



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2021 30 stp
Fakultet for landskap og samfunn

«Jeg vil snakke mer om hvorfor jeg spiser»

- **En kvalitativ studie om pasienters erfaringer med overspisingslidelse.**

Marit Fjerdingren Bremer
Folkehelsevitenskap

Forord

For fire år siden bestemte jeg meg for å begynne å studere ved NMBU, hvor målet var å ta en mastergrad i folkehelsevitenskap. Jeg kjente på et behov og et ønske, etter mange år i jobb, for å fylle på med ny kunnskap. Folkehelse har vært et felt som interesserer meg i stor grad, et felt som viste seg å være mye mer omfattende enn jeg var klar over. Med min ernæringsfaglige bakgrunn har det vært spennende å «løfte blikket» fra kostholdet og se hvor sammensatt og kompleks folkehelse er- fra det individuelle til de store samfunnsstrukturelle påvirkningene. I løpet av fire år som deltidsstudent har jeg lært mye av dyktige forelesere og møtt mange flinke medstudenter. Jeg ser frem til å bruke all kunnskapen jeg har fått videre i arbeidslivet, og jeg gleder meg til å ta del i å fremme folkehelsen!

Jeg vil takke mine to flotte og dyktige veiledere, Marianne Molin og Linda Nesse, som har støttet meg hele veien og gitt faglig veiledning og oppmuntrende veiledningssamtaler. Med tanke på pandemien har vi kun møtt hverandre gjennom en skjerm, men jeg er utrolig takknemlig for all hjelp! Vil også takke Marte og Pål for samarbeid, og en stor takk til alle informantene og alt det dere delte.

Takk til mamma og pappa som har gitt både emosjonell og materiell støtte på veien. Takk til gode kollegaer og venner for oppmuntring og støtte, og spesielt takk til Øyvind for all korrekturlesing. Takk til Alexandre for tålmodighet, og mine to flotteste og beste heiajenter- Oline og Ameli!

Det føles godt å levere denne oppgaven og avslutte en spennende prosess. En prosess som jeg ikke ville vært foruten.

Asker, mai 2021

Marit Fjerdingsren Bremer

Sammendrag

Bakgrunn: Spiseforstyrrelser regnes som en gruppe psykiske lidelser. Den vanligste formen er overspisingslidelse som har en forekomst på rundt 3 % i den norske befolkningen.

Overspisingslidelse kjennetegnes ved episoder med stort matinntak, samt en opplevelse av å miste kontroll. Lidelsen ses ofte i sammenheng med andre psykiske utfordringer, samt lav selvfølelse og overevaluering av egen kroppsstørrelse. Studier viser at personer med fedme er en særlig utsatt gruppe for å utvikle overspisingslidelse.

Problemstilling: Hensikten med studien var å utforske hvordan det er å leve med overspisingslidelse og hvilke faktorer som kan fremme tilfriskning. Slik kunnskap basert på pasienters perspektiver kan gi økt kunnskap om overspisingslidelse og tilfriskning, og dermed være et potensielt viktig bidrag for å bedre dagens behandlingstilbud.

Metode: I denne studien ble kvalitativ metode benyttet for å belyse problemstillingen. En fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming ble benyttet med utgangspunkt i den enkeltes informants opplevelse av overspisingslidelse. Det ble gjennomført seks dybdeintervjuer med informanter med overspisingslidelse. Systematisk tekstkondensering ble brukt som analysemetode.

Resultater: Resultatene fra denne studien viser at overspisingslidelse oppleves som en mindre kjent og forstått spiseforstyrrelse. Ut ifra analysene ble resultatene delt i ulike temaer. Temaene som omhandler erfaringer med overspisingslidelse, er *en utfordrende avhengighet* og *skam*. Informantenes synspunkter viser et tydelig behov for en større åpenhet om lidelsen. Ifølge informantene kan dette gjøre overspisingslidelse mindre tabubelagt og føre til mindre skam. Temaene som omhandler tilfriskning er *prosess*, *mestring* og *fellesskap*. Oppsummert formidler informantene at det er hensiktsmessig å bli kjent med sine triggere for overspising, og hvilke strategier som er nyttige å iverksette for å unngå overspising. Alle informantene trekker frem at de jobber med selvmedfølelse og det vises til at en større godhet og aksept for seg selv er avgjørende for tilfriskning.

Konklusjon: Oppsummert viser resultatene at det å ha en overspisingslidelse oppleves som sammensatt, utfordrende og skambelagt. Denne studien viser at aksept og støtte er viktige faktorer i en tilfriskningsprosess.

Abstract

Background: Eating disorders are considered serious mental illnesses. The most common eating disorder is binge eating disorder (BED), and around 3 % of the Norwegian population suffers from this. BED is characterized by episodes of large food intake, as well as an experience of loss of control. BED is often seen in association with other mental disorders, low self-esteem and overevaluation of one`s own body size. BED is also closely associated with obesity.

Aim: The purpose of the study was to explore how patients experienced living with binge eating disorder and what factors could promote recovery. Such knowledge based on patients' perspectives can facilitate user involvement and be a potentially important contribution to improving current treatment options.

Method: In this study qualitative methods were used. It is a phenomenological-hermeneutic approach based on the individuals experience on how it is like to live with BED. Six in-depth interviews were conducted with informants with BED. Systematic text condensation was used for analysis.

Results: The results of this study shows that BED is perceived as a lesser-known eating disorder. Based on the analyses, the results were divided into different themes. The topics that explored patient`s experiences: *a challenging addiction* and *shame*. There is a clear need based on the informant`s views that increased transparency and knowledge about BED. According to the informants, this can make BED less taboo and lead to less shame. Three topics covered recovery: *process*, *self-efficacy* and *social support*. The informants explain that it is important to get acquainted with their triggers for binge eating, and which strategies are useful to implement to avoid unwanted behavioral. All informants point out that they work with self-compassion and it is emphasized that greater kindness and acceptance for themselves is crucial for change and recovery.

Conclusion: In summary, the results show that living with binge eating disorder is perceived as complex, challenging, and shameful. This study shows that acceptance and social support are important factors in a recovery process.

*«For du har både vett nok, mot nok, ro nok
Og du er både bra nok, sterk nok og god nok
Du er den blomen du skulle vera
Kom med dine draumar
Kom med di tru
For ingen er som du»*

Ingebjørg Bratland

Liste over figurer

Figur 1: Transdiagnostisk modell, etter Fairburn et al.2003, s.16

Figur 2: Det sosiale behovstriangelet, etter Schiefloe 2004, s.23

Figur 3: Tema med undertemaer om erfaringer med overspisingslidelse, s.35

Figur 4: Tema med undertemaer om tilfriskning, s. 45

Liste over tabeller

Tabell 1: Eksempel på tema fra analyseprosess, s. 32

Tabell 2: Informanter med fiktivt navn, s.34

Liste over forkortelser

WHO: World Health Organization

KMI: Kroppsmasseindeks

BED: Binge eating disorder

ROS: Rådgivning om spiseforstyrrelser

DSM: Diagnostic and statistical manual of mental disorder

ICD: International statistical classification of diseases and related health problems

CBT: Cognitive behaviour therapy

CBT-E: Enhanced cognitive behavior therapy

DBT: Dialectical behaviour therapy

CFT: Compassion- focused therapy

BBAT: Basic body awareness therapy

MBI: Mindfulness-based interventions

ACT: Acceptance and commitment therapy

HAES: Health at every size

Innholdsfortegnelse

Forord	I
Sammendrag	II
Abstract	III
Liste over figurer	V
Liste over tabeller	V
Liste over forkortelser	V
1.0 Innledning	8
2.0 Bakgrunn.....	10
2.1 Overvekt i et folkehelseperspektiv	10
2.2 Psykisk helse i et folkehelseperspektiv	12
2.3 Spiseforstyrrelser.....	13
2.3.1 Overspisingslidelse	15
2.3.2 Diagnostisering av overspising	17
2.3.3 Behandling av overspisingslidelse	18
2.5 Teoretiske perspektiver	20
2.5.1 Mestringstro.....	20
2.5.2 Sosial støtte.....	22
3.0 Problemstilling	24
4.0 Metode.....	25
4.1 Samarbeid med rehabiliteringssenter.....	26
4.2 Rekruttering og utvalg	27
4.3 Semistrukturerte dybdeintervju	28
4.4 Transkribering.....	29
4.5 Dataanalyse	30
4.5.1 Trinn 1: Helhetsinntrykk.....	30
4.5.2 Trinn 2: Meningsbærende enheter	30
4.5.3 Trinn 3: Kondensering.....	31
4.5.4. Trinn 4: Syntese.....	31
4.6 Forskningsetikk	32

5.0 Resultater	34
5.1 Hvordan erfarer pasienter det å ha en overspisingslidelse.....	34
5.1.1 En utfordrende avhengighet.....	35
5.1.2 Skam	40
5.2 Faktorer som fremmer tilfriskning.....	45
5.2.1 Prosess	46
5.2.2 Mestring	49
5.2.3 Fellesskap	52
6.0 Diskusjon.....	54
6.1 Diskusjon av resultater	54
6.1.1 Hvordan erfarer pasienter det å ha en overspisingslidelse.....	54
6.1.2 Faktorer som fremmer tilfriskning.....	63
6.2 Diskusjon av metode	74
6.2.1 Rekruttering og utvalg.....	75
6.2.2 Intervjuprosessen	76
6.2.3 Transkribering og analyseprosess.....	77
7.0 Konklusjon	79
8.0 Implikasjon for praksis og videre forskning	80
Referanseliste	81
Vedlegg	
1. Intervjuguide	
2. Analyse av intervju	
3. Godkjenning NSD	
4. Informasjonsskriv og samtykkeskjema	
5. COREQ Checklist	

1.0 Innledning

Folkehelse omfavner både fysisk og psykisk helse. Folkehelsemeldingen *Gode liv i et trygt samfunn* har som hovedmål å følge opp om FN's bærekraftsmål og fremme god helse og livskvalitet i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Overvekt og fedme er en av de største folkehelseutfordringene vi står ovenfor i verden i dag (WHO, 2020). I forbindelse med dette ser vi en økning i livsstilssykdommer og helseplager, noe som vil være en stor utfordring for individet, og samtidig ha store konsekvenser for samfunnet. Det finnes mange ulike definisjoner på hva god helse innebærer. God helse kan defineres som å ha overskudd til hverdagens krav, og vil omhandle trivsel, mestring, overskudd og sosial støtte. Det er viktig å fremme positive helseressurser og menneskers mestringsevne, samt å forebygge sykdom (Hjort, 1998). Et av satsningsområdene fra regjeringen for å fremme folkehelsen er psykisk helse, og dette skal være likestilt med annet arbeid innen folkehelse. Et av målene er å *skape et samfunn som fremmer mestring*, og ha tilstrekkelig med tiltak for å hjelpe personer som trenger støtte. God psykisk helse er avgjørende for livskvalitet, samtidig som det styrker mennesker som møter belastninger i livet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2022).

I dagens samfunn ser vi økende kroppsfokus og tydelige skjønnhetsidealer hvor slanke, veltrente kropper favoriseres (Hoffmann & Warschburger, 2019). I en stor europeisk rapport som undersøkte trivsel og helse blant ungdom, kom det frem at halvparten av norske jenter på 15 år opplevde seg selv som for tykke og opplevde kroppsmisnøye (WHO, 2016). Et stort kroppspress kan særlig påvirke unge mennesker sitt ønske om å endre seg. Dette kan igjen ha innvirkning på menneskers mentale helse og potensielt gi helseplager. Forskning viser at misnøye og selvkritiske holdninger til egen kropp i stor grad henger sammen med skam og negative følelser (Fennig et al., 2008). Samtidig kan vektstigmatisering være en faktor som påvirker en persons atferd og utvikling av overvekt (Puhl et al., 2020)

Spiseforstyrrelser er psykiske lidelser som forekommer hos begge kjønn og i ulike aldersgrupper. Disse kjennetegnes ved et anstrengt forhold til mat, kropp og trening, og samtidig et forstyrret kroppsbilde (Skårderud, 2004). Det er nødvendig å skille mellom det å

ha en spiseforstyrrelse og det å ha utfordringer knyttet til mat og vekt. Skillet her handler om forskjellen mellom å ha perioder med spiseproblemer, og det å ha en diagnostiserbar spiseforstyrrelse som går ut over hverdagslivet og funksjon. En dysfunksjonell selvevaluering av egen kropp og vekt er sentralt blant personer med spiseforstyrrelse (Skårderud, 2000). Spiseforstyrrelser ses ofte i sammenheng med andre fysiske og psykiske plager og det er nødvendig å jobbe helhetlig for å kunne forstå sammenhenger og for å gi den beste behandlingen. Tidlig forebygging og behandling er viktig for å unngå et langvarig sykdomsbilde (Rådgivning om spiseforstyrrelser, 2020).

Overspisingslidelse ble først omtalt i 1959 av forskeren Stunkard, som så på sammenhengen mellom psykisk helse og fedme (Stunkard, 1959). Likevel har det tatt mange år før denne lidelsen ble definert som egen diagnose i 1993 i det amerikanske diagnosesystemet, DSM-V. (American Psychiatric Association, 2013). Personer med overspisingslidelse kan få betydelige fysiske og psykiske plager, samt nedsettelse av sosial funksjon, og anses derfor som en alvorlig lidelse (Citrome, 2019; Davis et al., 2020). Overspisingslidelse har de siste årene fått mer oppmerksomhet i Norge, både gjennom forskning og medieomtale. Likevel er det fremdeles relativt begrenset kunnskap rundt overspisingslidelse. Hensikten med denne studien er å få økt kunnskap om hvordan det erfarer å leve med spiseforstyrrelsen overspisingslidelse og hva som kan fremme tilfriskning.

2.0 Bakgrunn

2.1 Overvekt i et folkehelseperspektiv

Globalt er overvekt og fedme et økende folkehelseproblem (WHO, 2020). Kroppsstørrelse, hvor forholdet mellom høyde og vekt måles, defineres ut ifra kroppsmasseindeks (KMI) og måles med en skala som kategoriserer undervekt, normalvekt, overvekt og fedme. Fedme viser til en KMI fra 35 og oppover og defineres som en kronisk sykdom (Helsedirektoratet, 2011). På 1960-tallet hadde kun 5 % av befolkningen i Norge fedme, men ifølge helseundersøkelsen fra Nord-Trøndelag er forekomsten i dag på ca. 23 % (Folkehelseinstituttet, 2021). Det er en sterk sammenheng mellom høy KMI og risiko for utvikling av livsstilssykdommer, det samme gjelder høy KMI og redusert livskvalitet (Helsedirektoratet, 2011). I et folkehelseperspektiv er det viktig å undersøke hvordan man i større grad kan forebygge en økende negativ trend og utvikle gode behandlingstilbud. Dette vil bidra til å redusere sykdomsbyrden for individet, samt kutte ned på store økonomiske kostnader i samfunnet knyttet til overvekt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Det har de siste årene kommet mye mer forskning på overvekt og fedme både i et fysiologisk og psykologisk perspektiv (Dulloo & Montani, 2015; WHO, 2020). Fedme er ikke ansett som en psykisk lidelse, men det er en økt risiko for de som har en psykisk lidelse og utvikle overvekt (Ueland et al., 2019). Det vises i dag til en større kompleksitet bak overvekt, hvor genetik, oppvekstvilkår, sosioøkonomisk status og komplekse biologiske og fysiologiske faktorer spiller inn. Sykdomsbildet er svært sammensatt og kan være unikt fra en person til en annen. Belastende livserfaringer, traumer, og posttraumatisk stresslidelse (PTSD) viser å ha en sterk sammenheng med utvikling av overvekt og fedme (Palmisano et al., 2016). Disse funnene finner vi igjen fra studier gjennomført i Norge (Stranden et al., 2020; Tomasdottir et al., 2015).

Forskning viser at årsakene til utvikling av overvekt er svært sammensatte, fra årsaker på individnivå til samfunnsmessige strukturelle faktorer. Det påpekes at dagens samfunn er med å fremme fedmeutviklingen (Ueland et al., 2019; WHO, 2020). Det legges til rette for mindre

fysisk aktivitet, samtidig som tilgangen på energirik og næringsfattig mat er både lett tilgjengelig og rimelig. Våre matomgivelser har mye å si for hva vi velger å spise. I en rapport utgitt i år påpekes det hvilke politiske tiltak som kan fremme gode matvalg (Torheim et al., 2020). Her trekkes det frem at prisvirkemidler, lovregulering av markedsføring av usunn mat og drikke rettet mot barn, tilgang på sunn mat og et bredere fokus på ernæring i folkehelsearbeidet i alle kommuner vil være viktige ledd for å bedre matomgivelsene. Ultraprosesserte matvarer med høy kaloritetthet som inneholder mye sukker, fett og salt, kan skape større avhengighet til mat (Curtis & Davis, 2014). Samtidig er et høyt inntak av slike matvarer assosiert med økt risiko for utvikling av overvekt og fedme, samt livsstilssykdommer (Hall et al., 2020; Lane et al., 2021).

Fedme blir ofte sett på som selvforskyldt. Det knyttes opp mot latskap og lite kunnskap om kosthold blant de som utvikler fedme (Christiansen et al., 2017). Videre viser forskning at personer med fedme blir stigmatisert og diskriminert i samfunnet, og at helsepersonell kan ha fordommer i møte med pasientene og dermed forringe kvaliteten på behandlingen (Christiansen et al., 2017). I 2020 ble det publisert en artikkel i *Nature Medicine*, som har blitt kalt et opprop for å ende stigmatiseringen rundt overvekt og fedme (Rubino et al., 2020). Denne ble skrevet av forskere på fedme fra ulike land. Den tydeliggjør at vektstigmatisering må adresseres i større grad innen alle sektorer og at personer som har overvekt skal behandles med respekt og forståelse.

Det er utviklet egne retningslinjer for forebygging og behandling av overvekt og fedme, som viser til at personer med fedme har krav på hjelp i offentlig helsesektor (Helsedirektoratet, 2011). Det tilbys bariatrisk kirurgi eller konservativ behandling hvor personen henvises til spesialisthelsetjenesten for rehabilitering med tanke på livsstilsendring og vektreduksjon. Rehabiliteringen skal gi pasienter økt kunnskap om fysisk aktivitet og et sunt kosthold, samt gi støtte og hjelp til motivasjon som kan fremme varig endring (Helsedirektoratet, 2011). Det ble i 2021 gjennomført en kartlegging av 165 studier over ulike livsstilstiltak for vektreduksjon blant voksne (Folkehelseinstituttet, 2021). Denne viste at det vanligste tiltaket som anbefales er kalori restriksjon i kombinasjon med økt fysisk aktivitet. Studier viser at vedlikehold av vekttap er utfordrende, og at rundt 90 % av en overvektig populasjon vil øke i vekt innen tre år (Cooper & Fairburn, 2001; Dulloo & Montani, 2015). Årsakene til dette

ligger både i fysiologiske og psykologiske påvirkninger. Personer med fedme har økt risiko for å utvikle psykiske lidelser, deriblant spiseforstyrrelser (Davis et al., 2020). Førnevnte studie viser at fedme og overspisingslidelse overlapper, hvor det er viktig med ytterligere forskning for å sikre gode behandlingsforløp.

2.2 Psykisk helse i et folkehelseperspektiv

Regjeringens strategi for god psykisk helse presenteres i handlingsplanen *Mestre hele livet*, hvor hovedmålet er å fremme god psykisk helse i befolkningen gjennom mestring, tilhørighet og opplevelse av mening (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2022). Det har de siste årene vært et økende fokus på psykisk helse og viktigheten av dette for å kunne oppnå god helse og øke livskvalitet i befolkningen. Well-being er et begrep som blir benyttet i litteraturen for å vise til sentrale faktorer som kan fremme helse (Carlquist, 2015). Sosiale relasjoner, tilhørighet og mestring fremheves som nødvendige faktorer. Menneske utvikles og trives best i samspill med andre og sosiale relasjoner er derfor et avgjørende ledd i well-being. Tilhørighet viser til behovet ved å tilhøre noe, eksempelvis en gruppe, som igjen kan gi forutsigbarhet og trygghet (Carlquist, 2015). Livskvalitet kan bli forstått som en subjektiv opplevelse av våre indre opplevelser og følelser (Carlquist, 2015). Positive følelser og tilfredshet, samt fravær av negative følelser, er avgjørende for en god psykisk well-being. Videre trekkes glede og engasjement frem som elementer i det å ha en god livskvalitet. Hvordan vi ser på oss selv, snakker til oss selv og grad av selvaksept, beskriver hvordan vi klarer å forholde oss til styrker og svakheter, samt mestre utfordringer i livet (Carlquist, 2015). Selvmødfølelse beskrives gjerne som sammensatt av tre komponenter; godhet rettet mot selvet, felles menneskelighet og mindfulness (Neff et al., 2021). Økt selvmødfølelse trekkes videre frem som et viktig ledd i arbeidet med psykisk helse, samtidig som det kan bidra til positiv atferdsendring (Biber & Ellis, 2019).

Arbeid for å legge til rette for god psykisk helse forutsetter et livsløpsperspektiv, og hvor forebyggende og helsefremmende innsats fra tidlig alder er hensiktsmessig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2022). Det anslås at mellom 30-50 % av befolkningen vil utvikle en psykisk lidelse i løpet av livet. Det kommer frem i handlingsplanen *Mestre hele livet*, at det oppleves lettere å snakke om fysiske plager, som for eksempel et vondt kne, kontra det å skulle åpne opp om psykiske plager. Det tydeliggjøres at det er nødvendig å tilstrebe mer

åpenhet og kunnskap om hvordan det er å leve med psykiske lidelser. Komorbiditet med andre psykiske og fysiske plager er vanlig for mange som har utfordringer med psykisk helse. Et annet område er hvordan man kan redusere stigmatisering, fordommer og negative holdninger mot personer med psykiske plager og lidelser. Dette er en utfordring vi finner blant helsepersonell og i samfunnet generelt. En litteratur gjennomgang fra 2018 viser at personer med psykiske plager har ulike opplevelser av hvordan de blir møtt i helsevesenet (Pettersen & Lofthus, 2018). Det kommer frem at det er nyttig å få en god relasjon til behandler, samtidig som det er hensiktsmessig å utnytte personenes autonomi og utforske deres mestringsområder. Det kommer frem at mye forskning innen psykisk helse har vært rettet mot behandlingseffekt kontra brukererfaringer. En større brukermedvirkning et viktig element for å utvikle gode behandlingstilbud innen helsevesenet og bør vektlegges i større grad i fremtiden (Pettersen & Lofthus, 2018).

Skam har en sentral rolle blant personer med psykiske lidelser og bør i større grad adresseres i behandlingen (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017; Hahn, 2001; Skuterud, 2008). Definisjonen av skam er *en sterk ubehagelig følelse av å ha vist en nedverdiggende side av seg selv, og dermed avslørt seg selv som et mislykket, udugelig eller umoralsk individ* (Store norske leksikon, 2021). Skam kan bli et hinder i kommunikasjonen mellom behandler og pasient og være et hinder for tilfriskning (Kaufmann, 1996; Skuterud, 2008). Videre er skam tett knyttet opp mot selvet og styres ofte av selvforakt og selvkritikk. Dette kan igjen føre til et overdrevet blikk på hva man selv ikke mestrer, eller hvilke normer man ikke lever opp til (Hahn, 2001). Forskning viser at det er normalt å kjenne på en frykt om å åpne opp om skammen. En negativ evaluering av seg selv, samt en frykt over å bli negativ vurdert av andre kan gjøre det vanskelig å gå inn i gode behandlingsrelasjoner (Hahn, 2001).

2.3 Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er en gruppe psykiske lidelser med symptomer som handler om forholdet til mat, kropp og vekt (Helsedirektoratet, 2017). Spiseforstyrrelser deles inn i fire hovedgrupper: anoreksi, bulimi, overspisingslidelse og uspesifiserte spiseforstyrrelser (American Psychiatric Association, 2013; Skårderud, 2004). Fellestrekk ved alle er at personer med spiseforstyrrelser har en overopptatthet av kropp, vekt og utseende og bruker mat og/eller trening som verktøy for å mestre følelsesmessige livsutfordringer. Det er ikke uvanlig at

personer «vandrer» mellom de ulike diagnosene (Skårderud, 2004). Mye av forskningen gjort på spiseforstyrrelser er rettet mot anoreksi og bulimi, som er de diagnosene som har eksistert lengst (Dahlgren et al., 2017). Studier viser også til samlebegrepene *Eating disorder* (ED) og/eller *Eating disorders not otherwise specified* (EDNOS). Som et ledd i Regjeringens satsningsområde på psykisk helse, jobbes det med å opprette et nasjonalt kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis). Dette har som hensikt *å bidra til å utvikle, forbedre og kvalitetssikre utredning, diagnostikk, behandling og oppfølging*, samtidig som det vil gi bedre kunnskap og danne grunnlag for videre forskning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2022).

Hva som er årsaker til utvikling av en spiseforstyrrelse kan være sammensatte, og ulikt fra person til person (Fairburn et al., 2003). Det refereres vanligvis til disponerende forhold, som genetik og traumer (Skårderud, 2000). Eksempler på utløsende faktorer kan være dødsfall i nær omkrets, svik eller mobbing. Forhold som kan bidra til å vedlikeholde spiseforstyrrelsen kan være for eksempel være vanskelige samlivsforhold og konflikter på jobb (Skårderud, 2004). Å bli frisk fra en spiseforstyrrelse er ofte en lang og krevende prosess, hvor personer med spiseforstyrrelser kan kjenne på en stor grad av ambivalens mot tilfriskning (Eaton, 2020; Richmond et al., 2020). På den ene siden har spiseforstyrrelsen gjerne blitt noe man mestrer og kjenner at man har kontroll over, men på den andre siden forstår man at spiseforstyrrelsen er en lidelse med mange negative konsekvenser (Eaton, 2020; Rådgivning om spiseforstyrrelser, 2020).

Spiseforstyrrelser blir ofte sett på som en kvinnesykdom. Likevel er det 10-20 % av de som har en spiseforstyrrelse som er menn (Skårderud, 2004). Spiseforstyrrelser ses ofte i sammenheng med andre psykiske lidelser, også kalt psykiatrisk komorbiditet, hvor personlighetsforstyrrelser, depresjon og angst er vanlig (Palmisano et al., 2016). Spiseforstyrrelser er de psykiske lidelsene med høyest forekomst blant unge jenter, hvor anoreksi har høyest dødelighet (Hoek, 2016). Studier viser også at personer med spiseforstyrrelser skårer lavere på livskvalitet og at de ofte måler sin egen verdi opp imot kropp, og kan ha tanker om at de er mindre verdt dersom de ikke er fornøyd med seg selv (Aguera et al., 2020). En nylig systematisk oversiktsartikkel tydeliggjorde at selv-medfølelse har positive effekter på både spiseatferd og kroppsbilde (Rahimi-Ardabili et al., 2018). Videre

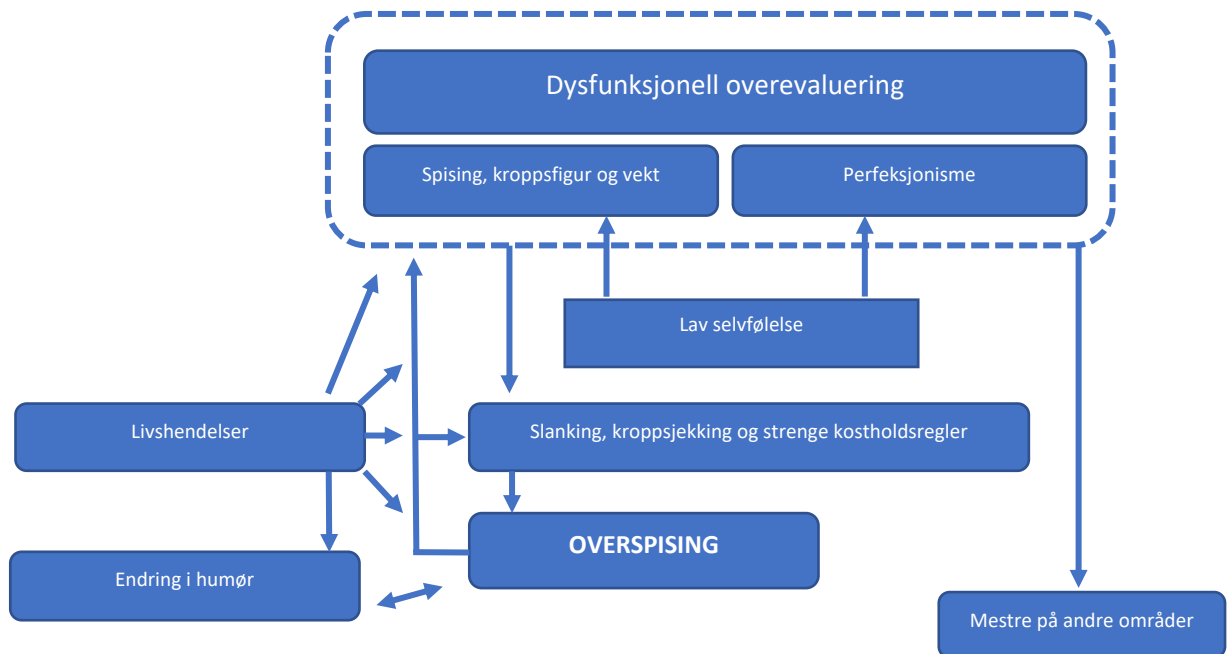
kan et overdrevent fokus på å endre kropp og forsøk på å ha kontroll, påvirke andre områder i livet (Rådgivning om spiseforstyrrelser, 2020). Opplevelse av skam er noe som i stor grad er knyttet opp mot spiseforstyrrelser (Swan & Andrews, 2003). Denne studien viser til at skam er en vanskelig følelse å prate om og åpne opp om. Det er av den grunn viktig som behandler å ha med seg en forståelse av skam og å løfte frem temaet, og å tydeliggjøre hvordan skam kan bli en vedlikeholdende faktor i spiseforstyrrelsen.

