

Veien ut

- en kvalitativ studie av endringsfaktorer i spiseforstyrrelser

Kari Bjaaland



Levert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

23 oktober, 2009

SAMMENDRAG

Forfatter: Kari Bjaaland

Tittel: "Veien ut - en kvalitativ studie av endringsfaktorer i spiseforstyrrelser"

Veileder: Anders Zachrisson

Problemstillingene jeg søker å besvare i denne oppgaven er: 1) Hvilke endringsbevirkende faktorer trekker mennesker som har oppnådd bedring i sin spiseforstyrrelse selv frem? 2) Kan disse plasseres innenfor rammene av de transteoretiske endringsprosessene? Og 3) Hvis ikke, hva er det som gjør at faktorene og prosessene ikke er sammenfallende?

Bakgrunnen for disse spørsmålene er den begrensede forskningen på endring i spiseforstyrrelser. De fleste studiene som har forsøkt å belyse dette temaet *uten samtidig å bekrefte en teori* har benyttet de ti transteoretiske endringsprosessene. Disse ble først identifisert teoretisk av Prochaska i 1979 og senere revidert gjennom studier av røykevaner (Prochaska & DiClemente, 1988).

Metoden jeg har brukt for å besvare forskningsspørsmålene er et semi-strukturert intervju av fem kvinner som har oppnådd betydelig bedring i sin spiseforstyrrelse. Kvinnene var alle rekruttert gjennom Oslo universitetssykehus, Aker, poliklinikk for spiseforstyrrelser. Intervjuene var så utgangspunkt for en tematisk analyse.

Alle fem kvinner uttrykte at for å bli bedre var det viktig *å bli bevisst egne følelser, å uttrykke følelser* og *å ha en god relasjon*. Andre endringsfaktorer som flere kvinner nevnte var blant annet *aksept, motivasjon, en positiv rollemodell, å skrive og å bli eldre*.

Det var bare delvis overensstemmelse mellom de transteoretiske prosessene og kvinnenes faktorer. Dette har flere årsaker. For det første fokuserer prosessene på tanker og handlinger individet selv har kontroll over, og rommer i mindre grad eksterne elementer. For det andre mangler de en integrering av teori og teknikk, hvilket medfører at når kvinnenes endringsfaktorer skilte seg fra prosessene enten semantisk eller i nivå av abstraksjon ble sammenhengen uklar.

Begrensninger av studien inkluderer et lite utvalg bestående kun av kvinner, kun én runde med intervjuer og i hovedsak én form for behandling representert. Antagelig reflekterer endringsfaktorene i noen grad den terapien kvinnene benyttet. Forslag til fremtidige studier nevnes kort.

Jeg vil gjerne takke

Lena, Marie, Astrid, Vivian og Karen
for deres refleksjoner, åpenhet, humor og inspirasjon

Åse Minde og Kari Rød

Anders “vær flittig” Zachrisson

BS Sonja Bjaaland for krisehjelp

INNHOLDSFORTEGNELSE

INNLEDNING	5
BAKGRUNN	6
Den transteoretiske endringsmodell	6
4 studier som har brukt de transteoretiske prosesser for å undersøke endring i spiseforstyrrelser	10
Operasjonalisering av endringsbevirkende faktorer	15
Avhengighetsproblematikk og spiseforstyrrelser	16
METODE	19
Deltagere	19
Behandlingen på Aker	20
Intervjuet	20
Analyse	21
RESULTATER	22
Lena	23
Marie	27
Astrid	30
Vivian	32
Karen	36
Tre temaer som ble nevnt spontant	40
Oversikt over antall endringsfaktorer innenfor de transteoretiske prosesser	41
DISKUSJON	42
Kvinnernes endringsbevirkende faktorer	42
De transteoretiske endringsprosesser	44
Faktorer som ikke ble rommet av de transteoretiske prosesser	48
Svakheter ved den transteoretiske modellen	49
Begrensninger ved studien	51
KONKLUSJON	52
REFERANSER	54
FOTNOTER	60

INNLEDNING

Enhver som har opplevd spiseforstyrrelser på nært hold vet hvor kompliserte og vonde disse lidelsene er. Ofte har de et så godt grep om et individ at veien til bedring ikke bare er lang og strevsom, men til tider også vanskelig å se. Således er det påfallende at store mengder litteratur eksisterer på lidelsenes nosologi, komorbiditet, prognose og psykogenese (for oversikt se f.eks. Gleaves, Miller, Williams & Summers, 2000), men svært lite på *endring*. Det meste av litteraturen på dette temaet tar utgangspunkt i en teori eller behandlingsform og har som mål å bekrefte at denne tilnærmingen gir mening eller har positiv effekt. Innfallsvinklene er utallige, fra narrativ praksis (f.eks. Andresen, Andresen & Bjercknes, 2009) og varianter av kognitiv atferdsterapi (f.eks. Martinez-Mallén et al., 2007), til åndelighet (Marsden, Karagianni & Morgan, 2007) og progressiv avslapning (Mizes & Fleece, 1986). Kun et fåtall forskere har forsøkt å unngå en slik teoretisk allianse og undersøke endringsfaktorer fra klientens ståsted. Disse har gjerne benyttet *de transteoretiske endringsprosesser* (“processes of change”), som inngår i *den transteoretiske modellen* (Prochaska, DiClementer, Norcross, 1992).

Prosessene ble først identifisert teoretisk av Prochaska i 1979 i et forsøk på å integrere endringsteorier fra 24 ledende terapiretninger. De ble så modifisert gjennom studier av endring i røykevaner til ti distinkte prosesser. Disse ti skal i prinsippet reflektere alle tenkelige strategier mennesker benytter for å endre atferd. Studiene som har benyttet den transteoretiske modellen for å undersøke endring i spiseforstyrrelser har brukt en tilpasset versjon av “Processes of Change Questionnaire” eller lignende spørreskjema.

Ulempen med å bruke prosesser som i stor grad baserer seg på studier av røykevaner er at den neppe er fullstendig dekkende for endring i spiseforstyrrelser. Dette vil man imidlertid ikke oppdage hvis man bruker et spørreskjema som kun reflekterer de ti endringsprosessene. Et slikt skjema med svaralternativer gir ingen åpning for informasjon om alternative endringsfaktorer. Hvor anvendelig er da modellen? Jeg vil i denne oppgaven forsøke å belyse følgende problemstillinger: 1) Hvilke endringsbevirkende faktorer trekker mennesker som har oppnådd bedring i sin spiseforstyrrelse selv frem? 2) Kan disse plasseres innenfor rammene av de transteoretiske endringsprosesser? Og 3) Hvis ikke, hva er det som gjør at faktorene og prosessene ikke er sammenfallende?

For å besvare disse spørsmålene har jeg valgt å gjennomføre en kvalitativ studie av fem kvinner som har oppnådd betydelig bedring i sin spiseforstyrrelse. Alle kvinnene er rekruttert gjennom Oslo universitetssykehus, Aker, poliklinikk for spiseforstyrrelser.

Gjennom et semi-strukturert intervju har kvinnene selv trukket frem faktorer som har vært viktige for dem, både i og utenfor terapi. Disse faktorene har jeg identifisert ved hjelp av semantiske markører innenfor rammene av en tematisk analyse.

Jeg har organisert oppgaven slik at jeg først tar for meg bakgrunnen for min studie: den transteoretiske modellen og studiene som har brukt denne for å undersøke endring i spiseforstyrrelser. Jeg vil så se på et par relevante punkter, nemlig hvordan vi studerer og operasjonaliserer endringsprosesser, og forskjeller og likheter mellom avhengighetsproblematikk og spiseforstyrrelser. Etter denne bakgrunnen vil jeg presentere min egen studie: metode og resultater av intervjuene. Til slutt vil jeg diskutere forskjeller og likheter mellom endringsprosesser i den transteoretiske modellen og faktorene de fem kvinnene selv trakk fram.

BAKGRUNN

Den transteoretiske endringsmodell

Utvikling av modellen

Den transteoretiske endringsmodellen er et resultat av både teoretisk og empirisk arbeid på flere felter. James Prochaska publiserte i 1979 “Systems of Psychotherapy: a transtheoretical Analysis”, hvor han analyserte teori og metode i 18 ledende terapi-former. Hans mål var å integrere det stadig mer splittede fagfeltet og få fram et teoretisk rammeverk som kunne brukes på tvers av systemer, i motsetning til en tilfeldig eklektisisme. Han skriver:

We have suggested in this book that the major systems of therapy diverge much more in terms of the content that is focused upon rather than the processes that are used to change content. Divergences in content are a function of the multitude of personality theories that are currently available rather than of a multitude of change processes that are the essence of the therapeutic endeavor. (s. 366)

I sin analyse konkluderte Prochaska med at de vel 130 endringsprosessene nevnt i forskjellige terapiformer kunne sammenfattes i fem hovedkategorier: Consciousness raising, catharsis, choosing, conditional stimuli og contingency control. Gjennom undersøkelser av røykeslutt både med og uten terapi ble disse fem så integrert med “endringsstadier” (DiClemente & Prochaska, 1982; Prochaska & DiClemente, 1982), hvor visse prosesser ble postulert å ha

mest nytte om de ble brukt i visse stadier av endring. Etterhvert som modellen har blitt brukt til å undersøke endring i røykevaner (Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska, Velicer, DiClemente & Fava, 1988), fedme-problematikk (Prochaska, Norcross, Fowler, Follick & Abrams, 1992) og negative psykiske tilstander som engstelse og depresjon (Prochaska & DiClemente, 1985), har den også gradvis blitt modifisert til å passe nye data. Modellen i sin helhet består idag av tre hovedkomponenter: Endringsstadier, endringsprosesser (uavhengige variabler), og de sentrale begrepene “decisional balance” og “self-efficacy/temptation” (avhengige variabler). Ettersom min studie kun forholder seg til prosessene skal jeg bare kort gjøre rede for de andre delene av modellen.

Fem endringsstadier

Ifølge Prochaska, DiClemente og Norcross (1992) beveger mennesker seg gjennom fem stadier når de endrer atferd: føroverveielse (precontemplation), overveielse (contemplation), forberedelse (preparation), handling (action) og vedlikehold (maintenance). Hvor raskt en person beveger seg gjennom disse stadiene kan variere fra noen få uker til mange år, men generelt vil man gå fra å ikke vedkjenne problematferden som et problem (føroverveielse) til å bli bevisst problemet (overveielse), ønske å endre atferden og planlegge hvordan (forberedelse), til å faktisk handle. Den nye levemåten uten problematferden må stadig vedlikeholdes og tilbakefall er regelen snarere enn unntaket. Veien gjennom stadiene går imidlertid raskere etter hvert tilbakefall. For å bevege seg fra ett stadie til det neste postulerer Prochaska og hans medarbeidere bruk av en eller flere endringsprosesser.

De transteoretiske endringsprosesser

Prochaska, DiClemente og Norcross (1992) definerer endringsprosesser som “covert and overt activities and experiences that individuals engage in when they attempt to modify problem behaviors.” De mener prosessene representerer et mellomnivå i abstraksjon, mellom overordnede teoretiske antagelser og spesifikke teknikker utledet av disse teoriene. Prosessene anvendes av mennesker både i og utenfor terapi. Som nevnt mente Prochaska og DiClemente (1982) først at det fantes fem endringsprosesser, men disse ble modifisert gjennom studier av endring i røykevaner til ti distinkte prosesser. Disse er: 1) Consciousness raising, 2) Counterconditioning, 3) Dramatic relief, 4) Stimulus Control, 5) Helping relationships, 6) Reinforcement management, 7) Self-liberation, 8) Self-reevaluation, 9) Social liberation og

10) Environmental reevaluation (Prochaska, Velicer, DiClemente & Fava, 1988). Det foreligger ingen allment akseptert norsk oversettelse av disse kategoriene, men jeg anvender John Kåre Vederhus (2007) sine og Barth, Børtveit og Prescott (2001) sine mye brukte termer, som gir følgende definisjoner (Prochaska, 2006):

1. *Bevisstgjøring*. Dette er kanskje den viktigste prosessen og Prochaska, DiClemente og Norcross (1994) mente etterhvert at denne var en forutsetning for endring. Bevisstgjøring innebærer å samle informasjon, få feedback og øke forståelsen av problematferden, både årsaker til denne og mulig behandling. Bevisstgjøring handler også om å bli oppmerksom på hvorfor man tidligere *ikke* har sett på de negative konsekvensene av levemåten. Intervensjoner som kan øke bevisstgjøring inkluderer observasjon, konfrontasjoner og selvhjelpsbøker.
2. *Erstatning av problematferd*. En grunnleggende antagelse om problematferd er at det tross alt, på en eller flere måter, har en funksjon. Hva denne funksjonen er varierer fra person til person og dermed også hva som er egnet erstatning. Eksempler kan være avslapningsøvelser, trening eller bilkjøring.
3. *Følelsesmessig reaksjon*. Dette henger ofte sammen med bevisstgjøring, og følelser som frykt, sinne, skam og glede kan gi en person ny kraft og vilje til endring.
4. *Forholdsregler*. Både indre og ytre stimuli kan føre til problematferd og det kan være nyttig å forsøke kontrollere disse i noen grad.
5. *Hjelpsomme relasjoner*. Å få støtte og omsorg fra andre anses som svært viktig for endring. Prochaska, Norcross og DiClemente (1994) mener mennesker først og fremst selv må sørge for at en relasjon blir hjelpsom enten ved å finne andre i en lignende situasjon, be noen om hjelp eller gjøre felles aktiviteter sammen.
6. *Belønning av alternativ atferd*. Man kan både belønne seg selv eller bli belønnet av andre for ny atferd gjennom ros eller materielle goder. Antagelig er det mest virkningsfullt å gi seg selv indre anerkjennelse for endringer man har gjort.
7. *Tro på egen evne til endring/ta forpliktende beslutninger*. Dette innebærer å holde målet om endring i fokus tross utfordringer, fristelser og tidvis lav motivasjon. Man jobber kontinuerlig for å nå målet og eksperimenterer kanskje med små endringsforsøk. Lykkes disse, opplever man mestring og sjansen for å fortsette økes.
8. *Regnskap med seg selv*. Ofte vil problematferden gå imot en persons verdier og hva han eller hun ønsker å være eller oppnå. Å erkjenne denne inkongruensen kan være et viktig steg i endringsprosessen. Visualisering, positive rollemodeller og revurdering av verdier kan alle bidra til et slikt regnskap og motivere for endring.

De to siste kategoriene, *environmental reevaluation* og *social liberation*, brukes sjelden i forskning og litteratur idag. Førstnevnte innebærer å bli bevisst hvordan problematferden påvirker andre eller omgivelsene generelt, mens den siste kategorien innebærer bevissthet om alternative måter å leve på i samfunnet, uten problematferden. Begrunnelser for å utelate disse to i studier eller lærebøker finner man ofte ikke, annet enn at de tilsynelatende ikke er relevante (f.eks. Stanton, Rebert & Zinn, 1986; Blake, Turnbull & Treasure, 1997). Prochaska utelater selv “social liberation” i sin gjennomgang av prosessene fra 2006.

“Endringsprosess” og “endringsbevirkende faktor”

Før vi går videre til siste del av den transteoretiske modellen kan det være hensiktsmessig å se litt nærmere på begrepet “endringsprosesser”. Prochaska og DiClemente (1982) bruker dette uttrykket for å beskrive alt av endringsfremmende faktorer, fra aktiviteter og informasjonssanking til relasjoner og følelser. Fordi noen av disse “prosessene” er aktive handlinger personer i stor grad kan kontrollere selv, mens andre er faktorer knyttet til omverdenen eller egen personlighet og i mindre grad kan styres, mener jeg det blir upresist å kalle alle for “prosesser”. Jeg vil derfor kun bruke “endringsprosesser” når jeg refererer til de ti kategoriene i den transteoretiske modellen, ettersom dette er begrepet Prochaska og DiClemente bruker. I forbindelse med min kvalitative studie og endring generelt vil jeg benytte “endringsbevirkende faktorer”. Dette begrepet mener jeg rommer tanker, opplevelser, følelser, handlinger og elementer utenfor en persons kontroll som kan virke endringsfremmende.¹

Andre sentrale begreper og modellens bruk idag

Siste del av den transteoretiske modellen er begrepene “self-efficacy”, “decisional balance” og “temptation” (Prochaska & Velicer, 1997). Disse antas å reflektere viktige aspekter ved endring. Førstnevnte innebærer den situasjonsbestemte troen mennesker har på egen evne til å takle risikofylte situasjoner uten å falle tilbake på selvdestruktive vaner. Begrepet er hentet fra Banduras (1977) teori om self-efficacy og mestring. “Decisional balance” refererer til et individs avveining for/imot endring. Det antas at endring kun kan finne sted når individet mener det er mer som taler *for* å endre atferd enn imot. Det siste begrepet, “temptation”, reflekterer intensiteten i trangen til å utføre en viss handling (vane) i vanskelige

situasjoner. De vanligste utfordringene er opplevelser med negativ affekt, positive sosiale situasjoner og sug etter “substansen” (så som røyk, alkohol, narkotika eller mat).

Av hovedkomponentene i den transteoretiske modellen er det kun endringsstadiene som idag brukes aktivt og da særlig innen helsepsykologi. De har de senere årene vært gjenstand for både rikelig med forskning og kritikk (se for eksempel West, 2005). I hvilken grad empirien avkrefter eller bekrefter stadiene vil jeg ikke gå inn på her (for en god oversikt se Armitage, 2008), men de transteoretiske endringsprosessene kan uansett ha nytteverdi. De er et forsøk på å organisere viktig og anvendelig kunnskap om menneskelig endring, noe som igjen kan ha positiv innflytelse på kvaliteten av terapi. Blant annet har prosessene potensiale til å virke demystifiserende på lidelser og gjøre terapeuter mer fleksible, slik at de i større grad kan tilpasse terapien til den enkelte klient. Spesielt tror jeg dette er viktig i forhold til spiseforstyrrelser, som ofte regnes som “vanskelige” å behandle. Samtidig må vi erkjenne potensielle svakheter ved de transteoretiske prosessene slik de står i dag, spesielt begrensningene for generalisering. Flere av prosessene har et svært konkret innhold kun knyttet opp mot “problematferden” og i stor grad rettet mot usunne eller selvdestruktive vaner. Således passer de godt til bruk i helsesektoren hvor røyking, fedme, for lite mosjon og usunne matvaner er viktige behandlingstemaer. Det er derimot høyst usikkert hvor dekkende prosessene er for endring i psykiatriske lidelser som spiseforstyrrelser.

