

Jeg måtte innse at jeg ikke var  
ødelagt, jeg trengte bare litt  
'oppussing'

*En kvalitativ studie av bedring hos pasienter  
med bulimi*

Siri Tormodsdatter Hylland og Kolbjørn Finckenhagen  
Campbell Irgens



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

18. april 2016

Jeg måtte innse at jeg ikke var  
ødelagt, jeg trengte bare litt  
'oppussing'

*En kvalitativ studie av bedring hos pasienter  
med bulimi*

Siri Tormodsdatter Hylland og Kolbjørn Finckenhagen  
Campbell Irgens

Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

18. april 2016

© Siri Tormodsdatter Hylland og Kolbjørn Finckenhagen Campbell Irgens

2016

Jeg måtte innse at jeg ikke var ødelagt, jeg trengte bare litt ‘oppussing’ - en kvalitativ studie av bedring hos pasienter med bulimi

Siri Tormodsdatter Hylland og Kolbjørn Finckenhagen Campbell Irgens

<http://www.duo.uio.no/>

# Sammendrag

**Forfattere:** Siri Tormodsdatter Hylland og Kolbjørn Finckenhagen Campbell Irgens.

**Oppgavetittel:** Jeg måtte innse at jeg ikke var ødelagt, jeg trengte bare litt oppussing – en kvalitativ studie av bedringsforståelse hos pasienter med bulimi.

**Veiledere:** Margrethe Seeger Halvorsen (hovedveileder), Marit Råbu (biveileder) og Kjersti Solhaug Gulliksen (ekstern veileder).

**Forskningsspørsmål:** Hva er bedring fra bulimi, og hvordan oppleves denne bedringen?

**Bakgrunn og formål:** Kunnskap om bedring fra bulimi har i stor grad opphav i kvantitative studier, og overvekten av det offentlige behandlingstilbudet fokuserer på symptomlette (CBT-E). Avdelingen informantene er, eller har vært, i behandling ved tilbyr langvarig psykodynamisk gruppe- og individualterapi, samt kunstterapi. Konteksten for studien utgjør dermed et alternativ til den vanligste behandlingen for bulimi. Denne studien søker å belyse hva pasienter med bulimi selv opplever som viktig i deres bedringsprosess. Formålet med studien er å forstå hva som fremstår som viktig og endringsfremmende i og utenfor terapi. Ved å integrere informantenes opplevelser av bedring i en helhetlig fremstilling håper vi å utvide kunnskap om hva som virker bedringsfremmende og på hvilke måter.

**Metode:** Syv kvinner (25-35 år) i behandling, eller tidligere behandlet, for bulimi ved en poliklinikk spesialisert på spiseforstyrrelser, ble intervjuet om deres opplevelse av bedring. Intervjuene ble analysert med bruk av fortolkende fenomenologisk analyse.

**Resultater:** Funnene presenteres som et kjernetema (bedringsforståelse) og fire hovedtemaer (vil jeg komme meg opp fra bulimien?; bedringen min har tatt tid; jeg sørger over tapt tid; hva vil det si å være frisk?), som omhandler ulike prosesser i bedring. Resultatene gir et bilde av bedring som en ikke-lineær selvutviklingsprosess, og omfatter utfordringer som å skape en identitet uten bulimi, bli glad i seg selv og stole på andre mennesker. Ved å overkomme utfordringene drives selvutviklingen videre. Tid oppleves som viktig for informantene, med særlig vekt på å oppleve at de var verdt behandlernes tid. Resultatene er samlet i en modell som illustrer hvordan prosessene i bedringen kan henge sammen og interagere.

**Konklusjon:** Bedring fra bulimi er en kompleks prosess som kan være tidkrevende. Å gi slipp på en identitet som er knyttet til spiseforstyrrelsen, og skape en ny, er vanskelig fordi bulimien gjennomsyrrer store deler av personens liv. Viktige prosesser som sorg og aksept kan bidra til å fremme bedring, men samtidig opprettholde ambivalens til å gi slipp på bulimien. Indre motivasjon er nødvendig for endring, men må ikke nødvendigvis ligge til grunn for den. Funnene peker mot å inkludere psykologiske prosesser i definisjoner av bedring og som et av flere fokus i behandling av bulimi.

**Nøkkelord:** Spiseforstyrrelse; bulimi; psykodynamisk behandling; gruppeterapi; bedring; bedringsforståelse; kvalitativ metode; IPA; fortolkende fenomenologisk analyse.

# Forord

Først og fremst vil vi gjerne takke alle informantene for at dere ga av deres tid og delte deres erfaringer med oss. Vi er dypt beveget over deres tillit og mot til å stille opp og snakke med oss om historiene og opplevelsene deres.

Videre vil vi rette en stor takk til våre veiledere Margrethe, Marit og Kjersti for all deres tid og hjelp med prosjektet og oppgaven. Det har vært virkelig inspirerende å være del av et så fagsterkt forskerteam. Vi takker for gode stunder, interessante diskusjoner, konstruktive tilbakemeldinger, støtte og stor entusiasme.

Vi vil også rette en takk til aktuell poliklinikk for hjelp med rekruttering av informanter og tilrettelegging av og interesse for studien vår.

Til sist vil vi takke våre respektive samboere for uvurderlig støtte gjennom det siste året.

Kolbjørn Irgens og Siri Hylland

Universitetet i Oslo, april 2016

*I etterkrigstiden har kvinnene i vår kultur kjempet seg til større rettigheter. Det ser nå ut til at samfunnsmakten er i ferd med å slå kvinnene tilbake. Kvinnene gir opp kampen og kapitulerer gjennom spiseforstyrrelser. Så lenge kvinnen forakter sin egen kvinnelighet, frykter sin seksualitet og straffer sin kropp, blir kroppen et fengsel, og hun vil ikke få sitt etterlengtede rom. Kvinnene må finne tilbake til sin egen kropp og lære og elske den slik som kvinnene på Vancouver-øya. Gjennom billedterapien har kvinnene fått tak i den kreativitet og kraft de trenger for å finne tilbake til seg selv og egen kvinnelighet. Som larven måtte de bygge seg sin egen kokong for å få trygghet og ro til å gjennomgå den vanskeligste metamorfosen fra kokong til sommerfugl. De er i ferd med å bli sommerfugler med vinger. Den siste utfordringen eksisterer ikke. Det finnes alltid en ny. Utfordringen er noe du skaper inne i deg selv.*

- Minde og Storeng (1994), s. 237

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Hva er Bulimia Nervosa? .....	1
1.1.1	Skam, selvfølelse og identitet.....	1
1.1.2	Andre karakteristikkene .....	2
1.1.3	Alvorlighetsgrad.....	3
1.1.4	Transdiagnostisk syn på spiseforstyrrelser.....	3
1.2	Bedring og behandling fra bulimi .....	4
1.2.1	Bedring fra bulimi .....	5
1.2.2	Behandling for bulimi .....	6
1.3	Utfordringer i bedring og behandling.....	8
1.3.1	Motivasjon.....	8
1.3.2	Drop-out .....	9
1.3.3	Tilbakefall og andre utfordringer .....	9
1.4	Studiens rasjonale.....	10
1.5	Avdelingen – kontekst for studien .....	10
1.5.1	Hilde Bruch .....	11
1.5.2	Kunstterapi og spiseforstyrrelser – å omgjøre fravær til nærvær.....	11
2	Metode.....	13
2.1	Teoretisk forankring .....	13
2.1.1	Epistemologiske og metodologiske betraktninger .....	13
2.1.2	Fortolkende fenomenologi .....	14
2.1.3	Kvalitetssikring .....	14
2.1.4	Fortolkende fenomenologisk analyse.....	16
2.1.5	Faglig utgangspunkt og forventninger til funn.....	17
2.2	Prosedyrer.....	17
2.2.1	Utvalg .....	17
2.2.2	Intervjuene.....	18
2.2.3	Analyse.....	19
2.2.4	Etiske betraktninger.....	22
3	Resultater.....	23
3.1	Bedringsforståelse .....	24



3.2	Hovedtemaer .....	27
3.2.1	Vil jeg komme meg opp fra bulimien?.....	27
3.2.2	Bedringen min har tatt tid.....	30
3.2.3	Jeg sørger over tapt liv .....	32
3.2.4	Hva vil det si å være frisk?.....	33
3.3	Bedringsprosessen.....	35
3.4	Prosessmodell.....	38
4	Diskusjon.....	40
4.1	Selvutvikling og bedringsforståelse .....	40
4.2	Sorg og identitet .....	42
4.3	Ambivalens.....	43
4.3.1	Hva er frisk?.....	44
4.3.2	Ambivalens og identitet .....	46
4.4	Motivasjon.....	47
4.4.1	Ulike typer motivasjon .....	47
4.4.2	Motivasjon og selvfølelse.....	48
4.4.3	Desperasjon som motivasjon.....	49
4.5	Behandlingsimplikasjoner.....	50
4.5.1	Definisjoner av bedring.....	50
4.5.2	Tid og tilførsel.....	50
4.5.3	Pakkeforløp i psykisk helsevern.....	52
4.6	Begrensninger ved studien .....	53
4.7	Konklusjon .....	54
	Litteraturliste .....	55
	Vedlegg .....	62

Tabell 1. Hierarkisk oversikt over kjernetema og hovedtemaer, med tilhørende undertemaer	24
Figur 1. Illustrasjon av selvutviklingsprosessen .....	35
Figur 2. Prosessmodell over bedringsutvikling.....	38



# 1 Innledning

Denne oppgaven baserer seg på en kvalitativ studie som undersøker bedring ved Bulimia Nervosa (BN). Vi vil innledningsvis presentere aktuell litteratur om BN, da vi oppfatter det slik at det er nødvendig å forstå kompleksiteten ved lidelsen for å kunne forstå bedring. Videre redegjør vi for hvordan bedring fra og behandling for bulimi forstås i forskningslitteraturen, samt hvilke utfordringer som er knyttet til bedring og behandling. Til sist i innledningen presenteres studiens rasjonale og avdelingen informantene har deltatt i behandling ved. BN er en spiseforstyrrelse og alvorlig psykisk lidelse, noe som ofte innebærer høyt lidelsestrykk (Skårderud, 2013). Diagnostisk sett innebærer BN: overopptatthet av vekt og kroppsfigur (for selvevaluering) og tilbakevendende episoder med overspising etterfulgt av kompensierende strategier for å unngå vektoppgang, som for eksempel selvindusert oppkast, misbruk av avføringsmidler, fasting eller overtrening (DSM-V; American Psychiatric Association, 2013). BN innebærer mer enn vansker med mat og kroppsmisnøye, blant annet grunnleggende vansker med emosjonsregulering, negativt selvbilde og intens skamfølelse (Serpell & Treasure, 2001; Skårderud, 2013).

## 1.1 Hva er Bulimia Nervosa?

### 1.1.1 Skam, selvfølelse og identitet

Pasienter med BN opplever gjerne de bulimiske symptomene som avvikende, føler stor skam og ønsker å skjule disse fra omverdenen (Pettersen, Rosenvinge & Ytterhus, 2008). Intensitet i opplevelse av skam predikerer symptomalvorlighet ved BN (Troop, Allan, Serpell & Treasure, 2008). Skårderud (2013) foreslår skam som grunnfølelsen bak spiseforstyrrelser og mener at skam er sentralt for å forstå utvikling og opprettholdelsen av spiseforstyrrelser. Pettersen et al. (2008) betegner skam som et sentralt aspekt ved BN, både skam relatert til symptomer og egen kropp, men også skam knyttet til egen eksistens. Opplevelse av skam knyttet til egen person er gjerne et uttrykk for lav selvfølelse.

Lav selvfølelse er et sentralt kjennetegn ved BN og spiseforstyrrelser generelt. Opplevelsen av en selv som 'defekt' er et av de mest karakteristiske psykologiske trekk ved slike tilstander (Bruch, 1978; Buhl, 1990; Lunn, 2010c; Gabbard, 2014). En sentral kognitiv fordreining ved BN og andre spiseforstyrrelser, er at følelsen av å være verdifull som menneske knyttes opp

mot målbare faktorer, slik som kropp, vekt og utseende (Bruch, 1978; Buhl, 1990; Arne, 2008). Forholdet mellom kropp og identitet er studert hos personer med spiseforstyrrelser. De fleste mennesker vil definere seg selv, sin identitet, ut fra områder som relasjoner til andre, kvaliteten på disse relasjonene, arbeid og interesser. Disse områdene har mindre betydning enn vekt og kropp i identitetsbeskrivelser hos mennesker med spiseforstyrrelser (Arne, 2008). I tilfeller ved langvarig sykdom, vil spiseforstyrrelsen kunne 'ta over' personligheten, og dermed bli en sentral del av identiteten (Buhl, 1990). En rekke kvalitative studier har undersøkt fenomener knyttet til å ha bulimi. Opplevelser av at bulimien farger hvem man er, rapporteres av flere (e.g. Broussard, 2005; Lindgren, Enmark, Bohman & Lundström, 2014).

### **1.1.2 Andre karakteristikk**

Sammenhengen mellom personlighet og psykiske lidelser er kompleks. Fortsatt kan mål på personlighet bidra til å forstå BN. Levallius, Clinton, Bäckström og Norring (2015) undersøkte personlighetsprofiler (målt med NEO PI-R) til personer med ikke-anorektiske spiseforstyrrelser og sammenliknet disse med profilene til friske kontroll. Funnene gjenspeiler flere grunnleggende forskjeller i personlighet. Den førstnevnte gruppens profiler karakteriseres av opplevelse av vedvarende negativ affekt og sårbarhet, tvil rundt evner til å takle livets utfordringer, tendens til selvtilstrekkelighet og tvil på andre menneskers pålitelighet. I tillegg viser personlighetsprofilene tendens til sosial unngåelse og mindre åpenhet. Andre sentrale psykologiske fenomener ved BN er opplevelse av manglende kontroll (Skårderud, 2013), ytrestyrthet (Bruch, 1978; Buhl, 1990), perfeksjonisme og manglende evne til å forstå og å sette ord på kroppslige og psykologiske opplevelser (Lunn, 2010c; D'Agata et al., 2015). Pasienter med BN opplever ofte problemer i sosiale og interpersonlige relasjoner (Buhl, 1990; Pettersen et al., 2008). Buhl (1990) hevder at relasjonelle vansker er et kjernefenomen ved BN. Usikker tilknytningsstil er vanlig hos pasienter med spiseforstyrrelser (Zachrisson & Skårderud, 2010; Gabbard, 2014; Levallius et al., 2015).

Pasienter med BN er, slik som er tilfelle ved mange psykiske lidelser, en heterogen gruppe. Dermed vil individuelle forskjeller i stor grad gjøre seg gjeldende i klinikk (Gabbard, 2014). Komorbiditet er svært vanlig (APA, 2013). Blant de vanligste tilleggsvanskene er depresjon og andre affektive lidelser, angstlidelser, rus og alkohollidelser og personlighetsforstyrrelser (Rosenvinge, Martinussen & Østensen, 2000; Pettersen et al., 2008; APA, 2013; Skårderud,

2013; Gabbard, 2014). Av personlighetsforstyrrelsene er det emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse som er vanligst hos pasienter med BN, samt andre cluster B-lidelser (O'Brien & Vincent, 2002).

### **1.1.3 Alvorlighetsgrad**

BN er mindre studert enn Anoreksia Nervosa (AN), til tross for at førstnevnte er mye mer utbredt i verden og i Norge (i aldersgruppen 15-45 har ca 0,3 % av kvinner anoreksi, ca 2 % har bulimi i Norge; Skårderud, 2013). Longitudinelle studier viser at dødelighet ved BN er nesten like høy som ved AN (Gabbard, 2014) og suicidalitetsproblematikk er langt vanligere ved BN enn ved AN (Buhl, 1990). Til tross for alvorligheten ved lidelsen, er forskning på bedring og behandling av BN yngre, og mindre omfattende, enn for mange av de andre psykiske lidelsene. En måte å forstå det på, kan være at det er en yngre diagnosekategori. BN ble først inkludert som diagnose i DSM-III-R i 1980 (Lunn, 2010b). Man kan også spekulere i om det kan handle om lidelsens form. Buhl (1990) påpeker at det i samfunnet anses som høyverdig å kontrollere og beherske impulser. Samtidig vil mulige fristelser være tilstede og tilgjengelig overalt. Bulimiens karakter synliggjør dermed et samfunnsmessig dilemma og kan vekke forakt, ubehag og engstelse hos andre mennesker.

### **1.1.4 Transdiagnostisk syn på spiseforstyrrelser**

Grunnet heterogeniteten som dominerer pasientgruppa, kan det være vanskelig å si hva BN innebærer. Det pågår en diskusjon omkring hvorvidt spiseforstyrrelser egentlig er adskilte sykdomskategorier, eller om de bør forstås som manifestasjoner av samme lidelse. Grunnlaget for denne diskusjonen er observasjoner av at 'migrasjon' mellom forskjellige spiseforstyrrelser er vanlig og at det er mange likheter i kliniske fenomener mellom BN, AN og uspesifiserte spiseforstyrrelser (EDNOS; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003; Gabbard, 2014). Ca 25 % av pasienter med BN har hatt AN i fortiden (Fairburn et al., 2003). Gabbard (2014) henviser til longitudinelle studier som viser at omkring 50 % av pasienter med AN senere vil utvikle BN. Fairburn et al. (2003) hevder at overgangen fra AN til BN er så vanlig at restriktiv AN bør anses som en fase i et hvert spiseforstyrrelsesforløp. Andre forskere støtter inndelingen av spiseforstyrrelser i ulike diagnostiske kategorier, grunnet forskjeller i forløp, utfall og prognose (Keel & Brown, 2010; van Son, van Hoeken, van Furth, Donker & Hoek, 2010). Målet med denne oppgaven er ikke å diskutere dette, men snarere å belyse at det

er vanskelig å si noe sikkert om hva BN og andre spiseforstyrrelser er. I vår studie har vi tatt utgangspunkt i BN som en selvstendig sykdomskategori. Tre av syv informanter i vårt utvalg har tidligere vært diagnostisert med AN og de fleste rapporterer perioder med spisevegring forut for debut av BN.

## 1.2 Bedring og behandling fra bulimi

Mange psykologiske forskningsfelt, inkludert psykoterapiforskning, domineres av studier basert på kvantitativ metode. Det finnes en god del forskning på effekt av behandling for BN, hovedsakelig kvantitativ forskning. En effektstudie av 'transdiagnostisk kognitiv atferdsterapi' (CBT-E) på personer med ulike typer spiseforstyrrelser viser at over 50 % ble betydelig bedre (Fairburn et al., 2009). Oppfølgingsdata etter 60 uker tyder på at bedringseffekten opprettholdes. I en reviewartikkel presenterte Steinhausen og Weber (2009) bedringsfunn fra 27 studier, og fant at nærmere 45 % ble friske (full recovery), 27 % ble betydelig bedre og 23 % hadde et mer kronisk sykdomsforløp. Ut fra litteratur som omfatter den nåværende kunnskapssituasjonen i forskningsfeltet, er vårt inntrykk at det er store variasjoner mellom studiene når det gjelder utfallsmål, hvilke diagnosemanualer som er brukt og pasientutvalg. Hva angår pasientutvalg er mange studier gjort på blandede spiseforstyrrelsesgrupper. Som nevnt er BN, og andre spiseforstyrrelser, svært heterogene grupper. Derfor er det stor forskjell mellom studiene i hvem som blir studert, alvorligheten i deres symptomer, lengde i sykdomsforløp og grad av komorbiditet. For eksempel er det i varierende grad vanlig å ekskludere personer med sammensatte lidelser. Problemet kan bli at forskningsresultatene gjenspeiler en annen gruppe enn pasienter man møter i klinikk. Derfor kan det bli vanskelig å skape en samlet forståelse av bedring og behandling. Informantene i vårt utvalg er svært forskjellige med hensyn til sykdomsvarighet, grad av komorbiditet, migrasjon mellom ulike spiseforstyrrelser og symptomalvorlighet. Slik har vi ønsket å undersøke et utvalg som kan gjenspeile heterogeniteten hos mennesker med BN.

Bedring fra BN er stadig mangelfullt undersøkt og forstått (Keski-Rakhonen & Tozzi, 2005; Lindgren et al., 2014) og utgjør et kunnskapshull i forskningsfeltet. Vår studie bidrar ved å gi pasienters perspektiv på bedringsprosesser og bedringsforståelse. Da målet med kvalitativ metode ikke kun er å finne likheter mellom informanter, vil vi kunne oppdage viktige bedringsfaktorer og individuelle forskjeller som kan gå tapt i aggregerte data. Vi tenker at kunnskap om bedring fra pasientperspektivet er essensielt for å utøve god behandling.

Definisjoner av god terapi er avgjørende for å sikre at terapeuter gir forsvarlige og hjelpsomme bidrag til pasientenes bedringsprosess (American Psychological Association, 2005). Denne kvalitetssikringen står i fare for å bli ensrettet dersom den defineres kun gjennom fagfolks forståelse av fenomener, uten å ta i betraktning pasientens opplevelse og forståelse av egen bedringsprosess. Gjennom pasienters beskrivelser av hvordan de opplever og forstår egen bedring, vil den brede forskningslitteraturen kunne utvides og nyanseres, samt legge grunnlaget for en ytterligere kvalitetssikring (Pettersen & Rosenvinge, 2002).

I kvantitative studier av bedring og behandlingseffekt, er bedring gjerne definert gjennom symptomreduksjon og andre målbare faktorer (Jenkins & Ogden, 2012). Behandlingsmetoder som blir vist å være mest effektive, er de som i størst grad vil tilbys til pasientene. Men er pasientene enige i disse definisjonene av bedring? Jenkins og Ogden (2012) argumenterer for at de kliniske kriteriene for hva bedring er undervurderer viktigheten av psykologiske faktorer slik som selvaksept, selvinnsett og følelsen av å være verdig og god nok. Slike faktorer understrekes ofte i kvalitative studier som undersøker pasientperspektivet.

I vår studie har vi intervjuet unge kvinner som er i bedring fra BN og som deltar, eller har deltatt, i behandling for dette. Deres erfaringer vil kunne gi verdifull kunnskap om bedringsprosesser og behandling fra BN. Selv om bedring og behandling er fenomener som er tett knyttet sammen, bør undersøkelse av bedringsfremmende elementer ikke innskrenkes til kun prosesser i terapirommet. Undersøkelser av støtteapparatet rundt pasienten og pasientens privatliv bør inkluderes, da støtte fra familie og venner kan spille en betydelig rolle i bedringsprosessen (Bell, 2003; Woods, 2004). I intervjuene var vi interessert i å undersøke flere aspekter av bulimi enn symptomene knyttet til mat og kropp, blant annet hvordan og hvorvidt de opplever endringer i selvfølelse, selvilde og relasjonell fungering.

