsen.

- **Vektlegg pasientens personlige frihet og valgmuligheter, og det ansvaret dette innebærer**

Innen SDT er erfaringen av autonomi eller frivillighet i forhold til egen atferd representert som en kritisk betingelse for å bygge personlig involvering og internalisering av terapeutisk endring (Deci & Ryan, 2008; Ryan & Deci, 2000; Vansteenkiste, et al., 2009). Når pasienten fullt ut står bak sine avgjørelser om å starte opp med og bli værende i behandling, vil hun mindre sannsynlig falle fra. Dessuten vil hun trolig vise større terapeutisk framgang enn om hun presses til behandling (Zuroff, et al., 2007). RMI har blant annet som mål å utforske hvorvidt endring gjøres for andre eller for en selv, og kan anvendes som innfallsport til samtaler rundt autonomi og personlig frihet i behandling av spiseforstyrrelsen. Et autonomistøttende miljø kan oppnås gjennom at behandleren inntar en empatisk holdning, gir pasienten muligheter til å velge selv, gir meningsfulle forklaringer for at valg på visse områder er begrenset og unngår bruk av et språk farget av press (Deci, Eghrari, Patrick, & Leone, 1994). Som støtte for en slik holdning, fant Vandereycken & Vansteenkiste (2009) at ved å maksimere autonomistøtte i behandling av spiseforstyrrelsers tidlige faser, falt frafallsandelen signifikant i forhold til behandling der dette ikke ble gjort.

- **Bygg på pasientens mestringstro**

Å underbygge pasientens tro på egen evne til å foreta endringer er et viktig mål ved behandling av spiseforstyrrelser. Dette bidrar til å skape forestillinger om seg selv som kompetent, og med dette bygges mestringstro. Ved å utvikle en endringsplan bestående av små steg (for eksempel ved å

innføre en ny matsort i en strengt begrenset kostliste), øker man sjansen for at pasienten vil lykkes samtidig som man gjør framgang tydelig (Keller & Kemp-White, 1997; J. Treasure & Schmidt, 2001). Motgang kan ha en tendens til å merkes bedre enn framgang, og det er derfor svært viktig at behandleren hjelper pasienten med å tydeliggjøre framgang (Keller & Kemp-White, 1997; J. Treasure & Schmidt, 2001). Det er fort gjort å rette fokus mot alt man *ikke* greier og alt som *ikke* er bra nok, og glemme at det tross alt skjer *noe* positivt. En pasient med bulimi kan for eksempel uttrykke fortvilelse og frustrasjon over ei uke med mye overspising og tømming, og det kan da være oppbyggende at behandleren løfter fram de gangene pasienten ikke overspiste og tømte seg. Å gi pasienten anerkjennelse for det hun greier, er et godt verktøy for å bygge pasientens egen anerkjennelse av seg selv.

En annen måte å bygge selvtillit og mestringstro på, er å trekke fram episoder der pasienten ikke handlet i tråd med sin spiseforstyrrelse, eller andre sammenhenger der pasienten har taklet utfordringer på en god måte. Ved å gjøre dette, skaper man nye narrativer hos pasienten, og man kan på denne måten bygge opp hennes opplevelse av seg selv som kompetent og sterk.

- **Tilby hjelp når og om pasienten ønsker, og gjør behandling tilgjengelig selv om ikke pasienten ønsker det der og da**

Mange pasienter som kommer i behandling for spiseforstyrrelser kommer ikke av egen vilje (Vitousek, et al., 1998). Undersøkelse av pasientens motivasjonsstatus (ved for eksempel bruk av ANSOCQ, BNSOCQ eller RMI) kan gi nyttig informasjon om pasientens behandlingsønsker, og kan hjelpe behandleren i å tilpasse behandling til den enkelte pasient. Om en pasient ikke ønsker behandling kan en aksepterende holdning være fruktbar i det at pasienten føler seg respektert og ivaretatt, noe som kan øke sjansen for at vedkommende vil oppsøke behandling senere.

Vandereycken & Vansteenkiste (2009) erfarte at flere pasienter kom tilbake til behandling etter å ha avsluttet eller ikke tatt imot tilbud om behandling når de opplevde at behandlingsinstansen respekterte deres valg og at de var velkomne tilbake når de selv ønsket og følte seg klare for behandling.

- **Identifiser og fjern hindringer for endring**

Treasure & Schmidt (2001) skriver om hvordan den nære familie kan fremme eller hindre endring. Det kan være samspillmønster i familier som fungerer som opprettholdende faktorer, og det vil da være nyttig å identifisere disse og forsøke å involvere familien i behandlingen slik at man kan utvikle andre samspillmønster som støtter bedringsprosessen. For pasienten er det å vite om hvilke

situasjoner som trigger symptomene av stor nytte da pasienten kan forberede seg på disse og om nødvendig unngå dem i sårbare perioder. Det er ofte store kontraster mellom ønsker fra familie og ønsker fra pasienten i forhold til fortgang i endringer ved spiseforstyrrelser. Treasure & Schmidt (2001) påpeker at å lære familien basisprinsipper for motiverende intervju kan være nyttig for å bedre pasientens forutsetninger for adekvat støtte fra familien og skape et miljø der endringer har større sjanse for å vedvare. På samme måte som konfrontasjon i behandling kan øke motstand mot endring, kan også konfrontasjoner i familien forsterke en fastlåst situasjon heller enn å åpne for endring. Det kan være utfordrende for familien til en pasient med anoreksi å overlate endringsansvaret til pasienten, da de ofte er svært bekymret for hennes tilstand. Desto viktigere er det å formidle bakgrunnen for den motiverende tilnærmingen slik at familien sammen kan bygge et endringsfremmende miljø.

Det vil også være nyttig å utforske om symptomtrykk er større i noen situasjoner enn i andre, og hva som gjør at det er slik. Økt kunnskap om hva som trigger symptomatferd kan være til hjelp for pasienten ved at hun kan unngå disse situasjonene i spesielt sårbare perioder og ved at behandler og pasient kan planlegge bruk av andre, mer helsefremmende strategier i disse situasjonene. En pasient med bulimi vil kanskje oftere overspise og tømme seg når hun spiser alene, og med denne kunnskapen kan hun for eksempel forsøke å spise sammen med andre i dårlige perioder eller lage en tydelig plan for hva hun skal gjøre før, under og etter et måltid for ikke å overspise og tømme seg.

- **Forebygge tilbakefall**

Det er ikke uvanlig for pasienter å oppleve perioder med symptomøkning i etterkant av behandling (F. Skårderud, 2004). Ved å forberede pasienten på eventuelle tilbakefall, kan pasienten og terapeuten samarbeide om å utarbeide og trene på strategier for å håndtere dette. Ved å forberede på tilbakefall, reduserer man også skam forbundet med dette og gjør det lettere for pasienten å formidle tilbakefall i terapi. Det er potensielt et stort nederlag forbundet med å oppleve symptomøkning i etterkant av behandling, og det er derfor nyttig at behandleren forbereder både seg selv og pasienten på dette. Dette er en normal del av forløpet og trenger ikke å bety at man er på vei tilbake til spiseforstyrrelsen. Studier viser at det tar lang tid å bli frisk fra en spiseforstyrrelse, og det er derfor viktig med god og langvarig oppfølging for å opprettholde endringer (Strober, 1997).