2.3.1 Overspisingslidelse

Den vanligste formen for spiseforstyrrelser er overspisingslidelse, og rundt 3 % av den norske befolkningen lider av dette (Rådgivning om spiseforstyrrelser, 2020). Overspisingslidelse kalles på engelsk binge eating disorder (BED). BED kjennetegnes ved store matinntak, samt en opplevelse av å miste kontroll. Tap av kontroll er en avgjørende forskjell for å skille vanlig overspising fra en overspisingslidelse (Albertsen et al., 2019; Fairburn, 1995). Til forskjell fra bulimi er overspising ikke etterfulgt av kompenserende metoder for å unngå vektøkning som oppkast etter matinntak eller bruk av avføringsmidler (Rådgivning om spiseforstyrrelser, 2020). Overspisingslidelse kan ramme personer av begge kjønn, i alle aldre og med ulike kroppsstørrelser. Det utvikles ofte fra 20-årene, og varigheten på spiseforstyrrelsen er ulik fra person til person (Kessler et al., 2013). Lidelsen ses ofte i sammenheng med traumer, misbruk i barndommen eller andre psykiske utfordringer (Davis et al., 2020; Palmisano et al., 2016) . Studier viser at personer med fedme er en utsatt gruppe for å utvikle BED, og at opp mot 40% kan passe inn i kriteriene, samtidig har 75% av pasienter med diagnostisert BED overvekt eller fedme (Davis et al., 2020). På grunn av høy KMI har personer med BED økt risiko for å utvikle andre livsstilssykdommer som diabetes type 2, høyt blodtrykk og metabolsk syndrom (Aguera et al., 2020; Reas, 2017; Rådgivning om spiseforstyrrelser, 2020). Videre kan det å leve med BED over tid gi redusert livskvalitet, og hvor pasienter med BED som søker hjelp rapporterer om hyppigere selvmordsforsøk (Davis et al., 2020). Forskningen spriker i forhold til spørsmålet om hva som utvikles først; overvekt eller spiseforstyrrelsen? (Reas & Grilo, 2007). Men en studie har vist at vektstigmatisering kan påvirke en persons psykiske helse som deretter kan føre til overspising som igjen kan gi vektøkning (Puhl et al., 2020).

Kompleksiteten i spiseforstyrrelser og sammenhengene mellom ulike faktorer som er med på å opprettholde spiseforstyrrelser kan illustreres ved bruk av den transdiagnostiske modellen

(figur 1) (Fairburn et al., 2003). Modellen viser at overevaluering av kropp, vekt og spising kan trigge behov for slanking og restriktiv spiseatferd. Dette kan være trigger for overspising, som igjen kan føre til at personen blir «låst» i en uheldig sirkel.



Figur 1: Transdiagnostisk modell, etter Fairburn et al. 2003

En masteroppgave som presenterte en systematisk oversikt over kvalitative studier viste at det å leve med overspisingsslidelse beskrives som en utfordring med å regulere følelser (Haugen, 2017). Samtidig gir overspising mye skam, samt utfordringer med nære relasjoner. Forskning viser at BED blir ansett som en mindre alvorlig spiseforstyrrelse, preget av mangel på viljestyrke og selvkontroll (Reas, 2017). Som nevnt tidligere er stigmatisering av fedme utbredt i samfunnet og forskning viser en tydelig sammenheng mellom lav selvfølelse og overspisingsslidelse (Puhl et al., 2020). Dette kan igjen føre til skam og selvkritiske holdninger til kropp og atferd (Fennig et al., 2008; Skårderud, 2004). Et økt fokus og aksept for kompleksiteten mellom fedme og BED, og et sammensatt sykdomsbilde, fremheves som et viktig element for å kunne hjelpe de som trenger det (Meyer et al., 2019).

2.3.2 Diagnostisering av overspising

BED ble en diagnose i 2013 i den siste revideringen i den amerikanske diagnosemanualen; Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013). I Norge benyttes det europeiske diagnosesystemet, International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10). Her er det ikke diagnostiske kriterier for overspisingsslidelse. WHO lanserte i 2018 ICD-11 hvor diagnosen overspisingsslidelse er spesifisert (WHO, 2018). Det er Direktoratet for e-helse som i dialog med de andre nordiske landene skal iverksette bruk av ICD-11 i Norge, men det er ennå ikke bestemt når dette skal skje (Direktoratet for e-helse, 2020). Gjennom *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser* kan helsepersonell følge retningslinjer for behandling, hvor overspisingsslidelse kodes F50.8: andre spesifiserte spiseforstyrrelser eller F50.9: uspesifisert spiseforstyrrelse (Helsedirektoratet, 2017). I disse retningslinjene vises det til at personer med BED kan tilbys psykoterapi og selvhjelp. Det er ikke nevnt at overspisingsslidelse kan gi krav på poliklinisk behandling med innleggelse. Prioriteringsforskriften skal sikre riktig behandling og riktig prioritering av de pasientene som har behov for helsehjelp, samtidig som pasientrettigheter skal oppfylles uavhengig av sykdom og pasientens bosted (Helsedirektoratet, 2015). Tilstander for psykisk helsevern innebærer spiseforstyrrelser, men overspisingsslidelse nevnes ikke.

Overspisingsslidelse karakteriseres ved et unormalt stort inntak av mat innenfor en gitt tidsperiode, samt en opplevelse av tap av kontroll (Fairburn, 2018). Videre er en overspisingsepisode ofte assosiert med tre eller flere av disse punktene: spise raskere enn normalt, spise store mengder uten å kjenne på sult, spise til man føler en ukomfortabel metthet, spise alene for å skjule mengde mat man har spist og spising etterfulgt av stor grad av skyldfølelse (Brownley et al., 2016; Rådgivning om spiseforstyrrelser, 2020). Overspising inndeles i fire ulike alvorlighetsgrader ut ifra antall ganger med overspisingsepisoder per uke. *Mild* defineres ved 1-3 episoder, *moderat* 4-7 episoder, *alvorlig* 8-13 og *ekstrem* med 14 eller flere episoder (Fairburn, 2018). Det blir benyttet ulike validerte kartleggings skjemaer i utredningsprosess for overspisingsslidelse. Spørsmålene i flere av skjemaene er knyttet opp mot pasientenes egne opplevelser og tanker og følelser rundt mat. Samtidig vil helsepersonell

som skal sette en diagnose ha individuelle samtaler, klinisk intervju og anamnese med pasienten.

2.3.3 Behandling av overspisingslidelse

Helsedirektoratet sine retningslinjer anbefaler psykoterapi for behandling av overspisingslidelse. Forskning og retningslinjene viser til viktigheten av tidlig diagnostisering og behandling som et godt utgangspunkt for tilfriskning (Helsedirektoratet, 2017). Pasienter med overspisingslidelse kan bli henvist til behandling innen spesialisthelsetjenesten, for eksempel til distriktpspsykiatriske sentre (DPS). Det er ingen spesifikk form for terapi som anbefales, og det understrekes at det mangler kunnskap på feltet for å kunne gi best mulig behandlingsforløp (Helsedirektoratet, 2017). Det er gjennomført mange studier på ulike former for behandling av personer med BED for å undersøke hva som er *best-practice*, og hvor psykoterapi i kombinasjon med strukturert selvhjelp basert på kognitiv atferdsterapi (CBT) har vist best effekt (Hilbert et al., 2020). Denne terapien legger vekt på den kognitive diamant og sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd. En av de mest anerkjente forskerne innen spiseforstyrrelser, Christopher Fairburn, utviklet en annen metode basert på CBT som heter CBT-E, Enhanced cognitive behavior therapy. Denne metoden er spesielt utviklet for behandling av bulimi og overspisingslidelse (Fairburn et al., 2003). Hovedfokus ved behandlingen er å dempe overevaluering av vekt og kroppsbilde og fokusere på hvordan disse opprettholdende mekanismene kan endres. CBT-E blir benyttet både individuelt og i gruppe, i tillegg til ved selv-hjelps programmer. En systematisk oversiktsartikkel konkluderte med at metoden har god effekt på utfallsmål som forstyrrende spiseatferd og overevaluering (Atwood & Friedman, 2020). Likevel viser ikke resultatene at CBT-E har bedre effekt på tilfriskning enn andre behandlingsmetoder.

Flere andre behandlingsformer har sprunget ut fra CBT og blir ofte omtalt som «third wave behavioral interventions», og har blitt brukt i behandling for BED (Linardon et al., 2017). Eksempler på dette er Dialectical behaviour therapy (DBT) og Compassion-focused therapy (CFT). En kvantitativ metaanalyse fra 2018 så på effekten av ulike former for behandlingsintervensjoner for personer med forstyrret spiseatferd og kroppsbildeforstyrrelser (Linardon et al., 2019). Resultatene viste signifikant bedring på de nevnte faktorene blant de

som fikk denne type behandling. Det viste også å ha en forebyggende effekt på utvikling av spiseforstyrrelser. Basic body awareness therapy (BBAT) har fokus på å se en større sammenheng mellom den fysiske og psykiske kroppen, og innebærer blant annet mindful-eating øvelser og meditasjon. En dansk kvalitativ studie hvor intervju og observasjon ble benyttet som metode, undersøkte tre ulike behandlingsfokus; vektstabilisering, vektaksept og vekttap (Meyer et al., 2019). Denne studien viser til viktigheten av at personer med BED må akseptere egen kropp og vekt foran et mål om vektreduksjon. En annen kvalitativ studie viser at vekttap i seg selv var et hinder i tilfriskningsprosess fra BED, og kunne bidra til økte tilfeller med overspisingsepisoder (Lord et al., 2018). Fairburn bekrefter dette i sine lærebøker om overspisingsslidelser og spesifiserer nødvendighet av å jobbe med spiseforstyrrelsen før man fokuserer på vekttap ved ulike slankemetoder (Fairburn, 2018). CFT ble grunnlagt av Paul Gilbert, hvor tanken om en økt medfølelse er sentral. Videre har CFT et fokus på affektregulering, og ble opprinnelig utviklet for personer med høy grad av skam og selvkritiske holdninger. Målet er å styrke pasientenes selvmedfølelse, som igjen kan redusere skamfølelse (Gilbert, 2010). Flere studier har undersøkt bruk av *mindfulness-based interventions* (MBI) i behandling mot BED, hvor en systematisk oversiktsartikkel fra 2014 konkluderer med at MBI har en god effekt på BED (O'Reilly et al., 2014). En norsk studie så på effekten av trening- og kostholdsbasert veiledning opp mot CBT, og konkluderte med like gode resultater på psykisk helse, mens det ga bedre resultater på somatiske komplikasjoner (Mathisen et al., 2017).

Mange studier har vist hva som kan være årsaker til utvikling av overspising og hva det kan føre til av både fysiske og psykologiske komplikasjoner (Aguera et al., 2020; Brownley et al., 2016; Helsedirektoratet, 2011). Det finnes derimot færre studier som undersøker faktorer som kan fremme tilfriskning. En systematisk oversiktsartikkel så på ulike kriterier for tilfriskning blant personer med spiseforstyrrelser. Her ble selv-aksept, støttende sosiale forhold, personlig utvikling, redusert spiseforstyrrende atferd og psykologisk well-being løftet frem som viktige faktorer (de Vos et al., 2017). Fairburn beskriver at det å ha realistiske forventinger er nødvendig for å kunne takle forventede tilbakeskritt. Det påpekes tre punkter som kan brukes for å håndtere det på en god måte; indentifisering av problemet så tidlig som mulig, gjøre det som er riktig, og finne ut hva som utløste spiseforstyrrelsen (Fairburn, 2018,s.186). Studier viser også til viktigheten av å møte kompetente behandlere, samt det å være del av en gruppe som gir sosial støtte (Bakland et al., 2019). En masterstudie undersøkte kvinner med BED

sine brukererfaringer med helsevesenet, og her kom det frem at spesielt tiden før diagnostisering opplevdes som utfordrende (Raavand, 2017). Noen av informantene i den nevnte studien hadde også en opplevelse av økt skam og stigmatisering i møte med helsepersonell.

2.5 Teoretiske perspektiver

Oppsummert viser gjennomgang av litteratur og forskning knyttet til overspisingsslidelse ulike elementer som går igjen. Dette er utgangspunkt for valg av teoretiske perspektiver. Det å ha en overspisingsslidelse er sammensatt og utfordrende, og tilfriskning anses som en tidkrevende prosess. Mestringsstrategier og grad av mestringstro trekkes frem som viktige faktorer som kan påvirke lidelsen. Videre er sosial støtte beskrevet i mange studier, hvor sosiale nettverk som familie, venner eller grupperehabilitering kan fremme tilfriskning.

2.5.1 Mestringstro

Sosionomen Aaron Antonovsky utviklet på 70-tallet teorien om *salutogenese*. Denne omhandler hva som fremmer god helse i befolkningen (Antonovsky, 1996). Videre viser teorien til hvordan et økt fokus på positiv psykologi og tankemønstre kan gi økt livskvalitet og mestring. Dette anses som et nødvendig element i arbeidet med psykisk helse. Teorien vektlegger fire områder som kan bedre helse: indre følelser, sosiale relasjoner, psykisk stabilitet og deltakelse i meningsfulle aktiviteter. Et annet begrep av Antonovsky er *sense of coherence* (SOC) (Eriksson & Lindstrom, 2007). Dette kan beskrives som en opplevelse av sammenheng, og tar utgangspunkt i hvordan en person kan mestre en gitt situasjon eller endringsprosess. Videre viser han til viktigheten av å se hele personens historie. Han trekker frem at det er verdifullt å se hva som ligger bak en diagnose og utforske hvordan ulike faktorer kan ha sammenheng. Tre elementer som ligger til grunn for SOC er forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Ifølge Antonovsky bør dette ligge til grunn for enhver endringsprosess, hvor igjen hovedmålet blir å utforske hva en person kan mestre og små endringer som kan bedre helsen. En systematisk oversiktsartikkel gjennomgikk studier på sammenheng mellom SOC og livskvalitet fra 1992 til 2003. Resultatene viste at høy grad av SOC vil ha en positiv effekt på mental helse og være helsefremmende, samt gjøre personer mer motstandsdyktige (Eriksson & Lindstrom, 2007).

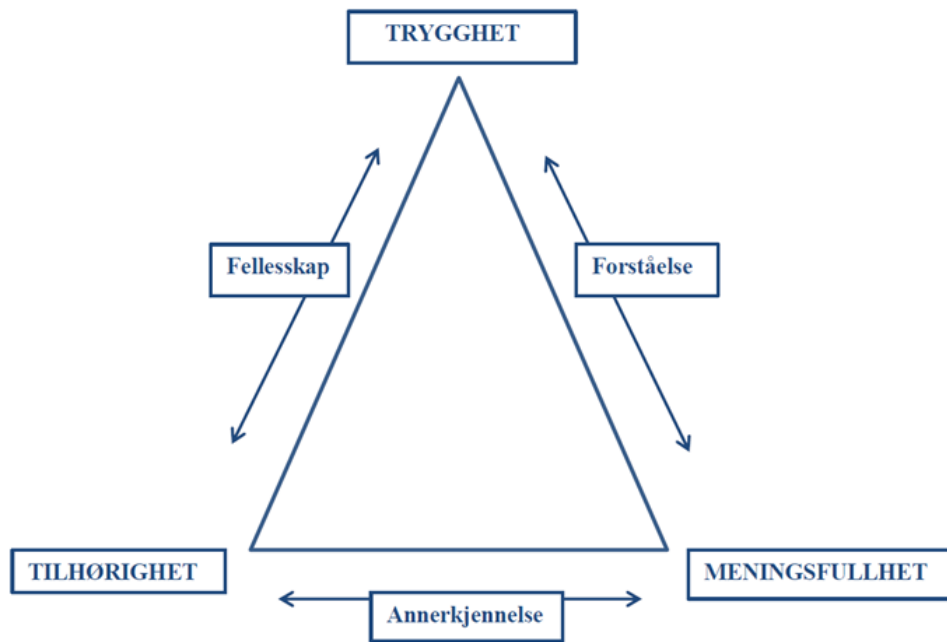
Albert Bandura utviklet på 1970-tallet sosialkognitiv teori. Denne omhandler to kognitive prosesser som ligger til grunn for mestring. Disse to er self-efficacy og outcome expectations. Self-efficacy, som på norsk omtales som mestringstro, handler om menneskers egen tro på at endring er mulig (Bandura, 1997). Grad av mestringstro bygger på fire ulike determinanter. For det første vil våre tidligere erfaringer med det å mestre eller opplevelse av å mislykkes, kalt *mestringserfaringer*, være med å skape mestringstro. Et eksempel på dette kan være om personen tidligere har klart å endre en vane. Jo flere positive erfaringer med å mestre, jo høyere grad av mestringstro. Derimot vil flere negative erfaringer gi mindre tro på forutsetningene for egen endring. Det vil være viktig å anerkjenne hvilke strategier som er nyttige å bruke i prosessen for å mestre endring. Samtidig kan man lære av sine tidligere feil og bli bevisst på hvordan man kan forebygge at de samme feilene vil bli gjentatt (Bandura, 1997). Den andre determinanten er opplevelsen av å se andre lykkes med endring også kunne gi mestring, kalt *vikarierende erfaringer*. Dette viser til at mennesker som er sammen om en utfordring kan bli motivert av hverandre og lære av den andre personens ferdigheter. Dette omtales også som rollemodeller. Det kan være hensiktsmessig for personer å kjenne på tilknytning til andre og få en opplevelse av å ikke være alene om oppgaven (Bandura, 1997). På motsatt side kan det gi uheldig effekt dersom personen man ser opp til ikke mestrer de gitte oppgavene. Det kan være hensiktsmessig i en endringsprosess å ha rollemodeller som er mest mulig lik seg selv med tanke på alder, kjønn og hvor man er i en prosess. Den tredje determinanten omtales som *sosial overveielse* og viser til det å bli støttet av andre som en faktor som kan påvirke mestringstro (Bandura, 1997; Yalom & Leszcz, 2005). Dette kan innebære støttende og oppløftende kommentarer som «*dette kan du få til*» og «*jeg har troen på deg*» fra familie, venner eller andre støttespillere. Hovedmålet med dette er å gi personen økt selvtillit og positiv påvirkning på mestringstro. Dette kan igjen påvirke personen til å jobbe mer målrettet og innse at det er mulig å få til ønsket endring. Denne determinanten er i likhet med teorien om sosial støtte ansett som en viktig faktor i endringsprosesser. Dette vil bli beskrevet nærmere i neste kapittel. Til slutt viser teorien at *fysiologiske og psykiske tilstander* kan påvirke personens mestringstro. En økt aktivering hos en person kan øke oppmerksomheten rundt hva som skal til for å endre, og igjen øke troen på mestring. Et annet eksempel er at en personlig frykt for å bli syk, kan drive personer til å gjøre endring (Naidoo, 2016). Det som kan påvirke mestringstroen negativt er for mye negative tanker og stress. Dersom en person opplever vanskelige livshendelser og har vanskelig for å håndtere det, kan det gi økt stress og uro (Getz et al., 2011; Palmisano et al., 2016). Det vil være viktig å se hvordan man eventuelt

kan endre måten man møter motgang på, for igjen kunne dempe negative tankemønstre. Et mer positiv tankesett vil legge til rette for økt tro på egen mestring (Bandura, 1997).

Mestringstro ses i sammenheng med personens selvtillit og selvfølelse. Dette er ofte underliggende faktorer for utvikling av spiseforstyrrelse. Videre er mestring knyttet til positiv tenkning og optimisme. En kvalitativ studie som undersøkte fellestrekk for kvinner som hadde blitt friske av BED, viste at positiv tenkning og visualisering av hvordan livet ville være uten BED ga håp og virket som en hensiktsmessig strategi (Lord et al., 2018).

2.5.2 Sosial støtte

Sosial støtte er en helsefremmende faktor som er svært viktig for personers fysiske og psykiske helse (Fyrand, 2016). *Det sosiale behovstriangelet* (figur 2) viser sammenheng mellom psykologiske og sosiale behov i et sosialt nettverk (Schieffloe, 2003). De grunnleggende behovene for mennesket er trygghet, tilhørighet og meningsfullhet. Videre viser faktorene fellesskap, forståelse og anerkjennelse hvordan behovene kan innfris. Mangel på disse faktorene kan føre til at man føler seg mindre trygg, og som igjen kan være en utfordring i en endringsprosess. Sosial støtte kan tolkes ut fra hvordan den påvirker hvert enkelt individ, men også hvordan flere kan danne sosiale nettverk og gi støtte innad til hverandre. Positive relasjoner innad i en gruppe kan gi grobunn for den enkelte og gi en opplevelse av å føle seg verdsatt (Carlquist, 2015). Det å føle seg sett og forstått er svært hensiktsmessig i endringsarbeid og er en av grunnene for å jobbe med gruppebehandling, hvor det å være sammen med andre i samme situasjon kan gi støtte (Yalom & Leszcz, 2005). Forskning viser at mangel på sosial støtte kan være en faktor som bidrar til en usunn livsstil, ved eksempelvis usunt kosthold og mangel på mosjon (Folkehelseinstituttet, 2015). Videre kan mangel gi økt psykologisk stress som kan gjøre det krevende å møte på livets utfordringer og se hvordan dette kan håndteres. Dette kan på sin side kan føre til redusert selvfølelse og potensielt være en risikofaktor for å utvikle psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2015). Det har også vært forsket på hvordan sosial støtte kan påvirke mennesket og ha en fysiologisk effekt på helsen, gjennom positiv tenkning.



Figur 2: Det sosiale behovstriangelet, etter Schiefloe 2003

Sosial støtte defineres ut fra fire punkter: emosjonell støtte, instrumentell støtte, informasjon og evaluering (Fyrand, 2016). Den emosjonelle støtten er som oftest fra familie og venner, og gir opplevelse av at man har noen rundt seg som bryr seg om deg og viser kjærighet, tillit og empati. Instrumentell støtte kan være finansiell hjelp eller hjelp til praktiske oppgaver. Informasjonsstøtte kan være i form av veiledning i behandlingstilbud gjennom helsesektoren, og har som hensikt å gi støtte i ulike personlige utfordringer. Videre kan sosial støtte fremme personers mestringssevne ved at det gir støtte i møte med utfordringer i livet. I stressende situasjoner kan sosial støtte redusere psykiske plager. Antonovsky beskrev at mennesker kan ha ulik evne til å mestre stress og livsutfordringer, som igjen påvirkes av individets SOC. Videre kan summen av total belastning og menneskets biologi, omtalt som «allostatic load», påvirke sykdomsutvikling (Getz et al., 2011).

3.0 Problemstilling

Det finnes mye forskning om spiseforstyrrelser, både som et samlet begrep og differensiert for de ulike diagnosene. Det er mest forskning knyttet til anoreksi og bulimi, med tanke på årsaker, behandlingsformer og faktorer for tilfriskning. Overspisingslidelse har de siste årene fått mer oppmerksomhet, og forskningsfeltet er mye mer aktuelt. Det er mest studier knyttet opp mot behandlingstilbud og effekt av de ulike metodene. Hvordan det er å leve med lidelsen og hva som kan fremme tilfriskning fra et brukerperspektiv er derimot mindre undersøkt. I denne studien ønsket jeg derfor å utforske pasienters erfaringer med hvordan de opplever det å ha en overspisingslidelse, med et spesielt søkelys på tilfriskning. Slik kunnskap basert på pasienters perspektiv kan gi brukermedvirkning og potensielt være et viktig bidrag for å bedre behandlingstilbudene. Med dette som utgangspunkt ble følgende to-delte problemstilling valgt:

Hvordan erfarer pasienter det å ha en overspisingslidelse, og hvilke faktorer oppleves som fremmende for tilfriskning?

4.0 Metode

I denne studien er målet å få en større forståelse og gå i dybden av fenomenet overspising, og en kvalitativ tilnærming ble dermed ansett som hensiktsmessig for å besvare studiens problemstilling. Videre falt valget på et fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming med utgangspunkt i den enkeltes opplevelse og bygger på den subjektive opplevelsen av menneskets erfaringer i sin egen livsverden. Livsverden forklares med *verden slik som vi møter den i dagliglivet, uavhengig av og forut for vitenskapelig forklaringer* (Kvale & Brinkmann, 2009,s.324). Ifølge det fortolkende paradigmet innen vitenskapsteorien finnes det ingen «sannhet», men et fenomen kan tolkes på forskjellige måter ut fra ulike perspektiver. Forskeren blir på denne måten et medvirkende redskap og metoden har en induktiv tilnærming, hvor innsamlet empiri fra enkeltstående skal gi grunnlag for ny teori. Den hermeneutiske spiral uttrykker viktigheten av å se på forholdet mellom deler og helhet i tolkning av tekst, samt å undersøke betydning av kontekst og egne refleksjoner (Malterud, 2017).

Ved bruk av kvalitativ metode er vitenskapelig kvalitet og troverdighet grunnleggende kriterier. Det er tre viktige elementer som er avgjørende for å sikre dette; gyldighet, overførbarhet og refleksivitet, som alle henger tett sammen og påvirker hverandre. Gyldighet viser til at forskeren har undersøkt det som skulle undersøkes, og at resultatene viser informantenes respons og ikke forskerens egne synspunkter. Dette kan fremheves ved å bruke direkte sitat for å understreke tematikk. Det er nødvendig å sørge for at studiens resultater er pålitelige og at forskningsprosessen skal ha transparens. For å sikre dette skal prosessen være tilgjengelig for innsyn og ha en god systematikk. Metode skal være godt beskrevet og forskeren skal redegjøre for hva som er gjort og samtidig begrunne og drøfte studiedesign. Det er samtidig viktig å beskrive studiens kriterier for utvalg og informasjon knyttet til informantene. Dette er med å sikre at studien er etterprøvable, og at resultatene kan overføres til andre grupper. Videre er overførbarhet knyttet opp mot studiens meningsinnhold, og om det gir betydningsfull ny innsikt om et tema (Malterud, 2017). Refleksivitet omhandler forskerens egne holdninger og forståelse av tematikken som skal undersøkes. Som forsker er det viktig å være bevisst sin egen forforståelse for å unngå at kvaliteten på resultater og analyse forringes. Forforståelsen kan føre til at forskeren blir for låst i sine egne interesser,

forventninger og antagelser om hva som vil komme frem under datainnsamling. Dette kan gi skjevheter i resultatene, som i mindre grad blir basert på innsamlet empiri fra informantene.