### **1.2.1 Bedring fra bulimi**

Kvalitative studier som har undersøkt pasientens perspektiv på egen bedring viser mange likheter. Flere legger vekt på at bedringen først kunne begynne når pasienten «nådde bunnen» etter lang tid å ha følt seg «fanget» i BN (Rorty, Yager & Rossotto, 1993; Lindgren et al., 2014). Å innse at man har et problem, samt indre vilje og motivasjon for endring rapporteres som de viktigste forutsetningene for bedring (Rorty et al., 1993; Pettersen & Rosenvinge, 2002; Keski-Rakhonen & Tozzi, 2005). Informantene i studiene understreker at bedring er en ikke-lineær prosess som tar tid. Prosessen vil svinge mellom bedring og tilbakefall (Lindgren

et al., 2014). I flere studier, understreket personer som har opplevd bedring fra BN at spiseproblematikken alltid ville være en del av historien deres og at noe av den vil forbli (Rorty et al., 1993; Pettersen & Rosenvinge, 2002; D'Abundo & Chally, 2004). Andre viktige faktorer for bedring var: forståelse av egen situasjon og underliggende årsaker, selv-aksept (Rorty et al., 1993; Pettersen & Rosenvinge, 2002) og håp (D'Abundo & Chally, 2004; Lindgren et al., 2014).

Flere studier understreker at psykologiske faktorer slik som økt selvfølelse, opplevelse av egen verdi, identitet uten spiseforstyrrelsen og autonomi er essensielle for bedring fra spiseforstyrrelser (D'Abundo & Chally, 2004; Patching & Lawler, 2008; Lindgren et al., 2014). Pettersen, Thune-Larsen, Wynn og Rosenvinge (2013) gjorde en kvalitativ studie av pasienter med spiseforstyrrelser i senere bedringsstadier. Deltakerne erfarte spiseforstyrrelsen som en sentral del av deres identitet og alle uttrykte at søken etter en identitet uten spiseforstyrrelsen var en lang og vanskelig prosess, med sterke følelser av usikkerhet og tristhet. De beskrev søken etter en 'sunn' identitet og nye mestingsstrategier som motoren i bedringsprosessen. Patching og Lawler (2009) beskriver at bedringen til deres deltakere, kvinner i bedring fra BN og/eller AN, først kunne starte når de gjenfant sin selvfølelse (sense of self) og tok livene sine tilbake. Lav selvfølelse er assosiert med dårligere behandlingsutfall og større grad av tilbakefall i oppfølgingsstudier ved bulimi (Bardone-Cone, Schaefer et al., 2010). De som opplever tilbakefall fra spiseforstyrrelser, identifiserer selvkritikk og gjennomtrengende følelser av verdiløshet som hindre for deres bedring.

### **1.2.2 Behandling for bulimi**

I forskningslitteraturen på terapieffekter, som oppsummert av Hollon og Beck (2013), er det vist at kognitiv adferdsterapi (CBT) har en overordnet posisjon i behandlingen av bulimi. I løpet av flere tiår har Fairburn og kolleger utviklet og kontinuerlig forbedret CBT i behandling av BN (Fairburn, 2008). Gjennom revideringer og RCT-studier, gikk behandlingen fra å være teoridrevet (CBT-BN) til 'forbedret' (enhanced) med hensyn til blant annet et bredere fokus på kjernepatologi (CBT-E). Den gode behandlingseffekten gjenspeiler hovedsakelig at metoden muliggjør kombinasjonen av rask symptombedring og arbeid med opprettholdende mekanismer for lidelsen, for eksempel dysfunksjonell emosjonsregulering. Dynamisk rettede terapiformer for bulimi gir varige effekter, men fokuserer i mindre grad på tidlig symptombedring (Hollon & Beck, 2013).



Fairburn et al. (2003) benevner BN som en av de sterkeste indikasjonene for CBT, grunnet gode empiriske resultater (e.g., Fairburn et al., 2003; Fairburn et al., 2009). Empiriske studier viser at IPT (interpersonlig psykoterapi), en psykodynamisk orientert terapi, stort sett har like gode effekter som CBT, i alle fall på oppfølgingsstudier (Fairburn et al., 2003; Gabbard, 2014). Prediktorer for respons på CBT-behandling er symptomalvorlighet og rask symptombedring i løpet av de første ukene i behandling (Fairburn et al., 2003). Effekten av psykodynamisk terapi for BN er ikke godt nok uttestet (Gabbard, 2014). En grunn til dette kan være at det er vanskelig å måle effekten av psykodynamisk og psykoanalytisk terapi. Slike terapier retter seg mot komplekse psykologiske forhold som er vanskelige å kvantifisere, for eksempel relasjon til seg selv og andre og opplevelsesmessige tilstander slik som følelsen av selvverd og opplevelse av mening i livet (Lunn, 2010a; Abbate-Daga, Marzola, Amianto & Fassino, 2016).

En sammenlikningsstudie om behandlingseffekt ved bulimi (Poulsen et al., 2014) viser at CBT var mer effektivt på symptomreduksjon av bulimiske symptomer enn psykoanalytisk behandling, samt at effekten ble oppnådd raskere. Dette var til tross for at den psykoanalytiske behandlingen innebar flere timer over et lenger tidsrom. En review-studie av psykodynamisk behandling for spiseforstyrrelser, sammenliknet funn fra ni studier om psykodynamisk behandling for BN (Abbate-Daga et al., 2016). Noen av disse var sammenlikningsstudier mellom psykodynamisk terapi og CBT. Artikkelforfatterne konkluderer med at det er evidens for effekten av psykodynamisk behandling for BN. Samtidig var denne effekten mindre enn ved CBT, både på symptomendring og grad av bedring. I undersøkelse av effekt av psykodynamisk behandling på blandede spiseforstyrrelsesgrupper, undersøkte samme forfattergruppe 11 studier. Funnene her indikerer at psykodynamisk behandling er effektivt i reduksjon av spiseforstyrrelsessymptomer, i tillegg til reduksjon av generell psykopatologi. Behandlingseffekten ved oppfølgingsstudier, der slike data var tilgjengelige (n=4), var enten lik som ved terapiavslutning (n=2) eller videre forbedret fra avslutningstidspunkt (n=2). Statens helsetilsyns (2000) behandlingsveileder for alvorlige spiseforstyrrelser oppgir CBT som den best dokumenterte behandlingsformen for bulimi. Det påpekes imidlertid også at mange pasienter med alvorlig BN har behov for langsiktig psykodynamisk orientert behandling.

## 1.3 utfordringer i bedring og behandling

### 1.3.1 Motivasjon

BN anses, av mange klinikere, som vanskelig å behandle (Bruch, 1978; Buhl, 1990; Gabbard, 2014). Ambivalens hos pasienter knyttet til bedring og behandling er svært vanlig (Skårderud, 2013). Viljen til endring kan være stor, men det er vanlig at sykdommen gir følelser av trygghet og forutsigbarhet da den ofte utgjør en del av identiteten til personen (Broussard, 2005). Flere pasienter i bedring fra BN rapporterer at de har det vanskelig uten spiseforstyrrelsessymptomene (Pettersen & Rosenvinge, 2002). Motivasjon for endring blir presentert som en viktig faktor for bedring. I en kvantitativ studie av ungdom med bulimi (Castro-Fornieles et al., 2010), predikerte motivasjon før behandling forbedring i bulimiske symptomer etter behandling. Forfatterne av denne studien foreslår motivasjon som en mediator for endring. Keshi-Rahkonen og Tozzi (2005) viser til at personer som har opplevd bedring fra spiseforstyrrelser anser verdi av profesjonell hjelp som betinget av egen motivasjon for bedring. Mansour et al. (2012) rapporterer at høyere grad av autonom motivasjon før behandling predikerer signifikant lavere nivåer av en rekke bulimiske symptomer, samt relasjonelle vansker og grad av generell psykopatologi etter behandling. Samtidig anses vansker med motivasjon som grunnleggende blant pasienter med BN og spiseforstyrrelser generelt (Vansteenkiste, Soenens & Vandereycken, 2005; Mansour et al., 2012). Klinikere og forskere har vært opptatt av dette og forsøkt å implementere motivasjonsfremmende elementer i behandlingen, slik som motiverende intervju, for å øke grad av autonomi og mestringsfølelse. Målet med disse forsøkene, har vært å hjelpe pasienten til å oppnå 'indre' motivasjon, basert på antakelse om at kun indre motivasjon kan føre til lengre, positive endringer. Dette innebærer å få pasienten til å ville ta medansvar for egen behandling (Vansteenkiste et al., 2005). Nordbø et al. (2008) gjorde en kvalitativ studie av innholdet i motivasjon til pasienter med AN. Artikkelforfatterne argumenterer for at det er godt dokumentert at pasienter med AN er ambivalente og har store vansker med motivasjon. Samtidig mangler det forskning på innholdet i motivasjonen som allerede er til stede. Hva er det som faktisk driver pasientene til å bli bedre? Dette er viktig å undersøke grunnet skiftende og usikker motivasjon og høy ambivalens til bedring. Liknende studier for BN er, oss bekjent, ikke blitt utført. Aktuell empiri tyder på at pasienter med BN er mer motiverte for endring enn pasienter med AN (e.g. Casasnovas, 2007). Dette fenomenet har blitt målt ved at pasienter med BN rapporterer flere negative aspekter av lidelsen enn pasienter med AN, selv om begge

gruppene også rapporterer en rekke positive elementer ved sin lidelse (Serpell & Treasure, 2002). En mulig forklaring på dette er at pasienter med BN oppfatter sine symptomer som mer egodystone enn pasienter med AN gjør (Arne, 2008).

### **1.3.2 Drop-out**

Selv om pasienter med BN synes å være mer motiverte for endring enn pasienter med AN, er det nyttig å undersøke innholdet i allerede eksisterende motivasjon hos pasienter med BN. Dette er blant annet viktig grunnet høy drop-out rate i behandling for pasienter med spiseforstyrrelser, som utgjør et stort problem i klinikk (Clinton, 1996; Morlino et al., 2007). Tallene varierer stort mellom studier. I RCT-studier ligger drop-out på mellom 18-40% og i observasjonsstudier ligger de mellom 23-57 % (Morlino et al., 2007). Artikkelforfatterne tydeliggjør ikke hva slags pasientpopulasjoner som inngår i disse studiene, men det synes å dreie seg om blandede grupper. Clinton (1997) refererer til funn der en hadde sammenliknet en gruppe av pasienter med BN som hadde fullført behandling med en gruppe som hadde droppet ut. Sistnevnte gruppe ble karakterisert av, blant annet, lengre sykdomsforløp, mer alvorlig depresjon, lavere selvfølelse, mer alvorlige bulimiske symptomer og større grad av komorbiditet (rus og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse).

### **1.3.3 Tilbakefall og andre utfordringer**

Tilbakefall i løpet av bedringsforløpet er også vanlig (Herzog et al., 1993; D'Abundo & Chally, 2004). Tilbakefall etter behandling, og bedring, oppstår i ca. 30 % av bulimiske forløp (Gabbard, 2014). Etter tilbakefall, hadde pasienter med BN lavere motivasjon for videre endring (Castro-Fornieles et al., 2010). Grunnet opplevd skam og stigma, vil også flere pasienter med BN unngå å rapportere bulimiske symptomer, og dermed ikke søke hjelp. Unngåelse av å søke hjelp kan også gjenspeiles i tanken om at de ikke er syke nok og ikke fortjener hjelp. I tillegg tar det gjerne lang tid for disse pasientene å innse egen sykdom (Pettersen et al., 2008). Ca. 6 % av pasienter med BN kommer i behandling, og det tar i snitt 4-5 år fra sykdomsdebut til disse oppsøker hjelp (Skårderud, Rosenvinge & Gøtestam, 2004). Samlet indikerer disse funnene at det er viktig å hjelpe pasienter med BN, og spiseforstyrrelser generelt, med god behandling fra starten.

## 1.4 Studiens rasjonale

Denne retrospektive studien streber etter å undersøke hva som utgjør bedring for bulimi, hvordan bedring oppnås og hvordan bedring oppleves. I vår studie har vi definert bedring som en periode, kort eller lang, hvor personen opplever sine plager mindre påtrengende, eller har kjent seg frisk. Studien gir et idiografisk bilde av syv informanternes bedringsprosess. Målet med studien er å utforske bedringsopplevelser og bedringsforståelse ut fra forskningsspørsmålene:

Hva er bedring fra bulimi?

Hvordan oppleves bedring fra bulimi?

Særlig interessert var vi i å utforske sammenhengene mellom selvfølelse og bedring. Hensikten med studien var ikke å undersøke informantenes generelle teorier om bedring fra bulimi, men snarere å utforske deres opplevelser knyttet til bedring, og hvordan de ga mening til disse opplevelsene. Derfor åpnet intervjuene opp for fenomennære beskrivelser og historier fra informantenes hverdagsliv. Informantene fikk også mulighet til å fortelle om sin sykdomsperiode og mulige årsaker til sykdommen sin, i tillegg til bedringsopplevelser og framtiden som 'frisk'. Dette brede perspektivet har likhetstrekk med en 'life-history' tilnærming (e.g. Patching & Lawler, 2009) og åpner for vid forståelse og refleksjon omkring hvordan ulike hendelser i livet har påvirket sykdom og bedring.

## 1.5 Avdelingen – kontekst for studien

Intervjudeltakerne i vår studie deltar, eller har deltatt, i behandling på en spesialisert poliklinikk for behandling av spiseforstyrrelser. Avdelingen utgjør en kontekst for studien fordi utvalget er hentet herfra. Vi vil derfor redegjøre for poliklinikkens behandlingstilbud og behandlingsrasjonale. Avdelingen er del av offentlig helsetjeneste. Behandlingen ved klinikken er psykodynamisk forankret og består av et bredt utvalg av mulige tilnærminger. Pasienter som får tilbud på poliklinikken vil, etter en vurderingsprosess, tilbys kunstpsykoterapi eller dynamisk samtalerapi, enten i individuelt forløp eller i gruppeformat. I tillegg vil alle pasienter møte til konsultasjon hos allmennlege og klinisk ernæringsfysiolog, der noen får hyppigere oppfølging. Poliklinikken tilbyr i tillegg mulighet for deltakelse i danse- og bevegelsesterapigruppe og forskjellige varianter av måltidsrettet terapi.

Behandlingsstilbudet er unikt for hver pasient. Gjennomsnittlig behandlingstid på poliklinikken er 2,5 år.

### **1.5.1 Hilde Bruch**

Behandlingsfilosofien ved poliklinikken bygger blant annet på arbeidene til Hilde Bruch. Bruch (1978), dog særlig opptatt av AN, tenker på alle spiseforstyrrelser som utviklingsforstyrrelser eller selvforstyrrelser. Forstyrrelsen innebærer, blant annet, manglende opplevelse av personlig effektivitet, eller opplevelse av hjelpeløshet, og svak følelse av identitet og autonomi, samt begrenset forståelse for og kontakt med egne kroppslige og psykologiske opplevelser. Pasientene blir ytrestyrte, uten indre rettesnor og bruker spiseforstyrrelsen som et forsøk på å reparere mangler ved eget selv. Det er denne utviklingssvikten som er fokuset for behandling, og bedring fra spiseforstyrrelser vil komme ved å fremme utviklingen og slik styrke identiteten og selvfølelsen til pasienten. Fokuset for behandling blir dermed på tilførsel og oppbygging av noe som har manglet i utviklingen, i stedet for å 'reparere' dysfunksjonelle aspekter ved personen.

### **1.5.2 Kunstterapi og spiseforstyrrelser – å omgjøre fravær til nærvær**

Kunstterapi går ut på anvendelse av bilder og andre kreative uttrykk for å behandle psykiske lidelser (Minde & Storeng, 1994). Målet er å uttrykke psykologiske fenomener som er utenfor språk og bevisst kognisjon, og dermed gripe implisitt og ubevisst materiale. Et kunstuttrykk er et ordløst språk som formidler indre materiale. I psykoterapi kan «det sakte ordet» få mye makt (Gullestad & Killingmo, 2013). Personer med spiseforstyrrelser er gjerne verbale, men ordene «sier ingenting», da pasientene ofte ikke har kontakt med autentiske selvopplevelser (Minde & Storeng, 1994; Rabin, 2003). På denne måten vil en, gjennom kunsten, kunne få kontakt med seg selv fra innsiden, i stedet for utsiden. Ved å nærme seg det indre materialet, kan pasientene fjerne seg fra den kroppslige overfokuseringen (Minde & Storeng, 1994).

Pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser uttrykker ofte sterkt ønske om endring, samtidig som de ikke skjønner hvordan de skal kunne endre seg. Mange føler seg svært fastlåste i sin lidelse, ute av stand til å se muligheter og foreta valg. Kunsten har den egenskap at den gir perspektiver. Personen som uttrykker seg vil være en del av bildet, da bildet er hans/hennes uttrykk, og samtidig er man 'over' og kan betrakte bildet. Slik kan man oppdage nye

perspektiver og nyanser ved en selv. Kunsten er også bestandig (Rabin, 2003). Pasienten kan nærme seg og fjerne seg bildet, etter egne behov, og få muligheten til å speile seg selv i eget uttrykk (Minde & Storeng, 1994). Speiling og empati er viktige intervensjoner i psykoterapi, hovedsakelig for å støtte selvpålevelse. Slik kan kunsten fungere som et overgangsobjekt, der følelser knyttet til separasjon og tilknytning prosesseres. Kunsten kan også fungere som en container av vanskelige følelser og opplevelser.

Den kreative prosess tenkes å utgjøre flere psykologiske funksjoner, som kan være endringsskapende (Minde & Storeng, 1994). Uttrykket kan både være et 'regresjonsfenomen', der funksjonen til kunsten blir å forløse konflikter (som senere kan bearbeides), og et 'overskuddsfenomen', der kreativ virksomhet stimulerer det skapende og vitale i mennesket, som kan føre til utvikling. Ved å få kontakt med egen kreativitet og lekende evne, vil livet oppleves mer meningsfullt. Winnicott anså lek og kreativitet hos barnet som en bro mellom indre forestillinger og ytre virkelighet (Minde, 2000).

Effekten av kunstterapi for behandling av psykiske lidelser er lite empirisk uttestet. Alle deltakere i vår studie har erfaring med kunstterapi.

## 2 Metode

Denne delen innledes med en redegjørelse for studiens epistemologiske og metodologiske rammeverk. Videre beskriver vi hvordan vi, gjennom intervjuer med nåværende og tidligere pasienter, utforsket hvordan individuelt sammensatte behandlingsformer oppleves for pasientene og hvordan disse elementene påvirker bedringsprosessen.

### 2.1 Teoretisk forankring

#### 2.1.1 Epistemologiske og metodologiske betraktninger

Denne studien er bygd opp av en rekke metodologiske og metodiske valg. Metodologi betegner rammeverket for en studie, mens metode betegner hvilke verktøy som brukes for å samle og analysere data (Silverman, 2005). Ontologi og epistemologi, som henholdsvis defineres som teorier om verden og teorier om hvordan man kan tilegne seg denne kunnskapen (Pascale, 2011), danner rammen for et forskningsprosjekt. Ontologiske og epistemologiske holdninger ligger til grunn for metodologiske og metodiske valg (Langdridge, 2004). Teoriene eller rammeverket man forstår et fenomen gjennom vil endre hvordan man oppfatter det (Silverman, 2005). Utviklingen av kvalitativ forskning har bidratt til å skape en debatt om epistemologiske tilnærminger til kunnskap. Psykologi var lenge dominert av et positivistisk sannhetssyn, en leten etter den objektive sannhet som kan observeres med de rette metodene (Giacomini, 2010). En motsetning til denne epistemologien er et konstruktivistisk kunnskapssyn, som legger til grunn at sannhet er sosialt konstruert, og dermed kan variere mellom kulturer og grupper av mennesker (Avis, 2005; Madill, Jordan & Shirley, 2000). I senere tid har denne motsetningen blitt mindre, og de to epistemologiske synspunktene har dannet en overordnet epistemologisk modell som kan ligge til grunn for all forskning. Denne modellen anerkjenner sannhet som sosialt konstruert, men anerkjenner samtidig hendelser som reelle (Avis, 2005). Likevel vil de objektive og sosialkonstruktivistiske delene av modellen vektas ulikt ettersom hva man ønsker å utforske. Silverman (2005) beskriver hvordan modellene vi benytter for å observere verden brukes til å danne teorier. Han sammenligner teorier med å se inn i et kaleidoskop, der skifte av teoretisk utgangspunkt tilsvarer å vri på kaleidoskopet. Komponentene i det observerte er de samme, men det visuelle uttrykket er endret. En teoretisk forankring som egner seg godt til å studere

opplevelser med bruk av intervju er fortolkende fenomenologi. Dette fordi den gir et rammeverk for systematisk refleksjon rundt andre menneskers erfaringer (Smith & Osborn, 2003).

### **2.1.2 Fortolkende fenomenologi**

Fenomenologi som filosofisk retning ble utviklet av Edmund Husserl. Det var opprinnelig en filosofisk psykologi, der beskrivelser, heller enn kausale forklaringer sto sentralt (Moran, 2003). Dette synet ble videreutviklet av Heidegger og Gadamer som plasserte fenomenologien mellom disse to ytterpunktene og fremmet fortolkning av dialog som sentralt for den filosofiske retningen (Giorgi & Giorgi, 2010; Moran, 2003). Gjennom hermeneutisk analyse av dialog søker fortolkende fenomenologi å forstå fenomener slik de oppleves (Clarcke, 2009). For å gjennomføre en slik analyse er det viktig å erkjenne at man til en hver tid besitter en «førforståelse» som brukes for å konstruere mening i alle opplevelser (Rapport, 2005). Følgelig vil man være påvirket av egne oppfatninger i prosessen av å forstå et annet menneskes livsverden, man vil alltid ha sin egen bevissthet (ens egne hermeneutiske førforståelse) tilstede i sine opplevelser (Elliott, Fischer & Rennie, 1999).

### **2.1.3 Kvalitetssikring**

Kvalitativ forskning appellerer til mange klinikere fordi det ligger nært fenomener og erfaringer fra terapi som de kan kjenne seg igjen i (McLeod, 2013). Kvalitative forskere retter sine studiers oppmerksomhet mot kvalitetene ved fenomener (Langdridge, 2004), og søker å forstå og beskrive fenomener fra innsiden (Flick, 2007).