Avslutning og oppsummering

Pasienter med spiseforstyrrelser er ofte lite attraktive å ha i behandling og kan oppleves som vanskelige, manipulerende og uærlige (Vitousek, et al., 1998). Mange kommer i behandling med en fiendtlig og skeptisk innstilling og uten ønske om å endre atferd i forhold til sin spiseforstyrrelse. Kanskje har de allerede kjempet en stund for å beholde sin spiseforstyrrelse når de kommer i behandling, og det er viktig at behandleren ikke blir nok en fiende. Det er en utfordrende oppgave for en behandler å forsøke å endre på noen som ikke ønsker å bli endret på. Ved å benytte en motiverende tilnærming gjør man det mulig for behandleren å få et innblikk i verden sett gjennom ”spiseforstyrrete” briller. Ved oppriktig å forsøke å forstå og ved å uttrykke aksept og empati, øker man sjansen for at pasienten slipper en inn i sin verden. Først da kan man begynne å bygge en god terapeutisk allianse og en samarbeidende relasjon med pasienten.

Selv om det presiseres at motivasjon både er en viktig forutsetning for og et mål ved behandling, finnes lite systematisk materiale om *hvordan* man kan arbeide for å øke motivasjon i behandlingen av spiseforstyrrelser. Intervensjoner er først og fremst rettet mot pasienter som allerede har endringsmotivasjon, og fagfeltet vil dra nytte av mer kunnskap om hvordan man kan tilby god behandling for pasienter med lav endringsmotivasjon.

Målet med en motiverende tilnærming er å skape ønske, vilje og evne til endring, samt maksimere pasientens ansvar i en endringsprosess. Studier på bruk av motivasjonsfremmende intervensjoner ved behandling av spiseforstyrrelser tyder på at de kan øke pasienters behandlingvillighet, bedre den terapeutiske alliansen, redusere frafall og øke mengden pasienter som returnerer til terapi etter frafall. Disse funnene impliserer at man i større grad bør rette fokus på motivasjonsfremmende intervensjoner i behandlingen av spiseforstyrrelser.

I denne oppgaven presenterer jeg flere verktøy for å undersøke motivasjon, da empirien tyder på at pasienter med ulik motivasjonsstatus kan ha behov for ulike behandlingstilnærminger. Med bakgrunn i empirien gjennomgått i oppgaven argumenterer jeg videre for at ved å øke kunnskap om hva som fører til endringer i motivasjon og atferd, kan behandlere utvikle metoder for å arbeide med, og forsterke ønske om, endring hos pasienter som er ambivalente til behandling.

Ved behandling av alvorlige spiseforstyrrelser er tilstanden såpass alvorlig at de fleste pasienter har behov for mer struktur enn ved motivasjonsfremmende intervensjoner alene. En motiverende

tilnærming kan i denne sammenheng best forstås som et ståsted eller en tilnærming til behandling, og en utmerket måte å etablere en god terapeutisk allianse på (J. Geller, 2002b). Ved en motiverende tilnærming vektlegges utviklingen av et tillitsforhold mellom behandleren og pasienten, og det er et godt utgangspunkt for å utforske ambivalens og skamfylte tema. På denne måten kan behandleren hjelpe pasienten med å utvikle best mulig forståelse av sin egen spiseforstyrrelse, samt hjelpe henne med å finne andre alternative handlingsmåter. Når en pasient selv uttrykker et ønske om endring, er intervensjoner rettet mot symptomreduksjon i tråd med denne tilnærmingen. Med bakgrunn i empirien som jeg har gjennomgått kan motivasjonsfremmende intervensjoner kombineres med nær sagt alle behandlingstilnærminger, blant annet de anbefalinger Statens Helsetilsyn (2000) gir i forhold til behandling av alvorlige spiseforstyrrelser. Geller skriver følgende om den motiverende tilnærmingen ved behandling av spiseforstyrrelser (2002b, p. 156):

*”Although I see the motivational approach as an excellent way to establish a therapeutic alliance in which to deliver effective treatment components, **I do not see a motivational stance as sufficient to produce symptom change.** It is my belief that it is optimally applied throughout treatment, in conjunction with appropriate therapy techniques, tailored to the client’s readiness status”.*

Epilog

Vår 2004

Frisk som en kulerund fisk!

Jeg ble utskrevet fra sengeposten i februar 2000, og har vært så og si symptomfri i noen år nå. Jeg har fortsatt et anstrengt forhold til kropp og mat, og må kjempe for ikke å falle tilbake i game mønster. Jeg opplever ofte uro i forhold til måltider, og trenger en viss grad av forutsigbarhet på dette området. Jeg er urolig i kroppen, og har vansker med å slappe av med mindre jeg har gjort noe fysisk anstrengende i forkant. Men jeg har på en måte slått meg til ro med at det er slik, og at det vil forbli slik. Jeg har det jo tross alt mye bedre nå enn for noen år siden.

Så en dag oppdager jeg at jeg er gravid. Jeg står med en positiv graviditetstest i hånda, og plutselig slipper spiseforstyrrelsen taket. På et blunk! Det er så rart, men jeg opplever virkelig at det skjer så fort. Jeg blir opptatt av å ta vare på meg selv på en helt annen måte enn jeg har vært tidligere, og gidder simpelthen ikke å skulle ha så stort fokus på kropp og mat. Det jeg har jobbet så hardt for å holde fast på lander liksom i meg. I ettertid kan jeg se at dette plutselige skiftet nok henger sammen med alle anstrengelsene for å holde symptomene unna i etterkant av innleggelsen, men det forsvinner virkelig som ved et trylleslag. Det er underlig og helt fantastisk godt! Jeg kan slappe av. Virkelig slappe av for første gang på mange år. Det er ubeskrivelig godt.

