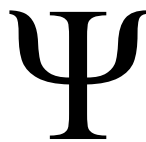




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



I skjæringspunktet mellom kropp og sinn

*En kvalitativ studie om terapeuters forståelse av spiseforstyrrelsens
funksjon og deres tilnærming i behandling*

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

**Henriette Lønnerød
Ingvild Bahr**

Høst 2021

Veiledere

Yngvild Sørebo Danielsen

Signe Hjelen Stige

Abstract

The purpose of our qualitative study was to investigate what therapists experience as the underlying function of eating disorders, and how they work to replace the function in treatment. We interviewed 14 therapists with different work contexts and theoretical approaches using a semi-structured interview. The data material was analyzed using reflexive thematic analysis. The process of analysis resulted in the construction of the following main themes: 1) *Working therapeutically to reduce the need for protection*, 2) *Applying the therapeutic relationship to strengthen the patient's relationship to others* and 3) *Breaking the eating disorder's self-sustaining spiral*. The findings showed a difference among the therapists in their understanding of the function of eating disorders. Some considered the eating disorder to have an evident function, while others experienced that it didn't necessarily have a function, and that eating disorders developed more randomly. The findings also highlighted a variation in what the therapists focused on in treatment. Some therapists mainly worked to reduce symptoms that contributed to maintaining the eating disorder, while others focused more on underlying factors in the individual and the environment that have contributed to triggering the development of the eating disorder. We have discussed our findings in the light of existing research and theory in the field, considered limitations in the study and highlighted implications for clinical practice and further research.

Sammendrag

Formålet med vår kvalitative studie var å undersøke hvilken funksjon terapeuter opplever at spiseforstyrrelser fyller hos pasienter, og hvordan de jobber med å erstatte funksjonen til spiseforstyrrelser i behandling. Vi intervjuet 14 terapeuter med ulike arbeidskontekster og teoretiske tilnærminger ved bruk av semistrukturert intervju. Datamaterialet ble analysert med bruk av refleksiv tematisk analyse. Gjennom analyseprosessen kom vi frem til følgende hovedtema: 1) *Jobbe terapeutisk for å redusere behovet for beskyttelse*, 2) *Anvende terapeutisk relasjon for å styrke pasientens relasjon til andre* og 3) *Bryte spiseforstyrrelsens selvoppretholdende spiral*. Funnene viste et skille blant terapeutene i deres forståelse av spiseforstyrrelsens funksjon. Noen oppfattet at spiseforstyrrelsen har en tydelig funksjon, mens andre opplevde at den ikke nødvendigvis har en funksjon, og at spiseforstyrrelser har utviklet seg mer tilfeldig. Funnene belyste også en variasjon i hvilket fokus terapeutene vektla i behandling. Noen terapeuter jobbet hovedsakelig med å redusere symptomer som har bidratt til å opprettholde spiseforstyrrelsen, mens andre fokuserte mer på faktorer i individet og omgivelsene som har bidratt til å utløse spiseforstyrrelsen. Vi har diskutert våre funn i lys av eksisterende forskning og teori på feltet, drøftet begrensninger ved studien og fremhevet implikasjoner for klinisk praksis og videre forskning.

Forord

Gjennom dette prosjektet har vi fått muligheten til å fordype oss i et tema som er svært aktuelt og spennende. Det har vært en helt unik læringsprosess som har gitt oss ny innsikt og nyttige erfaringer på veien til å bli psykolog. Vi ønsker først og fremst å rette en stor takk til våre informanter som ønsket å dele sine opplevelser i arbeidet med spiseforstyrrelser. Dere har bidratt til selve fundamentet i denne oppgaven. Vi er mektig imponerte over deres kunnskap og erfaringer, og forhåpentligvis vil deres beretninger kunne inspirere flere terapeuter til å jobbe med denne pasientgruppen.

Takk til Charlotte Lindseth, Sara Skiple Sataøen og Yngvild Wikne for et uvurderlig samarbeid i utarbeiding av prosjektet og datainnsamlingsprosessen. Uten dere hadde vi ikke klart å ferdigstille prosjektet innen normert tid. En ekstra stor takk til våre fantastiske veiledere Signe Hjelen Stige og Yngvild Sørebo Danielsen. Deres brennende engasjement for feltet og kvalitativ metode er inspirerende. Vi setter stor pris på deres tilgjengelighet, grundige tilbakemeldinger og gode samtaler.

Takk til familie, venner og kjæreste for emosjonell støtte og omsorg i en stressende periode. Dere har vist stor forståelse for våre emosjonelle svingninger og manglende tilstedeværelse. Takk for at dere har bidratt med gode innspill og diskusjoner, men også god avkobling i mellom slagene.

Denne oppgaven markerer avslutningen på våre seks år på profesjonsstudiet i psykologi. Dette har vært formative år fylt med erfaringer, kunnskap, mennesker og minner som vi sjeldent vil glemme og som vi er svært takknemlige for.

Oslo og Bergen, 14.12.2021

Henriette Lønnerød og Ingvild Bahr

Innholdsfortegnelse

Abstract.....	iii
Sammendrag.....	iv
Forord.....	v
Innledning.....	1
Hva er en spiseforstyrrelse?.....	2
Anorexia Nervosa.....	3
Bulimia Nervosa.....	3
Overspisingslidelse.....	4
Transdiagnostikk.....	4
Komborbiditet.....	5
Prevalens.....	5
Risikofaktorer.....	6
Konsekvenser av spiseforstyrrelser.....	7
Behandling.....	8
Retningslinjer for behandling.....	8
Ulike behandlingstilnærminger.....	9
Mangelfullt behandlingstilbud og økt forekomst av drop-out.....	11
Spiseforstyrrelsen sin funksjon.....	12
Utfordringer for terapeuter i behandling av spiseforstyrrelser.....	14
Formål med studien.....	15
Metode.....	16
Planlegging og gjennomføring av prosjektet.....	17
Rekruttering.....	19
Informanter.....	20

Datainnsamling.....	20
Transkribering.....	21
Analyseprosessen.....	21
Bli kjent med datamaterialet.....	23
Skape primære koder.....	23
Lete etter meningsmønstre.....	24
Gjennomgå meningsenhetene, definere og navngi tema, skrive rapport.....	25
Ethiske sider ved prosjektet.....	25
Resultater.....	26
Tema 1. Jobbe terapeutisk for å redusere behovet for beskyttelse.....	26
Tema 2. Anvende terapeutisk relasjon for å styrke pasientens relasjon til andre.....	31
Tema 3. Bryte spiseforstyrrelsens selvoppretholdende spiral.....	35
Diskusjon.....	40
Mulige måter å forstå variasjon i forståelse av spiseforstyrrelsens funksjon.....	40
Hva sier forskningen på feltet om spiseforstyrrelsens funksjon?.....	41
Forsøk på å forstå spiseforstyrrelsens natur.....	43
Kan teoretisk forankring ha innvirkning på forståelse og vektlegging av spiseforstyrrelsens funksjon?.....	43
Mulige forklaringer på variasjon i behandlingsfokus.....	45
Er det samsvar mellom forståelse av funksjon og behandlingsfokus?.....	46
Skillet mellom eklektiske og retningsspesifikke tilnærminger.....	47
Manglende konsensus om forståelse av tilfriskning i feltet.....	49
Metoderefleksjon.....	52
Refleksivitet.....	52
Prosessering.....	55

Tilstrekkelighet av fortolkning.....	56
Implikasjoner for klinisk praksis.....	57
Implikasjoner for videre forskning.....	58
Oppsummering.....	59
Referanseliste.....	61
Appendix 1. Intervjuguide.....	79
Appendix 2. Prosjektskisse.....	83
Appendix 3. Informasjonsskriv om prosjektet og samtykkeskjema.....	90
Appendix 4. Svar fra REK Vest.....	93
Appendix 5. Svar fra NSD.....	95

Innledning

Spiseforstyrrelser utgjør et betydelig helseproblem i dagens samfunn (Zerbe, 2007). Det er en kompleks lidelse som rammer individer på et sosialt, psykologisk og fysiologisk plan, og som kan innebære risiko for alvorlige helsekomplikasjoner (Galsworthy-Francis & Allan, 2014; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Pasienter med spiseforstyrrelser viser en økt forekomst av drop-out fra behandling (Fassino et al., 2009) og forhøyet dødelighet (Arcelus et al., 2011; van den Berg et al., 2019; Smink et al., 2013). Denne kompleksiteten kan skape utfordringer i behandling av lidelsen.

Det ser ut til å ha vært et økende fokus på spiseforstyrrelser den siste tiden, både i media og i helsetjenestene. Dette kan ses i sammenheng med en økning i forekomst av spiseforstyrrelser (Modum bad, 2021). Det finnes forskning som peker i retning av at koronapandemien kan være en potensiell forklaring på denne økningen (Phillipou et al., 2020; Schlegl et al., 2020; Rodgers et al., 2020; Termorshuizen et al., 2020). Pandemien ser både ut til å ha økt risiko for økning av symptomer hos dem som allerede hadde en spiseforstyrrelse (Termorshuizen et al., 2020), men også økt risiko for utvikling av spiseforstyrrelser i den øvrige befolkningen (Phillipou et al., 2020).

I februar 2021 samlet 245 norske psykologer og psykologspesialister seg for å melde sin bekymring om økningen i antall tilfeller av spiseforstyrrelser og pågangen i psykisk helsevern for barn og unge. De opplevde utfordringer med å tilby tilstrekkelig helsehjelp til de pasientene som trenger det mest (Løken et al., 2021). På Oslo universitetssykehus ble det varslet om en situasjon som var ute av kontroll, og at det aldri har vært så mange barn og unge som trenger hjelp for alvorlig spiseforstyrrelse (Befring, 2021). Også lavterskeltilbud, som Rådgivning om Spiseforstyrrelser (ROS), opplevde en markant økning i henvendelser som følge av pandemien (Eiring, 2021).

Til tross for at spiseforstyrrelser utgjør et stort helseproblem, er det mangelfull forskning på behandling av lidelsen. Solmi et al. (2021) belyser et misforhold mellom forskning på spiseforstyrrelser og andre psykiske lidelser, og problematiserer hvor lite synlig tilgjengelig forskning om spiseforstyrrelser er i de mest fremtredende psykiatriske tidsskriftene. De reflekterer over at en manglende synlighet i forskningsfeltet kan indikere en marginalisering og stigmatisering av lidelsen blant klinikere og forskere. Det vises derfor til et behov for mer forskning og økt fokus på spiseforstyrrelser i feltet slik at denne lidelsen i større grad kan likestilles med andre psykiske lidelser.

Hva er en spiseforstyrrelse?

Spiseforstyrrelser kan defineres som en vedvarende forstyrrelse i spiseatferd og assosierte ubehagelige tanker og følelser, noe som kan påvirke fysisk, psykologisk og sosial fungering (American Psychiatric Association [APA], 2021). Overordnet handler det om en overdreven opptatthet av mat, kropp og vekt som kan svekke individers livskvalitet (APA, 2021; Skårderud et al., 2018; Jenkins et al., 2011). Atferdsmessige særtrekk ved lidelsen kjennetegnes av slanking og/eller overspising, samt ulike former for kompenserende atferd som sulting, overdrevent fysisk aktivitet, selvindusert oppkast og misbruk av vanndrivende eller lakserende midler. Slik atferd er ment å ha en motvirkende effekt på spising for å unngå vektoppgang eller lette på skam assosiert med spising (Stiles-Shields et al., 2012). Kjernetrekk ved den psykologiske forståelsen av spiseforstyrrelser er blant annet lav selvfølelse og manglende opplevelse av kontroll over livet (Brechan & Kvalem, 2015).

Det finnes ulike former for spiseforstyrrelser, og disse defineres noe ulikt ut ifra hvilket klassifiseringssystem som anvendes. DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) er utarbeidet av APA, og er klassifiseringssystemet som anvendes i USA (APA, 2013). ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) er utarbeidet av World Health Organization, og er den som hovedsakelig benyttes i

Norge (WHO, 2019). DSM-5 skiller mellom tre hovedgrupper, nemlig Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) og overspisingslidelse (APA, 2013). ICD-10 skiller mellom hovedkategoriene Anorexia nervosa og Bulimia nervosa. Videre gjøres det et skille mellom atypisk AN og atypisk BN, hvor disse kategoriene omfatter tilstandsbilder som ikke oppfyller alle oppførte kriterier for hovedkategoriene (WHO, 2019). Begge klassifiseringssystemene inkluderer også andre spesifiserte og uspesifiserte former for spiseforstyrrelser (APA, 2013; WHO, 2019).

Anorexia Nervosa. Anorexia Nervosa, videre omtalt som anoreksi eller AN, er en alvorlig psykisk lidelse som karakteriseres av vansker med å vedlikeholde en tilstrekkelig og sunn vekt (Arcelus et al., 2011). Det kjennetegnes ofte av selvfremkalt vekttap og vedlikehold av lav vekt, noe som kan medføre begrensninger i mengde mat, oversikt over kaloriinntak og strenge regler for hva en kan spise (Browell & Walsh, 2017, s. 170). Ifølge ICD-10 må følgende kriterier være oppfylt for å kunne stille en AN-diagnose: 1) Kroppsvekten er minst 15 % under forventet vekt eller kroppsmasseindeks (KMI) er 17,5 eller mindre 2) Vekttap er selvfremkalt gjennom unngåelse av fet mat, oppkast, bruk av avførings-, appetittdeppe eller vanndrivende midler og overdreven trening 3) Forvrengt kroppoppfatning og en overdreven frykt for overvekt 4) Omfattende endokrin sykdom 5) Forstyrret pubertetsutvikling i form av vekststans og fravær av menstruasjon (WHO, 2019). Ifølge DSM-5 sin alvorlighetsgradering vurderes en KMI på 15 eller stort vekttap over kort tid (f.eks. 30% over 3 mnd.) som alvorlig AN (APA, 2013).

Bulimia Nervosa. Bulimia Nervosa, videre omtalt som bulimi eller BN, kjennetegnes av gjentatte episoder med overspising kombinert med ulike former for kompensatorisk atferd (Arcelus et al., 2011), og ofte et overdrevent fokus på vekt og kropp (Eli, 2018; Yao et al., 2021). Individuer med BN kan ha en vedvarende sterk trang til å spise mat, noe som kan føre til episoder med overspising på kort tid (Malt et al., 2018). Eating Disorder Examination

(EDE) er et intervju som klinikere bruker i vurdering av spiseforstyrrelser. I dette intervjuet skilles det mellom objektiv og subjektiv overspisingsepisode. Objektiv overspising innebærer å spise det som generelt anses som en unormalt stor mengde mat, mens subjektiv overspising referer til å spise liten/moderat mengde mat som individer selv oppfatter som stor mengde. Begge er assosiert med tap av kontroll (Fairburn et al., 2008). I forsøk på å oppveie for overspisingen, kan en ty til kompensatorisk atferd som oppkast, vekselvise sulteperioder, misbruk av avføringsmidler og overdreven fysisk aktivitet (Bulik et al., 2012). Ifølge DSM-5 sin alvorlighetsgradering anses 8-13 episoder av kompensatorisk atferd etter overspising i uken som alvorlig BN (APA, 2013).

Overspisingsslidelse. Denne formen for spiseforstyrrelse karakteriseres av avgrensede perioder med overspising hvor det spises langt mer enn det som betraktes som vanlig mengde mat (Davis et al., 2020). I DSM-5 vurderes 8-13 overspisingsepisoder i uken som alvorlig overspisingsslidelse (APA, 2013). Overspising kan kjennetegnes av en opplevelse av tap av kontroll over matinntak, hvor atferden skjer mer eller mindre på automatikk (Sonneville et al., 2013). Endring i spisemønster i form av økt og ukontrollert matinntak kan være forbundet med forsøk på å unngå stress og negative følelser (Davis et al., 2020). En naturlig konsekvens av denne lidelsen er overvekt, og studier viser at mer enn 75% av individer med en overspisingsslidelse sliter med overvekt. I motsetning til BN, kjennetegnes ikke overspisingsepisodene av kompenserende atferd (Brownley et al., 2016). Det er ikke uvanlig at individer med en overspisingsslidelse føler på avsky, skyld og skam knyttet til overspisingen, noe som kan føre til at de foretrekker å spise alene og skjule overspisingen for andre (Malt et al., 2018).

Transdiagnostikk. Noe forskning indikerer en overlapp mellom de ulike formene for spiseforstyrrelser (Tozzi et al., 2005), og det foreslås at spiseforstyrrelser som gruppe kan betraktes ut ifra en transdiagnostisk modell (Eddy et al., 2008; Castellini et al., 2011;

Puttevils et al., 2019; Fairburn et al., 2003). Flere individer med spiseforstyrrelse ser ut til å bevege seg mellom de ulike diagnosene over tid (Atwood & Friedman, 2019). AN og BN deler flere symptomer, slik som overevaluering av kropp og vekt og vektkontrollerende atferd. Individer med AN kan ha episoder med overspising og oppkast, og individer med BN kan ty til restriktiv spising (Eli, 2018; Yao et al., 2021).

Komorbiditet. Samsykelighet er snarere regelen enn unntaket ved spiseforstyrrelser (Brewerton, 2007). Mange individer med spiseforstyrrelser oppfyller også kriterier for andre psykiske lidelser. Dette kan både være tilstander som er tilstede før utvikling av spiseforstyrrelsen, men også tilstander som oppstår som et resultat av spiseforstyrrelsen (Helsedirektoratet, 2017). Depresjon og angstlidelser trekkes frem som vanlige komorbide tilstander (Fenning et al., 2008; Kaye et al., 2004). Hos individer med AN og BN anslås det at 50-70% lider av depresjon (Braun et al., 1994), mens 65% har en angstlidelse (Kaye et al., 2004; Swinbourne et al., 2012). Mange individer med spiseforstyrrelser har også en traumehistorie, eksempelvis seksuelle og fysiske overgrep, sykdom eller død, mobbing og konflikter i relasjoner (Backholm et al., 2013). Det er forskning som også tyder på at flere med alvorlig spiseforstyrrelse tilfredsstillter diagnosekriteriene for en personlighetsforstyrrelse (Rosenvinge et al., 2000). Det bør likevel tas i betraktning at symptomene ved spiseforstyrrelsen i noen tilfeller kan bidra til en “falsk positiv” personlighetsforstyrrelsesdiagnose. Dersom individet blir fri fra spiseforstyrrelsessymptomer vil en ikke nødvendigvis oppfylle kriteriene for en slik diagnose (Reas et al., 2013).

Prevalens. Forekomsten av AN angis til ca. 0,5%, BN til ca. 0,5%, og 2-3% for overspisingslidelse (Smink et al., 2012; Smink et al., 2013; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Hoek, 2016; Rosenvinge et al., 2015; Helsedirektoratet, 2017). Tallene varierer imidlertid mellom ulike studier og ved bruk av ulike klassifiseringssystem for psykiske lidelser. En generell tendens er at dersom en benytter DSM-5, øker forekomsten av AN og

BN (Smink et al., 2013). Forekomst av spiseforstyrrelser varierer på tvers av kulturer. Prevalensen er eksempelvis betydelig lavere i utviklingsland enn i vestlige kulturer (Malt et al., 2018). Det har skjedd en rekke sosiokulturelle forandringer i vestlige samfunn i løpet av det forrige århundre som med sannsynlighet både har ført til økt synlighet og forekomst av spiseforstyrrelser (Skårderud et al., 2018).

Debut for utvikling av spiseforstyrrelser er vanligst i ungdomsalder, men noen debuterer også før puberteten og i voksen alder (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Spiseforstyrrelser rammer oftere kvinner enn menn (Lavender et al., 2017). Vektleggingen av spiseforstyrrelser som en kvinnelig lidelse kan imidlertid ha ført til at flere menn har unnlatt å være åpne om sine plager, og at det derfor finnes mørketall. Ved AN og BN anslås det at 10-20% er menn, mens andelen regnes å være større ved overspisingslidelse (Skårderud et al., 2018).

Risikofaktorer

Det finnes flere ulike årsaker til at individer utvikler en spiseforstyrrelse, og det innebærer som oftest en kombinasjon av forskjellige risikofaktorer (Rikani et al., 2013). For å forstå risikofaktorer for utvikling av spiseforstyrrelser er det hensiktsmessig å skille mellom predisponerende, utløsende og opprettholdende faktorer. Predisponerende faktorer er ulike sårbarhetsfaktorer i individet som enten er medfødte eller kommer fra tidligere livserfaringer (Graver, 2021). Dette kan være faktorer som genetikk, enkelte personlighetstrekk som perfeksjonisme og rigiditet, familiære forhold, traumer, fysiske- og seksuelle overgrep, samt kulturelle forhold som slankepress (Fairburn et al., 1999; Shisslak et al., 1998; Skårderud et al., 2018). Utløsende faktorer avgjør hvorvidt predisponerende faktorer bidrar til å utvikle en spiseforstyrrelse eller ikke (Graver, 2021). Dette kan være faktorer som tap og konflikter, mobbing, tidlig puberteten, store prestasjonskrav, omveltende livshendelser, skader eller slanking (Skårderud et al., 2018). Videre vil vi bruke begrepet

underliggende faktorer for å beskrive predisponerende- og risikofaktorer i personer og i omgivelsene som kan bidra til å utløse spiseforstyrrelser. Opprettholdende faktorer er faktorer i personer og i konteksten de lever i som bidrar til å vedlikeholde symptomer på spiseforstyrrelsen, og eksempler på dette er familiekonflikter, psykiske symptomer som resultat av feil- og underernæring, utmattelse og affektlabilitet, samt opplevd nytte av symptomer (Anastasiadou et al., 2014; Castellini et al., 2020; Skårderud et al., 2018).

En faktor som både kan være underliggende og opprettholdende for spiseforstyrrelser er vansker med følelsesregulering (Treasure, 2012). Dette viser seg å være et sentralt kjennetegn på tvers av ulike former for spiseforstyrrelser. Forskning viser at personer med spiseforstyrrelser har en svekket evne til å oppleve og differensiere mellom ulike typer følelser, samt begrenset evne til å dempe og modifisere emosjonell aktivering (Brockmeyer et al., 2014). Emosjonell dysregulering argumenteres for å være viktig for forståelsen av underliggende mekanismer i utvikling, opprettholdelse og behandlingsutfall av spiseforstyrrelser (Monell et al., 2018). Personlig identitet og en opplevelse av kontroll forstås også som sentrale faktorer i utviklingen og opprettholdelsen av spiseforstyrrelser, særlig ved AN (Williams & Reid, 2010).

Konsekvenser av spiseforstyrrelser

Som tidligere nevnt har personer med spiseforstyrrelser forhøyet dødelighet sammenlignet med andre lidelser (Arcelus et al., 2011). Særlig AN er forbundet med høy dødelighet (van den Berg et al., 2019). Hjerterytmeforstyrrelser, akutt hjertesvikt, hjerteinfarkt, lavt blodsukker og lungebetennelse er de vanligste somatiske dødsårsakene ved spiseforstyrrelser (Malt et al., 2018). En annen årsak til forhøyet dødelighet ved AN er økt selvmordsrate (Smink et al., 2013). AN kan medføre store psykologiske og fysiologiske komplikasjoner for individet som rammes (Galsworthy-Francis & Allan, 2014). Faktorer som lav KMI, alvorlige utfordringer i sosial og psykologisk fungering, selvfremkalt oppkast og

misbruk av lakserende midler ser ut til å være predikerende for dårlige prognoser (Arcelus et al., 2011). Spiseforstyrrelsen vil ikke bare ha en påvirkning på livskvaliteten til den som er rammet av lidelsen (Jenkins et al., 2011), men kan også ha en stor innvirkning på familien til individet. Et familiemedlem med spiseforstyrrelse kan påvirke en rekke aspekter i familiens dynamikk og fungering, og på den måten ta over familien (Anastasiadou et al., 2014). Med tanke på at spiseforstyrrelser kan medføre såpass omfattende og alvorlige konsekvenser for individer og omgivelsene, synliggjøres behovet for et godt behandlingstilbud for denne pasientgruppen.