Reliabilitet og validitet vurderes på ulike måter i kvalitative og kvantitative studier (Avis, 2005). I en kvalitativ studie kan reliabilitet sammenlignes med pålitelighet i observasjoner og data (Elliott et al., 1999). For å øke påliteligheten i vår studie gir vi et bilde på våre faglige utgangspunkt, utviklingen av forskningsspørsmålet og en nøye fremstilling av hvordan analysen ble gjennomført. I den praktiske gjennomføringen av studien har påliteligheten blitt ivarett ved å bruke forskerteamet, som består av forfatterne og veilederne, aktivt, slik at det i alle delene av analysen eksisterte en enighet om framgangsmåten. Validitet kommer som resultat av godt forskningshåndverk gjennom alle deler av en kvalitativ studie (Kvale, 2007). I gjennomlesninger og analyse av datasettet har vi stilt ulike spørsmål som har gitt ulike forståelser av hver tekst. Eksempler på dette er «hvordan opplever informantene bedring?» og



«hva ligger bak informantenes synspunkter?». Triangulering, som er bruk av mer enn en metode eller forsker for et sammenligningsgrunnlag, kan brukes som en måte å styrke både validitet og reliabilitet (Elliot et al., 1999; Madill et al., 2000). Formen for triangulering som brukes i denne studien, i tråd med Flicks (2007) definisjoner, gjennomføres ved at mer enn en person gjennomgår like steg i analyseprosessen. Sammenligningen av arbeidet har tre funksjoner: (1) den fungerer som en reliabilitetssjekk ettersom resultatet av arbeidet er mer eller mindre sammenfallende, (2) den muliggjør større bredde i synet på hva som fremstår som viktig i dataene og (3) den belyser tenkningsskjevheter slik at disse kan rettes opp.

Utover disse grepene, spesifikt knyttet til å styrke reliabilitet og validitet i studien, har vi arbeidet etter retningslinjene gitt av Elliott et al. (1999). Det innebærer at vi er tydelige på vårt faglige og personlige utgangspunkt, presenterer tilstrekkelig sitater fra intervjuene, har diskutert hver del av arbeidet i forskerteamet som en jevnlig kredibilitetssjekk, har samlet våre funn i en helhetlig fremstilling som beholder sammenhengen med de originale dataene og presenterer resultatene på en slik måte at leseren kan følge, og se sammenhenger i, tolkninger, resonnementer og utdrag fra intervjuene.

Ettersom forskerens teoretiske utgangspunkt påvirker hele forskningsprosessen må man erkjenne at funnene fra en studie ikke kan skilles fra studiens ontologiske utgangspunkt (Avis, 2005). Det følger av det fenomenologiske rammeverket for studien at resultatene er en sammenstilling av språklig gjengivelse av opplevde fenomener og tolkninger av disse. Forskerens faglige og personlige utgangspunkt vil farge disse tolkningene (Smith & Osborn, 2003). Derfor har vi lagt vekt på å eie vårt perspektiv (Elliott et al., 1999). Gjennom å være tydelige på våre utgangspunkt, samt la oss korrigere av hverandre, har forskerteamet i stor grad kunnet kontrollere at førforståelse har blitt brukt til fordel for refleksjonene som analysen bygger på.

En annen måte å kvalitetssikre studien på er ved at en eller flere informanter leser gjennom teksten. Informantene i denne studien ble bedt om tillatelse til om vi kunne kontakte dem for eventuell gjennomlesning. Vi vurderte imidlertid dette som problematisk. For det første er det mulig at informantene har kjennskap til hverandre fra avdelingen, og dermed kunne identifisere andre enn seg selv før resultatene var ferdigstilt (se under prosedyrer). For det andre ønsket vi ikke å gi en eller få informanters forståelse 'forrang' på denne måten.

## 2.1.4 Fortolkende fenomenologisk analyse

Denne studien anvender Fortolkende fenomenologisk analyse (FFA), en metode for å analysere kvalitative data som omhandler menneskers livserfaringer (Pietkiewicz & Smith, 2014). Begrepet er en oversettelse av Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), og består av tre ledd. 'Fortolkende' refererer til at resultatet av en slik analyse er en tolket fremstilling av andre menneskers livsverden. 'Fenomenologisk' refererer til informantens synspunkt i det gjengitte. 'Analyse' refererer til at det originale materialet ikke gjengis av forskeren i samme form som det ble gjengitt av informanten. Vi har valgt å bruke FFA på grunn av metodologiens idiografiske fokus. Den søker å utforske det spesifikke heller enn det universelle (Eatough & Smith, 2008). Denne studien utforsker hvordan det oppleves å bli bedre fra en spiseforstyrrelse. En annen årsak til valget av FFA var dens induktive natur, som åpner for å oppdage og ta i betraktning ny forståelse gjennom hele studien (Pietkiewicz & Smith, 2014).

Hermeneutikk, her forstått meningsdannelse, er verktøyet som brukes i analysen. Hermeneutikken i en FFA-studie er trippel, på den måten at en leser av artikkelen skaper mening av forskerens forsøk på å skape mening av beskrivelser en informant gir om meningsdannelse av et opplevd fenomen (Smith, Flowers & Larkin, 2009). For å gjøre verktøyet brukbart gjøres meningsdannelsen sirkulær, ved bruk av den hermeneutiske sirkelen (Rapport, 2005). For å forstå noe meningsfylt, i dette tilfellet tekster som omhandler informanters erfaringer med behandling for bulimi, veksler fokuset mellom delene det meningsfylte består av, og helheten de innordner seg i. Ved å forstå delene av det meningsfylte vil vår forståelse av helheten bli påvirket, som igjen påvirker hvordan vi på nytt ser på delene. Ved å la oppmerksomheten flytte seg rundt i denne sirkelen vil man oppnå en best mulig forståelse av teksten(e) man analyser (Smith, et al., 2009). Resultatet av en slik analyse er det samlede produktet av den observerte og observatøren, og fremstilles som en dialog mellom informant og forsker. Dialogen veksler mellom det spesifikke og det overordnede i henhold til den hermeneutiske sirkelen. Det kan være krevende å følge en slik fremstilling, så vi har brukt retningslinjene presentert av Smith et al. (2009) for gjennomføringen av en FFA-studie, for på den måten gi en presentasjon av våre data som leseren kan følge lettest mulig.

## 2.1.5 Faglig utgangspunkt og forventninger til funn

Forfatterne hadde ulike utgangspunkt i forkant av studien. Den ene har arbeidet med spiseforstyrrelser, mens den andre ikke har erfaring med pasientgruppen. Begge forfattere har kjennskap til problematikken gjennom nære relasjoner. Vi er del av en generasjon hvor spiseproblematikk er svært vanlig og mer synlig enn tidligere. Dette kan mulig være et grunnlag for vår interesse for slike vansker. Den ene forfatteren har en mer dynamisk klinisk forankring, og den andre er mer kognitivt orientert. Intensjonene våre for denne studien var imidlertid samstemte: vi ønsket å utforske hva som utgjorde god behandling for bulimi (se prosedyrer for endring av forskningsspørsmål). Fordi vi begge er engasjerte i faglige og fagpolitiske debatter knyttet til diagnostisk system, evidensbasert klinisk praksis o.l., ønsket vi å undersøke hva pasientene selv mente var til nytte for deres bedring. Før vi begynte datainnsamling, skrev vi ned våre forventninger til studien og funnene. Begge forfattere forventet at informantene skulle være tydelig påvirket av behandlingssted, blant annet ved å rapportere at selvfølelse er det viktigste for bedring. Vi hadde også sett for oss at informantene ville ha vanskelig for å dele åpent sine erfaringer med oss, da lidelsen preges av mye skam. Begge forventet at fellesfaktorer, slik som betydning av allianse for behandling/bedring, skulle få mye plass. På et vis forventet vi at informantene skulle være rimelig like hverandre, til tross for heterogent utvalg.

## 2.2 Prosedyrer

### 2.2.1 Utvalg

Utvalget består av syv kvinner som deltar eller har deltatt i behandling ved en spesialisert poliklinikk for spiseforstyrrelser i Oslo-området. Videre vil vi veksle mellom å referere til disse som enten informanter eller deltakere. Vi valgte å rekruttere informanter som vi hadde grunn til å tro at kunne bidra med refleksjoner og perspektiver på vårt forskningstema (convenience sampling; Wallace 2005). Inklusjonskriteriene var som følger: (1) personen deltar eller har deltatt i behandling ved poliklinikken i løpet av de siste tre årene, (2) personen har på et tidspunkt blitt diagnostisert med en form for bulimi, (3) personen har rapportert subjektivt opplevd bedring og (4) behandler vurderer bedringen til å være betydelig. Ti kvinner ble invitert til å delta i studien. Av disse ble syv intervjuet. En person ønsket ikke å delta i studien, og to andre svarte ja til å delta i studien, men trakk seg før intervju. Deltakerne

var mellom 25 og 35 år. Alle er norske, og er fra ulike deler av landet. En av informantene er fulltidsstudent, de seks andre er i full jobb. Utdanningsnivå varierer fra fullført videregående til mastergrad. Fire av informantene deltok på intervjutidspunktet i behandling ved poliklinikken, som hadde vart i minst et år. De resterende tre deltok ikke lenger i behandling ved poliklinikken, som ble avsluttet for 13-30 måneder siden, og er heller ikke i behandling ved annen institusjon. Deltakernes behandlingstid ved poliklinikken varierer mellom 15 og 40 måneder.

Potensielle informanter som deltok i behandling ved poliklinikken ble spurt om deltakelse i studien av sin behandler ved klinikken. De som ikke lenger deltok i behandling ved poliklinikken ble kontaktet av psykologspesialist/PhD Kjersti Solhaug Gulliksen, som arbeider ved klinikken og er del av forskerteamet. Ved forespørsel om deltakelse ble det informert om at studien er en avsluttende hovedoppgave på profesjonsstudiet i psykologi ved Universitetet i Oslo, og at deltakelse innebar et intervju om opplevelser av bedring fra bulimi.

## **2.2.2 Intervjuene**

I utviklingen av intervjuguiden søkte vi å formulere spørsmål som var åpne, nøytrale, sensitive og tydelige, og sammenfatte dem i en guide som ville gi intervjuene en naturlig progresjon, uten å begrense dem (Taylor, 2005). Spørsmålene ble utviklet ved at temaene vi ønsket å undersøke fungerte som overskrifter, med foreløpige spørsmålsformuleringer skrevet under hver av dem. Guiden ble kritisk gjennomgått og revidert i flere omganger i samarbeid med veilederne, til den endelige versjonen var utarbeidet.

Den første delen av intervjuguiden utforsket deltakernes opplevelser med bulimi og andre psykiske lidelser, samt forholdet mellom opplevde psykiske utfordringer og selvfølelse. De videre spørsmålene omhandlet opplevd bedring og bedringsforståelse. Vi undersøkte bedring knyttet til flere livsaspekter, blant annet i symptomer, selvfølelse, fungering i hverdagen og relasjoner til andre mennesker. Videre ba vi informantene fortelle om sine behandlingserfaringer. De siste spørsmålene omhandler deres opplevelser av møter med behandlere og intervjusituasjonen (se vedlegg 1).

Intervjuene ble gjennomført som samtaler mellom informant og intervjuer i klinikkens lokaler i perioden 10.11.2015 og 12.01.2016. Vi fordelte intervjuene mellom oss, slik at den ene gjennomførte tre og den andre fire. Det ble stilt oppklarende spørsmål og

oppfølgingsspørsmål det dette var naturlig. Denne semistrukturerte formen frigjorde intervjuerne til å følge de historiene, metaforene og tankerekkene informantene selv opplevde som viktige å fortelle om. Samtidig muliggjorde det fleksibilitet i intervjuets retning for å dekke våre interesseområder i alle intervjuene (Kelly, 2010).

Intervjuene ble tatt opp på en digital lydopptaker, ble overført til en separat, beskyttet lagringsenhet umiddelbart etter hvert intervju og ble deretter slettet fra opptakeren.

Intervjuene ble transkribert verbatim. For å få bedre kjennskap til materialet transkriberte vi intervjuene den andre hadde utført. Lydfiler og transkripter ble merket med pseudonymer for å sikre informantenes anonymitet. I transkriptene er navn på personer og steder, samt andre informasjonsdeler som kan angi informantens identitet, anonymisert. Analysene ble igangsatt etter fire intervjuer var gjennomført. Etter seks intervjuer viste de foreløpige transkripsjonene betydelig likhet i struktur og innhold, og oppfylte dermed kriteriet for metning (Wallace, 2005). Vi hadde imidlertid syv informanter, og valgte å gjennomføre et siste intervju for slik å sikre en bredde i dataene. At dette intervjuet også viste likheter med de foregående styrker vår beslutning om avslutning basert på metning.

### **2.2.3 Analyse**

I løpet av analysearbeidet, i henhold til Smith et al. (2009), satt vi med et stort materiale på bedring fra og behandling for bulimi. Hovedspørsmålene i studien var i utgangspunktet: «hva er god behandling for pasienter med bulimi?» og «hvordan oppleves bedring fra bulimi?», med tilhørende underspørsmål. Etter hvert ble det tydelig at data vi hadde på behandling var godt utbrodert og opplevelsesnært hos noen deltakere, mens andre snakket om behandling i generelle termer. Data på bedring var godt utforsket hos alle deltakerne. I stedet for å snevre inn analysene til å kun inkludere intervjuer der behandling var utbrodert, valgte vi å analysere det fulle materialet. Bedring ble derfor et naturlig fokuspunkt for videre analyser, og vi endret forskningsspørsmålene til: «hva er bedring fra bulimi?» og «hvordan oppleves bedring fra bulimi?»

En FFA-studie handler om å lære noe om respondentens psykologiske verden (Smith & Osborn, 2003). Ved å få frem og tolke opplevelser, meninger, tanker og følelser i hver informants beskrivelser søkte vi å lære hva som ligger i bedring fra bulimi. Dette gjorde vi gjennom kondensering av tekstene i flere omganger. I den første fasen ble hvert transkript gjennomlest sammen med lydavspilling fra intervjuet, og kommentert skriftlig. For å unngå

forståelsesskjevheter som kunne farge analysene videre, gjennomførte vi begge den første fasen på alle intervjuene. Dette gjorde vi også for å sikre at alle intervjuene var grundig gjennomarbeidet. Kommentarene varierte fra det rent deskriptive til språklig og konseptuelt fokus. Sammenhengen mellom disse tre kommentarformene utgjorde det første leddet i tolkningen av materialet, på den måten at de konseptuelle kommentarene inkluderer analytikernes tenkning, uten å miste kontakten med deltakernes opplevelser og språklige fremstilling (Smith et al., 2009). Videre ble kommentarene utviklet til temaer gjennom kondensering av kommentarene. Her brukte vi de konseptuelle kommentarene som utgangspunkt, og varierte det analytiske blikket med å gå tilbake til originaltekstene. Resultatet av prosessen ble en temaliste for hvert intervju som fanget opp de mest sentrale temaene knyttet til forskningsspørsmålene. Neste steg var å gjøre et uttrekk av temaer for hver deltaker som på ulike måter reflekterte forskningsspørsmålet, og samle disse under hovedtemaer. Denne prosessen ble utført av begge forfatterne, på alle tekstene, separat fra hverandre. Denne trianguleringsprosessen (Flick, 2007) ga et bilde på en høy reliabilitet i analyseprosessen, ettersom likheten mellom uttrekkene var stor. Med disse uttrekkene til grunn sammenlignet vi uttrykk for bedringsforståelse på tvers av deltakerne. Prosessen viste en stor grad av likhet mellom deltakerne i hvordan de oppfatter hva som ligger til grunn for bedring, og hvilke prosesser som må til for å oppnå bedring. Andre temaer var representert hos noen av informantene, men ikke hos alle. Et eksempel på dette er en sorgprosess som sto sentralt hos tre av deltakerne, men som ikke fikk tydelig figur hos de resterende fire. Disse temaene ble likevel inkludert i den ferdige analysen fordi de også var til stede i flere av de andre deltakernes narrativer, i form av underliggende linjer i beskrivelser av andre opplevelser.

Gjennom hele analyseprosessen viste det seg nødvendig å jevnlig gå tilbake til originaltekstene for å sikre at vi beholdt kontakten med informantenes opplevelser på tvers av transkriptene. Dette gjorde at vi mot slutten av analyseprosessen var godt kjent med hvert transkript, og vi avgjorde hvilke temaer som best reflekterte hver enkelt informants bedringsforståelse informert av deltakerens fulle narrativ. I tråd med FFA var vi åpne for endringer i analysene gjennom hele prosessen. Utforming av både hoved- og undertemaer ble endret på mange tidspunkter, også mens vi skrev resultatdelen i denne oppgaven. Gjennom analyseprosessen fikk vi veiledning knyttet til alle de overnevnte fasene. Jevnlig konferering med hele forskerteamet, styrker reliabiliteten og validitet i studien (Elliott et al., 2009; Kvale, 2007). Gjennom veiledning søkte vi å rette opp eventuelle tenkningskjevheter, som

potensielt ville kunne lede oss i en retning mer preget av vår egen tenkning enn informantens meningsdannelse (Smith et al., 2009). Analysearbeidet har vært en selvstendig prosess, der veilederes rolle har vært fokusert på kvalitetssikring av metode, samt innspill til forståelse av fenomener.

En mulig begrensning ved utforming av studien er tilknytning til poliklinikken. En av forfatterne var i hovedpraksis på klinikken og en veileder arbeider ved dette stedet. Dermed er to av fem i forskerteamet tilknyttet aktuelt behandlingssted. Den mulige begrensningen ligger i at den ene forfatteren kan ha vært preget av kjennskap til behandlere og behandlingsform under intervjuer og senere analyser, og tolket utsagn i den aktuelle klinikkens favør. Dette har vært tatt opp i plenum i forskerteamet fra begynnelsen og det har ikke fremstått som et problem grunnet forskerteamets samlede ønske om å åpne for alle perspektiver og tolkninger. Endring i forskningsspørsmålene, fra behandling til bedring, har gjort denne problemstillingen mindre relevant.

Begge forfattere har opplevd arbeidet med studien som meningsfullt. Vi opplever å ha fått unik innsikt i fenomener knyttet til å ha bulimi, bedringsopplevelser og hindringer og ambivalens knyttet til endring. Arbeidet med studien, både intervjuer og analyser, har skapt flere sterke følelser i oss. Et eksempel er fenomener knyttet til lav/manglende selvfølelse. Å høre et annet menneske snakke om seg selv som verdiløst, har vært vondt. Vi har også opplevd å bli dypt beveget av informantenes historier om bedring, blant annet knyttet til betydningen av andre mennesker og endring i opplevelse av egen verdi. Slik vi ser det, er evnen til å ta den andres perspektiv en nødvendighet hos forskere: at vi er menneskelige, gjør oss i stand til å reflektere, og uten det kunne vi ikke forstått. Vi kan også anse det som fordelaktig for studien, da disse følelsene hos oss har bidratt til opplevelsesnære forståelser om at det ikke er gitt å oppleve seg som verdifull. Dette er noe vi tidligere har forstått på et faglig plan, men har også tatt det inn over oss på et menneskelig plan gjennom arbeidet med denne studien. I tillegg kan det være at de beskrevne emosjonelle reaksjonene i oss reflekterer beskrivelsene som er gitt av informantene er opplevelsesnære og genuine. Resten av forskerteamet ble også berørt av dataene, noe som styrker antakelsen som at dataene gjenspeiler faktisk subjektiv opplevelse, da de fanger opp en emosjonell kvalitet.

## 2.2.4 Etske betraktninger

Studien ble meldt til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) juni 2015, og ble godkjent uten innvendinger august samme år. Pasientpopulasjonen vi intervjuet er i en sårbar situasjon. Derfor ble det lagt flere etiske overveier til grunn for hvordan prosjektet ble gjennomført. For det første kan det være belastende for en person med en spiseforstyrrelse å snakke åpent og direkte om sin lidelse. Særlig gjelder dette spørsmål knyttet til temaer som lav selvfølelse og symptomer som overspising og kompensere strategier, som oppkast, som kan være svært skambelagt (Serpell & Treasure, 2002). Derfor var spørsmålene formulert slik at de ba om beskrivelser av deltakernes opplevelser, uten å stille dem til veggs, samt at deltakerne som på intervjutidspunktet deltok i behandling kunne snakke med sin terapeut i for- og etterkant av intervjuet. Informantene som ikke lenger deltok i behandling hadde mulighet til å kontakte poliklinikken for samtaler med Kjersti Solhaug Gulliksen dersom de opplevde behov for å bearbeide intervjuet.

For det andre vil det kunne oppleves som ubehagelig at deltakernes beskrivelser av dem selv blir tatt med ut av institusjonen. Derfor var det svært viktig å være tydelige overfor informantene på hvordan datamaterialet oppbevares, hvem som har tilgang til dem, og at sitater o.l. er anonymisert i den ferdige teksten. Derfor ble dette beskrevet nøye og utfyllende i samtykkeskjemaet som deltakerne leste og underskrev (se vedlegg 2).

Samtidig kan det også oppleves som meningsfullt og positivt for pasienter med spiseforstyrrelser å få muligheten til å fortelle om sin lidelse og sine erfaringer med lidelsen. (Lindgren et al., 2014). Det var vår opplevelse, samt eksplisitt uttrykt fra noen av deltakerne, at intervjusituasjonen utgjorde en mulighet til å bidra til økt forståelse av bulimi, behandling og bedring.



### 3 Resultater

Informantene i vår studie nærmet seg temaer knyttet til bedring fra flere hold; ved direkte spørsmål om bedring, ved spørsmål om behandling, ved sammenlikninger med sykdomsperiode og i forbindelse med framtiden og knyttet til det å være frisk. Alle deltakerne beskriver opplevd bedring fra bulimi. Gjennom analysene, oppdaget vi at opplevd bedring var nært knyttet opp mot deltakernes bedringsforståelse – hva er bedring fra bulimi? Grad av opplevd bedring fant vi også ut at knyttes tett opp mot hva som var hovedmotivasjonen for bedring – hvorfor ville de bli bedre? Kaja var klar på at hennes motivasjon for bedring var økt livsutfoldelse, og hun kan sies å ha nådd langt i sin selvutvikling- og identitetsprosess. Nina sin primærmotivasjon for bedring var bedret økonomi som resultat av mindre overspising og oppkast, et mål hun har nådd. Hun forteller oss at hun er fornøyd med bedringen sin. Sett fra vårt faglige perspektiv er det stor forskjell hos disse to i hvor ‘langt’ de er kommet i sin bedring. Samtidig er det lite fruktbart å tolke den enes bedring som ‘bedre’ enn den andres, da de har svært ulike utgangspunkt. Vi har forsøkt å framstille resultatene slik at vi viser likhetene i deltakernes bedringsforståelse- og prosess, men samtidig å ta vare på individualiteten ved å nyansere der deltakerne er forskjellige på viktige punkter. Vi har også etterstrebet å ikke la vår psykologiske forståelse bli fasiten på hva som er den ‘riktige’ bedringen.