4.1 Samarbeid med rehabiliteringssenter

I forbindelse med studien har masterstudenten hatt et samarbeid med et rehabiliteringssenter innen spesialisthelsetjenesten i Oslo, som tilbyr behandling og rehabilitering for ulike diagnoser med støtte fra Helse Sør-Øst. Rehabilitering av sykkelig overvekt er et tilbud for personer med en KMI over 40 uten tilleggssykdommer, eller KMI over 35 med tilleggssykdom, for eksempel diabetes. Rehabiliteringstilbudet har et tverrfaglig fokus, med lege, psykolog, klinisk ernæringsfysiolog, jobbkonsulent, idrettspedagog og fysioterapeut. Rehabiliteringen foregår individuelt og i gruppe på dagtid, med fokus på endring av livsstil med økt fysisk aktivitet, et hensiktsmessig kosthold, mentale prosesser, motivasjon og livsmestring. Pasientene oppfordres til å være med i deltakende gruppediskusjoner, samt å jobbe med individuelt målarbeid. Målet til rehabiliteringsinstitusjonen er at personene skal komme i bedre form, redusere vekt, redusere risiko for livsstilsykdommer og få et bedre liv med god livskvalitet. På bakgrunn av kartlegging etter oppstart i livsstilsrehabilitering, kan de pasientene som i tillegg har utfordring med overspising få tilbud om deltakelse i egne grupper med fokus på overspising. Kartleggingen består av seks ulike kartleggingsskjemaer, samt samtale med psykolog hvor det blir gjort en klinisk vurdering av om personen møter kriterier for BED. Kartleggingsskjemaene utforsker pasientens spisevaner, spiseatferd og tanker og følelser knyttet opp mot mat. To av skjemaene kartlegger pasientens psykiske helse, hvor de blant annet skåres for angst og depresjon.

Pasientene følges opp i grupper på ti personer, som ledes av psykologspesialist og klinisk ernæringsfysiolog, en dag i uken over en periode på tre måneder. Hensikten er å gå mer i dybden på overspisingsproblematikk og jobbe med tilfriskning. Temaer som fremheves som viktig ledd i gruppesamtalene er økt selvfølelse, endringsprosesser, årsaker og triggere til overspising, kunnskap om kroppens fysiologiske mekanismer, samt forståelse av tanker og følelsers påvirkning på atferd. I tillegg til ukentlig gruppesamling, får pasientene hjemmeoppgaver som de oppfordres til å jobbe med mellom hver samling.

4.2 Rekruttering og utvalg

Ut fra målsettingen om at dataene best mulig skal kunne belyse problemstillingen ble det benyttet et tilgjengelighetsutvalg (Malterud, 2017). Med dette menes at det ble gjennomført rekruttering av tilgjengelige informanter som allerede var i gruppebehandling for overspisingslidelse. Antall informanter var ikke gitt ved oppstart av rekruttering, da vi ønsket å finne underveis hva som ble et tilstrekkelig utvalg. Det ble diskutert at det var ønskelig å rekruttere 6-8 informanter, for å sikre god og variert empiri. Det er i kvalitative studier ikke søkelys på et stort kvantum av informasjon (for eksempel antall intervjuer), men derimot på informasjonsstyrken i innsamlet data. Det finnes ingen fasit på hvor mange informanter man bør inkludere, da dette i stor grad beror på studiens tematikk og problemstilling. Med høy informasjonsstyrke kan et lavere antall informanter være tilstrekkelig for å sikre et hensiktsmessig datamateriale. Metning er et begrep som brukes for å avgrense utvalg og beskriver når datamaterialet er tilstrekkelig. Dette ble gjort gjennom trinnvis gjennomgang av datamaterialet og analyse (Malterud, 2017).

Invitasjon til å delta i studien ble formidlet til pasienter ved rehabiliteringssenteret, som deltok i grupperehabiliteringsforløp med et spesifikt fokus på overspising. Det ble gitt informasjonsskriv til åtte pasienter som var i et inneværende kurs og tre som hadde avsluttet sitt gruppeforløp. Personer av begge kjønn ble invitert, og alle pasientene var over 18 år. For å rekruttere informanter til denne studien formidlet de ansatte som leder gruppene informasjon om studien til de aktuelle pasientene. Videre informerte de om hensikten med studien, og hvordan deltakelse kunne bidra med økt kunnskap og forståelse rundt BED fra en pasients ståsted. Det ble delt ut skriftlig informasjonsskriv til aktuelle informanter, i tillegg til et samtykkeskjema. De som ønsket å delta signerte skjemaet og leverte det tilbake til de ansatte. Deretter ble tid for intervju avtalt med masterstudenten. Totalt var det seks pasienter som takket ja til deltakelse.

4.3 Semistrukturerte dybdeintervju

Metode for datainnsamlingen var semistrukturerte dybdeintervju. Hensikten var å identifisere og beskrive pasientenes erfaringer og utforske deres tanker og opplevelser knyttet til fenomenet overspising (Malterud, 2017). Videre var målet å få en dypere innsikt i informantenes livsverden. Dette omtales i litteraturen som semistrukturerte livsverdenintervju. Forskningsprosessen ved bruk av intervju som metode kan inndeles i ulike faser; forberedelse til intervju, gjennomføring av intervju, etterarbeid av rådata og analyse og fortolkning av data (Kvale & Brinkmann, 2009). Som et ledd i forberedelsen ble intervjuguide (vedlegg 1) utviklet. Denne inneholdt spørsmål og temaer som skulle være i fokus under intervjuet, som igjen var utviklet i samsvar med studiens teoretiske rammeverk. Intervjuguiden skulle videre sikre at studiens viktigste områder ble dekket. Spørsmålene som ble stilt var sokratiske, korte og godt formulerte og det ble ikke benyttet fagord som kunne være vanskelig for informantene å forstå. Eksempler på spørsmål var: *Kan du fortelle meg om hvordan du opplever å leve med spiseforstyrrelsen overspising? På hvilken måte har du kjent på følelser knyttet til overspisingen? Hva opplever du som faktorer som kan fremme tilfriskning?* Intervjuer, som i denne studien var masterstudenten, viste interesse, nysgjerrighet og respekt for informantene som valgte å stille opp til intervju og var bevisst på å skape rom for stillhet og refleksjon underveis i intervjuprosessen. Dette la til rette for å få en god dialog, samtidig som det skapte trygghet og fortrolighet slik at informantene kunne åpne seg mest mulig. Ved aktiv lytting som blikkontakt og nikking, viste jeg interesse for hva informanten fortalte. Videre parafraserte jeg for å oppsummere og sikre best mulig forståelse av det informantene fortalte, samtidig som det understrekte viktige elementer i svarene.

Datainnsamlingen ble gjennomført desember 2020 - januar 2021. Grunnet restriksjoner knyttet til Covid-19 pandemien ble intervjuene gjennomført via en digital plattform, Visiba Care, både for å ivareta pasientenes sikkerhet og for å unngå smitte. Dette var en videoløsning, som utvalget til studien var kjent med fra rehabiliteringssenteret. Til tross for at intervjuene ikke kunne gjennomføres «ansikt til ansikt», ble dette sett på som en god løsning, hvor intervjuer og deltaker kunne se hverandre og lyd kvaliteten var god. Det ble gjennomført et pilotintervju i forkant av datainnsamling for å sikre at den digitale løsningen ville fungere, testing av diktafon, samt intervjuguidens funksjonalitet. Det ble benyttet lydopptak av intervjuene ved bruk av mobilappen Nettskjema-diktafon. Lydopptakene ble slettet etter endt

transkribering og analyse. Ikke noe av informasjonen som ble innsamlet kunne knyttes til informantene, og all informasjon ble videre behandlet anonymisert.

Det ble i denne studien gjennomført ett intervju med hver informant, som hadde en tidsramme på 45-60 minutter. Det ble innledningsvis gitt informasjon om anonymitet og studiens hensikt og formål. For å sikre at intervjuene ikke ble for lange ved at informanten «sporte av» på tema som ikke falt innunder overordnet problemstilling, ble det vektlagt at intervjuer styrte intervjuet ved å forholde seg til intervjuguide i den grad det opplevdes hensiktsmessig. Ved intervjuets avslutning ga jeg en kort oppsummering med hovedtrekk av informasjonen som ble gitt. Det ble også stilt et avsluttende spørsmål for å avdekke om informanten hadde noe mer å tilføye eller om personen hadde andre spørsmål, før det ble takket for deltakelse (Kvale & Brinkmann, 2009).

4.4 Transkribering

Videre i prosessen kom etterarbeid av rådata og analyse og fortolkning av data (Malterud, 2017). Etter hvert intervju ble det notert ned umiddelbare tanker og refleksjoner rundt intervjuet og hvordan gjennomføringen opplevdes for intervjuer. Dette kunne være til nytte i videre analyseprosess, for å erindre de ulike intervjuene og ha med som bakgrunn inn i diskusjon av resultater. Transkriberingsprosessen var et tidkrevende arbeid, hvor alt muntlig opptak ble overført til nedskrevet tekst. Dette ble gjort i kort tid etter at intervjuene ble gjennomført. De nedskrevne intervjuene ble dermed en indirekte representasjon, hvor det vil være uunngåelig å miste eller forvrengte noe av meningsinnholdet. Det er viktig å sikre at transkripsjonen i størst mulig grad ivaretar informantens utsagn, meninger og erfaringer (Malterud, 2017). Opptak av intervjuene ble spilt av gjennom Nettskjema, og skrevet ned i eget dokument. Setninger som ble utfordrende å høre eller forstå ble avspilt opptil flere ganger. Intervjuers spørsmål og kommentarer ble markert med (I) og deltakers med (D). Det ble skrevet ned om det ble pauser underveis, og ved non-verbale uttrykk som sukk, 'ehh' og 'mhhmm'. De transkriberte intervjuene ble nummerert og lagret på sikker lagringsplattform på NMBUs One-Drive-konto. Datamaterialet besto av totalt 67 sider nedskrevet tekst.

4.5 Dataanalyse

Det ble i denne studien brukt systematisk tekstkondensering (STC) til analyse av datamaterialet. Metoden vil bli beskrevet, og viser en enkel og systematisk måte å gjennomføre en analyseprosess, som også er med å sikre studiens troverdighet (Malterud, 2017). Informasjonen ble sammenfattet med tverrgående analyse, det vil si at man finner likhetstrekk og variasjon fra flere informanter. Analysen har en induktiv tilnærming, hvor innsamlet empiri skal gi grunnlag for teori. Videre ble innsamlet data tolket og diskutert opp mot eksisterende forskning på området og relevant teori.

4.5.1 Trinn 1: Helhetsinntrykk

Etter at de seks intervjuene var gjennomført, og fortløpende transkribert, ble de skrevet ut og gjennomlest. De ble også lyttet til flere ganger for å bli enda bedre kjent med materialet. Transkriberingen ble lest gjentakende ganger, hvor elementer og sitater ble understreket. Begreper som gikk igjen i flere av intervjuene ble notert. I tillegg til at intervjuer leste gjennom materialet, leste også veiledere enkelte av intervjuene. Dette ble gjort for at flere skulle kunne få innblikk i intervjumaterialet og bidra inn i analyseprosessen. I det første leddet var hensikten å danne seg et helhetsinntrykk av det innsamlede materialet, uten å tenke for mye på systematikk og uten å ledes av egen forforståelse (Malterud, 2017). Etter å ha lest gjennom alt datamaterialet, ble det startet en prosess for å finne enkelte temaer som virket relevante og spennende. Underveis i dette leddet var det nødvendig å huske problemstillingen.

4.5.2 Trinn 2: Meningsbærende enheter

I dette trinnet ble temaer som ble fremhevet i første trinn videre løftet frem, og mye av det resterende datamaterialet ble lagt bort (Malterud, 2017). Hensikten var å finne de meningsbærende enhetene fra teksten, som skulle legge grunnlaget for å kunne besvare problemstillingen i studien. Under dette trinnet ble det gjennomført diskusjoner med veiledere, hvor forståelse av tekst, hovedinntrykk og temaer ble sammenlignet, og ga en oversikt over likheter og ulikheter. Målet videre var å jobbe med sortering og systematisering av datamaterialet, før det deretter ble laget kodegrupper. Dette omtales som systematisk dekontekstualisering, hvor *«av teksten hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng, for senere å leses i sammenheng med beslektede tekstelementer i lys av de teoretiske perspektivene»*

(Malterud, 2017,s.104). Det var fordelaktig å konsentrere seg om få temaer, og underveis i jobben ved å danne kodegrupper viste det seg å være hensiktsmessig å slå sammen kodegrupper. Det anbefales å sitte igjen med 3-5 kodegrupper. I dette trinnet var det svært avgjørende å være bevisst til sin forforståelse, og ikke velge ut det man selv tenker er det mest relevante. Videre var det viktig å jobbe fleksibelt og være åpen for å endre og justere kodegrupper etter som man blir mer og mer kjent med datamaterialet. Dette var en prosess hvor en bør ha tålmodighet, og ha øyne åpne for å se nye temaer og sammenhenger man ved første gjennomgang kunne ha oversett.

4.5.3 Trinn 3: Kondensering

Så langt i prosessen var datamaterialet systematisert og de meningsbærende enhetene som ble kodet sammen lå til grunn for videre analyse. Målet her var å ha et mer oversiktlig materiale. Ved å se nærmere på hver enkelt kodegruppe, ble det dannet subgrupper som understrekte de fremtredende elementene som kunne belyse problemstillingen. Deretter ble det laget et sitat til hvert av temaene, som blir kalt et kondensat, som er et viktig element i STC (Malterud, 2017). De meningsbærende enhetene fra hvert tema ble tolket, og forskeren tar stilling til hvilke som skal inkluderes i kondensatet. Hensikten med dette er å gjenfortelle og sammenfatte summen av informantenes svar til en kort tekst.

4.5.4. Trinn 4: Syntese

Det siste leddet omtales som å rekontekstualisere. Dette innebærer å sette sammen bitene igjen hvor betydningen av det foregående trinn skal sammenfattes (Malterud, 2017). Hver kodegruppe og subgruppe gjennomgås og ved bruk av kondensatene lager man en analytisk tekst som skal sammenfatte materialet. Målet er å kunne gi leseren innsikt i studiens tematikk og svar på problemstilling. Det er viktig å påse at informantenes stemmer kommer frem, samtidig som forskeren har gjort sine fortolkninger. Et eksempel fra analyseprosessen er vedlagt (vedlegg 2).

Tabell 1: Eksempel på tema fra analyseprosess

Helhets- inntrykk Kode	Meningsbærende elementer	Kondensering	Undertema/fortolkning
Aksept	<i>«Det kanskje føyer seg inn i rekken av psykiske lidelser, som det heller ikke er så veldig åpenhet rundt, synes jeg da. Det sitter i hodet. Ehh, det starter ihvertfall der, at det kroppslige er et symptom på det som sitter i hodet. Det tenker ihvertfall jeg om min lidelse, at det det fysiske på en måte speiler det mentale»</i>	Informantene kategoriserer overspisingslidelse som en psykisk lidelse, og har en opplevelse av lite åpenhet rundt tematikken som igjen gjør det utfordrende å bli møtt med aksept.	Overvekt som et symptom på en psykisk lidelse.

4.6 Forskningsetikk

Studien følger Helsinkideklarasjonen, som viser etiske retningslinjer innen medisinsk forskning med mennesker (World Medical Association, 2013). Studien ble meldt inn og godkjent av Norsk Senter for forskningsdata (NSD) 23.11.2020 med meldeskjemanummer 121485 (vedlegg 3). Ut ifra retningslinjer og diskusjon med veiledere ble det vurdert at det ikke var nødvendig å melde inn studien til regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Dette med bakgrunn i at studiens hensikt var å innsamle informasjon om pasientenes egne erfaringer med overspisingslidelse, og ikke fremskaffe nye opplysninger om helse og sykdom.

Ved kvalitativ forskning kan man møte etiske utfordringer i møte med informanter i en sårbar livssituasjon, og det er nødvendig å være forberedt, følge retningslinjer og vise aktsomhet i møte med informantene. Tematikken kan for mange i dette utvalget oppleves som sensitiv og særs personlig. Det har av den grunn vært viktig å vise respekt og forståelse, og bruk av spørsmål som ikke blir for personlige som et ledd i å sikre informantens integritet (Kvale &

Brinkmann, 2009). Hver informant fikk utdelt et informasjonsskriv, og en samtykkeerklæring som ble signert før intervju (vedlegg 4). Dette var for å sikre at informantene var innforstått med hva det innebar å delta i studien. Informasjonen ble gitt skriftlig, samt muntlig av de ansatte ved rehabiliteringssenteret. Det har vært viktig å tydeliggjøre at deltakelse har vært frivillig - både ved oppstart og underveis i prosessen. I forkant av hvert intervju ble informantene orientert om at de når som helst kunne trekke seg fra intervjuet. Informantene valgte selv om de ville unnlate å besvare enkelte spørsmål underveis i intervjuet (Malterud, 2017).

Informantene ble informert muntlig i start av intervjuprosessen om studiens formål, bruk av lydopptak og hvordan dette ble gjennomført ved bruk av Nettskjema-App som sikker løsning. De transkriberte intervjuene ble lagret, håndtert og destruert på sikker måte etter lagringsforskrifter om håndtering av personidentifiserbare opplysninger. Denne informasjonen ble også gitt til hver informant. Det ble i denne studien ikke gitt noen form for belønning eller kompensasjon til informantene.

5.0 Resultater

Seks kvinner deltok i studien, og det ble gjennomført ett dybdeintervju med hver informant. Etter analyseprosessen ble resultatene inndelt i to kategorier, som på en oversiktlig måte kunne belyse den todelte problemstillingen: *Hvordan erfarer pasienter det å ha en overspisingslidelse, og hvilke faktorer oppleves som fremmede for tilfriskning?* Analysen avdekket to ulike temaer knyttet opp mot erfaringene rundt det å ha en overspisingslidelse: *en utfordrende avhengighet* og *skam* (figur 3). Tre temaer omhandlet tilfriskning: *prosess, mestring og fellesskap* (figur 4). Under hvert av temaene ble det videreformulert undertemaer. Resultatene vil videre bli presentert og utdypet, og sitater fra intervjuene blir brukt for å understreke meningsbærende elementer.

Tabell 2: Informanter med fiktivt navn

Informanter med fiktivt navn	Alder
1. Kari	50-60
2. Silje	40-50
3. Pia	30-40
4. Nora	30-40
5. Berit	50-60
6. Tuva	60-70

5.1 Hvordan erfarer pasienter det å ha en overspisingslidelse

Informantene uttrykker det å leve med BED på ulike måter. Resultatene viser at mange like opplevelser går igjen blant flere av informantene, samtidig som det er enkelte temaer som oppfattes mer sprikende. Et gjengående tema i alle intervjuene var hvordan det er å få en diagnose og hvordan det oppleves å få et navn på det. Det kommer frem at mange av informantene har slitt med BED i mange tiår og ikke selv har vært klar over at det er en spiseforstyrrelse. De har heller ikke opplevd dette som et tema i møte med helsevesenet før de kom til rehabiliteringssenteret som det har vært samarbeid med i denne studien.



Figur 3: Tema med undertemaer om erfaringer med overspisingslidelse

5.1.1 En utfordrende avhengighet

«Når jeg spiser så blir jeg lykkelig akkurat der og da, men når jeg får tenkt meg om, og dopaminen eller hva det er slutter å funke, så kjenner jeg meg helt mislykket, og da tenker jeg at nå er løpet kjørt så da kan jeg bare fortsette på en måte også. Jeg klarer jo ikke noe allikevel. Det er utrolig mye følelser som setter i sving når man egentlig ikke har kontroll. Men de gangene jeg klarer å gjøre noe annet, det er en utrolig god følelse det, også er det bare det å klare å gjøre det.» (Berit)

Å få et navn på det

Det første undertemaet understreker kompleksiteten bak en overspisingslidelse. Flere av informantene åpner opp om bakenforliggende årsaker til utviklingen av spiseforstyrrelsen. Dette kan være traumer, psykiske lidelser, sykdom, overganger i livet og familiære utfordringer. Alle informantene relaterer utfordringer med overvekt til spiseforstyrrelsen. De forteller om overvekt som en utfordring de har hatt store deler av livet. Resultatene viser at det å få en diagnose kan oppleves på svært ulike måter. Noen av informantene uttrykker at de opplever det som en befrielse, og formidler at det kjennes godt å få et navn på utfordringen. Dette gir ifølge informantene en større forståelse av at det ikke bare handler om mangel på selvkontroll og viljestyrke, men at det faktisk er en reell spiseforstyrrelse. Videre forteller flere av informantene at de selv har hatt tanker om at deres spiseatferd har handlet om mer enn bare å ha spist for mye. Enkelte trekker frem at de har hatt en opplevelse av sukkeravhengighet, eller en avhengighet til mat og hvordan en følelse av metthet dekker over

andre følelser. Flere sier at det har vært godt å få en bekreftelse på at de har en overspisingslidelse. Nora uttrykker det på denne måten:

«Det har egentlig vært veldig fint. (...) Jeg ble henvist på grunn av overvekt, ehh, og ut ifra kartlegging og sånn der så ble jeg fanget opp i den overspisingslidelsen. Og jeg holdt på å si, ehh, at jeg var ikke helt overrasket jeg har jo på en måte skjønt at at det har vært et problem, ehh, men samtidig så var det litt godt å få det bekreftet (...).» (Nora)

Kontrasten til dette beskrives av Tuva, som opplevde det svært negativt å få en diagnose, og hun sier at det var noe hun ikke ville relatere seg til. Samtidig ga det henne motivasjon til å jobbe med tilfriskning, for å «kvitte» seg med diagnosen.

«Nei det synes jeg ikke var morsomt, at det var en overspisingslidelse. Jeg hadde det sjøl som at jeg bare trøstespiste, kjedespiste, spiste når jeg var glad, når jeg var lei meg. Ehh, men at det var en egen diagnose det synes jeg var et slag i fjeset. At det var en lidelse.» (Tuva)

Pia forteller om en delt opplevelse av det å få konstatert en spiseforstyrrelse. På den ene siden gir det henne en forklaring på hva hun strever med, mens det på den andre siden betyr at hun kan få det bedre ved å endre. Hun forklarer at det er mye skam knyttet til dette da det er lite kjennskap til lidelsen, og at mer åpenhet kan gjøre det lettere å snakke om dette og få den hjelpen man trenger. Samtidig mener hun at skamfølelsen kan forsterkes ved å ikke klare å mestre spiseforstyrrelsen, til tross for at man får støtte.

«Det er litt sånn to-delt kjenner jeg, ehh, jeg synes det er litt godt å vite at det er det er det man kanskje sliter med da, at man har en diagnose eller kall det hva du vil. Samtidig så er det jo igjen knyttet til skyld og skam og det tror jeg kan komme av at det er så lite opplyst i samfunnet sånn generelt at man ikke kan og vet så mye om det.» (Pia)

Overspising som en negativ spiral

Flere av informantene beskriver overspising som en negativ spiral som er utfordrende å bryte ut av. En forteller at hun kan huske tilbake til barndommen at hun ble forsøkt slanket av sine

foreldre og at hennes forhold til mat alltid har vært preget av dette. Andre forteller også om hendelser fra barndommen, og hvordan mat har vært brukt som en strategi for å dekke over følelser. En informant husker tilbake til at hun tok med seg mat på rommet sitt for å bevisst gjemme spisingen. Noen av informantene uttrykker at utfordringen med overspising begynte i voksen alder. Resultatene viser til at det kan ha hatt sammenheng med overganger i livet, eksempelvis flytting, familieførøkelse og endring i jobbsituasjon. Disse overgangene kan ha hatt påvirkning på personens tanker og følelser, som igjen kan ha resultert i mestring i form av spising. En formidler at hun har vært plaget med mye smerter i kroppen, og hvor overspisingen har vært relatert til dette. Videre sier flere at hvordan de håndterer overspisingen ses i sammenheng med hvordan de ellers har det i livet. Det beskrives som en berg og dalbane, hvor det er oppturer og nedturer.

«Ja det blir sånn at jeg bruker ikke hodet, jeg gjør ikke som jeg skal, ehh, og jeg har jo ikke noe glede av det og jeg sitter og spiser med dårlig samvittighet. Så ja, det er ikke noe ålreit, hmmm nei det er det ikke.» (Tuva)

Det går igjen at de alle har hatt utallige forsøk på å endre kroppsvekt, både på egenhånd og ved hjelp av profesjonelle. Ingen har tidligere fått hjelp med overspisingslidelsen. Deres erfaringer viser til at de går ned i vekt, men ikke mestrer å holde vekten nede over tid. Dette fører til misnøye og håpløshet, og kan føre til mønster med økt overspising. Et annet mønster som stikker frem er en svart/hvitt tankegang, hvor informantene beskriver at de i perioder opplever stor grad av kontroll, men hvor de fort blir skuffet dersom ikke alt gjennomføres perfekt i deres øyne. Et eksempel på dette kan være at vekten stopper å gå ned. Det beskrives ulike faktorer som påvirker hverandre på en uhensiktsmessig måte, som trigger og forsterker behovet for å overspise. Alle forteller at det oppleves vondt å gjøre noe du vet er feil, og alle informantene kom inn på at det ikke handler om mangel på kunnskap. Det påpekes hos flere på en noe humoristisk måte at de selvfølgelig vet at brokkoli er et sunnere valg enn sjokolade. Men at dette igjen forsterker frustrasjonen rundt det å ta *feil* valg, ettersom man vet så mye bedre. Dette tydeliggjør en av utfordringene ved den negative spiralen, og forklares godt i sitatet under:

«Man venner seg jo til det, man lærer seg å leve med det på en måte, eh, også har jeg i perioder tenkt at jeg bare må godta at det er sånn, men det er jo sårt på en måte, fordi at man skjønner jo at man gjør noe man vet man ikke burde gjort da, at man vet bedre. For det går ikke på uvitenhet i det hele tatt, ehh, sånn at det føles veldig sårt, kanskje mest. Pluss at det er vanskelig kanskje ikke å få aksept for det, for at andre ikke helt skjønner hva det går ut på og det er jo også vanskelig synes jeg.» (Nora)

En av informantene forteller at hun først i etterkant av en overspisingsepisode innser hva hun har gjort. Hun beskriver det som at *noen tar over kroppen* og tillater overspisingen, og bruker uttrykket *«stygg på ryggen»*. Hun kjenner på en stor frustrasjon i etterkant og en opplevelse av å miste kontroll over egen kropp og atferd. Denne opplevelsen gjentas av flere av informantene. Frustrasjonen de beskriver forsterker negative tanker og følelser, som igjen kan føre til ytterligere overspising. Flere av informantene bruker ordet at de har *«mislykkes»*, som forsterkes ved gjentatte episoder med overspising. Flere informanter forteller at de har levd med BED i lang tid og at det føles som det er en del av dem som ikke blir borte. En annen informant forteller om en evig kamp med å prøve og feile, og aldri oppleve tilstrekkelig grad av mestring for å bryte ut av spiralen. Videre påpeker mange et ambivalent forhold til, hvor de på den ene siden er glad i mat og nyter smakfulle måltider mens de på den andre siden opplever at mat er noe de forbinder med vanskelige situasjoner og følelser. En av informantene forteller at hun i overspisingsepisode kan spise mat hun egentlig ikke liker så godt, men hvor behovet for mat overstyrer alt annet.

Det sitter i hodet

Pia beskriver overspisingen som en utfordring som sitter i hodet, men som har blitt synlig i form av endret vekt: *«Det starter i hvert fall der, at det kroppslige er et symptom på det som sitter i hodet. Det tenker jeg om min lidelse, at det fysiske på en måte speiler det mentale»*. Det kommer frem at det har vært viktig å se sammenheng mellom fysiske og psykiske utfordringer, og hvordan dette påvirker hverandre. Flere uttrykker at fokuset på det fysiske har vært det som har blitt adressert i møte med helsevesenet. Samtidig som pasientene selv også i stor grad har konsentrert seg om dette. Noen av informantene forteller at det har vært lettere å ta tak i de fysiske symptomene sammenliknet med grunnene til hvorfor man overspiser.