Behandling

Blant de som kommer i behandling for spiseforstyrrelser er prognosen god for mange, men likevel er det en del som rammes av langvarig sykdomsforløp med betydelige somatiske komplikasjoner (Helsedirektoratet, 2017). Til tross for høyere forekomst av dødelighet, langvarige og kroniske sykdomsforløp og høy belastning for den syke og deres pårørende, er forskningen på behandling av spiseforstyrrelser fremdeles begrenset. Retningslinjene om behandling i Norge er derfor også lite spesifikke i anbefalingene sine.

Retningslinjer for behandling. Ifølge de nasjonale faglige retningslinjene, fremlagt av Helsedirektoratet (2017), anbefales individuell psykoterapi spesifikt rettet mot spiseforstyrrelser i behandling av voksne personer med AN, BN og overspisingslidelse. Helsedirektoratet anbefaler ingen spesifikk psykoterapi fremfor andre psykoterapier i behandling av AN og overspisingslidelse, men kognitiv atferdsterapi foreslås i behandling av BN (Helsedirektoratet, 2017). Anbefalt behandling for personer med BN viser seg imidlertid kun å være effektiv i 50% av tilfellene (Vist et al., 2016). For barn og unge anbefales familiebasert behandling spesifikt rettet mot spiseforstyrrelser både ved AN, BN og overspisingslidelse (Helsedirektoratet, 2017).

De britiske retningslinjene for behandling av spiseforstyrrelser, fremlagt av National Institute for Health Care and Care Excellence (NICE), skiller seg noe fra Helsedirektoratets retningslinjer. Anbefalt behandling for AN er kognitiv atferdsterapi spesifikt rettet mot spiseforstyrrelser, Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) og Specialist supportive clinical management (SSCM). Ved behandling av BN og overspisingslidelse foreslås en stegvis tilnærming med selvhjelpsprogrammer i første omgang. Dersom selvhjelp ikke har god effekt, anbefales kognitiv atferdsterapi i gruppeterapi for overspisingslidelse og kognitiv atferdsterapi i individualterapi for BN. For barn og ungdom med AN og BN anbefales familiebasert terapi, mens ved overspisingslidelse anbefales samme behandling som for voksne (NICE, 2017).

De fleste med spiseforstyrrelser kan behandles poliklinisk, enten i kommune- eller spesialisthelsetjenesten (Skårderud et al., 2018). Dersom poliklinisk behandling har manglende effekt eller pasienter har en alvorlig spiseforstyrrelse, anbefaler Helsedirektoratet døgnbehandling. Ved alvorlig undervekt eller høy frekvens av overspising og kompensere strategier vil det være behov for omfattende somatisk behandling (Helsedirektoratet, 2017).

Forskning viser at behandlingsresultater ikke alltid er tilstrekkelige, og at om lag 50% av pasienter fremdeles har symptomer eller en annen psykisk lidelse etter endt behandlingsforløp (Steinhausen, 2009). Varighet av symptomer vil imidlertid avhenge av hvorvidt en definerer tilfriskning som fravær av diagnosekriterier eller ut ifra bredere indikatorer (de Vos et al., 2017).

Ulike behandlingstilnærminger. I behandling av spiseforstyrrelser anvendes ulike former for psykoterapi, både manualbaserte og innsiktsorienterte terapiformer (Helsedirektoratet, 2017). CBT-E (Enhanced Cognitive Behavior Therapy) er en form for kognitiv atferdsterapi som er spesifikt utviklet for behandling av spiseforstyrrelser. Tilnærmingen er utarbeidet av Christopher Fairburn, og ble i utgangspunktet utviklet for

behandling av BN og overspisingslidelse, men benyttes i dag for alle former for spiseforstyrrelser (Fairburn, 2008). I den kognitive tradisjonen forstås psykiske lidelser som karakterisert av fastlåste skjema– et sett av regler og fortolkninger for handling. Målet i terapi er å identifisere pasientens problemskapende skjemaer og mestringsstrategier, og skape forståelse for hvordan disse opprettholder personers problemer (von der Lippe & Rønnestad, 2011). CBT-E er en manualbasert og tidsavgrenset behandling som består av ulike stadier i en bestemt struktur. Hovedmålet i CBT-E er å redusere symptomer på spiseforstyrrelsen ved å utfordre atferd forbundet med lidelsen, samt redusere opprettholdende faktorer (Dalle Grave, 2012).

I en psykodynamisk og psykoanalytisk tradisjon forstås bedring av psykiske vansker som en prosess av økt innsikt i kilder til egne følelses- og atferdsmessige problemer. I denne tilnærmingen anses relasjonen mellom terapeut og pasient som en viktig endringsfaktor, og det vektlegges et fokus på såkalte emosjonelt korrigerende erfaringer. Med dette menes det at den terapeutiske relasjonen kan skape mulighet for et følelsesmessig samspill som pasienten tidligere ikke har opplevd eller mestret (von der Lippe & Rønnestad, 2011, s.73, 80).

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) stammer fra en psykodynamisk og relasjonell tradisjon (Skårderud et al., 2020). MBT ble opprinnelig utviklet som behandling av borderline personlighetsforstyrrelse, men brukes i dag ved behandling av ulike psykiske lidelser, deriblant spiseforstyrrelser. Mentaliseringsbegrepet defineres som “evnen til å forstå egne og andres handlinger ut ifra tanker, følelser, ønsker og begjær” (Bateman & Fonagy, 2016, s. 3). Mentalisering anses å være noe som gradvis tilegnes i barndommen, hvor en trygg tilknytning til primære omsorgsgivere er tenkt å fremme god mentaliseringsevne (Bateman & Fonagy, 2004). I MBT vektlegges derfor et særlig fokus på den terapeutiske relasjonen for å fremme endring i pasientens forestillinger og atferd (Skårderud et al., 2020).

Emosjonsfokusert terapi (EFT) er en annen terapiretning som benyttes i behandling av spiseforstyrrelser. Det overordnede målet i EFT er å lære seg å identifisere, differensiere og forholde seg til egne følelser på produktive måter for å gradvis kunne regulere, gi mening til og fleksibelt håndtere sine følelser. Ved bruk av EFT i behandlingen av spiseforstyrrelser er målet å fasilitere økt aksept for å kunne uttrykke følelser og erstatte destruktive måter å håndtere følelser på med mer hensiktsmessig følelsesregulering (Greenberg & Goldman, 2019).

I klinisk praksis er det manglende enighet om hva som er den beste behandlingen for spiseforstyrrelser (Skårderud et al., 2004). Det finnes også forskning som viser at ingen terapeutisk tilnærming kan fremheves fremfor andre når det gjelder behandlingsresultater for denne pasientgruppen (Bulik et al., 2007). De ulike tilnærmingene skiller seg noe i hva som vektlegges i behandling og deres forståelse av tilfriskning (de Vos et al., 2017). Det kan likevel argumenteres for at det er en del likhetstrekk blant de ulike retningene i praktisk tilnærming i behandling av spiseforstyrrelser, men at det omtales med forskjellige språk (Skårderud et al., 2018).

Mangelfullt behandlingstilbud og økt forekomst av drop-out. En stor andel av pasienter med AN og BN oppnår ikke ønsket bedring etter behandling. Flere sliter fremdeles med symptomer på spiseforstyrrelsen og tilstedeværelse av komorbide tilstander ved behandlingsslutt (Steinhausen, 2009). Det anslås at 20-50% med spiseforstyrrelser i befolkningen ikke kommer i kontakt med og mottar hjelp fra helsevesenet (Malt et al., 2018). Det kan også ta flere år før individer med alvorlige spiseforstyrrelser oppsøker kontakt hos behandlingsapparatet (Rosenvinge & Klusmeier, 2000). Det kan være flere grunner til at mange går ubehandlet. Mangelfull oppdagelse blant helsepersonell kan være en faktor (Malt et al., 2018). Egenskaper ved lidelsen kan også bidra til å forklare hvorfor mange ikke oppsøker hjelp. Det er ikke uvanlig at individer i denne pasientgruppen motsetter seg eller

avbryter behandling (Eivors, 2003). I en litteraturgjennomgang av Fassino et al. (2009) estimeres drop-out-raten å være 20-50% for innlagte pasienter og 29-73% for pasienter i poliklinisk behandling. Antall frafall anses å være høy på tvers av de ulike typene spiseforstyrrelser. Lengde og varighet på behandling ser ikke ut til å predikere lavere drop-out-rate (Linardon et al., 2018). En av grunnene til at mange har en sterk motvillighet til behandling og endring kan skyldes at noen individer opplever at spiseforstyrrelsen har en viktig funksjon (Nordbø et al., 2006).

Spiseforstyrrelsen sin funksjon

En økt forståelse av spiseforstyrrelsens mulige funksjoner vil kunne bidra til innsikt i hvilke mekanismer som kan være forbundet med utvikling og opprettholdelse av lidelsen. En opprettholdende faktor kan være at individer opplever nytteverdien av symptomer på spiseforstyrrelsen, og tillegger derfor lidelsen en positiv funksjon (Fox et al., 2011). Det finnes flere studier som viser at spiseforstyrrelser kan fylle ulike funksjoner i livene til de som har lidelsen (Gagnon-Girouard et al., 2019; Vrabel et al., 2019; Serpell et al., 1999; Eivors et al., 2003; Fox et al., 2011; Espindola & Blay, 2009; Marzola et al., 2016; Nordbø et al., 2006).

I studier hvor en har utforsket hvilken psykologisk mening individer tillegger sin spiseforstyrrelse, oppgis det positive funksjoner som beskyttelse, økt selvtillit, følelse av å være unik (Serpell et al., 1999), unngåelse av ubehag, opplevelse av mening, mental styrke, trygghet, identitet og omsorg (Gagnon-Girouard et al., 2019). Det har vært et særlig fokus på å forstå funksjonen som potensielt ligger bak symptomene på AN (Nordbø et al., 2006), da pasienter med AN ser ut til å oppleve flere fordeler ved spiseforstyrrelsen sammenlignet med BN (Gale et al., 2006). Det finnes imidlertid studier som indikerer at også individer med BN tillegger symptomene en positiv funksjon (Serpell & Treasure, 2002; Gagnon-Girouard et al., 2019). Atferd forbundet med BN og overspisingslidelse, slik som oppkast og overspising, kan

for noen individer oppleves som meningsfullt da det kan fungere som opprør mot sosiale forventninger og trosse begrensninger ved egen kropp (Eli, 2018).

Noe som er gjennomgående i litteraturen på feltet er hvordan spiseforstyrrelser kan brukes til å håndtere følelser. Wildes et al. (2010) viser til at symptomer på AN kan hjelpe individer med å unngå vanskelige følelser. Symptomene ved spiseforstyrrelser kan bidra til å undertrykke følelser, formidle følelser på indikerte måter og regulere følelser (Espeset et al., 2012). Fokus på mat, vekt og fasong, samt kognitive prosesser som bekymring og grubling, kan føre til at individer kan distrahere seg fra negative tanker og følelser. Ved alvorlig undervekt kan en sultfølelse bidra til å undertrykke fysiske fornemmelser og følelser, noe som kan gjøre at individer kjenner seg bedøvet (Brockmeyer et al., 2012). Restriktiv spising, overspising og kompensierende atferd kan forstås som forsøk på å beskytte og kontrollere underliggende følelse av skam (Vrabel et al., 2019). Dette kan være effektivt på kort sikt, men vil gjerne føre til at skamfølelsen forsterkes over tid (Gross & Allan, 2009).

En annen funksjon ved spiseforstyrrelser som trekkes frem er en opplevelse av kontroll. En kvalitativ studie utført av Eivors et al. (2003) belyser hvordan individer med AN ser på funksjonen til spiseforstyrrelser som forklaring på hvorfor de dropper ut av behandling. Flere av disse anser opplevelse av kontroll som en sentral funksjon. Videre bemerkes det hvordan omgivelsene kan ha vansker med å forstå hva som ligger bak symptomene, og at forsøk på å behandle symptomene uten å adressere underliggende faktorer skaper en konflikt. For å beskytte seg for videre tap av kontroll velger flere heller å droppe ut av behandling.

Spiseforstyrrelser kan dermed betraktes som en egosynton lidelse, hvor individer tillegger lidelsen en positiv verdi. Dette kan påvirke engasjement i behandling og motivasjon for bedring (Gregertsen et al., 2017). Selv om individer opplever at spiseforstyrrelsen fyller en viktig funksjon, kan de samtidig kjenne på motstridende følelser knyttet til lidelsen ettersom den også kan medføre flere negative konsekvenser (Fox et al., 2011). Opplevde

kostnader ved spiseforstyrrelsen kan eksempelvis være konstante tanker om mat, tap av sosialt samvær og følelsen av at spiseforstyrrelsen tar over livet, samt alvorlige somatiske tilstander (Serpell et al., 1999).

Nordbø et al. (2006) viser til at det lenge har vært diskutert hvordan en best kan forstå den underliggende funksjonen til spiseforstyrrelser. Diskusjonen har imidlertid stort sett vært basert på teoretiske slutninger fra klinisk erfaring og ikke systematiske empiriske studier. Espindola & Blay (2009) illustrerer i sin litteraturgjennomgang at det har blitt gjennomført flere kvalitative studier om pasienters opplevelse av spiseforstyrrelsens funksjon. Litteraturen ser imidlertid ut til å være mangelfull hva gjelder terapeuters forståelse av spiseforstyrrelsens funksjon. I følge Prestwood og Waller (2004) er mye av eksisterende forskning på spiseforstyrrelser utført av et begrenset antall kliniske forskere og akademikere. De viser til behovet for et større mangfold av terapeuter med klinisk erfaring i forskningsfeltet for å oppnå bredere kunnskap. Det kan derfor være verdifullt å utforske terapeuters forståelse av spiseforstyrrelsens funksjon basert på deres kliniske erfaringer. Å utforske hvorvidt deres forståelse samsvarer med pasienters opplevelser kan trolig ha betydning for klinisk praksis, da felles forståelse for opphavet til lidelsen og felles mål i behandling kan ha innvirkning på behandlingsutfall (Surgenor et al., 2002).

Utfordringer for terapeuter i behandling av spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser kan ha motsetningsfulle trekk som gjør at lidelsen både er vanskelig å forstå og behandle (Skårderud et al., 2018, s. 410). Individuer kan både ha et ønske om behandling, men samtidig vise motvilje til å bli frisk, ettersom det kan innebære tap av symptomer som oppleves som positive. Ambivalens er dermed noe som kjennetegner mange i denne pasientgruppen (Williams & Reid, 2012; Gagnon-Girouard et al., 2019). Det kan ofte være familie eller fastlege som er pådrivere for behandling (Douzenis & Michopoulos, 2015) da individet selv ikke opplever seg som syk og i behov av behandling (Fox et al., 2011).

Det kan tenkes at en motvillighet til å gi slipp på symptomene og en rolle som syk kan fremstå som provoserende for terapeuter i helsevesenet, og gjør at det er en vanskelig lidelse å behandle. Pasienter kan benekte egne symptomer, vise lite motivasjon til endring og bli frustrerte på sine behandlere (Zerbe, 2007). Dersom pasienten er kritisk syk og samtidig motsetter seg behandling, kan dette utgjøre en særlig utfordring. Bruk av tvang og innleggelse mot individets ønske kan være nødvendig dersom vedkommende er alvorlig syk (Douzenis & Michopoulos, 2015). Behandling med bruk av tvang kan være kontroversielt, og vil med sannsynlighet kunne medføre utfordringer for terapeuter som må ta viktige avgjørelser i en krevende situasjon. Forekomsten av komorbiditet ved spiseforstyrrelser kan også bidra til å komplisere valg av fokus for behandling (O'Brien & Vincent, 2003).

Kompleksiteten knyttet til spiseforstyrrelser og utfordringer ved behandling av lidelsen kan gjøre at terapeuter vegrer seg for å arbeide med denne pasientgruppen (Johns et al., 2019). Thompson-Brenner et al. (2012) viser i en litteraturgjennomgang at terapeuter på tvers av profesjonelle disipliner kan ha negative følelser, holdninger og forestillinger knyttet til pasienter med spiseforstyrrelser. Dette vil kunne påvirke den terapeutiske alliansen og behandlingsutfall. En god terapeutisk allianse anses som essensielt for å oppnå endring og tilfriskning hos pasienter som i utgangspunktet viser motvillighet eller ambivalens knyttet til behandling (Nordbø et al., 2006). Mål for det terapeutiske samarbeidet burde samsvare med pasientens personlige ønsker og behov (Surgenor et al., 2002).

Formål med studien

Som vi har vist over, finnes det litteratur som belyser ulike funksjoner spiseforstyrrelser kan fylle. Flere av disse studiene er basert på pasienters opplevelse av spiseforstyrrelsens funksjon, noe som gir viktig informasjon for terapeuter som tilbyr behandling for denne pasientgruppen. En økt forståelse av spiseforstyrrelsens funksjon kan gi innsikt i hvilke faktorer som kan bidra til utvikling og opprettholdelse av lidelsen. Dette kan

være viktig for både forebygging og behandling av lidelsen. En større innsikt i spiseforstyrrelsens funksjon kan også bidra til å redusere stigmatisering forbundet med spiseforstyrrelser. Med tanke på at forskningen ser ut til å være mangelfull når det gjelder terapeuters perspektiv på disse fenomenene, ønsket vi å utforske terapeuters forståelse av spiseforstyrrelsens funksjon og hvordan denne forståelsen påvirker beslutningsprosesser i behandling. Ved å utforske terapeuters forståelse basert på deres kliniske erfaring, kan dette bidra til å belyse hvorvidt det er samsvar med forskningen om pasienters opplevelse av spiseforstyrrelsens funksjon. Dette kan være nyttig for å sikre at behandling er i tråd med pasienters behov og ønsker. Med tanke på kompleksiteten ved lidelsen og uklare retningslinjer knyttet til valg av behandlingstilnærming, er det lite forskning som belyser hvordan terapeuter opplever disse utfordringene. Vi ønsket derfor å utforske terapeuters unike opplevelser i arbeidet med denne pasientgruppen. Spesifikt har vi fokusert på følgende forskningsspørsmål: *Hvilken funksjon opplever terapeuter at spiseforstyrrelser fyller hos pasienter, og hvordan jobber de med å erstatte funksjonen til spiseforstyrrelser i behandling?*

Metode

Valg av metode avhenger av hvilken kontekst og forskningsspørsmål en ønsker å studere (Krumsvik, 2014). Vi har valgt en kvalitativ tilnærming for vårt prosjekt for å kunne utforske terapeuters forståelse av spiseforstyrrelser, bakgrunnen for deres kliniske beslutninger i behandling og deres unike opplevelser i arbeidet med denne pasientgruppen. Kvalitativ forskning er utforskende i sin natur, og har som formål å avdekke sosiale mønstre og hvordan individer tolker sin livsverden (Krumsvik, 2014). Kvalitativ metode er spesielt egnet for å studere et avgrenset miljø hvor hensikten er å oppnå en helhetlig beskrivelse av kjennetegn og prosesser ved dette miljøet. Metoden egner seg også for å kunne gå i dybden i aktørens tankemønstre, motiv og virkelighetsoppfatning (Repstad, 2007). På denne måten skiller kvalitativ metode seg fra kvantitativ metode, hvor en er mer opptatt av å oppnå en

bredde fremfor dybde gjennom å studere store populasjoner (Krumsvik, 2014). “Kvalitative tilnæringsmåter beskriver nyansert det som fins, og er mindre opptatt av hvor ofte det fins” (Repstad, 2007, s. 23).

Vi har valgt å anvende et kvalitativt forskningsintervju i vårt prosjekt. Formålet med intervjuet er å produsere kunnskap i samspillet mellom intervjueren og informanten. Informanten søker å skape mening og forståelse om fenomenet som studeres, mens intervjueren forsøker å forstå informantens opplevelser og bakgrunn for handlingsvalg (Kvale & Brinkmann, 2015). Ved bruk av intervju som metode vil det være behov for en intervjuguide, og hensikten med denne er å omgjøre forskningsprosjektets problemstillinger til konkrete tema med underliggende spørsmål (Dalen, 2011). Intervjuguiden kan brukes som en støtte for å sikre at intervjuet har relevans for prosjektets problemstillinger, og for å skape et dynamisk samspill i intervjusituasjonen (Drageset & Ellingsen, 2010).

Vi har utarbeidet en semistrukturert intervjuguide, noe Kvale (2007, s.146) definerer på følgende måte: “A planned and flexible interview with the purpose of obtaining descriptions of the life world of the interviewee with respect to interpreting the meaning of the described phenomena”. Intervjuet er planlagt i form av at forskeren på forhånd utvikler intervju spørsmål som bidrar til å belyse temaet fra ulike perspektiv (Drageset & Ellingsen, 2010). Flexibiliteten ivaretas ved at forskeren kan endre rekkefølgen på spørsmålene i intervjuguiden underveis slik at en kan følge informantens narrativ. Forskeren kan også stille oppfølgingsspørsmål for å avklare eventuelle uklarheter, samt oppfordre til mer utdypende svar og konkrete eksempler. På denne måten kan forskeren skape forståelse for informantens livsverden ut fra deres perspektiv og fortolke mening til det informanten sier, samt måten det blir sagt på, for å fange opp mer eksplisitte meninger (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi vil beskrive vår semistrukturerte intervjuguide i større detalj under datainnsamling.

Planlegging og gjennomføring av prosjektet

Planlegging av prosjektet startet høsten 2020. Det var to grupper som hadde et ønske om å skrive hovedoppgave om spiseforstyrrelser. Vi ønsket å fordype oss i dette feltet fordi vi opplevde at det var lite fokus på temaet i vår psykologiutdanning. Vi ville derfor oppnå en større forståelse for hvorfor og hvordan mennesker utvikler en spiseforstyrrelse. Vi hadde kun undervisning om én behandlingstilnærming, og ønsket å lære mer om hvordan spiseforstyrrelser kan behandles ved bruk av andre tilnærminger. Vi hadde også et ønske om å utforske hvordan de ulike tilnærmingerne skiller seg fra hverandre, både med tanke på teoretisk forståelse av lidelsen og behandlingsfokus.

Vi hadde flere møter med våre to veiledere og den andre hovedoppgavegruppen hvor vi diskuterte tema og ønsker for problemstilling. På dette tidspunktet hadde vi et ønske om å utforske hvordan terapeuter forstår og jobber med emosjoner i behandling av spiseforstyrrelser. Den andre gruppen var interessert i terapeutens forståelse av og arbeid med ambivalens i behandling av spiseforstyrrelser. Basert på disse to problemstillingene utarbeidet vi en semistrukturert intervjuguide (Appendix 1). Vi tok utgangspunkt i det Dalen (2011) betegner som “traktprinsippet”, hvor vi begynte med brede innledende spørsmål som oppfordret til mer åpne svar fra informanten. Etter hvert fokuserte vi spørsmålene mot de sentrale temaene som omhandlet emosjoner og ambivalens slik at vi kunne få mer konkrete og opplevelsesnære svar.

Vi skrev en prosjektskisse (Appendix 2), et informasjonsskriv om prosjektet og et samtykkeskjema (Appendix 3). Det ble sendt en fremleggingsvurdering til REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) Vest. Vi fikk svar fra REK i februar 2021 hvor de konkluderte med at prosjektet ikke var søknadspliktig for REK fordi det faller utenfor helseforskningsloven (REK-nummer 237770; Appendix 4). Det ble parallelt sendt en søknad til NSD (Norsk Senter for Forskningsdata) som ble godkjent samme måned (Appendix 5). Vi gjennomførte intervjuene og transkriberte disse i perioden april til august

2021. Høsten 2021 leste vi gjennom hele datamateriale, diskuterte innholdet og bestemte oss for analysefokus før vi begynte dataanalyse og hovedoppgaveskriving.