Referanseliste

- APA, A. P. A. (2000). *DSM IVR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: APA, American Psychiatric Association.
- Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R., & Rollnick, S. (Eds.). (2008). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*. New York: Guilford Press.
- Arne, S. (2008). Spiseforstyrrelser. In T. Berge & A. Repål (Eds.), *Håndbok i kognitiv terapi* (pp. 532-553). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Blake, W., Turnbull, S., & Treasure, J. L. (1997). Stages and processes of change in eating disorders. Implications for therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 4, 186-191.
- Blake W., Turnbull S., & L., T. J. (1997). Stages and processes of change in eating disorders. Implications for therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 4, 186-191.
- Braun, D. L., Sunday, S. R., & Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med*, 24(4), 859-867.
- Clark, M. M., Abrams, D. B., Niaura, R. S., Eaton, C. A., & Rossi, J. S. (1991). Self-efficacy in weight management. *J Consult Clin Psychol*, 59(5), 739-744.
- Clinton, D. N. (1996). Why do eating disorder patients drop out? *Psychother Psychosom*, 65(1), 29-35.
- Cockell, S. J., Geller, J., & Linden, W. (2002). The development of a decisional balance scale for anorexia nervosa. *European Eating Disorder Review*, 10, 359-375.
- Cockell, S. J., Geller, J., & Linden, W. (2003). Decisional Balance in Anorexia Nervosa: Capitalizing on Ambivalence. *European Eating Disorder Review*, 11, 75-89.
- Cooper, Z., Cooper, P. J., & Fairburn, C. G. (1989). The validity of the eating disorder examination and its subscales. *British Journal of Psychiatry*, 154, 807-812.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The eating disorder examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1-8.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Brambilla, F., & Marchesini, G. (2008). Personality dimensions and treatment drop-outs among eating disorder patients treated with cognitive behavior therapy. *Psychiatry Res*, 158(3), 381-388.
- Dean, H. Y., Touyz, S. W., Rieger, E., & Thornton, C. E. (2008). Group Motivation Enhancement Therapy as an Adjunct to Inpatient Treatment for Eating Disorders: A Preliminary Study. *European Eating Disorder Review*, 16, 256-267.
- Deci, E. L., Eghrari, H., Patrick, B. C., & Leone, D. R. (1994). Facilitating internalization: The self-determination theory perspective. *Journal of Personality*, 62(1), 119-142.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-Determination Theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182-185.
- Dunn, E. C., Neighbors, C., & Larimer, M. (2003). Assessing readiness to change binge eating and compensatory behaviors. *Eat Behav*, 4(3), 305-314.
- Feld, R., Woodside, B. D., Kaplan, A. S., Olmstead, M. P., & Carter, J. C. (2001). Pretreatment Motivational Enhancement Therapy for Eating Disorders: A Pilot Study. *International Journal of Eating Disorders*, 29(29), 393-400.
- Gale, C., Holliday, J., Troop, N. A., Serpell, L., & Treasure, J. (2006). The pros and cons of change in individuals with eating disorders: a broader perspective. *Int J Eat Disord*, 39(5), 394-403.
- Geller, J. (2002a). Estimating readiness for change in anorexia nervosa: comparing clients, clinicians, and research assessors. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 251-260.
- Geller, J. (2002b). What a motivational approach is and what a motivational approach isn't: Reflections and responses. *European Eating Disorder Review*, 10, 155-160.
- Geller, J., Brown, K. E., Zaitsoff, S. L., Goodrich, S., & Hastings, F. (2003). Collaborative versus

- directive interventions in the treatment of eating disorders: Implications for care providers. *Professional Psychology-Research and Practice*, 34(4), 406-413.
- Geller, J., Cockell, S. J., & Drab, D. L. (2001). Assessing readiness for change in the eating disorders: the psychometric properties of the readiness and motivation interview. *Psychol Assess*, 13(2), 189-198.
- Geller, J., & Drab, D. L. (1999). The Readiness and Motivation Interview: A Symptom-Specific Measure of Readiness for Change in the Eating Disorders. *European Eating Disorder Review*, 7, 259-278.
- Geller, J., Williams, K., & Srikameswaran, S. (2001). Clinical stance in the treatment of chronic eating disorders. *European Eating Disorder Review*, 9, 1-9.
- Geller, J., Zaitsoff, S. L., Srikameswaran, S. (2005). Tracking Readiness and Motivation for Change in Individuals with Eating Disorders Over the Course of Treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 29(5), 611-625.
- Goodrick, G. K., Pendleton, V. R., Kimball, K. T., Carlos Poston, W. S., Reeves, R. S., & Foreyt, J. P. (1999). Binge eating severity, self-concept, dieting self-efficacy and social support during treatment of binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, 26(3), 295-300.
- Gowers, S. G., & Smyth, B. (2004). The Impact of a Motivational Assessment interview on initial Response to Treatment in Adolescent Anorexia Nervosa. *European Eating Disorder Review*, 12?(12?), 87-93.
- Gusella, J., Bird, D., & Butler, G. (2003). Tipping the scales: is decision making related to readiness to change in girls with eating disorders? *Can Child Adolesc Psychiatr Rev*, 12(4), 110-112.
- Hall, A. (1982). Deciding to stay an anorectic. *Postgraduate medical journal*, 58, 641-647.
- Hasler, G., Delsignore, A., Milos, G., Buddeberg, C., & Schnyder, U. (2004). Application of Prochaska's transtheoretical model of change to patients with eating disorders. *J Psychosom Res*, 57(1), 67-72.
- Janis, I. L., & Mann, L. (1977). Emergency decision making: a theoretical analysis of responses to disaster warnings. *J Human Stress*, 3(2), 35-45.
- Kahn, C., & Pike, K. M. (2001). In search of predictors of dropout from inpatient for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 237-244.
- Keller, V. G., & Kemp-White, M. (1997). Choices and changes: A new model for influencing patient health behavior. *Journal of clinical outcome management*, 4, 33-36.
- Linde, J. A., Jeffery, R. W., Levy, R. L., Sherwood, N. E., Utter, J., Pronk, N. P., et al. (2004). Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and depression in overweight men and women. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 28(3), 418-425.
- Mais, A. H., Olsen, T., & Martinsen, E. W. (2008). Rusmiddelavhengighet. In T. Berge (Ed.), *Håndbok i kognitiv terapi* (pp. 486-512). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Maisto, S. A., Connors, G. J., & Zywiak, W. H. (2000). Alcohol treatment, changes in coping skills, self-efficacy, and levels of alcohol use and related problems 1 year following treatment initiation. *Psychol Addict Behav*, 14(3), 257-266.
- Martinez, E., Castro, J., Bigorra, A., Morer, A., Calvo, R., Vila, M., et al. (2007). Assessing motivation to change in bulimia nervosa: the Bulimia Nervosa Stages of Change Questionnaire. *Eur Eat Disord Rev*, 15(1), 13-23.
- McConaughy, E. A., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy*, 26(4), 494-503.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and practice*, 20(3), 368-375.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Morlino, M., Di Pietro, G., Tuccillo, R., Galietta, A., Bolzan, M., Senatore, I., et al. (2007). Drop-

- out rate in eating disorders: could it be a function of patient-therapist relationship? *Eat Weight Disord*, 12(3), e64-67.
- Moyers T. B., Martin, T., Christopher, P. J., Houck, J. M., Tonigan, J. S., & Amrhein, P. C. (2007). Client Language as a Mediator of Motivational Interviewing Efficacy: Where Is the Evidence? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(S3), 40-47.
- Nordbø, R. H., Gulliksen, K. S., Espeset, E. M., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2008). Expanding the concept of motivation to change: the content of patients' wish to recover from anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 41(7), 635-642.
- O'Hea, E. L., Boudreaux, E. D., Jeffries, S. K., Carmack Taylor, C. L., Scarinci, I. C., & Brantley, P. J. (2004). Stage of change movement across three health behaviors: the role of self-efficacy. *Am J Health Promot*, 19(2), 94-102.
- Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(6), 846-851.
- Pinto, A. M., Guarda, A. S., Heinberg, L. J., & DiClemente, C. (2006). Development of the eating disorder recovery self-efficacy questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 39(5), 376-384.
- Pinto, A. M., Heinberg, L. J., Coughlin, J. W., Fava, J. L., & Guarda, A. S. (2008). The eating disorder recovery self-efficacy questionnaire (EDRSCQ): Change with treatment and prediction of outcome. *Eating behaviors*, 9(2), 143-153.
- Prochaska, J. O. (1994). Strong and Weak Principles for Progressing from Precontemplation to Action on the Basis of 12 Problem Behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 47-51.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F., Ginpil, S., & Norcross, J. C. (1985). Predicting change in smoking status for self-changers. *Addict Behav*, 10(4), 395-406.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion*, 12, 38-48.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., et al. (1994). Stages of Change and Decisional Balance for 12 Problem Behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39-46.
- Rieger, E., Touyz, S., Schotte, D., Beumont, P., Russell, J., Clarke, S., et al. (2000). Development of an instrument to assess readiness to recover in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 28(4), 387-396.
- Rieger, E., Touyz, S. W., & Beumont, P. J. V. (2002). The anorexia nervosa stages of change questionnaire (ansocq): Information regarding its psychometric properties. *International Journal of Eating Disorders*, 28(4), 387-396.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy; its current practice, implications, and theory*. Oxford, England: Houghton Mifflin.
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. (2008). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior*. New York: Guilford press.
- Rosengren, D. B. (2009). *Building motivational interviewing skills*. New York: Guilford Press.
- Rosenvinge, J., & Pettersen, G. (2006). Tjenestetilbud til pasienter med spiseforstyrrelser: En nasjonal kartlegging i primær- og spesialisthelsetjenesten. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43(11), 1159-1168.
- Rosenvinge, J. H., & Gøtestam, K. G. (2002). Spiseforstyrrelser - hvordan bør behandlingen organiseres? *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 124, 1938-1942.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*, 55(1), 68-78.
- Rør, A. (2009). *Spiseforstyrrelser. Symptomforståelse og behandlingsstrategier*: Gyldendal Akademiske.
- Serpell, L., Teasdale, J. D., Troop, N. A., & Treasure, J. (2004). The development of the P-CAN, a measure to operationalize the pros and cons of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 36(4), 416-433.