4 studier som har brukt de transteoretiske prosessene for å undersøke endring i spiseforstyrrelser

Studie 1

Den første studien av endring i spiseforstyrrelser som benyttet de transteoretiske prosessene ble gjennomført av Stanton, Rebert og Zinn i 1986. De undersøkte bedring utenfor terapi (“self-change”) for 15 unge kvinner, alle tidligere bulemikere og rekruttert fra et college. Diagnose ble identifisert ved hjelp av The Eating Problems Questionnaire og The Compulsive Eating Scale. Kriteriet for bedring var å ikke ha overspist eller kastet opp i minst tre måneder forut for undersøkelsen. Kvinnene gjennomgikk først et strukturert intervju og fylte så ut et spørreskjema om endringsprosesser. Skjemaet var en modifisert versjon av “Processes of Change Questionnaire” (PCQ), utviklet av Prochaska, DiClemente, Velicer & Zwick (1981) for røykere. I originalform bestod denne av 40 ledd som ble modifisert av Stanton og medarbeidere til å omhandle bulemisk atferd istedet for røyking. To av de ti

endringsprosessene ble sløffet da forfatterne anså dem som irrelevante for bulemikere. Disse var “environmental reevaluation” og “social liberation”, som jeg innledningsvis nevnte ofte utelates i forskning. Eksempler på spørsmål for de resterende åtte kategoriene er “I think about information from articles or ads concerning the benefits of quitting binge eating or purging” (bevisstgjøring), “I do something else instead of binge eating when I need to relax or deal with tension” (erstatning av problematferd), “I react emotionally to warnings about unhealthy eating habits” (følelsesmessig reaksjon), “I remove things around me that remind me of binge eating” (forholdsregler), “I can be open with at least one special person about my experiences with my eating habits” (hjelpsomme relasjoner), “I reward myself when I don’t binge eat” (belønning av alternativ atferd), “I tell myself I am able to quit purging if I want to” (tro på egen evne til endring) og “I consciously struggle with the issue that purging contradicts my view of myself as an effective person in control of my own life” (regnskap med seg selv). Deltagerne ble spurt både om hvor ofte de hadde benyttet seg av disse prosessene og hvor nyttige de hadde vært.

Et viktig aspekt vil være hvorvidt disse modifiserte spørsmålene fortsatt reflekterer distinkte kategorier. Prochaska, DiClemente, Velicer og Fava (1988) skriver i sin konklusjon om endringsprosesser og røykeslutt at generalisering til andre områder enn røyking krever modifisering av spørreskjemaet og anbefaler at forskere utvikler flere spørsmål og bekrefter den interne alpha. Stanton og medarbeidere har da også gjort dette ved å legge til flere ledd om overspising og oppkast slik at de totalt fikk 50 spørsmål i skjemaet. De rapporterer at den interne alphaen varierte mellom .71 og .93, med .86 som gjennomsnitt. Det ser altså ut til at deres spørreskjema reflekterte faktiske kategorier, selv om disse ikke nødvendigvis var nøyaktig de samme som Prochaska og hans medarbeidere målte.

Resultatet av Stanton et als studie var bekreftende. Kun frekvensen av prosesser ble rapportert av forfatterne da dette korrelerte svært høyt med nytthet ($r = .86$). På en Likert skala fra 1 (aldri) til 5 (svært ofte), hadde prosessene verdier på mellom 1.88 og 3.63. De minst brukte prosessene var “forholdsregler” (1.88) og “belønning av alternativ atferd” (2.24), mens de tre mest brukte var “hjelpsomme relasjoner” (3.63), “erstatning av problematferd” (3.56) og “tro på egen evne til endring” (3.21). De øvrige prosessene befant seg mellom disse ytterpunktene. Stanton og hennes medarbeidere konkluderte med at endring av bulemisk atferd uten terapi er mulig, men påpekte samtidig at kvinnene i deres studie i gjennomsnitt hadde hatt bulimi i kun tre år. Om slik endring også kan finne sted etter lengre tids sykdom er uvisst, mente forfatterne. De strukturerte intervjuene ga også informasjon som utfyller bildet. Her ble det klart at den største motiverende faktoren for å slutte å overspise

var ønsket om bedre selvtillit, mens det for å slutte å kaste opp, var vissheten om hvor skadelig atferden var for kvinnenens helse.

Studie 2

Den neste studien som ble gjort på dette feltet inkluderte både pasienter med anoreksi og bulimi. Ward, Troop, Todd og Treasure (1996) undersøkte endring hos 35 kvinner og 2 menn innlagt på en klinikk for spiseforstyrrelser. Av disse hadde 22 restriktiv anoreksi, 2 bulimi og 11 bulemisk anoreksi. Forfatterne nevner ikke hvordan diagnoser ble satt eller hva slags behandling klinikken tilbød. Deltagerne i studien fylte ut to skjemaer, det ene for å måle "Stages of Change", det andre "Processes of Change". Jeg vil kun ta for meg resultatene av sistnevnte. Forfatterne tok utgangspunkt i Stanton og medarbeideres modifiserte PCQ som Troop og Treasure tilpasset til også å gjelde anoreksi. Dette ga et spørreskjema med 47 ledd og de samme åtte prosessene som Stanton og medarbeidere hadde benyttet. Eksempler på noen modifiserte spørsmål er "I think about information from articles or ads concerning the benefits of shaking off anorexia" (bevisstgjøring) og "My dependency on anorexia makes me feel disappointed in myself" (regnskap med seg selv). Reliabiliteten av kategoriene var også her høy, med en gjennomsnittlig alpha på .86 (.71 - .96). Ward og medarbeidere målte kun frekvensen av endringsprosesser, også på en fem-punkts-skala, men fra 0 til 4 istedet for fra 1 til 5.

Selv om utvalget var noe annerledes i denne studien – alvorligere syke og både bulemikere og anorektikere, fikk Ward og medarbeidere lignende resultater for bruk av endringsprosesser. Frekvensen i deres studie varierte fra 1.41 til 2.77, med "forholdsregler" (1.41) og "belønning av alternativ atferd" (1.68) som de minst brukte prosessene og "regnskap med seg selv" (2.77), "hjelpsomme relasjoner" (2.52) og "bevisstgjøring" (2.43) som de mest brukte. Ettersom et av forfatterens mål var å belyse hvordan endringsprosesser henger sammen med endringsstadier, fokuserer det meste av diskusjonen på dette. Forfatterne poengterer imidlertid at deres resultater i overraskende grad speiler funnene til Stanton et al. i forhold til minst og mest brukte prosesser.

Studie 3

I 1997 ble to studier publisert som benyttet den transteoretiske modellen for å utforske endring i spiseforstyrrelser. Den første, gjennomført av Rachel Levy, så både på

endringsstadier og endringsprosesser hos personer med bulimi. Utvalget i denne studien var stort (N=139) og rekruttert både fra flere behandlingssteder og universiteter. Levy rapporterer ikke om andelen menn og kvinner, men deltagerne inkluderte både tidligere bulemikere og de med aktiv bulimi. Endringsprosesser ble målt med “Bulimia Processes of Change Scale”, en modifisert versjon av Prochaska og DiClementes originale 40-ledds spørreskjema. Levy nevner ikke om denne tilsvarende den som ble brukt av Stanton et al. og Ward et al., men hun valgte å måle alle ti endringsprosessene. Interessant nok ble den interne alpha noe lavere i denne studien enn de foregående - mellom .62 og .90. De tre laveste kategoriene var “hjelpsomme relasjoner” (.62), “forholdsregler” (.65) og “erstatning av problematferd” (.65). Alle prosessene er imidlertid beholdt i analysen, da Levy anså sin studie som eksplorerende.

Levys analyse fokuserte først og fremst på kombinasjonen av prosesser og stadier, men jeg vil kun ta for meg den totale frekvensen av endringsprosesser, uavhengig av stadie. På en frekvens-skala fra 1 til 5 fant Levy at de mest brukte prosessene var “følelsesmessig reaksjon” (2.86), “regnskap med seg selv” (2.80) og “hjelpsomme relasjoner” (2.75). Den minst brukte prosessen i Levys studie var klart “belønning av alternativ atferd” (2.07), med de andre prosessene mellom disse ytterpunktene.

Det er tre aspekter ved denne studien det er verdt å merke seg. For det første de relativt lave alpha-verdiene på ovennevnte prosesser. Dette kan indikere at spørsmålene i skjemaet enten ikke måler kategoriene de er ment å måle, eller at kategoriene ikke er “reelle”. For det andre bør vi merke oss de lave verdiene i bruk av endringsprosesser i forhold til både Stanton et als og Ward et als studier. Utifra den transteoretiske modellen kunne dette forklares ved at Levy hadde flere deltagere som ikke var bevisst “problemet” sitt ennå, altså befant seg i “føroverveielse”-stadiet. Men ettersom Ward og medarbeidere *kun* hadde *innlagte* deltagere, og dermed sannsynligvis minst like stor andel i “føroverveielse”-stadiet, holder ikke denne forklaringen. Sannsynligvis skyldes disse forskjellene tilfeldigheter, men ettersom Levy benyttet et betydelig større utvalg er det nærliggende å legge større vekt på hennes resultater. Det tredje aspektet verdt å merke seg ved denne undersøkelsen er den minst brukte prosessen: “belønning av atferd”, som reflekterer tidligere funn.

Studie 4

Den siste studien, som også ble publisert i 1997, undersøkte endringsprosesser i både anoreksi og bulimi. I likhet med Levy fokuserte Blake, Turnbull og Treasure på både stadier og prosesser i endring. Alle 109 deltagere var rekruttert fra et behandlingssenter, hvor 47%

oppfylte kriteriene for anoreksi og 53% for bulimi. Diagnose ble satt gjennom et klinisk intervju med en psykiater og The Clinical Interview Schedule. I motsetning til de foregående studiene som ikke har sett på komorbiditet, rapporterer Blake og medarbeidere at mange av deltagerne også oppfylte kriteriene for depresjon, angst og tvangslidelser. De nevner imidlertid ingenting om behandlingsform ved klinikken. Frekvensen av endringsprosesser ble målt ved å bruke PCQ, modifisert for spiseforstyrrelser. Siden jeg ikke har lyktes i å få kontakt med forfatterne er det uklart om denne versjonen er den samme som Stanton brukte, som Levy benyttet, eller ingen av delene. Etersom skjemaet bestod av 48 ledd kan jeg bare anta at det sannsynligvis er svært likt de to andre både i spørsmål og omfang. I likhet med Stanton et al. og Ward et al. brukte Blake og hennes medarbeidere kun åtte av de ti transteoretiske prosessene. "Environmental reevaluation" og "social liberation" ble ansett som uaktuelle for spiseforstyrrelser. Forfatterne rapporterer ikke den interne reliabiliteten for kategoriene.

På en skala fra 1 til 5 fant Blake og hennes medarbeidere at de mest brukte prosessene totalt sett var "regnskap med seg selv" (3.38) og "hjelpsomme relasjoner" (2.94). De minst brukte var "forholdsregler" (1.54) og "belønning av alternativ atferd" (1.79). Disse funnene reflekterer resultatene i de tidligere studiene. Forfatterne rapporterer ikke om eventuelle forskjeller i endringsprosesser hos bulemikere og anorektikere.

Det kan nevnes at en femte studie publisert i 2004 (Hasler, Delsignore, Milos, Buddeberg og Schnyder) også undersøkte endringsstadier og prosesser hos mennesker med spiseforstyrrelser. Denne benyttet imidlertid noe andre mål og målemetoder og forfatterne rapporterer kun korrelasjoner mellom prosesser og stadier, ikke frekvensen av prosesser. Jeg går derfor ikke gjennom denne studien.

De fire ovennevnte studier konkluderte med at alle de transteoretiske endringsprosessene blir brukt i bedringen av spiseforstyrrelser. Selv om denne konklusjonen kan være riktig er det et par viktige *antagelser* innbakt i selve metoden. For det første har man antatt at prosessene operasjonaliserer endringsbevirkende faktorer på en hensiktsmessig måte. Studiene inkluderer endring både i og utenfor terapi, og Prochaska, DiClemente og Norcross sine definisjoner av "prosesser" er implisitt akseptert som riktige. For det andre har man antatt at det er rimelig å bruke en modell utviklet på basis av avhengighet i undersøkelser av spiseforstyrrelser, uten å kommentere eventuelle forskjeller og likheter mellom disse typene problemer. Jeg vil se litt nærmere på disse to antagelsene.

Operasjonalisering av endringsbevirkende faktorer

Som nevnt innledningsvis er vi fortsatt i startfasen når det gjelder forskning på endring i spiseforstyrrelser. Ifølge Doss (2004) er det dessuten liten enighet innenfor faget om hvordan man skal forske på endring i det hele tatt. Han mener studier typisk forsøker å identifisere “aktive” ingredienser i terapi, for så å knytte disse til utfall. Ulempen med denne tilnærmingen er at den ikke tar for seg de forskjellige elementene involvert i endring. Doss argumenterer for at endring faktisk finner sted på to separate arenaer: i terapirommet og ellers i livet. I førstnevnte er klient og psykolog involvert i en didaktisk prosess hvor begge kontinuerlig påvirker hverandre. Her finnes både “therapy change process” – psykologens intervensjoner, karakteristikk og direktiver, og “client change process” – atferd og opplevelser som skjer innenfor terapien. Disse prosessene *kan* så føre til endring utenfor terapirommet, noe Doss kaller “change mechanisms”. Dette er endringer som klienten har generalisert videre inn i livet sitt. Eksempler på “change processes” er når en klient identifiserer automatiske tanker i terapitimen eller i hjemmelekse, uttrykker følelser i terapi, eller øver seg på å kommunisere med terapeuten. Eksempler på “change mechanisms” er når en klient øker antall positive aktiviteter i hverdagen for å bedre humøret, uttrykker følelsene sine til en venn, eller aksepterer egne tanker og følelser.

Doss argumenterer med at studier av “change mechanisms” ikke kan fortelle oss noe om “change processes” og han mener den transteoretiske modellens kategorier innbefatter både “processes” (i terapi) og “mechanisms” (i livet forøvrig). Som eksemplene ovenfor viser, kan man se både “bevisstgjøring” og “følelsesmessig reaksjon” som prosesser typiske for terapirommet, mens “erstatning av problematferd” og “belønning av alternativ atferd” vil være typiske endringsmekanismer.

Doss kommenterer her et viktig skille og påpeker et poeng særlig aktuelt for oss: Vi kan ikke utlede hva som er nyttig *i* terapi utifra hva som er nyttig *utenfor* terapi. Samtidig vil det antagelig være en sammenheng, men en som er umulig å kvantifisere. For som Prochaska oppsummerte i “Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis”, vektlegger forskjellige terapiformer forskjellige intervensjoner og påvirker nok dermed *både* veien til endring *og* hvilke endringsfaktorer klienter er bevisst. Dette er et punkt jeg vil kommentere nærmere i diskusjonsdelen av oppgaven. Det er forøvrig mulig Doss går i samme fallgrube som Prochaska og kollegaer når han i så stor grad fokuserer på aktive handlinger. Han har kanskje forsøkt å inkludere enkelte andre faktorer i “therapy change process”, hvor han åpner for opplevelser utenfor klientens kontroll, men jeg mener bruken av termer som “prosesser”

og “mekanismer” begrenser perspektivet vårt. Jeg tror at hvis vi er mer åpne i vår definisjon av hva som kan være endringsbevirkende kan vi også i større grad unngå å begrense oss til *kun* å finne det vi ser etter i forskning.

Avhengighetsproblematikk og spiseforstyrrelser

Selv om den transteoretiske modellen først og fremst er utviklet på basis av endring i røykevaner brukes den idag mye innen rusbehandling (Sutton, 2001). Såvidt det er meg bekjent finnes ingen annen forklaring på dette enn at man anser problemene som beslektet fordi de begge inneholder avhengighet. Skal den transteoretiske modellen favne endring i spiseforstyrrelser er det da naturlig å spørre om også disse lidelsene er former for avhengighet. Paralleller kan undersøkes på to plan: De bakenforliggende, psykologiske årsakene og fenomenologien. I denne oppgaven har jeg valgt å ikke gå inn på førstnevnte da det i seg selv er et anselig tema. Jeg vil bare kort nevne at det med stor sannsynlighet er overlappende faktorer som bidrar til utviklingen av både spiseforstyrrelser og rusavhengighet, samt flere andre psykologiske lidelser.

La oss så se på fenomenologiske likheter. Ifølge ICD-10 (World Health Organization, 2003) defineres *avhengighetssyndrom* som en tilstand med fysiologiske, kognitive og atferdsmessige aspekter, hvor bruken av en substans eller en atferd får forrang over andre, tidligere prioriterte, aktiviteter. For å tilfredsstillе diagnosen må minst tre av følgende være tilstede:

- 1) sterk lyst eller trang til å innta substansen
- 2) problemer med å kontrollere inntaket av substansen
- 3) fysiologisk abstinens-tilstand når bruken av substansen avtar
- 4) toleranseutvikling i forhold til substansen
- 5) økende likegyldighet i forhold til andre gleder og interesser
- 6) atferden og bruken fortsettes til tross for skadelige konsekvenser

Av disse kriteriene er nok de to første og to siste mest relevante for spiseforstyrrelser. Jeg vil derfor se nærmere på disse.

1) *Sterk lyst eller trang til å innta substansen*. De fleste mener det er to typer motivasjon for avhengighetsatferd: søken etter positive indre opplevelser og selvmedisinering mot vonde følelser (Davis, 2001). Når det gjelder spiseforstyrrelser er det mest sannsynlig snakk om den siste typen motivasjon og substansen antas som regel å være mat. Men denne analogien har visse svakheter. For det første er det ifølge Vandereycken (1990)

mange bulemikere som ikke opplever overspising og/eller oppkast som positivt i seg selv. Hvis det finnes en “rus” knyttet til mat, mener han det mest sannsynlig er følelsen av utmattelse og lettelse *etter* overspising/oppkast. For det andre blir man nødt til å snu opp ned på avhengigheten når det gjelder anorektikere, som *unngår* mat i stor grad. Vandereycken foreslår at om spiseforstyrrelser skal sees på som lidelser med avhengighet, er det mest rimelig å sette *kontroll* som det avhengighetsskapende, da både anorektikere og bulemikere søker å oppnå en ekstrem grad av kontroll over matinntak og dermed over egen kropp. Spørsmålet om hvorvidt mat kan være en rusubstans kan kanskje besvares ved å se på biologien involvert i blant annet rus og sult.