Rekruttering. Før vi startet rekrutteringsprosessen hadde vi et mål om å rekruttere 10-15 informanter. I samråd med våre veiledere vurderte vi dette som et stort nok utvalg til å produsere et datamateriale som gir tilstrekkelig grunnlag for tolkning og analyse. Samtidig var det viktig å begrense utvalget slik at vi fikk nok tid til å gjennomføre intervjuene og analysen av datamaterialet innenfor den tidsrammen vi hadde. Det varierer hva som anses som tilstrekkelig antall informanter, men Kvale og Brinkmann (2015) viser til at i vanlige intervjuundersøkelser vil det som oftest være omtrent 15 intervjuer +/- 10. Vi ønsket å rekruttere terapeuter som hadde erfaring med arbeid innenfor spiseforstyrrelsesfeltet, både de som jobbet på allmennpsykiatriske poliklinikker og døgnenheter, og de som jobbet på spesialiserte spiseforstyrrelsesenheter. Vi hadde også et ønske om å rekruttere terapeuter som jobbet innenfor ulike teoretiske rammeverk for å inkludere et mer variert forståelsesbilde av spiseforstyrrelser og ulike arbeidstilnæringer i behandling. Vi hadde derfor som mål å rekruttere tre til fire informanter innenfor de teoretiske tilnærmingene CBT-E, EFT, MBT og psykodynamisk/psykoanalytisk terapi. Vi tok kontakt over mail med ulike institusjoner som driver med behandling av spiseforstyrrelser, og institusjonene tok videre kontakt med ulike terapeuter. Ved ønske om deltakelse tok terapeutene kontakt med oss over mail. Vi avtalte deretter passende tidspunkt for intervju. Inklusjonskriterium for deltakelse i intervju var at informant hadde erfaring med behandling av spiseforstyrrelser, arbeidet ved et behandlingssted der det ble gitt spesialisert behandling av spiseforstyrrelser og var utdannet psykolog. Vi ekskluderte derfor andre yrkesgrupper som er involvert i spiseforstyrrelsesbehandling. Rasjonale bak dette er at psykologer som oftest er den yrkesgruppen som gir spesialisert behandling for spiseforstyrrelser. Vi ønsket å utforske den

psykologiske forståelsen av spiseforstyrrelser og hvordan dette påvirker behandlingstilnærming.

Informanter. Vi intervjuet til sammen 14 informanter (fem menn og ni kvinner). Med tanke på informantenes nåværende arbeidskontekst, jobbet fem på allmennpoliklinikk, en på allmenn døgnavdeling og åtte på spesialisert spiseforstyrrelsesenhet. Ni av informantene hadde tidligere erfaring fra både poliklinikk og døgnavdeling. Målet om å rekruttere tre til fire informanter innenfor de fire teoretiske retningene var utfordrende å få til i praksis da halvparten av informantene hadde en eklektisk tilnærming. Av de syv som kun jobbet innenfor én teoretisk tilnærming, jobbet fire informanter med CBT-E, to informanter jobbet innenfor psykoanalytisk/psykodynamisk retning og en innenfor MBT. Innenfor den eklektiske gruppen var det to som brukte kombinasjonen CBT-E og EFT, en som brukte CBT-E og DBT (dialektisk atferdsterapi) og en som brukte CBT-E og FBT (familiebasert terapi). En informant jobbet hovedsakelig med CBT-E, men inkluderte elementer fra DBT, MI (motiverende intervju) og CFT (Compassion-focused therapy) ved behov. En informant jobbet hovedsakelig med MBT, men inkluderte også tilnærminger som DBT og CBT-E i sitt arbeid. Den siste informanten jobbet mest med DBT, MI og FBT, men inkluderte også elementer fra CBT-E.

Datainnsamling. Vi tok utgangspunkt i vår semistrukturerte intervjuguide i datainnsamlingen. Det ble utført fire pilotintervjuer for å teste ut intervjuguiden og gjøre nødvendige justeringer etter erfaring med bruk av guiden i praksis. Vi lyttet til hverandres pilotintervjuer og fikk veiledning på intervjuteknikk av våre veiledere. Et av pilotintervjuene ble ikke inkludert i det endelige datamateriale da informanten var lege. Etter ferdigstilling av intervjuguiden startet vi intervjuprosessen. Hver informant ble intervjuet av én av studentene i de to hovedoppgavegruppene. Informantene leste gjennom og signerte informasjonsskriv og samtykkeskjema før intervjuet startet. Det ble i tillegg gitt muntlig informasjon om prosjektet

og prosedyrer for anonymitet, aidentifisering og mulighet for å trekke seg fra deltakelse i intervjuet.

Den endelige intervjuguiden bestod av åtte hovedspørsmål med flere oppfølgingsspørsmål. Hovedspørsmålene var formulert som åpne spørsmål for å oppnå unike, spontane og beskrivende svar fra informanten. Vi anvendte oppfølgingsspørsmålene der det var nødvendig for å oppnå mer utdypende svar om temaene vi ønsket å belyse, og for å oppnå mer konkrete eksempler som kunne bidra til et mer detaljrikt datamateriale (se Appendix 1 for detaljer). Gjennom disse spørsmålene ønsket vi å få tak i informantens forståelse av spiseforstyrrelser og hva de anså som tilfriskning, samt deres unike opplevelser i arbeid med denne pasientgruppen. Varighet på intervjuene var en til to timer. Det ble tatt lydopptak av alle intervjuene, og disse ble lagret på UiB sitt sikre lagringssystem, SAFE. Opptakene ble gjort via UiB sin sikker-video løsning der lydfilene ble sendt kryptert direkte til sikker-server på Universitetet.

Transkribering. Transkribering av intervjuene ble hovedsakelig utført av den som hadde gjennomført intervjuet, med unntak av tre intervjuer. Vi valgte å transkribere informantens utsagn ordrett, ord for ord, hvor vi inkluderte gjentakelser, pauser, pauseord, intonasjonsmessige understrekninger og kroppsspråk (latter, smil, gestikulering). Kvale og Brinkmann (2015) argumenterer for at en slik form for transkribering vil være nyttig for å fremheve den språklige stilen og samspillet i intervjuet, samtidig som det kan gjøre forskeren mer bevisst på små nyanser i interaksjonen. Vi noterte inntrykk fra intervjuet parallelt med transkriberingen slik at vi lettere kunne huske hva som var unikt for de ulike intervjuene. All personidentifiserende informasjon om informanten eller deres pasienter og kollegaer ble aidentifisert i transkriberingsprosessen. Lydopptakene ble slettet etter at transkriberingen var ferdigstilt.

Analyseprosessen

Gjennom analyseprosessen kom vi frem til et todelt analysefokus for vår hovedoppgave. Det første analysefokus er “Hvilken funksjon opplever terapeuter at spiseforstyrrelser fyller hos pasienter?”, og det andre analysefokus er “Hvordan jobber terapeuter med å erstatte funksjonen til spiseforstyrrelser i behandling?”.

Vi har valgt å ta utgangspunkt i Braun og Clarke (2006, 2019) sin refleksive tematiske analyse. Dette er en metode som brukes for å analysere kvalitativt datamateriale, hvor hensikten er å identifisere meningsmønstre som kan svare på analysefokusene. Den tematiske analysen består av seks faser: 1) Bli kjent med datamateriale 2) Skape primære koder 3) Lete etter meningsmønstre 4) Gjennomgå meningsenhetene 5) Definere og navngi tema 6) Skrive rapport (Braun & Clarke, 2006). Braun og Clarke oppmuntrer til en systematisk tilnærming til koding og utvikling av tema, men presiserer at det ikke er nødvendig å følge fasene i den tematiske analysen lineært. Det tydeliggjøres at prosedyre ikke skal prioriteres fremfor refleksivitet. Med refleksivitet siktes det til forskerens subjektivitet, en rekursiv kodingsprosess og viktigheten av refleksjon rundt og engasjement i datamaterialet. Forskerens subjektivitet forstås i denne sammenheng som en ressurs, og ikke en trussel, for kunnskapsproduksjon (Braun & Clarke, 2019). Ved å etterstrebe refleksjon om hvordan forskerens fordommer og forforståelser kan påvirke kunnskapsproduksjonen kan en oppnå reflektiv objektivitet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Tematisk analyse er en teoretisk fleksibel metode som kan anvendes ved bruk av ulike forskningstilnærminger (Braun & Clarke, 2019). Vi har tatt i bruk en induktiv tilnærming i vår tematiske analyse. I en slik tilnærming vil tema identifiseres på en datadreven, “bottom-up” måte. Analysefokus utvikles gjennom kodingsprosessen, og koding av data vil i mindre grad handle om å få kodene til å stemme overens med allerede eksisterende teoretiske rammeverk eller forskerens antagelser. Analyseprosessen vil til en viss grad likevel bli påvirket av en deduktiv tilnærming, da det er umulig for forskeren å bli helt frigjort fra

teoretisk rammeverk og faglig interesse (Braun & Clarke, 2006). Vi vil videre redegjøre for hvordan vi har gjennomgått de ulike fasene i den tematiske analysen i vårt prosjekt og diskutere refleksivitet underveis i analyseprosessen. Refleksivitet vil også diskuteres mer utdypende i metoderefleksjon.

Bli kjent med datamaterialet. I den første fasen i analyseprosessen leste alle i de to hovedoppgavegruppene og veilederne gjennom hvert intervju i etterkant av transkribering for å bli bedre kjent med datamaterialet. Selve transkriberingsprosessen er også en god måte å få større kjennskap til datamaterialet på. Vi noterte en oppsummering til hvert intervju for å lettere huske innholdet, samt ulike inntrykk og refleksjoner vi satt igjen med etter å ha lest intervjuet som kunne diskuteres i veiledning før kodingsprosessen. På denne måten kan en bevare refleksivitet ved forutinntatte antagelser som oppstår i interaksjon med informantene. Braun og Clarke (2006) anbefaler at en leser gjennom datamaterialet minst én gang før kodingsprosessen starter da identifisering av mulige meningsmønstre kan oppstå mens en leser gjennom intervjuene. Analysefokusene ble formet og justert etter å ha blitt bedre kjent med datamaterialet. De skiller seg dermed fra den opprinnelige problemstillingen vi hadde da vi startet prosjektet, nemlig hvordan terapeuter forstår og jobber med emosjoner i behandling av spiseforstyrrelser. Vi opplevde at datamaterialet bestod av rike beskrivelser av informantenes forståelse av spiseforstyrrelsens funksjon og hvordan de jobbet med å erstatte denne funksjonen, og vi ønsket derfor å fange dette med et bredere analysefokus som samtidig kunne gi svar på vår opprinnelige problemstilling. Justeringen i analysefokus er i tråd med styrken til kvalitativ metode, nemlig at en kan ha en flytende og rekursiv tilnærming til koding og utvikling av analysefokus for å bevare refleksiviteten (Braun & Clarke, 2019).

Skape primære koder. Koding ble gjennomført ved hjelp av dataprogrammet NVivo 12.6.1 (QSR International, 2020). Vi startet kodingsprosessen med at alle i hver hovedoppgavegruppe kodet samme intervju slik at vi kunne få tilbakemelding fra veilederne

på kodingsteknikk, samkjøre kodingsstil og unngå overlapp med analysefokus til den andre gruppen. Deretter fordelte vi koding av de resterende intervjuene innad i vår egen hovedoppgavegruppe. Når flere forskere er involvert i kodingsprosessen kan kodingen bli mer pålitelig og refleksiv, og kan bidra til en mer nyansert lesing av datamaterialet fremfor å etterstrebe enighet om meningsinnhold (Braun & Clarke, 2019). Vi startet med å kode tekstbolker som var relevante for det første analysefokuset, før vi kodet intervjuet på nytt med det andre analysefokuset. Vi tok utgangspunkt i det semantiske innholdet i teksten og ga hver tekstbit et tekstnært navn. På denne måten kunne kodene fungere som bro til datamaterialet i den videre abstraksjonsprosessen, og sikre at nyanser og spenninger i datamaterialet ble ivaretatt i den endelige tematiske strukturen. Etter dette var ferdigstilt, samlet vi kodene fra alle intervjuene i en NVivo-fil slik at vi hadde et felles utgangspunkt for videre analyser av data. Koder som var like på tvers av ulike intervjuer ble gruppert sammen.

Lete etter meningsmønstre. I den tredje fasen sorterte vi alle kodene og relevante tekstbolker i ulike meningsenheter. Dette gjorde vi i samarbeid med våre veiledere. På dette stadiet endte vi opp med følgende meningsenheter under første analysefokus: 1) Identitet og selvfølelse 2) Mestringsopplevelse 3) Oppnå kontroll 4) Oppnå respons fra omgivelsene 5) Regulering av følelser 6) Unngå følelser og 7) Selvstraff. Under det andre analysefokuset hadde vi følgende meningsenheter: 1) Bygge identitet og selvomsorg 2) Bygge mestring og ferdigheter 3) Utfordre kontroll 4) Skape trygghet og struktur i behandling 5) Relasjonsarbeid 6) Kjenne på følelser 7) Regulere følelser 8) Sette ord på følelser 9) Øke affektbevissthet. Ifølge Braun og Clarke (2006) er det viktig å tenke på relasjonen mellom koder, mellom meningsenheter og mellom ulike nivåer av meningsenheter (overordnede og underordnede meningsenheter). Vi jobbet med å få frem overordnede meningsenheter, som også inkluderte relasjoner mellom meningsenhetene i det første og andre analysefokuset der vi så det var en

overenskomst mellom hva terapeutene anså som spiseforstyrrelsen sin funksjon og hvordan de jobbet spesifikt med å erstatte denne funksjonen i behandling.

Gjennomgå meningsenhetene, definere og navngi tema, skrive rapport. De tre siste fasene i analyseprosessen er noe overlappende. Den fjerde fasen innebærer finpussing av de meningsenhetene som har blitt valgt ut i forrige fase. I denne prosessen vil det bli mer tydelig hvilke meningsenheter som skal forbli slik de er, hvilke som skal kombineres eller separeres og hvilke som ikke egner seg som meningsenhet og må forkastes. Hver meningsenhet må fange nyansene av kodet data på en god måte, og data innenfor hver meningsenhet bør samsvare i meningsinnhold. Det skal imidlertid være et tydelig skille mellom de ulike meningsenhetene (Braun & Clarke, 2006). Vi forsøkte å skape en balanse mellom dybdedykk i data og abstrahering av data, hvor vi skiftet mellom å lese alle kodede data i hver meningsenhet for å se om de dannet et mønster, samt vurdere hvorvidt meningsenhetene reflekterte meningsinnholdet i datasettet som en helhet.

Den femte fasen innebærer definering av tema ved å identifisere essensen til hvert tema og avgjøre hvilke aspekter av data hvert tema skal formidle. I denne fasen gjorde vi noen endringer i tematisk struktur. Vi oppdaget noe overlapp mellom de ulike meningsenhetene, og slo derfor sammen noen aspekter til ett tema. Vi opplevde også at de foreslåtte meningsenhetene ikke representerte mangfoldet i informantenes forståelse av spiseforstyrrelser og hvilket fokus de vektla i behandling på en tilstrekkelig måte. Vi skapte derfor et nytt tema for å kunne belyse denne variasjonen. Som tidligere nevnt oppfordrer Braun og Clarke (2019) til en rekursiv tilnærming i utvikling av tema, og transparens rundt endringer i tematisk struktur vil derfor kunne bevare refleksivitet. Den siste fasen involverer en siste analyse av temaene og skriving av den tematiske analysen. De endelige temaene vi kom frem til vil bli presentert i resultatdelen.

Etiske sider ved prosjektet.

Evaluering av etikk i kvalitativ forskning viser til i hvilken grad verdier og moralske prinsipper integreres i refleksjoner og handlinger slik at informantene og deres miljø ikke tar skade av forskningsprosessen og publisering av resultatene (Stige et al., 2009, s. 1511). Fokus i intervjuprosessen har vært på terapeuters forståelse, opplevelser og kliniske beslutningsprosesser i behandling av pasienter med spiseforstyrrelser. Dette legger til rette for at informantene kunne beskrive situasjoner i behandling hvor pasient var involvert som tredjepart. Det har derfor vært viktig å overholde informantenes taushetsplikt og pasientenes rett til konfidensialitet, noe vi har gjort på flere nivåer. Vi har anonymisert alle informanter slik at de ikke kan knyttes til personidentifiserende informasjon eller behandling sinstitusjon til pasienter. I forkant av hvert intervju ble informantene oppfordret til å ikke oppgi personidentifiserende informasjon om pasienter. Vi som intervjuere har også vektlagt fokus på informantenes opplevelser i behandling, og ikke på kjennetegn ved pasienter. I de tilfellene hvor det har forekommet personidentifiserende opplysninger i intervjuet, har denne informasjonen blitt aidentifisert eller slettet under transkriberingsprosessen.

Resultater

I den tematiske analysen har vi tatt utgangspunkt i våre to analysefokus, nemlig hvilken funksjon terapeuter opplever at spiseforstyrrelser fyller hos pasienter, og hvordan terapeuter jobber med å erstatte spiseforstyrrelsens funksjonen i behandling. Gjennom analyseprosessen har vi kommet frem til de tre følgende hovedtemaene: 1) *Jobbe terapeutisk for å redusere behovet for beskyttelse*, 2) *Anvende terapeutisk relasjon for å styrke pasientens relasjon til andre* og 3) *Bryte spiseforstyrrelsens selvoppretholdende spiral*. Vi vil videre presentere de tre temaene.

Tema 1. Jobbe terapeutisk for å redusere behovet for beskyttelse

Blant flere av informantene ble spiseforstyrrelsen forstått som en beskyttelse mot noe uønsket. Spiseforstyrrelsen kunne beskytte mot ubehagelige følelser, opplevelse av kaos i

hverdagen og forventninger og krav fra omgivelsene. For å redusere behovet for spiseforstyrrelsen som beskyttelse, forsøkte informantene å hjelpe pasienten med å øke indre trygghet og selvfølelse. Dette ble blant annet gjort gjennom å hjelpe pasienten til å bli bedre kjent med eget følelsesliv, utfordre bruk av kropp og mat for opplevelse av kontroll og utforske hva spiseforstyrrelsen kunne beskytte mot.

Informantene reflekterte over at behovet for beskyttelse kunne stamme fra en opplevelse av manglende indre trygghet. Noen beskrev hvordan denne utryggheten kunne bunne i vansker med identitet som oppstår i ungdomsalder. Dette ble beskrevet som en sårbar tid hvor en skal finne ut av hvem en er som person, og hvor det er vanlig å vektlegge fokus på kropp og utseende. Flere individer kan oppleve en motstand mot overgangen til voksenlivet og hva det medbringer av krav og ansvar. Andre informanter beskrev hvordan manglende indre trygghet kunne komme av lav selvfølelse og selvverdi, noe som var gjennomgående for mange pasienter, uavhengig av hvilken form for spiseforstyrrelse de hadde.

Noen terapeuter opplevde at spiseforstyrrelsen kunne fungere som en beskyttelse mot uønskede følelser, tanker og fornemmelser. En overopptatthet av vekt, kosthold og trening kunne være et forsøk på flukt fra egne følelser, hvor spiseforstyrrelsen kunne ta så stor plass i livet at det ikke ble rom for oppmerksomhet mot indre opplevelser. Det å ikke spise eller spise for mye, kaste opp eller trene ble sett på som å ha en nummende effekt på følelseslivet, og ble sammenlignet med en rustilstand eller selvskading. En informant beskrev hvordan unngåelse av følelser kunne føre til ulike utfordringer for pasientene:

Nei, det er jo veldig ofte vanskeligheter både for å tåle følelser, så man har en liten toleranse for spesielt negative følelser. Så er det jo ofte vanskeligheter med å sette ord på følelser. Altså, aleksitymi er jo en veldig sann overenskomst med dette med følelsesregulering. Og vanskeligheter med å identifisere og vanskeligheter med å

differensiere følelser. «Så i dag vet jeg ikke om jeg er lei meg eller sint eller om jeg bare er glad faktisk». Altså det kan gå litt over i hverandre. (Informant 7)

Mens informantene beskrev fravær av affekt som mer fremtredende hos pasienter med AN, ble pasienter med BN og overspisingslidelse ansett som å ha mer kontakt med følelsene sine. Følelser kunne oppleves som kaotiske og overveldende, og en kunne derfor få behov for å nedregulere følelsene for å komme i vater. Det å overspise eller kaste opp kunne gi en midlertidig lindring av vonde følelser, tanker og minner. Det ble beskrevet som en form for angst- eller stressregulering. Mat kunne for noen også fungere som en trøst og belønning. Behovet for å regulere følelser kunne bli særlig fremtredende når individer står overfor overganger i livet eller blir utsatt for belastende hendelser.

En annen beskyttende funksjon ved spiseforstyrrelsen som informantene trakk frem, var forsøk på å oppnå kontroll for å unngå opplevelse av kaos. Ved opplevelse av manglende indre kontroll kunne en forsøke å finne strategier for å øke følelsen av kontroll, hvor kropp og mat ble en løsning. På denne måten kunne fokus flyttes fra indre kaos til noe ytre og konkret.

Spiseforstyrrelsen ble også forstått som en form for beskyttelse mot omgivelsene. Den kunne virke beskyttende ved at den både bidro til å tiltrekke seg og avgrense oppmerksomhet fra omgivelsene.

Ja, da er det som å sveve rundt i en egen verden, her er det ingen som kan ta meg, det er ingenting som kan påvirke meg, jeg blir ikke så var for avvisning, blir ikke så var for på en måte alt som skjer i verden. Så det føles ut som at jeg er beskyttet i den spiseforstyrrelsesboblen. (Informant 14)

Noen pasienter kunne oppleve at krav og forventninger fra omgivelsene senkes når en er syk, både knyttet til prestasjoner i arbeid, skole og relasjoner. Andre kunne ha et så forvrengt kroppsbilde og føle på så mye skam knyttet til egen kropp at de kunne få et ønske om å bli fysisk mindre for å ta mindre plass i verden.

For å redusere pasientenes behov for beskyttelse, fortalte informantene at de jobbet med å ruste pasienten til å håndtere sitt følelsesliv, krevende livssituasjoner og hverdagens krav. Det varierte i hvilken grad informantene vektla fokus på følelser i behandling. Noen valgte å ha et gjennomgående fokus på følelser i behandlingsforløpet, mens andre fokuserte hovedsakelig på de følelsene som oppsto i øyeblikket, eksempelvis under veiing eller i spisesituasjonen. Flere opplevde det som meningsfylt å øke pasientens interesse og nysgjerrighet for eget følelsesliv.

Det å romme og tåle følelser, det tenker jeg også er veldig viktig. Tenke at følelser i seg selv er bra, det er viktige signal, det er ikke noe farlig - ja, det kan være ubehagelig, det å føle på avsky, føle på frykt, føle på sinne, og alt det her, det er ubehagelige saker, men det er jo ikke noe farlig. (Informant 1)

For å øke pasientens forståelse og bevissthet rundt følelser, vektla flere informanter et fokus på psykoedukasjon. De beskrev hvordan de informerte pasienter om følelsers natur og hvilken funksjon de kan ha, for eksempel å varsle om farer eller signalisere hvilke behov mennesker har. Noen utforsket konkrete situasjoner i pasientens liv for å få tak i hvilke følelser, tanker, kroppslige reaksjoner og atferd som kan oppstå, og danne koblinger mellom følelser i ulike situasjoner. På denne måten kunne pasienten bruke følelsene sine til å navigere seg i verden og skape mening til de situasjonene de befinner seg i. For noen pasienter var det ikke nok med en rasjonell, intellektuell forståelse av følelser, og det ble derfor nødvendig å fokusere mer på opplevelsesaspektet av følelser. Det å komme i kontakt med følelser kunne være motiverende i seg selv: "Så er det akkurat som om de catcher at «jøss, det var faktisk litt ok å kjenne at ja, jeg ble faktisk litt irritert, og at det går an å sette grenser for meg selv»" (Informant 2).

Etter en lengre periode med unngåelse av følelser kunne det være vanskelig for pasientene å identifisere, differensiere og sette ord på følelser. En informant beskrev arbeidet

med slike pasienter som å bygge murstein, hvor følelser er selve fundamentet, og hvor en må bygge opp personen fra bunnen av slik at personen kan ha knagger å henge opplevelsene sine på. Flere informanter opplevde at de ofte kunne få “vet ikke” som svar når de stilte spørsmål om følelser. Andre opplevde at pasienter omformulerte alle negative følelser til det som ble omtalt som “å føle seg tjukk”. Det kunne derfor være nyttig å utforske hva som lå bak “vet ikke” og “føle seg tjukk”. Handlet det om at de faktisk ikke visste eller at de ikke hadde lyst til å kjenne på eller snakke om følelsen? I stedet for å stille spørsmål om hva pasienten følte, kunne det være nyttig å tilby en meny av forslag til følelser ut ifra situasjonen personen var i slik at de kunne bekrefte eller avkrefte om de kjente seg igjen. For pasienter som strevde med å uttrykke følelser med ord, opplevde flere informanter det som nyttig å anvende metaforer og symboler i utforskning av følelser for å skape mening til deres opplevelser. Andre vektla et kroppsfokus, hvor pasienten kunne lære å vende blikket innover for å bli oppmerksom på og gjenkjenne hvordan følelser kjennes i kroppen.

En annen måte å redusere behovet for beskyttelse var å utfordre pasienters bruk av kropp og mat for å skape følelse av kontroll. Ved å normalisere mat og vekt kunne terapeutene jobbe imot pasientens restriktive regler knyttet til kosthold. Dette kunne også bidra til å øke fleksibilitet ellers i livet og redusere “sort-hvitt-tenkning” som kjennetegnet en del pasienter. En informant beskrev hvordan en som terapeut lett kunne bli påvirket av pasientens fokus på det konkrete og detaljstyrte, og at det derfor var viktig å balansere ut dette med åpenhet, nysgjerrighet og refleksivitet. Noen opplevde det som nyttig å bruke seg selv som eksempel for noe ustrukturert og fleksibelt:

Så det å ikke bli dratt inn i en verden av detaljhelvete, som vi ofte sier. En «enten-eller» eller «sånn er det». Vi prøver på en måte å kunne være rollemodell for det å kunne fortelle om begge deler. (Informant 6)

For å øke pasientens selvfølelse og indre trygghet, jobbet flere informanter med å utforske hva spiseforstyrrelsen kunne beskytte pasienten mot. Dette kunne bidra til å skape en aksept og selvmedfølelse:

Å møte på en måte det barnet og den ungdommen i seg selv og si det at « Ja, jeg forstår, ikke bare kognitivt, men jeg kjenner det på kroppen at du hadde ikke noe valg den gangen, det var sånn det ble». Som jeg tenker handler om omsorg for seg selv og. Det å kunne stå trygt og godt i seg selv da. (Informant 14)

Det å utforske spiseforstyrrelsens beskyttelsesmekanisme eller pasientens indre kritiker med en distanse kunne være nyttig for å skape en forståelse for hvilke negative konsekvenser det kunne få for pasientens liv og følelse av verdi. Noen informanter arbeidet med å tydeliggjøre hvordan pasienter kunne tillegge mye av sin verdi i kroppsfigur og vekt, og utforsket hvordan de kunne bli mer komfortable i egen kropp. For noen pasienter hadde spiseforstyrrelsen blitt en viktig del av deres identitet, og det ble derfor viktig å utforske hvem pasienten er uten lidelsen. En informant beskrev hvordan en som terapeut kunne kjenne på en trang til å aktivere pasienten, finne løsninger eller overta ansvar. For at pasienten skulle bli et selvstendig individ, var det imidlertid viktig at de ble ansvarliggjort slik at de kunne stå bedre rustet til å håndtere hverdagens krav.

Tema 2. Anvende terapeutisk relasjon for å styrke pasientens relasjon til andre

En funksjon til spiseforstyrrelsen som flere informanter opplevde som sentralt, var det å oppnå en respons fra omgivelsene. Respons kunne handle om forsøk på å oppnå omsorg i relasjoner gjennom å bruke spiseforstyrrelsen til å kommunisere underliggende behov. Det kunne også innebære et ønske om å ha en påvirkning på omgivelsene, for eksempel gjennom å gjøre opprør. Dette kunne skape ulike relasjonelle utfordringer for pasienten. Flere av våre informanter så derfor nytteverdien av å bruke relasjonen mellom terapeut og pasient til å skape endringer i pasientens relasjon til andre. De viste til viktigheten av å etablere trygghet

og tillit, få pasienten til å føle seg forstått, hjelpe til å kommunisere underliggende behov og øke evne til å hevde seg selv i relasjoner.

Informantene reflekterte over at mennesker har et grunnleggende relasjonelt behov for tilhørighet og det å bli sett, forstått og akseptert av omgivelsene. Noen mennesker kan bruke spiseforstyrrelsen for å mobilisere omsorg fra omgivelsene i forsøk på å dekke dette behovet. Kroppen kan bli et middel for å passe inn i forsøk på å unngå sårbarheten ved å oppleve utenforskap. En informant beskrev hvordan erfaringer i oppveksten kan ha bidratt til å forsterke disse behovene senere i livet.

Så tenker jeg at det har mye med følelsen av å ikke bli sett, ikke bli liksom... (kort pause) ja, elsket. At de ikke har blitt tatt hånd om skikkelig da, av de viktigste personene i livet sitt. At det er et veldig sånn, et veldig svik og et veldig savn, og en sorg mange av de har. (Informant 1)

Spiseforstyrrelsen ble beskrevet blant flere informanter som en kommunikasjonsform, hvor kropp og mat kunne bli brukt for å uttrykke underliggende følelser, behov og indre smerte. Undervekt ble ansett som noe som kan være svært synlig for andre, og at det ofte kan være lettere å oppnå omsorg fra omgivelsene når en har en fysisk sykdom enn ved psykiske vansker. Det ble understreket at det ikke er gitt at personer med BN får like mye omsorg som følge av spiseforstyrrelsen fordi det ikke er like synlig for omgivelsene. Informantene hadde erfaringer med at pasienter kunne oppleve ambivalens knyttet til tilfriskning og normal vekt fordi de fryktet at omgivelsene ikke lenger ville gi dem omsorg. “Nei, hvis jeg har en normal vekt så vil alle tenke at jeg er normal, og da vil ingen lenger være opptatt av hva som er inni meg” (Informant 3). Det å gi slipp på spiseforstyrrelsen kunne bli vanskelig fordi den aktiverer en tilknytning til omgivelsene.

Mens noen informanter opplevde at spiseforstyrrelsen kunne fungere som en strategi for å mobilisere omsorg, opplevde andre at kropp og mat kunne brukes for å oppnå en

påvirkningskraft på omgivelsene. Spiseforstyrrelsen kunne forstås som en form for opposisjon.

Jeg har jobbet med en del situasjoner hvor det er overspisingslidelse, også kommer det frem at de har litt mer sånn rebell i seg, liksom «nå skal jeg faen meg gjøre alt det jeg ikke fikk lov til å gjøre da jeg var liten, så nå skal jeg binge tv-serier, også skal jeg spise alt det jeg ikke fikk lov til å spise da jeg var liten». Det er en liten sånn protest, og det er det jo ofte litt mer energi i enn trøst. (Informant 2)

Relasjonen mellom terapeut og pasient ble trukket frem som verdifull for å skape endringer i måten pasienten håndterer sine relasjoner på.

Det gir så mye ringvirkninger på andre områder i livet deres. Klarer vi å sette ord på følelser her, så er dette en endringsarena for andre relasjoner, og da kan man plutselig sette ord på sine følelser foran andre, og da blir det kanskje mindre relasjonelle utfordringer. (Informant 5)

For å kunne skape en endring, opplevde flere informanter det som viktig å etablere en tillit og trygghet hos pasienten. Ved å støtte og romme pasienten kunne terapirommet bli et trygt sted hvor pasienten kunne utforske sine indre opplevelser og øve på å uttrykke disse sammen med terapeuten. På denne måten kunne pasienten få tillit til at terapeuten ville møte pasientens følelser som kunne oppstå spontant i øyeblikket. En informant beskrev hva som kunne være utfordrende i arbeidet med å skape tillit hos pasienten:

Hvis vi tenker at noe av grunnopplevelsen til mange pasienter er mistillit til at det går an å bli sett på sitt indre, så kan vi jo ikke si til dem at jeg kan forstå ditt indre [...] Det er jo ikke sånn det funker sant, de må få direkte erfaringer med at det skjer [...] Pasienten må ha en opplevelse av at «du skjønner meg» [...] Korrigerende emosjonelle erfaringer. (Informant 3)

For å få pasienten til å føle seg forstått, viste informantene til viktigheten av terapeuters evne til å lytte og sette seg inn i pasientens situasjon på en åpen, nysgjerrig og ikke-dømmende måte. For noen informanter holdt det ikke å forestille seg pasientens perspektiv for å kunne validere pasientens situasjon: “Jeg er så opptatt av å komme til det punktet der jeg kan si at jeg forstår. Og det kan jeg ikke si fra hodet liksom, for det hjelper ikke. Jeg må kjenne det på min kropp og” (Informant 14).

Andre informanter opplevde at misforståelser og brudd som oppsto i den terapeutiske relasjonen kunne være verdifulle erfaringer som kunne styrke relasjonen. Å snakke åpent om følelsen av å være misforstått kunne få pasienten til å føle seg mer forstått. Dette kunne skape en trygghet av at terapeuten forble den samme i møte med pasientens følelser. Ved å være oppmerksom på hva som kunne skje i pasienten, både følelser, stemninger og responser på det terapeuten har sagt, kunne terapeuten måle temperaturen for å fange opp mulige brudd i relasjonen.

Blant informantene som beskrev spiseforstyrrelsen som en kommunikasjonsform, var det flere som jobbet med å hjelpe pasienten til å uttrykke underliggende behov på en annen måte enn gjennom kropp og mat. Mange pasienter kan mangle et språk for sine følelser, og det ble derfor sett på som viktig at pasienten kom i kontakt med sine følelser for å kunne sette ord på hva som var vanskelig. Det å få pasienten til å uttrykke følelser og behov overfor andre ble beskrevet som en utfordrende og tidkrevende prosess, særlig ved skambelagte følelser hvor pasienten måtte vise sårbarhet. Noen opplevde at det å bruke kreative løsninger, slik som kunst, matlaging og turgåing, kunne hjelpe pasienten til å komme i kontakt med og kommunisere indre opplevelser som preget dem i øyeblikket. En informant trakk frem et eksempel hvor en pasient hadde god nytte av å bli bedre kjent med sine indre opplevelser:

Så ved å jobbe på den måten ga det en veldig positiv effekt på hennes relasjon til sin samboer. Hun hadde lettere for å uttrykke sine egne følelser og behov overfor ham

som gjorde samspeilet mellom de to mye bedre. Ja, eh, så etter de seks månedene så var det ikke noe mer oppkast, men kun et emosjonsfokus, hvor vi jobbet kun med det relasjonelle. Oppkastingen hadde ikke en funksjon lenger fordi hun kunne uttrykke seg på andre måter. (Informant 5)

Blant informantene som forsto spiseforstyrrelsen som en strategi for å påvirke omgivelsene, jobbet flere med å hjelpe pasienten til å finne andre kilder til påvirkningskraft. Å hjelpe pasienten til å hevde seg i relasjoner ble ansett som en nyttig erfaring. Ved å sette grenser for seg selv, uttrykke sine behov og tillate seg selv å ta plass i verden, kunne pasienten utvikle større agens i livet sitt. "Når man opplever at man kan påvirke og den andre lar seg påvirke, så er jo det en konkret erfaring med at det jeg kommer med, det er viktig, det har en verdi" (Informant 4).

Tema 3. Bryte spiseforstyrrelsens selvoppretholdende spiral

Blant våre informanter var det noen som beskrev spiseforstyrrelser som en mestringsstrategi som hadde fungert på et tidspunkt, men som hadde gått ut av kontroll. Den hadde kanskje en funksjon da den utviklet seg, men den var senere blitt et selvoppretholdende system. Andre opplevde at spiseforstyrrelsen ikke nødvendigvis hadde en funksjon, og at den hadde utviklet seg mer tilfeldig. Det varierte hvordan informantene jobbet for å bryte den selvoppretholdende spiralen, hvor noen fokuserte på underliggende faktorer som bidro til å utløse spiseforstyrrelsen, mens andre fokuserte på hva som opprettholdt lidelsen her og nå.

Informantene viste til eksempler på underliggende faktorer som lav selvfølelse, rigiditet og perfektjonisme, usikker tilknytningsstil, invaderende eller avvisende foreldrestil, samt tilstedeværelse av andre psykiske lidelser, for eksempel depresjon, angst, traumer og personlighetsproblematikk. Utfordrende overganger i livet, spesielt puberteten og overgangen til voksenlivet, og belastende hendelser som tap eller konflikt i relasjoner og overgrep, kunne

bidra til å utløse utvikling av spiseforstyrrelser. Eksempler på opprettholdende faktorer som ble trukket frem av informantene var opplevelse av mestring og kontroll, overdrevent fokus på mat og vekt, kroppssjekking, kompenserende atferd som oppkast og trening, samt konflikter i familie eller vennerelasjoner.

Spiseforstyrrelsen ble forstått blant flere av informantene som en kilde til mestringsfølelse. Dette kunne handle om at pasienter ikke opplevde mestring i andre områder i livet, og fikk derfor behov for å finne noe som kunne gi en følelse av å være vellykket, hvor kropp og vekt ble en løsning. Å kjenne mestring etter en episode med oppkast eller restriksjon kunne gi en umiddelbar tilfredsstillende følelse, noe som kunne bidra til å opprettholde atferden. Noen informanter erfarte at spiseforstyrrelsen kunne gå fra å være en strategi som ga følelse av mestring og kontroll, til en strategi som tok kontroll over personen. "Men for noen bikker det på en måte over og tar for stor plass etter hvert til at de kommer ut av det, så etter hvert så blir det ikke et valg lenger, det blir bare noe som opprettholder seg selv." (Informant 13).

Andre informanter opplevde at spiseforstyrrelsen ikke nødvendigvis hadde en sterk funksjon, men at den heller hadde hatt en mer tilfeldig utvikling. Eksempler som ble trukket frem var pasienter som hadde deltatt i et idrettsmiljø preget av høyt kroppspress eller som hadde startet et slankeprosjekt som var gått ut av kontroll. En informant beskrev hvordan dette kunne bli selvopprettholdende:

Jeg tror nok at en del av disse tingene oppstår nokså tilfeldig da. At vi har lett for, at vi er utsatt for dette her alle sammen, ikke sant, vi har en litt sånn rar hjerne som biter seg selv litt i halen, sånn at enkle forestillinger eller ideer kan plutselig få et eget liv og bli på en måte en sånn selvforsterkende prosess da. Man ser «Åh ja, hvis jeg begynner å kutte ut frokosten, oi! Da går jo vekten min ned». (Informant 1)

Det som var felles for informantene som opplevde at spiseforstyrrelsen hadde en tydelig funksjon og de som ikke gjorde det, var at de forsto spiseforstyrrelsen som et selvoppretholdende system. Med dette menes det at selve symptomene på spiseforstyrrelsen bidrar til å vedlikeholde lidelsen. De beskrev hvilken effekt sult, oppkast og overspising kunne ha på kroppen, og hvordan biologiske og fysiologiske prosesser bidro til å opprettholde spiseforstyrrelsen. “Så, du blir anorektisk av å ha anoreksi, det forsterker” (Informant 14).

Det kom frem et tydelig skille blant informantene i hvilket fokus de vektla i behandling for å bryte spiseforstyrrelsens selvoppretholdende spiral. Blant de som var mest opptatt av spiseforstyrrelsens funksjon, opplevde flere informanter det som meningsfullt å utforske funksjonen sammen med pasienten. Ved å bli kjent med hva lidelsen kunne hjelpe pasienten med og hva den kunne komme i veien for, kunne en finne andre måter å fylle denne funksjonen på. Andre jobbet mer med å identifisere hva som bidro til å opprettholde spiseforstyrrelsen her og nå. De opplevde at det som bidro til å utløse spiseforstyrrelsen ikke nødvendigvis var det samme som det som bidro til å opprettholde den, og at det å utforske årsaken til spiseforstyrrelsen i seg selv sjeldent ville kunne lede personer ut av lidelsen. En økt forståelse for mulige årsaker ble likevel anerkjent som nyttig for å skape bevissthet over pasientens tidlige tegn på utvikling av spiseforstyrrelsen for å kunne unngå at den blusser opp igjen i fremtiden.

Symptomreduksjon fremsto som sentralt i det å bryte spiseforstyrrelsens selvoppretholdende system. Dette handlet hovedsakelig om å etablere regelmessige måltider for å sikre jevn tilførsel av mat, stabilisere vekt til normal KMI og redusere atferd som oppkast og trening. Noen informanter opplevde det som særlig krevende å jobbe med vektøkning fordi det ofte var det pasienten fryktet mest, og derfor var minst motivert for å jobbe med. Det ble understreket som helt nødvendig med regelmessig veiing og reernæring dersom pasienten hadde alvorlig undervekt. Noen ganger måtte informantene ty til bruk av

tvang, både i form av kortvarig fastholding og sondeernæring. En informant beskrev bruk av tvang som spesielt tøft i behandling av spiseforstyrrelser:

Ehm, og den sondingen, eller sondeepisoden, den ene jeg var med på, var veldig dramatisk. Hun var helt livredd. Hun holdt seg fast...og det var jo bare en liten jente, men det var enorme krefter [...] Og vi måtte ha 3-4 folk for å klare å holde henne ned i sengen. Hun bare hylte og var helt sånn vill i blikket og...skrek og. Det var helt fullstendig panikk da. (Informant 6)

Noen informanter opplevde alvorlige somatiske tilfeller som særlig krevende i en poliklinisk setting, spesielt hvis pasienten ikke forsto alvorret i situasjonen eller var benektende. En informant beskrev et slikt tilfelle:

Hun bare har bestemt seg for at «jeg vil ikke mer av det, av mer behandling, men jeg vil leve og jeg vil ha et prøvelig liv liksom, men jeg vil ikke...vil ikke gjøre noe kroppslig, somatisk, vil ikke gå opp i vekt igjen, da vil jeg heller ta livet mitt» [...] Og da å jobbe poliklinisk og sitte litt sånn alene med et menneske som er alvorlig syk og jeg vet at hun kan dø [...] Det synes jeg er et kjempedilemma [...] Hun representerer jo på en måte ytterpunktene av noe som egentlig er ganske kjent i mange saker. Når er det somatisk forsvarlig med poliklinisk behandling, hvor går grensen til innleggelse? (Informant 2)

Halvparten av våre informanter fortalte at de hadde et hovedfokus på symptomreduksjon i behandling av spiseforstyrrelser. De jobbet hovedsakelig på allmennpsykiatriske poliklinikker og døgnenheter. Noen av dem skilte mellom en “ren spiseforstyrrelsesbehandling” og behandling av andre psykiske lidelser. De avsluttet derfor behandling når symptomene på spiseforstyrrelsen var stabiliserte eller viderehenviste til andre instanser for behandling av andre psykiske vansker. Viderehenvisning ble beskrevet som en måte å signalisere at behandlingen av spiseforstyrrelsen var ferdig, og noen opplevde det som

nyttig at en annen behandler kunne ta over etter et langt og krevende forløp. De andre informantene jobbet med symptomreduksjon i starten av forløpet for å kunne komme i posisjon til å jobbe med underliggende problematikk senere. Ved komorbide tilstander kunne det oppstå uenigheter om det dreide seg om en ren spiseforstyrrelse eller om spiseforstyrrelsen var sekundær til en annen lidelse. Dette kunne skape utfordringer i fordeling av ansvarsområder og etablering av samarbeid mellom ulike instanser.

De resterende informantene i vårt utvalg jobbet på ulike spesialiserte spiseforstyrrelsesenheter og fortalte at de hadde et dobbeltspor i deres behandlingsforløp, hvor de hadde et parallelt fokus på symptomreduksjon og underliggende problematikk. Flere opplevde at det kunne være utfordrende å balansere de to fokusene:

Så, ja takk, begge deler. Men det er jo ikke så enkelt da. Man blir jo dratt inn også på en måte [...] Det er jo en emosjonell smitte. Så jeg tenker at mye av spiseforstyrrelser preger jo mye fagmiljøet og, i forhold til at vi fort får fokus på det ene. Da trumfer jo ofte det akutte. Så det er det med å holde fast i og ha fokus på det for å skulle kunne snakke om noe annet. (Informant 7)

Blant informantene som opplevde at spiseforstyrrelsen kunne fungere som en mestringsstrategi, var det flere som jobbet med å hjelpe pasienten til å skape nye mestringsstrategier og ferdigheter. Det ble beskrevet som en type selvhjelp hvor målet var at pasienten skulle bli sin egen terapeut. Dette kunne gjøre pasienten bedre rustet i møte med utfordringer i livet og kunne bidra til å redusere sjansen for tilbakefall i fremtiden. Flere opplevde det som viktig å skape et ønske om normalitet hos pasienten, og fokuserte derfor på pasientens ønsker og mål for livet for å øke mening og livskvalitet. Mange i denne pasientgruppen kan være fanget i et her-og-nå-fokus, og noen så derfor viktigheten av å orientere dem mer mot fremtiden ved å utforske hvordan spiseforstyrrelsen kom i veien for hva de ønsket å oppnå i livet. Noen pasienter kunne innse at de ikke kunne få barn når de var

undervektige, mens andre erkjente at overopptattheten av mat og kropp ville ta for stor plass til å kunne ha tid til kjæreste, studier og jobb. I arbeidet med å redusere plassen til spiseforstyrrelsen i livet, opplevdes det som viktig å hjelpe pasienten til å erstatte spiseforstyrrelsen med noe verdifullt:

Så slutten av behandlingen handler jo om å fylle livet og få nye bein å stå på. Så en pasient som bare behandles ut i et tomrom blir jo ikke frisk. Etter hvert så må jo pasienten ut og være med venner, drive på med ting...ha ting som gir mening. Og det som oftest gir mening for pasientene, det er jo opplevelser som handler om tilhørighet da. Å være noe sammen med andre og for andre og...å bety noe liksom. (Informant 13)

Diskusjon

Formålet med denne studien var å utforske hvilken funksjon terapeuter opplever at spiseforstyrrelsen fyller hos pasienter, og hvordan de jobber med å erstatte funksjonen til spiseforstyrrelser i behandling. Gjennom vår tematiske analyse kom vi frem til tre hovedtemaer: 1) *Jobbe terapeutisk for å redusere behovet for beskyttelse*, 2) *Anvende terapeutisk relasjon for å styrke pasientens relasjon til andre* og 3) *Bryte spiseforstyrrelsens selvoppretholdende spiral*. I analysen fremkom det et tydelig skille i terapeutenes forståelse av spiseforstyrrelsens funksjon og hvilket fokus de vektla i behandling. Vi vil i det følgende diskutere hva som kan bidra til å forklare ulik forståelse av funksjon og ulikt behandlingsfokus.

Mulige måter å forstå variasjon i forståelse av spiseforstyrrelsens funksjon

Slik det fremkom i analysen viste våre informanter ulik forståelse av hvilken funksjon spiseforstyrrelsen kan fylle for pasienter. Noen opplevde at spiseforstyrrelser ikke nødvendigvis har en klar funksjon, men at den har utviklet seg mer tilfeldig. Andre opplevde at spiseforstyrrelsen har en tydelig funksjon, og blant disse fremkom det forskjeller i hvilken

funksjon de trakk frem som spiseforstyrrelsen fyller. Vi vil i det følgende diskutere forståelsen av funksjonen til spiseforstyrrelser i lys av eksisterende forskning på feltet, og om ulike teoretiske tilnærminger kan være med å forklare denne variasjonen.