Gjennom analyser av alle tekstutdrag der deltakerne snakket om bedring, kom vi fram til et kjernetema og fire hovedtemaer. Forholdet mellom opplevelsene og prosessene som temaene innebefatter, resulterte i en prosessmodell. Funnene er hierarkisk bygd opp. Alle temaene er basert på data (etter FFA), og derfra har vi konstruert en sammenheng, som er modellen. Forskningsspørsmålene «hva er bedring?» og «hvordan oppleves bedring?» besvares direkte av kjernetemaet som omhandler bedringsforståelse. De fire hovedtemaene utdyper forskjellige, og viktige, aspekter av forskningsspørsmålet. De har på hver sin måte betydning for bedringsforståelsen som presenteres i kjernetemaet. I prosessmodellen utgjør kjernetema, hovedtemaer og undertemaer bevegelsene i bedringsprosessen. Prosessmodellen blir dermed det høyeste nivået, der alle funn er representert i en syntese. Kjernetemaet står over hovedtemaene fordi sistnevnte alle utgjør mindre deler av førstnevnte. Alle deltakerne snakker, mer eller mindre eksplisitt, om bedring som en ikke-lineær prosess. I og med at bedringsprosessen omfatter endringer i alle livsaspekter, vil ikke temaene være naturlig avgrenset fra hverandre. Det ble tydelig gjennom analysene at bedring fra bulimi er en

kompleks prosess. Prosessmodellen integrerer hoved- og kjernetema til en opplevelsesnær og helhetlig bedringsprosess som er (mer eller mindre) felles for deltakerne. Modellen sentrerer rundt bevegelsen vi har kalt «Jeg måtte innse at jeg ikke var ødelagt, jeg trengte bare ‘oppussing’». Sentralt i denne prosessen, er bevegelser mellom opplevelser knyttet til å være gjennomgående mislykket og uten håp, og opplevelser av bedring. Denne bevegelsen dreier seg om selvutvikling, og utgjør drivkraften bak bedring. Modellen vil illustrere hvordan denne selvutviklingen kommer til hos våre deltakere og utgjør hovedfunnet i vår studie. For å gi en oversiktlig fremstilling har vi valgt å presentere temaene først hver for seg. Etter denne presentasjonen, vil vi komme tilbake til prosessen rundt selvutvikling og reintegrere temaene i redegjørelsen for prosessmodellen.

Tabell 1. Hierarkisk oversikt over kjernetema og hovedtemaer, med tilhørende undertemaer

Type tema	Temanavn	Undertemaer
Kjernetema	Bedringsforståelse	Bulimien har farget alle delene av livet mitt Det er viktig å forstå hvorfor det ble som det ble Jeg trenger ytre signaler for å stole på bedring Jeg har innsett at bedring er mitt ansvar Jeg måtte oppleve at jeg har egen verdi
Hovedtema	Vil jeg komme meg opp fra bulimien?	Jeg hadde ikke noe annet valg enn å bli bedre Jeg gir full gass, men har bremsene på Jeg ville bli frisk for min egen del Jeg tok over eierskapet til ‘prosjektet meg’
Hovedtema	Bedringen min har tatt tid	Hvor begynner jeg, når bulimien gjennomsyrer hele livet? Det er viktig for meg å få tid i behandling etter jeg er ‘symptomfrisk’ Jeg har fått oppleve at jeg er verdt å bruke tid på
Hovedtema	Jeg sørger over tapt liv	Jeg har mistet så mye liv Jeg må gi rom til sorgen for å komme meg videre
Hovedtema	Hva vil det si å være frisk?	Jeg kommer aldri til å bli helt frisk Hvordan kan jeg vite om jeg er frisk? Kan jeg tørre å si at jeg er frisk?

### 3.1 Bedringsforståelse

Vi anser bedringsforståelse å være kjernetemaet fordi opplevelser, oppfatninger og holdninger til bedring avhenger av hvordan en forstår bedring. Bedringsforståelse blir linsen som alt annet sees, og oppleves, gjennom. Sentralt i dette temaet, er funnet om at forståelse av bedring endres med opplevelse av bedring. Premissene for hva som er bedring er altså ulik i løpet av bedringsprosessen. Utvidelse av egen forståelse utgjør en bevegelse i bedringsprosessen. Alle deltakerne snakket eksplisitt om hva som utgjorde deres bedringsforståelse. Det var enighet i vårt utvalg om at bedring er knyttet til flere aspekter av livet: økt funksjon i hverdagen, økt selvfølelse, evne til relasjon med andre, samt symptomendring (atferdsmessige og psykologiske/kognitive). Det var for mange vanskelig å

si hva slags endring som kommer først eller hva som er viktigst, da opplevelsen var at alt påvirker hverandre. Alle deltakerne tydeliggjorde at bedring ikke nødvendigvis er å «bli kvitt» spiseforstyrrelsen, men å leve med den og lære seg å fungere uten den.

*Kaja: «[Spiseforstyrrelsen er som en] føydalherre da, som styrer deg, du finnes ikke fri. Ehm, og det er sånn det føles. Helt prisgitt spiseforstyrrelsen. At du har ikke, du er ikke fri i ditt eget liv, eller dine egne tanker er ikke frie da. (...) Og for meg handler det om å bli bedre, handler om at man får, man klarer å ta valg som setter spiseforstyrrelsen til siden. At det ikke er den som bestemmer hva man skal gjøre eller måten man handler på. Men det handler om hva man vil som person. Eh, og for meg er det en veldig viktig del av å bli frisk, for det handler om at da, da er jeg sjef i eget liv, ikke diagnosen min.»*

«Bedringsforståelse» er bygget opp av fem undertemaer som illustrerer viktige aspekter av bedring.

### **Bulimien har farget alle delene av livet mitt**

Temaet fanger opp deltakernes syn på egen sykdom. Sykdomsforståelse er essensielt for å forstå bedring. Følelsen av at bulimi har gjennomsyret alle aspekter av livet, inkludert identitetsforståelse, er for mange utgangspunktet de begynner bedringsprosessen sin med. Endring kan ut fra ‘objektive øyne’ se ‘ubetydelig’ ut, men kan være enorm sett ut fra utgangspunktet. Et eksempel er endring i selvfølelse. Det å i det hele tatt begynne å tvile på sannheten om egen ‘mislykkethet’ er en stor endring sett ut fra utgangspunktet, som er overbevisning om egen verdiløshet, men ser kanskje ‘liten ut’ for mennesker som ikke selv har opplevd dette. Deltakerne rapporterer at bulimien innebærer langt mer enn tanker og følelser rundt kropp og mat, men snarere at den dominerer hele livet. Å begynne å skulle endre seg fra et slikt utgangspunkt, kan tenkelig gi en avmaktsfølelse – ‘bulimien er tilstede i alle delene av livet mitt, så hvor og hvordan skal jeg begynne?’

*Hedda: «Ellers så er det jo tusen ting da [å endre på]. Hvor lenge man sitter og spiser, altså det er sånn, bruker du en time på å bli ferdig med en yoghurt så er det noe feil. Bare alle slags sånne tvangstanker da og vaner og sånn.»*

### **Det er viktig for meg å forstå hvorfor det ble som det ble**

Fire av våre deltakere understreker betydningen av innsikt i underliggende årsaker til vanskene og muligheten til å arbeide med disse.

*Martine: «Sånn jeg ser det så er selve spiseforstyrrelsessymptomer som feber da, når du har en infeksjon. Og du kan godt ta bort febern, men det tar ikke bort de underliggende kildene til problemene. Så hvis du ikke får tak på det, så vil det ikke ha noe å si at du slutter å kaste opp en måned eller to. Så du må liksom prøve å nøste deg opp og finne ut hva som er årsaken. Sånn at du kan kanskje leve bedre med deg selv og da vil du heller ikke ha behov for å kaste opp eller overspise.»*

## **Jeg trenger ytre signaler for å stole på bedring**

Tre av deltakerne vektlegger viktigheten av symptomendring for å oppleve bedring. De forteller at det er vanskelig å oppdage eller stole på reell bedring med mindre de ser endring i atferdsmessige symptomer. Det er mulig å tolke denne 'avhengigheten' av konkrete og målbare 'bevis' som et uttrykk for spiseforstyrrelsens vesen og forvirring knyttet til egne, indre signaler. Indikatorer på 'indre' bedring oppdages ikke eller oppleves ubetydelige. Mange av deltakerne beskriver lange sykdomsforløp med store svingninger. De har gjerne opplevd det de trodde var bedring før, med etterfølgende tilbakefall. Forvirring knyttet til reell bedring er derfor forståelig.

*Nina: «Hvis jeg hadde følt at oppkysten min hadde vært det samme, men at det hadde skjedd en endring mentalt, så ville jeg ikke sett det som at jeg hadde lyktes med noe.»*

*Sandra: «(snakker om nyttige erfaringer i terapi) å få hjelp til, å bli liksom bekrefta at jo, nå er det faktisk ganske stabilt. Fordi jeg kan bli veldig sånn usikker liksom på om: går det egentlig bedre nå og hvor lenge har det egentlig vært sånn og kommer det til å bli sånn og hvor lenge varer det. Det er kanskje noe av det jeg er mest redd for sånn... Jeg har liksom tenkt veldig lenge at, eller hver gang det går bra så tenker jeg: ah, ja, det varer jo ikke, nå, det kommer jo til å tippe ned igjen om en stund, spørsmålet er jo bare når. Men at jeg nå liksom har, eller det at jeg fikk, ja, hva skal jeg si, hjelp til å se at det var stabilt da.»*

## **Jeg har innsett at bedring er mitt ansvar**

Temaet handler om et skifte i ansvarsfølelse knyttet til eget liv og bedring. Det involverer følelsen av å være ansvarlig for egen bedring, at det er et 'jeg' som driver bedringen videre. Dette betyr ikke at andre mennesker ikke er viktige i denne prosessen. Å bli ansvarliggjort av andre, å ikke få lov til å forbli i en offerposisjon er viktig. Å ta ansvar for egen prosess understrekes som essensielt for deltakernes bedring. Hos flere er det tydelig at denne ansvarsfølelsen ikke var til stede ved begynnelsen av terapi, snarere noe som kom etter hvert.

*Martine: «(I: Har noe kommet i veien for bedringsprosessen?) Jeg har kommet i veien for bedringen min. Det er jeg som stopper meg selv.»*

*Kaja: «Han (kjæreste) gikk rett på maten. Og den hadde jeg på en måte utsatt i lang tid. Og det var kjempeviktig, fordi ved måltidet det var jo da, der satt på en måte veldig mye av spiseforstyrrelsen min igjen. Ja, og han gikk rett inn i på en måte kjernen. (...) Han var veldig på at: men du har, du har et valg. Han gjorde meg ikke til noe offer. Han gjorde ikke noe med stakkars deg, stakkars lille spiseforstyrre deg. Det var mer sånn: ja men Kaja, du har et valg, skal du velge spiseforstyrrelsen, eller skal du velge å spise middag med meg? Han var liksom beinhard (ler lavt), og hvis jeg prøvde noe sånn: jeg har en diagnose! Han bare: du velger å ha en diagnose. Jeg husker jeg ble så sint, og jeg ble jo kjempefurd, og så innså jeg at hva er det jeg holder på med? Hva er det jeg holder på med, nå dytter jeg min nye kjæreste unna fordi jeg skal være sur fordi han har lyst til at jeg skal spise middag.»*

Viktoria forteller implisitt at hun tidligere la ansvaret over på andre. For eksempel kommer dette fram i historien om at hun var frustrert over å ikke få hjelp, men at det var selvfølgelig for henne å kaste næringsdrikken hun fikk av legen. Senere sier hun:

*Viktoria: «en ting er å sitte [i terapi] hver uke, men, jeg må jo på en måte ta det med meg i hverdagen og prøve å gjøre noe med problemet.»*

## **Jeg måtte oppleve at jeg har egen verdi**

Temaet oppsummerer utsagn om at økt selvfølelse er en essensiell del av bedringsprosessen.

*Ida: «Jeg tror det er vanskelig å behandle symptomene uten å behandle dårlig selvfølelse. Jeg tror at med en gang du tenker litt bedre tanker om deg selv så har du mindre lyst til å ødelegge kroppen din.»*

## **3.2 Hovedtemaer**

### **3.2.1 Vil jeg komme meg opp fra bulimien?**

Hovedtemaet «vil jeg komme meg opp fra bulimien?» handler overordnet om motivasjon for bedring og tilknyttet ambivalens. Ordet «opp» gjenspeiler informantenes opplevelser av å ha nådd bunnen. Slike opplevelser av håpløshet knyttet til egen bedring går igjen i deltakernes retrospektive utsagn. Flere har lange sykdomsforløp og noen har forsøkt å bli bedre på egenhånd eller har tidligere «mislykkete» behandlingsforløp. Håpløsheten blir grunnposisjonen som de startet sin bedring fra.

*Viktoria: «jeg vet med meg selv at jeg trodde at jeg aldri skulle klare å slutte å kaste opp, men jeg ga liksom aldri opp.»*

«Vil jeg komme meg opp fra bulimien?» er bygd opp av fire undertemaer, der et omhandler desperasjon, et omhandler ambivalens, og de to siste skisserer to ulike veier 'ut' av bulimien.

### **Jeg hadde ikke noe annet valg enn å bli bedre**

Med håpløsheten som utgangspunkt, beskriver deltakerne en desperasjon knyttet til egen situasjon. Desperasjonen fungerte motiverende og muliggjorde videre forsøk på å bli frisk. Kanskje utgjør desperasjonen en kraft som tar personen ut av resignasjon og inn i en tilstand av agens?

*Kaja: «jeg er veldig glad for at det på en eller annen måte bikket over, og jeg kan si det sånn at det ikke for alltid ble en gråsoner at det liksom, at jeg gikk skikkelig på veggen da, for da ble jeg jo tvunget til å gjøre noe med det. Hadde jeg gått i en sånn gråsoner så kanskje jeg kunne liksom levd gjennom, sånn halvveis symptomer gjennom hele livet, eller hvert fall mye lenger tid da, når jeg faktisk, jeg gikk skikkelig på veggen og ikke fungerte lenger da ble jeg tvunget til å gjøre noe med det.»*

*Hedda: «Hvis ikke [fastlegen] hadde sendt henvisning så hadde jeg gjort det selv (...) Så jeg tror kanskje jeg fant litt motivasjon i meg selv, sånn: det her må jeg ut av.»*

### **Jeg gir full gass for å bli bedre, men har bremsene på**

Temaet omfavner ambivalens knyttet til motivasjon. Det blir en opplevelse blandet av 'jeg gjør hva som helst for å bli bedre' og en tvil om det vil nytte og om det vil være verdt det. Det blir helhjertet og halvhjertet samtidig.

*Viktoria: «Jeg hadde liksom ikke noe tro på at AAA (behandlingssted) skulle hjelpe meg, stygt sagt, men eh, jeg tenkte at, da har jeg i alle fall prøvd liksom, da får jeg kryssa av på alt jeg har prøvd.»*

Viktoria sier implisitt at ingen skal kunne si at hun ikke har prøvd, ikke en gang henne selv.

*Nina: «hvis jeg kan gi helt blaffen, så, så vil jeg ikke bry meg med å kaste opp heller, ikke sant. (...) for meg er det og da kaste opp det er liksom den muligheten, eller det som, eh, fungerer best for meg for at jeg da ikke skal opp i vekt. Du kan si at hvis jeg kan gi blaffen i vektoppgang, da er det meste løst egentlig.» Senere i intervjuet: «jeg tenker at bare jeg blir kvitt oppkysten helt så er det ikke så farlig om jeg fortsatt har da litt tendenser til anoreksi. (...) Og, eh, det prøver jeg å jobbe med (...) Å se at det, det er faktisk ikke bra å ha anoreksien heller, den bør jeg bli kvitt og, men den sitter langt inne. Det må jeg innrømme altså.»*

Utdraget skildrer en tydelig ambivalens. Først snakker Nina om at hun ønsker å gi blaffen i mat og vekt, senere at det er vanskelig å ønske å bli kvitt anorektiske tendenser. Det er mulig en ‘jeg bør ville-kvalitet’ i opplevelsen, det virker som mer et ønske om at det skal bli et mål enn at det er et reelt mål for henne.

### **Jeg ville bli frisk for min egen del**

Noen av deltakerne er klare på at deres hovedmotivasjon for bedring var ønske om et bedre liv. Dette kan betegnes som indre motivasjon – motivasjonen for endring kommer fra et indrestyrt ønske om å få økt opplevelse av mening og livsutfoldelse. Temaet utgjør en vei ut av bulimien.

*Hedda: «bare det at, i det at jeg spurte om hjelp om henvisning, så var jeg motivert til å gjøre en jobb for å finne tilbake til livet igjen da. (...) Jeg tror kanskje at, noen av jentene med anoreksi, de som har nærmest blitt pusha inn i det, har kanskje ikke samme motivasjonen, fordi foreldrene har vært bekymra fordi at de er undervektige og pressa dem inn i en behandling og så har de fått plass her også er det ikke sikkert at den motivasjonen kommer innenifra.»*

### **Etter hvert tok jeg over ‘prosjektet meg’**

En annen vei ut av bulimien begynner med såkalt ytrestyrt motivasjon. Motivasjonen for bedring var delvis knyttet opp mot andre, ‘jeg gjør det for en annen’. I våre utdrag er det tydelig at det som begynte som en ytre motivasjon, etter hvert internaliseres – det blir deres eget prosjekt.

*Viktoria: «Og jeg lovte meg selv at hvis jeg kom inn hit, så skulle jeg slutte å kaste opp. Ehm, det var nok kanskje at jeg skulle være litt flink pike og bevise overfor behandleren at: takk for at jeg fikk tilbudet her, nå skal jeg slutte å kaste opp. (...) Ja, jeg skulle være flink, jeg skulle være en av dem som på en måte kom til (I: du skulle mestre behandlingen ja) ja, ja, som liksom var takknemlig for at jeg kom inn på AAA (behandlingssted), og begynte, og klarte å slutte å kaste opp og så...»*

Viktoria snakker videre i intervjuet om at hun selv er ansvarlig for å gjøre ‘jobben’ for bedring og at det ikke nytter å tvinge noen til å bli friske, de må ville det selv.

### 3.2.2 Bedringen min har tatt tid

«Bedringen min har tatt tid» handler om tidsaspektet og omfatter viktigheten av å få (nok) tid i behandling, at det tar tid å bli bedre og at det tar tid å oppleve bedringen. Ida omtaler bedringen sin som «snikende», hun ble overrasket da hun oppdaget at hun ikke kastet opp lenger. Flere snakker om at etter at bedringen hadde skjedd, tok det lang tid å selv oppdage den, oppleve den og stole på at den var reell. Sandra snakker om at hun trengte mye tid i behandling, da hun trengte hjelp til å stole på at det hun opplevde faktisk var bedring. En mulig forklaring på hvorfor det tar så lang tid å bli bedre er at det tar lang tid å vikle seg inn i spiseforstyrrelsen, derfor tar det lang tid å utvikle seg forbi den. Alle deltakerne har vært syke av bulimi i mange år før de ble bedre, noen har levd halve livet med bulimi. Flere deltakere snakker også om at de gradvis ble syke, og ikke før i ettertid forsto at de allerede var syke lenge før de begynte å overspise og kaste opp. Dette er relatert til sykdomsforståelsen, hvor omfattende og gjennomsyrende bulimien er i alle aspekter av livet, inkludert identitetsforståelse. Fordi det tok lang tid å vikle seg inn i bulimi, tar det kanskje lang tid å utvikle seg forbi den? Kaja sier eksplisitt at hun tror det tar lang tid å etter hvert «dempe» spiseforstyrrelsen, fordi det tok så lang tid å få den. Nina snakker om at det er lett for henne å akseptere at det tar lang tid å bli bedre, fordi hun har hatt spiseforstyrrelse i tjue år.

*Hedda: «Du er egentlig alt annet [enn spiseforstyrrelsen], og finne frem til det, etter at du har gått i x antall år og tenkt på bare mat. Det er en lang prosess. Og det tar tid. Du kan ikke ta en workshop og bli kjent med deg selv liksom.»*

«Bedringen min har tatt lang tid» inkluderer tre undertemaer.

#### **Hvor begynner jeg, når bulimien gjennomsyrrer hele livet?**

Dette temaet er relatert til et undertema i bedringsforståelse (bulimien har farget alle delene av livet mitt). Det tar lang tid å oppdage omfanget og å endre seg.

*Kaja: «For jeg ser en kontinuerlig bedring, eller en økt livskvalitet eller, hvor spiseforstyrrelsen får mindre og mindre plass, og da tenker jeg at ja men da er jeg vel på rett spor, jeg må bare gi det tid. Eh, og særlig kanskje når det oppstår episoder som er, kanskje særdeles utfordrende da. Og da blir det litt sånn generalprøver hvor du virkelig får testet deg, og da ser jeg at det er jo typisk at den hopper inn nærmest inn i hodet, som en liten mann og bare «hallo, bruk meg bruk meg». Og da må man være veldig, ta veldig aktive valg. (...) Da [når spiseforstyrrelsesstemmen dukker opp] kanskje ikke de nye gode vanene går helt på automatikk lenger, da må du du mye mer OK, nå må jeg gjøre sånn fordi sånn, fordi jeg vet at*



*det er bra. Da må jeg på en måte ha en monolog i hodet mitt hvor jeg på en måte må snakke til meg selv. Så jeg tror jo mer øving jeg får på det, jo, jo bedre blir jeg og jo, mindre blir spiseforstyrrelsens tanker.»*

### **Det er viktig for meg å få tid i behandling etter at jeg er ‘symptomfrisk’**

Dette er noe flere understreker, både prospektivt, at det er viktig, og retrospektivt, at det var viktig. De forteller at tid blant annet er viktig for å lære om underliggende årsaker. Tid gjør det mulig å arbeide med disse på gunstige måter, uten å måtte bruke spiseforstyrrelsen som mestrings. Utdraget som følger fanger opp fenomenet ‘framskritt som problem’, og sier noe om viktigheten av å kunne lære seg nye metoder for å takle usikkerhet, samt betydningen av å ikke måtte lyve eller forbli syk for å fortjene en fullstendig behandling.

*Martine: «Eh, så har jeg tenkt at kanskje hvis jeg blir friskere, med en gang jeg blir litt friskere, så vil jeg bli kasta ut herfra. Og at jeg da kanskje blir dårligere igjen. Så, også er det ut i usortert terreng da. Ny opplevelse. Vet ikke helt hvordan jeg skal forholde meg til det.»*

### **Jeg har fått oppleve at jeg er verdt å bruke tid på**

Temaet fanger opp opplevelsen av selvverd som kommer av å bli investert tid i. Alle våre deltakere har deltatt i behandling over flere år og seks deltakere nevner eksplisitt at (lang) tid i behandling har vært viktig for deres bedring. Gjennom å oppleve at de har fått tid i behandling, selv etter at de har blitt «symptomfri», kan et ‘underernært’ selv utvikles og næres – ‘jeg må jo være verdt noe, ellers hadde de ikke brukt så mye krefter på meg’. Tidsbruk fra behandlere og andre nære personer i livet er tenkelig en slags korrektiv emosjonell erfaring – ‘hadde jeg vært verdiløs eller et håpløst prosjekt, ville de gitt meg opp, det gjør de ikke’.

*Sandra: «Selv om det tok litt tid før jeg kunne på en måte la meg sjøl kjenne det, men at jeg følte jo at de brydde seg om meg. jeg tenkte ikke det med en gang, eller jeg, da tenkte jeg mer sånn: herregud det er jo bare jobben deres, de bryr seg jo ikke om deg liksom. Men at etter hvert følte jeg, eller tenkte at de brydde seg om meg da.»*

*Hedda: «Så det at han (samboer) har utfordret meg til å velge middager som inkluderer ingredienser jeg tidligere var redd for og bare, sakte men sikkert, og egentlig aldri for fort da, bare introdusert sånne ting da, så har det gjort veldig mye med tvangstankene og hverdagen min da. For eksempel at han har vært mye på kjøkkenet og hjulpet meg med det.»*

Ikke alle informanter er enige i at lang tid i behandling nødvendigvis er bra. Martine snakker om at hun først gikk i en type behandling, i mer enn et år, uten at hun opplevde det som hjelpsomt. Snarere opplevde hun behandlingen som et hinder for bedringen sin. Etterpå tok det lang tid for Martine å opparbeide tillit til behandler, i ny behandlingsform. Om Martine hadde fått et nytt tilbud tidligere, hadde hun kanskje kommet lenger i opplevd bedringsprosess i dag.

### **3.2.3 Jeg sørger over tapt liv**

En av prosessene som i vårt materiale gjør seg gjeldende mot slutten av terapiforløpet er sorg over tapt liv. Gjennom analysene har det blitt tydelig at sorg er noe som må aksepteres og gis plass over tid for å kunne gå videre. Likevel er det noe deltakerne har med seg, en del av deres historie som fortsatt kan gi dem et stikk av smerte over alle muligheter som har blitt borte i spiseforstyrrelsen. Det er erkjennelsen av og aksepten for sorgen og dens naturlige plass i bedringsprosessen som utgjør de to undertemaene i dette hovedtemaet.

#### **Jeg har mistet så mye liv**

Temaet beskriver erkjennelsen. Det omhandler de (kanskje) tydeligste uttrykkene for ønsket om å gi helt slipp på spiseforstyrrelsen. Dermed representerer det en motsetning til den omfattende ambivalensen som preger deltakernes bedringsprosess. Viktoria skisserer en utvikling der bulimien går fra å være en venn til å være en del av henne. Erkjennelsen om at det er henne selv som har hindret hennes livsutfoldelse er smertefull. Utsagnet er satt sammen av to separate deler av intervjuet, men belyser begge de intense følelsene som ligger i denne erkjennelsen.

*Victoria: «Det første som slo meg var at: åh herregud så mye tid du har brukt på, spiseforstyrrelse. Så mye du har ødelagt for deg selv (...) jeg hater meg selv fordi jeg har, har hatt spiseforstyrrelse.»*

#### **Jeg må gi rom til sorgen for å komme meg videre**

Dette temaet omhandler aksepten for sorgen. Hedda og Victoria beskriver dette på to ulike, nærmest motstridende måter. Hedda forteller at hun i terapi kom til å kjenne på følelsene som lå bak hennes spiseforstyrrelse. Hun innser at hun har brukt mange år på å forsøke å mestre dette gjennom spiseforstyrrelsen. Det var tungt å ta inn over seg – ‘jeg har kastet bort lang tid

på å forsøke å fikse noe på feil måte'. Likevel beskriver hun muligheten til å arbeide med det som ligger bak som avgjørende for hennes bedring.

*Hedda: «Med en gang jeg begynte å gå i behandling så var det akkurat som å åpne opp et sånn, kjenne på hva som ligger bak, og da føler du du har kasta bort så mange år av livet ditt, på å tenke på mat, og så har det egentlig vært noe annet. Så det har vært litt vanskelig da.»*

Viktoria legger vekt på å se fremover og la sorgen ligge. Hun ønsker et liv som er fullstendig løsrevet fra gamle tanker og følelser knyttet til spiseforstyrrelsen. Derfor blir hennes måte å møte sorgen på å ikke synke ned i den, men overkomme den.

*Viktoria: «Men så har jeg, sier at jeg bare prøver å tenke at: ok greit, jeg, hvis jeg nå skal legge meg ned og grine og alt, så kommer jeg ingen vei liksom, nå må jeg bare på en måte ta meg sammen og prøve å gjøre det beste ut av situasjonen.»*

Kanskje er Heddas aksepterende holdning grunnlaget for at sorgen har en plass i hennes bedringsprosess.

### **3.2.4 Hva vil det si å være frisk?**

Frisk er et ord som flere av deltakerne er ukomfortable med. Ubehaget kobles til en vakkende tro på muligheten for å oppnå en kontinuerlig tilstand som ikke-syk. Selv om symptomer og «spiseforstyrrelsestanker» reduseres, forsvinner de ikke. Alle deltakerne er usikre på om dette noen sinne vil endres, eller om de vil måtte leve på kanten av friskhet resten av livet, med en mulighet for å falle tilbake i spiseforstyrrelsen. Med dette perspektivet blir «frisk» en tilstand som det er umulig å oppnå når man en gang har hatt en spiseforstyrrelse.

*Ida: «Ja, ehm, egentlig, det jeg tenker om en person som er frisk, i forhold til spiseforstyrrelser, det er en person som aldri har hatt spiseforstyrrelser (...) så, akkurat det aldri har frisk det er litt sånn, hva heter det sånn, beskyttet tittel, for min del... (I: Beskyttet til de som...) Ja, litt sånn.»*

«Hva vil det si å være frisk?» består av tre undertemaer som fanger opp tre sider ved hindringen som ligger mellom en bedringsutvikling og «tittelen frisk».

### **Jeg kommer aldri til å bli helt frisk**

Alle deltakerne uttrykker mer eller mindre direkte usikkerhet rundt om de kommer til å bli helt friske. Noen sier tydeligere at de nok aldri kommer til å bli friske.

*Nina: «Hvis jeg kommer dit at jeg ikke kaster opp mer og greier å spise noenlunde normalt, så skal jeg være veldig fornøyd.»*

*Victoria: «Jeg tror på en måte at når jeg har hatt spiseforstyrrelse over så lang tid, så tror jeg på en måte at jeg aldri kan signere meg selv ut som frisk, sånn i den grad.»*

## **Hvordan kan jeg vite om jeg er frisk?**

Temaet fanger opp deltakernes usikkerhet på hvordan en eventuell frisk tilstand skal kunne måles. I tillegg omhandler det spørsmål knyttet til om det i det hele tatt er mulig å bli frisk i et sykt samfunn. I samfunnet er det fokus på å spise sunt og i riktige mengder, trene nok og riktig, og det er et bredt mediafokus på kropp og mat. Hedda omtaler samfunnet som sykere enn hun var på sitt sykeste. For deltakerne utgjør mediafokuset en lang rekke påminnere nærmest over alt. Når de da møter et samfunn der mange har, eller har ønske om å ha, flere av de samme vanene som for deltakerne er symptomer på spiseforstyrrelse, oppleves det for dem som at de blir stående alene med å flytte fokuset vekk fra kropp og mat. Om man står overfor et samfunn der sykdomsforsterkere er lettere tilgjengelige enn bedringsforsterkere, finnes det få holdepunkter for friskhet som oppleves som stabile. Vanene som inngikk i spiseforstyrrelsen har blitt godt innarbeidet over årene, og ettersom mat og kropp er noe man må forholde seg til hver dag fungerer vanene som påminnere om spiseforstyrrelsen.

*Hedda: «En alkoholiker kan liksom slutte å drikke alkohol, men du må alltid forholde deg til mat (...) hvordan blir man frisk når man er helt-, det er ikke noe du kan kutte ut. Du kan kutte ut å overtrene og overspise og underspise og, kaste opp men det er veldig vanskelig å finne en balanse da, i noe som allerede er liksom vanskelig å ha et nor-, normalt forhold til. Fordi når jeg hører venninnene mine ha, sitt forhold til mat så tenker jeg: det der er hvertfall ikke normalt, ikke sant? Folk har jo ikke, det er jo ikke noe standard lenger.»*

## **Kan jeg tørre å si at jeg er frisk?**

Dette temaet handler om frykten for tilbakefall og for at man ikke var bedre likevel. I denne opplevelsen ligger det muligens en selvinstruks om å ikke tro på noe som fortøner seg som så usikkert.

*Ida: «Men det er skummelt å si at jeg er frisk, fordi jeg kan få tilbakefall. Og det hender innimellom nå også at jeg kaster opp hvis jeg føler jeg har spist for mye.»*

*Hedda: «Det er skummelt å bruke det ordet, fordi hvis du plutselig går tilbake til noen symptomer igjen, så blir du plutselig syk igjen.»*

I dette undertemaet ligger det også en tanke om at frisk og syk utgjør en ufruktbar dikotomi. Hvem kan kalle seg 100 % frisk eller syk? Denne tanken handler om å gå utenfor de konvensjonelle kategoriseringene, og heller rette fokus mot å leve med de «vedhengene» som kanskje ikke blir borte.

*Hedda: «Jeg kan jo utfordre meg selv til å si ordet frisk (...) men jeg vet ikke hvor fruktbart det ordet er for min del uansett, fordi (...) det handler om noe mere, eh, komplisert da, enn noe som er så svart/hvitt som frisk og syk.»*

### 3.3 Bedringsprosessen

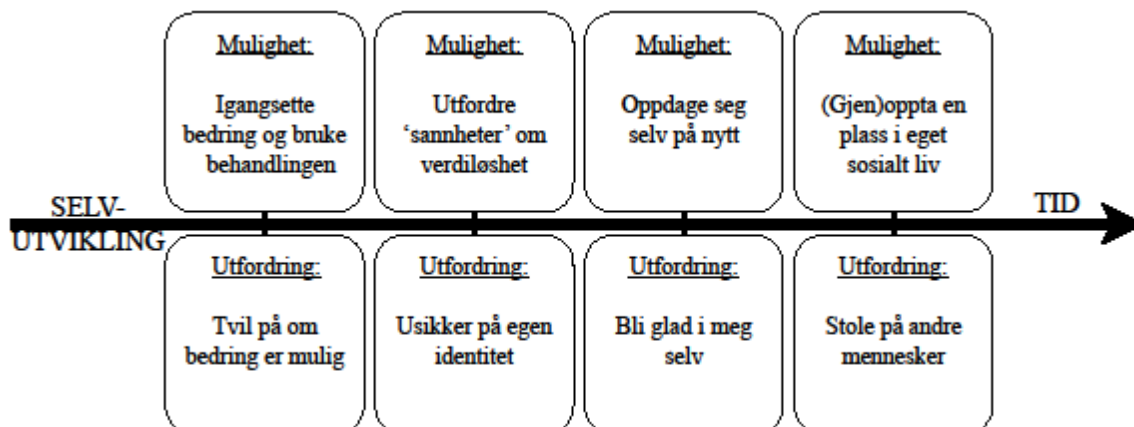
#### Jeg måtte finne ut at jeg ikke var ødelagt, jeg bare trengte litt ‘oppussing’

Vi vil nå illustrere selvutviklingen som synes å ligge til grunn for disse informantenes bedring. Vi presenterer først utgangspunktet for bedringsprosessen. Deretter følger en gjennomgang av selve utviklingen. Gjennom tekstutdrag vil vi følge informantene i prosessen.

*Sandra: «Jeg har ikke tenkt så veldig positivt om meg selv på ganske lenge, og det har ikke akkurat gjort forholdet til mat noe bedre. Det blir sånn, jeg får ikke til det en gang (...) Når man ikke en gang klarer å styre hva man putter i munnen, det har fått meg til å føle meg ganske elendig i perioder.»*

For å tydeliggjøre selvutviklingen, presenterer vi her et utsnitt av selvutviklingsaksen fra prosessmodellen. Denne skildrer muligheter og tilhørende utfordringer gjennom prosessen.

Figur 1. Illustrasjon av selvutviklingsprosessen



## **Jeg måtte finne ut at jeg ikke var ødelagt**

Informantenes beskrivelser av forholdet til seg selv før de kom i behandling vitner om gjennomgripende selvforakt og skamfølelse. Ord som «mislykket», «feil», «håpløs», «verdiløs» og «ødelagt» går igjen. Flere av deltakerne rapporterer at bulimien ble en del av deres identitet, at deres personlige historier bare handlet om diagnose. Hos noen av informantene preger denne oppfatningen den språklige selvrepresentasjonen. I Ninas narrativ, er det hennes vekt eller typen spiseforstyrret atferd som er aktøren i historien, jeg-et som driver historien videre. Hos andre deltakere er det mer eksplisitt uttalt som en tilstand i deres historie. Hedda snakker om hvordan hun følte at hun seg som en «failure» sammenliknet med vennene, og at hun ikke strakk til. Løsningen hennes på dette ble:

*Hedda: «jeg bare: jaja, mitt prosjekt er å bli tynn. Ja, det var liksom mitt mål da. Jeg klarte ikke liksom å gjøre sånn som de, å finne noe annet mål og mening.»*

*Sandra: «Veldig lenge så følte jeg vel kanskje at jeg ikke var så veldig mye mer enn det [bulimien]. At det var hvem jeg var da (...) det var jo ganske lenge at jeg ikke ville, at jeg ikke ville bli helt kvitt det heller da, for jeg tenkte at hvis det ble borte, hva hadde jeg igjen da (ler)?».*

Sandra sitt utsagn fanger opp en ambivalens knyttet til bedring fra bulimi – ‘hvis jeg mister bulimien, vil jeg da miste meg selv?’ Ambivalens til bedring er også sentralt i utsagn som omfatter bulimiens funksjon. Flere av deltakerne beskriver bulimien som en relasjonserstatning.

*Viktoria: «det var liksom min greie, det var kosen min, det var rusen min, det var (I: støtten) ja (...) som jeg sier, det er jo ikke sex men, det var liksom alt da (...) Jeg ser, sånn som nå i etterkant at jeg savner liksom ikke en kjæreste, jeg savner ikke vennskap, det hadde jeg liksom i bulimien.»*

## **Jeg trengte bare litt ‘oppussing’**

Utsagnene over beskriver utgangspunktet for bedringsprosessen. Deretter følger en utvikling fra å føle seg grunnleggende ‘feil’, og sammenhengen mellom bedring og økt selvaktelse. Sentralt i denne prosessen var å oppdage seg selv på nytt, uten spiseforstyrrelsen. Dette innebærer et ønske og en motivasjon for å oppdage og utvikle selvet.

*Kaja: «[Økt selvfølelse er] følelsen av myndig i eget liv, rett og slett. Det har for meg vært kjempeviktig. Det gjør at jeg får en mestringsfølelse som ikke er basert på noe spiseforstyrrelse, som ikke er basert på noe kropp og mat, men handler om meg som person,*

*mine drømmer, mine ønsker, mine mål, mine verdier. Mine interesser. Og når jeg på en måte er en del av tingene, det nærer meg som person. Og jeg føler at da er jeg mye mer sann mot meg selv, for jeg har alltid tenkt at spiseforstyrrelsen, det er en tap av integritet, at det er noen andre som styrer deg. Jeg husker jeg følte veldig mye skam for det. Og det er et eller annet det med å da finne ut hva er det jeg vil, hvem er jeg og faktisk jobbe mot de tingene.»*

Å gjenfinne egen verdi er en sentral del av selvutviklingen. Dette innebærer blant annet å kunne kjenne at man er glad i seg selv, en bedret selvfølelse. Under har vi inkludert tekstutdrag som synliggjør utviklingen fra å begynne og tvile på sannheten om egen verdiløshet til å kunne kjenne glede over å være seg selv på godt og vondt. Sistnevnte utgjør en mer integrert selvopplevelse.

*Martine: «Nå er jeg ikke like bombesikker på at jeg er helt 100% verdiløs (ler), jeg kan tenke at kanskje jeg også har bra sider. Kanskje, kan det være at jeg er fin som jeg er. Selv om jeg ser sånn ut. Det har kommet litt mer positive stemmer inn i koret da.»*

*Kaja: «Så, jeg ser på det som veldig verdifullt, og veldig takknemlig for den erfaringen og den prosessen jeg har gått gjennom, og at jeg er der jeg er i dag. Jeg vil jo ikke tilbake dit, det er jo ikke noe sånt, men jeg er glad for at jeg på en måte ble tvunget gjennom det da, at jeg kom meg igjennom og... Mm, jeg vil ikke være noen annen i dag. Så da må jeg ha akkurat det jeg har i bagasjen.»*

Disse tekstutdragene illustrerer en prosess innad i individet, måten en tenker og føler om seg selv. Våre deltakere beskriver at økt selvfølelse også påvirkes av relasjoner til andre. Alle vektlegger andre mennesker som essensielt for bedring. En mulig mekanisme i forholdet mellom selvfølelse og relasjoner er at man gjennom andre får nye, og bedre, opplevelser av seg selv. I løpet av bedringen lærte deltakerne seg å bruke relasjoner, slik at de kunne få støtte og omsorg. Dette motvirket følelser av ensomhet og tendensen til isolasjon. Flere deltakere beskriver også korrigerende emosjonelle erfaringer – når de turte å være sosiale, opplevde de at andre faktisk ville være med dem og likte å være sammen med dem, ergo kunne de ikke være så «forferdelige» som selv tenkte.

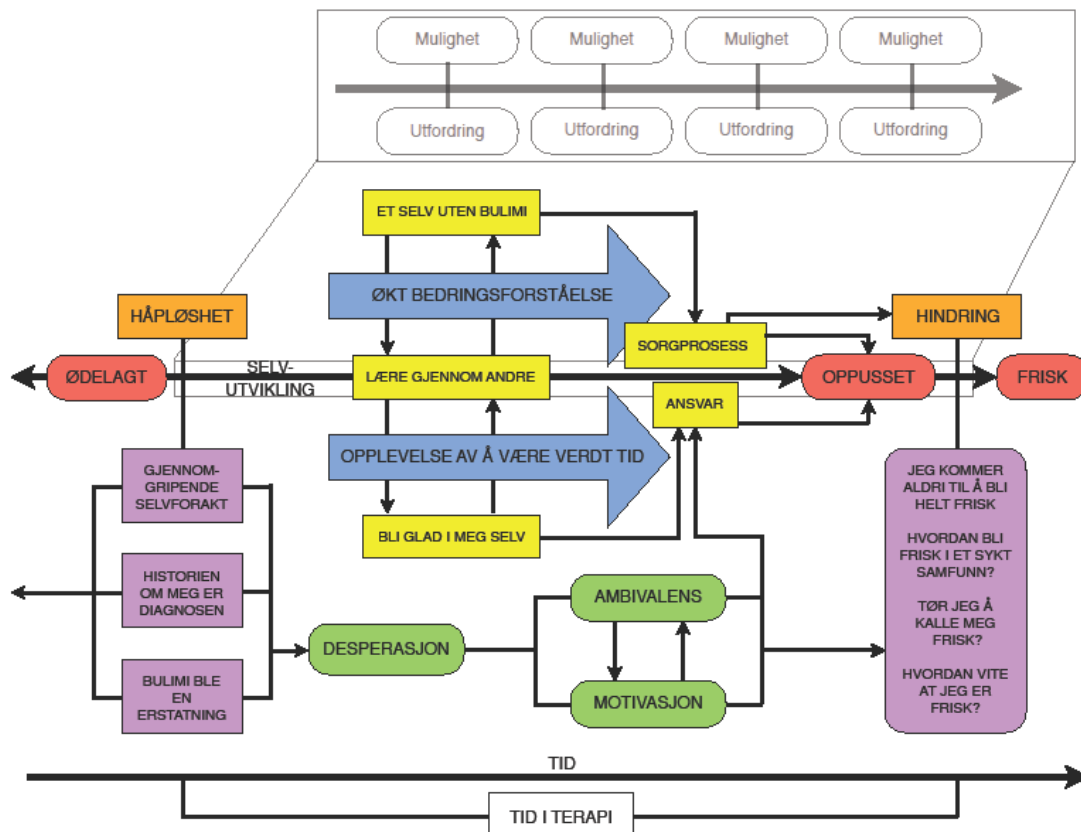
*Hedda: «det viktigste vendepunktet [i terapi] var for eksempel det med at jeg ikke følte at jeg kunne ha empati for andre mennesker og så på meg selv som en slags sånn derre djevel liksom, som bare ikke hadde noen plass på jorden også bare [oppdager jeg at det] er det helt motsatt.»*

De fleste av våre deltakere har deltatt i gruppeterapi. Ida har en tydelig forståelse av hvordan hun gjennom andre kunne oppleve egen betydning. For Ida ble denne utviklingen næret av håp, hun så andre personer bli bedre og innså at det var et håp for henne også.

Ida: «Med en gang det finnes håp, så er jeg ikke så håpløs. (...) Tidligere hadde jeg gått rundt og liksom følt meg så mislykket og ødelagt, og så: å ja, men det er jo andre her som tenker akkurat det samme om seg, kanskje jeg ikke er SÅ ødelagt da, for hun virker jo ikke så ødelagt (ler).»

### 3.4 Prosessmodell

Figur 2. Prosessmodell over bedringsutvikling



Prosessmodellen viser sammenhengen mellom temaene. I den visuelle framstillingen, er noen bokser temanavn og andre sammentrekninger av flere temaer. Målet med modellen er å fange opp det aktuelle ved hvert tema og hvordan det passer inn i helheten. Utsnittet av midtlinjen er det samme som figur 1. Selvutviklingen utgjør den sentrale aksens i prosessmodellen. De ulike nivåene av bedringsforståelse kretser rundt denne aksens og gjør det mulig for deltakerne å fortsette sin utvikling mot ‘oppusset’. Samtidig har de på hvert nye nivå mistet en grad av støtte de i lang tid har hatt i bulimien. Bevegelsen fremover byr ikke kun på gode opplevelser. Utvikling etter punktet ‘oppusset’ trenger ikke innebære identifisering med begrepet ‘frisk’. For noen vil det å utvikle en identitet uten støtte fra spiseforstyrrelsen være nok i seg selv. Informantene opplever en hindring mellom ‘oppusset’ og ‘frisk’. Hindringen kan forstås som et nivå i bedringsforståelse som, i likhet med de foregående, både gir muligheter og



utfordringer. Utfordringen på dette nivået er å skape en identitet som er løsrevet fra bulimi. Som hovedtemaene belyser, innebærer en løsrevet identitet å stole på indre opplevelser, endre en lang rekke vaner i tenkning og adferd, akseptere tapt tid, fortsette økning av selvfølelse og komme til et punkt der 'frisk', eller et alternativt begrep, ikke lenger oppleves usikkert eller utrygt å identifisere seg med. Ettersom bedringsforståelsen øker blir altså mulighetene for selvutvikling større, og utfordringene tilsvarende komplekse å overkomme. Det betyr ikke at den positive selvutviklingen eller vanskelighetene med å overkomme utfordringene i hvert nivå oppleves større for deltakerne selv. Informantenes refleksjoner tydeliggjør hvor mye arbeid som skulle til for å bryte gjennom de første hindrene. Å overkomme det siste hinderet er utfordrende fordi det innebærer å miste den siste rest av støtte bulimien har gitt. Det er ikke lenger en reduksjon, men en full aidentifisering som skal til. At dette er nødvendig for å oppleve et godt liv er imidlertid ikke gitt. En vil aldri slutte å utvikle seg. Selvutviklingsaksen fortsetter hypotetisk videre ut av modellen, der nye hindringer vil gjøre seg gjeldende.