- Serpell, L., & Treasure, J. (2002). Bulimia nervosa: friend or foe? The pros and cons of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 32(2), 164-170.
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J., & Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa: friend or foe? *Int J Eat Disord*, 25(2), 177-186.
- Skårderud, F. (2004). *Sterk/svak*. Oslo: Aschehoug.
- Skårderud, F., Rosenvinge, J. H., & Gøtestam, K. G. (2004). Spiseforstyrrelser. En oversikt. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*(15), 1938-1942.
- Statens helsetilsyn (2000). *Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten* (Vol. Utredningsserie 7). Oslo: Statens helsetilsyn.
- Strober, M., Freeman, R., Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescence: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 339-360.
- Swan-Kremeier, L. A., Mitchell, J. E., Twardowski, T., Lancaster, K., & Crosby, R. D. (2005). Travel distance and attrition in outpatient eating disorders treatment. *Int J Eat Disord*, 38(4), 367-370.
- Tasca, G. A., Taylor, D., Ritchie, K., & Balfour, L. (2004). Attachment predicts treatment completion in an eating disorders partial hospital program among women with anorexia nervosa. *J Pers Assess*, 83(3), 201-212.
- Treasure, J., & Schmidt, U. (2001). Ready, Willing and able to change: Motivational aspects of the assessment and treatment of eating disorders. *European Eating Disorder Review*, 9, 4-18.
- Treasure, J., & Ward, A. (1997). A Practical Guide to the Use of Motivational Interviewing. *European Eating Disorder Review*, 5, 102-114.
- 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. *Behav Res Ther*, 37(5), 405-418.
- Vandereycken, W., & Pierloot, R. (1983). Drop-out during in-patient treatment of anorexia nervosa: a clinical study of 133 patients. *Br J Med Psychol*, 56 (Pt 2), 145-156.
- Vandereycken, W., & Vansteenkiste, M. (2009). Let eating disorder patients decide: Providing choice may reduce early drop-out from inpatient treatment. *Eur Eat Disord Rev*, 17(3), 177-183.
- Vansteenkiste, M., Sierens, E., Soenens, B., Luyckx, K., & Lens, W. (2009). Motivational Profiles From a Self-Determination Perspective: The Quality of Motivation Matters. *Journal of Educational Psychology*, 101(3), 671-688.
- Vansteenkiste, M., Soenens, B., & Vandereycken, W. (2005). Motivation to change in eating disorder patients: a conceptual clarification on the basis of self-determination theory. *Int J Eat Disord*, 37(3), 207-219.
- Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Brandenburg, N. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *J Pers Soc Psychol*, 48(5), 1279-1289.
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clin Psychol Rev*, 18(4), 391-420.
- Wallier, J., Vibert, S., Berthoz, S., Huas, C., Hubert, T., & Godart, N. (2009). Dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: critical review of the literature. *Int J Eat Disord*, 42(7), 636-647.
- Ward, A., Troop, N., Todd, G., & Treasure, J. (1996). To change or not to change—"How" is the question? *British Journal of Medical Psychology*, 69(2), 139-146.
- WHO, W. H. O. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., Marshall, M., & Bagby, M. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 17(2), 137-147.

Appendiks 1

Stages of Change Questionnaire – URICA

(McConaughy et al. 1989)

1. As far as I'm concerned, I don't have any problems that need changing.
2. I think I might be ready for some self-improvement.
3. I am doing something about the problems that had been bothering me.
4. It might be worthwhile to work on my problem.
5. I'm not the problem one. It doesn't make sense for me to be here.
6. It worries me that I might slip back on a problem I have already changed, so I am here to seek help.
7. I am finally doing some work on my problems.
8. I've been thinking that I might want to change something about myself.
9. I have been successful in working on my problem but I'm not sure I can keep up the effort on my own.
16. I'm not following through with what I had already changed as well as I had hoped, and I'm here
17. Even though I'm not always successful in changing, I am at least working on my problem.
18. I thought once I had resolved the problem I would be free of it, but sometimes I still find myself
19. I wish I had more ideas on how to solve my problem.
20. I have started working on my problems but I would like help.
21. Maybe this place will be able to help me.
22. I may need a boost right now to help me maintain the changes I've already made.
23. I may be part of the problem, but I don't really think I am.
24. I hope that someone here will have some good advice for me.
25. Anyone can talk about changing; I'm actually doing something about it.
26. All this talk about psychology is boring. Why can't people just forget about their problems?
27. I'm here to prevent myself from having a relapse of my problem.
28. It is frustrating, but I feel I might be having a recurrence of a problem I thought I had resolved.
29. I have worries but so does the next person. Why spend time thinking about them?
30. I am actively working on my problem.
31. I would rather cope with my faults than try to change them.
32. After all I had done to try to change my problem, every now and again it comes back to haunt me.

Appendiks 2

ANOREXIA NERVOSA STAGES OF CHANGE QUESTIONNAIRE (ANSOCQ)

(Rieger, et al., 2002)

DIRECTIONS: Each of the items below is made up of five statements. For each item, please read the five statements carefully. Then select the statement (or statements) which best describe/s your *current* attitude or behavior (not how you have been in the past or how you would like to be). If you have any problems, please ask for assistance. Your answers are completely confidential.

1. The following statements refer to gaining weight:

- a) As far as I am concerned, I do not need to gain weight.
- b) In some ways I think that I might be better off if I gained weight.
- c) I have decided that I will attempt to gain weight.
- d) At the moment I am putting in a lot of effort into gaining weight.
- e) I am working to maintain the weight gains I have made.

2. The following statements refer to body weight:

- a) As far as I am concerned, I do not need to weigh at least _____kg (insert your minimal normal weight).
- b) In some ways I think that I might be better off if I weighed at least _____kg.
- c) I have decided that I will attempt to reach at least _____kg.
- d) At the moment I am putting in a lot of effort to reach at least _____ kg.
- e) I am working to maintain a weight of at least _____kg.