«Å tenke tilbake på at jeg slanka meg hele livet. Det er ikke noen hyggelig tanke, så ja det har vært altoppklukende store deler av livet. Jeg kan ikke huske og hatt en periode hvor jeg ikke bekymret meg for vekten min eller prøvd å gå ned i vekt eller trent meg i hjel.» (Kari)

Resultatene viser at overspising er en kompleks lidelse og det er flere varierende grunner til hva som utløser en overspisingsepisode blant informantene. Flere påpeker at det er viktig å bli kjent med sine triggere og bevisstgjøre hvordan man skal håndtere de. Gjentakende faktorer er vonde tanker og følelser som kan gi et ubehag, og hvor informantene beskriver strategien med å spise bort dette ubehaget. Eksempler som gis er tristhet, ensomhet, kjedsomhet, frustrasjon, slitenhet og en opplevelse av å ikke være god nok. Deretter kan et nytt ubehag oppstå, i form av å innse at man igjen har mistet kontroll over matinntak. Flere beskriver dette tapet av kontroll og hvordan det oppleves. Eksempler som beskriver dette tydelig:

«For målet mitt er jo på en måte å få bedre helse da, og da jeg da stapper i meg en 200g sjokolade eller et eller annet så er jo ikke det så veldig bra for helsa mi, og da rakker jeg ned på meg selv etterpå. Åhh, klarte du ikke denne gangen heller, åh du er så dum (..), Også kan disse negative tankene føre til at jeg fortsetter å overspise for da tenker jeg at, æsj, det er jo ikke så farlig, jeg har jo allerede gjort det så jeg kan jo bare å fortsette med det.» (Pia)

Noen av informantene uttrykker også at overspisingen kan gi gode følelser i form av en tilfredsstillelse. Dette kan være med å gi en forklaring på hvordan overspisingen er kompleks og utfordrende, og hvordan den ofte handler om en kombinasjon av fysiologiske og psykologiske faktorer. En forteller at en tanke om å *fortjene å spise*, ofte kan ligge til grunn for en overspisingsepisode.

«Jeg skjønner det ikke selv og da er det ikke lett å forklare hva som trigger hjernen min til at jeg vil ha kanelbolle eller sjokolade da, istedenfor salat og sunn mat. Jeg vet ikke hva, eller at jeg har det søtbehovet på en eller annen måte.» (Silje)

En annen beskriver en blanding av ulike følelser, hvor det først oppleves godt å spise. Deretter kommer de negative følelsene.

«Rett etterpå en litt sånn tilfredshetsstillelse at dette var godt, men så liksom gjorde det meg godt? Nei, også kommer den skyldfølelsen da og angeren. Så sitter jeg der og angrer da.. det er ikke at det skjer så mye videre etter det, men det er ikke er ikke alltid det stopper meg for å gå å ta litt mer, eh, hvis suget er stort nok.» (Kari)

En annen trigger for overspising som nevnes av flere er stress, og hvordan det å jobbe med stressmestring har vært hensiktsmessig.

«Men jeg har jo inntrykk av det at hvis du har for mye stress rundt deg så, (...), at jeg har lært en del mer om stressmestring. Og det vil jeg si har hjulpet i forhold til det med kosthold og overspisingen.» (Tuva)

5.1.2 Skam

«Det er veldig tabu, veldig tabu. Jeg prøver å skjule det for alle, men sånn som da vi er sammen med andre, så spiser jeg ikke mer enn andre, mens når jeg er hjemme og ingen ser meg det er da jeg spiser. Så det er slitsomt, og alltid passe på, du føler deg aldri bra nok og, ehh ja. Det er veldig vondt egentlig.» (Berit)

Vonde tanker og følelser

Det andre temaet som løfter seg fra resultatene omhandler skam. Informantene opplever å bli møtt med lite forståelse hvor flere uttaler at de erfarer at personer kan ha en nedlatende holdning og komme med kommentarer som *«det er jo bare slutte å spise»*. Dette er, ifølge informantene, med på å forsterke skam og opplevelsen av å ikke klare å kontrollere egen spiseatferd, som igjen er med å påvirke den negative spiralen som ble beskrevet tidligere. Alle informantene beskriver at de fleste overspisingsepisodene forekommer når de er alene, når ingen kan se de, for å unngå blick og skamfølelse. En forteller at hun kan glede seg over å være alene, og se frem til å spise uten at andre er til stede. En annen sier at hun planlegger overspisingen og kjøper inn det hun ønsker. Informantene forteller at de kontrollerer mengde mat på en helt annen måte når de er sammen med andre. Det fremheves som viktig å vise at man klarer å kontrollere inntak. En av informantene forteller at skamfølelsen blir som en beveggrunn til å spise mindre da hun er sammen med andre, men hvor hun beskriver det som en feil grunn. Hun beskriver at hun har et håp om at det er hennes bevissthet og fornuft som

skal føre til at hun spiser riktig mengde. Videre forteller hun at skamfølelsen påvirker andre negative følelser og tanker, som igjen kan føre til overspising da hun blir alene.

Overspisingsepisoder knyttes av alle informantene opp mot følelser. For enkelte har forholdet mellom mat og følelser vært en utfordring i store deler av livet. En forteller om at hun skulle få hjelp av sine foreldre til å endre vekt og tenker tilbake på det som starten på et mønster med slanking. Hun beskriver det som at hun ikke var bra nok og følte seg annerledes, som igjen forsterket negative tanker om seg selv. Mobbing trekkes frem blant flere.

«Og jeg har en historie med at jeg ble mobbet veldig mye på skolen da, og så har jeg nok fortsatt med det selv i etterkant, altså disse indre demonene som har fortsatt å rakke litt ned på meg selv. Så jeg har brukt mat eller søtsaker da til å døyve ulike følelser, eh, og det er alle slags følelser liksom ikke bare de triste følelsene, men også de gode følelsene, eh, litt sånn nå fortjener jeg det fordi: jeg har vært flink, jeg kjeder meg, nå er jeg lei meg, nå må jeg ha ett eller annet. Alt er for meg veldig knyttet til følelser.» (Pia)

Det kommer frem at det oppleves veldig tabubelagt å ha en psykisk lidelse, som også er med å påføre skam og negative emosjoner blant informantene. Som allerede nevnt har flere av informantene mange tanker om hva andre tenker om dem, at det er selvforskyldt å ha en spiseforstyrrelse. Igjen blir det fokus på overvekten, og ikke hva som er årsaken bak.

«Det er jo skambelagt ikke sant, det er jo noe man kan gjøre noe med ikke sant.. eh, hele samfunnet er jo sånn i forhold til lidelser som ikke er fysiske. Så er det jo skambelagt, det som er psykiske lidelser. Det er jo det selv om det er mer åpenhet om det i samfunnet nå, som gir sikkert mye mer forståelse, men jeg føler jo det at det er skambelagt nå, eh, jeg går ikke rett ut og sier det.. Men jeg kan si til hvem som helst at jeg har problemer med hjertet mitt, (...) ja alle andre ting kan jeg si, alle de fysiske tingene, det er ikke noe vanskelig å si det.» (Tuva)

Negativt kroppsbilde

Det kommer frem at flere av informantene har et negativt selvbilde, og har kritiske og saboterende tanker om seg selv og egen atferd. Flere uttrykker at det har vært og er frustrerende og altopplukkende. En av informantene forteller at hun opplever spiseforstyrrelsen som et hinder for å klare å gå ned i vekt. Likevel sier hun at det har vært lettere å jobbe med kortvarig vektreduksjon kontra det å skulle jobbe med bakenforliggende årsaker og BED. Det kan forsterke skamfølelsen, da man for eksempel ikke mestrer å gå ned i vekt. Negative tanker om egen kropp og misnøye med vekt og utseende, fremheves under:

«Det er jo så mange følelser rundt det egentlig, eh, hvis man er for eksempel tykk da sånn som jeg er, så har jo alle satt et stempel på deg. Du er lat, du er dum og sånne ting, så man føler at hvis man spiser mer enn andre så har man ikke kontroll på livet.» (Berit)

En annen faktor informantene formidler som forsterker skam, er samfunnets skjønnhetsidealer og hvordan det kan påvirke oss mennesker. En av informantene sier *at dagens samfunn er lagt opp til at man skal være sunn og slank*. Informantene trekker alle frem at det å være stor har sine utfordringer, både med tanke på fysiske begrensinger samt mental helse. Flere trekker frem historier om mobbing og andre erfaringer knyttet til uheldige kommentarer og opplevelser. Silje forteller at hun liker å bruke større klær enn nødvending og dekke seg mest mulig til på sommeren. Videre forteller informantene om hvordan det oppleves å ikke leve opp til idealene i dagens samfunn, og ha en tanke om å ikke være vellykket. Kari sier at hennes tanker om hva andre tenker om henne på en måte internaliseres i henne selv. Som igjen understrekes av Berit som sier at hun opplever at alle har satt et stempel på henne som *dum og lat*, på grunn av hennes vekt. Flere av informantene påpeker at personer med overvekt blir møtt med negative holdninger, og informantene forteller om episoder der de har overhørt mobbing og nedlatende bemerkninger på grunn av kroppsstørrelse. Samtidig sier selv en av informantene at hun har et ønske om å være tynn og vellykket.

«Men det er jo sånn som idealene er i dag, tynn og slank, og hvis man da på en måte ikke faller innunder det, så er det et eller annet feil med deg. Det er ikke så mange som sier det direkte til deg, eh, men, man får en følelse av at det ligger der både blant de man kjenner, men også samfunnet generelt. Ja sånn at du ikke klarer å ta deg sammen og ikke klarer å få gjort noe med det liksom.» (Kari)

Å ikke bli møtt

«Jeg hadde en fastlege før som sa at nå må du bare ta deg sammen, nå må du bare spise riktig og gjøre sånn, så det er liksom bare å ta seg sammen, og det er nok mange fastleger som ikke har den kunnskapen tror jeg. Om hvilke mekanismer og alt som er rundt det her med overspising.» (Berit)

Dette sitatet beskriver godt hvordan informantene opplever å bli møtt med det å ha en spiseforstyrrelse. Resultatene viser til at andre personer kan ha tanker om at det er lett å gjøre en endring og at det er lite forståelse. Dette kan både være i møte med personer i helsevesenet eller fra familie, venner, kollegaer og bekjente. Ut av analysen kan det tyde på at flere opplever å bli møtt med forståelse i helsevesenet, spesielt på steder som er spesialisert innen behandling av spiseforstyrrelser. Men også her er det ulike oppfatninger. Flere av informantene uttrykker et uheldig møte med sin fastlege, og etterlyser mer kunnskap om lidelsen.

«Det er faktisk ikke noen ting å kimse av det at man bare skulle skjerpe seg og bare spise mindre og det å bare ta seg sammen og sånt no. For det er jo det man hører hele tiden. Men det faktisk noe som er vanskelig, det er en avhengighet som er der og som faktisk er ganske slitsomt til tider.» (Kari)

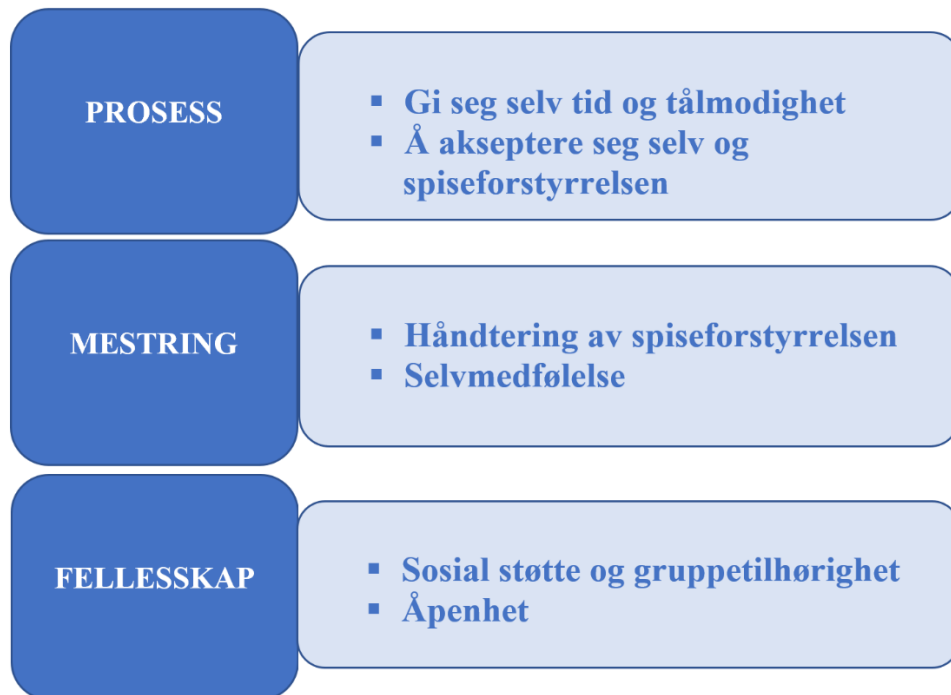
Informantene er samstemte om at det snakkes lite om BED i samfunnet, og at det er lite åpenhet om lidelsen. Den ene kvinnen formidler at mer åpenhet ville gitt en bedre forståelse, som igjen kunne gitt henne mindre skyldfølelse. Analysene viser at de opplever utfordringer ved å bli møtt med lite forståelse, og hvor andre ikke forstår sammenheng mellom vekt og spiseforstyrrelsen. Dette kan føre til at det er vanskelig å forklare eller være åpen om det de sliter med. Flere av informantene trekker frem utfordringer ved å ha en psykisk lidelse, kontra det å ha en fysisk lidelse. En av informantene opplever det mer utfordrende å snakke om spiseforstyrrelsen kontra det å fortelle at hun har en prolaps i nakken.

Flere sier at de har holdt det hemmelig i mange år, selv for sine nærmeste familiemedlemmer, i usikkerhet for hvordan de skal bli møtt. Berit forteller at hun ikke engang har fortalt om hennes utfordring til sin egen sønn, og at hun selv ikke bidrar til åpenhet. Hun sier hun engster seg for hvordan det kan gi henne et stempel, og at det er en veldig tabubelagt lidelse siden den kan oppleves av utenforstående som selvforskyldt.

«Nei, for meg oppleves det som at det er noe som ikke snakkes om i samfunnet generelt liksom. De spiseforstyrrelsene som er liksom anoreksi og bulimi. Det er jo de man hører om, men dette er jo også en spiseforstyrrelse tenker jeg, atte, eh, fordi det gir jo en del begrensninger på en måte hos mange ihvertfall, ehh, i livet. Og er til hinder for blant annet vektnedgang, ja.» (Pia)

5.2 Faktorer som fremmer tilfriskning

Ordet tilfriskning var for mange av informantene ukjent, og ble beskrevet nærmere av intervjuer som prosessen mot å bli frisk. Flere tydeliggjorde at det å bli frisk ikke betyr fullstendig fravær av overspisingsepisoder, men det å ha bedre kontroll over hyppighet og mengde mat knyttet til overspisingen. Ut ifra innsamlet empiri i denne studien ble kropp og vektreduksjon nevnt av alle informantene, men hvor synspunktene rundt dette viste seg å være varierende. Samtidig påpeker informantene at de må finne verktøy som gjør at de kan håndtere overspisingen i hverdagen. Det trekkes frem blant flere av informantene at tilfriskning omfatter mye mer enn kun det å bli frisk fra overspisingsslidelsen, men viktigheten av å jobbe med flere ytre eller indre faktorer som påvirker helse og livskvalitet.



Figur 4: Tema med undertemaer om tilfriskning

5.2.1 Prosess

«Tenker at dette må jobbes med kontinuerlig. Men jeg ser klart en endring hos meg selv, og jeg har fått en del verktøy jeg kan bruke i disse situasjonene og jeg har nok et lite annet tankesett nå, jeg føler meg litt mer avslappet til det.» (Pia)

Gi seg selv tid og ha tålmodighet

Informantene sier at veien mot tilfriskning oppleves som en lang prosess. Flere fremhever at det er godt å være tålmodig og gi seg selv aksept for at overspising er en kompleks lidelse. En beskriver det som å forsøke å løse koden, og finne ut hva som skal til for å mestre den.

Informantene nevner at de må gi seg selv tid, og bevisstgjøre at de bør prioritere seg selv. Flere sier at de har hatt permisjon fra jobb, for å få mer overskudd til seg selv og prosessen mot tilfriskning. De fleste av informantene har slitt med lidelsen i mange år, og virker innforstått med at det vil ta tid å bli frisk. Hvordan begrepet frisk blir forklart varierer noe, men en økt opplevelse av kontroll over mengde mat og hyppighet på overspisingsepisodene trekkes frem av flere. Silje beskriver det slik: *«Men det er som jeg må prøve og feile, å feile og prøve, og finne noe som funker.»* Hun sier videre at det er krevende å endre vaner, og få de nye vanene til å bli etablert.

En av informantene sier at hun ikke vet hvordan hun skal vite når hun eventuelt er frisk, og det beskrives som umulig å måle. En annen sier at kroppsvekten er et mål på om man er frisk. Informantene forteller at de på en måte har to parallelle prosesser; å gå ned i vekt og unngå overspisingsepisoder.

«Men det er det jeg må finne ut av, det er som jeg må finne meg sjøl, jeg må finne hva som fungerer.. Det kan være noe som fungerer en viss periode også skeier det ut liksom, også går jeg tilbake igjen, akkurat som kroppen blir trigget tilbake og de kiloene han har tatt av seg» (Silje)

Mange sier at det fremstår som et evig prosjekt, og det kommer frem fra resultatene at de er på ulike stadier i prosessen. Det kan også tyde på at enkelte har mer fokus på vektnedgang og snakker mer om dette enn andre. Den ene informanten trekker frem at overspisingen har vært et hinder for å mestre å holde et vekttap over tid, og at fokuset nå er å bli frisk fra

spiseforstyrrelsen. Flere andre uttrykker også viktighet av å se på flere helsegevinster kontra det å kun se på vekt, og gi prosessen et større og mer helhetlig perspektiv.

«Det å håndtere det sånn at det ikke skjer ofte og regelmessig, men at det skjer en gang iblant og at det er normalt, og at det er helt greit og at man ikke skal gå rundt å føle at man er mislykket. For jeg tenker at hvis det skjer engang iblant så har jeg lyktes i å håndtere det og får en tilfriskning.» (Kari)

Alle informantene sier at deltakelse i grupperehabilitering har vært et ledd i prosessen som har gitt de mye positivt. De formidler at det har vært hensiktsmessig å treffe andre i samme situasjon, og kjenne at man er flere om samme utfordring. Flere sier at de kunne tenkt seg lengre oppfølging. Noen er usikre på hvordan de vil mestre lidelsen på egenhånd, og beskriver at de må ha respekt for at lidelsen aldri blir helt borte. Tuva trekker frem betydningen av å få støtte og hjelp når ting blir vanskelig, og at det kanskje vil skje etter man er ferdig i behandling. Den ene kvinnen forteller at hun underveis i grupperehabiliteringen har gjort seg mange notater, og skrevet ned egne refleksjoner. Hun uttrykker at dette har vært meningsfullt, for å kunne jobbe med denne prosessen i etterkant. Hun sier også at det ble gitt mange hjemmeoppgaver som de ble oppfordret til å jobbe med regelmessig for å bevare bevisstheten. En annen forklarer at det blir viktig å akseptere at tilbakefall er normalt, samt jobbe med hvordan man henter seg inn i etterkant.

En annen beskriver en fordel med ikke å gi seg selv for mange regler knyttet opp mot kostholdet, og unngå typisk «ja-mat» og «nei-mat».

«Og det å ikke sette kostholdet mitt i bås da. Nekte meg ting eller definere meg selv om jeg er flink eller ikke hvis jeg for eksempel spiser en sjokolade eller ikke.» (Pia)

Informantene uttrykker hvordan gode rutiner legger til rette for å bedre kunne lykkes i sin tilfriskningsprosess. Dersom dagen får en god start og frokost inntas som planlagt, kan dette ifølge informantene gi positive ringvirkninger på resten av dagen. Ordet kontroll nevnes av alle informantene, og beskriver hvordan de på ulike måter jobber med å ta kontroll over blant annet måltidsrytme, type og mengde mat som spises.

«At man må finne verktøy for å kunne håndtere det i hverdagen, og at det er liksom det som blir målet da. Ja det å ha kontroll på det. (...) jeg tenker at jeg alltid på en måte ha en fokus på hvordan forholdet mitt til mat er, det kommer alltid til å være, jeg kan ikke la det få fritt spillerom på en måte. Jeg har en vei fortsatt å gå, men jeg har tenkt at jeg alltid må ha fokus på mat og meg og spising.»
(Nora)

Å akseptere seg selv og spiseforstyrrelsen

Det er som nevnt tidligere, at det å få en diagnose kan oppleves på ulike måter, og igjen påvirke hvordan personene klarer å jobbe med aksept. Aksept kan være et viktig ledd i veien mot tilfriskning. Informantene beskriver at lidelsen de har oppleves som krevende og sammensatt. Som beskrevet tidligere forteller de om skam knyttet opp mot diagnosen, og at dette igjen gjør det utfordrende å akseptere den. Overspising kan samtidig gi fysiske symptomer, i form av vektøkning, som også kan føre til mindre aksept for egen kropp.

«Assa det er litt sånn i forhold til hvordan man ser på seg selv i forhold til andre og hvordan de klarer å ha kontroll på spisingen sin, ehh , og det er jo gjerne det jeg også vil, men det er jo fordi man sammenligner seg og hvordan man føler seg mislykket og hvordan man ønsker å ha det.» (Silje)

Flere trekker frem en nødvendighet i det å være mer snill mot seg selv, og gi seg selv mer aksept for egen kropp. En av informantene sier at hun i større grad aksepterer vekten sin. Hun velger å fokusere på de tingene som hun mestrer med den kroppen hun har, eksempelvis å gå tur istedenfor å jogge. Nora beskriver at hun i større grad godtar seg selv, og har justert målsettinger underveis i prosessen. Videre trekkes det frem at det å bli eldre, få mer livserfaring og være mer moden og reflektert er faktorer som gjør det lettere å gi seg selv aksept.

«Jeg tror på en måte at jeg har kommet til et punkt hvor jeg godtar meg selv som jeg er, og at jeg har den kroppen jeg har, og det er kanskje noe man har kommet til å klare å godta det og kanskje ikke det å bli tynnast mulig er så viktig eller er målet nå, men at helse er viktigere. Jeg synes jeg har klart å snu om fokus på det da.» (Nora)

5.2.2 Mestring

«Ja for jo flere gode valg man tar, så bygger man seg selv opp ved å gjøre det, for det merker man jo, da jeg har klart å stå over eller utsette noe eller gjøre noe bra, da blir man jo litt sånn åh ja jeg klarte det jo! Og jo flere sånne man klarer å få til jo bedre følelser blir det jo. Men man må på en måte tillate seg, at hvis det butter, og det vil jo gjøre det, så må man godta det og da komme tilbake til det med kontrollen og vite at jeg selv har kontrollen da.» (Nora)

Håndtering av spiseforstyrrelsen

Mestring er en faktor som trekkes frem av alle informantene, og som fremstår som avgjørende i tilfriskningsprosessen. Informantene sier at det å tillate seg å kjenne på mestring kan gi en opplevelse av å ha kontroll. Det blir beskrevet av flere hvordan det å ha kontroll over spisingen gir en ekstremt god følelse, som igjen forsterker et ønske om å klare å håndtere situasjoner hvor overspising kan forekomme. Positiv tenking og tydeliggjøring av hva man faktisk mestrer, trekkes også frem blant informantene. Informantene forteller at selv om de opplever bedre perioder med mer kontroll, så er det viktig å ha respekt for at spiseforstyrrelsen ligger der latent, og at forholdet til mat kan være anstrengt i lang tid.

«At man må finne verktøy for å kunne håndtere det i hverdagen, og at det er liksom det som blir målet da. Ja det å ha kontroll på det. (...) jeg tenker at jeg alltid på en måte ha et fokus på hvordan forholdet mitt til mat er, det kommer alltid til å være, jeg kan ikke la det få fritt spillerom på en måte. Jeg har en vei fortsatt å gå, men jeg har tenkt at jeg alltid må ha fokus på mat og meg og spising.» (Nora)

Et undertema som trekkes frem er hvordan informantene blir bedre kjent med sine triggere for overspising. Dette henger igjen sammen med det å bli mer i kontakt med egne tanker og følelser. En av informantene sier at det er avgjørende å bli bevisst og kunne forstå hvorfor hun ender opp med å bruke mat til å håndtere følelser. Ved å gjenkjenne triggerne, gir det mulighet for å utforske hvordan man kan lære seg å forholde seg til de på en bedre måte enn med spising. Noen beskriver det som en seier og kunne mestre å benytte seg av en annen strategi. En annen informant trekker frem at det å gjøre noe hyggelig mot seg selv istedenfor å ty til overspising. Samtidig forteller Berit at det kreves en utrolig styrke for å klare å endre

mønster og gjøre noe annet enn å velge og spise. Det kommer frem flere ulike verktøy som blir sett på som nyttige i en tilfriskningsprosess. Strategier som blir nevnt er strikking, rydding, gå tur ut, lese bøker og være sammen med andre. Flere informanter forklarer det de kaller å utsette spisingen - å gi seg selv en *time-out*, eller en *pustestopp*, før man eventuelt velger å spise. Dette beskrives som en strategi som øker bevisstheten rundt hvorfor man kjenner på behovet for å spise, og at det kan føre til at man lar være å spise. Berit forklarer det på denne måten:

«Det har også hjulpet meg litt å ha et kvarter og vente å spise det du har lyst på, ta et kvarters pause for å se om jeg vil spise det da, og som regel så har du ikke så lyst på det. Men det kan jo skje at jeg fortsatt har lyst på, men da har man ihvertfall klart å skape en mer bevisstgjøring rundt spisingen din.» (Berit)

En annen faktor informantene forteller om som kan påvirke overspisingen er tilgjengelighet av mat. Silje påpeker at hun bør ha sunn mat i skapene, og unngå å kjøpe inn godteri før til helgen. Har hun for mange valgmuligheter foretrekker hun ofte det enkleste, som ofte ikke er det mest hensiktsmessige. Videre nevner flere at det å planlegge og strukturere dagene med tanke på måltider, er en faktor for å redusere overspising. Andre teknikker som trekkes frem er pusteøvelser og mindfulness-øvelser. Flere snakker om hvordan de nå håndterer stress på en mer hensiktsmessig måte etter å ha fått mer kunnskap om stressmestring. Flere har kjent på en følelse av ikke å strekke til, ikke å være flink nok og ikke leve opp til sine egne og andres forventninger. En av informantene beskriver dette som «snill pike syndrom», hvor jobb eller andre personer prioriteres foran seg selv. Tuva sier at hun er mer bevisst på hva som kan «ryddes bort» og velge å ta en ting av gangen.

«Jeg har ikke klart å gå ned så veldig, men jeg har klart, assa, det å bli bevisst på når jeg overspiser og mer om hvorfor jeg gjør det også. Og da tenker jeg at det er et første steg i å få gjort noe med det, og bli bevisst og forstå hvorfor jeg gjør det og hva som trigger. For da kan man lettere på en måte finne ut av andre strategier istedenfor.» (Kari)

Selvmedfølelse

Dette begrepet går igjen hos informantene og formidler at de ønsker å være mer gode mot seg selv og ha et mer vennlig språk. Det trekkes frem at det å gi seg selv ros og skryt er selvforsterkende, men at det krever bevisstgjøring og øvelse. Følelsene som informantene beskriver etter å ha mestret å unngå overspising fremheves som svært nødvendige. Flere forteller at de har høye krav til seg selv og hva som er bra nok. En av dem sier at hun snakker seg selv ned og har en streng tone, som igjen påvirker tilfriskningsprosessen negativt. Dette kan beskrives som en indre kritiker, og hvor sterkt denne stemmen kan påvirke oss. En av informantene omtaler det som en indre demon, som overtar og styrer henne i feil retning. En annen trekker frem at det vil være mer hensiktsmessig å tenke gjennom hva en venn ville ha sagt.