Funnene i denne studien beskriver bedringsforståelse hos unge kvinner med bulimi. Våre forventninger til funnene viste seg å være for snevre. Alle informantene følte seg tilknyttet avdelingen, dog var deres bedringsopplevelser ikke like farget av behandlingsrasjonalet som vi forventet. Selvfølelse ble et viktig tema, men ble satt i en mye større sammenheng enn vi forutså. Til tross for mange likheter i erfaringer og oppfatninger, opplevde vi informantene som veldig forskjellige. Fellesfaktorene i terapi ble understreket mindre av informantene enn vi hadde trodd, men de fikk fortsatt figur. Forventningen om at deltakerne ville være mer lukkete og preget av skam i møte med oss viste seg å ikke stemme. Tvert i mot opplevde vi at informantene delte åpent om svært vanskelige temaer. Våre funn er presentert som separate prosesser for å gi figur til de ulike synspunktene deltakerne har på bedring. I deltakernes opplevelsesverden er skillet mellom prosessene unaturlig. Innad i hver person foregår de samtidig og oppleves som deler av en samlet selvopplevelse.

## 4 Diskusjon

I denne delen vil vi drøfte ulike måter deler av bedringsprosessen kan tenkes å påvirke hverandre, interagere og henge sammen. Vi vil diskutere de tekstmære analysene i lys av empiri og teoretiske rammeverk for å gi et mer samlet bilde av selvutviklingen som ligger i kjernen av bedringsprosessen. Mot slutten vil vi diskutere mulige behandlingsimplikasjoner i lys av våre funn.

### 4.1 Selvutvikling og bedringsforståelse

Selvutvikling er den sentrale endringsaksen i vår modell, det er dette som er drivkraften bak endringsprosessen. Deltakerne beskriver en overgang fra å føle seg gjennomgående ødelagte og verdiløse til innsikt i og opplevelser av at disse tidligere sannhetene om dem selv ikke stemte. Andre ledd i prosessen, erkjennelsen om at de trengte 'oppussing' kan forsøksvis illustreres ved å bruke et hus som metafor. Huset (som i dette tilfellet er interagerende og følende, som en person) ser helt friskt ut fra utsiden, men det føler seg råttent på innsiden. En håndverker spør huset: «hva kan jeg gjøre for å hjelpe deg å bli bebodd?» Huset svarer: «det beste er å rive meg ned og erstatte meg med et annet hus som ikke er så håpløst». Gjennom nøye forhandlinger og planlegging finner huset og håndverkeren ut at de skal gi oppussingsprosjektet en sjanse. Huset må slippe håndverkeren inn på seg, inn i rom som lenge har vært avstengt. Arbeidet er smertefullt og gjentakende. De jobber blant annet med å forsterke grunnmuren til huset og rive ned skadde vegger og erstatte dem med nye. I prosessen føler huset kanskje at det mister noen deler av seg selv. Likevel opplever det at det har steget i verdi og ønsker for første gang på lenge å ta ordentlig bolig i seg selv. Huset har innsett at det var noe godt i det fra før, noe de kunne bygge videre på. Det trengte bare tid for å innse at det også var verdt en sjanse, all tiden og alt strevet, både egen og andres. I stedet for å kun overflatisk male over veggene på huset, er det skjedd et indre strukturarbeid.

Betydning av selvutvikling for bedring er godt dokumentert i andre kvalitative studier (e.g. D'Abundo & Chally, 2004). I motsetning til disse studiene er selvutvikling som drivkraft bak bedring et hovedfunn i vår studie. Pettersen et al. (2013) omtaler søken etter en 'sunn' identitet og motet til å søke som 'motoren' i bedringsprosessen. Forfatterne understreker dog ikke dette som et hovedfunn. Fenomenet mot er ikke direkte tematisert av oss, men omtales av flere av informantene som en sterk drivkraft for å gi avkall på tryggheten spiseforstyrrelsen

er. Med unntak av D'Abundo og Chally (2004) presenterer ikke liknende studier om bedring fra bulimi eller spiseforstyrrelse funnene i en prosessmodell. Det er vår oppfatning at en visuell fremstilling synliggjør sammenhenger mellom ulike prosesser som bidrar til og hindrer bedring over tid.

Temaene i vår studie som omhandler selv og identitet har likhetstrekk med aksept sirkelen som D'Abundo og Chally (2004) presenterer i sin studie om bedring fra spiseforstyrrelser. Aksept sirkelen har utgangspunkt på venstre side av sirkelen, i et punkt i deltakernes liv der endring ble igangsatt av at de tok inn over seg hvor alvorlig lidelsen var. Vår modell har utgangspunkt i et lignende vendepunkt. Gjennom å akseptere sykdommen og viktigheten av relasjoner til andre flyttet deltakerne seg rundt sirkelen til høyre side, fra økt til redusert alvorlighetsgrad. I denne bevegelsen økte følelsen av selvverd. I vår modell innebærer aksepten også bevegelsen mot å bli glad i seg selv. Ved å akseptere og oppleve egen verdi, kunne de begynne å danne eller gjenoppta viktige relasjoner som virket bedringsfremmende. Det er mulig at selvaksept ligger implisitt i Aksept sirkelen, men fokuset er rettet mot å bli kvitt sykdommen. De ulike tolkningene peker mot ulik opplevd kausalitet mellom selvfølelse og aksept i de to studiene.

Den tredje mekanismen i D'Abundo og Chally (2004) sin aksept sirkel er aksept for spiritualitet. Forfatterne definerer dette begrepet som opplevelsen av håp for framtid, evne til å se og oppleve verdi i livet, samt en tro på Gud. Gudstro som en drivkraft i bedring er ikke representert hos våre informanter. Temaer knyttet til håp og opplevelse av livet som meningsfullt (uten spiseforstyrrelsen), utgjør derimot viktige prosesser i vår modell, i veien mot å oppleve egen verdi. Selvaksept som begrep er ikke eksplisitt uttrykt i våre funn, men ligger implisitt i utvikling fra selvforakt til opplevelsen av å være 'oppusset'. Uten å akseptere gjennomgripende selvforakt, kan en gå inn i en prosess av 'dobbel juling', der en hater seg selv for å hate seg selv. Selvforakt og selvkritikk er også sentralt i opplevelser knyttet til sorg over tapt liv. En mulig hypotese fra våre resultater er at selvaksept er essensielt i sorgprosessen. Slik kan man komme seg videre i livet. Vår prosessmodell har altså viktige likheter med Aksept sirkelen, noe som styrker validiteten av våre funn. I tillegg utvider vår modell forståelsen ytterligere. Den gir et mer helhetlig bilde av hvordan andre viktige temaer knyttet til bedring og bedringsforståelse kan henge sammen med selvutvikling og dannelse av en 'frisk' identitet.

Da identitet er et viktig tema hos mennesker som er i bedring fra bulimi, er det interessant å utforske koblingen mellom identitet og sorg. Sorg over tapt liv er uttalt hos flere av deltakerne, men disse beskrivelsene reflekterer også en sorg over å miste de sidene ved bulimien som har vært til hjelp.

## 4.2 Sorg og identitet

Om en person som er viktig i noens liv dør, vil den gjenlevende oppleve sorg. Dersom den gjenlevende evner å inkorporerer endringene (tapet av den viktige andre) i sine meningsstrukturer er det sannsynlig at personen vil overkomme sorgen (Maccallum & Bryant, 2008). I 10-15 % av tilfellene blir sorgprosessen komplisert, den gjenlevende klarer ikke å gå videre. Komplisert sorg er assosiert med lettere tilgang til selvdefinerende minner som omhandler den døde. På denne måten tenker man at den gjenlevende som gjennomgår en komplisert sorgprosess i større grad definerer seg selv gjennom den tapte, sammenlignet med gjenlevende der sorgprosessen ikke er komplisert.

I vårt datamateriale forteller flere deltakere om bulimien som et godt objekt, en viktig annen, en relasjonssubstitutt. Serpell og Treasure (2008) ba sine deltakere om å skrive et brev til sin venn og sin fiende bulimien. Målet med dette var å undersøke opplevde positive og negative aspekter av bulimi. En positiv side hos mange var at bulimien fungerte som en slags 'beskytter' (guardian). Ordbruken kan vise til at bulimien har hatt en relasjonell funksjon, ikke ulikt våre funn om bulimi som et godt objekt. Tapet av bulimien kan dermed til en viss grad sammenlignes med tapet av en viktig annen person. I så tilfelle kan man predikere at identiteten i større grad vil defineres gjennom selvdefinerende minner om bulimien, dersom sorgen knyttet til tapet er komplisert. Om sorgprosessen ikke er komplisert vil det være større sannsynlighet for at personen finner positive sider ved å ha gjennomgått taps- og sorgprosessen, og mindre sannsynlighet for at tapet blir selvdefinerende. Tap av en viktig annen fremmer motivasjon for tilknytning og reduserer motivasjon for å oppnå mål i eget liv (competence motivation; Shear & Shair, 2005). Positive emosjoner reduserer denne skjevheten igjen. Samlet sett kan dette være en del av forklaringen på ulikhetene i hvordan informantene opplever og møter sin sorgprosess. En deltaker uttrykker at hun må legge sorgen bak seg og se fremover. Likevel uttrykker hun flere ganger i løpet av intervjuet at hun føler en bitterhet for at hun har mistet så mye tid, og et hat mot seg selv for å ha latt dette skje. To andre deltakere arbeider med å gi sorgen plass, bearbeide den og integrere den i sin identitet.

Ut fra teorien om komplisert sorgprosess kan det se ut til at deltakeren som skyver sorgen unna har behov for å utelukke den fra sin identitetsfølelse for å hindre at spiseforstyrrelsen farger for mye av selvpplevelsen. Satt i samme rammeverk kan det være at deltakerne som gir sorgen plass har tilstrekkelig følelse av identitet uten tilknytning til spiseforstyrrelsen, slik at integrering av sorgen ikke utgjør en trussel mot selvbildet.

Pettersen et al. (2013) argumenterer for at tilbakefall, høye skårer på depresjonsmål o.l., som vanligvis assosieres med tilbakegang i bedring, kan forstås som en gjennomarbeiding av sorg. I så tilfelle kan det som vanligvis oppfattes som tilbakegang i bedring være en naturlig, kanskje nødvendig, del av bedringsprosessen. Vår studie har ikke brukt kliniske mål for å vurdere bedring objektivt. Likevel fant vi uttrykk for gjennomarbeidingsprosesser som kan se ut som tilbakefall i deltakernes utsagn. En deltaker forteller at hun savner sin venn, bulimien, etter relasjoner tar slutt.. Dette understreker også at bedring ikke er en lineær prosess fra syk til frisk (D'Abundo & Chally, 2004; Pettersen et al., 2013), noe som er i tråd med våre resultater. Våre funn vitner om en sorgprosess som er mer kompleks enn den fremstår hos Pettersen et al. (2013). For det første beskriver vi at selvkritikk følger erkjennelsen om tapt tid. Selvkritikk, slik forskningslitteraturen og våre resultater illustrerer, er sentralt ved bulimi. Gjennomarbeidinger av sorgen over det tapte kan derfor på samme tid være en viktig del av bedringen, men likevel bidra til å holde personen igjen i sykdomsmønsteret. I og med bulimiens delte rolle i informantenes liv, ser det ut til at tapet av den kan forlenge tilstanden av ambivalens. Ambivalensen kan her skjules av det som framstår som en naturlig og nødvendig sorgprosess. Deltakerne kan ikke frigjøres fra bulimien dersom den fortsetter å ha en plass i deres tenkning og følelsesliv. For det andre kan funnet av bulimi som relasjonssubstitutt gjøre det tydeligere hvor vanskelig det er å gi slipp på den. I sammenligningen mellom å miste bulimien og å miste en viktig annen person er det en betydelig forskjell. En sorgprosess over en avdød person er ufrivillig påført, sorg over bulimien er selvpåført. Dette innebærer å aktivt måtte velge det vonde. Det er tenkelig at en slik erkjennelse øker graden av ansvarsfølelse for eget liv og følgelig en tilstand av agens. I sorgprosessen kommer motivasjon tilbake som en kontinuerlig motvekt til ambivalens.

### **4.3 Ambivalens**

Ambivalens er vanlig i bedring fra en spiseforstyrrelse (e.g. Pettersen et al., 2013). Hos informantene i vår studie er ambivalens tidvis et eksplisitt og tidvis et implisitt tema. I

modellen som presenteres er ambivalens knyttet sammen med motivasjon for endring og utgjør en hindring i å identifisere seg som frisk. Bevegelsen mellom motivasjon og ambivalens foregår gjennom hele bedringsprosessen, men den er i ulik grad tydelig for deltakerne. Usikkerhet rundt ønsket om å gi fullstendig slipp på bulimien er ikke uttalt hos mer enn en av deltakerne. Likevel er det mulig at dette også er del av den opplevde hindringen. Et eksempel er deltakere som forteller om hvor vanskelig det kan være å ikke ty til spiseforstyrrelsen når de står i en vanskelig situasjon eller periode. I tidlige faser av bedringen er ambivalens fremtredende og vanskeliggjør reell motivasjon for å begynne å gi slipp på bulimien. I senere faser ser den ut til å være en underliggende faktor i hindringen som ligger mellom 'i bedring' og 'frisk'. Pettersen et al. (2013) postulerer at ambivalens ser annerledes ut i ulike faser av bedringsforløpet. I begynnelsen av prosessen er ambivalensen knyttet til spørsmål om man vil forandre seg. Urealistiske høye forventninger om et liv uten spiseforstyrrelse kan i denne fasen være en viktig motiverende faktor. I senere faser av bedringsforløpet er ambivalensen mer knyttet til erfaring om at bedring åpner for nye problemer. Erfaring med bedring reduserer antakelig de urealistiske forventningene, som var viktige for motivasjon i starten. Noen av deltakerne i studien vår opplevde at det var utfordrende å mestre vanskelige følelser og relasjoner uten å bruke spiseforstyrrelsen. Ambivalensen knyttet til å kalle seg frisk kan representere det samme: *hvis jeg ikke sier at jeg er frisk, kan jeg da beholde 10% av spiseforstyrrelsen, bare i tilfelle jeg trenger den igjen?*

### 4.3.1 Hva er frisk?

Den opplevde hindringen mellom 'bedre' og 'frisk' består av flere nyanser. Sentralt er et reelt spørsmål om det er mulig å bli helt frisk. De fleste deltakerne snakker om at de antakeligvis aldri kommer til å bli helt kvitt spiseforstyrrelsen, da den er viklet inn i alle aspektene av deres liv.

Hvorvidt det er mulig å bli frisk fra en spiseforstyrrelse, utgjør en kontrovers i forskningsfeltet. Reviewstudien til Steinhausen og Weber (2009) rapporterer at omkring 45 % blir friske fra bulimi. D'Abundo og Chally (2004) sammenlikner bedring med en vedvarende kamp. Selv om noen av deres deltakere oppnådde de kliniske kravene for frisk, rapporterte de at lidelsen fortsatt påvirket livene deres, dog i mindre grad. Særlig gjald dette holdninger til mat og kropp. Forskerne viser til longitudinelle studier som rapporterer at sykdomsforløp ved både AN og BN er karakterisert ved delvis bedring og noen grad av tilbakefall. Pettersen og

Rosenvinge (2002) har liknende resultater: etter personlig opplevelse av bedring hadde deltakerne fortsatt noen grad av symptomer, særlig knyttet til vansker med kroppsaksept. Flere studier indikerer at pasienter med spiseforstyrrelser, etter bedring, fortsatt vil oppleve sosiale og interpersonlige vansker (Rorty, Yager, Buckwalter & Rossotto, 1999; Malson et al., 2010). I to studier sammenliknet Bardone-Cone, Schaefer et al. (2010) og Bardone-Cone, Harney et al. (2010) tre grupper i ulike faser av spiseforstyrrelse: 'aktivt' syke (ingen bedring), delvis bedret og friske (full recovery) med friske kontroller. Den første studien (Bardone-Cone, Schaefer et al., 2010) sammenliknet gruppene på ulike mål av selvopplevelse og konkluderte med at full bedring er mulig. En spiseforstyrrelse fra fortiden trenger ikke nødvendigvis å forbli et arr i selvfølelsen. I den andre studien (Bardone-Cone, Harney et al., 2010) utvidet de bedringsmål til å inkludere psykologiske mål, holdninger knyttet til kropp, vekt og mat. De fant at kroppsbildeforstyrrelser er det som skiller de friske fra de som er delvis bedre, og at de friske ikke skåret høyere på slike mål enn friske kontroller. Konklusjonen i denne studien er at det er mulig å få et helt normalt forhold til mat og kropp. De foreslår at funn som viser at residualsymptomer ofte vedvarer skyldes for dårlige definisjoner av bedring. En mulig grunn til kontroversen er uenighet i hvordan en skal definere friskhet. Vi finner Steinhausen og Webers (2009) funn oppløftende, da våre, og andres, resultater gir inntrykk av hvor utfordrende det er å bli bedre. I litteraturen presentert over, er det en tydelig forskjell mellom funn fra kvantitative og kvalitative studier. Sistnevnte, slik som vår studie, viser til et pasientperspektiv som uttrykker stor usikkerhet knyttet til hvorvidt en frisk tilstand er mulig. Her må en også spørre seg hvordan informantene i slike studier ser for seg friskhet. Kanskje er det for mye å be om å forvente at en person skal kunne si med full sikkerhet at det er mulig å bli frisk.

Våre deltakere beskriver vanskeligheter med forestillingen om å være frisk i et mat- og kroppsfokusert samfunn. En av våre deltakere opplever at samfunnet er mer spiseforstyrret enn hun noen gang var. I en kulturell kontekst vil det å være fri fra kroppsrelaterte bekymringer, kanskje være urealistisk (Malson et al., 2010). Hardin (2003, s. 10) sier det slik: «bedring fra anoreksi vil være å gjøre det alle andre jobber for å ikke gjøre» (vår oversettelse). Vi tenker at dette også gjelder for bulimi. Hornbacher (1998, s. 298, sitert i Hardin, 2003, s. 13) sier: «når du bestemmer deg for å forlate spiseforstyrrelsesspillet, er det et veldig ensomt øyeblikk. Kvinner bruker sin besettelse av vekt og mat som et forum for å knytte seg med hverandre, et fellestrekk selv blant fremmede» (vår oversettelse). Når det normale er å være (over)opptatt av vekt, mat og kropp, vil man noen gang kunne bli frisk? Flere av våre

deltakere sammenlikner bulimien med en avhengighet, og påpeker at en alkoholiker kan velge å aldri drikke igjen, mens de må forholde seg til mat resten av livet. Sentralt i våre informanternes opplevelser er tvil knyttet til hvordan eventuell friskhet skal kunne måles. I et kroppsfokusert samfunn vil det være vanskelig å orientere seg etter hva som er normalt. Sammenlikningsgrunnlag består som regel av nære personer i livet, som venninner. Hvis disse er opptatt av kropp og mat, noe som er naturlig å anta, vil det være vanskelig for pasientene å bruke dem som rollemodeller for normalitet. Å bruke egne erfaringer som markører kan også bli problematisk. Mange har opplevd svingende forløp og trodd de har vært friske før. Flere informanter uttrykker store vansker med å stole på egne opplevelser knyttet til bedring, og trenger derfor ytre markører. Når det ikke finnes ytre markører for en 'frisk' tilstand, blir det i realiteten umulig å kunne kalle seg frisk. Det er tenkelig at ved å unngå å definere seg selv som frisk, beskytter deltakerne seg mot et eventuelt nederlag, om de skulle oppleve å bli sykere igjen. Identifikasjon med 'frisk' impliserer ansvar for bedringen, og dermed vil de også være ansvarlige, hvis tilbakefallet skulle komme. Bedring byr på nye utfordringer. Uten spiseforstyrrelsen mister disse personene sin primære mestringsstrategi i livet. Å danne seg og teste ut nye former for mestring, er et usikkert prosjekt. Å beholde litt av spiseforstyrrelsen kan derfor være et forsvar mot eventuelle følelser av nederlag og avmakt. Til tross for hindringen som utgjør tilstanden frisk, rapporterer alle våre informanter at de er fornøyde med å være bedre. Kanskje handler det ikke bare om hvorvidt det er mulig, og tvil rundt hvordan det kan måles, men også en tvil knyttet til begrepet selv. Alle deltakerne i vår studie uttrykker at de ikke liker begrepet frisk, fordi det står i dikotomi til syk. Informantene har gjennom flere år kjempet for å frigjøre seg fra «føydalherren» som er spiseforstyrrelsen. Det å definere seg som frisk vil på en slik måte kunne gi spiseforstyrrelsen makt igjen, selve kategorien vil kunne definere dem.

### **4.3.2 Ambivalens og identitet**

Det er ikke uvanlig at bulimi vil utgjøre en stor del av identitetsfølelsen, og mange rapporterer en frykt for å leve uten den (Broussard, 2005). Dette kjenner vi igjen i våre resultater: *hvis bulimien blir borte, hva har jeg igjen da?* En del av ambivalens til bedring kan altså handle om frykt for å miste seg selv.

I det vestlige samfunn er identitet et konstrukt som anses å være relativt statisk og vedvarende over tid (Malson et al, 2010). Malson et al. (2010) ba pasienter innlagt med spiseforstyrrelser



om å forestille seg egen (framtidig) bedring. Dette viste seg å være umulig i de tilfellene hvor pasienten identifiserte seg totalt med sykdommen. Bedring vil i disse tilfellene innebære å gi avkall på essensen av seg selv. Pasientene som anså selvet som mer enn bare spiseforstyrrelse kunne se for seg et annerledes og bedre framtidsselv. For personer som ikke har en slik helhetlig identitetsforståelse, foreslår artikkelforfatterne å jobbe med å bygge en rikere selvforståelse i terapi. Våre deltakere definerer seg selv i stor grad mer helhetlig enn bare spiseforstyrrelsen. Det er sannsynlig at dette delvis er et resultat av deres allerede påbegynte bedringsprosess. En av informantene kan sies å være mer 'fanget' i en spiseforstyrrelsesidentitet enn de øvrige, og er klar på at hun nok aldri kommer til å bli kvitt spiseforstyrrelsen. Sykdomsvarighet spiller antakelig inn her. Jo lenger tid en person har vært viklet inn i et nett av altopplukkende spiseforstyrrelse, jo vanskeligere er det å se et selv og et liv utenfor nettet. Dette kan forstås ytterligere ved at bulimi som oftest debuterer i ungdomsalder (Røer, 2012), en viktig periode i identitetsutviklingen. To av våre deltakere beskriver at innsikten i manglende identitet utenfor spiseforstyrrelsen utgjorde motivasjon for å bli bedre.