3. The following statements refer to parts of your body which may particularly concern you in terms of weight gain (such as hips, thighs, stomach, or buttocks):

- a) There is no way I would be prepared to gain weight on these body parts.
- b) Sometimes I think I would be prepared to gain weight on these body parts.
- c) I have decided that I am prepared to gain weight on these body parts.
- d) I am presently trying to gain weight on these body parts.
- e) I am working to maintain the weight I gained on these body parts.

4. The following statements refer to your appearance:

- a) I do not want to be a normal weight because I would be less satisfied with my appearance at a weight of at least _____ kg (insert your minimal normal weight).
- b) I have occasionally thought about being a normal weight because in some ways I would be more satisfied with my appearance at a weight of at least _____ kg.
- c) I have decided to reach a normal weight because I would be more satisfied with my appearance at a weight of at least _____ kg.
- d) I am presently trying to reach a normal weight because I will be more satisfied with my appearance at a weight of at least _____ kg.
- e) I am working to maintain a normal weight because I am more satisfied with my appearance at a weight of at least _____ kg.

5. The following statements refer to your health:

- a) I do not need to be a normal weight because there are no risks to my health when I weigh below _____ kg (insert your minimal normal weight).
- b) I have occasionally thought about being a normal weight because of the risks to my health when I weigh below _____ kg.
- c) I have decided to reach a normal weight because of the risks to my health when I weigh below _____ kg.
- d) I am presently trying to reach a normal weight because of the risks to my health when I weigh below _____ kg.
- e) I am working to maintain a normal weight because of the risks to my health when I weigh below _____ kg.

6. The following statements refer to the importance of body shape and weight:

- a) I do not exaggerate the importance of my body shape or weight in determining my happiness and success.
- b) Sometimes I think that I exaggerate the importance of my body shape or weight in determining my happiness and success.

- c) I have decided that I need to reduce the importance that I place on my body shape or weight in determining my happiness and success.
- d) I often try to challenge the importance that I place on my body shape or weight in determining my happiness and success.
- e) I have succeeded in reducing my tendency to place too much importance on my body shape or weight in determining my happiness and success and want it to stay this way.

7. The following statements refer to a fear of fatness:

- a) My fear of becoming fat is not excessive.
- b) I occasionally think that my fear of becoming fat is excessive.
- c) I have decided that I need to do something about the fear I have of becoming fat because it is controlling me.
- d) I know that my fear of becoming fat has caused problems and I am now trying to correct this.
- e) I have succeeded in reducing my fear of becoming fat and want it to stay this way.

8. The following statements refer to weight loss:

- a) I would prefer to lose more weight.
- b) Sometimes I think that it might be time to stop losing weight.
- c) I have decided that it is time to stop losing weight.
- d) I am trying to stop losing weight.
- e) I have managed to stop losing weight and hope to stay this way.

9. The following statements refer to body fat versus muscle:

- a) I might think about gaining muscle on purpose, but I would never think of gaining fat on purpose.
- b) Sometimes I think that I may need to gain some fat even though I would prefer to have only muscle.
- c) I have decided that to be healthy I need to have some fat on my body.
- d) I realise that I need to have some fat on my body and am working to achieve this.
- e) I have managed to increase the level of fat on my body which I am trying to maintain.

10. The following statements refer to the rate of weight gain:

- a) There is no way I would be prepared to gain at least 1 kg a week.
- b) Sometimes I think I would be prepared to gain at least 1 kg a week.
- c) I have decided that in general it would be best for me to gain at least 1 kg a week.
- d) I am putting in a lot of effort to gain at least 1 kg a week.
- e) I am working to maintain my weight but would be prepared to gain at least 1 kg a week if necessary.

11. The following statements refer to certain shape and weight standards which you may have for evaluating your body (such as only being satisfied with your body when your stomach is flat or when you are below a certain weight):

- a) The standards I use to evaluate my body are not too strict.
- b) Sometimes I think that the standards I use to evaluate my body may be too strict.
- c) I have decided that the standards I use to evaluate my body are too strict and need to be changed.
- d) I am putting in a lot of effort to change the strict standards which I use to evaluate my body.
- e) I have managed to let go of the strict standards which I used in the past to evaluate my body and am hoping to keep it this way.

12. The following statements refer to certain foods which you may avoid eating (such as food high in calories or fat, red meat or dairy products):

- a) There are certain foods which I strictly avoid and would not even consider eating.
- b) There are certain foods which I try to avoid, although sometimes I think that it might be okay to eat them occasionally.
- c) I think that I am too strict in the foods which I allow myself to eat and have decided that I will attempt to eat foods which I usually avoid.
- d) I am putting in a lot of effort to regularly eat foods which I usually avoid.
- e) I used to avoid eating certain foods which I now eat regularly.

13. The following statements refer to daily food consumption:

- a) There is no need for me to eat 3 standard-size meals and a snack each day.
- b) Sometimes I think that I should eat 3 standard-size meals and a snack each day.

- c) I have decided that I need to eat 3 standard-size meals and a snack each day.
- d) I am putting in a lot of effort to eat 3 standard-size meals and a snack each day.
- e) I am working to maintain a current eating pattern which includes 3 standard-size meals and a snack each day.

14. The following statements refer to time spent thinking about food and your weight (such as thoughts about becoming fat, counting the calories or fat content of food, or calculating the amount of energy used when exercising):

- a) There is nothing wrong with the amount of time I spend thinking about food and my weight.
- b) The amount of time I spend thinking about food and my weight is a problem sometimes.
- c) I have decided that I need to use strategies to help me reduce the amount of time I spend thinking about food and my weight.
- d) I am using strategies to help me reduce the amount of time I spend thinking about food and my weight.
- e) I used to spend too much time thinking about food and my weight which I have managed to reduce and am working to keep it this way.

15. The following statements refer to certain eating behaviors (such as needing to eat food at a specific rate or time, moving food around on the plate, being unable to eat all food on a plate, taking longer than others to eat meals, having difficulty eating with others, needing to chew food a certain number of times or needing to stick to the same food plan each day):

- a) There is nothing that I need to change about the way I eat my meals.
- b) I sometimes think that I need to change aspects of the way I eat my meals.
- c) I have decided that I will try to change aspects of the way I eat my meals.
- d) I am putting in a lot of effort to change aspects of the way I eat my meals.
- e) I have succeeded in changing aspects of the way I eat my meals and want it to stay this way.

16. The following statements refer to feelings associated with eating (such as feeling guilty) and not eating (such as feeling in control):

- a) There is no need for me to change the feelings I associate with eating and not eating.
- b) I sometimes think that I need to change the feelings I associate with eating and not eating.
- c) I have decided that I will try to change the feelings I associate with eating and not eating.
- d) I am putting in a lot of effort to change the feelings I associate with eating and not eating.
- e) I have succeeded in changing the feelings I associate with eating and not eating and want it to stay this way.

17. The following statements refer to methods which you may use to control your weight (such as restricting your eating, exercising, vomiting, taking laxatives or other pills). You may select more than one statement for the different methods you use to control your weight. Please indicate which weight control method/s you are referring to in the blank space/s provided.

- a) There is nothing seriously wrong with the methods (_____) I use to control my weight.
- b) I have been thinking that there may be problems associated with the methods (_____) I use to control my weight.
- c) I have decided that I will attempt to stop using certain methods (_____) to control my weight.
- d) I am putting in a lot of effort to stop using certain methods (_____) to control my weight.
- e) I have managed to stop using certain methods (_____) to control my weight and I would like to keep it this way.