Hva sier forskningen på feltet om spiseforstyrrelsens funksjon? Blant informantene i vårt utvalg opplevde flere at spiseforstyrrelsen kunne dekke viktige behov hos pasienter og ha en tydelig funksjon. Dette synes å samsvare med noe av litteraturen i feltet (Gagnon-Girouard et al., 2019; Vrabel et al., 2019; Serpell et al., 1999; Eivors et al., 2003; Fox et al., 2011; Espindola & Blay, 2009; Marzola et al., 2016; Nordbø et al., 2006). Eivors et al. (2003) beskriver blant annet spiseforstyrrelser som en funksjonell mestringsstrategi, og ser tap av kontroll i sammenheng med den høye forekomsten av drop-out i denne pasientgruppen. Funksjoner til spiseforstyrrelser som særlig trekkes frem i litteraturen er opplevelse av kontroll, unngåelse av følelser, identitet, omsorg og beskyttelse (Serpell et al., 1999; Fox et al., 2011; Nordbø et al., 2006; Espindola & Blay, 2009; Vrabel et al., 2019). Dette stemmer godt overens med det vårt utvalg forsto som viktige funksjoner. Flere informanter opplevde at behovet for spiseforstyrrelsens beskyttende funksjon kunne bli særlig fremtredende ved manglende indre trygghet i overgangen til voksenlivet. Espindola og Blay (2009) viser hvordan spiseforstyrrelser kan reflektere utfordringer med å håndtere overganger i livet. En slik betraktning av spiseforstyrrelsens funksjon ser ut til å samsvare med tidligere funn som beskriver spiseforstyrrelsen som ikke bare en medisinsk diagnose, men også som psykologisk meningsfull atferd (Nordbø et al., 2006).

En del av forskningen som belyser funksjonen til spiseforstyrrelser fokuserer i hovedsak på AN (Nordbø et al., 2006; Serpell et al., 1999; Espindola & Blay, 2009; Marzola et al., 2016) eller AN og BN (Gagnon-Girouard et al., 2019; Fox et al., 2011). Våre funn belyser et skille blant de ulike formene for spiseforstyrrelser i forbindelse med håndtering av følelser, hvor det ble beskrevet at pasienter med AN ofte hadde et fravær av affekt, mens

pasienter med BN og overspisingslidelse forsøkte å regulere kaotiske følelser.

Spiseforstyrrelsens funksjon ble imidlertid hovedsakelig beskrevet ut ifra spiseforstyrrelser som en samlet gruppe.

Flere i vårt utvalg som opplevde at pasienter kunne tillegge spiseforstyrrelsen en positiv funksjon, forsto dette som opprettholdende for lidelsen. Dette samsvarer med noe av litteraturen på feltet som viser til at positiv attribuering av spiseforstyrrelsens funksjon kan knyttes til vedlikeholdelse av lidelsen (Gagnon-Girourard et al., 2019). Marzola et al. (2016) belyser hvordan det å tillegge spiseforstyrrelsen en funksjon kan ha sammenheng med pasienters manglende motivasjon til behandling. Våre funn belyser at terapeutene kunne erfare at pasienter opplevde ambivalens knyttet til endring, da dette innebærer å gi slipp på spiseforstyrrelsens funksjon.

Våre funn bidrar til å belyse terapeuters perspektiv i forståelsen av spiseforstyrrelsens funksjon. Informantenes skildringer av spiseforstyrrelsens funksjon innebærer også terapeutenes perspektiv på pasientperspektivet. Med tanke på at flere av terapeutene vektla fokus på åpen og empatisk perspektivtaking i forståelsen av pasienters situasjon, kan det argumenteres for at terapeutene gir en inngangsport til å utforske spiseforstyrrelsens funksjon fra et bredere perspektivtilfang. Som tidligere nevnt er de fleste studiene i feltet som belyser spiseforstyrrelsens funksjon basert på et pasientperspektiv (Serpell et al., 1999; Gagnon-Girourard et al., 2019; Nordbø et al., 2006; Fox et al., 2011; Espindola & Blay, 2009). Nordbø et al. (2006) utforsket AN-pasienters opplevelse av spiseforstyrrelsens funksjon og kom frem til følgende: skape trygghet, unngå følelser, øke mestring og selvtillit, skape identitet, oppnå omsorg fra andre, en måte å kommunisere på, samt en måte å dø på (sulte seg til døde). Flere av disse faktorene synes i stor grad å samsvare med det våre informanter trakk frem som viktige funksjoner for pasientene.

Forsøk på å forstå spiseforstyrrelsens natur. Noen av våre informanter opplevde at spiseforstyrrelsen muligens hadde en funksjon i begynnelsen, men at den etter hvert hadde kommet ut av kontroll og blitt et selvoppretholdende system. Andre forsto spiseforstyrrelsen som noe som hadde utviklet seg mer tilfeldig. Det kan være flere grunner til at noen vektla spiseforstyrrelsens funksjon mer enn andre. Som nevnt innledningsvis kan destruktiv atferd og det at pasienter motsetter seg behandling fremstå provoserende for terapeuter som arbeider med denne gruppen (Zerbe, 2007; Fox et al., 2011; Rosenvinge & Klusmeier, 2000; Thompson-Brenner et al., 2012). Lidelsen kan berøre grunnleggende antagelser om liv og død som kan være utfordrende for terapeuter å kjenne på (Strober, 2004). Dette kan føre til et ønske om å forstå opphavet til lidelsen (Crisafulli et al., 2010; Satir, 2013). Samtidig kan naturen til spiseforstyrrelser være vanskelige å forstå, og elementer ved lidelsen, slik som oppkast og alvorlig undervekt, kan vekke ubehag hos terapeuter (Thompson-Brenner et al., 2012). Flere av våre informanter opplevde det som nyttig å utforske spiseforstyrrelsens funksjon sammen med pasienten for å skape større forståelse for årsak til utvikling. Andre erfarte at det som bidro til å utløse spiseforstyrrelsen ikke nødvendigvis var det samme som det som opprettholdt den her og nå, og så derfor ikke samme verdien av å utforske utløsende årsak. Satir (2013) foreslår en måte å håndtere utfordringer med forståelse av spiseforstyrrelsens natur, nemlig å se på symptomer som noe mer enn bare mat, kropp og atferd, og at det handler om individets forsøk på å håndtere vanskelige følelser. En slik forståelse samsvarer godt med våre funn hvor flere informanter trakk frem håndtering av følelser som sentralt ved spiseforstyrrelser.

Kan teoretisk forankring ha innvirkning på forståelse og vektlegging av spiseforstyrrelsens funksjon? Det kan tenkes at terapeuters teoretiske forankring kan få betydning for hvordan de forstår spiseforstyrrelsens funksjon. Et sentralt mål i CBT-E er å adressere mekanismer som er viktig for opprettholdelsen av spiseforstyrrelser (de Jong et al.,

2016). Informanter i vårt utvalg trakk frem eksempler på opprettholdende faktorer som overdrevent fokus på mat og vekt, kroppssjekkning eller ulike former for kompenserende atferd. Andre opprettholdende faktorer som trekkes frem i litteraturen er interpersonlige utfordringer, perfeksjonistiske trekk, selvfølelsesproblematikk og vansker med å håndtere følelser (Fairburn, 2008). Kleifield et al. (1996) argumenterer for at bruk av CBT-E i behandling av AN baseres på to hovedantagelser om lidelsen: AN kan ha hatt en positiv funksjon i pasienters liv og hjulpet med å håndtere utfordringer, men unngåelse av mat som løsning bidrar etterhvert til å opprettholde lidelsen. En slik forståelse samsvarer med informantene i vårt utvalg som beskrev spiseforstyrrelsen som en mestringsstrategi som hadde utviklet seg til et selvopprettholdende system.

Ut ifra et psykodynamisk og mentaliseringsbasert perspektiv kan symptomer på spiseforstyrrelser forstås som et resultat av en indre sårbarhet som følge av at individets behov ikke har blitt tilstrekkelig møtt i viktige tilknytningsrelasjoner (Tasca & Balfour, 2014). En informant i vårt utvalg beskrev hvordan følelsen av å ikke bli sett av omsorgspersoner i oppveksten kunne forsterke behovet for å bli forstått senere i livet. Flere jobbet med å styrke pasienters indre trygghet og brukte den terapeutiske relasjonen for å fylle relasjonelle behov. Som nevnt innledningsvis foreligger det et særlig fokus på følelser i EFT. Denne tilnærmingen er rettet mot individer som har vansker med enten over- eller underregulering av følelser (Dolhanty & Greenberg, 2009). For individer som bruker spiseforstyrrelsen til å regulere følelser, kan prosessen mot tilfriskning ofte være krevende ettersom de i større grad må begynne å kjenne på følelser som de tidligere har unngått gjennom spiseforstyrrelsesatferd (Tweed, 2013). Flere terapeuter i vårt utvalg opplevde også denne prosessen som utfordrende, og jobbet aktivt med å hjelpe pasienter til å håndtere følelser på mer hensiktsmessige måter i forsøk på å redusere spiseforstyrrelsens følelsesregulerende funksjon.

Det kan hende at teoretisk tilnærming får en viss betydning for hvorvidt terapeuter vektlegger spiseforstyrrelsens funksjon. Litteraturen på feltet ser ut til å være noe mangelfull når det kommer til betydningen av teoretisk forankring for hvordan terapeuter vektlegger og forstår funksjonen til spiseforstyrrelser. Gjennom vår studie belyses enkelte forskjeller i synet på funksjon mellom informanter med ulik teoretisk bakgrunn. Vi kan likevel ikke fastslå om disse forskjellene skyldes teoretisk forankring eller andre faktorer, spesielt med tanke på at flere informanter ikke jobbet eksklusivt ut ifra én behandlingstilnærming.

Forståelsen av den subjektive og psykologiske funksjonen til symptomer ved spiseforstyrrelser kan gi økt innsikt i hvorfor pasienter noen ganger motsetter seg eller dropper ut av behandling (Gagnon-Girouard et al., 2019). Denne forståelsen ser også ut til å kunne få betydning for den terapeutiske alliansen og pasientens forpliktelse til terapi. Marzola et al., (2016) påpeker at det burde være et fokus på funksjonen til spiseforstyrrelser i behandling, da dette kan være nyttig for å engasjere pasienter i behandlingen og oppnå tilfriskning. Å avdekke den egosyntone naturen til spiseforstyrrelser kan ha kliniske implikasjoner for individuell tilpasset behandling. Ved å utforske hvilke fordeler og ulemper pasienter opplever ved lidelsen, og hvordan spiseforstyrrelsesatferd kan være inkongruent med personlige verdier, kan terapeuter hjelpe pasienter med å erstatte de positive funksjonene med mer adaptive strategier (Gregertsen et al., 2017). Norbø et al. (2006) understreker viktigheten av at mål for behandling er i tråd med pasienters egne verdier, og argumenterer for at kunnskap om spiseforstyrrelsens funksjon er sentralt for at terapeuter og pasienter skal kunne ha enighet omkring mål i behandling.

Mulige forklaringer på variasjon i behandlingsfokus

I vårt utvalg fremkom det et tydelig skille i hvilket fokus terapeutene vektla i behandling, hvor det varierte i hvilken grad de jobbet med symptomreduksjon, opprettholdende og underliggende faktorer. Videre vil vi diskutere ulike måter å forstå denne

variasjonen på, og hvilken betydning det kan ha for tilfriskning i behandling. Vi vil ta utgangspunkt i eksisterende litteratur og forskning på feltet, og bruke Helsedirektoratets retningslinjer for behandling aktivt i diskusjonen.

Er det samsvar mellom forståelse av funksjon og behandlingsfokus? For å oppnå en større forståelse for hvorfor informantene viste variasjon i behandlingstilnærming, kan det være nyttig å utforske hvorvidt variasjon i forståelse av spiseforstyrrelsens funksjon gjenspeiler seg i valg av behandlingsfokus. I vårt utvalg ser det hovedsakelig ut til å være et samsvar mellom informantenes forståelse av spiseforstyrrelsens funksjon og deres behandlingstilnærming. De som opplevde at spiseforstyrrelsen har en tydelig funksjon jobbet med å erstatte denne funksjonen i behandling. Eksempelvis jobbet de som forsto spiseforstyrrelsen som en mestringsstrategi med å fremme mestring i pasientens andre livsområder. De som opplevde at spiseforstyrrelsen ikke har en tydelig funksjon jobbet mer med å redusere hva som opprettholdt lidelsen her og nå.

Ifølge Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser bør psykiatrisk behandling innebære en kombinasjon av atferdstiltak som er knyttet til symptomreduksjon og psykoterapi knyttet til underliggende og opprettholdende faktorer (Helsedirektoratet, 2017). Funnene våre bidrar til å belyse en variasjon i vektlegging av opprettholdende og underliggende faktorer, hvor noen hovedsakelig jobbet med symptomreduksjon, mens andre hadde et parallelt fokus på symptomreduksjon og underliggende problematikk. Skårderud et al. (2020) påpeker nødvendigheten av å etterstrebe et dobbeltspor, hvor en fokuserer på symptomreduksjon gjennom normalisering av spising og vekt, parallelt med at en fremmer en nysgjerrighet omkring eget og andres sinn.

Det fremkom i våre funn at de som hadde et hovedfokus på symptomreduksjon i behandling jobbet på allmennpsykiatriske poliklinikker og døgnenheter, mens de som vektla et dobbeltspor jobbet på spesialiserte spiseforstyrrelsesenheter, hovedsakelig poliklinisk. Det

kan derfor tenkes at terapeutenes arbeidskontekst kan påvirke hvorvidt det er samsvar mellom deres forståelse av spiseforstyrrelsens funksjon og behandlingsfokus. Arbeidskonteksten kan både skape muligheter og begrensninger for hvilket fokus terapeuter kan ha i behandling.

Som nevnt innledningsvis anbefaler Helsedirektoratet døgnbehandling og omfattende somatisk behandling ved manglende effekt av poliklinisk behandling og ved alvorlige tilfeller av spiseforstyrrelser. Det presiseres at hovedmålet i en slik behandling er symptomreduksjon, og at videre behandling vil fokusere på reduksjon av opprettholdende faktorer (Helsedirektoratet, 2017).

Noen av våre informanter jobbet på en døgnavdeling med pasienter med alvorlig undervekt og mer komplekse, komorbide tilstander. Her vil fokus i behandling naturlig nok være mer rettet mot symptomreduksjon, uavhengig av om terapeuter forstår symptomreduksjon som tilstrekkelig for å oppnå full tilfriskning. På en poliklinikk vil pasientene ofte ha en mer stabil somatisk tilstand (Helsedirektoratet, 2017), og har som oftest en normal kognitiv fungering til å kunne jobbe mer psykoterapeutisk. Forskning viser at pasienter med langvarige spiseforstyrrelser viser større kognitive svekkelser enn pasienter med kortvarige spiseforstyrrelser (Grau et al., 2019), og at pasienter med alvorlig restriktiv AN viser statistisk signifikante økninger i kognitiv fungering etter akutt reernæring (Rylander et al., 2020). Frostad (2004) argumenterer for at motiverende behandling ikke er tilstrekkelig i behandling av alvorlige spiseforstyrrelser fordi pasienten kan være så preget av somatiske komplikasjoner og psykiatriske symptomer som alvorlig kognitiv svikt, depresjon og suicidalitet. Terapeuters arbeidskontekst og alvorlighetsgraden til pasientens tilstand kan derfor være en tenkelig forklaring på hvorfor det ikke alltid er mulig å etterfølge anbefalinger om dobbeltspor i behandling, og hvorfor det kan være lite samsvar mellom forståelse av funksjon og behandlingsfokus.

Skillet mellom eklektiske og retningsspesifikke tilnærminger. Kazdin et al. (2017)

adresserer et kritisk gap mellom forskning og klinisk praksis i behandling av spiseforstyrrelser. I vårt utvalg hadde halvparten av informantene en eklektisk tilnærming i behandling, hvor de kombinerte elementer fra ulike terapiformer. Resten av utvalget jobbet hovedsakelig innenfor én terapiform, hvorav noen jobbet med manualbasert behandling. Ifølge Noordenbos (2013) kan bruk av en eklektisk tilnærming hvor ulike aspekter fra de mest effektive behandlingsformene integreres føre til vellykkede behandlinger. Zarbo et al. (2016) presiserer skillet mellom teknisk eklektisisme, hvor terapeuter velger teknikker fra ulike modeller uten hensyn til teoretisk grunnlag eller forskningsevidens, og integrativ psykoterapi, hvor relasjonen mellom effektiv klinisk praksis, teori og empiri vektlegges. De trekker frem ulike fordeler ved integrativ psykoterapi, nemlig at det er fleksibelt og individuelt tilpasset til pasientens behov, sensitiv til terapeutisk allianse, og at det passer for ulike pasienter, problemer og kontekster. Det inkluderer også effektive fellesfaktorer på tvers av ulike tilnærminger, slik som terapeutisk allianse og pasienters forventninger.

Waller (2016) problematiserer på sin side at terapeuter avviker fra protokoller og anvender integrative tilnærminger som i større grad er basert på terapeutens bedømmelser og pasientens verdier. Han argumenterer for at manualbasert behandling er nødvendig for implementering av evidensbasert behandling, og viser til at terapeuters bedømmelser som oftest ikke er evidensbasert og at pasientens verdier kan være i konflikt med viktige elementer i behandling, eksempelvis pasienters motvillighet til vektøkning.

Skårderud et al. (2020) viser på sin side til at standardisering av behandling ikke vil være tilstrekkelig i møte med en kompleks og mangfoldig pasientgruppe, og vektlegger fokus på spesialisering og individuelt tilpassede behandlingstilbud. Pasienter med spiseforstyrrelser er en heterogen gruppe med ulike behandlingsbehov og alvorlighetsgrad (Halvorsen & Bergwitz, 2019). Norsk Psykologforening (NPF) sin prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk behandling forsøker å forene fokus på standardisering med individuell

tilpasning, og definerer evidensbasert praksis som en kombinasjon av best tilgjengelig forskningsevidens, klinisk ekspertise og pasientens karakteristikk, ønsker og kulturelle bakgrunn (NPF, 2007). Med dette siktes det til at klinisk skjønn og brukervedvirkning er viktig for å kunne tilby evidensbasert behandling.

En mulig forklaring på hvorfor vårt utvalg viste variasjon i bruk av eklektiske og retningsspesifikke tilnærminger kan derfor være at terapeuter vektlegger forskningsevidens, klinisk skjønn eller pasientens behov ulikt i behandling. En annen mulig forklaring til en slik variasjon kan være hvorvidt terapeuter implementerer nasjonale retningslinjer for behandling i deres praksis. Retningslinjer kan både skape skepsis og entusiasme blant terapeuter (Parry et al., 2003, s. 338). NICE sine retningslinjer er ikke konsekvent anvendt i de britiske helsetjenestene, og Court et al. (2017) ønsket derfor å utforske terapeuters oppfatning og bruk av retningslinjene. En gjennomgående bekymring blant flere av terapeutene var at retningslinjene kan skape en illusjon av struktur, og årsaken til manglende implementering kan være at terapeuter ønsker å tilby fleksibilitet og et bredt spekter av faglig kompetanse i behandling. Det kan derfor tenkes at variasjon i bruk av eklektiske og retningsspesifikke tilnærminger i vårt utvalg kan gjenspeile hvorvidt terapeutene opplever retningslinjene som nyttige for sin kliniske praksis.

Manglende konsensus om forståelse av tilfriskning i feltet. En annen inngang til å forstå variasjonen i våre funn i forståelse av spiseforstyrrelsens funksjon og behandlingssfokus er å se på hvordan informantene forstår tilfriskning i behandling av spiseforstyrrelser. Noen informanter beskrev at de avsluttet behandling ved symptomlette eller viderehenviste til andre instanser for behandling av komorbide psykiske lidelser. Andre opplevde at symptomreduksjon i seg selv ikke var nok for å oppnå full tilfriskning. Dette gjenspeiler på mange måter diskusjoner i spiseforstyrrelsesfeltet. Bardone-Cone et al. (2010) argumenterer for at det mangler en konsensus i feltet om hvordan en skal operasjonalisere tilfriskning. De

foreslår en operasjonalisering som både inkluderer fysiske, atferdsmessige og psykologiske komponenter. Det problematiseres at en slik omfattende tilnærming ikke er konsekvent brukt i spiseforstyrrelsesfeltet, og at det som oftest er de psykologiske komponentene som mangler, spesielt pasientens tanker og holdninger knyttet til kropp og mat. Noordenbos (2013) fremmer også en forståelse av tilfriskning som en kombinasjon av fokus på symptomreduksjon og underliggende faktorer for utvikling av spiseforstyrrelsen. Hun viser til følgende kriterier for fullstendig tilfriskning: en sunn og stabil vekt, sunne spisevaner, positiv kroppsholdning, tilfriskning av fysiske konsekvenser av spiseforstyrrelsen, økt selvfølelse, bedre følelsesregulering og sosial integrering. Disse kriteriene stemmer godt overens med det vårt utvalg trakk frem som viktige fokus i behandling, men det varierte imidlertid hvorvidt de kombinerte fokus på symptomreduksjon og underliggende faktorer i forståelse av tilfriskning.

Det finnes ulike modeller for konseptualisering av behandling og tilfriskning innenfor psykiatri og psykologi. I den medisinske modellen forstås dysfunksjon eller svekkelse i psykologisk fungering som en kausal mekanisme, og i behandling anvendes spesifikke teknikker for ulike lidelser for å reparere eller restrukturere underliggende dysfunksjon. Effekten av behandling og tilfriskning vurderes ut ifra reduksjon av symptomer som definerer lidelsen (Pérez-Álvarez, 2012). Dette stemmer overens med informantene i vår studie som anså pasienten som ferdigbehandlet ved symptomreduksjon. Den kontekstuelle modellen utviklet av Bruce Wampold vektlegger relasjonen mellom terapeut og pasient i vurdering av effekt av behandling (Wampold & Imel, 2015). Modellen foreslår tre ulike veier til endring i terapi. Den første veien til endring utgjør den genuine relasjonen mellom terapeut og pasient, hvor en empatisk og omsorgsfull terapeut anses som viktig for tilfriskning, spesielt for pasienter med relasjonelle vansker. Den andre veien til endring innebærer å skape forventninger til terapi hos pasienten gjennom adaptive forklaringer av lidelsen og forslag til terapeutiske metoder som er konsistente med forklaringen. Ved å skape enighet om mål og

metoder for behandling kan dette skape forventninger om at behandling vil ha effekt. Den siste veien til endring er at pasienten engasjerer seg i terapeutiske handlinger i behandling som er helsepromoterende, slik som kognitiv restrukturering, å uttrykke ubehagelige følelser, øke selvaksept, forbedre mellommenneskelige relasjoner og øke mentaliseringsevne (Wampold & Imel, 2015; Wampold, 2015).

Flere av våre informanter belyste hvordan den terapeutiske relasjonen i seg selv kan ha en kurerende effekt. De vektla fokus på å etablere trygghet og tillit hos pasienten, få pasienten til å føle seg forstått, hjelpe pasienten til å kommunisere underliggende behov og øke evne til selvhevdelse, som illustrert i de to første temaene. En metaanalyse og en systematisk forskningsoppsummering viser at terapeutisk allianse kan være viktig for utfall i behandling av spiseforstyrrelser (Graves et al., 2017; Zaitsoff et al., 2014). Metaanalysen til Graves et al. (2017) belyser at tidlig symptomreduksjon kan forsterke terapeutisk allianse og behandlingsutfall. Dette kan være med på å belyse hvorfor noen av informantene i vårt utvalg vektla særlig fokus på symptomreduksjon i starten av behandlingsforløpet.

Gulliksen et al. (2012) gjennomførte en studie hvor de utforsket AN-pasienters opplevelser av hva som kjennetegner en god terapeut. De identifiserte fire faktorer, nemlig aksept, vitalitet, utfordring og ekspertise. Med aksept vises det til en terapeut som gir omsorg og er forståelsesfull, ser pasientens perspektiv, lytter til dem på en respektfull og ikke-dømmende måte og viser tålmodighet i arbeidet med atferdsendring og etablering av tillit. Vitalitet innebærer at terapeuten viser aktiv interesse for pasienten og har humor, mens utfordring viser til terapeutens fokus på pasientens ressurser og støtte i vanskelige situasjoner. Med ekspertise menes det at terapeuten er autoritativ og har erfaringsbasert kunnskap. Pasientperspektivet stemmer godt overens med det terapeutene i vårt utvalg vektlegger som viktige faktorer for å skape en god terapeutisk allianse. Det kan derfor tenkes at ulik

operasjonalisering av tilfriskning kan bidra i forståelsen av hvorfor vårt utvalg viser variasjon i vektlegging av symptomreduksjon, opprettholdende og underliggende faktorer i behandling.

Metoderefleksjon

Ved vurdering av metodens kvalitet har vi valgt å ta utgangspunkt i kvalitetsmålene som har blitt foreslått av Stige et al. (2009) og Morrow (2005). Stige et al. (2009) ønsker å vektlegge en refleksiv dialog istedenfor en regelbunden vurdering, og foreslår en vurderingsagenda kalt EPICURE. Denne består av to dimensjoner beskrevet gjennom akronymene EPIC og CURE. EPIC viser til utfordringer med å produsere historier som gjør en forskjell gjennom engasjement, prosessering, fortolkning og (selv)-kritikk. CURE viser til utfordringer knyttet til håndtering av forutsetninger og konsekvenser av forskning, med fokus på sosial (kritikk), nytteverdi, relevans og etikk. Morrow (2005) foreslår følgende kriterier for å vurdere kvaliteten til kvalitativ forskning; sosial validitet, subjektivitet og refleksivitet, tilstrekkelighet av data og tilstrekkelighet av fortolkning.

Ifølge Stige et al. (2009) er det ikke nødvendig å diskutere alle kvalitetsmålene i vurderingsagendaen, men heller fokusere på det som er mest relevant for forskningsprosjektet. Vi har derfor valgt å ha et hovedfokus på refleksivitet, prosessering og tilstrekkelighet av fortolkning. Under refleksivitet vil vi redegjøre for EPICURE-målene engasjement og selvkritikk. Tilstrekkelighet av data og etiske sider ved prosjektet har blitt diskutert i metodedelen. Vi har redegjort for studiens relevans og nytteverdi i diskusjonsdelen, hvor vi har diskutert hvordan våre funn kan relateres til og utvide eksisterende kunnskap. Dette vil diskuteres videre under implikasjoner for klinisk praksis og videre forskning.

Refleksivitet. I kvalitativ forskning erkjennes det at innsamling av data og analyseprosessen er forankret i subjektivitet. For å unngå at subjektivitet har en nødvendig innvirkning på forskningen, kan forskeren synliggjøre sine implisitte antagelser,

forutsetninger og bias for seg selv og andre (Morrow, 2005). I kvalitative studier er forskeren et sentralt instrument, og det er derfor viktig at forskeren har en selvkritisk og reflektiv tilnærming til hvordan individuelle faktorer som personlig engasjement, prosessering og fortolkning kan påvirke forskningsprosessen (Stige et al., 2009).

Ifølge Stige et al. (2009) kan personlig engasjement i kvalitativ forskning føre til at forskerens erfaringer og subjektivitet blir en del av studien. Subjektivitet er en forutsetning for god kvalitativ forskning (Morrow, 2005). Vi har fått en økt interesse og engasjement for spiseforstyrrelsesfeltet gjennom vår psykologiutdanning og jobberfaring. Vi har tilegnet oss noe kunnskap om behandling av spiseforstyrrelser gjennom undervisning og lesing av litteratur på feltet. Den ene av oss har gjennom ekstern praksis arbeidet på en akuttpsykiatrisk avdeling, hvor det var flere pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser. Den andre har jobbet i Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS) for personer med spiseproblematikk og deres pårørende. Stige et al. (2009) presiserer at det er viktig at forskerens erfaringer og forforståelser ikke forveksles med studiens funn. Dette krever et høyt nivå av refleksjon og selvkritikk rundt forskerens motivasjon og engasjement i forskningsprosjektet. Med tanke på vår erfaring i spiseforstyrrelsesfeltet, er det naturlig at vi har personlige meninger om hvilken funksjon spiseforstyrrelsen fyller og hvilket fokus en bør ha i behandling. Vi har forsøkt å få frem mangfoldet i vårt datamateriale og presentere våre funn på en nøytral måte slik at ikke noen tilnærminger fremstilles som bedre enn andre. Det kan likevel hende at våre personlige synspunkter skinner gjennom. Vi har derfor vært bevisste på hvordan dette kan påvirke forskningsprosjektet, og reflektert over hvordan vi kan unngå at det får en unødvendig innvirkning på innsamling, tolkning og fremstilling av data.

Det er ulike faktorer i intervjuprosessen i interaksjonen mellom informant og intervjuer som kan ha innvirkning på datainnsamling og tolkningsprosessen. Vi var fire studenter som gjennomførte intervjuene. Vi tok utgangspunkt i samme intervjuguide, men

fokus og oppfølgingsspørsmål kan likevel ha blitt farget av hvem som var intervjuer og erfaringer intervjueren hadde fra de andre intervjuene. Den unike relasjonen som ble etablert mellom informant og intervjuer kan også ha påvirket hvilke oppfølgingsspørsmål intervjuer stilte og hvilken informasjon informanten delte. Med tanke på at vi var to hovedoppgavegrupper som hadde ulikt analysefokus, kan dette også ha ført til en ubevisst skjev vektlegging av fokus i intervjuet. Da vi som intervjuere delte samme fagbakgrunn som våre informanter, kan dette ha hatt innvirkning på hva informantene valgte å dele av informasjon og bruk av fagbegreper. Vi forsøkte å løse dette ved å tydeliggjøre felles fagbakgrunn før intervjustart, og oppfordret informantene til å definere kjente begreper og fenomener for å sikre felles forståelse.

Morrow (2005) trekker frem ulike strategier i håndtering av subjektivitet.

Refleksivitet eller selvrefleksjon kan anvendes i møte med forutinntatte antagelser og bias som kommer fra egne livserfaringer eller i interaksjon med informanter. Refleksivitet er gjennomgående i alle kvalitetsmålene i vurderingsagendaen EPICURE (Stige et al., 2009). En strategi for å oppnå refleksivitet innebærer å skrive notater underveis i forskningsprosjektet om hvilke opplevelser, reaksjoner og inntrykk forskeren erfarer, samt mulige antagelser og bias som dukker opp under arbeidet (Morrow, 2005). Dette har vi gjort i etterkant av hvert intervju, under transkriberingsprosessen og analyseprosessen. Vi har også søkt veiledning og hatt hyppige drøftinger med våre veiledere og den andre hovedoppgavegruppen for å øke bevissthet om våre opplevelser og responser i forskningsprosjektet og diskutere alternative tolkninger. En strategi for å oppnå en rettferdig representasjon av informantens virkelighetsoppfatning som skiller seg fra forskerens virkelighet, er at forskeren stiller seg naiv i intervjuet (Morrow, 2005). Dette kunne være særlig utfordrende dersom informantene hadde en annen oppfatning eller formening enn det vi har. For å opprettholde en åpenhet i møte med uenighet, forsøkte vi å ha en nysgjerrig, utforskende og ikke-dømmende holdning.

I intervjuprosessen etterstrebet vi dette gjennom å stille åpne spørsmål for å få mer innsikt i informantenes perspektiv og oppfølgingsspørsmål som kunne bidra til avklaring og dypere utforskning av informantenes meningsinnhold.

Prosessering. Prosessering viser til prosessen av å produsere, organisere, analysere og rapportere datamaterialet, noe som krever et systematisk og grundig arbeid (Stige et al., 2009, s. 1509). Stige et al. vektlegger særlig fokus på hvordan datamaterialet er presentert gjennom skrift og andre medier som lyd og video. Deskriptiv validitet viser til hvor nøyaktig kvalitative forskere formidler informantenes beretninger – det vil si at en ikke finner på eller endrer på det en har sett eller hørt i intervjuet (Maxwell, 1992). Det kan være vanskelig å beskrive ulike aspekter som oppstår i intervjuinteraksjonen gjennom skrift, slik som non-verbal kommunikasjon og visuelle inntrykk. Et verktøy som er nyttig for å styrke den deskriptive validiteten er bruk av lydopptak. På denne måten kan forskeren få frem informantens verbale og non-verbale kommunikasjon (Stige et al., 2009).

Vi brukte lydopptak for å transkribere intervjuene våre. Vi forsøkte å transkribere intervjuene så ordrett som mulig og inkluderte informantenes pauser. Vi opplevde noen ganger at det var vanskelig å tyde hva som ble sagt i lydopptaket, enten på grunn av støy i omgivelsene eller at informanten mumlet eller satt for langt unna mikrofonen. I de tilfellene hvor det var vanskelig å tyde informantens utsagn, valgte vi å markere det i teksten ("Informanten sier noe uforståelig"), istedenfor å forsøke å fortolke innholdet. Dette kan ha ført til at vi har mistet verdifull informasjon, men vi ønsket ikke å risikere mistolkninger av innholdet. Forskerens tolkninger av informantens utsagn og valg i transkriberingsprosessen kan påvirke validiteten til studien (Kvale og Brinkmann, 2009). Bruk av lydopptak skapte muligheten for å kunne gå tilbake til lydopptakene i analyseprosessen for å få tilgang til informantens nøyaktige uttalelser. En ulempe ved bruk av lydopptak er at det ikke fanger opp visuelle inntrykk fra intervjusituasjonen, slik som informantens smil, gestikuleringer og

bevegelser. Vi benyttet oss derfor av notater slik at vi bedre kunne huske ulike visuelle inntrykk fra intervjuet.

I presentasjonen av informantenes utsagn i resultatdelen valgte vi noen ganger å bruke tegnet [...] for å kutte ned på småord eller gjentakelser som vi tenkte ikke hadde betydning for meningsinnholdet. Dette gjorde vi for at utsagnene skulle bli mer forståelig for leseren. Det kan tenkes at dette kan bidra til å svekke den deskriptive validiteten, da det skaper rom for mistolkninger av budskapet. Hvis en imidlertid klarer å få frem budskapet tydeligere i teksten, kan dette bidra til å styrke validiteten.

Tilstrekkelighet av fortolkning. Fortolkning innebærer prosessen av å gi mening til datamaterialet ved å identifisere mønstre og skape forståelse av informantenes opplevelser og beskrivelser (Stige et al., 2009, s. 1509). Fortolkningsvaliditet viser til forskerens forsøk på å forstå fenomenet som studeres ut fra informantenes perspektiv, ikke ut fra egne forforståelser og teoretiske rammeverk (Maxwell, 1992). Stige et al. (2009) viser til viktigheten av en selvkritisk og refleksiv tilnærming til egen posisjon og perspektiv som forsker i vurdering av fortolkningsvaliditet.

Fortolkning er fremtredende i dataanalyse, tematisk analyse og presentasjon av funn. I dataanalysen er det viktig å bli kjent med datamaterialet, og denne fordypningen skjer gjennom datainnsamling, transkribering av intervju, repetert lesing av intervju, lytting til lydopptak og gjennomgang av notater (Morrow, 2005). Vår fordypning i datamaterialet er beskrevet i større detalj i metodedelen. Fortolkning er særlig fremtredende i analyseprosessen, og krever at forskeren utviser refleksivitet rundt sine forforståelser og teoretiske rammeverk (Stige et al., 2009). Morrow (2005) anbefaler at det bør tydeliggjøres hvilket forskningsdesign og analytisk rammeverk forskeren har valgt for å systematisk fortolke datamaterialet. Vi har redegjort for vårt valg av kvalitativt forskningsdesign og refleksiv tematisk analyse i metodedelen.

I presentasjon av funn er det viktig å finne en balanse mellom forskerens tolkninger og sitering av informantens utsagn for å styrke troverdigheten i kvalitativ forskning. For mye fokus på forskerens tolkninger kan skape tvil hos leseren om tolkningene faktisk er forankret i informantens beretninger. For mye fokus på sitering kan gjøre det vanskelig for leseren å navigere seg i teksten (Morrow, 2005). For å bevare denne balansen forsøkte vi å støtte opp våre tolkninger med direkte sitat fra informantene. I utvelgelsen av sitater valgte vi ofte utsagn som kunne gi gode beskrivelser av informantens forståelse av spiseforstyrrelser, handlingsvalg og opplevelser i behandling for å kunne besvare våre analysefokus. Vi valgte også sitater som kunne oppsummere meningsinnholdet til flere informanternes utsagn eller sitater som skilte seg ut for å fremheve nyanser i utvalget.

Vi opplevde abstraherings- og fortolkningsprosessen som særlig krevende, da det var utfordrende å skape en balanse mellom dybdedykk i datamateriale og abstrahering av data, samt utvikle en tematisk struktur som ivaretok nyanser og mangfold i datamaterialet. Vi søkte derfor råd fra våre veiledere for å vurdere når vi hadde tilstrekkelig grad av fortolkning uten at det ble for abstrakt og fjernt fra datamateriale. Det er imidlertid viktig å påpeke at fortolkningen av funnene ikke kan overføres til andre populasjoner eller settinger. Gitt et lite utvalg og manglende statistisk analyse, kan ikke kvalitative data generaliseres på samme måte som i kvantitative studier. Overførbarhet i kvalitativ forskning viser til i hvilken grad leseren kan generalisere funnene til sin egen kontekst (Morrow, 2005). Morrow viser til viktigheten av refleksivitet rundt ulike prosesser i forskningsprosjektet, samt forskerens subjektivitet og kontekst, slik at leseren selv kan avgjøre hvorvidt funnene er overførbare. Dette har vi forsøkt å redegjøre for i metoderefleksjonen.

Implikasjoner for klinisk praksis

Ifølge Stige et al. (2009) er det viktig å vurdere studiens nytteverdi for klinisk praksis og forståelse av problemer i den virkelige verden. Vår kvalitative studie belyser en variasjon i

terapeuters opplevelse av spiseforstyrrelsens funksjon og hvordan dette påvirker deres tilnærming i behandling. Dette kan bidra til å øke terapeuters bevissthet og refleksjon rundt egne kliniske beslutninger, noe som kan være særlig viktig dersom det er en diskrepans mellom forståelse av spiseforstyrrelsens funksjon og behandlingsfokus. Det å utforske terapeutperspektivet i behandling av spiseforstyrrelser kan være viktig for å vurdere hvorvidt det er samsvar med pasienters opplevelse av spiseforstyrrelsens funksjon, noe som kan være verdifullt for den terapeutiske alliansen og enighet om mål for behandling. En økt innsikt i ulike måter å forstå spiseforstyrrelsens funksjon på kan forhåpentligvis bidra til mer kunnskap om lidelsens utløsende og opprettholdende faktorer. Dette kan være viktig for forebyggende tiltak og tilfriskning i behandling. Det kan også fremme en større forståelse for hvorfor pasienter holder fast ved spiseforstyrrelsen og motsetter seg behandling. Forhåpentligvis vil dette kunne bidra til å redusere stigmatisering forbundet med denne lidelsen, både blant klinikere, forskere og den øvrige befolkningen.

Det å belyse ulike forståelser og tilnærminger i behandlingen av spiseforstyrrelser kan potensielt skape en større bevissthet om hvilke behandlingsmuligheter som finnes i feltet. Dette er noe som kan være viktig ved behov for viderehenvisning og samarbeid mellom ulike instanser i psykisk helsevern, samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og samarbeid mellom psykisk helsevern og somatisk medisin.

Vår studie har bidratt til å øke innsikt i terapeuters unike opplevelser i arbeidet med spiseforstyrrelser, og hva de støtter seg på i utforming av sitt kliniske arbeid. Med tanke på at dette er en kompleks lidelse som kan være utfordrende å behandle og som flere terapeuter vegrer seg for å jobbe med, kan våre informanternes beretninger belyse en virkelighetsnær forståelse av hvordan det faktisk er å jobbe med denne pasientgruppen, både på godt og vondt.

Implikasjoner for videre forskning

Stige et al. (2009) trekker frem viktigheten av å vurdere hvordan studien er relevant for eksisterende litteratur og bidrar til utvikling av ny eller original kunnskap i feltet. Vår studie har blant annet bidratt til å bekrefte en manglende konsensus om definisjon av tilfriskning i feltet som blir beskrevet i litteraturen. Det å skape en konsensus om operasjonalisering av tilfriskning vil være nyttig for videre forskning slik at en kan sammenligne forskningsfunn og kombinere data på tvers av studier (Bardone-Cone et al., 2010). Anvendt metode og funn i vår studie kan skape grunnlag for videre forskning. Det kan være hensiktsmessig å verifisere funnene i en studie med et større utvalg som omfavner et bredere mangfold, både med tanke på arbeidskontekst, teoretisk tilnærming og pasientgruppe. Videre forskning bør utforske hva som kan bidra til å forklare forskjeller blant terapeuter i deres forståelse og vektlegging av spiseforstyrrelsens funksjon i behandling, og hvordan dette henger sammen med behandlingsutfall. Det vil også være interessant å utforske nærmere hvorvidt det er samsvar mellom terapeuters forståelse av spiseforstyrrelsens funksjon og hvilket fokus de vektlegger i behandling. Her kan det også være spennende å utforske pasientens perspektiv i forståelse av funksjon og hva de opplever som viktig fokus i behandling, samt hvorvidt dette varierer blant pasienter med AN, BN og overspisingslidelse. Å studere hva terapeuter støtter seg på i vanskelige kliniske beslutninger hadde også vært nyttig for videre forskning. En slik studie vil kunne belyse om det er teori, empiri, klinisk erfaring, pasientens ønsker og behov eller andre faktorer som styrer terapeuters valg i behandling. Det vil også kunne bidra til økt innsikt i hvorvidt terapeuter opplever at retningslinjer for behandling skaper mulighet for struktur og evidensbasert behandling eller begrenser frihet og fleksibilitet.

Oppsummering

Vår studie har bidratt til å gi en økt innsikt i terapeuters opplevelser i arbeid med spiseforstyrrelser. Funnene belyste en variasjon i terapeutenes forståelse av

spiseforstyrrelsens funksjon. Spiseforstyrrelsen kunne ha en beskyttende funksjon mot noe uønsket, f.eks. ubehagelige følelser, opplevelse av manglende kontroll og krav og forventninger fra omgivelsene. Den kunne bidra til å oppnå en respons fra omgivelsene, enten ved å kommunisere underliggende behov eller gjøre opprør. Spiseforstyrrelsen kunne også forstås som en mestringsstrategi som hadde gått ut av kontroll, hvor spiseforstyrrelsen hadde blitt et selvoppretholdende system. Noen av informantene opplevde at spiseforstyrrelsen ikke hadde tydelig funksjon og at den hadde utviklet seg mer tilfeldig. I funnene fremkom det også et skille i hva terapeutene vektla i behandling, hvor det varierte i hvilken grad de fokuserte på reduksjon av oppretholdende symptomer og bearbeiding av underliggende problematikk. Ulik forståelse av funksjon og vektlegging av fokus i behandling kan ses i lys av terapeutenes ulike terapeutiske tilnærminger og arbeidskontekst, utydelige retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser og ulik forståelse av tilfriskning i feltet.

Referanseliste

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5.utg.). Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2021). *What are eating disorders?* Hentet 8.desember 2021 fra <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>
- Anastasiadou, D., Medina-Pradas, C., Sepulveda, A. R., & Treasure, J. (2014). A systematic review of family caregiving in eating disorders. *Eating behaviors*, *15*(3), 464-477. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.06.001>
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, *68*(7), 724-731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Atwood, M. E. & Friedman, A. (2019). A systematic review of enhanced cognitive behavioural therapy (CBT-E) for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *53*(3), 311-330. <https://doi.org/10.1002/eat.23206>
- Backholm, K., Isomaa, R. & Birgegård, A. (2013). The prevalence and impact of trauma history in eating disorder patients. *European Journal of Psychotraumatology*, *4*(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.22482>
- Bardone-Cone, A. M, Harney, M. B., Maldonado, C. R., Lawson, M. A., Robinson, D. R., Smith, R. & Tosh, A. (2010). Defining Recovery from an Eating Disorder: Conceptualization, Validation, and Examination of Psychosocial Functioning and Psychiatric Comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*, *48*(3), 194-202. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.11.001>

- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-51.
<https://guilfordjournals.com/doi/pdf/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001>
- Befring, Å. M. (2021, 12 mai). Spiseforstyrrelser: Situasjonen er ute av kontroll. *NRK*. Hentet 27. oktober fra
<https://www.nrk.no/norge/spiseforstyrrelser - -situasjonen-er-ute-av-kontroll-1.15371544>
- Braun, D. L., Sunday, S. R. & Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 859-869.
<https://doi.org/10.1017/s0033291700028956>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589-597.
<https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Brechan, I. & Kvalem, I. L. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eating Behaviors*, 17, 49-58.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.12.008>
- Brewerton, T. D. (2007). Eating Disorders, Trauma, and Comorbidity: Focus on PTSD. *Eating Disorders*, 15(4), 285-304. <https://doi.org/10.1080/10640260701454311>
- Brockmeyer, T., Holtforth, M. G., Bents, H., Kammerer, A., Herzog, W. & Friederich, H. (2012). Starvation and emotion regulation in anorexia nervosa. *Comprehensive*

- Psychiatry*, 53(5), 496-501. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.09.003>
- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W. & Frederich, H. C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 565-571.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.001>
- Browell, K. D. & Walsh, B. T. (2017). *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook* (3.utg.). The Guilford Press.
- Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Bann, C. M. & Bulik, C. M. (2016). Binge-Eating Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 165(6), 409-420.
<https://doi.org/10.7326/M15-2455>
- Bulik, C. M., Berkman, N., Brownley, K. A., Sedway, J. A. & Lohr, K. N. (2007). Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 3010-3020. <https://doi.org/10.1002/eat.20367>
- Bulik, C. M., Marcus, M. D., Zerwas, S., Levine, M. D., La Via, M. (2012). The Changing «Wightscape» of Bulimia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 169(10), 1031-1036. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12010147>
- Castellini, G., Lo Sauro, C., Mannucci, E. & Ravaldi, C., Rotella, C. M., Faravelli, C. & Ricca, V. (2011). Diagnostic Crossover and Outcome Predictors in Eating Disorders According to DSM-IV and DSM-V Proposed Criteria: A 6-Year Follow-Up Study. *Psychosomatic Medicine*, 73(3), 270-279.
<https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31820a1838>
- Castellini, G., D'Anna, G., Rossi, E., Cassioli, E., Appignanesi, C., Monteleone, A. M., Rellini, A. H. & Ricca, V. (2020). Dysregulated Sexuality in Women with Eating Disorders: The Role of Childhood Traumatic Experiences. *Journal of Sex and Marital*

Therapy, 46(8), 793-806. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1822484>

Court, A. J., Cooke, A. & Scrivener, A. (2017). They're NICE and Neat, but Are They Useful? A Grounded Theory of Clinical Psychologists' Beliefs About and Use of NICE Guidelines. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(4), 899-910.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2054>

Crisafulli, M. A., Thompson-Brenner, H., Franko, D. L., Eddy, K. T. & Herzog, D. B. (2010). Stigmatization of anorexia nervosa: Characteristics and response to intervention. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(7), 756-770.
<https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.7.756>

Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming* (2.utg.). Universitetsforlaget

Dalle Grave, R. (2012). *Multistep Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders: Theory, Practice and Clinical Cases*. Jason Aronson, Inc.
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bergen-ebooks/detail.action?docID=1076203#>

Davis, H. A., Graham, A. K. & Wildes, J. E. (2020). Overview of Binge Eating Disorder. *Current Cardiovascular Risk Reports*, 14(12).
<https://doi.org/10.1007/s12170-020-00664-2>

de Jong, M., Korrelboom, K., van der Meer, I., Deen, M., Hoek, H. W. & Spinhoven, P. (2016). Effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy (CBT-E) for eating disorders: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 573.
<https://doi.org/10.1186/s13063-016-1716-3>

de Vos, J. A., LaMarre, A., Radstaak, M., Bijkerk, C. A., Bohlmeijer, E. T. & Westerhof, G. J. (2017). Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery: a systematic review and qualitative meta-analysis. *Journal of eating disorders*, 5(34).
<https://doi.org/10.1186/s40337-017-0164-0>

Dolhanty, J. & Greenberg, L. S. (2009). Emotion-focused therapy in a case of anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(4), 366-382.

<https://doi.org/10.1002/cpp.624>

Douzenis, A. & Michopoulos, I. (2015). Involuntary admission: The case of anorexia nervosa. *International Journal of Law and Psychiatry*, 39, 31-35.

<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.01.018>

Drageset, S. & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju.

Sykepleien Forskning, 5(4), 332-335. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027>

Eddy, K. T., Dorer, D. J., Franko, D. L., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H. & Herzog, D. B. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *The American Journal of Psychiatry*, 165(2), 245-250.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07060951>

Eiring, K. (2021, 9 august). Stor økning av spiseforstyrrelser - lavterskeltilbud opplever historisk lange ventelister. *Psykologisk.no*. Hentet 27. oktober fra

<https://psykologisk.no/2021/08/stor-okning-av-spiseforstyrrelser-lavterskeltilbud-oppl-ever-historisk-lange-ventelister/>

Eivors, A., Button, E., Warner, S. & Turner, K. (2003). Understanding the experience of drop-out from treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*,

11(2), 90-107. <https://doi.org/10.1002/erv.492>

Eli, K. (2018). Distinct and Untamed: Articulating Bulimic Identities. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 42(1), 159-179. <https://doi.org/10.1007/s11013-017-9545-8>

Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H. S., Skårderud, F. & Holte, A. (2012). The Link Between Negative Emotions and Eating Disorder Behaviour in Patients with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(6), 451-460.

<https://doi.org/10.1002/erv.2183>

- Espindola, C. R. & Blay, S. L. (2009). Anorexia nervosa's meaning to patients: a qualitative synthesis. *Psychopathology*, 42(2), 69-80. <https://doi.org/10.1159/000203339>
- Fairburn, C. G., Shafran, R. & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 1-13.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00102-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00102-8)
- Fairburn, C., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Publications.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & O'Connor, M. E. (2008). Eating Disorder Examination (16.0D). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*, 265-308. Guilford Press, New York
- Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E. & Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC Psychiatry*, 9(67). <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-9-67>
- Fenning, S., Hadas, A., Itzaky, 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*, 41(8), 762-765.
<https://doi.org/10.1002/eat.20573>
- Fox, A. P., Larkin, M. & Leung, N. (2011). The Personal Meaning of Eating Disorder Symptoms: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of Health Psychology*, 16(1), 116-125. <https://doi.org/10.1177/1359105310368449>
- Frostad, S. (2004). Somatisk utredning og behandling av spiseforstyrrelser. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 16(124), 2121-2125.

<https://tidsskriftet.no/2004/08/tema-spiseforstyrrelser/somatisk-utredning-og-behandling-av-spiseforstyrrelser>

Gagnon-Girouard, M., Chenel-Beaulieu, M., Aimé, A., Ratté, C. & Bégin, C. (2019).

Psychological Meanings of Eating Disorders and Their Association With Symptoms, Motivation Toward Treatment, and Clinical Evolution Among Outpatients. *Europe's Journal of Psychology*, 15(2), 367-379. <https://doi.org/10.5964/ejop.v15i2.1623>

Gale, C., Holliday, J., Troop, N. A., Serpell, L. & Treasure, J. L. (2006). The pros and cons of chance in individuals with eating disorders: A broader perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 39(5), 395-403. <https://doi.org/10.1002/eat.20250>

Galsworthy-Francis, L. & Allan, S. (2014) Cognitive behavioural therapy for anorexia nervosa: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 54-72. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.11.001>

Grau, A., Magallón-Neri, E., Faus, G., & Feixas, G. (2019). Cognitive impairment in eating disorder patients of short and long-term duration: a case-control study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 1329-1341. <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S199927>

Graver, K. (2021, 12.april). *Hva er spiseforstyrrelser?*. Norsk Psykologforening. <https://www.psykologforeningen.no/publikum/informasjonsvideoer/videoer-om-psykiske-lidelser/hva-er-spiseforstyrrelser>

Graves, T. A., Tabri, N., Thompson-Brenner, H., Franko, D. L., Eddy, K. T., Bourion-Bedes, S., Brown, A., Constantino, M. J., Flückiger, C., Forsberg, S., Isserlin, L., Couturier, J., Paulson Karlsson, G., Mander, J., Teufel, M., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Prestano, C., Satir, D. A., . . . Thomas, J. J. (2017). A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(4), 323-340. <https://doi.org/10.1002/eat.22672>

- Greenberg, L. S. & Goldman, R. N. (2019). *Clinical handbook of emotion-focused therapy*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-000>
- Gregertsen, E. C., Mandy, W. & Serpell, L. (2017). The Egosyntonic Nature of Anorexia: An Impediment to Recovery in Anorexia Nervosa Treatment. *Frontiers in Psychology*, 8(2273), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02273>
- Gross, K. & Allan, S. (2009). Shame, Pride and Eating Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 303-316. <https://doi.org/10.1002/cpp.627>
- Gulliksen, K. S., Espeset, E. M. S., Nordbø, R. H. S., Skårderud, F., Geller, J. & Holte, A. (2012). Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: the patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 45(8), 932-941. <https://doi.org/10.1002/eat.22033>
- Halvorsen, I. & Bergwitz, T. (2019, 21.mars). *Spiseforstyrrelser*. Den norske legeforening. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-2-tilstandsbilder-kapitlene-er-oppsett-etter-inndeling-i-icd-10/spiseforstyrrelser/>
- Helsedirektoratet. (2017, 25.april). *Spiseforstyrrelser. Nasjonal faglig retningslinje*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Hoek, H. W. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 336-339. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000282>
- Jenkins, P. E., Hoste, R. R., Meyer, C. & Blissett, J. M. (2011). Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clinical psychology review*, 31(1), 113-121. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.08.003>
- Johns, G., Taylor, B., Tan, A.J & Tam, J. (2019). Current eating disorder healthcare services –the perspectives and experiences of individuals with eating disorders, their families

- and health professionals: systematic review and thematic synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 5(4), e59. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.48>
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N. & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2215-2221. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2215>
- Kazdin, A. E., Fitzsimmons-Craft, E. E. & Wilfley, D. E. (2017). Addressing critical gaps in the treatment of eating disorders. *Eating disorders*, 50(3), 170-189. <https://doi.org/10.1002/eat.22670>
- Keski-Rahkonen, A. & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Options in Psychiatry*, 29(6), 340-345. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
- Kleifield, E. I., Wagner, S. & Halmi, K. A. (1996). Cognitive-behavioral treatment for anorexia nervosa. *Psychiatric Clinics of North America*, 19(4), 715-737. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70377-4](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70377-4)
- Krumsvik, R. J. (2014). *Forskningsdesign og kvalitativ metode - ei innføring*. Fagbokforlaget.
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. London: Sage Publications
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lavender, J. M., Brown, T. A. & Murray, S. B. (2017). Men, Muscles, and Eating Disorders: an Overview of Traditional and Muscularity-Oriented Disordered Eating. *Current Psychiatry Reports*, 19(32). <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0787-5>
- Linardon, J., Hindle, A. & Brennan, L. (2018). Dropout from cognitive-behavioural therapy for eating disorders: A meta-analysis of randomized, controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 51(5), 281-391. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22850>

- Løken, P. M., Voss, C., Myhre, I. M., Toppe, I., Nordvik, J., Hasle, M., Neitzel, H., Næs, S. T., Sollesnes, S. G., Storkaas, I., Almås-Halsteinli, M., Eliassen, M. A. S., Scholz, R., Winsents, A., Svedenborg, H., Leer-Salvesen, M., Bjercke, R. H., Granlund, J. M., Varting, G., ..., Solvang, B. (2021, 22 februar). Bekymringsmelding. *NRK*. Hentet 27.oktober fra <https://www.nrk.no/ytring/bekymringsmelding-1.15380488>
- Malt, U. F., Andreassen, O. A., Malt, E. A., Melle, I. & Årslund, D. (2018). *Lærebok i psykiatri* (4.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Marzola, E., Panepinto, C., Delsedime, N., Amianto, F., Fassino, S. & Abbate-Daga, G. (2016). A factor analysis of the meaning of anorexia nervosa: intrapsychic, relational, and avoidant dimensions and their clinical correlates. *BMC Psychiatry*, 16(190). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0894-6>
- Maxwell, J. A. (1992). Understanding and validity in qualitative research. *Harvard Educational Review*, 62(3), 279-300. <https://doi.org/10.17763/haer.62.3.8323320856251826>
- Modum bad (2021, 19. august). Betraktelig økning i spiseforstyrrelser. <https://www.modum-bad.no/betraktelig-okning-i-spiseforstyrrelser/>
- Monell, E., Clinton, D., Birgergård, A. (2018). Emotion dysregulation and eating disorders- Associations with diagnostic presentation and key symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 891-930. <https://doi.org/10.1002/eat.22925>
- Morrow, S. L. (2005). Quality and Trustworthiness in Qualitative Research in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250–260. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.250>
- National Institute for Health Care and Care Excellence. (2017, 16.desember). *Eating disorders: Recognition and treatment*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- Noordenbos, G. (2013). *Recovery from Eating Disorders: A Guide for Clinicians and Their*

Clients. John Wiley & Sons, Incorporated.

Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Skårderud, F. & Holte, A. (2006). The meaning of self-starvation: Qualitative study of patients' perception of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 556-564.

<https://doi.org/10.1002/eat.20276>

Norsk Psykologforening. (2007). *Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis*.

Hentet 29.november 2021 fra

<https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/prinsipperklaering-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2>

O'Brien, K. M. & Vincent, N. K. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 57-74. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00201-5](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00201-5)

Parry, G., Cape, J. & Pilling, S. (2003). Clinical Practice Guidelines in Clinical Psychology and Psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10(6), 337-351.

<https://doi.org/10.1002/cpp.381>

Pérez-Álvarez, M. (2012). Third-Generation Therapies: Achievements and challenges.

International Journal of Clinical and Health Psychology, 12(2), 291-310.

https://www.researchgate.net/publication/265040671_Third-Generation-Therapies-Achievements-and-challenges-1

Phillipou, A., Meyer, D., Neill, E., Tan, E. J., Toh, W. L., Van Rheenen T. E. & Rossell, S. L. (2020). Eating and exercise behaviors in eating disorders and the general population during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. *International Journal of Eating Disorders*, 53(7), 1158-1165.

<https://doi.org/10.1002/eat.23317>

Prestwood, C., & Waller, G. (2004). Why do clinicians in the eating disorders fail to carry out

research? *European Eating Disorders Review*, 12(4), 205-207.

<https://doi.org/10.1002/erv.572>

Puttevils, L., Vanderhasselt, M. & Vervaet, M. (2019). Investigating transdiagnostic factors in eating disorders: Does self-esteem moderate the relationship between perfectionism and eating disorder symptoms?. *European Eating Disorders Review*, 27(4), 381-390.

<https://doi.org/10.1002/erv.2666>

QSR International Pty Ltd. (2020) NVivo (utgitt mars 2020).

<https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>

Reas, D. L., Rø, Ø., Karterud, S., Hummelen, B. & Pedersen, G. (2013). Eating disorders in a large clinical sample of men and women with personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(8), 801-809. <https://doi.org/10.1002/eat.22176>

Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse: Kvalitative metoder i samfunnsfag* (4. utg.). Universitetsforlaget.

Rikani, A. A., Choudhry, Z., Choudhry, A. M., Ikram, H., Asghar, M. W., Kajal, D., Waheed, A. & Mobassarah, N. J. (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of Neurosciences*, 20(4), 157-161.

<https://doi.org/10.5214/ans.0972.7531.200409>

Rodgers, R. F., Lombardo, C., Cerolini, S., Franko, D. L., Omori, M., Fuller-Tyszkiewicz, M., Lindardon, J., Courtet, P. & Guillaume, S. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 53(7), 1166-1170. <https://doi.org/10.1002/eat.23318>

Rosenvinge, J. H. & Klusmeier, A. K. (2000). Treatment for eating disorders from a patient satisfaction perspective: a Norwegian replication of a British study. *European Eating Disorders Review*, 8(4), 293-300.

[https://doi.org/10.1002/1099-0968\(200008\)8:4<293::AID-ERV346>3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/1099-0968(200008)8:4<293::AID-ERV346>3.0.CO;2-4)

- Rosenvinge, J. H., Martinussen, M. & Østensen, E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: A metaanalytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating and Weight Disorders*, 5, 52-61.
<https://doi.org/10.1007/BF03327480>
- Rosenvinge, J. H. & Pettersen, G. (2015). Epidemiology of eating disorder part II: AN update with a special reference to the DSM-5. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 3(2), 198-220. <https://doi.org/10.1080/21662630.2014.940549>
- Rylander, M., Taylor, G., Bennett, S., Keniston, A. & Mehler, P. S. (2020). Evaluation of cognitive function in patients with severe anorexia nervosa before and after medical stabilization. *Journal of Eating Disorders*, 8(35). <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00312-5>
- Satir, D. A. (2013). The role and meaning of eating disorder therapist experience level. *Psychotherapy*, 50(4), 570-572. <https://doi.org/10.1037/a0030572>
- Schlegl, S., Maier, J., Meule, A. & Voderholzer, U. (2020). Eating disorders in times of the COVID-19 pandemic - Results from an online survey of patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 53(11), 1791-1800.
<https://doi.org/10.1002/eat.23374>
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J. & Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa: friend or foe?. *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 177-186.
[https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199903\)25:2<177::aid-eat7>3.0.co;2-d](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199903)25:2<177::aid-eat7>3.0.co;2-d)
- Serpell, L. & Treasure, L (2002). Bulimia nervosa: Friend or foe? The pros and cons of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 32(2), 164-170. <https://doi.org/10.1002/eat.10076>
- Shisslak, C. M., Crago, M., McKnight, K. M., Estes, L. S., Gray., N. & Parnaby, O. G. (1998). Potential risk factors associated with weight control behaviour in elementary

and middle school girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3-4), 301-313.

[https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(97\)00256-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(97)00256-0)

Skårderud, F., Rosenvinge, J. H., & Götestam, K. G. (2004). Spiseforstyrrelser - en oversikt. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 124, 1938-1942.

<https://tidsskriftet.no/2004/08/tema-spiseforstyrrelser/spiseforstyrrelser-en-oversikt>

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2018). *Psykiatriboken: sinn- kropp- samfunn* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Skårderud, F., Sommerfeldt, B. & Robinson, P. (2020). *SULT Mentaliseringsbaserte tilnærminger til spiseforstyrrelser*. Gyldendal Akademisk.

Smink, F. R. E., van Hoeken, D. & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence, and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-14.

<https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>

Smink, F., van Hoeken, D. & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 534-548.

<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a24f>

Steinhausen, H. (2009). Outcome of eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 225-242. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.013>

Stige, B., Malterud, K. & Midtgarden, T. (2009). Toward an Agenda for Evaluation of Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 19(10), 1504-1516.

<https://doi.org/10.1177/1049732309348501>

Stiles-Shields, C. E., Labuschagne, Z., Goldschmidt, A. B., Doyle, A. C. & Grange, D. L. (2012). The use of multiple methods of compensatory behaviours as an indicator of eating disorder in treatment-seeking youth. *The International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 704-710. <https://doi.org/10.1002/eat.22004>

Solmi, F., Bould, H., Lloyd, E. C. & Lewis, G. (2021). The shrouded visibility of eating

disorders research. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 91-92.

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30423-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30423-5)

Sonneville, K. R., Horton, N. J., Micali, N., Crosby, R. D., Swanson, S. A., Solmi, F. & Field, A. E. (2013). Longitudinal associations between binge eating and overeating and adverse outcomes among adolescents and young adults: does loss of control matter?.

JAMA Pediatrics, 167(2), 149-155. <https://doi.org/10.1001/2013.jamapediatrics.12>

Strober, M. (2004). Managing the Chronic, Treatment-Resistant Patient with Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 36(3), 245-255.

<https://doi.org/10.1002/eat.20054>

Surgenor, L. J., Plumridge, E. W. & Horn, J. (2002). "Knowing One's Self" Anorexic: Implications for Therapeutic Practice. *International Journal of Eating Disorders*, 33(1), 22-32. <https://doi.org/10.1002/eat.10117>

Swinbourne, J., Hunt, C., Abbott, M., Russel, J., St Clare, T. & Touys, S. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(2), 118-131. <https://doi.org/10.1177/0004867411432071>

Tasca, G. A. & Balfour, L. (2014). Eating disorders and attachment: a contemporary psychodynamic perspective. *Psychodynamic Psychiatry*, 42(2), 257-276.

<https://doi.org/10.1521/pdps.2014.42.2.257>

Termorshuizen, J. D., Watson, H. J., Thornton, L. M., Borg, S., Flatt, R. E., MacDermid, C. M., Harper, L. E., van Furth, E. F., Peat, C. M. & Bulik, C. M. (2020). Early impact of COVID-19 on individuals with self-reported eating disorders: A survey of ~1, 000 individuals in the United States and the Netherlands. *International Journal of Eating Disorders*, 53(11), 1780-1790. <https://doi.org/10.1002/eat.23353>

Thompson-Brenner, H., Satir, D. A., Franko, D. L. & Herzog, D. B. (2012). Clinician

- Reactions to Patients With Eating Disorders: A Review of the Literature. *Psychiatric Services*, 63(1), 73-78. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100050>
- Tozzi, F., Thornton, L. M., Klump, K. L., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Kaplan, A. S., Strober, M., Woodside, B., Crow, S., Mitchell, J., Rotondo, A., Mauri, M., Cassano, G., Keel, P., Plotnicov, K. H., Pollice, C., Lilenfeld, L. R., Berrettini, W. H., Bulik, C. M., & Kaye, W. H. (2005). Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. *The American Journal of Psychiatry*, 162(4), 732-740. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.4.732>.
- Treasure, J., Corfield, F. & Cardi, V. (2012). A three-phase model of the social emotional functioning in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20(6), 431-438. <https://doi.org/10.1002/erv.2181>
- Tweed, S. R (2013). *Group-based emotion focused therapy (EFT) for women with binge spectrum eating disorders in an outpatient setting: A preliminary comparison*. Tilgjengelig fra ProQuest One Academic. (1517177740). <https://www.proquest.com/dissertations-theses/group-based-emotion-focused-therapy-eft-women/docview/1517177740/se-2?accountid=8579>
- van den Berg, E., Houtzager, L., de Vos, J., Daemen, I., Katsaragaki, G., Karyotaki, E., Cuijpers, P. & Dekker, J. (2019). Meta-analysis on the efficacy of psychological treatments for anorexia nervosa. *European Eating Disorder Review*, 27(4), 331-351. <https://doi.org/10.1002/erv.2683>
- Vist, G. E., Jung, S., Straumann, G. H., Ding, K. Y. & Reinar, L. M. (2016). *Cognitive behaviour therapy compared to other psychotherapies for treatment of bulimia nervosa*. Report from the Norwegian Institute of Public Health. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/rapport_2016_bulimi_kognitiv_terapi.pdf

- von der Lippe, A. L. & Rønnestad, M. H. (2011). *Det kliniske intervjuet* (2.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Vrabel, K. R., Wampold, B., Quintana, D. S., Goss, K., Waller, G. & Hoffart, A. (2019). The Modum-ED Trial Protocol: Comparing Compassion-Focused Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Treatment of Eating Disorders With and Without Childhood Trauma: Protocol of a Randomized Trial. *Frontiers in Psychology*, *10*(1638). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01638>
- Waller, G. (2016). Treatment Protocols for Eating Disorders: Clinicians' Attitudes, Concerns, Adherence and Difficulties Delivering Evidence-Based Psychological Interventions. *Current Psychiatry Reports*, *18*(36). <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0679-0>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, *14*(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate* (2.utg.). Routledge.
- Wildes, J. E., Ringham, R. M. & Marcus, M. D. (2010). Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: Initial test of a functional model. *International Journal of Eating Disorders*, *43*(5), 398-404. <https://doi.org/10.1002/eat.20730>
- Williams, S. & Reid, M. (2010). Understanding the experience of ambivalence in anorexia nervosa: The maintainer's perspective. *Psychology & Health*, *25*(5), 551-567. <https://doi.org/10.1080/08870440802617629>
- Williams, S. & Reid, M. (2012). "It's like there are two people in my head": A phenomenological exploration of anorexia nervosa and its relationship to the self. *Psychology & Health*, *27*(7), 798-815. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.595488>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed.). <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/>
- Yao, S., Larson, H., Norring, C., Birgegård, A. & Lichtenstein, P. (2021). Genetic and

environmental contributions to diagnostic fluctuation in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 51(1), 62-69.

<https://doi.org/10.1017/S0033291719002976>

Zaitsoff, S., Pullmer, R., Cyr, M. & Aime, H. (2014). The Role of the Therapeutic Alliance in Eating Disorder Treatment Outcomes: A Systematic Review. *Eating Disorders*, 23(2), 99-114. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.964623>

Zarbo, C., Tasca, G. A., Cattafi, F. & Compare, A. (2016). Integrative Psychotherapy Works. *Frontiers in Psychology*, 6(2021). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.02021>

Zerbe, K. J. (2007). Eating disorders in the 21st century: identification, management, and prevention in obstetrics and gynecology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 331-343. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.12.001>

Appendix 1. Intervjuguide

Hei, og velkommen til intervju. Tusen takk for at du ønsker å delta, det setter vi stor pris på. Intervjuet vi nå skal ha har som formål å produsere kunnskap som kan hjelpe oss å forstå mer om kliniske beslutninger i behandling av spiseforstyrrelser og hvordan behandlere forstår og arbeider med emosjoner og ambivalens. Vi er interessert i dine personlige erfaringer og opplevelser i ditt arbeid med denne diagnostiske gruppen. Jeg kommer til å stille en del oppfølgingsspørsmål for å konkretisere og eksemplifisere. Vi er jo begge fagpersoner, så selv om vi snakker om kjente begrep, kommer jeg fortsatt til å be deg om å forklare begreper. Vi tar opp intervjuet og data vil bli lagret iht. Personvernloven på UiB sin sikker forskningsserver (SAFE), uten navn eller andre personidentifiserbare karakteristikk. Etter at lydopptaket er ferdig transkribert vil vi slette lydopptaket. Alle opplysninger om deg vil bli aidentifisert i publikasjoner og formidling av resultater. Har du signert samtykkeskjema? Det er helt frivillig å delta og om du ønsker å trekke deg underveis eller i ettertid så kan du be om å få slettet innsamlede opplysninger, gitt at det ikke allerede inngår i analyser eller er brukt i vitenskapelige publikasjoner. Gjennom intervjuet vil jeg også be deg om å være oppmerksom på å ikke oppgi taushetsbelagt personidentifiserende opplysninger om eventuelle pasienter.

Ok, flott. Da skrur jeg på lydopptakeren. Som sagt er vi interessert i din opplevelse og dine personlige erfaringer, det er derfor ingen svar som er rette eller gale. Er det okei at vi starter da?

Helt først, bare så jeg har noen knagger å henge erfaringene dine på: Hvilken kontekst har du jobbet mest i? Døgnavdeling/post eller poliklinisk? Og hvis du skulle si noe litt overordnet, hvilken klinisk retning/teoretisk tilnærming bruker du i ditt arbeid?

**Du har jo jobbet en del med spiseforstyrrelser, men hva er egentlig spiseforstyrrelser?
Og hva handler det om når folk utvikler en spiseforstyrrelse?**

Forslag til oppfølgingsspørsmål:

Kan du komme på noen eksempler på typiske årsaker til utvikling?

Hvilke situasjoner opplever du som mest krevende i arbeid med personer med spiseforstyrrelser?

Oppfølgingsspørsmål:

Kan du komme på en spesifikk situasjon som var spesielt vanskelig for deg?

Hvordan jobber du i disse situasjonene?

Hva støtter du deg på i disse situasjonene?

Hva må man gjøre i behandling av spiseforstyrrelser for at folk skal bli bedre?

Oppfølgingsspørsmål:

*Hva er de viktigste behandlingsfokus og måtene å jobbe på i denne typen behandling?
Hvordan vet du hva du skal gjøre når? (Hva baserer du deg på når du tar disse valgene?
(Teori, empiri, klinisk erfaring, pasientens uttrykte ønsker og behov)*

Hvilken plass har emosjoner i utvikling av spiseforstyrrelser?

Oppfølgingsspørsmål:

Hvilke typiske emosjonelle utfordringer viser personer med SPF? Hvilke spesifikke emosjoner ser du mest av (skam, sinne, skyld, tristhet, avsky)

Hvilken funksjon fyller SPF i emosjonsregulering? (dempe følelser, fremprovosere følelser, kommunisere følelser, få kontroll på følelser)

Hvilken plass har emosjoner i behandling av spiseforstyrrelser/hvordan jobber du med emosjoner i behandling av spiseforstyrrelser?

Oppfølgingsspørsmål:

Hvordan bruker du emosjonene du observerer i det kliniske arbeidet? (identifisere emosjonelle mønstre, intervensjoner)

Når i behandlingsforløpet er det hensiktsmessig å fokusere på emosjoner? Evt. når er det ikke hensiktsmessig?

Hvordan opplever du det å arbeide med emosjoner i behandling av SPF?

Mange som kommer til behandling for spiseforstyrrelser uttrykker jo mye ambivalens, både i ord og handlinger. Hva kan det handle om, når personer med spiseforstyrrelser opplever ambivalens?

Oppfølgingsspørsmål:

Hvordan gjenkjenner du det?

Hvordan opplever du at ambivalens endrer seg gjennom behandlingsforløpet?

Hva gjør du typisk i en situasjon der du opplever at klienten er ambivalent i behandling?

Oppfølgingsspørsmål:

Hvordan opplever du det å arbeide med ambivalens?

Gjør du ulike ting på ulike tidspunkt i behandlingsforløpet, eller avhengig av alvorlighetsgrad?

Gitt at ambivalens er så sentralt i behandling av SPF, hvordan jobber du for at du og klienten din skal bli enige om hva dere skal gjøre i behandlingen?

Oppfølgingsspørsmål:

Hvordan påvirker ambivalensen det emosjonelle båndet mellom klient og terapeut?

Hva gjør du hvis du og klienten er uenige om hva dere skal gjøre?

Er det noe jeg ikke har spurt om som du tenker er viktig at vi vet om dette temaet?

Hvordan synes du det har vært å bli intervjuet?

Takk for at du ville dele dine erfaringer med oss!

Appendix 2. Prosjektskisse

“Kliniske beslutninger i spiseforstyrrelsesbehandling - Hvordan behandlere forstår og jobber med emosjoner og ambivalens i behandling av spiseforstyrrelser”

Prosjektledere: Yngvild Sørebo Danielsen

Signe Hjelen Stige

Prosjektgruppe: Yngvild Sørebo Danielsen

Signe Hjelen Stige

Sara Skiple Sataøen, UiB

Yngvild Wikne, UiB

Charlotte Lindseth, UiB

Henriette Lønnerød, UiB

Ingvild Bahr, UiB

1. Bakgrunn for prosjektet

Spiseforstyrrelser utgjør et signifikant helseproblem i dagens samfunn. Det er en kompleks lidelse som kan være utfordrende å behandle. Personer med spiseforstyrrelser har økt forekomst av drop out fra behandling (Eivors et al., 2003) og forhøyet dødelighet (Arcelus et al., 2011) sammenlignet med andre lidelser. Til tross for at spiseforstyrrelser er et betydelig helseproblem er det lite forskning på behandlingen av denne problematikken (Solmi et al., 2020). Det finnes ingen tydelig evidens for at en behandlingstilnærming er mer effektiv enn en annen (Helsedirektoratet, 2017). Ifølge de nasjonale faglige retningslinjene for spiseforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2017) anbefales individuell psykoterapi som er spesifikt rettet mot spiseforstyrrelser i behandling av pasienter med anoreksi, bulimi og overspising. I behandling av bulimi anbefales imidlertid kognitiv atferdsterapi (KAT) som et førstevalg. I behandling av anoreksi og overspising anbefales ikke noen spesifikke psykoterapier over

andre da det ikke forekommer nok forskningsevidens for å konkludere om dette (Helsedirektoratet, 2017). Det vil være viktig å utforske hvordan terapeuter håndterer denne usikkerheten i valg av behandlingstilnærming, og hvordan terapeuter bruker teori og empiri i krevende kliniske beslutningsprosesser ved behandling av spiseforstyrrelser.

Kompleksiteten knyttet til spiseforstyrrelser (for eksempel muligheten for alvorlige medisinske konsekvenser og ambivalensen til å gi slipp på spiseforstyrret atferd) og behandlingen den behøver kan medvirke til at terapeuter vegrer seg for å arbeide med denne type problematikk (Johns et al., 2019, s. 4). Det er derfor hensiktsmessig å belyse hvordan det oppleves for terapeuter å håndtere ulike utfordringer i arbeid med spiseforstyrrelser.

En sentral utfordring hos pasienter med spiseproblematikk er emosjonsreguleringsvansker. Det kan være involvert i utvikling, opprettholdelse og utfall av spiseforstyrrelser (Monell et al., 2018). Forskning viser at personer med spiseforstyrrelser har svekkede evner til å erfare og differensiere mellom ulike emosjoner, samt å regulere emosjonell aktivering (Brockmeyer et al., 2014). En studie utført av Brockmeyer et al. (2014) demonstrerer at personer med anoreksi, bulimi og overspising viser lavere aksept for emosjonelle responser, mangel på emosjonell bevissthet, vansker med impuls kontroll og målrettet atferd, mangel på klarhet i emosjoner, og begrenset tilgang på effektive emosjonsreguleringsstrategier, sammenliknet med friske kontroller. Med tanke på hvor sentralt emosjonsreguleringsvansker er i spiseforstyrrelser, vil det være viktig å implementere intervensjoner i behandling som har et fokus på å øke emosjonell bevissthet og aksept, samt ferdighetstrening i emosjonsregulering (Monell et al., 2018). Enkelte terapeutiske retninger, slik som emosjonsfokusert terapi (EFT), vektlegger emosjoners betydning i stor grad i behandling av spiseforstyrrelser. Det vil være interessant å undersøke hvordan også andre terapeutiske retninger arbeider med emosjoner.

En annen sentral faktor i spiseforstyrrelser er ambivalens. Med dette menes to uforenelige impulser knyttet til noe (Barth & Näsholm, 2007 s. 90), i denne sammenheng spiseforstyrrelsen. Eksempelvis kan en person ha et samtidig ønske om å bli frisk fra, men også opprettholde sin spiseforstyrrelse. Ambivalensen er gjerne til stede gjennom hele forløpet til lidelsen og kan bli spesielt tydelig når beslutning om behandling skal tas eller når en starter med å endre spiseforstyrret atferd eller vekt (Rance, Clarke & Moller, 2016). Håndteringen av ambivalens kan derfor forstås som særs viktig da det vil ha stor påvirkning på behandlingseffekt og tilfriskning.

Forskning viser at pasienter med spiseforstyrrelse ofte kan ha en annen forståelse av sykdommen sammenlignet med behandlerne (Williams & Reid, 2009). Konsekvenser av manglende eller ulik forståelse kan være at pasienten mister motivasjon for endring, velger å avslutte behandlingen eller at terskelen for å søke støtte hos andre med spiseforstyrrelse kan bli lavere. Hittil har forskning på feltet i stor grad tatt utgangspunkt i pasienters opplevelse av ambivalens. Fordi en viktig del av all psykologisk behandling er alliansen mellom pasient og behandler, vil økt kunnskap om behandlers forståelse satt i sammenheng med pasientens opplevelse trolig kunne bidra til å gi mer vellykket behandling. Dette illustrerer viktigheten av å øke kunnskapen om spiseforstyrrelse fra et behandlerperspektiv.

2. Hensikt med prosjektet

Hensikten med prosjektet er å innhente informasjon om hvordan det oppleves for klinikere å arbeide med spiseforstyrrelser. Prosjektet vil innebære at det samles inn informasjon fra klinikere som arbeider ved ulike behandlingssteder og ut ifra ulike terapeutiske retninger. Dette vil kunne utgjøre et utgangspunkt for å utforske hvordan behandlere bruker teori og forskning i krevende kliniske beslutningsprosesser, og om eventuell forskjellig konseptualisering av spiseforstyrrelse og behandlingsbehov innen ulike terapeutiske retninger også gjør seg gjeldende i behandleres opplevelser av, og refleksjoner rundt kliniske

beslutningsprosesser. I dette prosjektet vil vi særlig fokusere på hvordan behandlere forstår og jobber med emosjoner og ambivalens innenfor konteksten av behandling av spiseforstyrrelser.

3. Kort beskrivelse av forskningsmiljø

Prosjektet gjennomføres på Institutt for klinisk psykologi (UiB). Medlemmene av prosjektgruppen har solid forskningskompetanse innenfor spiseforstyrrelse, erfaring med å gjennomføre og rapportere vitenskapelig fra kliniske forskningsprosjekt, samt erfaring med kvalitativ forskning.

4. Metode

Det vil bli gjennomført et kvalitativt semistrukturert intervju med 10-15 behandlere som jobber med behandling med spiseforstyrrelse. Intervjuene vil bli gjennomført av masterstudentene i prosjektet, enten på skjermet rom på UiB eller ved de aktuelle arbeidsstedene. Intervjuet vil være basert på en semi-strukturert intervjuguide og begynne bredt, for så å sentreres rundt behandleres forståelse av ambivalens og hvordan de arbeider med emosjoner iht. spiseforstyrrelser. Deltakere vil være behandlere ved ulike institusjoner. Det er blitt bekreftet at behandlere ved Regional Seksjon Spiseforstyrrelser (RASP) ved Ullevål sykehus og Spesialpoliklinikk for spiseforstyrrelser ved Gaustad sykehus ønsker å delta. Det planlegges også å rekruttere behandlere fra Avdeling for spiseforstyrrelser ved Haukeland Universitetssykehus og Villa Sult i Oslo. Dette vil gi et bredt utvalg med behandlere innenfor ulike terapeutiske retninger samt behandlingskontekster. Lydopptak av intervjuene vil bli gjort (ved hjelp av UiB sin sikker-video løsning) og lagt inn på UiB sitt sikre lagringssystem, SAFE. Intervjuene vil bli transkribert verbatim og aidentifisert, slik at tredjeparter og deltakere ikke kan identifiseres i innleverte hovedoppgaver og publiserte artikler.

4.1 Foreløpige problemstillinger

1. Hvordan forstår og identifiserer behandlere ambivalens hos pasienter med spiseforstyrrelse, og hvordan arbeider de med ambivalens terapeutisk?
2. Hvordan forstår og arbeider behandlere med emosjoner i behandling av spiseforstyrrelse?

4.2 Dataanalyser

Transkripsjonene vil bli analysert med reflektiv tematisk analyse (Braun & Clarke, 2019).

5. Milepæler for prosjektet

- Våren 2021: Datainnsamling og bearbeiding
- Høsten 2021: Dataanalyse og skriving av hovedoppgaver
- Våren 2022: Omskriving til vitenskapelige artikler

6. Ethiske sider ved prosjektet

Prosjektet retter seg mot behandleres opplevelse av arbeid med pasienter med spiseforstyrrelser. Selv om fokus er på behandlerens opplevelser, forståelse og kliniske beslutningsprosesser, vil deltakerne kunne beskrive situasjoner hvor pasienter som tredjepart er involvert, og det er avgjørende at intervju blir gjennomført på en måte som ivaretar taushetsplikt og pasienters rett til konfidensialitet. Dette vil sikres på flere nivåer. For det første vil deltakere i undersøkelsen anonymiseres slik at en ikke kan relatere informasjon om deltakere eller behandlingsinstitusjon til pasienter. Videre vil det gis tydelige instruksjoner før intervjuet starter om at deltakere ikke skal gi identifiserende informasjon om tredjepart. Fokus gjennom intervjuet vil være på deltakeres opplevelse av behandlingen som gis, ikke på karakteristikker ved tredjepart. Skulle det likevel forekomme identifiserende opplysninger gjennom intervjuet, vil forfattere av prosjektet sørge for at informasjonen aidentifiseres eller

slettes før materialet bearbeides videre. Samlet sett vurderes det at nevnte tiltak vil gi lav sannsynlighet for at sensitiv informasjon om deltakere eller tredjepart vil bli kjent gjennom prosjektet.

7. Publiseringsplan

Resultatet av analysen av intervjuene vil bli presentert i to hovedoppgaver høsten 2021. Etter innlevering av hovedoppgavene vil resultatene bli presentert i minst to vitenskapelige artikler.

8. Referanser

- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*, 68(7), 724-31.
[10.1001/archgenpsychiatry.2011.74](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74)
- Barth, T. & Näsholm, C. (2007) *Motiverende samtale - MI : endring på egne vilkår*. Bergen: fagbokforl.
- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W. & Friederich, H. C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 565-571.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.001>
- Eivors, A., Button, E., Warner, S., & Turner, K. (2003). Understanding the experience of drop-out from treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 11(2), 90-107.
- Johns, G., Taylor, B., John, A. & Tan, J. (2019). Current eating disorder healthcare services – the perspectives and experiences of individuals with eating disorders, their families and health professionals: systematic review and thematic synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 5(4). doi: 10.1192/bjo.2019.48

- Monell, E., Clinton, D. & Birgegård, A. (2018). Emotion dysregulation and eating disorders - Associations with diagnostic presentation and key symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 921-930. doi:10.1002/eat.22925
- National Institute for Health and Care Excellence. (2004). *Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders* [NICE Clinical Guidelines, No. 9].
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK49304/pdf/Bookshelf_NBK49304.pdf
- Rance, N., Clarke, V., & Moller, N. (2017). The anorexia nervosa experience: Shame, Solitude and Salvation. *Counselling and psychotherapy research*, 17(2), 127-136. doi:10.1002/capr.12097
- Solmi, F., Bould, H., Lloyd, E, C., Lewis, G. (2020). The shrouded visibility of eating disorders research. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30423-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30423-5)

Appendix 3. Informasjonsskriv om prosjektet og samtykkeskjema

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

“Kliniske beslutninger i spiseforstyrrelsesbehandling - Hvordan behandlere forstår og jobber med emosjoner og ambivalens i behandling av spiseforstyrrelser”

Formål med forskningsprosjektet

Prosjektet gjennomføres i regi av Institutt for klinisk psykologi ved Universitetet i Bergen. Formålet med studien er å produsere kunnskap som kan hjelpe oss å forstå mer om viktige kliniske beslutninger i behandling for spiseforstyrrelser og hvordan behandlere forstår og jobber med emosjoner og ambivalens.

Du blir nå spurt om å delta i et individuelt intervju, der du vil bli spurt om å dele dine erfaringer om arbeidet ditt med behandling av spiseforstyrrelser. Vi er interessert i dine personlige beslutninger, vurderinger, forståelsesmodeller og opplevelser og det finnes ingen fasit. Resultatene fra forskningsprosjektet kan potensielt brukes for å informere og bidra til forbedring av nåværende behandlinger for spiseforstyrrelser. Informasjonen som du gir i intervjuet vil ikke kunne knyttes tilbake til deg når resultatene publiseres.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektet utføres i regi av Institutt for Klinisk Psykologi (IKP) ved Universitetet i Bergen. Prosjektet blir ledet av førsteamanuensis/psykologspesialist Signe Hjelen Stige og førsteamanuensis/psykologspesialist Yngvild Sørebo Danielsen. Studenter fra siste året på profesjonsstudiet i psykologi, UiB, vil gjennomføre intervjuet med deg som del av sin masteroppgave.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi søker behandlere som har erfaring med å jobbe med psykologisk behandling av spiseforstyrrelser, og som kunne tenke seg å dele sine tanker og erfaringer om behandling for spiseforstyrrelser med oss.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et forskningsintervju enten ved Universitetet i Bergen eller det kan gjennomføres ved din arbeidsplass. Intervjuet vil vare i ca. 1 time og gjennomføres av en av masterstudentene tilknyttet prosjektet. Intervjuet inneholder spørsmål om dine erfaringer med behandling for spiseforstyrrelser – f.eks. hva du opplever som viktige kliniske beslutningsprosesser i arbeidet med spiseforstyrrelser og hva du baserer deg på i disse prosessene. Det vil også fokuseres mer spesifikt på dine erfaringer med terapeutisk arbeid med emosjoner og

ambivalens i behandling av spiseforstyrrelser. Dine svar fra intervjuet vil bli tatt opp på lydopptak og lagret i henhold til personvernloven på UiB sin sikre forskningsserver (SAFE). Lydopptakene vil bli behandlet konfidensielt. Lydopptaket vil så fort som mulig bli gjort om til skriftlig form og lagres uten navn eller personidentifiserbare opplysninger. Lydopptaket vil bli slettet med en gang intervjuet er skriftliggjort og avidentifisert. Vi vil deretter undersøke hvilke temaer som går igjen i svarene fra de som har blitt intervjuet. Resultatet fra forskningsprosjektet vil formidles i to masteroppgaver i psykologi, som i etterkant vil videreutvikles til forskningsartikler. Alle opplysninger om deg vil bli avidentifisert i publikasjoner og formidling av resultater.

Mulige fordeler og ulemper

Prosjektet gir mulighet til å dele viktige erfaringer og bidra til kunnskapsutvikling. En mulig ulempe er at intervjuet tar noe tid å gjennomføre.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Hvis du under eller etter intervjuet kommer fram til at du ikke vil delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg fra prosjektet kan du be om å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder Yngvild Sørebo Danielsen, tlf. 48117634, e-post: yngvild.danielsen@uib.no

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigeret eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektlederne Yngvild Sørebo Danielsen og Signe Hjelen Stige som har tilgang til denne listen som lagres på et eget område på forskningsserveren. Opplysningene om deg vil bli avidentifisert og vil bli slettet fem år etter prosjektslutt. Datamaterialet vil lagres ved bruk av SAFE- Sikker Adgang til Forskningsdata og E-infrastruktur. SAFE bygger på Norm for informasjonssikkerhet i helse- og omsorgstjenestene og sikrer at informasjonssikkerheten med hensyn til konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet blir ivaretatt ved behandling av sensitive personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Godkjenning

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig Universitetet i Bergen og prosjektleder Yngvild S. Danielsen et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke. Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Institutt for Klinisk Psykologi, Universitetet i Bergen ved Yngvild Sørebo Danielsen. Epost: Yngvild.Danielsen@uib.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Yngvild Sørebo Danielsen
Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Signe Hjelen Stige
Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet “**Kliniske beslutninger i spiseforstyrrelsesbehandling - Hvordan behandlere forstår og jobber med emosjoner og ambivalens i behandling av spiseforstyrrelser**”

og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju på ca. 1 time.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 31.12.2024.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Appendix 4. Svar fra REK Vest



Region: REK vest Saksbehandler: Ingvild Haaland Telefon: Vår dato: 09.02.2021 Vår referanse: 237770
Deres referanse:

Yngvild Sørebo Danielsen

237770 Kliniske beslutninger i spiseforstyrrelsesbehandling - Hvordan behandlere forstår og jobber med emosjoner og ambivalens i behandling av spiseforstyrrelser

Forskningsansvarlig: Universitetet i Bergen

Søker: Yngvild Sørebo Danielsen

Søkers beskrivelse av formål:

Formålet med prosjektet er å belyse klinikers beslutningsprosesser og intervensjonsstrategier når de arbeider med personer med spiseforstyrrelser, og hvordan disse prosessene er informert av terapeutisk tilnærming. Ved hjelp av individuelle, kvalitative intervju med fra klinikere som arbeider ut ifra ulike terapeutiske retninger, vil man kunne utforske hvordan behandlere bruker teori og forskning i krevende kliniske beslutningsprosesser, og om eventuell forskjellig konseptualisering av spiseforstyrrelse og behandlingsbehov innen ulike terapeutiske retninger også gjør seg gjeldende i behandleres opplevelser av, og refleksjoner rundt kliniske beslutningsprosesser og valg av intervensjonsstrategier. I dette prosjektet vil vi særlig fokusere på hvordan behandlere forstår og jobber med emosjoner og ambivalens innenfor konteksten av behandling av spiseforstyrrelser. Emosjoner og ambivalens er sentrale tema knyttet til spiseforstyrrelser, og ønsket bak prosjektet er at økt kunnskap om behandleres opplevelse rundt dette vil kunne bidra til å forbedre behandlingstilbud som finnes for mennesker som preges av spiseforstyrrelser.

REKs vurdering

Det vises til innsendt Fremleggingsvurdering mottatt 28.01.2021. Fremleggingsvurderingen er behandlet av leder for REK vest.

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger. Medisinsk og helsefaglig forskning defineres som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom.

Det omsøkte prosjektet skal undersøke terapeuters kliniske beslutningsprosesser og intervensjonsstrategier ved behandling av spiseforstyrrelser. Det skal utføres kvalitative intervjuer med behandlerne, og det skal innhentes samtykke fra disse til å delta i prosjektet. Behandlerne vil før intervjuene starter gjøres oppmerksomme på at de ikke må oppgi taushetsbelagte personidentifiserende opplysninger om pasienter.

REK vest

Besøksadresse: Armauer Hansens Hus, nordre fløy, 2. etasje,
Haukelandsveien 28, Bergen

| E-post: rek-vest@uib.no
Web: <https://rekportalen.no>

Komiteen vurderer prosjektet som helsetjenesteforskning, som ikke har til formål å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom. Prosjektet faller utenfor helseforskningsloven virkeområde, og er ikke søknadspliktig for REK. Dette rådet er å anse som veiledende, jmf. forvaltningsloven § 11.

Vi gjør oppmerksom på at prosjektet må meldes til personvernombudet ved ansvarlig institusjon.

Vedtak

Ikke fremleggspliktig

Prosjektet er ikke søknadspliktig for REK.

Med vennlig hilsen

Marit Grønning
Prof., Dr.med
Komiteleder

Ingvild Haaland
Rådgiver

Appendix 5. Svar fra NSD

Kopi av elektronisk korrespondanse med NSD 10.02.21:

Behandlingen av personopplysninger er vurdert av NSD. Vurderingen er: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 10.02.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG.

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på “Del prosjekt” i øvre venstre hjørne av meldeskjemaet. MELD

VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2024.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger.

Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7,

ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

TAUSHETSPLIKT

Siden utvalget har taushetsplikt er det svært viktig at intervjuene gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes. Intervjuer og informanter har sammen ansvar for dette, og bør innledningsvis i intervjuene drøfte hvordan dette skal håndteres. Vi minner om at informantene dine ikke kan gi opplysninger som kan identifisere en enkelt pasient eller pårørende, direkte eller indirekte. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksomme på at identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates og at dere er forsiktige ved å bruke eksempler under intervjuene.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Tore Andre Kjetland Fjeldsbø

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17