## **4.4 Motivasjon**

### **4.4.1 Ulike typer motivasjon**

Det har vært vanlig å dele motivasjon opp i 'indre' og 'ytre', der indre representerer autonom motivasjon og ytre representerer motivasjon som ikke stammer fra personens egne ønsker og mål. Vansteenkiste et al. (2005) argumenterer, ut fra self-determination theory (SDT), for at dette dikotome synet ikke nødvendigvis er så fruktbart i klinisk anvendelse på spiseforstyrrelser. SDT nyanserer kategoriene og skiller mellom ulike typer indre motivasjon. Under denne kategorien finnes tre typer motivasjon: iboende (intrinsic), som tilsvarer autonom motivasjon, innovervendt (introjected) og (reelt) internalisert motivasjon. De to sistnevnte typene motivasjon starter som ytre motivasjon men omgjøres til indre ved hjelp av to forskjellige mekanismer. Innovervendt motivasjon virker motiverende grunnet følelser av skyld eller skam over å ikke bli bedre. Internalisert motivasjon omhandler en aksept for den personlige betydningen av en tidligere ytrestyrt motivasjons, og videreføring av denne som sin egen. Iboende motivasjon drives av gleden i og/eller opplevelsen av å utføre handlingen i seg selv. Vansteenkiste et al.s (2005) mener at en ikke kan forvente iboende motivasjon fra

start hos en med spiseforstyrrelse, fordi det er lite sannsynlig at det oppleves gledelig for denne personen å spise 'normalt' eller unnlate å kaste opp. Det er antakelig, ut fra våre resultater, slik at det å gi opp symptomene vekker et ubehag, fordi symptomene har fungert som mestring av psykisk smerte. Derfor er det usannsynlig at dette vil oppleves gledelig. Videre argumenterer Vansteenkiste et al. (2005) med at det er bedre å hjelpe pasienten til å finne personlig mening i å endre sine handlinger enn å fremme en iboende motivasjon fra starten. Selv om denne tilnærmingen er styrt av en motivasjon med et ytre utgangspunkt, kan gjennomføringen av nye handlinger drevet av en opplevelse av personlig betydning oppleves autonomt. Våre resultater støtter denne anbefalingen. Hos flere av våre informanter tok det tid å finne personlig betydning for bedringsprosjektet. Hos to av våre deltakere betegnes motivasjonen som iboende fra start. Vi skisserer dette som en mulig vei ut av bulimien. Disse to har opplevd stor grad av bedring. Hos to informanter som eksplisitt illustrerer den andre ruten ut av bulimien, fra ytre til internalisert motivasjon, er ikke bedringen objektivt like 'stor'. Samtidig kan det være andre grunner til dette enn typen motivasjon, da de to sistnevnte i større grad identifiserer seg med spiseforstyrrelsen og har vært syke betydelig lenger. Fortsatt har de opplevd en stor grad av bedring ut fra deres utgangspunkt. Ergo er det mulig å oppleve bedring man er fornøyd med uten å ha iboende motivasjon fra start.

#### **4.4.2 Motivasjon og selvfølelse**

Ut i fra våre informanters utgangspunkt for bedring, med lav selvfølelse og opplevelse av verdiløshet, er det forståelig om motivasjon for å bli bedre for sin egen del ikke er framtredd hos alle ved start. Informantene beskriver gjennomgripende selvforakt og tvil om hvorvidt de er syke nok, om de fortjener behandling og om de kan ta plass og tid av behandlere og gruppa. En mulig tankeprosess: *Jeg føler meg ikke verdig å ha det bedre, derfor fortjener jeg ikke bedring for min egen del.* Ut i fra dette resonnementet, er det forståelig om det trengs tid og selvutvikling til for å kunne eie et autonomt prosjekt om bedring. I tillegg er det vanskelig å gjennomføre autonome prosjekter med lav selvfølelse. Om du ikke har en sterk identitetsfølelse utenfor spiseforstyrrelsen, hvordan kan en forvente at du skal ta valg som styres helt autonomt?

Forstyrrelser i selvopplevelse karakteriseres som en kjernemangel hos pasienter med spiseforstyrrelser (Bardone-Cone, Schaefer et al., 2010). Bardone-Cone, Schaefer et al. (2010) viser til økt selvopplevelse hos friske fra spiseforstyrrelser sammenliknet med gruppa som var

delvis bedre. Økningen utgjorde høyere grad av self-directedness, et begrep som er beslektet med autonomi da det inkluderer opplevelser av personlig ansvar. Pettersen et al. (2013) viser til at en viktig del av senere faser i bedringsprosess er å overkomme offerrolle og ta ansvar. Tidligere i prosessen tenkte mange av deres informanter at andre var ansvarlige for deres bedring. I senere faser var det viktig å akseptere at bedringen var deres ansvar. Dette drev dem mot et 'aktivt modus' i egen bedring. Også i disse resultatene er det tydelig at den autonome motivasjonen kommer mot slutten av bedringsforløpet, og at pasientene begynner bedringen uten å eie prosjektet helt selv. Vansteenkiste et al. (2005) poengterer at motivasjon for behandling og motivasjon for bedring ikke nødvendigvis er synonymt. Samlet tilsier dette at det er mulig å igangsette bedring uten følelse av eget ansvar. Våre funn viser også at det tar tid å ta ansvar for egen bedring (og behandling). Når informantene nådde punktet hvor de innså eget ansvar, var de tydelige på at dette var essensielt for bedring. Autonom motivasjon, å ville noe for sin egen del, viste seg dermed å ikke være en nødvendig forutsetning for å igangsette bedring. Det er derimot tenkelig at selvfølelsesutviklingen muliggjorde autonomi. For å kunne eie et bedringsprosjekt, må en føle seg verdig prosjektet.

#### **4.4.3 Desperasjon som motivasjon**

I vår modell presenterer vi desperasjon som en mulig motiverende faktor. Flere andre studier refererer til liknende prosesser, uten at de eksplisitt presenterer desperasjonen som en motiverende faktor (e.g. D'Abundo & Chally, 2004; Lindgren et al., 2014). Disse er også inne på betydning av innsikt i sykdommens alvorlighet for framtidig bedring. Dette anser vi som en forløper til desperasjonen, der innsikt er nødvendig for følelsen av håpløshet og frustrasjon. Patching og Lawler (2009) påpeker i sine resultater at deltakerne følte at de hadde valget mellom bedring eller selvmord. Vi tenker dette reflekterer en følelse av desperasjon. Lindgren et al (2014) fant at, for deres deltakere, var det nødvendig å nå bunnen (hitting rock bottom) for å komme seg opp. Alle våre informanter nevner liknende uttrykk for desperasjon. Supplerende i våre resultater, er hypotesen vi dannet med utgangspunkt i disse uttalelsene. Desperasjonen, å nå bunnen, kan være viktig for framtidig bedring fordi de følte seg tvunget til å ta et valg. Denne tilstanden av agens er mulig bedringsfremmende fordi det øker følelsen av å være aktør i eget liv, som motsetning til følelsen av å være prisgitt spiseforstyrrelsen som preger informantenes opplevelse av tiden før bedringsprosessen begynte.

## 4.5 Behandlingsimplikasjoner

### 4.5.1 Definisjoner av bedring

Det er enighet i feltet om at bedring fra spiseforstyrrelser er mer enn kun fysiologiske og atferdsmessige mål. Samtidig er det disse målene som er den kliniske og forskningsmessige standarden for å måle bedring fra bulimi (Keski-Rakonen & Tozzi, 2005; Bardone-Cone, Harney et al., 2010; Bardone-Cone, Schaefer et al., 2010; Jenkins & Ogden, 2012).

Informantene i Pettersen et al. (2013) sin studie forteller at de måtte gjenlære hvordan å leve et normalt liv fordi de manglet referanser til et liv som en frisk person. Bedring, i følge denne og andre studier (e.g. Malson et al., 2010) handler hovedsakelig om å bygge opp livet heller enn å fjerne symptomer. Våre resultater samsvarer med dette perspektivet – symptombedring er viktig, men spiseforstyrrelsen utgjør mer enn det ytre, den er til stede i mange eller alle deler av livet. Pasientperspektivet om hva som er bedring har et bredere fokus enn bedringsdefinisjoner som brukes i studier om behandlingseffekt. Gjennom vår prosessmodell blir det tydelig hvor altomfattende spiseforstyrrelsen oppleves for våre informanter og at bedringen må forstås ut fra utgangspunktet. Basert på våre resultater vil det være ønskelig å i større grad inkludere psykologisk forståelse, slik som økt selvfølelse og opplevelse av verdi og mening, i bedringsdefinisjoner.

### 4.5.2 Tid og tilførsel

I vår studie har tid blitt et sentralt tema. Det er mulig at nødvendighet av tid har blitt et tema hos informantene fordi de faktisk har fått lang tid i behandling. En deltaker understreker også at lang tid (i feil behandling) opplevdes hemmende for hennes bedringsprosess. Det er ikke gitt at tid hadde blitt et tema hos pasienter som ikke får tilbudet om tid, dog er dette en interessant indikasjon for videre forskning. Det framstår som viktig å se våre resultater om nødvendighet av tid opp mot funn om at 50 % med spiseforstyrrelser blir friske etter 20 timer med CBT-E (Fairburn, 2009). Våre funn problematiseres også i lys av Poulsen et al. (2014) sine funn, som viser at CBT er mer effektivt enn psykoanalytisk behandling, selv om sistnevnte behandling hadde lengre varighet. En mulig måte å forstå en slik uoverensstemmelse på, er at behandlingene retter seg mot forskjellige prosesser. Oppfølgingsstudier viser at atferdssymptomer fortere lar seg endre enn psykologiske fenomener ved BN (Clausen, 2010). Jenkins og Ogden (2012) hevder at psykologisk bedring

ikke automatisk følger symptombedring, og kan ta opp mot flere år å oppnå. Som tidligere nevnt, er pasienter med BN er heterogen gruppe, noe som kan innebære at de også har ulike mål for hva de ønsker bedring fra. Det er mulig at bedringsforståelsen til pasientene påvirkes av behandlingen de får. Informantene i vår studie går eller har gått i en behandling som vektlegger tid og selvutvikling.

De fleste informantene i vår studie snakker spontant om at det har vært verdifullt for dem å få lang tid i behandling, selv etter at (atferds)symptomene er borte. Ved å miste tryggheten i symptomer og kjente mønstre, beveger en seg ut i ukjent terreng (Pettersen et al., 2013). Utfordringene som har blitt håndtert med symptomer erstattes gradvis av psykologiske og eksistensielle utfordringer, fordi personen har opplevd symptomlette. Derfor er det viktig å få tid til å utvikle alternative strategier for å mestre livet før en kan skilles med spiseforstyrrelsen. Som nevnt under prosedyrer, fikk vi også gode data på behandling fra bulimi. Behandlingsfokuset er ikke del av resultatene, men vi vil likevel kort nevne to eksempler under for å illustrere hvordan tid i behandling kan oppleves meningsfullt. Flere av våre informanter beskriver hvordan kunstterapi næret deres selvutvikling. Det tok lang tid hos en deltaker fra å uttrykke seg selv som «en liten blå prikk» til å slippe seg løs ved å kaste maling på et lerret. I dette tilfellet hjalp kunstterapien henne til å gi rom til seg selv og autentiske selvopplevelser. En annen informant malte, ubevisst for seg selv, et bilde som uttrykte suicidale forestillinger. Opplevelsen av at behandler ga dette figur i gruppa, bidro til hennes opplevelse av å ta seg selv på alvor.

I lys av våre resultater synes det viktig å gi pasienter med bulimi mulighet for å delta i et behandlingstilbud som kan gi dem tid og rom for å bygge seg selv opp igjen. Vi kan anta at viktigheten av dette kanskje særlig gjelder for pasienter der CBT-E behandling ikke har hatt effekt, eller hvis pasienten selv understreker at hun/han ønsker behandling som fokuserer på slike prosesser. I det første eksempelet fikk informantene tid til å komme i kontakt med et autentisk selvuttrykk. Det andre tilfellet viser at informantene fikk rom, fra behandler og gruppa, til å bli klar over alvoret i egen situasjon og tørre å ta stilling til seg selv. I stedet for ha fokus på å 'reparere' personen ved å påpeke og endre dysfunksjonelle mønstre, fungerte denne terapien som en slags tilførsel for pasientene. Tilførsel refererer i denne sammenhengen til 'investeringer' som fremmer utvikling. Terapi som ensidig fokuserer på å reparere kan støtte opp om følelsen av å være grunnleggende feil. Vi har postulert at tilførsel av tid kan

fungere som en korrektiv emosjonell erfaring – gjennom opplevelsen av å være verdig andres tid, opplever de egen verdi.

### **4.5.3 Pakkeforløp i psykisk helsevern**

For tiden er det debatt om pakkeforløp i behandling av psykiske lidelser. Det er ennå uklart hvordan disse pakkene skal defineres. Tor Levin Hofgaard, president i Norsk psykologforening, uttrykte sin bekymring slik: «Erna Solbergs behandlingspakker til personer med psykiske lidelser blir en gedigen skuffelse hvis alle som åpner dem får det samme» (Aftenposten, 14.08.2015). Da alle psykiske lidelser er komplekse og heterogene tilstander, vil det kunne være utfordrende å utvikle pakkeforløp som bevarer personens identitet utover diagnose. Vi tenker at dette er særlig viktig ved spiseforstyrrelser.

Den muligens største utfordringen knyttet til en eventuell pakkeløsning er at det ikke finnes god nok dokumentasjon på god behandling for bulimi. Det at 50 % oppnår full bedring, betyr at 50 % ikke gjør det. Etter retningslinjene til NPF, er evidensbasert psykologisk praksis definert slik at man tar høyde for bredden i kunnskapen som finnes (Rønnestad, 2008). Når kunnskapsfeltet utvides, vil det derfor være viktig å ta høyde for kunnskap fra kasusstudier, kvantitative studier og kvalitative studier i utarbeidelse av pakkene. Dette inkluderer studier om hva som utgjør bedring, slik som vår studie, slik at bedring defineres som bredere enn reduksjon i atferdssymptomer.

### **Kan våre funn passe inn i pakkene?**

Til tross for tenkte utfordringer knyttet til utforming av slike pakker, har vi noen tanker om mulige måter våre resultater kan integreres i et eventuelt pakketilbud på. Basert på våre resultater ser vi for oss litt 'myke' pakker. Betydning av tid er et sentralt funn i vår studie. Vi tenker at det kan være hensiktsmessig å ikke ha definert på forhånd en tidsbegrensning for behandling i eventuelle pakker. Slik kan kanskje pasient og behandler tilrettelegge behandlingen mer knyttet til individets behov. Tid kan også være viktig for å kunne utvikle egen motivasjon for bedring og etter hvert ta over ansvaret for den. Vi oppfatter det som viktig å ha et tilbud som inkluderer pasienter som ikke allerede har en etablert autonom motivasjon for bedring. Vi tenker også at det kan være hensiktsmessig om eventuelle pakker tar høyde for svingninger i motivasjon, ambivalens og bedringsopplevelse. Kanskje kan

pakkene være utformet slik at de retter seg mot ulike utfordringer som viser seg å være mer 'typiske' i forskjellige deler av bedringsforløpet.

## 4.6 Begrensninger ved studien

Tre av deltakerne har tidligere blitt diagnostisert med anoreksi. De øvrige deltakerne fortalte om atferd i ungdomsår som kanskje kunne ført til en anoreksidiagnose dersom de da hadde vært i kontakt med helsevesenet. Målet med denne studien var å utforske bedringsforståelse hos personer med bulimi. Deltakernes historie med anorektiske symptomer kompliserer derfor bildet ettersom det er vanskelig å vite om de har eller hadde bulimi eller en kombinasjon av bulimi og anoreksi. Det er tidligere vist at bulimi med subklinisk innslag av anoreksi er assosiert med prognose for bulimi, i motsetning til anoreksi med innslag av bulimi som er assosiert med prognose for anoreksi (Herzog et al., 1993). Førstnevnte sammensetning av symptomatologi er tilfellet i vårt utvalg, som derfor likevel antas å være representativt for studien.

Utvalget for denne studien er relativt lite, noe som reduserer studiens generaliserbarhet. Dette veies opp for til en viss grad ved at hver informants opplevelser er grundig studert, og har plass i presentasjonen av resultatene av denne studien. Det er imidlertid ikke generalisering som er hovedmålet for denne studien, snarere å gi et opplevelsesnært innblikk i bedringsutviklingen hos personer som har gjennomgått mange år med bulimi og påfølgende behandling. Det vil være opp til kommende studier å bygge videre på disse funnene for å gi pasientenes opplevelser av bedring en tydeligere stemme.

Vi valgte å legge studiens fulle fokus på opplevelser av bedring. Valget innebar at vi ikke har tatt objektive bedringsmål i betraktning, og presenterer heller ikke slike mål i oppgaven. Derfor kan utvalgets representativitet, og dermed studiens validitet, til en viss grad trekkes i tvil. Vi har argumentert for i større grad å inkludere psykologiske prosesser i definisjoner av bedring, og støtter oss derfor til behandlernes vurdering av hvorvidt informanten har gjennomgått en betydelig bedring (jfr. inklusjonskriterium 4).

Som tidligere nevnt har en av forfatterne og en av veilederne tilknytning til klinikken informantene deltar eller har deltatt i behandling ved. Dette kan ha to ulike påvirkninger på studien. Den ene er at tilknytningen muliggjør en innsidekunnskap, en forståelsesramme som noen, men ikke alle, i forskerteamet bidrar med. Slik vil eventuelle feiloppfattelser av

deltakernes beskrivelser av forholdene ved klinikken og behandling kunne rettes opp. Den andre mulige effekten er at studien blir drevet i en retning som er positiv for behandling sin institusjonen. Negative utsagn om behandlingen eller klinikken har imidlertid blitt analysert, og diskutert i forskerteamet, som en likeverdig del av datamaterialet, sammenlignet med positive og nøytrale utsagn.

## 4.7 Konklusjon

Studien gir et bilde på hva som oppleves viktig i syv kvinners beskrivelser av hvordan det er å ha bulimi, delta i behandling, og oppleve bedring. Symptomlette utgjør en sentral del av deres beskrivelser. Likevel er bortfall av symptomer ofte innvevd i mer omfattende psykologiske prosesser som handler om utviklingen av dem som personer. Tilførsel av selvoppbyggende opplevelser i terapi er en mekanisme som driver denne selvutviklingen. Utfordringene i behandlingen innebærer for pasientene oppleves smertefulle og vanskelige å overkomme, men i kjølvannet av dem oppstår det ny innsikt og ønske om videre bedring. Motivasjon for bedring spiller en viktig rolle i å overkomme utfordringene. Den må ikke nødvendigvis være iboende for å fremme endring, en internalisert motivasjon kan ha god effekt.

Viktige prosesser som sorg og aksept ser ut til å spille en dobbel rolle i senere deler av bedringsprosessen. På den ene siden kan de bidra til å skape distanse til lidelsen ved at de er tydelige tegn på å ha kommet langt i selvutviklingen. På den annen side kan de bidra til å opprettholde en ambivalens til å gi helt slipp på bulimien ved at lidelsen beholdes i bevisstheten. På samme måte fremstår det å oppleve seg som frisk også tosidig. Frisk oppleves som en unaturlig sikker kategori, en tilstand det ikke er gitt at man må oppnå for å ha et godt liv. Samtidig vil det å være frisk innebære å miste siste del av spiseforstyrrelsen.

Å utvide kunnskapen om hvordan bedring oppleves kan bidra til å videreutvikle behandlingstilbudet. Deltakerne i denne studien opplevde tiden de fikk i terapi som viktig i de tilfellene tiden ble fylt med støtte og hjelp til selvutvikling. Tid uten terapeutisk tilførsel ble opplevd som bedringshemmende. Funnene i denne studien viser hvordan delprosesser i en bedringsprosess kan henge sammen over tid. Kompleksiteten i modellen peker mot et behov for å ta inn den samme kompleksiteten i terapirommet. I lys av vår studie innebærer dette å tilby tid og mulighet til å gjennomgå, og gjenta, de prosessene som fører frem mot opplevelsen av å være 'oppusset', ikke ødelagt.



# Litteraturliste

- Abbate-Daga, G., Marzola, E., Amianto, F., & Fassino, S. (2016). A comprehensive review of psychodynamic treatments for eating disorders. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-28. doi: 10.1007/s40519-016-0265-9.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2005). *Policy Statements on Evidence-Based Practice in Psychology*. Hentet fra American Psychological Association: <http://www.apa.org/practice/guidelines/evidence-based-statement.aspx>.
- Arne, S. (2008). Spiseforstyrrelser. I T. Berge, & A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (ss. 532-556). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Avis, M. (2005). Is there an epistemology for qualitative research? I I. Holloway (Red.), *Qualitative Research in Health Care* (ss. 3-15). Maidenhead: McGraw-Hill Education.
- Bardone-Cone, A. M., Harney, M. B., Maldonado, C. R., Lawson, M. A., Robinson, D., Smith, R., et al. (2010). Defining Recovery from an eating disorder: Conceptualization, validation, and examination of psychosocial functioning and psychiatric comorbidity. *48*(3), 194-202. doi: 10.1016/j.brat.2009.11.001.
- Bardone-Cone, A. M., Schaefer, L. M., Maldonado, C. R., Fitzsimmons, E. E., Harney, M. B., Lawson, M. A., et al. (2010). Aspects of Self-Concept and Eating Disorder Recovery: What does the sense of self look like when an individual recovers from an eating disorder? *29*(7), 821-846. doi: 10.1521/jscp.2010.29.7.821.
- Bell, L. (2003). What can we learn from consumer studies and qualitative research in the treatment of eating disorders? *8*(3), 181-187. doi: 10.1007/BF03325011.
- Broussard, B. B. (2005). Women's experiences of bulimia nervosa. *49*(1), 43-50. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03262.x.
- Bruch, H. (1978). *The Golden Cage. The Enigma of Anorexia Nervosa*. London: Harvard University Press.
- Buhl, C. (1990). *Følelser og kropp: behandling av alvorlige spiseforstyrrelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Casasnovas, C., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Krug, I., Jiménez-Murcia, S., Bulik, C., et al. (2007). Motivation to change in eating disorders: clinical and therapeutic implications. *European Eating Disorders Review*, *15*(6), 449-456. doi: 10.1002/erv.780.

- Castro-Fornieles, J., Bigorra, A., Martinez-Mallen, E., Gonzalez, L., Moreno, E., Font, E., et al. (2010). Motivation to change in adolescents with bulimia nervosa mediates clinical change after treatment. *European Eating Disorders Review*, *19*(1), 46-45. doi: 10-1002/erv.1045.
- Clarke, C. (2009). An Introduction to Interpretative Phenomenological Analysis: a Useful Approach for Occupational Therapy Research. *British Journal of Occupational Therapy*, *72*(1), 37-39. doi: 10.1177/030802260907200107.
- Clausen, L. (2010). Opfølgingsstudier. I S. Lunn, K. Rokkedal, & B. Rosenbaum (Red.), *Frå og faste. Spiseforstyrrelser i klinisk og kulturell belysning* (ss. 433-452). Danmark: Dansk psykologisk Forlag.
- Clinton, D. N. (1996). Why Do Eating Disorder Patients Drop Out? *Psychotherapy and Psychosomatics*, *65*(1), 29-35. doi: 10.1159/000289028.
- D'Abundo, M., & Chally, P. (2004). Struggling With Recovery: Participants Perspectives on Battling an Eating Disorder. *Qualitative Health Research*, *14*(8), 1094-1106. doi: 10.1177/1049732304267753 .
- D'Agata, F., Caroppo, P., Amianto, F., Spalatro, A., Caglio, M. M., Bergui, M., et al. (2015). Brain correlates of alexithymia in eating disorders: A voxel-based morphometry study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *69*(11), 708-716. doi: 10.1111/pcn.12318.
- Eatough, V., & Smith, J. A. (2008). Interpretative Phenomenological Analysis. I C. Willig, & W. Stainton-Rogers (Red.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology* (ss. 179-194). London: Sage Publications Ltd.
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, *38*(3), 215-229. 10.1348/014466599162782.
- Fairburn, C. G. (2008). This Book and How to Use It. I C. G. Fairburn, *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (ss. 3-6). New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, *41*(5), 509-528. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00088-8.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., et al. (2009). Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Therapy for Patients With Eating Disorders: A Two-Site Trial With 60-Week Follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *166*(3), 311-319. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08040608.
- Flick, U. (2007). *Managing Quality in Qualitative Research*. London: Sage Publications Ltd.

- Gabbard, G. O. (2014). Substance-Related and Addictive Disorders and Eating Disorders. I G. O. Gabbard, *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* (5. utg., ss. 345-382). Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Giacomini, M. (2010). Theory Matters in Qualitative Health Research. I I. Bourgeault, R. Dingwall, & R. de Vries (Red.), *The SAGE Handbook of Qualitative Methods in Health Research* (ss. 125-156). London: Sage Publications Ltd.
- Giorgi, A. P., & Giorgi, B. (2008). Phenomenological Psychology. I C. Willig, & W. Stainton-Rogers (Red.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology* (ss. 165-178). London: Sage Publications Ltd.
- Gullestad, S. E., & Killingmo, B. (2013). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hardin, P. K. (2003). Social and Cultural Considerations in Recovery From Anorexia Nervosa: A Critical Poststructuralist Analysis. *Advances in Nursing Science*, 26(1), 5-16. url: <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.19.0a/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=FOMIFPMDBCDDPOHBNCIKAF0BGHPEAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Full%2bText%3dL%257cS.sh.27.28%257c0%257c00012272-200301000-00004%26S%3dFOMIFPMDBCDDPOHBNCIKAF0BGHPEAA00&directlink>.
- Herzog, D. B., Sacks, N. R., Keller, M. B., Lavori, P. W., von Ranson, K. B., & Gray, H. M. (1993). Patterns and Predictors of Recovery in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(4), 835-842. doi: 10.1097/00004583-199307000-00020.
- Hofgaard, T. L. (2015, 08 14). *Debatt om psykisk helse: Én pakke for alle?* Hentet fra Aftenposten: <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/Debatt-om-psykisk-helse-n-pakke-for-alle-8125295.html>. Lest 10.04.16
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (2013). Cognitive and Cognitive-Behavioral Therapies. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6. utgave. utg., ss. 393-442). Hoboken, New Jersey: Jon Wiley & Sons, Inc.
- Jenkins, J., & Ogden, J. (2011). Becoming 'Whole' Again: A Qualitative Study of Women's Views of Recovering From Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(1), e23-e31. doi: 10-1002/erv.1085.
- Keel, P. K., & Brown, T. A. (2010). Update on Course and Outcome in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 195-204. doi: 10.1002/eat.20810.
- Kelly, S. E. (2010). Qualitative Interviewing Techniques and Styles. I I. Bourgeault, R. Dingwall, & R. de Vries (Red.), *The SAGE Handbook of Qualitative Methods in Health Research* (ss. 307-326). London: Sage Publications Ltd.

- Keski-Rahkonen, A., & Tozzi, F. (2005). The Process of Recovery in Eating Disorder Sufferers' Own Words: An Internet-Based Study. *37(S1)*, 580-586. doi: 10.1002/eat.20123.
- Kvale, S. (2007). *Doing Interviews*. London: Sage Publications Ltd.
- Langdridge, D. (2004). *Introduction to Research Methods and Data Analysis in Psychology*. Harlow: Pearson Education Limited.
- Levallius, J., Clinton, D., Bäckström, M., & Norring, C. (2015). Who do you think you are? - Personality in eating disordered patients. *Journal of Eating Disorders*, *3(3)*, 1-8. doi: 10.1186/s40337-015-0042-6.
- Lindgren, B.-M., Enmark, A., Bohman, A., & Lundström, M. (2014). A qualitative study of young women's experiences of recovery from Bulimia Nervosa. *Journal of Advanced Nursing*, *71(4)*, 860-869. doi: 10.1111/jan.12554.
- Lunn, S. (2010a). Psykoanalytisk psykoterapi. I S. Lunn, K. Rokkedal, & B. Rosenbaum (Red.), *Frås og faste. Spiseforstyrrelser i klinisk og kulturel belysning* (ss. 199-212). Danmark: Dansk psykologisk forlag.
- Lunn, S. (2010b). Spiseforstyrrelsens historie - en kort oversigt. I S. Lunn, K. Rokkedal, & B. Rosenbaum (Red.), *Frås og faste. Spiseforstyrrelser i klinisk og kulturell belysning*. (ss. 17-24). Danmark: Dansk psykologisk Forlag.
- Lunn, S. (2010c). Teorier om årsager til spiseforstyrrelser. I S. Lunn, K. Rokkedal, & B. Rosenbaum (Red.), *Frås og faste. Spiseforstyrrelser i klinisk og kulturell belysning* (ss. 39-62). Danmark: Dansk psykologisk Forlag.
- Maccallum, F., & Bryant, R. A. (2008). Self-defining memories in complicated grief. *Behavior Research and Therapy*, *46(12)*, 1311-1315. doi: 10.1016/j.brat.2008.09.003.
- Madill, A., Jordan, A., & Shirley, C. (2000). Objectivity and reliability in qualitative analysis: Realist, contextualist and radical constructionist epistemologies. *British Journal of Psychology*, *91(1)*, 1-20. doi: 10.1348/000712600161646.
- Malson, H., Bailey, L., Clarke, S., Treasure, J., Anderson, G., & Kohn, M. (2011). Un/imaginable Future Selves: A Discourse Analysis of In-Patients' Talk About Recovery from an 'Eating Disorder'. *European Eating Disorders Review*, *19(1)*, 25-36. doi: 10.1002/erv.1011.
- Mansour, S., Bruce, K. R., Stieger, H., Zuroff, D. Z., Horowitz, S., Anestin, A. S., et al. (2012). Autonomous Motivation: A Predictor of Treatment Outcome in Bulimia-Spectrum Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, *20(3)*, e116-e122. doi: 10.1002/erv.2154.

- McLeod, J. (2013). Qualitative Research: Methods and Contributions. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6. utgave. utg., ss. 49-84). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Minde, Å. (2000). *Kunsten som sjelens arkitekt - kunst, galskap og terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Minde, Å., & Storeng, U. S. (1994). *Fra kokong til sommerfugl. Metamorfosen gjennom billedterapi hos kvinner med alvorlige spiseforstyrrelser*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Moran, D. (2003). *Introduction to phenomenology*. London: Routledge.
- Morlino, M., Di Pietro, G., Tuccillo, R., Galiotta, A., Bolzan, M., Senatore, I., et al. (2007). Drop-out rate in eating disorders: Could it be a function of patient-therapist relationship? *Eating and Weight Disorders*, *12*(3), e64-e67. doi: 10.1007/BF03327645.
- Nordbø, R. H., Gulliksen, K. S., Espeset, E. M., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2008). Expanding the Concept of Motivation to Change: The Content of Patients' Wish to Recover from Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *41*(7), 635-642. doi: 10.1002/eat.20547.
- 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. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00201-5.
- Pascale, C.-M. (2011). *Cartographies of Knowledge: Exploring Qualitative Epistemologies*. London: Sage Publications Ltd.
- Patching, J., & Lawler, J. (2008). Understanding women's experiences of developing an eating disorder and recovering: a life-history approach. *Nursing Inquiry*, *16*(1), 10-21. doi: 10.1111/j.1440-1800.2009.00436.x.
- Pettersen, G., & Rosenvinge, J. H. (2002). Improvement and Recovery from Eating Disorders: A Patient Perspective. *Eating Disorders*, *10*(1), 61-71. doi: 10.1002/erv.425.
- Pettersen, G., Rosenvinge, J. H., & Ytterhus, B. (2008). The "Double Life" of Bulimia: Patients' Experiences in Daily Life Interactions. *Eating Disorders*, *16*(3), 204-211. doi: 10.1080/10640260802016696.
- Pettersen, G., Thune-Larsen, K.-B., Wynn, R., & Rosenvinge, J. H. (2013). Eating disorders: challenges in the later phases of the recovery process. A qualitative study of patients' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *27*(1), 92-98. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01006.

- Pietkiewicz, I., & Smith, J. A. (2014). A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *Czasopismo Psychologiczne Psychological Journal*, 20(1), 7-14. doi: 10.14691/CPJ.20.1.7.
- Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S. I., Folke, S., Mathiesen, B. B., Katznelson, H., et al. (2014). A Randomized Controlled Trial of Psychoanalytic Psychotherapy or Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 171(1), 109-116. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12121511.
- Rabin, M. (2003). *Art Therapy and Eating Disorders. The Self as Significant Form*. New York: Columbia University Press.
- Rapport, F. (2005). Hermeneutic phenomenology: the science of interpretation of texts. I I. Holloway (Red.), *Qualitative Research in Health Care* (ss. 125-144). London: McGraw-Hill Education.
- Rorty, M., Yager, J., & Rossotto, E. (1993). Why and How do Women Recover from Bulimia Nervosa? The Subjective Appraisals of Forty Women Recovered for a Year or More. *International Journal of Eating Disorders*, 14(3), 249-260. doi: 10.1002/1098-108X(199311)14:3<249::AID-EAT2260140303>3.0.CO;2-O.
- Rorty, M., Yager, J., Buckwalter, J., & Rossotto, E. (1999). Social Support, Social Adjustment, and Recovery Status in Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 1-12. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199907)26:1<1::AID-EAT1>3.0.CO;2-I.
- Rosenvinge, J., Martinussen, M., & Østensen, E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: A meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating and Weight Disorders*, 5(2), 52-61. doi: 10.1007/BF03327480.
- Rør, A. (2012). Spiseforstyrrelser. I K. Martinsen, & R. Hagen (Red.), *Håndbok i kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge* (ss. 221-284). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(4), 444-454. url: [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=43727&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=43727&a=2).
- Serpell, L., & Treasure, J. (2002). Bulimia Nervosa: Friend or Foe? The Pros and Cons of Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 32(2), 164-170. doi: 10.1002/eat.10076.
- Shear, K., & Shair, H. (2005). Attachment, Loss, and Complicated Grief. *Developmental Psychology*, 47(3), 253-267. doi: 10.1002/dev.20091.
- Silverman, D. (2005). *Doing qualitative research: a practical handbook* (Vol. 2). London: Sage Publications Ltd.

- Skårderud, F. (2013). *Sterk/svak. Håndbok om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug & Co.
- Skårderud, F., Rosenvinge, J. H., & Gøtestam, K. G. (2004). Spiseforstyrrelser - en oversikt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124, 1938-1942. url: <http://tidsskriftet.no/article/1050522>.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (ss. 51-80). London: Sage Publications Ltd.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis*. London: Sage Publications Ltd.
- Statens helsetilsyn. (2000). *Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Steinhausen, H.-C., & Weber, S. (2009). The Outcome of Bulimia Nervosa: Findings From One-Quarter Century of Research. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1331-1341. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09040582 .
- Taylor, M. C. (2005). Interviewing. I I. Holloway (Red.), *Qualitative Research in Health Care* (ss. 39-55). Maidenhead: McGraw-Hill Education.
- Troop, N. A., Allan, S., Serpell, L., & Treasure, J. L. (2008). Shame in Women with a History of Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 16(6), 480-488. doi: 10.1002/erv.858.
- van Son, G. E., van Hoeken, D., van Furth, E. F., Donker, G. A., & Hoek, H. W. (2010). Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort. *Eating Disorders*, 43(2), 130-138. doi: 10.1002/eat.20676.
- Vansteenkiste, M., Soenens, B., & Vandereycken, W. (2005). Motivation to Change in Eating Disorder Patients: A Conceptual Clarification on the Basis of Self-Determination Theory. *International Journal of Eating Disorders*, 37(3), 207-219. doi: 10.1002/eat.20099.
- Wallace, S. (2005). Observing method: recognizing the significance of belief, discipline, position and documentation in observational studies. I I. Holloway (Red.), *Qualitative Research in Health Care* (ss. 71-86). Maidenhead: McGraw-Hill Education.
- Woods, S. (2004). Untreated Recovery From Eating Disorders. *Adolescence*, 154(39), 361-371. url: <http://search.proquest.com/docview/195943413?accountid=14699>.
- Zachrisson, H. D., & Skårderud, F. (2010). Feelings of Insecurity: Review of Attachment and Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 18(2), 97-106. doi: 10.1002/erv.999.

# Vedlegg

## Vedlegg 1 Intervjuguide

### INTERVJUGUIDE:

#### Introduksjon:

Hei. Jeg heter (Siri Hylland/Kolbjørn Irgens). Tusen takk for at du ville være med på dette forskningsprosjektet. Vi ønsker å undersøke hva som bidrar til bedring og hva som er god behandling for bulimi. Jeg vet ingenting om hvordan det er å ha bulimi og hvordan det oppleves å bli bedre av den. Siden du selv har opplevd dette, ønsker vi hjelp fra deg for å forstå bedre. Det finnes ingen riktige eller gale svar, du velger selv hva som er viktig å fortelle om.

Når jeg snakker om behandling, mener jeg alle former for kontakt med helsevesenet. Særlig interessant er vi i behandlingen du mottar her på X, men også tidligere behandlingserfaringer, om dette er noe du ønsker å fortelle om. Det jeg tenker på når jeg spør deg om bedring er alle perioder, korte eller lange, hvor du har følt at dine vansker er mindre påtrengende, eller du har følt deg frisk. Ved at du deler dine behandlingserfaringer, kan du gi et viktig bidrag til et bedre behandlingstilbud for pasienter med bulimi.

Intervjuet kommer til å ta ca. 90 minutter. Jeg kommer til å stille deg noen spørsmål og jeg ønsker at du forteller meg om dine egne erfaringer, opplevelser, tanker og følelser. Jeg har ingen informasjon om deg fra før. Gjerne kom med eksempler eller historier fra livet ditt, dersom dette er noe du ønsker å dele. Det er helt frivillig å svare på spørsmålene. Du kan trekke deg fra intervjuet når som helst. Du trenger ikke oppgi noen grunn hvis du ikke ønsker å svare på et spørsmål eller hvis du vil trekke deg.

Jeg vil gjøre et lydopptak av samtalen vår. Det skal brukes til å analysere svarene. Lydfilene behandles og oppbevares slik at de er utilgjengelige for alle som ikke er del av prosjektet. Informasjonen fra intervjuene vil anonymiseres i publikasjonen, navnet ditt vil ikke offentliggjøres.

Det er viktig for meg at du forstår at jeg har taushetsplikt. Informasjonen du deler med meg, vil ikke deles med noen utenom mine prosjektmedarbeidere (Siri Hylland/Kolbjørn Irgens, Margrethe Seeger Halvorsen, Marit Råbu og Kjersti Gulliksen). Vi er altså interesserte i dine opplevelser fra din behandling på X. Vi har ikke mulighet til å dele det du forteller oss med noen andre enn forskerteamet, heller ikke behandleren din.

Har du noen spørsmål før vi starter?



## SPØRSMÅL:

### Om hovedvansker:

Du går, eller har gått, i behandling på X. Hvordan vil du selv beskrive problemene du har som gjorde at du oppsøkte hjelp her?

Har du andre psykiske vansker du opplever problematisk, i så fall hva?

Har bulimien gjort noe med måten du tenker og føler om deg selv på, eventuelt på hvilken måte?

Har de (eventuelle) andre psykiske vanskene du har beskrevet gjort noe med måten du tenker og føler om deg selv på?

### Nå vil jeg stille deg noen spørsmål om behandling og bedring fra bulmi:

Når jeg sier bedring fra bulimi, hva legger du i det? (Til intervjuer: sjekk i forhold til symptomlette, selvfølelse, relasjoner til andre, livskvalitet og fungering i hverdag/skole/jobb)

Har du opplevd bedring i bulimien? (Hvis nei: Har du noen gang tidligere opplevd bedring?)

Hvordan oppdager/merker du at du er bedre?

Hvordan synes du selv det er å ha blitt bedre?

Hva skal til for å bli frisk? (Til intervjuer: sjekke ift. symptomer, tanker, følelser, egen vs. andres innsats)

Kan du fortelle meg om den behandlingen du har fått så langt (hvordan har den vært)?

Hva har vært mest nyttig i din behandling så langt? Hvordan har det vært nyttig for deg?

Er det noe som har vært mindre nyttig i din behandling så langt?

Hva er det ved deg som har gjort at du har nyttiggjort deg behandlingen?

Er det andre ting i livet du tenker er viktig for at du har blitt bedre?

Har måten du tenker og føler deg selv på endret seg i løpet av bedringsprosessen?

Har du opplevd noe i behandlingsperioden som har kommet i veien for bedring, eller som har gjort ting vanskeligere (erfaringer i eller utenfor terapi)?

### Nå har vi snakket om bedring og behandling. Jeg lurer på om du kunne tegnet en kurve for meg, for å oppsummere bedringsprosessen din?

### Om møtet med terapeuten:

Hva ved behandleren(e) du har møtt har du opplevd som positivt?

Hva ved behandleren(e) du har møtt har du opplevd som negativt?

Sjekk på viktige temaer/spørsmål:

Er det noe viktig som jeg ikke har spurt deg om?

Hva synes du jeg bør spørre andre med bulimi om for å forstå dem best mulig?

Hvordan har det vært for deg å delta i intervjuet?

Kan jeg kontakte deg igjen?

Kjønn:

Alder:

Livssituasjon:

Utdanningsnivå:

Arbeid/tiltak:

Tidl og nåværende behandling; type og varighet:

## Vedlegg 2 Samtykkeskjema

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

#### *”Hva opplever pasienter med bulimi som god behandling?”*

#### Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å bidra til større forståelse om hvordan det er å ha og å gå i behandling for bulimi. Din deltakelse består av et intervju som, sammen med andres beskrivelser, danner grunnlaget for en oppgave/artikkel som belyser temaet over. Intervjuene vil i første omgang danne grunnlaget for en hovedoppgave, som er avsluttende oppgave for profesjonsstudenter i psykologi. På sikt ønsker vi å bruke opplysningene som grunnlag for artikkel i et vitenskapelig tidsskrift.

#### Hva innebærer studien

Hvis du deltar i studien ønsker vi å stille deg noen spørsmål om dine opplevelser med å ha bulimi og hvordan du har opplevd behandlingen du har gått i. Intervjuet varer i omtrent 60 minutter, og vil tas opp på en lydopptaker. Intervjuet foregår der du til vanlig går i behandling, gjerne i forbindelse med en avtale du har på poliklinikken.

#### Mulige fordeler og ulemper

Ved å delta i studien gir du et verdifullt bidrag til å øke kunnskapen om hvordan man behandler bulimi og hvordan man ivaretar de som går i behandling for bulimi. Spørsmålene vi ønsker å stille deg handler om dine opplevelser. Du bestemmer selv hva du vil fortelle.

#### Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Informasjonen om deg vil slettes etter at studien er avsluttet og publisert. Frist for sletting av opplysninger vil være juni 2017.

Det vil kunne bli brukt sitater fra de beskrivelsene du gir i den publiserte studien. Disse vil være anonymisert slik at det vil være svært vanskelig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

#### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige

behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Margrethe Seeger Halvorsen på tlf. 22 84 52 05.

Det er ønskelig for oss å kunne kontakte deg etter intervjuet, dersom vi ønsker utdypelser eller mer informasjon fra deg. I tillegg ønsker vi at noen som har deltatt i studien som informant, leser gjennom oppgaven før den skal innleveres, som en kvalitetssikring. Hvis du ikke ønsker å bli kontaktet etter intervjuet, kan du si ifra om det. Du trenger ikke oppgi noen grunn for dette.

**Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.**

**Ytterligere informasjon om biobank, personvern og forsikring finnes i kapittel B – Personvern, biobank, økonomi og forsikring.**

**Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.**

## **Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien**

### **innebærer**

- Ved å si ja til å delta i denne studien gir du samtykke til å delta i et intervju som omhandler dine opplevelser av å ha bulimi og gå i behandling for det, og at beskrivelsene du gir brukes i en oppgave/artikkel som publiseres.
- Intervjuet vil foregå på klinikken der du for tiden går i behandling, i løpet av høsten 2015. Intervjuet vil ta ca. 60 minutter.
- Din deltakelse kan bidra til en bedre forståelse av hvordan det oppleves å være mottaker av behandling for bulimi. Det kan være ubehagelig for deg å fortelle om dine opplevelser, men du vil ikke bli presset til å svare på noe du ikke ønsker å svare på.
- Dersom en eller flere deler av informasjonen i dette skjemaet endres, vil du informeres om dette slik at du har muligheten til å trekke din deltakelse dersom du ønsker.
- Du kan når som helst, innen din deltakelse inngår i en analyse eller er publisert, trekke deg fra studien, også etter at intervjuet er gjennomført.
- Kriterier for å inkluderes i studien er å ha bulimi som primærdiagnose, andre spiseforstyrrelser med bulimiske symptomer.

## **Kapittel B - Personvern**

### **Personvern**

Opplysninger som registreres om deg er i form av de beskrivelsene du gir i intervjuet, personalia (alder, kjønn o.l.) og dine resultater fra spørreskjemaene SCL-90, EDI-2 og CIP. Utover dette tallmaterialet vil vi ikke ha tilgang til annen informasjon fra din journal.

Alle som får innsyn i opplysninger om deg som du gir i forbindelse med studien har taushetsplikt.

Margrethe Seeger Halvorsen er databehandlingsansvarlig.

### **Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg**

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

### **Informasjon om utfall av studien**

Dersom du ønsker en redegjørelse for resultatene fra studien har du rett til dette. Kontakt Margrethe Seeger Halvorsen på tlf. 22 84 52 05

# Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----  
(Signert, rolle i studien, dato)