Studier av hard fysisk aktivitet, selvskading, sult og overspising, viser at alle fører til økt produksjon av endorfiner, kroppens eget opiat, som igjen aktiverer det dopaminerge belønningssystemet i hjernen (Bergh & Södersten, 1996; Davis, Katzman & Kirsh, 1999; Huebner, 1993; Marrazzi & Luby, 1986; Sher & Stanley, 2008). Disse aktivitetene og tilstandene har altså de samme fysiologiske og psykologiske karakteristikkene som “vanlig” rusbruk, og teorien om at de dermed kan være avhengighetsskapende kalles *the auto-addiction opioid theory* (Huebner, 1993; Marrazzi & Luby, 1986). Denne biologiske teorien får noe støtte av Davis og Claridge (1998). De fant at uavhengig av diagnose, skåret spiseforstyrrelse-pasienter svært likt som pasienter med avhengighetsproblemer på mål av avhengige personlighetstrekk. Davis (2001) konkluderer med at det først og fremst er omgivelser, sosiokulturelle faktorer og personligheten som påvirker hvorvidt man velger røyk, alkohol, narkotika eller mat. Hun skriver: “For example, one who is obsessive, anxious, conforming and female is more likely to be attracted to highly sanctioned behaviors such as dieting and exercise, and to the enormous rewards associated with the pursuit of thinness in our culture, than to illicit drug use.”

Det er viktig å poengtere at selv om spiseforstyrrelser kanskje har en avhengighetskomponent på lik linje med rusmisbruk, betyr ikke dette at andre faktorer ikke er minst like viktige. Verdier som tynnhet og kontroll, samt synet på en selv, kan fortsatt tenkes å spille en avgjørende rolle for motivasjon (Geller, 2006) og endring av disse tanker og verdier vil være like viktig for bedring som behandling av en eventuell biologisk avhengighetskomponent.

2) *Problemer med å kontrollere inntaket av substansen*. Hvis substansen er mat, kan man trekke flere paralleller mellom rusavhengighet og bulimi eller overspising. Vandereycken (1990) bemerker for eksempel at behandling som fokuserer på selvkontroll ser ut til å gi positive resultater for mennesker med bulimi, og flere studier har vist at anti-

depressiva som fluoxetin, som også virker impulsregulerende, har positiv effekt på bulimi (f.eks Goldstein, Wilson, Ascroft & Al-Banna, 1999; Walsh et al., 2000). Analogien passer derimot mindre godt til anoreksi, en tilstand kjennetegnet blant annet ved ekstrem grad av kontroll. Skal anoreksi oppfylle dette kriteriet, må man kanskje tenke at anorektikere har kontinuerlig tilgang på “rusen”, nemlig sult, og dermed ikke opplever samme kontrollsvikt. Samtidig er det visse problemer med å se på mat som en “rus-substans”. Viktigst er kanskje det faktum at mat er en forutsetning for liv, i motsetning til røyk, alkohol og narkotika (Tiemeyer, 2008). Som flere av kvinnene jeg intervjuet påpekte, er det ikke mulig å slutte å spise.

Kriterier 3 og 4 i ICD-10 - abstinenser og toleranseutvikling, snakkes gjerne lite om i forhold til spiseforstyrrelser. Mange, som Tiemeyer, anser det som umulig å utvikle abstinenser og toleranse for noe som er livsnødvendig. Imidlertid kan det tenkes at mat har helt spesielle funksjoner for mennesker med spiseforstyrrelser. Hos bulemikere kan uroen som gjerne bygger seg opp mellom episoder med overspising/oppkast sammenlignes med en form for abstinenser. Mat er ikke lenger næring, men et middel til beroligelse. Likeledes kan tendensen hos noen til å innta større og større matmengder i overspisingsepisoder og mindre og mindre i fasteperioder sammenlignes med en form for toleranse. Det skal stadig mer til for å oppnå samme psykologiske effekt.

De to siste kriteriene - økende likegyldighet i forhold til andre gleder og interesser, og fortsatt bruk av substansen til tross for skadelige konsekvenser, kan også tenkes å være oppfylt for spiseforstyrrelser. Utallige studier og biografier av både bulimi og anoreksi beskriver større og større opptatthet av mat, samt organisering av livet rundt trening og episoder med overspising/oppkast på bekostning av sosiale aktiviteter, skole, jobb og andre interesser (f.eks. Andresen, et al., 2009; Hautzig, 1999; Nilsson, 1993). I tillegg uttrykker de fleste med spiseforstyrrelser at de kjenner til flere negative konsekvenser av atferden sin, inkludert alvorlige helsemessige komplikasjoner, men at disse ikke veier like tungt som de opplevde fordelene (f.eks. Cockell, Geller & Linden, 2003; Gale, Holliday, Troop, Serpell & Treasure, 2006; Nordbø et al., 2008).

Synet på spiseforstyrrelser som avhengighet får noe indirekte støtte fra forskning på komorbiditet. Tallene på komorbiditet mellom spiseforstyrrelser og rusmisbruk varierer avhengig av utvalg og kriterier, men ligger som regel på ca 35% for bulimi, noe lavere for anoreksi (Mitchell, Specker & Edmonson, 1997). Sannsynligvis øker sjansen for å utvikle rusproblemer jo lenger man har en spiseforstyrrelse. Beary, Lacey og Merry (1986) fant eksempelvis at halvparten av kvinner med bulimi hadde utviklet alvorlige alkoholproblemer

innen de fylte 35. Hvis man i tillegg definerer aktiv bruk av avføringsmidler som rusmisbruk vil nok tallene være adskillig høyere, både for anoreksi og bulimi. Når det gjelder selvskadning fant Paul, Schroeter, Dahme og Nutzinger (2002) en livstidsprevalens på ca 35% for alle former for spiseforstyrrelser.

Konklusjonen om hvorvidt spiseforstyrrelser kan ses som lidelser med avhengighet, er verken et enkelt ja eller nei. På den ene siden skal man ikke overdrive overflatisk likhet, verken mellom rusbruk og nikotinavhengighet, eller mellom de forskjellige spiseforstyrrelsene. Avhengighetsproblematikk rommer hele skalaen fra en "dårlig vane" man begynte med som ung til alvorlig og selvdestruktiv flukt fra konflikt eller smerte. Jeg mener man faktisk kan argumentere for at det er et større skille mellom røyking og rusmisbruk enn mellom rusmisbruk og spiseforstyrrelser. Det er således interessant at den transteoretiske modellen brukes såpass hyppig innenfor behandling av avhengighetsproblemer, men ikke spiseforstyrrelser. Begge typer problematikk kan tenkes å være strategier for å takle vonde følelser og etterhvert en kilde til identitet, såvel som avhengighetsskapende. Til tross for disse paralleller skal man likevel ikke overse rollen tynnet som ideal spiller. Det er sannsynlig at ønsket om å være tynn er en sterk motivasjonsfaktor i de fleste spiseforstyrrelser og at dette ønsket på mange måter er i overensstemmelse med verdier i vårt samfunn. Alkoholmisbruk eller rusavhengighet inneholder nok mindre av en slik motivasjon.

Debatten om forskjeller og ulikheter mellom spiseforstyrrelser og avhengighet kan gjøres svært mye lenger. Men for vårt vedkommende er det kanskje nok å poengtere at de transteoretiske prosessene uansett skal reflektere hvordan mennesker endrer livet sitt; hvordan vi klarer bevege oss fra en selvdestruktiv livsførsel til noe sunnere, sterkere og klokere. Således kan man tenke seg at modellen burde favne ihvertfall deler av endring i spiseforstyrrelser.

METODE

Deltagere

Deltagerne i min undersøkelse ble rekruttert ved at to behandlere ved Oslo universitetssykehus, Aker, poliklinikk for spiseforstyrrelser, tok kontakt med fem tidligere eller nåværende pasienter som har oppnådd betydelig bedring. Disse ble spurt om de var interessert i å bli intervjuet i forbindelse med et prosjekt om endring i spiseforstyrrelser. Hvis

kvinnene uttrykte interesse ble deres navn og telefonnummer videreformidlet til meg og jeg tok kontakt per telefon. Alle fem som ble kontaktet ønsket å delta og intervju ble så avtalt med hver enkelt. Kvinnene var mellom 25 og 35 år og har alle slitt med anoreksi eller bulimi (eller en kombinasjon) i flere år. Verken kvinnene eller jeg har operert med termen “frisk” da det er svært vanskelig å fastsette når dette kriteriet er oppfylt. Flere av kvinnene uttrykte også i løpet av intervjuet at det er vanskelig å vite “når man er frisk”. Derimot har alle oppnådd betydelig bedring og har nå enten svært få eller betydelig færre symptomer på spiseforstyrrelsen. Kvinnene har fått de fiktive navnene Lena, Marie, Astrid, Vivian og Karen og korte vignetter om hver står i resultatdelen.

Behandlingen på poliklinikken

Poliklinikken for spiseforstyrrelser tilbyr behandling i form av gruppeterapi og individualterapi, med kunstterapi som en del av de fleste behandlinger. Som det står i vignettene, deltok to av kvinnene i gruppeterapi, to i individualterapi og én først i gruppe, så individuelt. Fire av de fem kvinnene jobbet mye med kunst som en del av behandlingsopplegget. Kunstterapi anses som en mulighet til å få tilgang til tanker og følelser man ellers ikke er bevisst eller ikke klarer sette ord på eller en måte å nærme seg et problem symbolsk, hvis ord er utilstrekkelig. Det kunstneriske uttrykket kan så danne utgangspunkt for samtaler med terapeut eller gruppemedlemmer. Skapelsesprosessen kan i seg selv også være angstreduserende og bidra til en opplevelse av håp og mestring (for mer informasjon om kunstterapi og spiseforstyrrelser se for eksempel Tveito, 2004, og Minde & Storeng, 1994). Kvinnene har gått til behandling på poliklinikken i gjennomsnittlig 7 år. Denne ligger forøvrig på Gaustad, så for enkelhetsskyld referer både kvinnene og jeg til behandlingsstedet som “Gaustad”.

Intervju

Forskningsspørsmålet til intervjuet var hvilke faktorer kvinner som har oppnådd betydelig bedring i sin spiseforstyrrelse anser som viktige for denne endringen. Intervjuene ble gjennomført etter avtale med hver kvinne; tre på Psykologisk Institutt, én på arbeidsplass etter arbeidstid, og én på kafé. Intervjuene tok mellom en og to timer, var semi-strukturerte, og dekket følgende områder: Bakgrunnsinformasjon, spiseforstyrrelsens symptomer, eventuell behandling før Gaustad, faktorer som bidro til kvinnenes bedring og åtte av de

transteoretiske prosesser. Hoveddelen av intervjuet var dialogen omkring endring og ettersom intervjuet var semi-strukturert, ble denne delen forskjellig fra kvinne til kvinne. Den begynte ved at jeg spurte “Hvordan har du greid å endre livet ditt, å bli bedre? Hva har vært nyttig?” Kvinnene svarte gjerne først enten oppsummerende, som Lena: “For meg var det viktig å få noe hjelp utenfra og det var viktig å ha motivasjon for å bli bedre”, eller kronologisk, med utgangspunkt i noe fra behandlingen på Gaustad, som for eksempel Astrid: “Jeg kan jo si at jeg ikke var motivert for å få behandling.” Disse utsagnene ble da utgangspunkt og mine videre spørsmål var av typen “hvorfor/hvordan det?”, “på hvilken måte?”, “kan du gi et eksempel?” og “var det noe mer som var nyttig?” Jeg forsøkte lede minst mulig og ventet til kvinnene ikke kom på noe mer å si før jeg spurte om de åtte transteoretiske prosessene spesifikt. Alle kvinnene ble oppfordret til å ta kontakt per telefon eller e-post hvis de ønsket å legge til noe.

Analyse

Intervjuene ble transkribert i sin helhet, og transkripsjonene brukt som utgangspunkt for en tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006). Tema var endringsbevirkende faktorer. For Marie og Vivian benyttet jeg også innhold fra en e-post (som nevnt i resultatene). I gjennomgangen av intervjuene markerte jeg alt kvinnene trakk fram som viktig eller nyttig, hvor markørene for dette var semantiske, altså kunne identifiseres utifra ordenes betydning (jfr Braun & Clarke, 2006). Jeg minner om at jeg i utgangspunktet hadde spurt kvinnene hvordan de klarte å oppnå en bedring. Følgende liste er eksempler på noen markører.

1. Lena snakket om regler som kan bli vaner og uttalte: “Og de er det veldig viktig å få hjelp til å bryte.” Dette anså jeg som en klar markør. Ordene “viktig” og “hjelp til” gikk ofte igjen i intervjuene og temaet de refererte til ble notert som mulig endringsfaktor.
2. Marie fortalte om sin opplevelse med gruppeterapi på studenthelsetjenesten og konkluderte med: “Og den samhørigheten var veldig bra.” En slik dekning av et tema og positiv konklusjon eller merkelapp på den, ble regnet som markør for mulig endringsfaktor.
3. Astrid nevnte at det å skrive “har vært en form for terapi.” I slike tilfeller antok jeg at “terapi” er noe som hjelper, og markerte temaet som en mulig faktor.
4. Vivian uttrykte tidlig i intervjuet at “ved å bli mer oppvakt på hva jeg følte, så begynte det å tappe litt interessen for mat.” Selv om hun kom tilbake til dette temaet senere og forklarte nærmere hva hun mente, markerte jeg det som en mulig faktor allerede i første gjennomgang

fordi Vivian her uttrykte en sammenheng. “X” hadde ført til at symptomene på spiseforstyrrelsen ble mindre. Altså kunne “x” være en endringsbevirkende faktor.

5. Etter en tenkepause uttrykte Karen: “Det med å få kontakt med følelser, det med å, ja, føle letthet og glede (...).” En slik kombinasjon av kontekst og innhold anså jeg iblant som en markør for en mulig endringsfaktor. Konteksten var da at Karen tilsynelatende tenkte på spørsmålet mitt om endring (som kanskje ble indikert av begynnelsen: “Det med å...”), og innholdet i det hun fortalte reflekterte endring i positiv retning.

Transkripsjonene ble gjennomgått flere ganger og faktorbetegnelser satt på alle markører av et tema. Disse betegnelsene ble noe revidert etterhvert i prosessen. Imidlertid er det viktig å påpeke at formålet med analysen ikke har vært å skape en ny endringsmodell eller noen form for “grounded theory”. Et slikt prosjekt fremstår som meningsløst med kun fem deltagere, alle med erfaring fra samme behandlingssted. Det innebærer også nødvendigvis mer tolkning av utsagn, noe jeg har forsøkt holde til et minimum. Snarere tvert imot har målet vært å la kvinnenenes egne opplevelser få størst mulig plass. Det kan også nevnes at det ikke har vært et mål eller poeng å sammenfatte mest mulig i færrest mulig faktorer, ei heller å skille mellom former for spiseforstyrrelse. Sistnevnte skyldes blant annet at grensene mellom anoreksi og bulimi ofte er vage og at mange “skifter” fra den ene til den andre formen over tid (Tozzi et al., 2005).

RESULTATER

Jeg vil forsøke å presentere resultatene så “gjennomsiktig” som mulig, slik at det tydeligst mulig fremgår hva kvinnene selv har sagt og hva som er min analyse av materialet. Hver kvinne og hennes endringsbevirkende faktorer presenteres i den rekkefølgen de ble nevnt i intervjuet. Noen faktorer begynner med et sitat – disse har jeg ikke følt det var mulig eller riktig å benevne med noen få ord. Etter hver faktor står et parentes, med min tolkning først (ett eller flere begreper), fulgt av den eller de transteoretiske prosessen(e) som faktoren kan innbefattes av i understreket form. For eksempel vil det etter Lenas første faktor stå (følge kostliste, erstatning av problematferd) som er henholdsvis min tolkning av faktoren og den transteoretiske prosessen jeg mener ligger nærmest det Lena forteller. Etter noen faktorer vil det bare stå min tolkning – i de tilfellene har jeg ikke ansett noen av prosessene som dekkende. Det bør poengteres at mange av faktorene kan plasseres innenfor flere prosesser, mens andre faller helt utenom. Hensikten med å presentere resultatene på denne måten er å få fram kvinnenenes egne uttrykk og meninger med minst mulig tolkning og redigering fra min

side. Samtidig er det helt klart at fremstillingen på ingen måte er eneste alternativ. Min analyse, både med hensyn til begrepsstillegging av faktorene og assosiasjon med de transteoretiske prosessene er nødvendigvis subjektiv og kan absolutt diskuteres. I tillegg vil det antagelig være flere endringsbevirkende faktorer jeg ikke har fanget opp. For oversikt over antall faktorer innenfor de forskjellige prosesser, se tabell 1, s. 41.

Lena

Lena utviklet anoreksi da hun var 18 og kontaktet psykolog selv da hun var 21. Hun gikk til behandling på Gaustad i flere år og siden til en kognitiv psykolog. Hun har også brukt Senter for Naturterapi. Lena forklarer at hun på ett tidspunkt forstod hun enten kom til å dø av lidelsen, eller hun måtte velge å leve. “Og jeg ville ikke leve med det [anoreksien]”, sier hun. Hun beskriver sin vei ut av spiseforstyrrelsen som lang, med flere tilbakefall.

Lenas endringsbevirkende faktorer

1. *Avdekke matintoleranser og følge individuell kostholdsliste.* Lena forteller at før hun begynte på Gaustad oppsøkte hun et senter for naturterapi. “Og fikk avdekket en del intoleranser og matallergier. (...) Det gikk veldig konkret frem på hva man skulle spise. Hvor mye du trenger, hvor mye kroppen trenger, hva som er normalt, hva som ikke er normalt. Og i en begynnerfase var det veldig nyttig fordi det er veldig vanskelig å vite. Og da fulgte jeg bare det slavisk til å begynne med. Og da kom jeg på en måte over en kneik.” (følge kostliste, erstatning av problematferd) (dette punktet kommer antagelig først fordi vi snakker kronologisk, og Lena gikk til Senter for Naturterapi før hun begynte på Gaustad. Neste punkt er det første hun nevner etter det åpne spørsmålet om endring)
2. *Å få noe hjelp utenfra.* Lena oppsummerer innledningsvis to ting som var viktig i hennes bedring: “For meg var det viktig å få noe hjelp utenfra og det var viktig å ha motivasjon for å bli bedre. (...) Altså dyktig lege, og så gikk jeg til [terapeut] i kunstterapi, først i gruppe og så senere personlig, og da var det mest samtaleterapi. Og så har jeg gått noe i kognitiv terapi som også har hjulpet.” (hjelp fra andre, hjelpsomme relasjoner)
3. *Å ha motivasjon for å bli bedre.* (motivasjon til å bli bedre, tro på egen evne til endring)

4. *Å bli kjent med hvorfor hun gjorde det [kontrollerte mat].* Lena forteller at “Det å bli kjent med hvorfor man gjør det syns jeg er veldig viktig. Hva jeg er redd for, hvorfor det er så viktig... Både gå tilbake i barndommen og se på ting som har vært...skapt utrygghet, skapt... eller som i mitt tilfelle veldig opptatt av å ikke ta plass. (...) Da er det viktig å bli oppmerksom på hvorfor er det så farlig å ta plass liksom.” (forstå hva som driver spiseforstyrrelsen, bevisstgjøring)
5. *Finne forbilder som ikke har spiseproblemer.* Lena sier dette er viktig for å “se at det er mulig å være frisk.” (finne friske forbilder, regnskap med seg selv)
6. *Finne ut hva som er normalt.* Lena sier: “Å prøve å finne ut hva som er normalt var veldig viktig for meg. Og det er jo vanskelig, for det er et ganske stort begrep. Til en viss grad syns jeg vi lever i en kultur som er spiseforstyrret. Og det gjør det ekstra vanskelig å prøve å bli frisk. Man må på en måte prøve å skille mellom å være opptatt av hvor mye man spiser, leve sunt og slanke seg, og det å faktisk være alvorlig spiseforstyrret, så mye at det går ut over helse og livskvalitet.” (fastslå hva som er normal opptatthet av kropp og mat, bevisstgjøring)
7. *Bryte vaner.* Lena forklarer at for henne var spiseforstyrrelsen en løsning på mye usikkerhet. “Etterhvert så lager man seg da regler som så blir vaner og de er det veldig viktig å få hjelp til å bryte.” (bryte vaner, erstatning av problematferd)
8. *Indre monolog.* Lena forteller at det var “mye frem og tilbake – ‘Kan jeg det, kan jeg ikke det? Jo, det kan du, kom igjen!’” (indre monolog, tro på egen evne til endring)
9. *Bli bedre kjent med seg selv.* Lena sier “man kan fort bare bli en sykdom. Men man er jo veldig mye mer enn det også. Å flytte fokus over til det istedenfor. (...) Bli bedre kjent med seg selv tror jeg er viktig.” (bli bedre kjent med seg selv, bevisstgjøring)
10. *Avledningsmanøvre.* Lena forteller at for henne kunne det være nyttig å gjøre andre ting iblant. “Også kan det være avledningsmanøvre, hvis du blir veldig frustrert. Altså gjøre noe annet, noe helt konkret. (...) Bare gå en tur eller høre på musikk eller gå på kino eller... veldig sånn basalt da, men faktisk veldig viktig at noen forteller deg at det er lurt å gjøre. At noen forteller deg de tingene sånn at man kan huske det selv.” (avledningsmanøvre, gode råd, erstatning av problematferd, hjelpsomme relasjoner)
11. *Skrive.* Lena forteller at hun har skrevet veldig mye. “For det første ser du jo veldig tydelig hva du tenker og kan se på det etterpå og ta det med til timen og få hjelp til å mestre det.” (skrive, erstatning av problematferd, bevisstgjøring)
12. *Familie, venner, kjæreste.* Lena sier at “Hvordan de har kunnet hjelpe har endret seg litt etterhvert som prosessen har vist seg, hvilket stadie man er i.” På spørsmål fra meg

om eksempler sier hun at de har hjulpet ved å “være der når man er i en frustrert situasjon. Ha tålmodighet med at ting kan være veldig vanskelig rundt måltider for eksempel.(...) Men også etterhvert som man blir bedre at noen pusher på at man spiser, at det ikke blir en vane å være spiseforstyrret.” (en god relasjon, hjelpsomme relasjoner)

13. “I tøffe perioder merker jeg at det kommer mer tilbake. Da er det noe med at den identiteten er så lett å hente frem igjen. Da har jeg sagt til meg selv: ‘Er du ikke egentlig ferdig med det? Tar du den ikke bare frem fordi du egentlig er usikker på noe annet?’ Å si sånne ting til seg selv er ganske viktig etterhvert.” (være obs på gamle mestringsstrategier, tro på egen evne til endring, bevisstgjøring)
14. *Endre tankemønstre*. Lena sier at “Det å endre tankemønstre er jo kjempeviktig. Det sitter veldig mye i sånne inngrodde forestillinger. (...) Jeg har vært veldig opptatt av hva andre tenker. Det er klart, det blir jo også en opplevelse at et slags ideal, å skulle leve opp til idealet.” (endre tankemønstre)
15. *Å avdekke tankemønsteret og se hva hun faktisk tenker*. Som en fortsettelse av forrige punkt forklarer Lena at “Hvis man har en grublende personlighet... da kan det sette seg ganske godt, så det å avdekke tankemønsteret og se hva man faktisk tenker... (...) Det siste året har jeg gått til en kognitiv terapeut. Det har jeg opplevd som veldig nyttig. Fordi det er... var en del forestillinger som satt igjen, opplevde jeg, og det gikk veldig konkret på å registrere tankemønstre. Å avdekke det og gjøre noe med det.” (avdekke tankemønstre, bevisstgjøring)
16. *Å følges litt ekstra opp i vanskelige tider*. Lena sier at “Også konkrete samtaler rundt når det nærmer seg høytider kan være kjempeviktig. At man følges litt ekstra opp da, eller hvis du skal noe som er vanskelig – eksamener eller familieferier, at det er litt ekstra oppfølging. Å få hjelp til å komme seg over kneikene.” (ekstra oppfølging i vanskelige perioder, hjelpsomme relasjoner, forholdsregler)
17. “Å fokusere på *det* som et mål ved å bli frisk: ‘Hvis jeg spiser nå, så er det to eller tre timer til jeg trenger å tenke på mat igjen.’ (...) Jeg opplevde det som positivt at kanskje det gikk en time uten at jeg tenkte på mat og det var veldig deilig. Og det opplevdes veldig deilig og da var det en motivasjon for å fortsette. Det er veldig viktig å ha noe som kan fylle det rommet. De timene jeg ikke tenker på mat, da kan jeg jo høre musikk eller lese eller...” (fokusere på fordeler ved å bli bedre, ha noe som kan fylle rommet etter mat, bevisstgjøring, erstatning av problematferd, tro på egen evne til endring)

18. *Å plassere følelser andre steder [enn knyttet til mat]*. Mot slutten av intervjuet sier Lena: “Å ha så mye følelser rundt mat... Det viktigste har kanskje vært å greie å plassere de følelsene andre steder.” (plassere følelser riktig, bevisstgjøring)
19. *Å tørre å uttrykke følelser overfor andre ting*. Lena sier det var viktig for henne å “tørre bli sint, for eksempel. Tørre bli lei seg. (...) Ja, å tørre å bli sint på mennesker da, for eksempel. Istedenfor å bli sint på seg selv og dermed ikke spise eller bli så... på maten, holdt på å si ‘skyldte på’ det da. Uten at det var fokus, så opplevde jeg iblant at jeg kunne bruke det som et skjold da. Istedenfor å si hva jeg virkelig var frustrert over så kunne jeg si til [ektemannen] at nå var jeg frustrert på maten så kunne jeg på en måte slippe unna med det da. Istedenfor å bli nødt til å konfrontere at jeg kanskje var uenig med partneren min.” (uttrykke følelser)
20. *Det å snakke med noen*. Lena sier at selv om hun på en måte er glad for at hun ikke fortsatte hos den første psykologen hun gikk til hjalp det noe likevel. “På mange måter tror jeg bare det å snakke med noen. Og, altså, han var jo psykolog og hadde gode innspill som var reflekterte.” (å snakke med noen, hjelpsomme relasjoner)
21. *Selvhjelpsbøker*. Lena forteller videre at hun fikk låne en selvhjelpsbok av den første psykologen og at denne var nyttig. “Til tider kan sånne selvhjelpsbøker være veldig bra når man trenger... det kan også være veldig konkret. Og den definerte en del depressive tankemønstre som jeg kjente meg igjen i, som det da stod veldig konkret hvordan man...” (selvhjelpsbøker, bevisstgjøring)
22. *Å oppleve å mestre situasjoner*. I forbindelse med gjennomgangen av de transteoretiske prosessene sier Lena at “det kan jo være lurt å unngå ting og så heller utfordre det på en litt bedre dag. Å oppleve å mestre situasjoner er veldig viktig, kom jeg på. Mestre å gå ut og spise, for eksempel.” (mestringsopplevelser)
23. *Å få opplevelsen av hva som er en normal måte å leve på*. Lena forteller om en gang hun handlet med en venninne: “Hun hare sa: ‘Nei, nå går vi og handler. Vi skal ha dét og dét og dét.’ Og det var en stor hjelp for meg. At hun kunne ta litt tak og viser en hvordan det kan være, for eksempel. Hvis man ikke har problemer. ‘Nei, nå går vi på kafé og spiser kake.’ Altså, det gjør man av og til. At noen gir deg opplevelsen av hva som er en vanlig måte å leve på.” (en positiv rollemodell, hjelpsomme relasjoner, regnskap med seg selv)

De transteoretiske endringsprosesser

Lena bekrefter å ha hatt nytte av alle åtte prosesser bortsett fra “belønning av alternativ atferd.” Hun opplevde at det å belønne seg selv for å spise sunt, eller bli belønnet av andre, var unødvendig. “Jeg synes egentlig det er belønning i seg selv faktisk.”

Marie

Marie utviklet bulimi da hun var 18 og begynte i behandling hos psykolog innen et år. Hun forklarer at det ikke var hennes egen avgjørelse å begynne i terapi og at denne heller ikke var til hjelp. Siden gikk Marie i en periode til en ny psykolog, en gestaltterapeut, en fysioterapeut, samt en gruppe for kvinner med spiseforstyrrelser i regi av Studenthelsetjenesten mens hun ventet på å få plass på Gaustad. Denne siste behandlingen beskriver Marie som helt hennes egen beslutning og ønske. “Det var kanskje første gang at jeg følte at jeg tok styringen selv, at jeg tok et sånt valg om at dette funker ikke.” Etter intervjuet sendte Marie meg en e-post hvor hun enten utdypet eller la til faktorer hun mente var viktig for sin bedring.

Maries endringsbevirkende faktorer

1. *Spiseforstyrrelsegruppa på Studenthelsetjenesten.* Marie forteller “Det var ikke så mye struktur og sånn... Men det var liksom først og fremst trygt for meg, at det var en gruppe, at det var andre som også slet. De hadde det like fælt som meg. De tenkte på mange måter likt som meg. Og den samhørigheten var veldig bra.” (opplevelse av samhørighet, hjelpsomme relasjoner)
2. *Åpne seg i et trygt rom.* Gruppen på Gaustad ble også veldig viktig for Marie og hun sier hun her fikk øve på å åpne seg. “Så den samhørigheten der og den tryggheten det ble etterhvert til å... at det var rom for å snakke om hvordan man hadde det. (...) Det var liksom et trygt og godt sted å prøve å åpne seg. Det var ikke helt sånn virkeligheten, eller det var jo det, men det var et trygt rom å snakke om hvordan man hadde det.” (et trygt sted å uttrykke seg, uttrykke tanker og følelser)
3. *Gjenoppdage kreativiteten og fantasien gjennom kunstterapi.* Marie sier kunstterapi “har vært veldig viktig for meg, da. Altså, man er forskjellig. Men jeg har alltid vært

glad i å uttrykke meg. Ja, tegne og... det å gjenoppdage kreativiteten og fantasien føltes veldig godt.” (gjenoppdage egen kreativitet og fantasi)

4. *Få tak i følelsene.* Som en fortsettelse av forrige punkt sier Marie at hun “fikk liksom tak i følelsene på en helt annen måte. Følelser som jeg kanskje ikke... jeg vet ikke, jeg var ikke klar over at de var der før de, før det var masse farger på papiret som bare hadde kommet uten at jeg hadde tenkt så mye over det. Og det å kunne sitte og snakke om det som var på papiret sammen med de andre og gi tilbakemelding, det var veldig sånn aha-opplevelse.” Litt senere legger hun til: “Den uroen som hadde ligget der, som gjorde at jeg måtte overspise og kaste opp, den... Jeg ble mye roligere og det var jo fordi jeg klarte se følelsene også. Sette ord på de, gjenkjenne de, uten at det var farlig, eller...” (bli bevisst egne følelser, sette ord på følelser, bevisstgjøring)
5. *God venninne på studiet.* Marie forteller at hun fikk en “veldig, veldig god venninne på studiet som... som har betydd mye for meg. Jeg tror hun var den første jeg turte å vise sårbarheten min helt til. Så det var flaks [ler]. Men ja. For det har kanskje vært det store problemet – å tørre å vise at man er sårbar. (...) Altså, hun viste jo sin sårbarhet også. Det var en gjensidig... Vi åpnet oss gjensidig for hverandre. Hun er bare en veldig ærlig og, et veldig godt menneske. Og jeg følte at hun var veldig tro mot seg selv. Hun ble liksom et forbilde for meg, at det er mulig. Sånn vil jeg være.” (en god relasjon, en positiv rollemodell, hjelpsomme relasjoner, regnskap med seg selv)
6. *Struktur.* Marie forteller at da hun først ble bevisst at ting gikk bedre var det “liksom mye mer struktur på dagene.” (struktur i hverdagen)
7. *Løping.* Marie sier hun lenge holdt seg unna løping, men oppdaget etterhvert at det var nyttig for å “klarne hodet, og holde uroen unna da, for den kan jeg kjenne på fortsatt. (...) Å bare, ikke løpe noe fort, men bare løpe, komme inn i en sånn rytme som, det er nesten meditativt. Bare kjenne på puls og hjerteslag og... det er liksom ikke plass til alt mulig på en gang.” (trening, erstatning av problematferd)
8. *Skrive.* Marie forteller at å skrive var “en måte å bare få det ut og ufarliggjøre alle de tankene. Så det ikke liksom blir sånn krisemaksimering oppe i hodet. Når jeg da leste det etterpå kunne jeg tenke ‘Herregud, dette er jo bare tøys’ eller ‘dette er drøyt.’” (skrive, erstatning av problematferd, bevisstgjøring)
9. *Anerkjenne seg selv.* Marie sier at det var summen av alt hun allerede har nevnt som “gradvis gjorde meg bevisst på meg selv og... gjorde at jeg anerkjente meg selv litt mer. (...) Det er fine ting med meg òg liksom. Jeg hadde utrolig mye forakt for meg

- selv. Men det er ikke sånn at jeg ikke... Det går i bølger. Og jeg kan føle meg håpløs og utilstrekkelig, jeg er fortsatt pliktoppfyllende. Men maten funker ikke til å, det funker ikke lenger å bruke mat, som en sånn flukt.” (anerkjenne seg selv)
10. *Graviditet*. Marie sier til slutt at “en annen ting som bidro, eller som også har gjort at jeg forandret... Jeg ble jo gravid (...) Og da fikk jeg liksom en enda større ro, følte jeg.” (graviditet)
 11. *Å godta at hun hadde en spiseforstyrrelse*. I forbindelse med gjennomgangen av de transteoretiske prosessene sier Marie at selv om hun hadde mye forakt for spiseforstyrrelsen så var “en av de tingene som var viktig for å bli bedre, bli frisk, å kunne godta at jeg hadde det. Det måtte liksom bli forenlig med meg.” (aksept av spiseforstyrrelsen)
 12. *Humor*. Marie sendte meg en e-post etter intervjuet hvor hun nevnte de følgende siste faktorene. Om humor skriver hun: “Gjennom kunstuttrykk og gruppeterapien på Gaustad fant jeg også tilbake til fantasien og humoren. Livet føltes og føles til tider svært alvorlig og seriøst. Gjennom kunstuttrykk kunne jeg ‘leke’ meg. Humor er en vannvittig hjelp og støtte i tunge stunder. Jeg oppdaget ofte at det var mye humor i kunstuttrykkene mine, som jeg og behandlerne og de andre i gruppa kunne le av. Selvironi og galgenhumor gjorde skammen mindre.” (humor)
 13. *Bevisstgjøring av kropp*. Marie skriver at “bevisstgjøring av kroppen var også en viktig del av anerkjennelsen av meg som et hele. Jeg hadde på mange måter stengt av mellom hodet og kroppen... Den psykomotoriske behandlingen var til hjelp for å tørre å begynne å kjenne etter hva kroppen min egentlig sa og hvilke behov den hadde, når jeg etterhvert ble klar for det.” (kroppsbevissthet, bevisstgjøring)
 14. *Mestring*. Marie utdypet også noe av det positive med løping. “Jeg kjenner jeg føler en mestring når bena løper og hjertet pumper blodet gjennom hele kroppen. Jeg er HEL! Jeg henger sammen og fungerer!” (mestringsopplevelser)
 15. *Å si til seg selv “Jeg kan!”* I forhold til de transteoretiske prosessene skriver Marie: “Et av spørsmålene dine gikk på hvorvidt jeg hadde brukt ulike typer mestringsstrategier, blant annet det å si til meg selv: ‘Dette klarer du!’ Jeg tror jeg innimellom sier noe i ‘den duren’ når jeg er ute og løper. ‘Jeg fikser dette!’ ‘Jeg kan!’ ‘Jeg er stolt av meg selv.’” (selvoppmuntring, tro på egen evne til endring)
 16. *Ektemannen*. Marie skriver at ektemannen og terapeuten har begge vært veldig viktige for henne. Ektemannen har “også betydd mye i forhold til å føle trygghet i et kjærlighetsforhold igjen. (...) Mannen min er hundre prosent til å stole på og det har

jeg alltid følt, - det har vært veldig godt å ha i bakgrunnen.” (trygg relasjon, hjelpsomme relasjoner)

17. *Terapeuten på Gaustad*. Om terapeuten skriver Marie at hun “som den personen hun er” har betydd mye for at Marie “turde å åpne opp. Jeg har alltid følt at hun har hatt tro på meg.” (at noen har tro på deg, hjelpsomme relasjoner)

De transteoretiske endringsprosesser

Marie bekrefter å ha brukt alle åtte prosesser bortsett fra to: “forholdsregler” og “belønning av alternativ atferd.” Om sistnevnte sier hun: “Så det å ikke kaste opp var viktig, men det var også viktig, det var utrolig mye skam knyttet til det. Så de gangene jeg klarte å la være var det bra, men de gangene jeg ikke klarte det så var det viktig å ikke fordømme seg selv veldig, veldig for det.”

Astrid

Astrid utviklet bulimi da hun var 17 og holdt dette skjult for alle, bortsett fra kjæresten, fram til hun var 23. Da det endelig kom fram i en krangel med søsteren startet en kjedereaksjon som endte med at Astrid begynte i individuell behandling på Gaustad året etter. Til tross for at hun i utgangspunktet ikke ville i behandling beskriver Astrid terapien som en veldig viktig komponent i sin bedring - en sakte fremgang i rundt fire år før en plutselig, stor endring.

Astrids endringsbevirkende faktorer

1. *Sette ord på ting gjennom kunstterapi*. Astrid forteller at hun aldri hadde åpnet seg ordentlig for noen og var tidligere ganske innesluttet. “Nettopp derfor tror jeg kunstterapi var en veldig bra ting for meg. Men jeg torde ikke gå i gruppe – for jeg torde ikke andre folk. Selv om de hadde samme problemet som meg. Så ja, kunstterapi, det ble på en måte gradvis at jeg klarte sette ord på ting.” (sette ord på tanker og følelser, bevisstgjøring)
2. *Finne frem tanker og følelser*. Astrid uttrykker at kunstterapi var veldig nyttig for henne i denne prosessen. “En oppgave jeg fikk en dag kunne finne frem tanker som jeg ikke visste at jeg hadde tenkt, eller følelser jeg ikke visste at jeg hadde den dagen

da. Ja, bare ved å se på for eksempel en tegning og begynne å si et eller annet om hva tegningen kunne symbolisere, eller stemning, eller kunne begynne å, ja, at vi, eller at hun [terapeuten] hjalp meg til å legge noe, en mening, bak.” (bli bevisst tanker og følelser, bevisstgjøring)

3. *Få et bilde av dynamikken i spiseforstyrrelsen.* Astrid forteller at det å finne frem til tanker og følelser “ga på en måte et bilde av hvorfor jeg gjorde det etterhvert da. (...) Jeg fant ihvertfall ut at det hadde veldig mye med selvtillit å gjøre i mitt tilfelle. (...) Men også... Jeg husker jeg tenkte veldig at hvis jeg ble tynn så var jeg liksom litt mer usynlig. At det var veldig ukomfortabelt å være stor, å ta plass i et rom.” (forstå hva som driver spiseforstyrrelsen, bevisstgjøring)
4. *Bli bevisst på hvem hun er.* Gjennom samtaler med terapeuten sier Astrid hun ble “bevisst på hvem jeg er òg utenom spiseforstyrrelsen. For etterhvert så blir på en måte spiseforstyrrelsen din... det blir deg. Det blir nesten skremmende å ikke ha en spiseforstyrrelse fordi du har ikke noen andre holdepunkter.” (se andre sider ved seg selv, bevisstgjøring)
5. *En trygg person.* Som nevnt ovenfor var det viktig for Astrid å snakke med noen for å bli kjent med seg selv. “Gjennom en sånn trygg person som hjelper deg til å se... se deg... Ja, hjelper deg til å se hvem du selv er. Kanskje, og at det er bra.” (en trygg person, hjelpsomme relasjoner)
6. *Å se at hun er bra nok.* Astrid forteller at terapeuten hennes hjalp henne med dette. “At noen har på en måte hjulpet deg til å se, ja ser din person, da. Og de kvalitetene du har og hva du er. At jeg er... bra nok uten at du må bli tynn eller bli et ideal.” (at noen ser din person, se at man er bra nok, en god relasjon, hjelpsomme relasjoner)
7. *Bli eldre.* Astrid sier: “Noen ganger så tenker jeg at det å bli eldre også kan forandre verdiene da. At når du er sytten, så er det så mange, det er så mye press fra alle kanter. Og når du er, ihvertfall bikka tjuvfem, så har du kanskje ikke de samme verdiene, ihvertfall. Og kanskje ikke de samme behovene for å være så... perfekt da.” (bli eldre)
8. *Skrive.* Astrid forklarer at “for meg så hjelper det veldig ved å få være alene og ha på en måte boken og pennen og stillhet og på en måte, akkurat som om du rydder opp, inni. Ja, det er egentlig det du gjør. For en spiseforstyrrelse er veldig kaotisk.” (skrive, erstatning av problematferd, bevisstgjøring)
9. *Å få ut sinne.* Astrid forteller at hun etterhvert har blitt veldig bevisst på sinne. “Og at det er veldig viktig å få ut sinne, selv om man ikke nødvendigvis skriker og skjeller ut

den andre, men at følelsen sinne må ut på en eller annen måte. Og det tror jeg nok har vært en veldig viktig ting, for det er også en måte å vise selvtillit på da, å vise at du er noe.” (uttrykke sinne, vise at man er noe)

10. *Snakke med en som var utenforstående.* Astrid sier at for henne var det viktig å ha en som var utenforstående, en hun ikke skulle leve nærme med resten av livet. Hun sier at for det første er det ikke alle man vil fortelle alt til, for det andre er terapeuten kunnskapsrik når det gjelder spiseforstyrrelser, og videre så skal ikke terapeuten “se deg i daglige handlinger. Du trenger ikke tenke på at ‘Å, nå sa jeg at jeg var sånn, men så nå oppfører jeg meg annerledes. (...) Mens jeg opplevde ihvertfall at hvis jeg skulle snakke om det til søsteren min eller noen andre, de vet på en måte ikke så mye om det, så må du på en måte prøve å forklare selv òg, da. Samtidig som du prøver å forklare hvordan du har det eller... rare ting du gjør. Det blir som å være både lærer og elev.” (snakke med en utenforstående, hjelpsomme relasjoner)

De transteoretiske endringsprosesser

Astrid bekrefter å ha hatt nytte av alle åtte endringsprosesser bortsett fra ‘belønning av alternativ atferd’ og ‘erstatning av problematferd’. Om sistnevnte sier hun “Det prøvde jeg veldig mange ganger. Jeg husker jeg hadde en sånn liste, at jeg liksom... hva andre ting jeg kunne gjøre og sånn. Og jeg klarte det aldri, egentlig [ler]. For da var det liksom bare én tanke i hodet og da måtte det bare skje.” Astrid forklarer videre at ikke alle aspekter ved alle prosessene har vært like nyttige. For eksempel sier hun om “bevisstgjøring” at hun faktisk var klar over mye angående spiseforstyrrelser uten at hun brydde seg. Hun beskriver også at hun i grunnen hadde liten tro på egen evne til endring. Hun sa aldri til seg selv “Dette klarer du!” eller lignende oppmuntrende ting, men det faktum at hun fortsatte i terapi reflekterer kanskje en viss grad av tro eller håp. Til slutt nevner Astrid at hun tidvis har unngått vanskelige situasjoner, som matinnkjøp, men at hun generelt sett hadde få forholdsregler. Astrid deler spontant de transteoretiske prosessene inn i én kategori som har med tanker å gjøre og én som dreier seg om følelser, og sier at siste gruppe prosesser har nok vært viktigst for henne.

Vivian

Vivian “sluttet” å spise da hun var rundt tjue og begynte i behandling på Gaustad omtrent tre år senere. Hun gikk både individuelt og i gruppeterapi, og var i tillegg innlagt på

Modum Bad² to ganger. Vivian forteller at hun faktisk hadde det verre de første årene etter at hun begynte i terapi, før det etterhvert begynte å gå bedre.

Vivians endringsbevirkende faktorer

1. *Vedkjenne seg følelser.* Vivian forteller at hun klarte få det bedre ved å vedkjenne “meg noen følelser som jeg ikke hadde gjort. Som jeg hadde brukt tid på å undertrykke. (...) Jeg tror nok at ved å bli mer oppvakt på hva jeg følte, så begynte det å tappe litt interessen for mat.” (bli bevisst egne følelser, bevisstgjøring)
2. *Slippe opp på kontrollen.* Vivian nevner dette bare kort først, men sier senere i intervjuet at “det tror jeg kanskje er det fine i den terapien. At det er en sånn tvungen tilstedeværelse i at det ikke er så bevisst. At det er en terapi som skaper en mulighet for... å slippe opp litt på kontrollen.” (slippe opp på kontrollen)
3. *Finne ord på følelser.* Vivian forteller at hun brukte lang tid på å finne ord. “Og ettersom jeg da brukte billedlig uttrykk, så syns jeg ordene etterhvert kom. Og ordene var jo på en måte et uttrykk for følelsene igjen. Sånn at jeg tror det var et sånt samspill mellom å lage et uttrykk på det og etterhvert finne ord på det, som gjorde at fokus ble litt flyttet over, fra mat til det.” (sette ord på følelser, bevisstgjøring)
4. *Erkjenne og vedkjenne seg selv.* Vivian sier at hun etterhvert ble “mer erkjennende og vedkjennende av at jeg var meg og de følelsene jeg hadde, de hadde jeg. Og som sagt så mistet maten litt sånn interesse. Jeg holdt på en del fremdeles med bulimi, fordi jeg da forsøkte, kanskje hvis ting ble vanskelig, så brukte jeg mat og prøvde å kaste opp. Og så fikk ikke det lenger noen effekt. Det ga liksom ikke den rusen, eller den tilfredsstillelsen det hadde gjort. (...) For det hele dreier seg om å bli mere vedkjennende seg selv. Godta seg selv. Og akseptere seg selv.” (anerkjenne seg selv, aksept)
5. *Bli dårligere.* Vivian forklarer at for henne var det viktig å bli dårligere før hun kunne bli bedre. Når jeg spør hvorfor det, svarer hun: “Den prosessen på en måte, hvor jeg da gikk helt, helt i kjelleren, selv om jeg tror det er flere kjellere der nede, og som kan poppe opp. Men det å komme helt ned før man på en måte begynner å gå opp igjen, gjør meg, har gjort meg, sterkere da.” (bli dårligere)
6. *Bygge opp et tillitsforhold til en selv.* Vivian sier hun ble raskere frisk i terapirommet enn i “det virkelige rom”, for “det er jo et tillitsforhold som skal bygge seg opp til en selv da. Så det å tørre å overføre det du etterhvert opplever i terapirommet til det

virkelige liv. At, troen på at jeg ikke kommer til å rakne. Troen på at ikke noe fryktelig ville skje hvis jeg på en måte viser meg frem. Det å bygge opp hele den... troen på seg selv.” (tro på seg selv, tro på egen evne til endring)

7. *Vekselvirkningen terapi/utenfor terapi.* I forhold til forrige faktor sier Vivian at dette tillitsforholdet bygges opp “i samspillet med terapeuten. Det tror jeg gjør at man etterhvert prøver seg litt. Og som jo da nettopp er så viktig at man da går i terapi, fordi da går man tilbake igjen og så får man kanskje snakket om det man har prøvd seg på. Så det, ja. Vekselvirkningen på det.” (noen å snakke med om det man har prøvd seg på utenfor terapirommet, en god relasjon, hjelpsomme relasjoner)
8. *Komme ut av hverdagen sin.* Vivian sier hun tror det var bra for henne å være på Modum fordi “Jeg tror jeg hadde godt av å være borte. Så det å bli plukket ut av hverdagen sin tror jeg var fint for meg. (...) Jeg tror jeg fikk litt perspektivet på det som var hjemme ved å komme bort. Og perspektivet på meg i hjemmet mitt når jeg kom bort.” (få perspektiv på hjemmesituasjonen, bevisstgjøring)
9. *Bli konfrontert med angsten i maten.* Vivian forteller at på Modum var det stort fokus på måltider. “Og så var det å sitte ned... Jeg ble veldig konfrontert med angsten i maten. Vi måtte sitte og spise en halvtime. Det husker jeg var et helvete. Ja. Men det endret seg litt etterhvert. Så der skjedde det noe.” (bli konfrontert med angsten i maten, følelsesmessig reaksjon)
10. *Fastslå hva som er en “normal” matporsjon.* Vivian forteller at selv om hun i utgangspunktet ikke var så tilfreds med behandlingen hun fikk på Modum ser hun at “Det sitter igjen en del sånne mantraer på antall brødkiver kontra pålegg kontra bløtkakestykke... Altså noe sitter liksom igjen av hva som er en forholdsvis normal tallerken i forhold til antall kalorier. (...) Ja, det var vanskelig å vite hva som var normal matporsjon. Og hva kroppen trenger, hva den ikke trenger, hva man legger på seg av, hva som er reell redsel og... Så det hjalp nok absolutt. Det å fokusere på en normal porsjon.” Vivian legger til at en ulempe med et slikt regulert opplegg er at det er mange som sliter når de kommer hjem, hvor de ikke har samme støtte rundt måltider. (fastslå hva som er “normal” matporsjon, bevisstgjøring)
11. *Normalisere egen situasjon.* Vivian forteller at gruppen på Gaustad var nyttig på mange måter. “En ting er jo at man får en erkjennelse på hva andre føler. Man normaliserer sin egen situasjon. Der absolutt blir man speilet i andre. (...) Det er noe med å være i samme båt. Litt sånn felles skjebne.” (normalisere egen situasjon, samhørighet, bevisstgjøring, hjelpsomme relasjoner)

12. *Få innspill fra andre i gruppen.* Vivian nevner også som nyttig “det at jeg kunne jobbe med billedlige uttrykk som ble vist frem i gruppen, eller som vi løftet frem i gruppen. Og som andre kunne komme med innspill på. Og det syns jeg var helt... helt... Det ga meg veldig mye i form av at det... de kunne se ting jeg ikke hadde sett og som nyanserte synet på bildet, og bildet var jo meg. (...) For direkte innspill blir på en måte ikke det samme. Det er en veldig god ting å gå omveien om et billedlig uttrykk. (...) De aha-opplevelsene kom ved at noen så noe i mine bilder som ikke jeg hadde sett, så fikk jeg en sånn aha-opplevelse av at ‘Jøss, sånn kan jeg faktisk se på verden’ eller ‘sånn kan jeg se på meg selv.’” (få innspill som nyanserer selvbildet, hjelpsomme relasjoner, bevisstgjøring)
13. *Gruppen som et sted å uttrykke seg.* Vivian forteller at i gruppen “får du prøvd deg litt ut på de, du får sett deres reaksjoner når du begynner å gi uttrykk for, eller når jeg begynte å gi uttrykk for noe jeg prøvde og følte. Så kunne jeg bruke de litt da, som jeg sa, som sånn... få tilbakemeldinger. Og så kanskje gjør man det lettere å gå ut i verden igjen. Når man har prøvd det på flere, ikke bare på terapeuten, men også på vanlige mennesker.” (et trygt sted å prøve nye uttrykk, hjelpsomme relasjoner)
14. *Håp.* I forbindelse med tilbakemeldinger fra gruppen sier Vivian at “ved at de på en måte påpekte ting så fikk jeg litt sånn ‘Ja, kanskje, jøss, kanskje jeg har mer håp i meg enn jeg selv tror.’” Da jeg var usikker på om Vivian mente at håp i seg selv var spesielt viktig, kontaktet jeg henne på e-post og spurte om dette. Hun forklarte da: “I ettertid tenker jeg også at det mye var relatert til håp. Når jeg selv opplevde at det var så lite håp for meg og at min situasjon var håpløs, var tilbakemeldingen fra de andre noe som ga meg håp.” (håp)
15. *Å kunne gå fra sine billedlige uttrykk.* Vivian forteller at “når man går fra terapirommet så går man ifra det. Og det gjør det også lettere. Man tar det ikke med seg. (...) Hvis man lager stygge uttrykk på stygge følelser så er det greit å vite at det er i det rommet der og jeg behøver ikke ta det med meg.” (kunne “legge fra seg” stygge følelser i terapirommet)
16. *Leve strukturert.* Vivian forteller at hun idag må leve veldig strukturert. “Og jeg vil aldri gå på slankekurer, eller aldri kan på en måte... Ja, en mye mer bevissthet rundt det da. At det er en del ting jeg ikke kan gjøre. Fordi det er kanskje et spøkelse som lokker der.” (leve strukturert, forholdsregler)
17. *Ønsket om å bli frisk.* Vivian nevner dette i gjennomgangen av de transteoretiske prosessene når jeg spør om det har vært nyttig for henne å tenke at hun gjerne ville

være en person uten en spiseforstyrrelse. Hun sier: “Det å ønske å bli frisk var ganske sterkt. (...) Altså det der med misunnelse. Det tror jeg er viktig. I form av at det å se at andre kan håndtere mat helt naturlig. ‘Det vil jeg også greie.’ Ønsket om å bli frisk på den måten.” (misunnelse av andre som håndterer mat, positive rollemodeller, regnskap med seg selv, hjelpsomme relasjoner)

De transteoretiske endringsprosesser

Vivian bekrefter å ha hatt nytte av alle åtte prosesser bortsett fra “erstatning av problematferd”, “belønning av alternativ atferd” og “forholdsregler”. Imidlertid har jeg antagelig ikke forklart innholdet i sistnevnte kategori godt nok, da Vivian tidligere har uttrykt at hun må leve strukturert og for eksempel aldri kan slanke seg. Dette kan nok regnes som “forholdsregler”.

Karen

Karen utviklet bulimi i sytten-åttensårsalderen og begynte i individuell behandling på Gaustad cirka ett år senere. Gjennom alle årene med bulimi har Karen danset aktivt på høyt nivå.