18. The following statements refer to certain emotional problems (such as feeling depressed, anxious or irritable):

- a) I do not have any emotional problems which I need to work on.
- b) I sometimes think that I may have certain emotional problems which I need to work on.
- c) I have certain emotional problems which I have decided to work on.
- d) I am actively working on my emotional problems.
- e) My emotional problems have improved and I am trying to keep it this way.

19. The following statements refer to certain characteristics (such as perfectionism, low self esteem or feeling a need for control):

- a) I do not have any problems in the way I approach life which I need to work on.
- b) I sometimes think that I may have certain problems in the way I approach life which I need to work on.

- c) I have certain problems in the way I approach life which I have decided to work on.
- d) I am actively working on problems in the way I approach life.
- e) The problems in the way I approach life have improved and I am trying to keep it this way.

20. The following statements refer to relationship problems (such as relationships with family or friends):

- a) I do not have any problems in my relationships with others which I need to work on.
- b) I sometimes think that I may have certain problems in my relationships with others which I need to work on.
- c) I have certain problems in my relationships with others which I have decided to work on.
- d) I am actively working on problems in my relationships with others.
- e) The problems in my relationships with others have improved and I am trying to keep it this way.

Appendiks 3

BULIMIA NERVOSA STAGES OF CHANGE QUESTIONNAIRE (BNSOCQ)

(Martinez, et al., 2007)

DIRECTIONS: Each of the items below is made up of five statements. For each item, please read the five statements carefully and select the one which best describes your current attitude or behaviour (not how you have been in the past or how you would like to be). If you have any problems, please ask for assistance.

1. The following statements refer to body weight:

- (a) As far as I am concerned, I do not need to weight at least _____kg. (insert your minimal normal weight).
- (b) In some ways I think that I might be better off if I weighed at least _____kg.
- (c) I have decided that I will attempt to reach at least _____kg.
- (d) At the moment I am putting in a lot of effort to reach at least _____kg.
- (e) I am working to maintain a weight of at least _____kg.

2. The following statements refer to parts of your body which may particularly concern you in terms of weight gain (such as hips, thighs, stomach or buttocks):

- (a) There is no way I would be prepared to gain weight on these body parts.
- (b) Sometimes I think I would be prepared to gain weight on these body parts.
- (c) I have decided that I am prepared to gain weight on these body parts.
- (d) I am presently trying to gain weight on these body parts.
- (e) I am working to maintain the weight I gained on these body parts.

3. The following statements refer to the importance of body shape and weight:

- (a) I do not exaggerate the importance of my body shape or weight in determining my happiness and success.
- (b) Sometimes I think that I exaggerate the importance of my body shape or weight in determining my happiness and success.
- (c) I have decided that I need to reduce the importance that I place on my body shape or weight in determining my happiness and success.
- (d) I often try to challenge the importance that I place on my body shape or weight in determining my happiness and success.
- (e) I have succeeded in reducing my tendency to place too much importance on my body shape or weight in determining my happiness and success and want to stay this way.

4. The following statements refer to a fear of fatness:

- (a) My fear of becoming fat is not excessive.
- (b) I occasionally think that my fear of becoming fat is excessive.
- (c) I have decided that I need to do something about the fear I have of becoming fat because it is controlling me.
- (d) I know that my fear of becoming fat has caused problems and I am now trying to correct this.
- (e) I have succeeded in reducing my fear of becoming fat and want it to stay this way.

5. The following statements refer to weight loss:

- (a) I would prefer to lose more weight.
- (b) Sometimes I think that it might be time to stop losing weight.
- (c) I have decided that it is time to stop losing weight.
- (d) I am trying to stop losing weight.
- (e) I have managed to stop losing weight and hope to stay this way.

6. The following statements refer to body fat versus muscle:

- (a) I might think about gaining muscle on purpose, but I would never think of gaining fat on purpose.
- (b) Sometimes I think that I may need to gain some fat even though I would prefer to have only muscle.
- (c) I have decided that to be healthy I need to have some fat on my body.
- (d) I realise that I need to have some fat on my body and I am working to achieve this.
- (e) I have managed to increase the level of fat on my body which I am trying to maintain.

7. The following statements refer to certain shape and weight standards which you may have for evaluating your body (such as only being satisfied with your body when your thighs are not touching, when specific bones can be seen, when your stomach is flat, when you are below a certain weight or when you fit into certain clothes):

- (a) The standards I use to evaluate my body are not too strict.
- (b) Sometimes I think that the standards I use to evaluate my body are too strict.
- (c) I have decided that the standards I use to evaluate my body are too strict and need to be changed.
- (d) I am putting in a lot of effort to change the strict standards which I use to evaluate my body.
- (e) I have managed to let go of the strict standards which I used in the past to evaluate my body and I am hoping to keep it this way.

8. The following statements refer to certain food which you may avoid eating (such as food high in calories or fat, red meat, dairy products or food where the caloric content is unknown).

- (a) There are certain foods which I strictly avoid and would not even consider eating.
- (b) There are certain foods which I try to avoid, although sometimes I think that it might be okay to eat them occasionally.
- (c) I think that I am too strict in the foods which I allow myself to eat and have decided that I will attempt to eat foods which I usually avoid.
- (d) I am putting in a lot of effort to regularly eat foods which I usually avoid.
- (e) I used to avoid eating certain foods which I now eat regularly.

9. The following statements refer to daily food consumption:

- (a) There is no need for me to eat 3 standard-size meals and a snack each day.
- (b) Sometimes I think that I should eat 3 standard-size meals and a snack each day.
- (c) I have decided that I need to eat 3 standard-size meals and a snack each day.
- (d) I am putting in a lot of effort to eat 3 standard-size meals and a snack each day.
- (e) I am working to maintain a current eating pattern which includes 3 standard-size meals and a snack each day.

10. The following statements refer to time spent thinking about your weight (such as thoughts about becoming fat, counting the calories or fat content of food, or calculating the amount of energy used when exercising):

- (a) There is nothing wrong with the amount of time I spend thinking about my weight.
- (b) The amount of time I spend thinking about my weight is a problem sometimes.
- (c) I have decided that I need to use strategies to help me reduce the amount of time I spend thinking about my weight.
- (d) I am using strategies to help me reduce the amount of time I spend thinking about my weight.
- (e) I used to spend too much time thinking about my weight which I have managed to reduce and I am working to keep it this way.

11. The following statements refer to certain eating behaviours (such as needing to eat good at a specific rate or time, being unable to eat from a full plate, moving food around on the plate, taking longer than others to eat meals, having difficulty eating with others, needing to chew food a certain number of times, not allowing food to touch your lips, needing to eat food in a specific order or needing to stick to the same food plan each day):

- (a) There is nothing that I need to change about the way I eat my meals.
- (b) I sometimes think that I need to change aspects of the way I eat my meals.
- (c) I have decided that I will try to change aspects of the way I eat my meals.
- (d) I am putting in a lot of effort to change aspects of the way I eat my meals.
- (e) I have succeeded in changing aspects of the way I eat my meals and want it to stay this way.

12. The following statements refer to binge-eating episodes (the consumption of large amounts of food and with a feeling of loss of control) that you have:

- (a) It is impossible to stop my binge eating because I'm not going to control it.
- (b) I am not sure whether I am going to stop my binge eating.
- (c) I am becoming increasingly confident that I am going to stop my binge eating.
- (d) I am confident that I am going to stop my binge eating.
- (e) I am confident that I can use strategies to stop my binge eating if it appears again.

13. The following statements refer to the fear of not being able to stop eating when you have started meals like breakfast, lunch, snacks or dinner:

- (a) It is impossible to stop eating once I have started.
- (b) I am not sure whether I am going to stop eating once I have started.
- (c) I am becoming increasingly confident that I am going to stop eating once the meal is finished.
- (d) I am confident that I am going to stop eating once the meal is finished.
- (e) I have managed to stop eating once the meal is finished.

14. The following statements refer to feelings associated with eating (such as feeling guilty, anxious or bloated and not eating (such as feeling successful, in control or spiritually stronger):

- (a) There is no need for me to change the feelings I associate with eating and not eating
- (b) I sometimes think that I need to change the feelings I associate with eating and not eating
- (c) I have decided that I will try to change the feelings I associate with eating and not eating.
- (d) I am putting in a lot of effort to change the feelings I associate with eating and not eating.
- (e) I have succeeded in changing the feelings I associate with eating and not eating and want it to stay this way.

15. The following statements refer to food restriction during meals to control your weight:

- (a) There is nothing seriously wrong in food restriction to control my weight.
- (b) I have been thinking that there may be problems associated with food restriction to control my weight.
- (c) I have decided that I will attempt to stop using food restriction to control my weight.
- (d) I am putting a lot of effort to stop using food restriction to control my weight.
- (e) I have managed to stop using food restriction to control my weight and hope to stay this way.

16. The following statements refer to methods which you may use to control your weight (such as exercising, vomiting, taking laxatives or other pills). You may select more than one statement for the different methods you use to control your weight. Please indicate which weight control methods you are referring to in the blank space/s provided.

- (a) There is nothing seriously wrong with the methods (_____) I use to control my weight.
- (b) I have been thinking that there may be problems associated with the methods (_____) I use to control my weight.
- (c) I have decided that I will attempt to stop using certain methods (_____) to control my weight.
- (d) I am putting a lot of effort to stop using certain methods (_____) to control my weight.
- (e) I have managed to stop using certain methods (_____) to control my weight and I would like to keep it this way.

17. The following statements refer to certain emotional problems (such as feeling depressed, anxious or irritable):

- (a) I do not have any emotional problems which I need to work on.
- (b) I sometimes think that I may have certain emotional problems which I need to work on.
- (c) I have certain emotional problems which I have decided to work on.
- (d) I am actively working on my emotional problems.
- (e) My emotional problems have improved and I am trying to sep it this way.

18. The following statements refer to certain characteristics (such as perfectionism, low self esteem or feeling a sense of lack of control over your life):

- (a) I do not have any problems in the way I approach life which I need to work on.
- (b) I sometimes think that I may have certain problems in the way I approach life which I need to work on.
- (c) I have certain problems in the way I approach life which I have decided to work on.
- (d) I am actively working on problems in the way I approach life.
- (e) The problems in the way I approach life have improved and I am trying to keep it this way.

19. The following statements refer to relationship problems (such as relationships with family or friends):

- (a) I do not have any problems in my relationships with others which I need to work on.
- (b) I sometimes think that I may have certain problems in my relationships with others which I need t work on.
- (c) I have certain problems in my relationships with others which I have decided to work on.
- (d) I am actively working on problems in my relationship with others.
- (e) The problems in my relationships with others have improved and I am trying to keep it this way.

20. The following statements refer to your taking part in treatment:

- (a) It is impossible that I follow the treatment programme.
- (b) I am not sure whether I am going to follow the treatment programme.
- (c) I am becoming increasingly confident that I am going to follow the treatment programme.
- (d) I am confident that I am going to follow the treatment programme.
- (e) I am confident that I'm going to use the strategies I gained from the treatment programme if my problems recurred.

Appendiks 4

PROS AND CONS OF ANOREXIA NERVOSA – P-CAN Revised

(Serpell, et al., 2004)

Instructions: Please read each statement and mark a cross in the column which most closely expresses your agreement or disagreement with the statement. There are no right or wrong answers, and your responses will remain totally confidential, so please answer as honestly as you can.

	Agree	Strongly Agree	Moderately Agree	Neither Agree nor Disagree	Disagree	Moderately Disagree	Strongly Disagree
1. I feel fitter as a result of my anorexia							
2. Anorexia expresses my inner anguish							
3. Anorexia has left me unable to feel							
4. Anorexia helps me get through life							
5. Anorexia has made me depressed							
6. I feel that I am more attractive to others as a result of my anorexia							
7. I feel bad that my anorexia is a concern to others							
8. I see my anorexia as being dependable and consistent							
9. I have hurt those close to me because of my anorexia							
10. Anorexia gives structure to my life							
11. Anorexia lifts me above others							
12. I wish my anorexia would go away and leave me alone!							
13. I feel protected by my anorexia							
14. Anorexia has numbed my emotions							
15. Having anorexia means I can wear the clothes I want							
16. Anorexia allows me to avoid the disruption of having periods							
17. Anorexia is something I am good at							
18. I feel unable to escape from my anorexia							
19. Anorexia shows I can do at least one thing better than other people							
20. Anorexia is a skill							
21. I hate the fact that my parents worry about me because of my anorexia							
22. I use anorexia to communicate my distress/unhappiness to others							
23. My anorexia makes me feel secure							
24. In being anorexic, I am an expert							

25. Because of anorexia I don't have to worry about becoming pregnant							
26. Anorexia is my cry for help when things go wrong							
27. I hate the way that anorexia controls my life							
28. My anorexia helps me to keep control							
29. Anorexia helps me to control my emotions							
30. Anorexia takes up all my time							
31. Anorexia limits my emotional expression							
32. Anorexia has taken over my personality							
33. I am fighting against my anorexia							
34. Having anorexia stops my monthly period pains							
35. Because of anorexia I can push my body further than I used to							
36. I feel better about my appearance because of my anorexia							
37. Anorexia means I no longer have PMT/PMS							
38. I am fed up with thinking constantly about food							
39. Anorexia gives purpose to my life							
40. I HATE being anorexic							
41. I value my anorexia because it makes me feel safe							
42. I can show my emotions through my anorexia							
43. I'm sick and tired of being anorexic							
44. I like the way anorexia makes me look							
45. Having anorexia makes my body work better							
46. My anorexia helps me to organise my world							
47. I feel that anorexia has suffocated my natural emotions							
48. I am in better physical shape as a result of my anorexia							
49. I feel guilty for the worry my anorexia has caused to my friends							
50. I feel sorry for the effect anorexia has had on my family							

Please check you have answered all the questions.
Many thanks for filling in this questionnaire

Appendiks 5

PROS AND CONS OF EATING DISORDERS – P-CEN Revised

(Gale, et al., 2006)

Instructions: Please read each statement and mark a cross in the column which most closely expresses your agreement or disagreement with the statement. There are no right or wrong answers, and your responses will remain totally confidential, so please answer as honestly as you can.