«Jeg tenker at jeg må være god mot meg selv, å være min bestevenn, ehh, litt sånn hva ville min bestevenn ha sagt? De ville jo ikke vært så grusomme mot meg, som jeg tidvis er mot meg selv (...) jeg ville aldri ha sagt sånne ting jeg sier til andre inne i mitt hode, aldri liksom, så ja jeg tror det er første pri for meg, det å snu de negative tankene.» (Pia)

Tre av informantene forteller om hvordan det å være i nærhet til naturen ga opplevelser av mestring. De beskriver det som et fristed fra negative tanker og hverdagsstress. Det trekkes frem som en strategi for å unngå å bli sittende inne og overspise. Dessuten kan det ha positive effekter på kostholdet etter at man har vært ute, ved at man lettere velger gode valg.

«Og jeg gråt så fælt oppe i skauen, gråt og gråt, og da jeg kom hjem da så var jeg så fornøyd med meg sjøl for da hadde jeg på en måte fått erstattet overspisingen, samtidig som jeg hadde bearbeidet en del følelser oppe i skogen, jeg lot på en måte de følelsene få komme ut, i stedet for å stenge de inne, og døyve det med sjokolade eller et eller annet.» (Silje)

5.2.3 Fellesskap

«Det har vært kjempefint å treffe andre i samme situasjon, og få bekreftet at det faktisk er flere som sliter med det samme og at man kan snakke med noen åpent om disse episodene uten å få et dømmende blikk. Det har liksom vært en raushet ovenfor det.» (Pia)

Sosial støtte og gruppetilhørighet

Informantene i denne studien hadde alle deltatt i grupperehabilitering med fokus på overspisingslidelse, og hadde ulik erfaring med det å være del av et fellesskap. Hovedandelen av informantene trekker frem at det har vært svært nyttig å møte andre som har den samme utfordringen, og flere sier at det å ha denne lidelsen er noe man føler seg veldig alene om. Nora formidler det slik: *«veldig godt i forhold til det å ikke føle seg alene i det.(..)At det på en måte er andre som har det som meg da, og på en måte høre at andre står i de samme problemene. At det er lettere å dele erfaring ved at andre går gjennom det samme. Så det er trygghet på en måte, det å være sammen med andre likesinnede»*. Denne tryggheten beskrives av flere, og er en faktor som ligger til grunn for å ville åpne seg og snakke om sine erfaringer med lidelsen. En av informantene sier at det føles godt å kunne si ting høyt, og ikke være redd for å bli sett ned på. Videre sier hun at det er befriende ikke å måtte bære alle følelsene inne i seg, og at det kan hjelpe både henne og andre å dele utfordringer og mestringsopplevelser.

Det kommer frem at gruppedeltagelse har gitt økt kunnskap om lidelsen og en større forståelse av sin egen atferd. Mange uttrykker at de opplever å bli møtt på en god måte av både de andre deltakerne og de ansatte ved rehabiliteringssenteret. En forteller at det har vært nyttig å høre om andres opplevelser, mestringsstrategier, samt å kunne utveksle erfaringer. Den ene informanten fortalte at hun satt igjen med en opplevelse av at mye av erfaringene som ble delt i gruppen hadde et negativt fokus, som igjen kunne påvirke henne i feil retning. *«For alle har jo hele tiden ramset opp, ehh, hvor skitdårlig det går, hvis jeg kan si det rett ut. Og det provoserte meg faktisk lite granne at jeg, ehh, hvorfor skal alle her sitte å prate negativt?» (Silje)*

Åpenhet

Det trekkes frem av flere at de etterlyser mer åpenhet om overspising som de sier vil gjøre det lettere å bli møtt med forståelse. Det anses blant informantene som viktig å gjøre det kjent at det er mange som sliter med denne lidelsen, og at det er en spiseforstyrrelse. Det skiller mellom det å være åpen med sine nærmeste og åpenhet generelt i samfunnet. Flere av informantene forteller at de har fortalt kun få personer om sin utfordring, og at nærmeste familie er uvitende til hva personen sliter med. Det trekkes frem at det å fortelle de nærmeste om sin lidelse kan være utfordrende, men også gi god støtte. Mange av informantene formidler at de har valgt å prioritere andre enn seg selv, hvor henholdsvis familie og barn kommer i første rekke. En forteller at hun har fokusert mye på jobb og valgt å legge mye vekt på jobbkarriere.

«Men det er ikke noe jeg har lyst til å flagge. Det tror jeg ikke. Jeg har ikke snakket med foreldrene mine liksom, de har ingen anelse.» (Pia)

Det påpekes at åpenhet om BED generelt i samfunnet kan redusere skamfølelse og muligens føre til at flere vil be om hjelp og tørre og snakke om det. Det trekkes frem at spiseforstyrrelser, samt andre psykiske lidelser, kan være utfordrende å åpne opp om.

«Så kunnskap ut til befolkningen er veldig viktig. Så det er jo så mange diagnoser som er tabu, men folk har jo blitt flinkere til å snakke om blant annet selvmord, så det er jo håp for overspisere også.»

(Berit)

6.0 Diskusjon

Diskusjonskapittelet er inndelt i to underkapitler. Resultatene diskuteres først, hvor de fem hovedtemaene fra analyseprosessen drøftes. Formålet med diskusjonsdelen er å trekke frem hovedfunn av resultatene i studien og diskutere de opp mot eksisterende litteratur og teori. Det er den samme todelte inndelingen som ble gitt i resultatdelen, for å gi en tydelig og god diskusjon rundt studiens problemstilling. Problemstillingen som ble valgt i denne oppgaven har en bred vinkling. Dette var et bevisst valg for å kunne utforske fenomenet overspisingslidelse uten å ha et bestemt definert tema i forkant.

Deretter diskuteres metoddelen, hvor styrker og svakheter ved studien vil fremlegges.

6.1 Diskusjon av resultater

6.1.1 Hvordan erfarer pasienter det å ha en overspisingslidelse

En utfordrende avhengighet

I det første temaet beskriver informantene hvordan de opplever det å ha en overspisingslidelse. Resultatene i denne studien viser at informantene har gått i lang tid uten å ha en klar diagnose eller selv vært innforstått med hva de har hatt som utfordring. Noen formidler at de har hatt en opplevelse av at forholdet til mat har vært vanskelig, men at det ikke har blitt brukt begrepet overspisingslidelse som forklaring. Dette kan være et signal på at overspising er en lidelse som det snakkes lite om i helsevesenet og generelt i samfunnet, og at det muligens finnes store mørketall. Det fremheves av alle informantene at mer åpenhet kunne gjort lidelsen bedre kjent og mer akseptert, og kanskje ført til at flere ville bedt om hjelp. Samtidig viste resultatene at pasientene hadde flere psykiske eller fysiske utfordringer, som viser til at komorbiditet kan gjøre totalsituasjonen mer krevende. Dette kommer frem i andre nylige publiserte studier (Brownley et al., 2016; Davis et al., 2020). Studier viser at mellom 20-50 % av personer med BED aldri ber helsevesenet om hjelp for lidelsen, mye grunnet skam og vanskelige følelser knyttet til overspisingen (Pettersen et al., 2011). Som nevnt viser studier at opp mot 40 % av dem som søker hjelp for fedme kan ha en overspisingslidelse (Aguera et al., 2020; Reas, 2017; Rådgivning om spiseforstyrrelser, 2020).

Det kan være utfordrende å skille mellom pasienter med fedme og pasienter med både fedme og BED (Davis et al., 2020). På engelsk brukes det ulike ord for å tydeliggjøre forskjellen mellom «overeating» og «binge eating», mens vi i det norske språk ikke har et eget ord for «binge». Informantene i min studie beskriver at de synes det kan være vanskelig å skille mellom overspising som «normalt» og balansen til å overspise «å miste kontroll». Pasienter som har en overspisingslidelse, kan selv være uvitende om dette og eventuelt helsepersonell som heller ikke vet at det er en diagnose. Disse pasientene henvises derfor ofte til rehabilitering for fedme innen spesialisthelsetjenesten, på grunn av høy KMI. Dagens retningslinjer for behandling av overvekt og fedme har ikke vært revidert på ti år, og det er liten differanse mellom årsakene bak overvekten og hva som eventuelt er riktig behandlingstilnærming (Helsedirektoratet, 2011). Det kan tenkes at mange personer med BED i dag opplever å få «feil» behandling, med tanke på at mange ikke får riktig diagnose. Samtidig er det få steder som tilbyr behandling, enten individualisert eller i gruppe. En amerikansk tverrsnitts-studie viste til samme tendens, hvor mangelfull diagnostisering og lite kunnskap om lidelsen ga pasienter lite støtte og tilbud om behandling (Supina et al., 2016). Tidligere studier på BED i Norge viser at personer med lidelsen etterlyser slike tilbud, og et økt kunnskapsnivå blant helsepersonell om overspisingslidelse (Raavand, 2017). Dette gjenspeiles blant svarene som mine informanter forteller om. Helsepersonell som jobber med fedmebehandling opplever også de samme manglene, og ser et tydelig behov for endring (Dahl, 2019). Samlet sett indikerer disse funnene et behov for revisjon av nåværende retningslinjer med et mer differensiert behandlingstilbud når det kommer til dagens fedmebehandling. Det kan muligens gjøre det lettere å fange opp pasienter med en overspisingslidelse. En nylig systematisk oversiktsstudie om BED fra USA fremhever det samme og etterlyser bredere tilbud og mer forskning (Davis et al., 2020). Rehabiliteringssenteret som var samarbeidspartner i denne studien hadde et gruppetilbud rettet mot BED, og ut ifra informantenes tilbakemeldinger hadde deltakelse i grupper rehabiliteringen vært et viktig ledd i tilfriskningsprosessen.

En norsk fokusgruppe-studie undersøkte hvordan personer med fedme opplevde møte med helsevesenet. Resultatene her viste at behandlere hadde et utilfredsstillende engasjement og lite kunnskap om behandling. Det vises til et behov for et mer målrettet blikk på hva som skal til for å endre, kontra det å få en bekreftelse på det pasienten ikke mestrer (Malterud & Ulriksen, 2010b). Til sammenligning med erfaringer fra informanter i denne studien, forteller

flere om opplevelser hvor de blir møtt på en nedverdiggende måte og hvor helsepersonell viser lite tiltro til endring. En annen forteller at hun har blitt møtt på en god og respektfull måte, men hvor hun opplever at det er lite kunnskap om hvordan man skal jobbe med lidelsen og tilfriskning. En masterstudie fra 2017 så også på bruker erfaringer blant BED-pasienter med norsk helsevesen, og viste at flere hadde negative opplevelser i møte med sin fastlege. Erfaringene viser til lite kunnskap om overspisingslidelse blant fastleger, og en forenklet måte å møte lidelsen på (Raavand, 2017). Dette gjenspeiles blant informantene i min studie, hvor flere opplever å bli møtt med lite forståelse. Dette kan ha gitt skamfølelse og negative erfaringer når det kommer til det å be om hjelp. En beskriver møte med fastlegen, hvor hun opplevde å bli målt opp og ned med blikket. Dette kan være uheldig, siden det er fastlegen som har hovedansvar for pasientens helse, og som igjen skal henvise dem til riktig instans. Ut ifra resultatene varierer det hvordan møte med annet helsepersonell oppleves, eksempelvis ved fedmeavdelinger på sykehus. Det kan være flere grunner til hvorfor resultatene viser store ulikheter, hvor både pasientens sårbarhet og hvilken fagperson som møtte pasienten kan ha betydning for utfallet. Resultatene fra min studie indikerer at pasientene opplevde å bli møtt av helsepersonell ved rehabiliteringssenteret på en god og respektfull måte. Det kan tenkes at de her ble møtt med en større forståelse rundt overspisingslidelsen og hvor de ansatte ønsket å hjelpe pasientene med årsaken bak overvekten. Flere studier viser at det å bli møtt med respekt, forståelse og bli tatt på alvor fremmer motivasjon og endringsprosess (Pettersen et al., 2011; Venturo-Conerly et al., 2020; Øverås, 2018).

Det kommer frem av resultatene at informantene har en oppfatning at det er lite åpenhet om psykiske lidelser, og at dette er noe de savner. Dette er et av målene for psykisk helsearbeid, hvor økt aksept og forståelse er nødvendig i både forebygging og behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2022). Mange studier viser sammenheng mellom psykisk lidelse og spiseforstyrrelser (Aguera et al., 2020; de Vos et al., 2017; Dingemans et al., 2017; Kessler et al., 2013). Overspisingslidelse er en psykisk lidelse, noe informantene tydeliggjør ved å si at utfordringen sitter i hodet. Likevel viser materialet i studien at alle pasientene opplever å ha først blitt møtt i helsevesenet på grunn av overvekt. De forteller at de har blitt møtt med en holdning om at det er viktig å jobbe med vektreduksjon. Dette er selvsagt hensiktsmessig for å oppnå helsegevinster og redusere risiko for sykdom, men utelukker ikke det å jobbe med hva som er årsaken bak overvekten. Den ene informanten understreker at hvis alt det psykiske hadde vært på stell, så ville hun muligens ikke hatt en utfordring med overspising og heller

ikke overvekt. Hun påpeker behovet for å jobbe med de bakenforliggende årsakene til hvorfor hun ikke har det bra. En av informantene har innsett at det er en sterk sammenheng mellom hennes depresjon og overspising. Det er diskutert i litteraturen og flere studier drøfter hva som er årsak til hva, og om overvekt var en utfordring som førte til BED eller motsatt (Reas & Grilo, 2007). I sistnevnte studie viste resultatene at 63 % av deltakerne mente at overvekten kom før overspisingsslidelsen. Samtlige av informantene i min studie har forsøkt i mange år å gå ned i vekt, ved å jobbe med endring i kosthold- og aktivitetsvaner. Når det kommer til tilfriskning av en overspisingsslidelse er ikke løsningen å gå ned i vekt, det er tvert imot noe som blir ansett som en del av utfordringen og være er vedlikeholdende faktor for spiseforstyrrelsen (Aguera et al., 2020). Forskning og faglitteratur viser at det kan være uhensiktsmessig å jobbe parallelt med vektreduksjon, samtidig som man ønsker tilfriskning fra en spiseforstyrrelse. Det anbefales først å ta tak i overspisingssproblematikken (Davis et al., 2020; de Vos et al., 2017; Fairburn, 2018).

Det blir beskrevet som «en negativ spiral» å leve med overspisingsslidelse, en spiral det oppleves utfordrende å bryte ut av. Overspisingsepisoder kan trigges av både psykiske og fysiologiske årsaker, og ofte som en kombinasjon (Skårderud, 2004). I en metasyntese av kvalitative studier undersøkte man hva som kjennetegner tilfriskning, hvor det fremheves at det er en prosess med opp- og nedturer (Eaton, 2020). For å komme ut av en negativ spiral må personer bryte ut av gamle vaner, og lære seg og mestre samt håndtere nye vaner. Dette er noe informantene i min studie trekker frem som utfordrende. Mange uttrykker at de har hatt overspising som en utfordring i lang tid, og hvor det på en måte har blitt en del av deres identitet. Dette gjør det vanskelig å bryte ut av spiralen. Resultater fra en lignende masteroppgave viser til det samme, hvor informantene hentydet at en raskere diagnostisering ville gjort tilfriskningsprosessen enklere (Raavand, 2017). Samtidig er ambivalens normalt å kjenne på ved en spiseforstyrrelse og hvor pasientene ofte har en del av seg som finner det tryggest å bli i den (Rådgivning om spiseforstyrrelser, 2020). Dette ble også nevnt av mine informanter, hvor de beskriver det utfordrende å fjerne spising som en mestringsstrategi i vanskelige situasjoner. De forteller at de i perioder er bevisste og begrenser spising, men at det ofte er i sammenheng med slanking og tanken om å gjøre en endring for å redusere vekt. Som tidligere beskrevet blir dette ansett som uheldig, siden personen kun tenker på vekt og kalorier, kontra det å jobbe med følelsene som trigger spisingen. Under analysen kommer det frem av informantene ser nytten av å kjenne sine triggere for overspising. Ved å gi seg selv

mer kunnskap rundt dette, uttrykker de en større sannsynlighet for å ha kontroll, mestre ulike situasjoner og øve seg på å bruke ulike verktøy. En trigger kan være en gitt hendelse, situasjon eller en følelse (Skårderud, 2000). Den ene informanten fortalte om dødsfall og sykdom i nær familie som eksempler på ytre påkjenninger som kan trigge behov for spising. Andre informanter fortalte om overganger i livet, for eksempel å flytte til et nytt sted eller det å bli foreldre. Videre ble engstelse, stress og kjedsomhet trukket frem. Dette er eksempler på triggere som er gjentakende for personer med spiseforstyrrelser (Fairburn, 2018). Flere har gitt seg selv mer tid til å jobbe med overspisingproblematikken, og satt til side andre faktorer som kan ha gitt mye stress. Informantene forteller at det er nyttig å finne alternative strategier i utfordrende situasjoner som kan fjerne tanken og lysten på overspising over på noe annet. Jeg vil videre diskutere to viktige temaer som beskriver vedlikeholdende faktorer for BED; følelsesregulering og matens funksjon.

Dingemans et.al. publiserte en oversiktsartikkel hvor de undersøkte følelsesreguleringen i BED. Her løftes det frem at negative følelser ofte utløser overspisingsepisoder, som igjen er en strategi på å nedregulere negative følelsene. Dette blir en uheldig strategi for følelsesregulering (Dingemans et al., 2017; Leehr et al., 2015). Følelsesregulering kan ses opp mot *Emotion regulation model* (Gross, 1998). Denne modellen viser til hvordan mennesket håndterer følelser og hvordan vi agerer på dem. Personer med BED har en forhøyet negativ affekt som ofte trigger overspisingsepisoder (Leehr et al., 2015) Denne kompleksiteten rundt det følelsesmessige knyttet opp mot overspisingen finner vi igjen i min studie. Informantene forteller om et spekter av følelser, hvor veien mellom gode og vonde følelser er kort. En sier at hun kjenner på en lykkefølelse i det hun overspiser, men som fort går over til sinne, dårlig samvittighet og tristhet. En annen sier at hun kjeffer på seg selv etter en overspisingsepisode, og beskriver det som at en annen person styrer henne. Følelsene sinne/frustrasjon og engstelse/tristhet står for 95% av tilfellene bak en overspisingsepisode (Dingemans et al., 2017). Et annet element som trolig påvirker den negative spiralen, er perfektjonisme. Flere forteller om hvordan de har store forventninger til seg selv og har mål om å mestre flere områder i livet. Den totale belastningen av at alt skal være opp mot perfekt, kan bli uutholdelig over tid, som igjen kan skape negative emosjoner. Overspisingen kan øke sannsynlighet for å kjenne på en skuffelse over å ikke gjøre det man burde. Ordet *burde* trekkes frem som et negativt ladet ord av informantene, som igjen kan legge opp til visse

forventninger. Perfeksjonisme er et vanlig karaktertrekk hos personer med BED, og hvor det ofte blir satt høye og urealistiske krav til seg selv (Fairburn, 2018).

Et av kriteriene for BED er en følelse av tap av kontroll over matinntak (American Psychiatric Association, 2013). Personer med BED kan oppleve store *mat-cravings*, og miste kontroll over mengden de spiser (Schag et al., 2013). Ifølge mine informanter kan overspisingsepisodene være planlagte hvor de har handlet inn det de ønsker, samtidig som det kan skje impulsivt. Studier har også sett på sammenheng mellom BED og matavhengighet, og viser at personer med fedme og BED i større grad sliter med dette (Curtis & Davis, 2014). Informantene i min studie forteller om et altoppslukende fokus, og til tider et avhengighetsforhold til mat. Den ene omtaler suget etter å spise som å oppleve abstinenser, og sammenlikner overspising med rusmisbruk. Videre uttrykker hun at personer som overspiser ikke kan slutte å spise, slik som en person med rusproblemer kan slutte å ruse seg. Dette kan gi et bilde av hvor sterke krefter som styrer spisingen, og hvor det er hensiktsmessig å forstå de neurobiologiske prosessene som ligger til grunn og som er i likhet med annen avhengighetsproblematikk (Davis et al., 2020). Ultraprosesserte matvarer med høy kaloritetthet som inneholder mye sukker, fett og salt, ofte kalt «junk-food», har en tendens til å skape større avhengighet med tanke på hjernens dopaminsystem (Curtis & Davis, 2014; Davis et al., 2020). Dette er i samsvar med hva som kom frem i min studie. Informantene sier at det som regel er den usunne maten som blir spist i overspisingsepisoder, og hvor det oppleves utfordrende å begrense mengde. Likevel kom det frem av enkelte at det likeså godt kan handle om «vanlig» mat, men hvor mengdene overstrider det egentlige behovet. Om en person med BED har en matavhengighet eller ikke ses ofte i sammenheng med personens følelsesregulering og personlighet (Davis et al., 2020).

Ifølge litteraturen er brudd på spiseregler en av de vanligste vedlikeholdene årsakene til overspising (Fairburn, 2018; Skårderud, 2000). For mange regler knyttet mot mat kan øke sannsynligheten for at personer ikke mestrer å følge de. Dette kan igjen gi en opplevelse av skuffelse. Det oppfordres av den grunn å bevisstgjøre hvilke regler man har, for å så utfordre de med å kjøpe inn og spise de matvarene som i utgangspunktet er forbudt (Fairburn, 2018). Flere av informantene i min studie forteller om akkurat dette med strenge kostholdsregler og tydelig ja- og nei-mat. De forteller om erfaringer ved at brudd på reglene kan føre til skuffelse

over egen atferd, som videre gir negative følelser. Informantene beskriver at de i overspisingsepisoder mister kontroll og spiser selv om de er mette og kvalme. Informantene forklarer at overspisingen kan oppleves som en straff mot seg selv og at spisingen trigges av følelser i stedet for fornuft. Videre viser forskning at personer med overvekt i større grad påvirkes av *food-cues*. Dette handler om hvordan man blir trigget av blant annet lukt, smak og reklame om mat, og lettere tar uhensiktsmessige valg (Belfort-DeAguiar & Seo, 2018). Belønningssenteret i hjernen overstrider den hormonelle sult- og metthetsreguleringen. Som nevnt i bakgrunnskapittelet, vil matomgivelsene våre være et ledd i å kunne fremme smarte matvalg (Torheim et al., 2020). Dette bør i større grad løftes frem på politisk nivå, da tiltak på samfunnsmessig plan kan gi store positive effekter på folkehelsen. Et eksempel på dette kan være å forby tilbud på enkelte sukkerholdige produkter, som for eksempel sjokolade og godteri. Samtidig som dette kan understreke at overvekt ikke kun handler om individuelle valg. Det kan også tyde på at flere av pasientene er impulsive og tar valg uten å reflektere over innhold, samtidig som de kjenner på utfordringer ved å stoppe spisingen og at de spiser til det er tomt. En fremhever at hun opplever overspisingen som en følelse av å være grådig, og at det kan være utfordrende å gå forbi kiosker. Det kan virke som at det som er «forbudt» blir mer fristende, og dermed får mye fokus. Dette gjenspeiles i en tysk systematisk oversiktsstudie, som viser at personer med fedme og en BED- diagnose har en økt impulsivitet, samt en forsterket belønningsrespons (Schag et al., 2013). En nyere oversiktsartikkel viser til at det er fire impulsive trekk som henger sammen med BED. Dette er mangel på rasjonell handling i negative situasjoner, mangel på utholdenhet, mangel på ro og søken etter tilfredstillelse (Davis et al., 2020).

Skam

Skam ble nevnt av alle informantene, og det kommer tydelig frem at dette er en vanskelig følelse, som i stor grad påvirker personene. Informantene i denne studien bekrefter en sterk opplevelse av skam og negative følelser knyttet til det å ha en overspisingsslidelse. Dette understrekes av den ene informanten, som forteller at hun er åpen om at hun deltar i grupperehabilitering for overvekt. Samtidig som hun velger å holde deltakelsen i overspisinggruppen hemmelig. Resultatene viser at informantene opplever mer åpenhet rundt anoreksi og bulimi i samfunnet, og mener at de som lider av dette blir møtt med mer forståelse. Dette kan tyde på at mer kjente diagnoser gis større aksept. Mange kvalitative

studier viser en sterk sammenheng mellom BED og opplevelse av skam, i tillegg til skam som en vedlikeholdende faktor for overspising (Aguera et al., 2020; Dingemans et al., 2017; Duarte et al., 2014). I min studie viser resultatene at negative kommentarer fra andre om kropp og utseende i stor grad fører til økt skamfølelse. Det er i midlertidig deres egne tanker om utseende og atferd som fremkaller mest skam og dårlig samvittighet. Dette kan igjen henge sammen med dårlig selvtillit, som er et kjent karaktertrekk for personer med BED (Fairburn, 2018). Som tidligere diskutert er det sterk korrelasjon mellom fedme og BED. Av den grunn kan personer med BED ofte oppleve at skammen kan få en dobbel betydning, med tanke på å være overvektig, samt det å miste kontroll over matinntak (Kunkeova, 2016). En av informantene tydeliggjorde dette ved å si at det er mulig å skjule overspisingen, men ikke størrelsen på kroppen min. Studier viser at personer med BED og fedme har lavere selvfølelse og mer alvorlige psykiske plager, enn personer som har fedme uten BED (Lewer et al., 2016)

Skam kan knyttes opp mot lav grad av mestringstro, noe som også kommer frem av mine resultater. Informantene forteller at de gjentatte ganger har kjent på mislykkethet ved ikke å mestre varig vektnedgang. Flere av informantene forteller om skamfølelsen de får som et resultat av dette, ikke bare ovenfor seg selv, men også for de helsearbeiderne som har hjulpet dem. Det som er interessant er dog at de mest sannsynlig har jobbet mest med atferdsendring og ikke gitt rom for å jobbe med de psykologiske faktorene som mest sannsynlig har vært årsaken til overvekten. I dette tilfelle overspisingslidelse. Informantene forteller om tidligere deltakelse i rehabilitering for fedme, hvor overspisingslidelse aldri har blitt adressert. Det kan diskuteres om flere hadde fått til bedre og holdbare resultater også på vekt, dersom det hadde vært et sterke fokus på BED og skammens funksjon (Duarte et al., 2014). Skam kan også ha vært et hinder for at informantene selv ikke har tatt opp problematikken med fastlegen eller personer innen helsevesenet, samtidig som man frykter å ikke bli møtt med forståelse (Swan & Andrews, 2003). En litteraturstudie om skammens relevans i forståelsen av overspisingslidelse, viser at åpenhet om skam vil være et avgjørende ledd i behandling mot lidelsen. Det kan diskuteres hvorvidt helsepersonell mestrer å jobbe med de bakenforliggende årsakene til lidelsen, og ikke kun fokuserer på atferdsendringer (Kunkeova, 2016).

Som nevnt er kroppsbilde en annen faktor å diskutere i lys av skam. Kroppsbilde defineres av Greene som «*et mentalt bilde vi har av størrelsen, figuren og formen på egen kropp, og evalueringene vi gjør av våre kroppslige egenskaper og karakteristika*» (Greene, 2011). Perseptuell og evaluerende er to dimensjoner ved kroppsbilde, hvor den sistnevnte vil kjennetegne informantene i denne studien. Det beskrives ved å se det reelle kroppsbilde opp mot den ideelle kroppsstørrelse (Greene, 2011). Alle informantene påpeker og snakker til dels nedlatende om egen kropp, samtidig som flere ytrer ønske om en lavere vekt for å føle seg bedre. Misnøye med egen kropp er vel dokumentert blant kvinner med overvekt, og er vist å være en årsak til økende KMI (Puhl et al., 2020). Informantene i denne studien fremhevet at det å være stor ga en opplevelse av å være mislykket, hvor de ifølge dem selv ikke levde opp til normene i samfunnet. En påpekte at det å være tynn var tegn på vellykkethet, mens det å være stor var det motsatte og faktisk gjorde deg til et mindre godt menneske. En annen snakket om hvordan hun gledet seg til å kunne kjøpe klær i mindre størrelser. Dette understreker hvor sterkt kropp og vekt kan påvirke selvbildet. Andre studier viser til lignende resultater hvor pasientene med BED har et negativt selvbilde og en opplevelse av å svikte seg selv fordi kroppen er stor (Brechan & Kvalem, 2015; Haugen, 2017). En doktoravhandling fra Canada undersøkte kvinners kroppslige erfaringer med overspising, og hvordan lidelsen påvirker hele mennesket. Her påpekes det at kvinnene har et negativt kroppsbilde og hvordan vanskelig følelser er dominerende og igjen påvirker skamfølelsen (Eshtehardi, 2015).