Karens endringsbevirkende faktorer

1. *Å være en person som ikke gir opp.* Karen forteller at hun er en person som ikke liker å ha det fælt. “Jeg liker ikke å grave meg ned i liksom smerte og... Men har alltid på en måte hatt et fokus, det har aldri vært noe alternativ for meg å ikke bli bedre. (...) Men jeg vet ikke, jeg tror det liksom handler litt om at jeg er en person som ikke gir opp og som, det er ikke noe alternativ for meg.” Senere i intervjuet, i forbindelse med det å oppleve følelser, legger Karen til: “Det har også vært motivasjonen min som har gjort at jeg, at jeg hele tiden har villet bli bedre. At livet har blitt så mye rikere, blitt så mye bedre.” (motivasjon til å bli bedre, tro på egen evne til endring)
2. *En god terapeut.* Karen sier innledningsvis bare at terapeuten har vært “veldig fin”, men uttaler senere i intervjuet at det var viktig å ha en terapeut som viste aksept (se punkt 13). (en god relasjon, hjelpsomme relasjoner)

3. *Vise følelser og få positiv respons på dette.* Karen uttaler at denne kombinasjonen var veldig viktig for henne. “Det at jeg begynte å åpne meg og... vise følelser og ting som jeg hadde syntes var veldig vanskelig før ble veldig positivt. Jeg fikk veldig positiv respons fra vennene mine. De sa liksom ifra at ‘Det er så mye koseligere å være sammen med deg.’” (få positiv respons på å vise følelser, hjelpsomme relasjoner, belønning av alternativ atferd)
4. *Å le av seg selv.* Karen forteller at hun fikk en god venninne som drev mye med vennskapelig mobbing. “Hvis jeg gjorde noe rart, så påpekte hun det, på en måte. Og det hadde jeg syns var veldig ekkelt før. Men så, gjennom å være sammen med henne så lærte jeg meg å flire av det selv, liksom. Og det var også veldig befriende, å slutte å ta seg selv så innmari seriøst.” (humor, en positiv rollemodell, hjelpsomme relasjoner, regnskap med seg selv)
5. *Å ha folk som støtter.* Karen forklarer at hun etterhvert begynte å føle mer, både glede og sorg, og støtte fra andre var da viktig. “Det å gå i behandling, det å ha folk rundt seg som alltid støtter, som var en hjelp, gjorde at det var trygt å gå ut og prøve de tingene der, da, som jeg ikke hadde... (...) Det tok en stund før liksom oppturen begynte, da. Men da følte jeg at jeg hadde fått livet i gave og sånne klisjéer som man hører, liksom.” (støttende mennesker, hjelpsomme relasjoner)
6. *Få kontakt med følelser.* Karen sier hun tidligere forsøkte tilfredsstille alle andre og var veldig redd for å være til bry. “Det med å få kontakt med følelser, det med å, ja, føle letthet og glede.” (bli bevisst egne følelser, bevisstgjøring)
7. *Ta ansvar.* Som en fortsettelse av forrige punkt sier Karen at det også har hjulpet “at jeg har tatt tak i ting og tatt ansvar. (...) Det tror jeg på en måte har vært veldig viktig for meg, at jeg har tenkt ‘Nei, det her er min situasjon, jeg...’ Også å vite at du er en del av det som skjer deg, det vonde som skjer.” (ta ansvar for eget liv)
8. “Men ihvertfall mitt møte med menn, det har... Fra å miste meg selv helt til å finne et slags sinne og kunne si at ‘Nei, dette orker jeg ikke.’ Fordi jeg nådde en slags bunn til slutt der jeg tenkte at ‘Nei, nå orker jeg ikke ta imot mer dritt, liksom. (...) Jeg kan ikke forandre noen personer, men jeg kan velge å ikke ha noe med dem å gjøre. Og det tror jeg var en sånn... essens i det å finne meg selv da. Og at jeg også kan tenke det i forhold til andre relasjoner nå. At jeg ikke på en måte... Jeg er mye mer frigjort. Også der, jeg tror også det er fordi at jeg har et mye, mye bedre forhold til foreldrene mine nå. Det med at, at jeg vet at OK, jeg syns de er teite mange ganger, men det er de som mener det. Jeg trenger ikke å mene det samme som dem. Jeg kan leve mitt liv

- og føle for meg selv, liksom.” (begrense andres innflytelse, sette grenser, ta kontroll over eget liv)
9. *Godkjennelse.* Karen sier at for henne var det viktig med kombinasjonen terapi og erfaringer ellers. “Jeg var ute og levde og så kom jeg inn og fikk bekreftelse på at det var ikke fælt det jeg hadde gjort, eller... Og at jeg alltid fikk støtte. Hele terapien for meg har på en måte vært godkjennelse for at jeg kan gjøre de tingene jeg gjør, at det er menneskelig, at det er lov og... Fordi jeg har dømt meg selv så innmari. (...) Det har vært utrolig viktig for meg å være i terapi, det har det. Men livet mitt har jeg vært ute og levd selv. (...) For jeg tenker på en måte at jeg fikk veldig mye trygghet gjennom terapi, men hvis det ikke hadde blitt bekreftet av de menneskene som var rundt meg så hadde det ikke vært det samme.” (godkjennelse, hjelpsomme relasjoner)
10. *Fokus på at mat ikke er “roten”.* Karen sier hun vet nå at “jeg bruker spiseforstyrrelsen som... som et middel i forhold til andre ting. Og jeg har alltid vært veldig fokusert på at det er noe annet enn mat jeg må ordne opp i for at maten skal ordnes opp i. (...) At maten overhodet ikke er roten. At jeg har hatt veldig fokus på det. (...) At dette handlet om selvbildet mitt.” (forstå hva som lå bak spiseforstyrrelsen, bevisstgjøring)
11. *Normalisere tanker og følelser rundt kropp.* Karen forteller at hun studerte på Universitetet et halvt år og “kom ut blant liksom normale folk, som ikke var i den bransjen og i det miljøet ihvertfall. Og der alle snakket veldig åpent om ‘Nei, jeg kan ikke spise mer nå. Jeg er på slankekur.’ Eller ‘Nei, nå er det bikini-sesong...’ (...) Og da ble jeg sånn ‘Oj, jammen, det her er jo egentlig veldig normalt. Det er veldig mange som går rundt og kjenner på det uten å være syk, da. Men jeg måtte også normalisere det, for jeg hadde hatt en veldig sånn der tanke om at når jeg var frisk, så var alt borte. Da syns jeg det var greit å spise alt og det var liksom helt sånn der. Mens de fleste, ihvertfall damer i vårt samfunn, har et slags dårlig forhold til kroppen sin i forhold til vekt. Og at det på en måte også ble lov for meg å ha.” (fastsette hva som er “normalt” ift tanker om egen kropp, bevisstgjøring)
12. *Godta hvordan ting er.* Karen sier at den beste strategien hun har funnet, “og det tok lang tid før jeg fant den, kanskje bare det siste året, og det er det der med å godta. Å godta og godta, og godta, uansett. (...) Det ga meg en veldig ro, da. Å klare å akseptere.” (aksept)
13. *Å ha en terapeut som godtar.* Karen sier hun tror hun har klart å akseptere så mye fordi “det handlet om det at... der tror jeg terapien har vært veldig viktig, for hun

[terapeuten] har godtatt og godtatt og godtatt. At det har vært så godt for meg. Jeg har gått lettet ut av det kontoret så mange ganger.” (en aksepterende terapeut, en positiv rollemodell, hjelpsomme relasjoner, regnskap med seg selv)

14. *Modningsprosess, uavhengig av terapi.* Karen sier at hun de siste årene også skulle bli voksen. “Det også er en modningsprosess som har skjedd, uavhengig av terapi og sykdom og sånne ting.” (bli eldre)
15. *Finne tilbake til seg selv.* Karen forteller at hun tidligere hadde “sluttet å være” alt hun mente ikke var bra, som sta og temperamentsfull. “Og det i terapien å finne tilbake til de der tingene, å se at OK, men det som er særegent med deg som menneske er ikke bare dårlig. Det er dine positive og negative sider. (...) At jeg begynte å akseptere alle de der tingene som jeg fordømte så innmari at det bare... ble borte fra hele personligheten min.” (finne tilbake til seg selv, akseptere seg selv, bevisstgjøring)
16. *Skrive dagbok.* Karen forteller at hun tidligere skrev mye dagbok, men at hun ikke lenger har behov for dette. (skrive, alternativ til problematferd, bevisstgjøring)
17. *Spise sammen med noen.* Karen sier hun nå har en kjæreste som hun spiser med, og at dette “tar fokuset bort fra det der å sitte og kjenne... Det hjelper veldig.” (spise sammen med noen, hjelpsomme relasjoner, forholdsregler)
18. *Regelmessighet og trening.* Karen forklarer at “regelmessighet, trening, sånne ting, er med på å stabilisere. Så lenge jeg er i en viss fysisk form og har liksom en viss forbrenning, så er det veldig mye enklere. (...) Det hjelper på humøret, det hjelper på følelser.” (regelmessighet, trening, forholdsregler, erstatning av problematferd)

De transteoretiske endringsprosesser

Karen bekrefter å ha brukt alle åtte endringsprosesser, men forklarer at noen har kun vært nyttige i begrenset omfang, på spesifikke måter. For eksempel har belønning kun vært hjelpsomt gjennom venners positive tilbakemeldinger når hun viste følelser og uttrykte seg, ikke i forbindelse med å spise “normalt”. Hun sier også at det hadde ingen hensikt å belønne seg selv for dette da “de gangene jeg har hatt det bra med spisingen, da har jeg hatt det bra i livet mitt. Så det er på en måte belønning nok.” Videre utdyper Karen at “erstatning av problematferd” har fungert mest som utsettelse, ikke erstatning. “Fordi at, ihvertfall hvis det handlet om å være kjempesulten. Så visste jeg at om du spiser nå så kommer du til å kaste opp. Men det eneste fokuset du har da er jo at du er kjempesulten og har lyst på mat. Så om

man prøvde å gjøre andre ting så lå det uansett der. (...) Ja, da unngår du det i to timer, men det å spise, du unngår det ikke for resten av... det er ikke en strategi man kan bruke til enhver tid da.” Karen forklarer også at hun har forsøkt å gjøre andre ting etter et måltid for å unngå å kaste opp, men at dette ikke har hatt noen effekt.

Tre temaer som ble nevnt spontant

Graviditet

Tre av kvinnene ble gravide enten mens de gikk i behandling på Gaustad eller like etterpå. For Lena og Astrid var dette svært vanskelig, mens for Marie var det ikke noe problem. Lena forteller: “Så rundt det å få barn syns jeg det kom tilbake. Fordi det var veldig stor endring kroppslig da. Det var en utfordring. Det syns jeg forresten man kan bli mer oppmerksom på.” Astrid forteller om en lignende opplevelse: “Et halvt år før jeg ble gravid hadde jeg begynt å slutte i terapi og vi hadde på en måte, ja, kommet fram til at jeg ikke trengte så mye lenger da. Mens etterhvert, ute i graviditeten, så ble det verre igjen. Og det tenker jeg... jeg skjønner nesten ikke at ikke andre også føler det sånn [ler]. Men det er... for det er på en måte den største skrekken da, å vokse ukontrollert. Selv om du spiser vanlig eller lite så vokser du allikevel.” Astrid forteller at hun ikke vet hva som ville skjedd hvis hun ikke raskt hadde gått ned i vekt igjen etter fødselen. Marie derimot opplevde ikke graviditet som noe problem, snarere tvert imot. Dette kan kanskje henge sammen med at hun etterhvert, selv om hun fortsatt slet med bulimi, ikke hadde noe mål om å være tynn. Hun forklarer at hun ikke ville bli tykk “men jeg var ikke veldig, veldig redd for å legge på meg litt. Jeg brukte spiseforstyrrelsen mye mer til å... ja, holde følelsene i sjakk.”

Identitet

Lena og Astrid uttrykker også problemene med å forme en delvis ny identitet, uten spiseforstyrrelsen. Astrid sier: “Det var vel på en måte heller den personen jeg ville være. Faktisk. Da var jeg på en måte *noe*. I det.” Lena nevner også et ideelt selv og påpeker at det er lett å inkludere en spiseforstyrrelse inn i dette bildet. “Det var lettere å definere spiseforstyrrelsen inn i forbilder på hva jeg ville være, fordi jeg brukte mye ytre forbilder på hva jeg ville være, type filmstjerner eller kunstnere eller forfattere. Karen Blixen eller Virginia Wolf eller Keira Knightley, type forbilder man gjerne bruker. Veldig mange av de

Oversikt over antall endringsfaktorer innenfor de transteoretiske prosesser

Tabell 1

Antall Endringsfaktorer Plassert Innenfor Hver av De Transteoretiske Prosesser

Endringsprosess	Deltager				
	Sonja	Marie	Astrid	Vivian	Karen
Bevisstgjøring	9	4	5	6	5
Erstatning av problematferd	5	2	1	0	2
Følelsesmessig reaksjon	0	0	0	1	0
Forholdsregler	1	0	0	1	4
Hjelpsomme relasjoner	6	4	4	6	8
Belønning av alternativ atferd	0	0	0	0	1
Tro på egen evne til endring	4	1	0	1	1
Regnskap med seg selv	2	1	0	2	2
(Annet)	5	8	4	5	8

kan jo se ut til å ha spiseforstyrrelser. Så det er nesten lettere å definere seg inn i et forbilde med spiseforstyrrelsen enn uten. Faktisk.” Dette reflekterer funnene til Marte Nilsson (1993), som i en utforskende og narrativ tilnærming fant at kvinner med anoreksi først og fremst ble bedre gjennom å lage en slags “ny identitet”.

Avhengighet og spiseforstyrrelser

Et par aspekter ved spiseforstyrrelser og avhengighet ble spontant nevnt av flere i løpet av intervjuet. Lena og Vivian forteller at det er spesielt vanskelig å slite med mat, i motsetning til for eksempel alkohol, fordi man aldri kan slutte helt å spise. Lena uttaler: “Jeg

har ofte tenkt at det er mange likheter med alkohol og narkotika og spiseproblemer. Det er en avhengighet som sitter fysisk i kroppen. Det å ikke spise kan gi en type rush. At hjernen kan oppleve en rus ved å ikke spise. I lange perioder har jeg ikke tålt å bli for sulten for da trigget det veldig... Altså, jeg vil sammenligne det med en alkoholiker som tar en drink. Du bare... svoosh! Så kommer tankesettet tilbake og så kommer avhengigheten. Men med alkohol er det mye lettere, for du kan holde deg borte fra det, men du kan ikke la være å spise. Det er noe av det som er så vanskelig med det.” Vivian uttrykker noe av det samme: “I motsetning til andre misbruk, alkoholmisbrukere, som på en måte kan kutte ut helt, så må vi jo, eller jeg, leve med mat.”

I tillegg til dette “lik, men forskjellig” aspektet, kommenterer Vivian og Karen begge den lignende funksjonen i spiseforstyrrelser og avhengighetsproblematikk. Vivian forteller at hun skadet seg selv en del og at dette gjorde samme nytten som spiseforstyrrelsen. “Jeg kunne sikkert gjort bare det istedet for å herse med mat”, sier hun. Karen på sin side nevner rusmisbruk som en lidelse hun like gjerne kunne utviklet. “Jeg tenker veldig at det at jeg fikk en spiseforstyrrelse handlet om hva slags miljø jeg var i. Jeg kunne like godt ha blitt narkoman eller... selvskader. Fordi jeg hadde så vanskelig for å uttrykke følelser.”

DISKUSJON

Jeg vil i denne delen først ta for meg kvinnenens endringsbevirkende faktorer før jeg ser på de ti transteoretiske prosessene og hvor dekkende disse var. Deretter gjennomgår jeg de mest sentrale av faktorene som ikke lot seg plassere blant prosessene.

Kvinnenens endringsbevirkende faktorer

Totalt nevnte Lena, Marie, Astrid, Vivian og Karen et sted mellom 20 og 50 forskjellige endringsfaktorer, avhengig av hvordan man tolker og grupperer. Faktorene representerer flere nivåer av abstraksjon. Noen, som trening eller skriving, er handlinger med positiv effekt på tanker og følelser. Disse effektene er kvinnene klar over og kan verbalisere. Andre faktorer, som motivasjon, er mer abstrakte og i seg selv en slags positiv tanke eller følelse. Flertallet av endringsfaktorene falt innenfor de transteoretiske prosessene “bevisstgjøring” og “hjelpsomme relasjoner” eller helt utenfor modellen (“annet” i tabell 1).

En forsiktig tolkning av utsagn gir tre endringsfremmende faktorer felles for alle fem kvinner: *å bli bevisst egne følelser, å uttrykke følelser, og en god relasjon.* Førstnevnte ble

bemerket tydelig av alle, med unntak av Lena. Imidlertid tolker jeg hennes utsagn til å innbefatte faktoren likevel gjennom “å forstå hva som drev spiseforstyrrelsen,” “bli bedre kjent med seg selv,” og “plassere følelser riktig.” Å uttrykke følelser mener jeg likeledes ble nevnt av alle, selv om Astrid trakk frem sinne spesifikt, Vivian sa “sette ord på følelser” og Karen snakket om å få positiv tilbakemelding fra andre når hun “viste følelser.” Begge disse fellesfaktorene er viktige elementer i kunstterapi og det er således kanskje ikke overraskende at de ble ansett som viktige av samtlige kvinner. Den siste endringsbevirkende faktoren alle kvinnene hadde felles, en god relasjon, ble gjerne nevnt i flere varianter og sammenhenger. Det kunne være terapeut, venn eller kjæreste, karakterisert ved at de støttet, aksepterte, var trygge, tålmodige, o.l. Fellesnevneren var at det å kommunisere med denne personen opplevdes som positivt av kvinnene. Denne faktoren reflekterer godt poenget nevnt tidligere, nemlig at endring ikke finner sted i et vakuum, men i samspill med omgivelsene. Selv om jeg har gruppert utsagn med noe forskjellig innhold sammen under betegnelsen “en god relasjon” kunne man nok like gjerne ha delt dem i flere endringsfaktorer. Positive relasjoner kan tenkes å bidra til endring på flerfoldige måter, blant annet ved å øke vår bevissthet om oss selv og andre, gi trygghet, motvirke ensomhet, bedre våre sosiale ferdigheter og ved å romme en implisitt anerkjennelse av den vi er. Gjennom andre menneskers reaksjoner formes vårt syn på oss selv og dermed vår identitet.

I tillegg til ovennevnte faktorer var det flere temaer som gikk igjen. Fire av kvinnene nevnte *aksept* eller *anerkjennelse av seg selv, å skrive, en positiv rollemodell og håp* eller *motivasjon* som viktig i deres bedring. Anerkjennelse av seg selv ble uttrykt med de ordene av Marie og Vivian, mens Astrid sa det var viktig å “se at hun var bra nok” og Karen beskrev det som godt å kunne akseptere sider av seg selv hun tidligere hadde fordømt. Å skrive som en måte å få distanse til tanker og følelser, “rydde opp” i indre kaos, ha tid for seg selv eller en kombinasjon av alt dette ble nevnt som nyttig av Lena, Marie, Astrid og Karen. Denne aktiviteten kan også være en god måte å regulere følelser. En positiv rollemodell er et begrep jeg selv har valgt som betegnelse på en spesiell type hjelpsom relasjon som ikke nødvendigvis er nær eller fortrolig. Lena og Vivian nevner begge viktigheten av å se andre håndtere mat på en “normal” måte, mens Marie og Karen forteller om gode venninner som ble forbilder på henholdsvis det å vise sårbarhet og å le av seg selv.

Håp eller motivasjon har jeg plassert sammen fordi jeg tenker de reflekterer mye av den samme underliggende “driven” til å bli frisk. Begge er forøvrig ofte et fokus i forskning på endring. Studier av fellesfaktorer i terapi trekker gjerne frem håp som et viktig element i all menneskelig endring (for eksempel Frank, 1973; Frank & Frank, 1991, begge sitert i

Snyder, Michael & Cheavens, 2006, s. 182), mens motivasjon eller “readiness for change” ofte undersøkes i forbindelse med spiseforstyrrelser (for eksempel Geller, Zaitsoff & Srikameswaran, 2005; Nordbø et al., 2008). Sistnevnte er de siste årene blitt et stort tema blant annet fordi man søker måter å jobbe med ambivalensen pasienter ofte har i forhold til egen bedring.

Tre av kvinnene trakk frem som nyttig å fastslå hva som er “normal” opptatthet av mat og kropp, å ha struktur i hverdagen og å forstå hva som driver spiseforstyrrelsen. Sistnevnte faktor overlapper nok noe med bevisstgjøring av tanker og følelser, men da det ble nevnt spesifikt av Lena, Astrid og Karen har jeg satt det som en egen faktor. Når det gjelder Vivians utsagn om at hun idag må leve strukturert, har nok min tolkning blitt påvirket av den transteoretiske modellen. Vivian sier ikke uttrykkelig at struktur har bidratt til endring, men basert på idéen om at endring til dels må “vedlikeholdes” har jeg tolket det slik. Nyttige aspekter som ble nevnt av to kvinner hver var *humor, mestringsopplevelser* og *det å bli eldre*. Interessant nok lot ingen av disse seg enkelt plassere innenfor de transteoretiske prosesser. Humor ble nevnt, slik jeg tolket det, som en nyttig egenskap og strategi generelt i livet, ikke bare i forhold til spiseforstyrrelsen. Mestringsopplevelser oppfattet jeg som viktig på samme måte. Det ser altså ut til at de transteoretiske prosesser i liten grad omfatter faktorer som ikke lett lar seg konkretisere i tanker og handlinger. Dette gjelder ikke minst for den siste faktoren: å bli eldre, som jeg kommer tilbake til senere.

I tillegg til alle nevnte fellesfaktorer var det også flere idiosynkratiske aktiviteter, opplevelser, strategier og evner som var endringsbevirkende. Jeg skal ikke gå igjennom alle, men variasjonen i følgende er verdt å merke seg: å spise sammen med noen, å bli gravid, kroppsbevissthet, selvhjelpsbøker, finne tilbake til seg selv, bli konfrontert med angsten i maten, få perspektiv på hjemmesituasjonen ved å dra bort, følge kostliste, slippe opp på kontrollen, ta ansvar, og ha ekstra oppfølging i vanskelige tider.

De transteoretiske endringsprosesser

En av de største vanskene med å plassere endringsbevirkende faktorer innenfor rammene av de transteoretiske prosessene er hvordan man skal tolke sistnevnte. I litteraturen er alle, med unntak av “hjelpsomme relasjoner”, definert som nært knyttet til “problematferden”. Skal man kun tolke dem utifra disse definisjonene er det relativt få av kvinnenes endringsbevirkende faktorer som enkelt kan plasseres innenfor slike rammer. Tolker man derimot prosessene noe videre vil de kunne romme mye mer. Det generelle bildet

er uansett ikke ulikt det som ble rapportert i de fire studiene gjennomgått tidligere. De minst brukte prosessene var “belønning av alternativ atferd”, “forholdsregler” og erstatning av problematferd”, mens en av de mest brukte var “hjelpsomme relasjoner.”

Prosesser som helt eller delvis rommer kvinnenes opplevelser

Bevisstgjøring

Som tabell 1 viser faller mange av de endringsbevirkende faktorene inn under “bevisstgjøring.” Imidlertid var det ikke helt overensstemmelse mellom definisjonen av denne prosessen og det kvinnene uttrykte. Prochaska og hans medarbeidere vektlegger innsikt i problematferden, mens kvinnene beskrev det som nyttig å bli kjent med egne tanker og følelser *generelt*. Denne nyansen påpekes også av Miller (1998) i forbindelse med behandling av avhengighet. Han mener man ikke skal overvurdere viktigheten av kunnskap om problematferden da mennesker med selvdestruktiv atferd ofte allerede er bevisst risikoer og skadelige konsekvenser. Flere av kvinnene nevnte faktisk en slik eksisterende kunnskap og Astrid sa uttrykkelig: “Jeg har egentlig alltid tenkt de fornuftige tankene også.” Kvinnenes refleksjoner tyder på at det i mindre grad handler om å bli bevisst spiseforstyrrelsens negative konsekvenser enn å finne ut av hvem de er, finne sin egen identitet. Skal kategorien “bevisstgjøring” reflektere erfaringene alle fem kvinner forteller om, må den altså romme *innsikt om en selv*, ikke bare kunnskap om problematferden.

Følelsesmessig reaksjon

Prochaska (2006) definerer denne prosessen som opplevelsen av følelser knyttet til problematferden. Igjen ser det ut til at modellen kunne fanget opp noe viktig om den ikke var begrenset til atferd. Da alle kvinnene fortalte at det var betydningsfullt for dem å uttrykke følelser *generelt*, ikke nødvendigvis bare følelser knyttet til spiseforstyrrelsen, ville en bedre definisjon inkludere dette aspektet. “Følelsesmessig reaksjon” burde med andre ord romme både opplevelser og uttrykk av følelser knyttet til *livet*, ikke kun problematferden. Det kan også argumenteres for at det å uttrykke følelser faktisk er en slags erstatning av problematferd hos mennesker med spiseforstyrrelser. Imidlertid tenker jeg at det heller er en grunnleggende evne, nødvendig for psykisk helse, men en evne som krever øvelse og utøvelse. For mange med spiseforstyrrelser kan det tenkes at det å ikke uttrykke følelser kom forut for lidelsen, kanskje tilogmed var en betingelse for utviklingen av den. Således er det

ikke noe man lærer å gjøre *istedet for* noe annet, men en grunnleggende evne man aldri fikk innarbeidet i utgangspunktet.

Hjelpsomme relasjoner

“Hjelpsomme relasjoner” er den eneste av de transteoretiske prosessene som klart reflekterer viktige faktorer i kvinnenens bedring. Det er også den eneste prosessen som konsekvent ble rapportert som mye benyttet i de fire studiene nevnt tidligere. Dette kan tyde på at positive relasjoner er en av de viktigste faktorene for bedring i spiseforstyrrelser. Fire av kvinnene betegnet flere typer forhold og mennesker som nyttig og tilsammen ble følgende nevnt: terapeut, venn, kjæreste/ektemann, gruppe, familie og forbilder. Mange av disse menneskene ga både trygghet og støtte samtidig som de fungerte som rollemodeller. Således er det interessant å notere at Prochaska og hans medarbeidere skiller mellom støttende mennesker, som utgjør “hjelpsomme relasjoner”, og rollemodeller, som inngår i “regnskap med seg selv”.

Tro på egen evne til endring

“Tro på egen evne til endring” innebærer ikke bare troen på seg selv, som i begrepet “self-efficacy”, men også troen på at det fins veier til den endringen. Man kan kanskje tenke seg at endring fra én tilstand til en annen krever en vei og motivasjon kan gi oss energi til å gå den veien. Hvis det imidlertid ikke er håp, hvis man ikke tror det verken finnes noen vei eller at man selv kan klare å gå den, vil det være vanskelig å ta det første skrittet. Endringsfaktorene som ble rommet av denne prosessen var for det meste motivasjon, i mindre grad en uttalt tro på seg selv. Dette reflekterer kanskje den lave selvtilliten man gjerne finner hos mennesker med spiseforstyrrelser. Selv om prestasjonsnivået ofte er svært høyt innebærer lidelsene mye selvkritikk og høye interne krav (Fennig, Hadas, Itzhaky, Roe, Apter & Shahar, 2008).

Det er forøvrig interessant å minne om at den eneste av de fire studiene gjennomgått tidligere som rapporterte hyppig bruk av denne prosessen var Stanton et al. (1986) sin undersøkelse. Det var også den eneste som så på “self-change”, altså endring hos kvinner som ikke hadde benyttet terapi. Man kan kanskje tenke seg at de som oppnår betydelig bedring i en spiseforstyrrelse uten å gå i behandling har spesielt stor tro på egen evne til endring.

Regnskap med seg selv

Ifølge Prochaska (2006) innbefatter denne prosessen å reflektere over verdier og hvem man ønsker å være, samt hvordan problematferden (antagelig) er uforenlig med dette. I utgangspunktet kunne denne kategorien fanget opp mye av endringsarbeid i forhold til identitet. Svakheten med prosessen i forhold til spiseforstyrrelser ser ut til å være at den tar for gitt at “problematferden” (spiseforstyrrelsen) står i kontrast til idealer. Som nevnt i resultatdelen problematiserte både Lena og Astrid det at lidelsen faktisk *bidro* til en slags positiv identitet. I motsetning til for eksempel røyking, høyt inntak av fett, lite mosjon og rusmisbruk, som i den vestlige verden gjerne anses som usunt og tegn på mangelfull kontroll, er tynnhet en del av idealet om mestring og selvbeherskelse. “Regnskap med seg selv” kunne altså bedre reflektere kvinnenenes opplevelser hvis den la mindre vekt på “problematferdens” inkongruens med et ideelt selv og istedet fokuserte på eventuelle verdier som er med på å vedlikeholde problemet. Som nevnt ovenfor er rollemodeller inkludert i denne prosessen, noe flere kvinner uttrykte hadde vært nyttig. Det kan tenkes at flere med spiseforstyrrelser er utmerket klar over konsekvensene av hvordan de lever, men de ser ingen vei ut av lidelsen. En positiv rollemodell kan kanskje hjelpe med nettopp dette ved å fungere som et konkret eksempel på alternativ levemåte.

Prosesser som i liten grad reflekterer kvinnenenes opplevelser

Erstatning av problematferd og forholdsregler

Det er nærliggende å tenke at for en del helseskadelige vaner og livsstiler (som røyking og mangel på fysisk aktivitet) er erstatning av en dårlig vane og unngåelse av fristelser viktig. I resultatene har jeg da også oppført trening, skriving og struktur i hverdagen som slike prosesser. Imidlertid tror jeg denne kategoriseringen skjuler et viktig aspekt: nemlig emosjonsregulerende effekter. Å spise sammen med noen, skrive eller trene er måter man kan lette angst og uro, såvel som mulige kilder til mestring, energi og håp. I tillegg er slike strategier i mindre grad erstatninger av noe annet eller forholdsregler enn de er selvstendige, positive aktiviteter som øker livsgleden. Skulle man endre de transteoretiske prosesser til å romme endring i spiseforstyrrelser kunne man kanskje fjerne “erstatning av problematferd” og “forholdsregler” og istedet ha en faktor som innbefattet emosjonsregulerende strategier og kilder til positive følelser. Dette ville naturligvis overlappet noe med andre faktorer, som “å uttrykke følelser”, men det ser jeg ikke som noen vesentlig

ulempe. I tillegg ville man fange opp flere individuelle strategier, som bruk av humor i hverdagen.

Belønning av alternativ atferd

De aller fleste kvinnene svarte avkrefteende på om de hadde brukt belønning som strategi og flere spesifiserte at det faktisk hadde *negativ* effekt. Det ser altså ut til at denne faktoren ikke er viktig for endring i spiseforstyrrelser. Derimot peker den i retning av noe som kanskje *er* viktig, nemlig aksept.

Faktorer som ikke ble rommet av de transteoretiske prosesser

Aksept

Marie, Astrid, Vivian og Karen nevnte alle anerkjennelse eller aksept av seg selv som viktig for sin endring. Dette kan indikere at noe av det som drev lidelsen for dem var deres syn på seg selv og krav til et ideelt selv. Jeg skal ikke gå inn på dynamikken i spiseforstyrrelser her, men det kan bare kort nevnes at lidelsene ofte inneholder mye selvforakt og skam (f.eks. Geller, 2006). Det kan dermed tenkes at hvis man istedet jobber med å akseptere seg selv som man er, både positive og negative sider, styrker og svakheter, vil ikke bare noe av drivstoffet for spiseforstyrrelsen forsvinne, men man vil generelt ha det bedre i livet. Det er interessant å notere at denne dynamikken, med aksept som del av løsningen, er bortimot det motsatte av hva Prochaska og hans medarbeidere fokuserer på. Selv etter nøye gjennomgang av litteratur finner jeg ikke aksept nevnt noe sted i den transteoretiske modellen.

Å bli eldre, humor, mestringsopplevelser

Som nevnt har disse tre faktorene til felles at de er omfattende. De kan i liten grad knyttes til et spesifikt område av livet, men er istedet gjennomsyrende. Mestringsopplevelser og humor kan knyttes til alle mulige situasjoner og det å bli eldre *er* livet. Vi vet også fra longitudinelle studier at menn og kvinners personlighet endrer seg etterhvert som de blir eldre (f.eks. Block, 1971; Srivastava, John, Gosling & Potter, 2003). Tallman og Bohart (2006) uttrykker forholdet mellom livet og terapi slik: "The real therapy is living. What we call therapy is a special example of processes that occur outside of therapy. Therapy concentrates

or distills the experiential and intellectual contexts of everyday life” (s. 111). Denne oppgaven har ikke som mål å komme med noen ny modell av endring, men man kan tenke seg en mulig hierarkisk oppbygging. For eksempel kunne endringsbevirkende faktorer organiseres utifra grad av kontrollerbarhet. Øverst i hierarkiet ville “å bli eldre” stå da man strengt tatt ikke har noe kontroll over tidens gang. Under dette kunne man plassere faktorer som i liten grad kan kontrolleres av individet i endring, slik som personlighetsvariabler, håp, en god terapeut og innspill fra andre mennesker. Nederst i hierarkiet kunne aktiviteter og tanker som individet i stor grad kontrollerer selv stå. En slik inndeling ville for eksempel gi den fordel at både klient og terapeut fikk visualisert områder av innflytelse og potensielle veier til endring.

Svakheter ved den transteoretiske modellen

Sammenligningen av kvinnenens uttalelser og de transteoretiske endringsprosesser peker på flere svakheter ved modellen. Dette gjelder både fundamentalt og spesifikt i forhold til anvendelighet ved spiseforstyrrelser. I utgangspunktet kalte Prochaska sin modell for “transteoretisk” fordi den inneholder komponenter fra over 300 forskjellige terapiformer. Endringsprosessene skulle i teorien favne alle tenkelige endringsmekanismer. Men hva er disse endringsmekanismene? Davidson (1998) argumenterer for at modellen heller bør kalles “ateoretisk” fordi den i hans øyne ikke systematisk integrerer de psykologiske faktorene som fører til endring med selve endringsprosessene. Han mener prosessene er løsrevet fra noen som helst begrunnelse for hvorfor de er nyttige. Dette betyr at for eksempel “hjelpsomme relasjoner” ikke er knyttet til en forklaring av hvorfor disse er nyttige.

Denne mangelen på forklaringer betyr at endringsbevirkende faktorer med annen semantikk ikke enkelt lar seg sammenligne med prosessene. Ta for eksempel noe konkret som trening. Hvor bør den plasseres innenfor de transteoretiske prosesser? Av de åtte prosessene gjennomgått virker “erstatning av problematferd” mest dekkende, blant annet fordi trening er en fysisk aktivitet og kan ha en urodempende effekt i likhet med overspising/oppkast. Men hva er de psykologiske aspektene involvert i trening? Marie snakker for eksempel om opplevelser av mestring, håp og kroppsbevissthet, såvel som meditative og beroligende effekter. Ingen av disse effektene nevnes i sammenheng med de transteoretiske endringsprosesser. Dermed blir man nødt til å forsøke å utlede hva det er ved de forskjellige prosessene som er nyttig, altså hvilke psykologiske effekter de har. Og *det* innebærer stor grad av tolking, som vanskelig lar seg overføre fra ett studie til et annet.

En annen konsekvens av mangelen på integrering kan være deskriptive og noe overfladiske endringsprosesser. Et kort blikk på kategoriene viser et flertall med “aktivt” innhold. Bortsett fra “følelsesmessig reaksjon” og “hjelpsomme relasjoner” beskriver prosessene i stor grad tanker og handlinger den enkelte kan jobbe med eller utføre selv. De gir relativt lite rom for tid, steder, personlighetsstrekk - faktorer utenfor den enkeltes kontroll. Ikke bare falt humor og det å bli eldre utenfor modellens rammer, men noen av faktorene kvinnene nevnte så ut til å være av en fundamentalt annen karakter. Dette gjelder eksempelvis steder, som i “et trygt sted å uttrykke seg”, eller faktorer som virker paradoksale, som “å bli dårligere”. Som nevnt tidligere ser det ut til at de transteoretiske endringsprosessene fokuserer i for stor grad på faktorer innenfor den enkeltes kontroll og for lite på andre, eksterne faktorer.

Tatt i betraktning modellens opprinnelse er dette kanskje ikke overraskende. Det er sannsynlig at både spiseforstyrrelser og alkoholmisbruk involverer psykologiske aspekter som ikke er tilstede i røyking. Det er vanskelig å avgjøre nøyaktig hvor stor innflytelse faktorene involvert i røykeslutt har hatt på utviklingen av den transteoretiske modellen, men de vil uansett kun dekke en liten del av endring i spiseforstyrrelser. Som Karen kommenterer: “Ja, men det er vanskelig når det er mat, syns jeg, for mat er noe man må ha uansett. Så det å ikke ta en røyk, det er liksom én ting, for den, det skal man på en måte slutte helt med. Mens mat kan man ikke slutte med. Man kan ikke venne seg av mat. Det er en dårlig deal.” En tredje konsekvens av å ikke integrere psykologiske aspekter med endringsbevirkende faktorer er da følgende: Det blir umulig å si hvilke problemer faktorene kan hjelpe med. Dette mener jeg er et svært viktig punkt.

I tillegg til disse fundamentale svakhetene ved den transteoretiske modellen, som i stor grad er knyttet til dens utvikling og bearbeidelse, er det tydelig også enkelte “hull”. For eksempel er det pussig at prosessene ikke reflekterer noen form for aksept eller anerkjennelse, verken av verden eller en selv. Nå er det selvsagt mulig at aksept, som begrep og mestringsstrategi, er nærmere vår bevissthet idag enn for tredivet år siden (jfr aksept og “mindfulness” i psykologisk forskning og selvhjelps-litteratur, som Grossman, Niemann, Schmidt og Walach (2004) og Kåver (2005), men like fullt skulle man tro faktoren var viktig nok som endringsmekanisme til å bli inkludert i prosessene. Men igjen, dette mener jeg reflekterer fokuset på aktive og målbare handlinger. Det er lite rom for at forholdet til en selv kan bidra til vedlikeholdelsen av problemer og dermed at en bedring i dette forholdet kan ha positive konsekvenser.

Begrensninger ved studien

Det fins flere begrensninger knyttet til denne kvalitative studien. For det første vil et intervju kun få fram endringsfaktorer kvinnene er bevisst der og da. Det kan tenkes at andre faktorer også har vært nyttige, som enten ikke kom fram i intervjuet eller som er utenfor bevissthet. Her er vi forsåvidt inne i et av psykologiens grunnproblem: Holder vi oss til målbare data som utsagn eller handlinger, begrenses vi av bevissthet og til det konkrete. Men begynner vi å tolke, anta og teoretisere, risikerer vi å ende opp langt fra kilden og langt fra empiri. Uansett vil modeller av endring alltid inneholde et hypotetisk aspekt da det er umulig å fastslå med hundre prosent sikkerhet hvordan en endringsbevirkende faktor virker i forhold til et individ. Således vil alle studier, selv de med eksperimentelt design, måtte nøye seg med antagelser om hva som bevirker endring. Bevissthet i seg selv er da uforanderlig som “begrensning”, men det kan tenkes at om man gjennomførte flere runder med intervjuer ville flere endringsbevirkende faktorer komme frem.

Hva deltagere i en kvalitativ undersøkelse anser som endringsbevirkende kan også tenkes å være knyttet til typen behandling de har vært i. Terapiform kan påvirke både hva klienter opplever som endringsfremmende, altså hva som er bevisst, og hvilke faktorer som nyttiggjøres. For eksempel er det å arbeide med tankemønstre åpenlyst lagt vekt på i noen terapiformer og rasjonalen for dette gitt, mens ikke i andre. En person som får en slik behandling vil kanskje både nyttiggjøre seg av tilbudet og være bevisst på at endring av tankemønstre er viktig. Dette betyr imidlertid *ikke* at mennesker i terapi er passive brukere, snarere tvert imot. Tallman og Bohart (2006) anser klienten selv som den viktigste faktoren i endring og som årsak til hvorfor alle terapiformer er like virksomme (“the dodo bird verdict”). De skriver: “We believe the dodo bird verdict occurs because the client’s abilities to use whatever is offered surpass any differences that might exist in techniques or approaches” (s. 95). Det er altså klienten som selektivt tolker, husker og nyttiggjør seg momenter i terapi.

Ettersom Lena, Marie, Astrid, Vivian og Karen alle har vært i en behandling som blant annet vektlegger innsikt og bevisstgjøring er det mulig dette reflekteres i hva de anså som nyttig. Det er ihvertfall interessant å merke seg at kun én av de fire studiene gjennomgått tidligere rapporterte hyppig bruk av “bevisstgjøring” (Ward et al., 19996). Man kan undres om dette skyldes forskjeller i behandlingstilbud.

Begrensninger for generalisering av resultater ligger ikke bare i én terapiform, men også i antall deltagere. Fem kvinner vil naturligvis ikke kunne representere alle som har

opplevd bedring i en spiseforstyrrelse. Men dette er også noe av kjernen i bedring; like viktig som fellesfaktorer er individuelle forskjeller. Hver enkelt person finner sin individuelle vei ut av lidelsen.

KONKLUSJON

Spørsmålene jeg søkte å besvare med denne studien var: 1) Hvilke endringsbevirkende faktorer trekker mennesker som har oppnådd bedring i sin spiseforstyrrelse selv frem? 2) Kan disse plasseres innenfor rammene av de transteoretiske endringsprosessene? Og 3) Hvis ikke, hva er det som gjør at faktorene og prosessene ikke er sammenfallende?

Gjennom semi-strukturerte intervjuer fortalte de fem kvinnene Lena, Marie, Astrid, Vivian og Karen om sin vei ut av spiseforstyrrelsen. De uttrykte å ha nyttigjort seg et vidt spekter av tanker, handlinger, mennesker, steder, holdninger og personlige egenskaper. Felles endringsbevirkende faktorer for alle kvinnene var det å bli bevisst egne følelser, å uttrykke følelser og en god relasjon. Videre uttrykte flere av kvinnene at det var viktig med aksept, anerkjennelse av seg selv, håp, motivasjon og en positiv rollemodell. Det kan tenkes at særlig aksept og anerkjennelse av seg selv er viktige for bedring i spiseforstyrrelser fordi lidelsene inneholder så mye selvkritikk og selvforakt. I tillegg nevnte kvinnene en rekke ulike endringsbevirkende faktorer som å skrive, å trene, struktur i hverdagen, å forstå hva som drev spiseforstyrrelsen, å fastslå hva som er "normal" opptatthet av mat og kropp, humor, mestringsopplevelser og å bli eldre. Alle kvinnene nevnte også faktorer unike til deres bedring, altså som ingen andre trakk frem.

De endringsbevirkende faktorene kvinnene fortalte om falt både innen-og utenfor de transteoretiske endringsprosessene. Det var flere årsaker til at mange ikke enkelt lot seg plassere. For det første ser prosessene ut til å fokusere på tanker og handlinger individet selv har kontroll over og i mindre grad romme eksterne elementer. Dette kan tenkes å skyldes den transteoretiske modellens utvikling, hvor hypoteser i stor grad ble søkt bekreftet og avkreftet gjennom studier av røyking. Således reflekterer modellen de endringsfaktorer involvert i røykeslutt.

Den andre årsaken til at faktorene var vanskelige å plassere innenfor prosessene var mangelen på integrering av teori og teknikk i den transteoretiske modellen. Prochaska og hans medarbeidere unnlater å nevne psykologiske aspekter, hvilket medfører at når kvinnenes endringsfaktorer skilte seg fra prosessene enten semantisk eller i nivå av abstraksjon ble

sammenhengen uklar. En bedre endringsmodell kunne tenkes å inneholde et sett med funksjoner og opplevelser man anser som grunnleggende for psykisk helse, som affektbevissthet, emosjonsregulering, trygghet og nærhet, og disse kunne så knyttes til en eller flere endringsbevirkende faktorer.

Flere av faktorene kvinnene nevnte ble overhodet ikke dekket av de transteoretiske endringsprosessene. Dette gjaldt humor, å bli eldre, mestringsopplevelser og aksept. Det er verdt å poengtere at alle disse ble nevnt av flere kvinner og kan således tenkes å være viktige for endring. Spesielt gjelder dette aksept eller anerkjennelse av en selv. En slik kvalitativ studie av individers erfaringer og opplevelser gir altså et ganske annet bilde av endring enn studiene gjennomgått innledningsvis gjør.

Begrensninger av studien inkluderer et lite utvalg bestående kun av kvinner, kun én runde med intervjuer og i hovedsak én form for behandling representert. Antagelig reflekterer endringsfaktorene i noen grad den terapien kvinnene benyttet. Det ville dermed vært interessant å gjennomføre lignende studier med flere grupper som har opplevd bedring i sin spiseforstyrrelse; personer som har benyttet forskjellige former for terapi og personer som ikke har vært i behandling i det hele tatt. Antagelig ville slike undersøkelser få fram enda flere endringsbevirkende faktorer som etterhvert kunne danne grunnlag for en helhetlig modell av endring i spiseforstyrrelser.

REFERANSER

- Andresen, H., Andresen, D., & Bjerknes, A. (2009). Hvordan bli sterkere enn anoreksien. I G. Lundby (red.), *Terapi som samarbeid: om narrativ praksis* (s. 182-204). Oslo: Pax.
- Armitage, C. (2009). Is there utility in the transtheoretical model? *British Journal of Health Psychology, Vol. 14*, s. 195-210.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review, Vol. 84*, s. 191-215.
- Barth, T., Børtveit, T., & Prescott, P. (2001). *Endringsfokuset Rådgivning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Beary, M., Lacey, J., & Merry, J. (1986). Alcoholism and eating disorders in women of fertile age. *British Journal of Addiction, Vol. 81*, s. 685-689.
- Bergh, C. & Södersten, P. (1996). Anorexia nervosa, self-starvation and the reward of stress. *Nature Medicine, Vol 2 (1)*, s. 21-22.
- Berkman, N., Lohr, K., & Bulik, C. (2007). Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders, Vol. 40 (4)*, s. 293-309.
- Bewell, C. & Carter, J. (2008). Readiness to change mediates the impact of eating disorders symptomatology on treatment outcome in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, Vol. 41*, s. 368-371.
- Blake, W., Turnbull, S., & Treasure, J. (1997). Stages and processes of change in eating disorders: implications for therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy, Vol. 4 (3)*, s. 186-191.
- Block, J. (1971). *Lives Through Time*. Berkeley, CA: Bancroft.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, Vol. 3*, s. 77-101
- Castro-Fornieles, J., Casulà, V., Saura, B., Martínez, E., Lazaro, L., Vila, M., et al. (2007). Predictors of weight maintenance after hospital discharge in adolescent anorexia nervosa. *International Journal of eating Disorders, Vol. 40 (2)*, s. 129-135.
- Cockell, S., Geller, J., & Linden, W. (2003). Decisional balance in anorexia nervosa: capitalizing on ambivalence. *European Eating Disorders Review, Vol. 11 (2)*, s. 75-89.
- Davidson, R. (1998). The transtheoretical model: a critical review. I W. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating Addictive Behaviors* (s. 25-38). New York: Plenum Press.

- Davis, C. (2001). Addiction and the eating disorders. *Psychiatric Times, Vol 17 (2)*. Hentet 24. august, 2009 fra <http://web4health.info/en/med/docs/p010259.html>
- Davis, C. & Claridge, G. (1998). The eating disorders as addiction: a psychobiological perspective. *Addictive Behaviors, Vol. 23 (4)*, s. 463-475.
- Davis, C., Katzman, D. & Kirsh, C. (1999). Compulsive physical activity in adolescents with anorexia nervosa: a psychobehavioral spiral of pathology. *Journal of Nervous and Mental Disease, Vol. 187 (6)*, s. 336-342.
- DiClemente, C. C. & Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change in smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors, Vol. 7*, s. 133-142.
- Doss, B. D. (2004). Changing the way we study change in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, Vol. 11*, s. 368-386.
- Fennig, S., Hadas, A., Itzhaky, L., Roe, D., Apter, A., & Shahar, G. (2008). Self-criticism is a key predictor of eating disorder dimensions among inpatient adolescent females. *International Journal of Eating Disorders, Vol. 41 (8)*, s. 762-765.
- Fichter, M., Quadflieg, N., & Hedlund, S. (2007). Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: relevance for nosology and diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders, Vol. 41 (7)*, s. 577-586.
- Gale, C., Holliday, J., Troop, N., Serpell, L., & Treasure, J. (2006). The pros and cons of change in individuals with eating disorders: A broader perspective. *International Journal of Eating Disorders, Vol. 39 (5)*, s. 394-403.
- Geller, J. (2006). Mechanisms of action in the process of change: Helping eating disorder clients make meaningful shifts in their lives. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, Vol. 11*, s. 225-237.
- Geller, J., Brown, K., Zaitsoff, S., Menna, R., Bates, M., & Dunn, E. (2008). Assessing readiness for change in adolescents with eating disorders. *Psychological Assessment, Vol. 20 (1)*, s. 63-69.
- Geller, J., Zaitsoff, S., & Srikaneswaran, S. (2005). Tracking readiness and motivation for change in individuals with eating disorders over the course of treatment. *Cognitive Therapy and Research, Vol. 29*, s. 611-625.
- Gleaves, H., Miller, K., Williams, L., & Summers, A. (2000). Eating disorders: an overview. I Miller, K. & Mizes, S. (Eds.), *Comparative treatments of eating disorders* (s. 1-49). London: Free Association Books.

- Goldstein, D., Wilson, M., Ascroft, R., & Al-Banna, M. (1999). Effectiveness of fluoxetine therapy in bulimia nervosa regardless of comorbid depression. *International Journal of Eating Disorders, Vol 25 (1)*, s. 19-27.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, Vol. 57*, s. 35–43.
- Hasler, G., Delsignore, A., Milos, G., Buddeberg, C., & Schnyder, U. (2004). Application of Prochaska's transtheoretical model of change to patients with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research, Vol. 57*, s. 67-72.
- Hautzig, D. (1999). *Second Star to the Right*. New York: Puffin Books.
- Huebner, H. (1993). *Endorphins, Eating Disorders, and Other Addictive Behaviors*. New York: W. W. Norton & Co.
- Kåver, A. (2005). *Å Leve et Liv, Ikke Vinne en Krig*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Levy, R. K. (1997). The transtheoretical model of change: an application to bulimia nervosa. *Psychotherapy, Vol. 34*, s. 278-284.
- Marrazzi, M. & Luby, E. (1986). An auto-addiction opioid model of chronic anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, Vol. 5*, s. 191-208.
- Marsden, P., Karagianni, E., & Morgan, J. (2007). Spirituality and clinical care in eating disorders: a qualitative study. *International Journal of Eating Disorders, Vol. 40 (1)*, s. 7-12.
- Martinez-Mallén, E., Castro-Fornieles, J., Lazaro, L., Moreno, E., Morer, A., Font, E., Julien, J., Vila, M., & Turo, J. (2007). Cue exposure in the treatment of resistant adolescent bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, Vol. 40 (7)*, s. 596-601.
- Minde, Å. & Storeng, U. (1994). *Fra Kokong til Sommerfugl*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Miller, W. (1998). Enhancing motivation for change. I W. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating Addictive Behaviors* (s. 121-132). New York: Plenum Press.
- Mitchell, J., Specker, S., & Edmonson, K. (1997). Management of substance abuse and dependence. I D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders* (s. 415-423). New York: The Guilford Press.
- Mizes, J. & Fleece, E. (1986). On the use of progressive relaxation in the treatment of bulimia: a single-subject design study. *International Journal of Eating Disorders, Vol. 5 (1)*, s. 169-176.
- Nilsson, M. (1993). *En fenomenologisk analyse av endring ved anoreksi*. Hovedoppgave. Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo.

- Nordbø, R., Gullikson, K., Espeset, E., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2008). Expanding the concept of motivation to change: the content of patients' wish to recover from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, Vol. 41 (7)*, s. 635-642.
- Paul, T., Schroeter, K., Dahme, B., & Nutzinger, D. (2002). Self-injurious behavior in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry, Vol. 159 (3)*, s. 408-411.
- Prochaska, J. O. (1979). *Systems of Psychotherapy: a transtheoretical analysis*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Prochaska, J. O. (2006). How do people change? I M. Hubble, B. Duncan, & S. Miller (Eds.), *The Heart and Soul of Change* (s. 227-255). Washington, DC: American Psychological Association.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, Vol. 19 (3)*, s. 276-288.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 51*, s. 390-395.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1985). Common processes of self-change in smoking, weight control, and psychological distress. I S. Shiffman & T. Wills (Eds.), *Coping and Substance Use* (s. 345-363). New York: Academic Press.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist, Vol. 47*, s. 1102-1114.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1994). *Changing for Good*. New York: Morrow.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F., & Fava, J. (1988). Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 56 (4)*, s. 520-528.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F., & Zwick, W. (1981). *Measuring processes of change*. Artikkelen presentert ved det årlige møtet for The International Council of Psychologists, Los Angeles, CA, august.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., Fowler, J. L., Follick, M. J., & Abrams, D. B. (1992). Attendance and outcome in a work-site weight control program: processes and stages of change as process and predictor variables. *Addictive Behaviors, Vol. 17*, s. 35-45.

- Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion, Vol. 12 (1)*, s. 38-48.
- Sher, L. & Stanley, B. (2008). The role of endogenous opioids in the pathophysiology of self-injurious and suicidal behavior. *Archives of Suicide Research, Vol. 12 (4)*, s. 299-308.
- Snyder, C., Michael, S., & Cheavens, J. (2006). Hope as a psychotherapeutic foundation of common factors, placebos, and expectancies. I M. Hubble, B. Duncan & S. Miller (Eds.), *The Heart and Soul of Change* (s. 179-200). Washington, DC: American Psychological Association.
- Srivastava, S., John, O., Gosling, S., & Potter, J. (2003). Development of personality in early and middle adulthood: set like plaster or persistent change? *Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 54 (5)*, s. 1041-1053.
- Stanton, A. L., Rebert, W. M., & Zinn, L. M. (1986). Self-change in bulimia: a preliminary study. *International Journal of Eating Disorders, Vol. 5 (5)*, s. 917-924.
- Steinhausen, H-C., Grigoriu-Serbanescu, M., Boyadjieva, S., Neumärker, K-J., & Metzke, C. (2008). Course and predictors of rehospitalization in adolescent anorexia nervosa in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders, Vol. 41 (1)*, s. 29-36.
- Sutton, S. (2001). Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. *Addiction, Vol. 96*, s. 175-186.
- Tallman, K. & Bohart, A. (2006). The client as a common factor: clients as self-healers. I M. Hubble, B. Duncan, & S. Miller (Eds.), *The Heart and Soul of Change* (s. 91-131). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tiemeyer, M. (2008). *Are eating disorders addictions?* Hentet 24. august, 2009, fra <http://eatingdisorders.about.com/od/medicalcomplications/f/edaddictions.htm>.
- Tozzi, F., Thornton, L., Klump, K., Fichter, M., Halmi, K., Kaplan, A., et al. (2005). Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. *American Journal of Psychiatry, Vol. 162 (4)*, s. 732-740.
- Tveito, M. (2004). Kunst som terapi. *Tidsskrift for Den norske legeforening, Nr. 15*. Hentet 24. september, 2009 fra http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1051824.
- Vandereycken, W. (1990). The addiction model in eating disorders: some critical remarks and a selected bibliography. *International Journal of Eating Disorders, Vol. 9 (1)*, s. 95-101.
- Vederhus, J. K. (2007). JohnKareVederhus_forskning.pdf . Hentet 20 juni, 2009, fra <http://www.selvhjelp.no/?module=Files;action=File.getFile;ID=626>.

- Walsh, T., Agras, S., Devlin, M., Fairburn, C., Wilson, T., Kahn, M., & Chally, M. (2000). Fluoxetine for bulimia nervosa following poor response to psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, *Vol. 157*, s. 1332-1334.
- Ward, A., Troop, N., Todd, G., & Treasure, J. (1996). To change or not to change – ‘how’ is the question? *British Journal of Medical Psychology*, *Vol. 69*, s. 139-146.
- West, R. (2005). Time for a change: putting the transtheoretical (stages of change) model to rest. *Addiction*, *Vol. 100*, s. 1036-1039.
- World Health Organization. (2003). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders*. Malta.

FOTNOTER

¹ Det kan være greit å påpeke forskjellen mellom “endringsbevirkende faktorer” og “faktorer som predikerer utfall i spiseforstyrrelser”. Sistnevnte brukes ofte i retrospektive undersøkelser og inneholder gjerne elementer som komorbiditet (Berkman, Lohr & Bulik, 2007), BMI (Castro-Fornieles et al., 2007), perfeksjonisme (Fichter, Quadflieg & Hedlund, 2008) og utstrekning av symptomer (Steinhausen, Grigoriu-Serbanecu, Boyadjieva, Neumärker & Metzke, 2008). Selv om disse faktorene kan ha innvirkning på utfall er de sjelden *endringsbevirkende*. Unntaket er antagelig motivasjon eller “readiness to change”, som de senere år har blitt inngående studert og anses av mange som viktig for endring (Bewell & Carter, 2008; Geller, et al., 2008; Geller, Zaitsoff & Srikameswaran, 2005; Nordbø et al., 2008).

² Modum Bad har en egen avdeling for behandling av spiseforstyrrelser hvor de tilbyr både individualterapi og gruppeterapi. Behandlingen er symptomfokuset og har blant annet som mål at klienter skal spise fire normale måltider per dag. Opplegget bygger på flere terapeutiske retninger, inkludert kognitiv terapi og psykodynamisk tenkning.