	Agree	Strongly Agree	Moderately Agree	Neither Agree nor Disagree	Disagree	Moderately Disagree	Strongly Disagree
1. I value my anorexia/bulimia because it makes me feel safe							
2. My anorexia/bulimia gives structure to my life							
3. My anorexia/bulimia helps me to keep control							
4. My anorexia/bulimia helps me organize my world							
5. My anorexia/bulimia gives purpose to my life							
6. I feel protected by my anorexia/bulimia							
7. My anorexia/bulimia makes me feel secure							
8. My anorexia/bulimia helps me get through life							
9. I see my anorexia/bulimia as being dependable and consistent							
10. I am sick and tired of anorexia/bulimia							
11. I am fed up with thinking constantly about food							
12. I hate having anorexia/bulimia							
13. I hate the way that my anorexia/bulimia controls my life							
14. I am fighting against my anorexia/bulimia							
15. I wish my anorexia/bulimia would go away and leave me alone!							
16. I often feel sorry for the effect my anorexia/bulimia has had on my family							
17. I hate the fact that my parents worry about me because of my anorexia/bulimia							
18. I feel bad that my anorexia/bulimia is a concern to others							
19. I feel guilty for the worry my anorexia/bulimia has caused to my friends							
20. I have hurt those close to me because of my anorexia/bulimia							

21.I feel that I am more attractive to others as a result of my anorexia/bulimia							
22.I like the way my anorexia/bulimia makes me look							
23.I feel better about my appearance because of my anorexia/bulimia							
24.Having anorexia/bulimia means I can wear the clothes I want							
25.My anorexia/bulimia has numbed my emotions							
26.I feel that my anorexia/bulimia has numbed my natural emotions							
27.My anorexia/bulimia helps me control my emotions							
28.My anorexia/bulimia limits my emotional expression							
29.My anorexia/bulimia has left me unable to feel							
30.My anorexia/bulimia is my cry for help when things go wrong							
31.I use my anorexia/bulimia to communicate my distress/unhappiness to others							
32.I can show my emotions through my anorexia/bulimia							
33.My anorexia/bulimia expresses my inner anguish							
34.Having anorexia/bulimia stops my monthly period pains							
35.My anorexia/bulimia allows me to avoid the disruption of having periods							
36.My anorexia/bulimia means I no longer have PMT/PMS							
37.Because of my anorexia/bulimia I do not have to worry about becoming pregnant							
38.I feel fitter as a result of my anorexia/bulimia							
39.Having anorexia/bulimia makes my body work better							
40.Because of my anorexia/bulimia I can push my body further than I used to							
41.I am in better physical shape as a result of my anorexia/bulimia							
42.My anorexia/bulimia lifts me above others							
43.My anorexia/bulimia is something I am good at							
44.My anorexia/bulimia shows I can do at least one thing better than other people							
45.My anorexia/bulimia is a skill							

46. In my anorexia/bulimia, I am an expert							
47. My anorexia/bulimia has made me depressed							
48. I feel unable to escape from my anorexia/bulimia							
49. My anorexia/bulimia has taken over my personality							
50. My anorexia/bulimia takes up all my time							
51. I can “have my cake and eat it” because of my anorexia/bulimia							
52. My anorexia/bulimia gives me the best of both worlds—unlimited food and no drastic weight change							
53. My anorexia/bulimia allows me to comfort myself with food but retain control over how I look							
54. I can eat lots of forbidden foods and still control my weight because of my anorexia/bulimia							
55. My anorexia/bulimia allows me to get pleasure out of food without fear of the consequences							
56. My anorexia/bulimia makes me feel disgusted with myself							
57. My anorexia/bulimia means I don’t allow people to get close because I fear they will discover my guilty secret							
58. My anorexia/bulimia makes me lack confidence in myself							
59. My anorexia/bulimia makes me feel ugly inside and out							
60. My anorexia/bulimia makes me feel like I’m not worth anything							
61. My anorexia/bulimia gives me something to do with my life							
62. My anorexia/bulimia fills up the emptiness of my life							
63. My anorexia/bulimia gives me pleasure when confronted with boredom and loneliness							
64. My anorexia/bulimia partly fills the empty void which is my life							
65. My anorexia/bulimia helps me deal with boredom or unreleased energy							
66. I hate being constantly obsessed with my appearance because of my anorexia/bulimia							
67. My anorexia/bulimia has made me so obsessed with food and weight I don’t feel I could ever eat normally again							

68.Thinking about food and weight all the time makes it difficult to concentrate on anything else							
69.My anorexia/bulimia makes it impossible for me to relax as I am always thinking about how I look							
70.I am sick and tired of worrying about whether I will put on weight							

Appendiks 6

EATING DISORDER RECOVERY SELF-EFFICACY QUESTIONNAIRE (EDRSQ)

(Pinto, et al., 2008)

Instructions: The following items describe behaviors, thoughts, and feelings that individuals with eating disorders may face. The phrase “balanced meal” refers to the amount and type of food that a typical normal-weight person who is not a dieter might eat. Please rate how confident you feel right now about your ability to do the following. If you are currently in the hospital (day hospital or inpatient), please rate how confident you feel right now about your ability to do the following if you were discharged today.

Circle the number that best describes your confidence level. Use the following scale:

- 1 = Not At All Confident
- 2 = Somewhat Confident
- 3 = Moderately Confident
- 4 = Very Confident
- 5 = Extremely Confident

	Not At All Confident	Somewhat Confident	Moderately Confident	Very Confident	Extremely Confident
1) I can eat a family meal at a normal rate.	1	2	3	4	5
2) I can feel proud of how I look.	1	2	3	4	5
3) I can look at my stomach or thighs without wondering if I've gained or lost weight.	1	2	3	4	5
4) I can look in a full-length mirror without thinking about where I want to lose weight.	1	2	3	4	5
5) I can try new foods without feeling anxious.	1	2	3	4	5
6) I can eat a cheeseburger without compensating by restricting, exercising excessively, or purging.	1	2	3	4	5
7) I can eat when I feel hungry and stop eating when I feel satisfied.	1	2	3	4	5
8) I can eat holiday desserts this year and not compensate by purging, exercising excessively, or restricting.	1	2	3	4	5
9) I can feel that my body is attractive.	1	2	3	4	5
10) I can eat one serving of ice cream without feeling guilty or anxious.	1	2	3	4	5
11) I can eat from a buffet without feeling anxious.	1	2	3	4	5
12) I can buy food based on what I feel like eating, not because it is low fat and/or low calorie.	1	2	3	4	5
13) I can eat a high fat/high calorie food without worrying that I will gain weight.	1	2	3	4	5
14) I can wear a swimsuit in public.	1	2	3	4	5
15) I can accept my “figure flaws”.	1	2	3	4	5
16) I can feel OK about myself if my stomach is not flat.	1	2	3	4	5

17) I can eat lunch without thinking about how many calories I'm consuming.	1	2	3	4	5
18) I can eat 3 balanced meals a day without bingeing, purging, exercising excessively, or taking diuretics or laxatives.	1	2	3	4	5
19) I can accept a dinner invitation to somebody's house and eat without restricting, bingeing, or purging.	1	2	3	4	5
20) I won't compare my body shape to other thin/attractive females I see.	1	2	3	4	5
21) I can eat high fat/high calorie foods in moderation without bingeing, purging, taking laxatives or diuretics, or exercising excessively.	1	2	3	4	5
22) I can see that my weight is not the most important part of me as a person.	1	2	3	4	5
23) I can go to a restaurant with friends who are not dieters and eat a normal, balanced meal.	1	2	3	4	5