Våre kulturelle holdninger til overvekt og fedme er i stor grad negative og vanskelige å endre. I en kulturell kontekst er dagens kroppsidealer marginale og viser til at jenter bør være slanke (Malterud & Ulriksen, 2010a). Stigmatisering på grunn av vekt er et kjent fenomen og en studie fra USA viser at diskriminering grunnet vekt er den tredje mest vanlige formen for diskriminering i samfunnet (Puhl et al., 2020). Videre viser studien at diskrimineringen er høyest blant kvinner og er økende med grad av KMI. Vektstigmatisering er en faktor som kan bidra til utvikling av fedme, øke tilfeller av overspising og hindre motivasjon for å endre atferd (Puhl et al., 2020). Dette gjenspeiles i stor grad av mine informanter. Alle fortalte om opplevelser av å bli møtt med negative holdninger, nedlatende blikk og kommentarer på egen kropp. Den ene informant beskrev at hun ble møtt på en annen måte da hun var tynn og at hun i dag som tykk opplever det annerledes. Samtidig forteller flere at de legger merke til hvordan andre bemerker personers kroppsstørrelse på en negativ måte, og hvordan overvekt fremstilles i media. Alle sier at de ofte har fått råd om hva de selv kan gjøre for å gå ned i

vekt, som igjen kan oppleves dømmende. Flere beskriver at de selv ikke har fått direkte bemerkninger, men at det de tenker at andre tenker blir internalisert i dem selv. Dette kan igjen tyde på at personene har en sterk indre kritiker. En oversiktsartikkel fra Tyskland så på studier som har undersøkt kroppsbildeforstyrrelser og BED. Det trekkes frem av personer med BED har større misnøye med egen kropp og bekymringer knyttet til vekt og kroppsformer (Ahrberg et al., 2011). Dette viser til kompleksiteten bak en overspisingslidelse, hvor misnøye over egen kropp kan trigge overspising, som igjen kan trigge restriktiv spising som på sin side trigger mer overspising. Informantene i min studie fremhever verdien av å forstå seg selv bedre, og ha aksept for egen kropp. En kvalitativ studie, hvor 18 personer med overvekt ble intervjuet viser til hvordan det er å leve med overvekt (Ueland et al., 2019). Resultatene viser til ulike temaer, blant annet det å dømme seg selv og hvordan det oppleves å bli stigmatisert av samfunnet. Det fremkommer videre at det kan oppleves emosjonelt ubehagelig, gi negativt stress og være et hinder for å delta i sosiale settinger. Videre brukes begrepet objektivisering, som viser til hvordan personer med overvekt kan oppleve å bli fremmedgjort i eget liv. Det trekkes også frem at det å være stor gir en opplevelse av å ikke passe inn i samfunnets skjønnhetsidealer. Helsepersonell som møter personer med overvekt kan forsterke denne objektiviseringen ved sine holdninger, og det etterlyses en annen vinkling ved å møte «hele mennesket» som subjekter i eget liv hvor det bør jobbes med økt grad av selv-aksept (Ueland et al., 2019).

6.1.2 Faktorer som fremmer tilfriskning

Prosess

Å bli frisk fra en spiseforstyrrelse er en sammensatt prosess og har ingen klar overordnet definisjon. Ifølge nasjonale retningslinjer er hovedmålene å normalisere spisemønster og redusere antall overspisingsepisoder (Helsedirektoratet, 2017). Diagnosekriteriene som ligger til grunn for diagnostisering av BED vil bli brukt etter endt behandlingsforløp, hvor helsepersonell kan vurdere om pasienten er frisk. Det drøftes i andre studier hvorvidt begrepet *frisk* bør ses på mer holistisk, og ikke kun se på fravær av symptomer og diagnosekriterier (Lord et al., 2018). En tilfriskningsprosess har ikke et klart utfall, men hvor pasienten selv er i best stand til å definere om han eller hun er frisk. Det vil innebære fysiologiske og psykologiske endringer, samt atferdsendring over tid. Fysiologiske endringer kan være vektreduksjon, og et bedre selvbilde er et eksempel på en psykologisk endring (Bardone-Cone

et al., 2018; Øverås, 2018). Mange ulike former for behandling er forsket på hvor CBT blir ansett som gullstandard (Davis et al., 2020).

Det vil være nyttig i videre forskning å lytte til personer som har vært gjennom en tilfriskningsprosess og få en større forståelse av deres erfaringer og hva som er effektivt (Eaton, 2020; Lord et al., 2018). En kvalitativ metaanalyse viste at psykisk «*well-being*» var det viktigste kriteriet for tilfriskning (de Vos et al., 2017). Det blir ansett som en krevende prosess, og studier viser at det er utfordrende å holde motivasjon over tid. Mange personer har frafall fra behandling og opplever tilbakefall til lidelsen (Davis et al., 2020; Venturo-Conerly et al., 2020). I min studie kommer det frem at informantene har ulike synspunkter på hva det vil si å bli frisk. De fleste anser ikke tilfriskning som fullstendig fravær av overspising, men det å oppleve mer kontroll over spisingen. Samtidig sier flere at det å bli frisk fra andre sykdommer også er en del av prosessen, eksempelvis bedre blodsukkerregulering for diabetikere, mindre kneplager og lavere blodtrykk. Ut ifra analysene og egne refleksjoner etter intervjuene, oppleves det som at pasientene i denne studien hadde økt tiltro og håp mot egen tilfriskning. Det kan tyde på at flere av informantene har jobbet med sine egne forventninger og justert hva de selv anser som bra nok. Forventningsavklaring er en faktor som også fremheves som relevant i andre studier (Eaton, 2020). Pasientene bar preg av optimisme, samtidig som de fleste anerkjente at det fortsatt krevde fokus og bevisstgjøring for å ivareta gode rutiner. Samtidig kan de ha vært farget av tematikk som var diskutert gjennom gruppesamtaler og at dette kan ha preget svarene i intervjuene. Flere uttrykte bruk av samme verktøy og strategier i sin tilfriskningsprosess.

Det første temaet oppsummerer mange av temaene og som tydeliggjør hvordan mange faktorer henger sammen og påvirker hverandre. Skårderud beskriver en helhetlig psykoterapeutisk tilnærming som nødvendig, og løfter frem fem ulike aspekter for tilfriskning. Atferdsendring, pedagogikk, kognisjon, følelser og relasjoner (Skårderud, 2004). Det kan være nyttig å skille mellom de utløsende faktorene for overspisinglidelsen og hvilke faktorer som er vedlikeholdende. I behandling med CBT er det fokus på jobbe med sistnevnte og identifisere disse (Fairburn, 2018). Det første steget som løftes frem av flere av informantene er økt bevissthet og selv-refleksjon, som vi også finner i andre studier (Pettersen et al., 2011). De utdyper at det er nyttig å bli bevisst på hvorfor man overspiser, gjenkjenne

triggere og utforske mulighet for endring. Dette kan ses i lys av Prochaska og DiClemente`s «stages of change»- modellen som viser ulike stadier i en endringsprosess, og som tydeliggjør hvor pasienten selv befinner seg (Norcross et al., 2011). Det er ifølge modellen først en fase hvor overveielse for endring finner sted og deretter forberedelse. Det anses som avgjørende for tilfriskning at pasienten har vært gjennom disse fasene og selv er motivert og ønsker en endring (Øverås, 2018). Det som var til felles for alle informantene i min studie var at de tilsynelatende befant seg i *handlingsfasen*, og alle fortalte at de hadde hatt god effekt av gruppedeltagelse og opplevde økt grad av kontroll på overspisingen. Det kan tenkes at informantene hadde større motivasjon grunnet gruppebehandlingen de nylig hadde deltatt på, og at de muligens ville vært i en annen fase dersom intervjuene hadde funnet sted på et senere tidspunkt. Alle informantene sa at det er en langvarig prosess som krever tid og tålmodighet og hvor det er nødvendig å ha aksept for tilbakefall i form av overspisingsepisoder. Tilbakefall anses som en helt normal fase for pasienter å komme i, og det er måten man møter denne på som blir avgjørende for videre endring (Lied, 2020). En av informantene tydeliggjorde at hun ikke så på enkelte overspisingsepisoder som et tilbakefall, men som en naturlig del av et normalt kosthold. Fairburn skiller mellom tilbakeskritt og tilbakefall i sin litteratur, hvor det er realistisk å forvente små tilbakeskritt uten at det betyr at spiseforstyrrelsen er tilbakevendt (Fairburn, 2018).

En norsk kvalitativ studie gjennomførte dybdeintervjuer med 13 kvinner med spiseforstyrrelse, og undersøkte hva som kjennetegnet deres tilfriskningsprosess. Ulike kategorier ble løftet frem, hvor blant annet det å finne alternative strategier for spising var verdifullt. Videre beskrives det at spiseforstyrrelsen blir som en del av personenes identitet, og hvor det er utfordrende å finne veien tilbake til et normalt liv (Pettersen et al., 2013). Opptil flere av informantene i min studie fortalte at de ikke er ferdige med å jobbe med spiseforstyrrelsen, og at de selv ikke opplever at de er blitt friske. Samtidig er det flere som kjenner på en usikkerhet i forbindelse med hvordan det vil bli å «stå på egne ben» uten å delta i gruppe og ha tett oppfølging. Det ble nevnt av flere at de ønsket seg lengere behandlingsforløp og oppfølging, som kan understreke sårbarheten de opplever ved lidelsen. Det ble løftet frem nødvendighet av støtte når ting blir vanskelig og mulighet til å kunne ta kontakt. Samtidig kan det å ha faste avtaler hjelpe pasientene å holde bevisstheten oppe (Lied, 2020). Det kom frem blant mine informanter at det oppleves godt å få et navn på utfordringen, og få mer spesifikk hjelp til overspisingen. Dette er funn jeg finner i andre

studier. Det fremheves at det få en diagnose kan ta bort tanker om at personen selv er viljesvak og ikke mestrer å ha kontroll (Lord et al., 2018). Alle informantene nevner vektreduksjon som en faktor de har jobbet med utallige ganger, og at de har kjent på både oppturer og nedturer. Det trekkes frem at ulike tidligere behandlingstilbud har hatt et ensidig fokus på kosthold og trening, og ifølge informantene mindre fokus på mentale faktorer. Flere sier at det å få hjelp til vektnedgang har vært uhensiktsmessig, med tanke på at spiseforstyrrelsen har stått i veien for langvarig mestring av vedlikeholdelse av vekttapet (Fairburn et al., 2003). Likevel viste analysene at enkelte av informantene fortsatt konsentrerte seg mest om vektreduksjon, hvor det bar preg av mindre forståelse rundt det å jobbe med psykologiske aspekter.

Aksept var et av undertemaene som omhandler både aksept for diagnose og aksept for egen kropp. Det å få en diagnose kan oppleves ulikt, både i positiv og negativ forstand. Det kommer frem i denne studien at de fleste kjente på en tilfredshetsstillelse ved å få et navn på utfordringen. Refleksjoner i etterkant av intervjuene ga meg en opplevelse av at de fleste av pasientene hadde klart å akseptere lidelsen og hvor de fortalte at de kjente på en større ro. Dette kan være en positiv faktor som gir et bedre utgangspunkt for å mestre nye strategier for overspising og muligens fremme tilfriskningsprosessen. I en kvalitativ studie hvor det ble benyttet *message boards*, skrev en av informantene at det å være ærlig mot seg selv og erkjenne at hun hadde en spiseforstyrrelse, opplevdes som svært nyttig (Lord et al., 2018). Alle informantene formidlet at det var første gang de fikk hjelp med spiseforstyrrelsen, etter de kom til rehabiliteringssenteret som omtales i denne studien. Muligens har det gitt bedre forutsetninger for tilfriskning og kan ha gitt positive mestringsopplevelser underveis i prosessen. Det trekkes frem av informantene at det har vært lærerikt å jobbe med oppgaver og skrive ned erfaringer og mestringsopplevelser, som et verktøy i tilfriskningsprosessen. Flere forteller at de i større grad opplever mestring ved å kontrollere overspisingsepisoder, og slike mestringserfaringer vil ifølge Bandura kunne gi økt mestringsstro (Bandura, 1997).

I en artikkel i Tidsskrift for psykisk helsearbeid, beskrives det at mennesker med en psykisk lidelse kan bli møtt med diskriminering og stigmatisering, noe som kan være en årsak til at det er utfordrende å akseptere diagnosen (Årseth & Johannessen, 2013). Videre viser artikkelen til en studie hvor personer med en psykisk lidelse er intervjuet om hvordan de har opplevd det

å få en diagnose. Resultatene viste at personene ønsket å bli sett for den personen de er, og ikke bli møtt som en diagnose. I likhet med denne studien sa flere av informantene at diagnosen ble som en merkelapp. Det kan oppleves ulikt om man passer inn eller ikke i diagnosen (Årseth & Johannessen, 2013). For noen kan en diagnose også bli en «*hvilepute*». Noen av informantene formidlet at de er bevisste på hvordan de jobber seg mot tilfriskning, kontra det å bli låst i diagnosen (Albertsen et al., 2019).

Det tydeliggjøres av informantene at vekt har hatt et sterkt fokus i livene deres, hvor flere sier de har negative erfaringer med å ha en kropp som er stor. Som tidligere diskutert kan negative tanker om seg selv føre til skam og selvforakt, som igjen påpekes som to hindre i en tilfriskningsprosess (Lord et al., 2018). En av informantene hadde et tydelig mål på å endre kroppsstørrelse, mens andre tydeliggjorde hvordan de nå jobbet med overspisingslidelsen kontra vektendring. Dette kan være et tegn på at informantene hadde gitt seg selv aksept for spiseforstyrrelsen. Forskning viser at bedre kontroll på selvregulering er mer primært å jobbe med enn vektkontroll (Starkman, 2015). Flere understrekte at det å akseptere kroppen som den er har vært et viktig element i tilfriskningsprosessen. Dette finnes det støtte for i litteraturen hvor resultater viser til at aksept for kropp er en avgjørende faktor for tilfriskning (Richmond et al., 2020). Denne studien understreker også hensikten av å se på overvekt i et mer holistisk bilde og møte hver enkelt pasient i hans eller hennes livsverden og imøtekomme individuelle behov uten stigmatiserende holdninger. Dette er i samsvar med mine resultater, og stigmatisering kan være en faktor som kan gjøre det utfordrende å akseptere seg selv. Samtidig kan det gi personene mange negative tanker og holdninger til egen atferd. En kvalitativ metaanalyse som inkluderte 18 studier, så på ulike kriterier som lå til grunn for tilfriskning. Her trekkes også selv-aksept frem som et av de viktigste kriteriene. I tillegg til dette vektlegges også relasjoner til andre, sosial støtte, mestring av spiseforstyrrende atferd, autonomi og tilpasningsdyktighet (de Vos et al., 2017).

Flere av informantene uttrykker at det å se helsebegrepet i et større perspektiv enn vekt og KMI kan være hensiktsmessig med tanke på tilfriskning. Flere forteller om et anstrengt forhold til kropp og vekt og hvordan dette har vært dominerende og negativt. En beskriver at det å fokusere på hva kroppen mestrer og dens funksjonalitet er mer nyttig enn å se på kun fravær av sykdom. En annen tydeliggjør at det er grunnleggende hvordan hun har det med seg

selv. Hvordan kan slike tanker gi større grad av håp for å få til endring? Det kan tyde på at prosessen mot tilfriskning i gruppedeltagelse har gitt pasientene større aksept for egen kropp. Dette kan igjen prege endringskapasitet og muligheter for å ha søkelyset på helsegevinster i sin helhet. Forskning er med å understreke dette, og begrepet Health at every size (HAES) er mye brukt i litteraturen (Meyer et al., 2019; Samdal, 2018). Begrepet beskriver tre prinsipper som vil fremme god helse, uavhengig av størrelse: et fleksibelt forhold til mat, glede ved bevegelse og fysisk aktivitet og respekt og aksept for kropp i ulike størrelser. Alle disse punktene ble også beskrevet av denne studiens informanter som viktige faktorer for endring. En studie så på effekt av bruk av Acceptance and commitment therapy (ACT) og HAES-prinsipp i behandling for kvinner med en depressiv lidelse og overvekt. Deltakerne i den studien opplevde metoden som hjelpsom, og flere av temaene som ble trukket frem gjenspeiler resultater fra min studie. Eksempler på tematikk som ble trukket frem som hensiktsmessige er selv-aksept, forpliktende handlinger, gruppetilhørighet og sosial støtte. Det påpekes at metoden ville vært hensiktsmessig også i videre forskning og behandling for spiseforstyrrelser (Berman et al., 2016).

Mestring

Det andre temaet er en avgjørende faktor for å få til endring uavhengig av problematikk. Teori viser at tro på egen endring og tidligere erfaringer ligger til grunn for mestring (Naidoo, 2016). For å oppleve mestring og begrense overspisingsepisoder trekker informantene frem at de ønsker å bli bedre kjent med sine triggere for overspising. Noe som går igjen er hvordan de skal håndtere følelser, mestre vanskelige situasjoner og unngå overspising som strategi. I samsvar med resultatene fra min studie viser forskning at mindfulness og tilstedeværelse kan ha god effekt på dette (Beccia et al., 2020; Linardon et al., 2019). En litteratur oversikt fra 2014 viste at 18 av 21 studier hadde god effekt på spiseatferd av slik type behandling. Det vises til at mindfulness kan gi bedre kontroll over negative tanker, samtidig som personer med BED vil kan få en økt bevissthet om spisingen er grunnet fysisk sult eller basert på følelser (O'Reilly et al., 2014). Flere av informantene trekker frem bruk av pusteøvelser og «*tid til å stoppe opp*» som faktorer som påvirker pasientene positivt. Behandlingsintervensjonen BBAT har som målsetting at pasientene skal få større aksept for egen kropp og se mulighetene kroppen har. Behandlingen har vist gode resultater hvor pasienter opplever større grad av ovenfornevnte. En systematisk oversiktsartikkel av RCT som så på effekt av BBAT for pasienter med anoreksi og bulimi, viste signifikant bedring av spiseatferd samt reduksjon i

symptomer på depresjon (Vancampfort et al., 2014). Det er mange likheter fra BBAT og til det informantene i min studie trekker frem som nyttig i den behandlingen de har fått. Som flere påpeker er det lærerikt å se hva kroppen mestrer, og ikke bli låst i begrensinger ved overvekten. Informantene sier det gjør godt å bevise ovenfor seg selv at man mestrer og håndterer spisingen, som igjen gir sterk motivasjon til å jobbe med tilfriskning.

Ulrich har forsket mye på hvordan psykisk helse kan påvirkes av naturen. Hans teori «*stress recovery theory*», viser til hvordan vi mennesker kan få en helsefremmende effekt av å være ute i naturen. Ifølge teorien vil det både være stressdempende og sykdomsforebyggende (Ulrich, 1983). Fysisk aktivitet og friluftsliv er satsningsområder innen folkehelsearbeidet i Norge, og vil ha stor betydning for å fremme folkehelsen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Flere av informantene i denne studien bekrefter dette og formidler at nærhet til natur og turer i skogen oppleves som en god mestringsstrategi. De beskriver det som et fristed fra hverdagsstress, hvor de kan være alene og gi seg tid til å kjenne på følelser. Sistnevnte er et ledd i tilfriskningsprosessen for overspising; at man kan tillate seg å kjenne på ubehagelige følelser som man kanskje i utgangspunktet ville spist bort (O'Reilly et al., 2014). Samtidig kan det gi gode og meningsfulle opplevelser som kan påvirke informantene både psykisk og fysisk. Dette kommer også frem i en annen norsk studie hvor begrepet friluftsliv trekkes frem som en arena for tilfriskning. Friluftsliv beskrives som et viktig fenomen i norsk kultur, og kan bidra til rekreasjon (Trangsrud et al., 2021). Studien beskriver, i likhet med denne studiens informanter, hvordan det å være i naturen kan gi ro, tid til egen refleksjon og «fri» fra spiseforstyrrelsen.

Som beskrevet under diskusjon av skam, forteller informantene om lav mestringstro med tanke på mestring av vektreduksjon. Dietter og strenge treningsrutiner er blitt brukt som en mestringsstrategi av flere av informantene i tidligere prosesser, for å legge lokk over overspisingen. Det viser seg at dette kan være sårbart i lengden, da brudd på rutiner kan bli et nederlag, som igjen kan påvirke grad av mestringstro. En informant beskriver det som at for mange regler kan trigge henne til å overspise, da den «forbudte» maten oppleves mer attraktiv. Som diskutert i forrige kapittel er det mat som inneholder mye sukker og fett som ofte foretrekkes. En strategi som ble løftet frem av informantene var gode rutiner på måltidene og tilgjengelighet av riktig mat. Studier viser at matrestriksjoner i løpet av dagen ofte fører til

et for lavt energiinntak, som igjen kan trigge behov for overspising utover kvelden (Bakland et al., 2019). Det oppfordres i behandling av BED å jobbe med gode og faste rutiner på kostholdet, og unngå å beskrive enkelte matvarer og produkter som «ulovlig» (Rådgivning om spiseforstyrrelser, 2020). Det ble påpekt av en informant at dersom dagen startet med planlagt frokost hadde det positive følger for kostholdet resten av dagen med faste måltider. Dette var også funn i en norsk kvalitativ studie, som undersøkte effekten av en ny behandlingsform som kombinerer trening- og kostholdterapi. Her opplevde pasientene god effekt av fire faste måltider, hvor mengden mat var justert etter rådgiving av ernæringsfysiolog. Det trekkes også frem av pasientene at de etter behandling opprettholdt gode rutiner på kosthold og hadde bedre kontroll over sult- og metthetsregulering (Bakland et al., 2019).

Et begrep som trekkes frem av informantene er positivt selvsnakk, og hvordan dette kan påvirke mestring. Informantene i denne studien beskriver mye negativt selvsnakk og bruker mange negativt ladete ord, for eksempel: «*jeg er håpløs*», «*jeg er dum*», «*jeg får det ikke til*» og «*jeg må skjærpe meg*». Hvordan vil dette påvirke mestring og kan en endring i selvsnakk bidra til økt motivasjon? «*Jeg er mislykket*» kan være eksempel på en negativ leveregel, og kan trigge automatiske negative tanker, som igjen kan utløse selvdestruktiv atferd som overspising. Dette er grunnleggende innen kognitiv tilnærming, og viser til hvordan pasienter har som mål å få bedre kontroll over disse tankene og hvordan man agerer på de (Fairburn, 2018). Selvkritikk og høy grad av perfektjonisme er utbredte fenomener blant personer med spiseforstyrrelser og bør bli vektlagt i større grad i behandling (Fennig et al., 2008). Informantene i denne studien beskrev det som en indre kritiker, styggen på ryggen eller en ond demon. Dette tydeliggjør hvor negativt og ubehagelig det oppleves å ha slike tanker, og hvor dette igjen blir et hinder for å kjenne på mestring. Videre vil positivt selvsnakk kunne føre til økt optimisme, tilfredshet og livsglede (Neff et al., 2021).

Selvmedfølelse er et sentralt tema innen CFT. En RCT-pilotstudie fra 2015 sammenlignet CFT med CBT og «venteliste-gruppe», hvor begge grupper var basert på selvhjelp. Resultatene viste at begge gruppene hadde redusert dager med overspisingsepisoder, fra cirka fire til to dager i uken (Kelly & Carter, 2015). Videre tydeliggjorde den nevnte studien at CFT viste å gi økt selvmedfølelse blant deltakerne og mindre negativt fokus på kroppsbilde og vekt. Samtidig ga CFT behandling mindre depressive symptomer og en bedring i

overspisingspatologi. En kvantitativ studie undersøkte sammenheng mellom selvkritiske holdninger og kroppsskam, og hvordan dette kunne være årsaker til overspising. 329 kvinner fylte ut fire ulike kartleggingskjemaer; Binge eating scale, Body image shame scale, Depression Anxiety and Stress scale. Det ble i denne studien brukt en *Path model* for å vise sammenheng, og resultatene viste en sterk korrelasjon mellom kroppsskam og overspising (Duarte et al., 2014). En økt grad av selvmedfølelse trekkes frem av informantene som hensiktsmessig, og kan ifølge dem gi mer mestring og gode opplevelser. Flere av informantene påpekte at de må være like gode mot seg selv, slik som de er mot sine venner. Informantene forteller at de gjennom gruppedeltagelse er blitt bevisstgjort på dette, og det oppleves som flere av dem er mindre selvkritiske.

Fellesskap

Fellesskap og sosial støtte viser til det tredje teamet fra analysen. Det vil bli diskutert ulike former for støtte og hvordan dette kan påvirke tilfriskningsprosessen. Det kommer frem at støtte fra familie, venner og kollegaer er hensiktsmessig. Dette refereres til som følelsesmessig støtte, og hvor informantene uttrykker lettelse over å være åpen og kunne fortelle om utfordringen de har. Gode tilbakemeldinger og ros fra kjente kan gi økt motivasjon og mestringstro. Til tross for dette formidler andre at det er utfordrende å være åpen om lidelsen, og flere har valgt å fortelle om det bare til kun et fåtall. Det blir nevnt av en informant at ved å velge åpenhet vil hun gi seg selv et press om en forventning om å lykkes. Dette kan ifølge henne være positivt fordi det gir motivasjon, samtidig som det kan oppleves negativt dersom man ikke mestrer endring. Flere formidler at det er tveegget, hvor de opplever støtte, men samtidig kan få kommentarer som sårer, for eksempel: «*det er jo bare å slutte og spise*». En lignende studie viser mye av det samme, hvor familiemedlemmer kan oppleves som ikke-støttende og lite forståelsesfulle. Det beskrives som en balanse mellom det å vise støtte eller bli dømmende (Venturo-Conerly et al., 2020). Videre viste resultater at informantene i min studie har lettere for å nedprioritere seg selv og prioritere tid til eksempelvis familie eller jobb. Dette kan gi en opplevelse av mestring ved at de har kontroll over noe annet. Begge elementene viser til at det muligens oppleves enklere å ta fokus bort fra seg selv og det man sliter med. Det beskrives i litteraturen som selvutslettende personlighet, hvor man undergraver egne behov fremfor andres (Young & Klosko, 1995). Samtidig er dette noe vi finner igjen i den transdiagnostisk modell, hvor fokus på andre områder er et element som kan gi opplevelse av mestring.

Gruppetilhørighet kan ha en positiv effekt på endringsprosesser og gi trygghet og fellesskap (Ricca et al., 2010). Informantene hadde nylig gjennomført grupperehabilitering for overspisingslidelsen, og det fremheves i stor grad av informantene at de har hatt stor nytte av dette. En informant opplevde at psykiske årsaker og utfordringer ble tydeliggjort i høy grad, noe som fremhevet hvordan behandlingen var lagt opp. Resultatene viser at støtte fra de ansatte ved rehabiliteringssenteret har vært til stor hjelp og bidratt med informasjonsstøtte. De understreker at de har fått god veiledning, økt kunnskap og bedre forståelse av lidelsen. Dette kan refereres til det å ha en terapeutisk allianse, som viser at pasientene opplever en god relasjon basert på respekt og tillit (Venturo-Conerly et al., 2020).

Yalom har forsket mye på hvordan gruppeterapi kan bidra til bedring av ulike psykologiske lidelser (Yalom & Leszcz, 2005). Han løfter frem flere viktige terapeutiske faktorer som er hensiktsmessige i en gruppeterapisseting, hvor noen av disse vil diskuteres opp mot studiens resultater. *Stimulering* av håp gjennom å se andre få til endring, samt *universalitet* som tydeliggjør at man ikke er alene om en utfordring, kan bidra til håp om egen bedring. Flere av informantene fortalte at de kunne kjenne seg veldig alene om det å ha en overspisingslidelse, og de opplevde det positivt å dele erfaringer med andre i en gruppe. De følte samhørighet til hverandre og kunne kjenne seg igjen i ulike utfordringer og opplevde det som støttende. Dette er en faktor som fører til *gruppesamhørighet*, og flere sier at det ble en felles trøst i å dele med andre likesinnede. Det ble nevnt at mange av gruppesamtalene ble gjennomført via digitale løsninger på grunn av situasjon med Covid-19 og nedstenging, noe som ble ansett som mindre gunstig for å kjenne på gruppetilhørighet. Samstundes kom det frem at gruppesamtaler kunne gi rom for deling av mye frustrasjon og negative opplevelser, som ifølge enkelte bisto til et negativt fokus. Videre viser Yalom til at formidling *av informasjon*, kunnskap og råd gjennom både andre gruppedeltagere og terapeuter kan være hensiktsmessig. Flere av informantene mente at psykoedukasjon har gitt økt forståelse av fysiologiske årsaker, eksempelvis hjernens belønningssenter og hormonet dopamins funksjon. De sier at de også har fått mer kjennskap om seg selv, og hvordan dette har bidratt til nyttig kunnskap. Den franske filosofen Comte laget ordet *altruisme*, som er det motsatte av egoisme. Det kan gi en opplevelse av nytte gjennom å være til hjelp for andre i en gruppesetting. Informantene fortalte at de brydde seg om hverandre og viste mye empati. De sa at de ga hverandre råd og veiledning, og hvor det også fremheves et ønske om å holde kontakt med hverandre videre for

oppfølging. *Katarsis* beskrives ved at personer løfter frem og snakker om det som er vanskelig, og oppnår en økt bevissthet av årsakssammenhenger. Informantene i min studie ser nytten av mer åpenhet om følelser og formidler at det har vært godt å sette mer ord på det som er sårt og vanskelig. Det fremkommer tydelig ved sitater som påpeker at det er godt å si det høyt og ikke holde vonde følelser inne i seg. Oppsummert viser disse faktorene hvordan gruppedeltagelse ville gagnet en tilfriskningsprosess, og derfor kan anses som hensiktsmessig å benytte i større grad i behandling mot overspising (Ricca et al., 2010; Raavand, 2017; Venturo-Conerly et al., 2020).

6.2 Diskusjon av metode

Kvalitativ metode ble ansett som riktig metode for å innhente informasjon som igjen skulle gi svar på studiens problemstilling. Studien oppfylder krav til etiske og metodiske retningslinjer som sikrer kvalitet i studien, og som vil bli understreket og diskutert i kommende avsnitt. Studiens kvalitet ble også vurdert ved hjelp av COREQ-32 sjekklister. Denne har som hensikt å tydeliggjøre viktige aspekter ved kvalitativ forskning (Tong et al., 2007) (vedlegg 5).

I all forskning vil forskerens forforståelse og egne erfaringer og tanker sette preg på forskningen, noe som omtales som refleksivitet (Malterud, 2017). Jeg har selv jobbet med livsstilsendring for pasienter med fedme i mange år, og har også vært i kontakt med pasienter som har overspisingslidelse. Dette har også vært noe av motivasjonen for valg av tema i masteroppgaven. Min kunnskap og erfaringer påvirker forforståelsen, og det har vært avgjørende for studiens kvalitet å være bevisst på dette. Det har underveis i hele prosessen vært nødvendig å legge til side egne tanker og oppfatninger, noe som til tider har vært utfordrende. Gjennom analyseprosessen vil en typisk fallgrube være «å lete» etter resultater man selv ønsker å finne, og dermed ha en forutinntatt holdning til. Jeg har forsøkt imøtekomme dette ved å ha en høy bevissthet rundt min forforståelse og vektlegge at det var informantenes fortellinger som skulle ligge til grunn for studiens resultater. Videre kan min egen interesse, forståelse og respekt av en sammensatt problemstilling gi grobunn for åpenhet i intervjuene. Samtidig som det har gitt gode forutsetninger for å sette meg inn i tematikken. Flere av informantene delte sensitiv informasjon og vonde historier. Det har vært nyttig å ha arbeidserfaring med klinisk arbeid med pasienter for å kunne være en god mottaker i slike situasjoner. Det ble også gitt tilbakemeldinger fra informantene på dette i intervjusettingen, hvor informantene sa at de opplevde settingen og spørsmålsformuleringen som trygge og gode. Det har vært et grunnleggende ledd i studien å ikke bruke egne pasienter som informanter, for å skape en størst mulig avstand mellom intervjuer og informant. Det ble av den grunn inkludert informanter fra et rehabiliteringssenter hvor jeg selv ikke jobber.

6.2.1 Rekruttering og utvalg

Rekruttering av informanter ble gjort i samarbeid med rehabiliteringssenteret hvor pasientene var i behandling. Ved å benytte seg av et tilgjengelighetsutvalg var det enklere å komme i kontakt med aktuelle informanter. Samtidig kan det diskuteres om et utvalg fra ulike settinger kunne gitt et bredere datamateriale. Informantene kan ha vært farget av den gruppebehandlingen de nylig hadde gjennomført. Koronapandemien bidro til noen utfordringer ved rekruttering av informanter. Pasientene som skulle rekrutteres hadde begrenset fysisk oppmøte ved rehabiliteringssenteret og fikk derfor informasjon tilsendt via digitale plattformer. Det kan tenkes at det ble lettere å glemme denne informasjonen, eller lettere å ikke si ja til deltakelse siden man ikke møttes fysisk. Det var også planlagt at jeg skulle komme og presentere meg selv og studien, men dette ble avlyst grunnet koronanedstengning. Samtidig kan tematikken og dens sensitivitet gjøre det utfordrende for personer å ønske og delta. Til sammen kan dette ha vært faktorer som påvirket rekrutteringen. Til tross for dette ble det rekruttert et tilstrekkelig utvalg. Logistikk for gjennomføring av intervju ble enklere enn om det skulle vært planlagt fysisk møte. I denne studien kunne deltakerne selv velge når på dagen det var hensiktsmessig å gjennomføre intervju, også kvelder og helgedager var en mulighet, noe som økte sannsynlighet for å inkludere nok informanter. Deltakelse i studien kan også ha hatt noen fordeler ved at det har gitt informantene en berikelse og en større innsikt i sin egen livsverden. Dette ble også nevnt av flere informanter i etterkant av intervju, hvor de selv fortalte at de opplevde intervjusettingen som hensiktsmessig i egen prosess.

Antall informanter i denne studien ble ansett som et tilstrekkelig utvalg, og ga en rikelig mengde med informasjon til analyseprosessen. For mange informanter kan medbringe mye data som kan oppleves vanskelig å håndtere i en analyseprosess (Malterud, 2017). Likevel kan antall informanter trekkes frem som en svakhet ved studien, hvor det kan tenkes at et større utvalg muligens kunne gitt en større informasjonsmengde. Det er likevel ikke alltid slik at flest mulig informanter er det mest hensiktsmessige i kvalitativ forskning. Hensikten i denne studien har vært å gå mer i dybden av et fenomen, hvor antall informanter nødvendigvis ikke er avgjørende for gode resultater. Dette refereres til som informasjonstyngde. Færre informanter gir rom for å få med flere detaljer og en dypere innsikt i informantens livsverden (Malterud et al., 2016). Tre til fem informanter kan være tilstrekkelig for å oppnå dette (Kvale

& Brinkmann, 2009). Hvorvidt ytterlige informanter kunne gitt mer informasjon er vanskelig å si, men i denne studien og dens omfang ble det ansett som tilstrekkelig utvalg.

Det var en spredning i alder på informantene, noe som tydeliggjør at overspisingsledelse forekommer i ulike alder. Dette er vist i mange studier og det fremkommer også at lidelsen inntreffer i begge kjønn, i alle sosio-økonomiske grupper og ulike etnisiteter (Citrome, 2019; Davis et al., 2020; Kessler et al., 2013). Det var kun kvinner som deltok i denne studien, noe som kan trekkes frem som en svakhet. Selv om det er flest kvinner som har overspisingslidelse viser tall fra USA at mellom 0.9-2 % av menn har BED (Davis et al., 2020). For å ha et best mulig representativt utvalg ville det vært nyttig med mannlige informanter. Mye av litteraturen på BED baserer seg på kvinner, så her er det et ytterligere behov for videre forskning. En mulig forklaring på dette er at overspising oppfattes ulikt mellom kvinner og menn, og hvor menn ofte ikke opplever tap av kontroll på samme måte som kvinner gjør, og som er et av kriteriene for BED diagnosen (Carey et al., 2017). Samtidig har menn mindre overevaluering av kroppsfigur og vekt. Når vi ser at 14 % av den mannlige befolkningen har en KMI over 30, kan det tyde på at det er en del mørketall.

6.2.2 Intervjuprosessen

Datainnsamlingen ble gjennomført med bruk av en digital plattform og videosamtale på grunn av Covid-19 pandemien. Det kan trekkes frem både positive og negative effekter ved dette. Det som regnes som «gullstandard» for intervju med fysisk tilstedeværelse, men digitale løsninger blir benyttet mer og mer og anses som svært nyttig (Irani, 2019). På den ene siden kan dette ha skapt en større avstand mellom informant og intervjuer, som kan ha gitt rom for usikkerhet og muligens ha forhindret informasjon. Samtidig kan det muligens oppleves ukomfortabelt for informantene å sitte over lengere tid å se sitt eget speilbilde. På motsatt side kan avstanden for noen ha ført til økt trygghet, og dermed ha gitt motsatt effekt. Med tanke på at informantene kunne sitte hjemme hos seg selv i trygge omgivelser kan dette trekkes frem som en positiv variabel for gjennomføringen av intervjuene. Tekniske utfordringer og dårlig nettilgang kan forringe kvaliteten på samtalene (Irani, 2019). Informantene hadde ved tidligere anledninger brukt videosamtaler og var kjent med løsningen. Det samme hadde jeg som gjennomførte intervjuene. Dette sikret at intervjuene ble gjennomført på en god måte,

uten tekniske utfordringer. Gjennom å bruke digital videoløsning kunne informantene og jeg se hverandre, og det var mulig å gjøre tolkninger av kroppsspråk. Dette hadde ikke vært mulig ved et telefonintervju.

Det ble gjennomført ett dybdeintervju med hver pasient. Dette kan ha bidratt til mindre innsamlet empiri enn om det hadde vært gjennomført to intervjuer. Det kan tenkes at informanten ville kjent på en økt trygghet ved et annengangsintervju, som kunne vært hensiktsmessig for å få en dypere innsikt og mer informasjon. Tematikken i denne studien er sensitiv og informantene fikk søkelys på egne tanker, følelser og opplevelser. Av den grunn var det verdifullt å skape en god atmosfære for å få informantene til å kjenne seg trygge, og legge til rette for en åpen samtale. Flere faktorer var med på å hensyn til dette. Jeg var godt forberedt til hvert intervju, og samtalene ble åpnet med småprat for å legge til rette for en tryggest mulig setting. Intervjuguide ble benyttet for å holde struktur i samtalen, samtidig som det var rom for å hoppe litt i rekkefølge for å gi samtalen en god flyt. Det ble tydeliggjort at informanten kunne velge å ikke svare på spørsmål, som igjen skulle sikre deltakelse som frivillig. Jeg var bevisst på min rolle og var bevisst på å lytte godt og la informantene dele sine erfaringer. Videre var det nyttig å ha tid for oppfølgingsspørsmål, for å oppnå ytterligere informasjon fra informanten. Eksempler på dette var; «*Vil du si litt mer om dette?*», «*Kan du utdype dette noe mer?*». Svar fra informantene ble fulgt opp med bekreftende kommentarer og kort oppsummering for å sikre at informantene ble forstått på riktig måte. Dette er med på å sikre gyldighet i studien (Malterud, 2017).

6.2.3 Transkribering og analyseprosess

I denne studien var det jeg som gjennomførte transkriberingen. Dette bidro til å sikre nøyaktighet, samtidig som det var nyttig for å kunne gjennomgå intervjuene på nytt og bli godt kjent med datamaterialet. Det ble i denne studien ikke gjennomført informantvalidering, hvor informantene fikk det transkriberte intervjuet til gjennomlesning. Selve analyseprosessen i en kvalitativ studie er tidkrevende, og som et ledd i kvalitetssikring er det hensiktsmessig å være flere om prosessen. Veiledere i studien har lest de transkriberte intervjuene. Drøfting med veiledere underveis i prosessen har vært meget viktig for studiens gyldighet, hvor ulike synsvinkler kan gi større rom for tolkning. Videre er en styrke ved denne studien at veilederne

for oppgaven har ulike fagbakgrunner, som igjen gir et bredere spekter for tolking. Den ene veilederen har ernæringskompetanse og den andre psykologi. Det har vært gode diskusjoner knyttet til tematikk og undergrupperinger. Det ble underveis slått sammen grupper, og tatt bort grupper. Den hermeneutiske spiral viser til at forskeren går mellom fortolkning av datamaterialet og forståelse. Videre som dette ses i sammenheng med valgte teorier. Datamaterialet ble både lest og lyttet til flere ganger for å ikke miste nyttig informasjon. Det ble videre brukt fargekoder for å løfte frem ulike temaer. Med tanke på at datamaterialets omfang ble det vurdert at innsamlet data var håndterbart uten å benytte dataprogrammer for analyse. Systematisk tekstkondensering ble benyttet som analysemetode. Denne metoden blir ansett som en god metode og som ofte blir brukt av nybegynnere innen forskning (Malterud, 2017). Overførbarhet referer til om resultatene i en studie kan være relevant og overførbar til en annen forskningssammenheng eller for andre utvalg (Malterud, 2017). Denne studien har gitt en innsikt i hvordan det er å leve med overspisingslidelse, og kan ikke generaliseres til alle. Resultatene kan imidlertid komme til nytte i andre sammenhenger.

7.0 Konklusjon

Oppsummert viser resultatene fra denne studien at overspisingslidelse oppleves som en mindre kjent spiseforstyrrelse, som igjen påvirker hvordan det er for personer som lider av det. Det kommer frem at det er en utfordrende lidelse som ofte er sammensatt av flere faktorer. Negativt kroppsbilde går igjen blant informantene som igjen påvirker selvfølelsen og opplevelse av skam. Det er et tydelig behov ut ifra informantenes synspunkter at økt åpenhet kan føre til mindre skam, og gjøre overspisingslidelse mindre tabubelagt i og utenfor helsetjenestene. Det kommer frem at informantene i mange år har fått hjelp til atferdsendringer for å redusere vekt, men ikke fått en diagnose for overspisingslidelsen. Mange opplever å ha blitt møtt med lite forståelse og hvor fokuset på overvekten i stor grad har overskygget for spiseforstyrrelsen.

Denne studien viser at aksept og støtte er betydelige faktorer i en tilfriskningsprosess. Alle informantene har deltatt på grupperehabilitering for overspisingslidelse det siste halvåret og anser dette som et viktig ledd på veien til å bli frisk. Informantene sier det er nødvendig med hjelp og støtte, fra familie, helsepersonell og de andre gruppedeltakerne. Videre oppsummert formidler informantene at det er det verdifullt å bli kjent med sine triggere for overspising, og hvilke strategier som er nyttige å implementere for å unngå overspisingsepisoder. Samtidig vil det å benytte andre strategier gi mestringsopplevelser som igjen gir økt motivasjon til å jobbe med atferdsendring og tilfriskning. Alle informantene trekker frem at de jobber med selvmedfølelse og det vises til at en større godhet og aksept for seg selv er helt avgjørende for endring.

8.0 Implikasjon for praksis og videre forskning

Personer med overspisingslidelse faller ofte mellom to stoler, med et ben i somatikken og det andre innen psykisk helsevern. Lidelsen blir ikke anerkjent på lik linje som anoreksi og bulimi og har færre behandlingstilbud. Grunnen til dette kan være at diagnosen ikke er etablert i Norge gjennom bruk av ICD-11 som ennå ikke er tatt i bruk. Det å få en klar diagnose vil være et viktig ledd i det å løfte frem lidelsen og skape økt forståelse, samtidig som det kan gi tydeligere og bedre behandlingstilbud. Det er fortsatt relativt lite forskning som er knyttet spesifikt til BED, og det vil være nødvendig i fremtiden med mer forskning som vil være verdifullt for å tilstrebe ny kunnskap. Temaene som ble presentert i denne studien kan være interessante å gå mer i dybden på i fremtidige forskningsprosjekter. Resultater fra denne studien kan være med å underbygge behovet for åpenhet rundt spiseforstyrrelsen og aksept for at det er en psykisk lidelse. Ved å lytte til de som selv erfarer eller har erfart det å ha lidelsen kan brukermedvirkning gi bedre innsikt og en større forståelse av fenomenet. Dette kan igjen muligens lede til at flere som har spiseforstyrrelsen tør å åpne opp om utfordringene de har knyttet opp mot mat, kropp, tanker og følelser. Selv om denne studien ikke har evaluert tilbudet med grupperehabilitering rettet mot BED, tyder resultatene på at det har hatt en positiv virkning på pasientene. Gruppetilhørighet, mestring og sosial støtte fremheves som viktige faktorer i en tilfriskningsprosess. Det vil i fremtiden være hensiktsmessig å opprette flere tilbud; individuelt og i gruppe, for pasienter med BED. Dette kan gi grunnlag for videre evaluering og forskning for å se effekt av slike tiltak. Det vil være nyttig med økt kunnskap fra både et bruker- og behandlerperspektiv.

I et folkehelseperspektiv er utviklingen av overvekt og fedme i Norge er en stor utfordring, og forebyggende tiltak vil være helt avgjørende for å bedre utviklingen. Det er viktig å presisere at de fleste som har en fedme ikke har en overspisingslidelse, samtidig som det også er personer med normalvekt som har overspisingslidelse. Men det kan tenkes at en økt åpenhet om lidelsen kan hjelpe flere av de personene som utvikler en høy grad av fedme, og gi de et bedre og mer målrettet behandlingstilbud innenfor helsevesenet. Dette kan videre danne et utgangspunkt for å jobbe med den psykiske lidelsen som forhåpentligvis kan føre til bedre helse og livskvalitet.

Referanseliste

- Aguera, Z., Lozano-Madrid, M., Mallorqui-Bague, N., Jimenez-Murcia, S., Menchon, J. M. & Fernandez-Aranda, F. (2020). A review of binge eating disorder and obesity. *Neuropsychiatr.* doi: 10.1007/s40211-020-00346-w.
- Ahrberg, M., Trojca, D., Nasrawi, N. & Vocks, S. (2011). Body Image Disturbance in Binge Eating Disorder: A Review. *European Eating Disorders Review*, 19 (5): 375-381. doi: 10.1002/erv.1100.
- Albertsen, M. N., Natvik, E. & Raheim, M. (2019). Patients' experiences from basic body awareness therapy in the treatment of binge eating disorder -movement toward health: a phenomenological study. *J Eat Disord*, 7: 36. doi: 10.1186/s40337-019-0264-0.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-V)*. 5 utg. Washington D.C: American Psychiatric Association (lest 27.09.20).
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11 (1): 11-18. doi: 10.1093/heapro/11.1.11.
- Atwood, M. E. & Friedman, A. (2020). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 53 (3): 311-330. doi: 10.1002/eat.23206.
- Bakland, M., Rosenvinge, J. H., Wynn, R., Sundgot-Borgen, J., Mathisen, T. F., Liabo, K., Hanssen, T. A. & Pettersen, G. (2019). Patients' views on a new treatment for Bulimia nervosa and binge eating disorder combining physical exercise and dietary therapy (the PED-t). A qualitative study. *Eating Disorders*, 27 (6): 503-520. doi: 10.1080/10640266.2018.1560847.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Bardone-Cone, A. M., Hunt, R. A. & Watson, H. J. (2018). An Overview of Conceptualizations of Eating Disorder Recovery, Recent Findings, and Future Directions. *Current Psychiatry Reports*, 20 (9). doi: 10.1007/s11920-018-0932-9.
- Beccia, A. L., Ruf, A., Druker, S., Ludwig, V. U. & Brewer, J. A. (2020). Women's Experiences with a Mindful Eating Program for Binge and Emotional Eating: A Qualitative Investigation into the Process of Change. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 26 (10): 937-944. doi: 10.1089/acm.2019.0318.
- Belfort-DeAguiar, R. & Seo, D. (2018). Food Cues and Obesity: Overpowering Hormones and Energy Balance Regulation. *Current Obesity Reports*, 7 (2): 122-129. doi: 10.1007/s13679-018-0303-1.
- Berman, M. I., Morton, S. N. & Hegel, M. T. (2016). Health at Every Size and Acceptance and Commitment Therapy for Obese, Depressed Women: Treatment Development and Clinical Application. *Clinical Social Work Journal*, 44 (3): 265-278. doi: 10.1007/s10615-015-0565-y.
- Biber, D. D. & Ellis, R. (2019). The effect of self-compassion on the self-regulation of health behaviors: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 24 (14): 2060-2071. doi: 10.1177/1359105317713361.

- Brechan, I. & Kvalem, I. L. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eating Behaviors*, 17: 49-58. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.12.008.
- Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Bann, C. M. & Bulik, C. M. (2016). Binge-Eating Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med*, 165 (6): 409-20. doi: 10.7326/M15-2455.
- Carey, J. B., Saules, K. K. & Carr, M. M. (2017). A qualitative analysis of men's experiences of binge eating. *Appetite*, 116: 184-195. doi: 10.1016/j.appet.2017.04.030.
- Carlquist, E. (2015). *Well-being på norsk*. Helsedirektoratet. Oslo.
- Christiansen, W. S., Karlsen, T.-I. & Larsen, I. B. (2017). Materiell og profesjonell stigmatisering av mennesker med sykkelig overvekt. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 13 (2).
- Citrome, L. (2019). Binge eating disorder revisited: what's new, what's different, what's next. *Cns Spectrums*, 24: 4-12. doi: 10.1017/s1092852919001032.
- Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 39 (5): 499-511. doi: 10.1016/s0005-7967(00)00065-6.
- Curtis, C. & Davis, C. (2014). A qualitative study of binge eating and obesity from an addiction perspective. *Eat Disord*, 22 (1): 19-32. doi: 10.1080/10640266.2014.857515.
- Dahl, V. (2019). *Fedme og psykisk helse. En kvalitativ studie*. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Dahlgren, C. L., Stedal, K. & Wisting, L. (2017). A systematic review of eating disorder prevalence in the Nordic countries: 1994–2016. *Nordic Psychology*, 70 (3): 209-227. doi: 10.1080/19012276.2017.1410071.
- Davis, H. A., Graham, A. K. & Wildes, J. E. (2020). Overview of Binge Eating Disorder. *Current Cardiovascular Risk Reports*, 14 (12): 10. doi: 10.1007/s12170-020-00664-2.
- de Vos, J. A., LaMarre, A., Radstaak, M., Bijkerk, C. A., Bohlmeijer, E. T. & Westerhof, G. J. (2017). Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery: a systematic review and qualitative meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 5: 14. doi: 10.1186/s40337-017-0164-0.
- Dingemans, A., Danner, U. & Parks, M. (2017). Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*, 9 (11): 11. doi: 10.3390/nu9111274.
- Direktoratet for e-helse. (2020). *Kodeverket ICD-10 (og ICD-11)*. Tilgjengelig fra: <https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11> (lest 20.09.20).
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J. & Ferreira, C. (2014). Escaping from body image shame and harsh self-criticism: Exploration of underlying mechanisms of binge eating. *Eating Behaviors*, 15 (4): 638-643. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.08.025.

- Duarte, C. & Pinto-Gouveia, J. (2017). The impact of early shame memories in Binge Eating Disorder: The mediator effect of current body image shame and cognitive fusion. *Psychiatry Research*, 258: 511-517. doi: 10.1016/j.psychres.2017.08.086.
- Dulloo, A. G. & Montani, J. P. (2015). Pathways from dieting to weight regain, to obesity and to the metabolic syndrome: an overview Introduction. *Obesity Reviews*, 16: 1-6. doi: 10.1111/obr.12250.
- Eaton, C. M. (2020). Eating Disorder Recovery: A Metaethnography. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26 (4): 373-388. doi: 10.1177/1078390319849106.
- Eriksson, M. & Lindstrom, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61 (11): 938-944. doi: 10.1136/jech.2006.056028.
- Eshtehardi, S. (2015). *Voices caught within: The embodied experience of women with binge eating disorder*. Doctor. ProQuest Dissertations Publishing.
- Fairburn, C. G. (1995). *Overcoming binge eating*: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41 (5): 509-528. doi: 10.1016/s0005-7967(02)00088-8.
- Fairburn, C. G. (2018). *Få bukt med overspising*.
- Fennig, S., Hadas, A., Itzhaky, L., Roe, D., Apter, A. & Shahar, G. (2008). Self-criticism is a key predictor of eating disorder dimensions among inpatient adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 41(8): 762-776. doi: 10.1002/eat.20573.
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Fakta som sosial støtte og ensomhet*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>.
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Elementer i livsstiltiltak for vektreduksjon blant voksne personer med overvekt eller fedme: en kartleggingsoversikt*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Fyrand, L. (2016). *Sosialt nettverk. Teori og praksis*. 3 utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Getz, L., Kirkengen, A. & Ulvestad, E. (2011). Menneskets biologi - mett med erfaring. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 131 (7): 683-687. doi: 10.4045/tidsskr.10.0874.
- Gilbert, P. (2010). An Introduction to Compassion Focused Therapy in Cognitive Behavior Therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3 (2): 97-112. doi: 10.1521/ijct.2010.3.2.97.
- Greene, S. B. (2011). *Body Image: Perceptions, Interpretations and Attitudes*. Hauppauge: Nova Science Publishers.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (1): 224-237. doi: 10.1037/0022-3514.74.1.224.
- Hahn, W. K. (2001). The experience of shame in psychotherapy supervision. *Psychotherapy*, 38 (3): 272-282. doi: 10.1037/0033-3204.38.3.272.

- Hall, K. D., Ayuketah, A., Brychta, R., Cai, H. Y., Cassimatis, T., Chen, K. Y., Chung, S. T., Costa, E., Courville, A., Darcey, V., et al. (2020). Ultra-Processed Diets Cause Excess Calorie Intake and Weight Gain: An Inpatient Randomized Controlled Trial of Ad Libitum Food Intake (vol 30, pg 67, 2019). *Cell Metabolism*, 32 (4): 690-690. doi: 10.1016/j.cmet.2020.08.014.
- Haugen, S. (2017). *Erfaringer med å leve med overspisingslidelse, En systematisk oversikt og meta-analyse over empirisk kvalitative studier*. Master.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017-2022). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse*
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Folkehelsemeldingen- Gode liv i et trygt samfunn*
Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/?ch=1> (lest 19.09.20).
- Helsedirektoratet. (2011). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten* Tilgjengelig fra:
https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/overvekt-og-fedme-hos-voksne/Overvekt%20og%20fedme%20hos%20voksne%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf/_attachme nt/inline/24ec824b-646d-4248-951f-db6b867ce6cb:4e0740b933ffd5bc03c8f0fdcab00b4135fe4ae9/Overvekt%20og%20fedme%20hos%20voksne%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf
- Helsedirektoratet. (2015). *Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne* Helsedirektoratet. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinjer for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>.
- Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S. & Schmidt, R. (2020). Meta-analysis on the long-term effectiveness of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 53 (9): 1353-1376. doi: 10.1002/eat.23297.
- Hjort, P. F. (1998). Sykdom og helse gjennom livet. I: Harr, L. & Helland, D. E. (red.) *Genteknologi og det menneskelige*. Bergen: Alma Mater.
- Hoek, H. W. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29 (6): 336-339. doi: 10.1097/ycp.0000000000000282.
- Hoffmann, S. & Warschburger, P. (2019). Prospective relations among internalization of beauty ideals, body image concerns, and body change behaviors: Considering thinness and muscularity. *Body Image*, 28: 159-167. doi: 10.1016/j.bodyim.2019.01.011.
- Irani, E. (2019). The Use of Videoconferencing for Qualitative Interviewing: Opportunities, Challenges, and Considerations. *Clinical Nursing Research*, 28 (1): 3-8. doi: 10.1177/1054773818803170.
- Kaufmann, G. (1996). *The psychology of shame. Theory and treatment of shame-based syndromes*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

- Kelly, A. C. & Carter, J. C. (2015). Self-compassion training for binge eating disorder: A pilot randomized controlled trial. *Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice*, 88 (3): 285-303. doi: 10.1111/papt.12044.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., et al. (2013). The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73 (9): 904-914. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.11.020.
- Kunkeova, M. (2016). *Skam og overspisingslidelse- En litteraturstudie av skammens relevans i forståelsen av overspisingslidelse*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lane, M. M., Davis, J. A., Beattie, S., Gomez-Donoso, C., Loughman, A., O'Neil, A., Jacka, F., Berk, M., Page, R., Marx, W., et al. (2021). Ultraprocessed food and chronic noncommunicable diseases: A systematic review and meta-analysis of 43 observational studies. *Obesity Reviews*, 22 (3): 19. doi: 10.1111/obr.13146.
- Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S. & Giel, K. E. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity - a systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 49: 125-134. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.12.008.
- Lewer, M., Nasrawi, N., Schroeder, D. & Vocks, S. (2016). Body image disturbance in binge eating disorder: a comparison of obese patients with and without binge eating disorder regarding the cognitive, behavioral and perceptual component of body image. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia Bulimia and Obesity*, 21 (1): 115-125. doi: 10.1007/s40519-015-0200-5.
- Lied, K. S. B., A-C.; Bevan, K.; Molin, M.; Pettersen, K.S.; (2020). "Har du først gått i baret, så er løpet kjørt": Fedmepasienters kunnskap om tilbakefall. *Norsk tidsskrift for ernæring* (1).
- Linardon, J., Fairburn, C. G., Fitzsimmons-Craft, E. E., Wilfley, D. E. & Brennan, L. (2017). The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clin Psychol Rev*, 58: 125-140. doi: 10.1016/j.cpr.2017.10.005.
- Linardon, J., Gleeson, J., Yap, K., Murphy, K. & Brennan, L. (2019). Meta-analysis of the effects of third-wave behavioural interventions on disordered eating and body image concerns: implications for eating disorder prevention. *Cognitive Behaviour Therapy*, 48 (1): 15-38. doi: 10.1080/16506073.2018.1517389.
- Lord, V. M., Reiboldt, W., Gonitzke, D., Parker, E. & Peterson, C. (2018). Experiences of recovery in binge-eating disorder: a qualitative approach using online message boards. *Eat Weight Disord*, 23 (1): 95-105. doi: 10.1007/s40519-016-0335-z.
- Malterud, K. & Ulriksen, K. (2010a). "Norwegians fear fatness more than anything else"-A qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health. *Patient Education and Counseling*, 81 (1): 47-52. doi: 10.1016/j.pec.2009.10.022.
- Malterud, K. & Ulriksen, K. (2010b). Obesity in general practice A focus group study on patient experiences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28 (4): 205-210. doi: 10.3109/02813432.2010.526773.

- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26 (13): 1753-1760. doi: 10.1177/1049732315617444.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4 utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mathisen, T. F., Rosenvinge, J. H., Pettersen, G., Friberg, O., Vrabel, K., Bratland-Sanda, S., Svendsen, M., Stensrud, T., Bakland, M., Wynn, R., et al. (2017). The PED-t trial protocol: The effect of physical exercise -and dietary therapy compared with cognitive behavior therapy in treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *BMC Psychiatry*, 17 (1): 180. doi: 10.1186/s12888-017-1312-4.
- Meyer, L. B., Waaddegaard, M., Lau, M. E. & Tjornhoj-Thomsen, T. (2019). (Dis-)solving the Weight Problem in Binge-Eating Disorder: Systemic Insights From Three Treatment Contexts With Weight Stability, Weight Loss, and Weight Acceptance. *Qual Health Res*, 29 (4): 597-608. doi: 10.1177/1049732318764874.
- Naidoo, J., Wills, J. (2016). *Foundations for health promotion*. Fourth edition utg.: Elsevier.
- Neff, K. D., Toth-Kiraly, I., Knox, M. C., Kuchar, A. & Davidson, O. (2021). The Development and Validation of the State Self-Compassion Scale (Long- and Short Form). *Mindfulness*, 12 (1): 121-140. doi: 10.1007/s12671-020-01505-4.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M. & Prochaska, J. O. (2011). Stages of Change. *Journal of Clinical Psychology*, 67 (2): 143-154. doi: 10.1002/jclp.20758.
- O'Reilly, G. A., Cook, L., Spruijt-Metz, D. & Black, D. S. (2014). Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. *Obes Rev*, 15 (6): 453-461. doi: 10.1111/obr.12156.
- Palmisano, G. L., Innamorati, M. & Vanderlinden, J. (2016). Life adverse experiences in relation with obesity and binge eating disorder: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*, 5 (1): 11-31. doi: 10.1556/2006.5.2016.018.
- Pettersen, G., Rosenvinge, J. H. & Wynn, R. (2011). Eating disorders and psychoeducation - patients' experiences of healing processes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25 (1): 12-18. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00783.x.
- 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.x.
- Pettersen, H. & Lofthus, A.-M. (2018). Brukererfaringer med psykiske helsetjenester. Hva viser oppsummert forskning? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15 (2-03): 112-123. doi: 10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-03.
- Puhl, R. M., Himmelstein, M. S. & Pearl, R. L. (2020). Weight Stigma as a Psychosocial Contributor to Obesity. *American Psychologist*, 75 (2): 274-289. doi: 10.1037/amp0000538.
- Rahimi-Ardabili, H., Reynolds, R., Vartanian, L. R., McLeod, L. V. D. & Zwar, N. (2018). A Systematic Review of the Efficacy of Interventions that Aim to Increase Self-Compassion on Nutrition

- Habits, Eating Behaviours, Body Weight and Body Image. *Mindfulness*, 9 (2): 388-400. doi: 10.1007/s12671-017-0804-0.
- Reas, D. L. & Grilo, C. M. (2007). Timing and sequence of the onset of overweight, dieting, and binge eating in overweight patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 40 (2): 165-170. doi: 10.1002/eat.20353.
- Reas, D. L. (2017). Public and Healthcare Professionals' Knowledge and Attitudes toward Binge Eating Disorder: A Narrative Review. *Nutrients*, 9 (11): 1267.
- Ricca, V., Castellini, G., Mannucci, E., Lo Sauro, C., Ravaldi, C., Rotella, C. M. & Faravelli, C. (2010). Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study. *Appetite*, 55 (3): 656-665. doi: 10.1016/j.appet.2010.09.019.
- Richmond, T. K., Woolverton, G. A., Mammel, K., Ornstein, R. M., Spalding, A., Woods, E. R. & Forman, S. F. (2020). How do you define recovery? A qualitative study of patients with eating disorders, their parents, and clinicians. *International Journal of Eating Disorders*, 53 (8): 1209-1218. doi: 10.1002/eat.23294.
- Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., Nadglowski, J., Salas, X. R., Schauer, P. R., Twenofour, D., et al. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine*, 26 (4): 485-497. doi: 10.1038/s41591-020-0803-x.
- Rådgivning om spiseforstyrrelser. (2020). *Få kunnskap om overspisingslidelse*. Tilgjengelig fra: <https://nettros.no/fa-kunnskap/overspisingslidelse/>.
- Raavand, M. B. (2017). *Brukererfaringer med norsk helsevesen hos personer diagnostisert med overspisingslidelse*. Trondheim: NTNU.
- Samdal, G. B. M., E. (2018). Helse uansett størrelse. *Tidsskrift for Den norske legeforening* (17).
- Schag, K., Schonleber, J., Teufel, M., Zipfel, S. & Giel, K. E. (2013). Food-related impulsivity in obesity and Binge Eating Disorder - a systematic review. *Obesity Reviews*, 14 (6): 477-495. doi: 10.1111/obr.12017.
- Schiefloe, P. M. (2003). *Mennesker og samfunn. Innføring i sosiologisk forståelse*. . Bergen: Fagbokforlaget.
- Skuterud, A. H. (2008). Skammens mur. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 45 (5): 563-568.
- Skårderud, F. (2000). *Sterk/svak: håndboken om spiseforstyrrelser: Veilederen om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug.
- Skårderud, F., Rosenvinge, J.H., Gøtestam, G. . (2004). *Spiseforstyrrelser – en oversikt*: Tidsskriftet Den norske legeforening. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2004/08/tema-spiseforstyrrelser/spiseforstyrrelser-en-oversikt>.
- Starkman, H. (2015). An Integrative Group Treatment Model for Women with Binge Eating Disorder: Mind, Body and Self in Connection. *Clinical Social Work Journal*, 44 (1): 57-68. doi: 10.1007/s10615-015-0571-0.

- Store norske leksikon. (2021). Tilgjengelig fra: <https://snl.no/> (lest 15.03.2021).
- Stranden, E., Gundersen, I. F., Getz, L., Kirkengen, A. L., Hagen, K. B. & Mjølstad, B. P. (2020). Adverse life experiences among patients with morbid obesity. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 140 (16): 1640-1645.
- Stunkard, A. J. (1959). EATING PATTERNS AND OBESITY. *Psychiatric Quarterly*, 33 (2): 284-295. doi: 10.1007/bf01575455.
- Supina, D., Herman, B. K., Frye, C. B. & Shillington, A. C. (2016). Knowledge of binge eating disorder: a cross-sectional survey of physicians in the United States. *Postgraduate Medicine*, 128 (3): 311-316. doi: 10.1080/00325481.2016.1157441.
- Swan, S. & Andrews, B. (2003). The relationship between shame, eating disorders and disclosure in treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, 42: 367-378. doi: 10.1348/014466503322528919.
- Tomasdottir, M. O., Sigurdsson, J. A., Petursson, H., Kirkengen, A. L., Krokstad, S., McEwen, B., Hetlevik, I. & Getz, L. (2015). Self Reported Childhood Difficulties, Adult Multimorbidity and Allostatic Load. A Cross-Sectional Analysis of the Norwegian HUNT Study. *PLoS One*, 10 (6): e0130591. doi: 10.1371/journal.pone.0130591.
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19 (6): 349-357. doi: 10.1093/intqhc/mzm042.
- Torheim, L. E., Løvhaug, A. L., Huseby, C. S., Terragni, L., Henjum, S. & Roos, G. (2020). *Sunnere matomgivelser i Norge. Vurdering av gjeldende politikk og anbefalinger for videre innsats*. Food-EPI. Oslo: OsloMet – storbyuniversitetet.
- Trangsrud, L. K. J., Borg, M., Bratland-Sanda, S. & Klevan, T. (2021). Shifting the eating disorder into the background—Friluftsliv as facilitating supportive strategies in everyday life recovery. *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning*: 1-15. doi: 10.1080/14729679.2021.1894954.
- Ueland, V., Furnes, B., Dysvik, E. & Rortveit, K. (2019). Living with obesity - existential experiences. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 14 (1): 11. doi: 10.1080/17482631.2019.1651171.
- Ulrich, R. S. (1983). Aesthetic and affective response to natural environment. I: Wohlwill, I. A. J. F. (red.) b. vol.6 *Human behavior and environment. Behavior and the natural environment*. New York: Plenum Press.
- Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Soundy, A., Adamkova, M., Skjaerven, L. H., Catalan-Matamoros, D., Gyllensten, A. L., Gomez-Conesa, A. & Probst, M. (2014). A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disability and Rehabilitation*, 36 (8): 628-634. doi: 10.3109/09638288.2013.808271.
- Venturo-Conerly, K. E., Wasil, A. R., Dreier, M. J., Lipson, S. M., Shingleton, R. M. & Weisz, J. R. (2020). Why I recovered: A qualitative investigation of factors promoting motivation for eating disorder recovery. *International Journal of Eating Disorders*, 53 (8): 1244-1251. doi: 10.1002/eat.23331.

- WHO. (2016). *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being*. HEALTH POLICY FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS, NO. 7.
- WHO. (2018). *International Classification of Diseases (ICD-11). The global standard for diagnostic health information* 11 utg. Tilgjengelig fra: <https://icd.who.int/en> (lest 28.09.20).
- WHO. (2020). *Obesity and overweight*. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- World Medical Association. (2013). *Ethical Principles for Medical Research involving Human Subjects*. Tilgjengelig fra: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1760318>.
- Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. 5th utg.: Basic Books/Hachette Book Group.
- Young, J. E. & Klosko, J. S. (1995). *Reinventing your life: How to break free from negative life patterns and feel good again*. USA: Penguin Putnam.
- Øverås, M. A. (2018). *Å bli frisk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Årseth, A. L. & Johannessen, B. (2013). Opplevelsene av å få og leve med en psykiatrisk diagnose. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10 (1): 25-35.

VEDLEGG 1

Intervjuguide

Pasienters erfaringer med spiseforstyrrelsen overspisingslidelse

Mål:

- Hvordan erfarer pasienter det å ha en overspisingslidelse?
- Hvilke faktorer kan fremme tilfriskning?

Innledningsvis:

- Presentere meg selv. Uformell småprat. Fortelle om prosjektet, studiens hensikt og formål. Informere om taushetsplikt og hvordan data blir behandlet anonymt. Informere om lydopptak ved bruk av mobilappen Nettskjema-diktafon, hvorfor det gjøres, og sletting av data ved studieslutt. Informere om intervjuets lengde 45- 60 minutter. Gi beskjed at deltakelse i intervju er frivillig og at eventuelle spørsmål som ikke ønskes å besvares kan utelates. Hun/han kan trekke seg underveis i intervjuet dersom ønskelig.
- Takke for deltakelse.
- Høre om informanten har spørsmål / forventninger.

Bakgrunnsspørsmål:

- Kjønn og alder
- Hvor lenge har du hatt overspising som en utfordring i livet ditt?

Hovedtematikk Intervju:	Spørsmålsformulering:
Å leve med spiseforstyrrelsen	<ul style="list-style-type: none"> • Kan du fortelle meg om hvordan du opplever å leve med spiseforstyrrelsen overspising? • Hvordan erfarer du møte med helsevesenet/ behandlere du har hatt? • Kan du si litt om hvordan du opplever å bli møtt ellers i samfunnet- som pasient med denne spiseforstyrrelsen?

	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan har fokus på kropp og vekt påvirket deg? • På hvilken måte har du kjent på følelser knyttet til overspisingen? (skam, skyld og nedstemthet?) • Kan du fortelle om konkrete opplevelser knyttet til overspising
Faktorer som kan fremme tilfriskning	<ul style="list-style-type: none"> • Hva opplever du som faktorer som kan fremme endring? • Kan du fortelle om eksempel på en dag hvor du mestrer spiseforstyrrelsen. • Hva gir deg motivasjon til endring? • Hvilken betydning har det hatt å være i en gruppe? • Hvordan har du opplevd behandlingen du har fått? • Hva tenker du om håndtering av tilbakefall? • Hvordan kan åpenhet om problemet føre til tilfriskning?

Avslutning:

Kort oppsummering, og høre om deltakers opplevelse av intervjuet. Sikre at deltaker føler seg forstått. Avslutte med «*Har du spørsmål eller andre ting du vil tilføye før vi avslutter intervjuet?*»

- Takke for deltakelse
- Gi informasjon om at deltaker kan ta kontakt dersom det er noe han/hun ønsker å legge til, eller har spørsmål som har oppstått etter intervjuet.
- Gi informasjon om at deltaker kan få tilsendt ferdig oppgave dersom ønskelig
- Skru av lydopptak

VEDLEGG 2

Analyse av intervju

Analyse av intervju 5

TEMA	Meningsbærende elementer	Kondensering	Undertema/fortolkning
<p>Vonde tanker og følelser</p>	<p>«Det er veldig tabu, veldig tabu. Jeg prøver å skjule det for alle, men sånn som da vi er sammen med andre, så spiser jeg ikke mer enn andre. mens når jeg er hjemme og ingen ser meg det er da jeg spiser. Så det er slitsomt, og alltid passe på, du føler deg aldri bra nok og, eh ja. Det er veldig vondt egentlig.»</p> <p>«Det er jo så mange følelser rundt det egentlig, eh, hvis man er for eksempel tykk da sånn som jeg er, så har jo alle satt et stempel på deg. Du er lat, du er dum sånne ting, så man føler at hvis man spiser mer enn andre så har man ikke kontroll på livet.»</p>	<p>En stor jobb i å skjule utfordringen, å være bevisst da man er sammen med andre.</p> <p>En følelse av å bli satt stempel på, og en opplevelse av at man ikke har kontroll</p>	<p>Å døyve vonde følelser med mat</p> <p>Lav selvfølelse, negativ tanker</p>

	<p>«Når jeg spiser så blir jeg lykkelig akkurat der og da, men når jeg får tenkt meg om, og dopaminet eller hva det er slutter å funke, så kjenner jeg meg helt mislykket, og da tenker jeg at nå er løpet kjørt så da kan jeg bare fortsette på en måte også. Jeg klarer jo ikke noe allikevel. Det er utrolig mye følelser som setter i sving når man egentlig ikke har kontroll. Men de gangene jeg klarer å gjøre noe annet (latter) det er en utrolig god følelse det og da...så det er bare det å klare å gjøre det»</p>	<p>Å beskrive spisingen som en ond spiral- noe som gir en god følelse, men som for avtar for å bli erstattet med en følelse av mislykkethet.</p>	<p>Berg og dalbane av følelser, kort vei mellom lykke og mislykkethet</p>
<p>Å bli møtt</p>	<p>«jeg hadde en fastlege før som sa at nå må du bare ta deg sammen, (pause), nå må du bare spise riktig og gjøre sånn, så det er liksom bare å ta seg sammen, og det er nok mange fastleger som ikke har den kunnskapen tror jeg. Om hvilke mekanismer og alt som er rundt det her med overspising.»</p>	<p>Det å ikke bli møtt med forståelse for utfordringen man har og mangel på kunnskap fra fastleger</p>	<p>Å bli møtt med en ovenfra og ned holding</p>

	<p>«Jeg blir jo veldig skuffet for jeg prøver å ta meg sammen, men det er jo ikke så lett. Men klart det finnes jo metoder for å prøve å få fokuset over på andre ting, så jeg har jo blitt flinkere til å bare "ta meg sammen" (latter) . Men det hadde vært fint med litt tryllepulver ja»</p> <p>«Jeg må jo si jeg har jo vært på Mcdonalds og spist usunn mat, og da har det jo vært noen som har vært mye større enn meg der, og da har jeg hørt at andre ved bordet ved siden av si: nå sitter de her og spiser usunn mat, de burde skamme seg. Så folks oppfatning av hvordan andre har det ja, de sitter jo og snakker stygt om overvektige høyt, det er ikke akkurat pent.»</p> <p>«Så kunnskap ut til befolkningen er veldig viktig. Så det er jo så mange diagnoser som er tabu, men folk har jo blitt flinkere til å snakke om blant annet selvmord, så det er jo håp for overspisere også..»</p>	<p>Et ønske om å klare å endre, det å klare å "skjepe seg", men en skuffelse da man ikke får det til</p> <p>En opplevelse av å høre hvordan folk ytrer sine meninger om personer med overvekt</p> <p>Hvordan åpenhet om ulike diagnose kan bidra til mindre tabu og gjøre det lettere å snakke om det</p>	<p>Annerkjenne at endring er utfordrende</p> <p>Holdninger til overvekt og fedme i samfunnet</p> <p>En større åpenhet i samfunnet</p>
--	---	---	---

<p>Mat, kropp og følelser</p>	<p><i>"Jeg spiser mye på smerter da. For da raser verden litt sammen for meg, Jeg blir jo aldri bedre, skal jeg leve sånn resten av livet? Jeg mister litt motet, og da hjelper det faktisk å spise, der og da, men så blir det verre etterpå. Det gjør det»</i></p> <p><i>«helt til jeg var 30 så var jeg jo egentlig veldig tynn og når jeg så vekten gikk oppover så fikk jeg litt angst, og det var da jeg begynte med anoreksi og kastet opp. Så fikk jeg, ehh, ikke lov til å fortsette med det, så da begynte jeg å spise istedenfor. Og da gikk jo vekten opp, og etterhvert så fikk jeg jo litt angst fordi jeg måtte kjøpe større og større tøy, og det tøyet jeg brukte før som jeg syntes var fint fikk jeg ikke i større størrelse, så man blir veldig fokusert på at jeg må slanke seg for å komme inn i tøy jeg ønsker meg, og da er jo fokuset hele dagen på at jeg må slanke meg, ikke spise, og når jeg sier at jeg ikke skal</i></p>	<p>En opplevelse av å spise for å kjenne på mindre smerter</p> <p>Det å ha utfordringer knyttet til mat og kropp, som har ført til ulike former for spiseforstyrrelser</p>	<p>En håpløshet rundt egen situasjon</p> <p>Kompeksiteten bak spiseforstyrrelser, og hvordan tanker/følelser knyttet til mat og kropp tar mye fokus og kan forringe livskvalitet.</p>
--------------------------------------	---	--	---

	<p><i>spise så spiser jeg jo isteden. Så ja, den vekten den, jeg tenker nesten på den døgnnet rundt»</i></p> <p><i>«På en måte så vil jeg jo ikke spise, men det er noe annet inni meg som er så sterkt at det jeg vet ikke, nesten som abstinenser, jeg har aldri hatt det ,men jeg kan bare forestille meg at det er litt sånn, en kjempe kraft som styrer meg. Som gjør at jeg må spise noe, og da kan jeg spise ting jeg ikke liker til og med, og det er jo helt forferdelig. (pause) jeg hater sånn kokesjokolade, men hvis det er det eneste i kjøkkenskapet så spiser jeg det, selv om jeg hater det. Så det er liksom ikke meg, men en sånn kjempe kraft som styrer meg, sammenlignet litt med styggen på ryggen»</i></p>	<p>Det å spise blir beskrevet som en handling som ikke er ønskelig, men at en indre kraft overstyrer å får henne til å velge å spise</p>	<p>En beskrivelse av et indre kaos som er vanskelig å håndtere</p>
<p>Opplevelse av mestring</p>	<p><i>«sånn pusteteknikker og sånn hva heter det mindfulness. Jeg kjenner jo det hjelper når jeg bruker det, men det er det steget jeg vet</i></p>	<p>Å stoppe opp og gi deg tid til refleksjon for å bevisstgjøre følelser som</p>	<p>Å finne strategier som kan forebygge overspisingsepisoder</p>

	<p><i>til å gjøre det da man er i den situasjonen som er vanskelig. Det har også hjulpet meg litt å ha et kvarter og vente å spise det du har lyst på, ta et kvarters pause for å se om jeg vil spise det da, og som regel så har du ikke så lyst på det. Men det kan jo skje at jeg fortsatt har lyst på, men da har man ihvertfall klart å skape en mer bevisstgjøring rundt spisingen din».</i></p>	<p>kanskje ligger bak lysten til å spise</p>	
--	--	--	--

VEDLEGG 3

Godkjenning NSD

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Overspisingslidelse

Referansenummer

121485

Registrert

19.10.2020 av Marit Fjerdingsren Bremer - marit.fjerdingsren.bremer@nmbu.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges miljø- og biovitenskapelige universitet – NMBU / Fakultet for landskap og samfunn / Institutt for folkehelsevitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ingeborg Pedersen, ingeborg.pedersen@NMBU.no, tlf: 90502902

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Marit Fjerdingsren Bremer, marit.fjerdingsrenbremer@nmbu.no, tlf: 93215573

Prosjektperiode

01.08.2020 - 31.05.2021

Status

23.11.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

23.11.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 23.11.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

VEDLEGG 4

Informasjonsskriv og samtykkeskjema



Forespørsel om deltakelse i studie

- Pasienters erfaring med overspisingslidelse og hva som kan fremme tilfriskning

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie hvor formålet er å få en økt forståelse av og kunnskap om spiseforstyrrelsen overspisingslidelse. Studien er en masteroppgave i folkehelsevitenskap ved Norges Miljø- og biovitenskapelig universitet, som skal ferdigstilles våren 2021.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formålet med studien

Overspisingslidelse er den mest utbredte formen for spiseforstyrrelse, og rammer 2-3 % av den norske befolkningen. Til tross for utbredelsen, er denne spiseforstyrrelsen lite kjent. Studier viser at personer med fedme er en utsatt gruppe for å ha eller å utvikle en overspisingslidelse. I denne studien ønsker vi å utforske spiseforstyrrelsen overspising, for å få dypere innsikt i personers egen opplevelse og erfaringer, samt hvordan de ser på tilfriskningsprosess fra spiseforstyrrelsen.

Problemstilling

Hvordan erfarer pasienter det å ha en overspisingslidelse, og hvilke faktorer erfares som fremmende for tilfriskning?

Hvem er ansvarlig for studien?

Norges Miljø- og biovitenskapelig universitet (NMBU) er ansvarlig for prosjektet.

Studien er et samarbeid mellom Oppfølgingsenheten Frisk i Oslo, NMBU og Oslo-Met Storbyuniversitetet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Deltakere i studien vil bli inkludert ut ifra deres deltakelse i grupperehabilitering ved Oppfølgingsenheten Frisk. Vi ønsker å gjennomføre intervju med ca. 8 personer, begge kjønn, som deltar i grupperehabilitering for overspising. Alle deltakere som har gjennomført og/ eller er i en pågående gruppe vil bli spurt om å delta i prosjektet. Du har blitt bedt om å delta i studien siden du er eller ha vært deltaker i denne gruppen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du velger å delta i prosjektet vil du bli bedt om å delta på intervju. Det er planlagt ett intervju med hver informant, som skal gjennomføres digitalt via sikker kommunikasjonsløsning. Eventuelt er det mulig å gjennomføre intervjuet i lokalene til Oppfølgingsenheten Frisk i Oslo, dersom situasjonen rundt korona tillater det. Hvert intervju vil ha en varighet på 45- 60 minutter. Lydopptak er regnet som personidentifiserende, og opptak og lagring av intervju vil derfor gjøres via sikre løsninger. Dersom du ønsker å delta, fyller du ut samtykkeerklæringsskjema og kontaktinformasjon. Du vil bli kontaktet av masterstudent for å avtale tidspunkt for intervju.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Intervjuet vil da bli slettet, så lenge det ikke er en del av resultatene som er med i analysen. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg dersom du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg, sett bort ifra tiden du bruker på intervjuet. Deltakelse i denne studien vil ikke være en del av din grupperehabilitering ved Frisk. Planlagte intervjuer vil foregå utenom tider for gruppebehandling, og det vil ikke påvirke din behandling.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

I samtykkeskjema vil vi be om ditt telefonnummer og e-postadresse for å kunne kontakte deg, dette vil bli oppbevart i låst skap. Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Alle lydopptak vil bli slettet etter at de er skrevet ned som tekst. Det er kun studenten og veiledere som har tilgang til intervjuene. Opplysninger som kommer frem i løpet av intervjuet som kan være personidentifiserende vil ikke bli skrevet ned som tekst. Du er dermed anonymisert og ikke kan gjenkjennes i masteroppgaven eller andre publikasjoner.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter studien?

Hovedfunn fra studien skal brukes og publiseres som en masteroppgave og en vitenskapelig artikkel. Opplysningene om deg i form av stemmeopptak slettes og samtykkeskjema med din underskrift makuleres når studien avsluttes og masteroppgaven er godkjent, noe som etter planen er juni 2021.

Dine rettigheter

Personopplysningene om deg gjelder stemmeopptaket gjort i forbindelse med intervju og signatur på samtykkeskjema. Du kan kreve

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges miljø- og biovitenskapelige universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

Masterstudent i folkehelsevitenskap Marit Fjerdingsren Bremer. Telefonnummer: 93215573.

E-postadresse: marit.fjerdingsrenbremer@NMBU.no

Ingeborg Pedersen, Forsker NMBU, ingeborg.pedersen@nmbu.no

Marianne Molin, Førsteamanuensis, Oslo Met- Storbyuniversitetet, mmolin@oslomet.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Ingeborg Pedersen

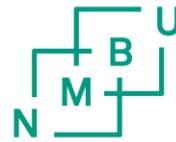
Veileder

Marianne Molin

Veileder

Marit Fjerdingsren Bremer

Masterstudent



Samtykkeerklæring

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om masterstudien *Pasienters erfaring med overspisingslidelse, og hva som kan fremme tilfriskning*.

Jeg samtykker til:

- å delta i dybdeintervju

Jeg bekrefter å ha lest og forstått informasjonsskriv vedrørende studien, og ønsker å delta.

(Sted, dato)

(Deltakers signatur)

Vennligst oppgi e-postadresse og telefonnummer for å avtale tid for intervju

E-postadresse

Telefonnummer

VEDLEGG 5

COREQ Checklist

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	
Gender	4	Was the researcher male or female?	
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	
Sample size	12	How many participants were in the study?	
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.



Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway