

BSOBAC Bacheloroppgave

Motivasjonsarbeid i behandling for spiseforstyrrelser

- *En litteraturgjennomgang*



Universitetet
i Stavanger

**Det samfunnsvitenskapelige fakultet
Bachelor i sosialt arbeid**

Stavanger vår 2021 (*11. mai*)

Antall ord: 12 597

Kandidat nummer 3077

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	4
1.2 Bakgrunn for valg av tema	5
1.3 Formål med oppgaven	6
1.4 Presentasjon av problemstilling	6
1.5 Oppgavens avgrensninger	6
1.6 Begrepsavklaringer	7
2. Faglig kunnskap / teoretisk referanseramme	9
2.1 Motivasjon til endring	9
2.2 Motiverende intervju	11
2.3 Den transteoretiske modellen for endring av Prochaska og DiClemente	13
2.4 Self - Determination Theory (SDT) av Deci & Ryan	16
3. Metode	17
3.1 Valg av metode	17
3.2 Fordeler og ulemper med litteraturgjennomgang	18
3.3 Inklusjon og eksklusjonskriterier	19
3.4 Datainnsamling	20
3.5 Analyse	20
3.6 Kildekritikk	20
4. Resultater	21
4.1 Presentasjon av funn	21
4.2 Hva er felles og ulikt med artiklene?	26
4.3 Hva viker fra problemstillingen? Hva er det vi ikke får besvart?	26
5. Diskusjon og drøfting av funnene	27
5.1 Styrker og svakheter med studien	27
5.2 Motivasjon	27
5.3 «Readiness to change»	29
5.4 Den gode relasjonen	30

Kandidat nummer 3077

5.5 <i>Motivational Enhancement Therapy</i>	32
5.6 <i>Autonomi & empowerment</i>	33
6. Avslutning	35
6.1 <i>Mulige konsekvenser for praksis</i>	36
6.2 <i>Videre forskning</i>	36
7. Litteratur / referanser	36

1. Innledning

«Jeg bryr meg ikke om jeg dør av dette.»

Dette fikk en kollega av meg høre fra en bruker av henne som lider av anoreksi.

Spiseforstyrrelser er den største samt den mest dødelige psykiske lidelsen blant unge i dag (Moen, 2020). Det viser seg også at i den tiden vi er i nå med Covid 19, er det flere unge som sliter med spiseforstyrrelser (Befring, 2021). Spiseforstyrrelser er et fellesbegrep for flere forskjellige diagnoser, men som alle kjennetegner et problematisk og forstyrret forhold til mat og kroppsbilde (Øverås, 2018, s. 9). Kjernen i alle diagnosene er et overdrevent fokus og betydning på kroppen, utseende og kroppens oppbygning (Øverås, 2018, s. 9). Dette utvikles og forsterkes over lengre tid i vedkommende. Dette er en prosess som foregår over tid (Øverås, 2018, s. 9). Etter en stund vil alt dreie seg om ens kropp og det tilegnes en sterk verdi. «Kroppen oppleves å være avgjørende for alt fra egen verdi som menneske til muligheten for suksess i livet» (Øverås, 2018, s. 9). Alle tanker går til planlegging av mat og måltider; hvor mye kalorier en får lov å ha, når neste måltid er, hva en kan spise og hva en ikke kan spise. Det er oppslukende tanker som er konstant og gjør det derfor vanskelig å konsentrere på hverdagslige aktiviteter. Etter en stund vil alt handle om spiseforstyrrelsen. Dette gjør det vanskelig å leve normalt, da disse strenge og rigide reglene en har til måltider, mat og trening påvirker ens atferd, samt begrenser livsutfoldelsen og senker livskvaliteten (Øverås, 2018, s. 10).

Spiseforstyrrelser handler derimot ikke bare om mat. Bak de kroppslige symptomene er det et vidt spekter av komplekse tanker og følelser knyttet til identitet, selvbilde og selvfølelse (Øverås, 2018, s. 10). Spiseforstyrrelser handler om et vidt spekter av komplekse tanker og følelser, samt en uheldig tolkning av eksterne impulser og signaler. Det handler om alle tankene, følelser og atferd som knyttes til mat, kroppsbilde og ens utseende. Sykdommen overskygger alt annet og forårsaker endring av ens atferd og holdninger til seg selv (Moen, 2020).

Tidligere har behandling for spiseforstyrrelser hatt fokus på kontroll av vekt og kalori inntak, og en tradisjonell medisinsk behandling av symptomer. Spiseforstyrrelser er en kompleks diagnose og kan derfor være krevende for mange å virkelig forstå. Spiseforstyrrelser kan derfor oppleves som «vanskelige» å behandle. Veien til behandling kan derfor være krevende

og utfordrende. Filmen Selvportrett for eksempel demonstrerer alvorligheten ved diagnosen og hvor langt det kan faktisk gå, men også viktigheten av forsvarlig behandling. Behandling er ofte skremmende for individer som lider av spiseforstyrrelser, da det innebærer drastiske endringer av det som individet vektlegger som viktigst, nemlig kontroll og dens kroppsideal. Dette er en reell utfordring og mange er derfor ambivalente med tanke på behandling, som gjør at det kan ta lang tid å motta rett hjelp (Moen, 2020).

1. 2 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har selv hatt anoreksi i ungdomsalderen. Det startet helt uskyldig ved at jeg ville slanke meg. Jeg husker at jeg alltid har følt meg litt små tykk som barn, og da jeg begynte på ungdomsskolen tenkte jeg det ville gjøre meg mer kul og populær. Jeg begynte å kutte vekk usunne matvarer og var nokså fiksert på å kun spise sunt. Når det var ikke noen sunne alternativer på middagsbordet, gjorde det til at jeg spiste mindre. Var det pizza på fredagskveldene, ble det til at jeg ikke spiste mye. Etter hvert tenkte jeg at jeg måtte bare kutte ned på matinntaket generelt. Dermed hadde jeg en rutine hvor det eneste jeg spiste var granola på morgenen og trente resten av dagen. Jeg veide meg hver eneste morgenen og unngikk så langt som mulig alle situasjoner der mat var involvert.

Jeg tilbrakte mye tid på å trene og gjemte meg ofte på rommet mitt. Etter sommerferien var ferdig og skolen startet opp igjen ble jeg henvist til helsesøsteren med engang av min kontaktlærer. Helsesøsteren uttrykte bekymring til meg og foreldrene mine, der fastlegen og spesialistlegen ble også involvert. I mine øyne var alt dette unødvendig. Jeg tenkte jeg fortsatt hadde all kontroll og hadde mål til å bare miste et par kilo til. Prosessen var dermed i gang med ukentlige turer til legen, og hvert måltid ble til store krangler som brakte med seg mange tårer. Jeg ble rasende for jeg følte at jeg hadde jobbet så hardt for å gå ned i vekt, også kommer det en fremmed og forteller at jeg måtte spise mer og legge på meg igjen. Jeg husker en følelse av å ikke føle meg god nok – jeg var ikke god nok før og er heller ikke god nok nå.

Nå som jeg selv er frisk og utdannet vil jeg vite hvordan jeg kan best bistå mennesker med spiseforstyrrelser. Jeg vil fokusere på relasjonens betydning i motivasjonsarbeidet og bedringsprosessen. Jeg har også møtt på en del på min arbeidsplass som innrømmer at de føler seg skremt og litt satt ut, da de vet lite om diagnosen og dens funksjon. De kan være redde for å gjøre noe eller si noe feil eller være helt uvitende i forhold til hvordan en kan hjelpe. Derfor

følte jeg at dette var en verdig problemstilling både for min personlig del, men også for oss profesjonelle i helse – og omsorgstjenesten.

1.3 Formål med oppgaven

Formålet med oppgaven er å utdype ens forståelse for sykdommen, samt belyse problematikken en kan møte hos personer med spiseforstyrrelser i helsetjenesten, nemlig ambivalens og motstand og hvordan en kan jobbe med motivasjon. Jeg håper også at oppgaven kan være med på å gi en bedre forståelse for hvordan jeg i et lokalt hjelpeapparat kan møte og behandle brukere med disse vanskene.

1.4 Presentasjon av problemstilling

Jeg jobber i miljøtjenesten, som nå heter miljøterapeutisk enhet – hjemmebaserte tjenester på Hundvåg og Storhaug og har psykiatri som felt. Her møter jeg mange forskjellige brukergrupper, som sliter med alt fra depresjon, angst og rus. De har mange utfordringer som fører til en viss funksjonsnedsettelse i hverdagen. Hjelp til selvhjelp er kjernen, og en med jobber med sosial og/ eller psykososial habilitering eller rehabilitering. Vår oppgave er å bidra til likeverdighet og deltakelse i samfunnet, samt stimulere til egen læring, gi økt motivasjons-, funksjons- og mestringsevne (Karrierestart, u. å). Arbeidsplassen min bygger nemlig på relasjoner samt person i situasjon, motivasjonsarbeid, endringsrettet arbeid, og livsstilsendring. Dette var med å inspirere problemstillingen min.

Problemstillingen i denne oppgaven er derfor:

«Hvilken rolle spiller motivasjon i behandlingen av spiseforstyrrelser?»

For å utdype og konkretisere problemstillingen ytterligere, har jeg stilt med to underspørsmål knyttet til problemstillingen. Disse skal bidra til at fokuset rettes mot motivasjon og relasjonen som verktøy i behandlingen av spiseforstyrrelser.

- *Hvilke faktorer påvirker motivasjonen?*
- *Hvilken betydning kan hjelperelasjonen ha i motivasjonsarbeidet?*

1.5 Oppgavens avgrensninger

Det er påvist at spiseforstyrrelser rammer forholdsvis mer jenter enn gutter (Instituttfor spiseforstyrrelser, 2021) Jeg velger derfor å bruke betegnelsen hun, pasient eller

bruker når jeg viser til et individ med spiseforstyrrelser. Jeg avgrenser oppgaven til motivasjon og teorier rundt motivasjon i behandlingen for spiseforstyrrelser, og vil derfor bare gi en kort oversikt over sykdomsbildet. I tråd med min problemstilling vil jeg skrive dette i rolle som en hjelper eller terapeut, og bruker derfor begrepene hjelper, behandler eller terapeut. Da min problemstilling omhandler motivasjon og motivasjonsarbeid ved behandlingen av spiseforstyrrelser, vil jeg bare kort nevne tvang, tvangsbehandling og tvangsløvene og dens relevans for spiseforstyrrelser, men dette vil ikke utdypes.

1.6 Begrepsavklaringer

Spiseforstyrrelser

Det er ikke noe intrinsisk feil å være bevisst på kosthold, trening og kropp, og betyr ikke nødvendigvis at en har en spiseforstyrrelse. Tvert imot er dette ganske vanlig. Men problematikken blir bekymringsfylt når den går utover fysisk helse, da særlig kroppsvekt og kroppsbygge er med å hemme hverdagen eller hverdagslige ting, samt har en destruktiv rolle og en skadende atferd anses det som en spiseforstyrrelse. Det kan være vanskelig for den som lider av sykdommen å se at en i utgangspunktet sunn interesse har blitt en sykdomsprosess som hemmer livskvalitet, fysisk og psykisk helse (Moen, 2020).

Jeg vil kort avklare tre hovedgrupper i diagnosen spiseforstyrrelse. Det finnes i tillegg to andre tilstander som enda ikke er egne diagnoser, men har fått en del oppmerksomhet – ortoreksi og megareksi (Psykiskhelse, 2019).

Anorexia nervosa, kjent som anoreksi på lekmansspråk, er den spiseforstyrrelsen folk flest hører om. På grunn av høy dødsrate, samt et sykkelig tynn utseende anorektikere får den mest omtale og oppmerksomhet. Symptomene innebærer blant annet at individet er betydelig undervektig, hvor deres BMI (kropps masseindeks) er under 18,5. I tillegg er en unormal opptatthet av kroppsbygning og vekt, og følelsen av å være redd for å legge på seg til stede (Fairburn, 2018, s. 32). Individet med anoreksi kjennetegnes ekstrem slanking, fasting eller veldig få måltider, et overdrevent lyst på trening og lav kroppsvekt (Fairburn, 2018, s. 32).

Bulimia nervosa, også nå forkortet til bulimi er en relativt ny spiseforstyrrelse selv om den har vært kjent for 30 år. Sykdomskriteriet for bulimi er blant annet at individet har ofte overspisingsepisoder, hvor det er inntak av store mengder mat. Samt er det kombinert med en

følelse av tapt kontroll over situasjonen (Fairburn, 2018, s. 30). Individet kan også drive på med flere former for ekstrem vektkontroll, som kan være alt fra selvframkalt brekninger, misbruk av avføringsmidler, fasting, ekstrem slanking og intensiv trening blant annet (Fairburn, 2018, s. 30). Selvfølelsen til individet vil avhenge av ens vekt og kroppsfigur, og hvor godt de klarer å kontrollere det (Fairburn, 2018, s. 30). Personen kan gjerne se normalvektig ut, men personen er feilernært med manglende energi, lavt immunforsvar og ha psykisk ubalanse.

Overspisingsslidelse (BED, binge eating disorder) som før ble kalt tvangsspising, betegner nemlig problemer knyttet til overspising. Denne spiseforstyrrelsen er ny i den forstand at den har nettopp blitt klassifisert som en spiseforstyrrelse. Det var på 1980 – tallet at en så en stor andel av de som søkte på behandling for fedme slet med overspising (Fairburn, 2018, s. 33). Men overspisingen som kom fram her var ikke lik bulimi tankegangen, da det var fravær av ekstreme metoder for vektkontroll. Individet som lider av dette vil ha hyppige overspisingsepisoder men driver ikke å kompensere det slik som bulimi kjennetegner (Fairburn, 2018, s. 34). Spisemønstrene her kjennetegner at de rett og slett spiser for mye, i tillegg opplever overspisingsepisoder. Det har kommet frem at overspisingsslidelse nå er mer utbredt enn anoreksi og bulimi (Fairburn, 2018, s. 34). Dette kan en se spor av i USA spesielt for eksempel, hvor en fedme epidemi regjerer (Spilde, 2018). Serien «My 600lb life» som nettopp omhandler dette, er en spennende serie som følger ekstrem overvektige individer hvor de prøver å bryte dette usunne mønsteret og viser til prosessen. Jeg synes den er virkelig interessant for det viser til vanskene med lidelsen, samt årsakene til hvorfor noen lider av overspising, og hvordan opplevde traumer og kriser kan bidra til at en tyr til mat som trøst. Det er også påvist at mat påvirker dopamin utskillelsen i hjernen og bidrar til en følelse av trøst eller lindring og flukt fra vanskelige følelser (Drag, 2018).

Behandling

Det finnes ulike typer behandling for spiseforstyrrelser. De er varierte og kan avhenge av diagnosen og symptomer. En forsvarlig behandling og utredning krever tilstrekkelig kompetanse og ressurser om feltet. Kompetanse i denne forstand beskrives som en kombinasjon av teoretisk kunnskap, samt tidligere klinisk erfaring (Helsedirektoratet, 2017). Gruppebehandling til rette legges rundt gruppebasert terapi, hvor kollektiv støtte, det å utfordre og utforske hverandre og deling av erfaringer i en trygg gruppe er kjernen her.

Dagbehandling innebærer en poliklinisk behandling, der pasienten følges opp en til flere ganger i uken. Den siste som er døgnbehandling skjer i spesialiserte enheter, der det er fastlagte programmer som har klare mål knyttet opp til symptomene. Miljøterapi står sterkt her hvor det kombineres av både individuelle og gruppebaserte tiltak, der fokuset ligger på ulike sider ved spiseforstyrrelser, men og på pasientens ressurser (Helsedirektoratet, 2017). Behandling tar på sikt å bryte sykdomsforløpet og bidra til en livsstilsendring. Etter hvert kan behandling omfatte tverrfaglig samarbeid mellom fastlegen, hjemmesykepleien og andre kommunale tjenester. Dersom sykdommen er vanskelig å la seg behandle på dette nivået vil en vurdere poliklinisk behandling og/ eller innleggelse. Motivasjonsarbeid som behandlingsform bør benyttes i hele behandlingsapparatet.

2. Faglig kunnskap / teoretisk referanseramme

I dette kapitlet skal jeg legge frem relevant teori som vil være med på å berike, utforske og tydeliggjøre problemstillingen min. Jeg vil først presentere begrepet motivasjon og begrunne hvorfor den er betydelig i bedringsprosessen for spiseforstyrrelser. Deretter motiverende intervju, den transteoretiske modellen for endring av Prochaska og DiClemente og Self – Determation Theory (Selvbestemmelses teorien) av Deci og Ryan.

2.1 Motivasjon til endring

Begrepet motivasjon stammer fra det latinske ordet «movere» som betyr å bevege (Sander, 2020). Motivasjon betegner drivkraften bak våre handlinger, samt er den med å styre atferden vår (Teigen, 2020). Dette betegner både biologiske, emosjonelle, sosiale og kognitive evner som bidrar til en aktivering og styring av atferd (Motivere, 2013). For å nå våre mål, er vi nødt til å bruke energi, tid og vilje og da spiller motivasjonen vår en stor rolle. Hva som motiverer oss peker også på vårt motiv. Energien vi bruker forteller noe om motivasjonens styrke. Utføringen av en handling baserer seg på å få dekket et behov eller å nå et mål, og avgjøres av hvilket behov en har, hvor viktig behovet er for oss samt behovets størrelse (Sander, 2020). Desto større behov en har, jo større blir også energien og drivkraften lagt i motivasjonen vår.

Nevrologen og psykologen Sigmund Freud fremlegger en teori som mener at all menneskelig motivasjon stammer fra to grunnleggende drifter; livsdriften og dødsdriften, herunder

agresjon og destruktivitet (Teigen, 2020). Ens verdier og hva en betegner som viktig i livet utspiller seg også i motivasjonen, og bevisstheten om hva som er ens verdier og hvem en vil fremstå som er utslagsgivende for motivasjon.

Det er kjent fra nevrobiologien at motivasjon er tilknyttet belønning i den såkalte motivasjons-belønningsnervenettverk (MBN) i hjernen. Både gunstige belønninger, som for eksempel et normalt inntak av mat og destruktive belønninger, slik som overspising eller trøstespising, kan forsterke motivasjonskomponenten i MBN i hjernen. Behandlingen skal derfor ta på sikt å få til en endring slik at «destruktive belønninger» til slutt erstattes av «gunstige belønninger» som fremmer helse og livskvalitet (Solhaug, 2016).

Motivation to change is composed of readiness, willingness, and ability to change. These three factors combine to influence the probability that a person will enter into, continue, and adhere to a specific change strategy (Knowles, Anokhina & Serpell, 2013, s. 98).

Det skilles mellom ytre- og indre motivasjon. Ytre motivasjon baserer seg på at insentiver og belønninger er gitt. Personen vil da gjennomføre handlingen fordi hun ønsker en slags belønning eller har et ønske å oppnå et mål som er utenfor selve aktiviteten (Helsekompetanse, u. å.). Personens motivasjon vil da være overfladisk og belønninger må være tilstede for å gjennomføre. For at indre motivasjon oppfylles må de psykologiske behovene være dekket, som autonomi, kompetanse og tilhørighet (Cherry, 2019). Her er det en egen interesse for aktiviteten eller handlingen og handlingen er nok i seg selv (Helsekompetanse u. å.). En varig endring baseres derfor på en tilstedeværelse av indre motivasjon.

Vi i hjelpeapparatet har plikt og hjelpe alle som behøver det. «*Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet*» - Psykisk helsevernloven § 1-1. Altså hjelpen skal så langt som mulig være basert på frivillighet og samtykke. Dermed er motivasjon sentralt i alle tjenester.

Spiseforstyrrelser er vanskelig her, da de kan være nokså lette å skjule (Instituttfor spiseforstyrrelser, 2021). Det preges også av mye «drop – out» fra behandling og stor fare for tilbakefall. «*Motivational issues are consistently identified as barriers to*

effectively engaging ED patients in the therapeutic process.” (Sheridan & McArdle, 2016, s. 1988). Samtidig kan det ta tid å erkjenne det som et problem. Personen i en tidlig endringsfase kan preges av forsvarsmekanismer som benekting, bagatellisering, ansvarsfraskrivelse, rettferdiggjøring, tåkelegging og unngåelse. Det er slik i denne problematikken, men også andre diagnoser og generelt andre avhengigheter, at det blir fort vanskelig å hjelpe noen hvis de ikke ønsker hjelp selv. Dette tatt i betraktning kan bedringsprosessen være lang og krevende. Hvordan kan vi jobbe med motivasjon? Hvordan kan vi motivere brukeren til endring?

2.2 Motiverende intervju

Motivational Interviewing direkte oversatt på norsk som motiverende intervju og forkortet som MI, er en samtalemetode som brukes der en ønsker å hjelpe et menneske som er i en endringsprosess eller som ønsker endring (Barth & Nasholm, 2007, s. 35). Dette kan brukes i alt fra behandling, rådgiving eller noe annet hvor det er en hjelper/ profesjonell og bruker relasjon. MI kjennetegnes at samtalen med brukeren er sentrert rundt brukeren. Barth og Nasholm bruker begrepet klientsentrering (Barth & Nashold, 2007, s. 36). Dette betyr at samtalen baseres på brukerens egne oppfatninger, tanker, følelser og opplevelser. Hjelperen skal ikke innta en ekspertrolle, men dens oppgave er å styre samtalen, samt legge til rette for god og trygg atmosfære slik at det blir lettere for brukeren å reflektere over egen situasjon (Barth & Nasholm, 2007, s. 36). Målet i MI er nemlig endring som tar på sikt å endre forhold som bedrer helse og livskvalitet (Barth & Nasholm, 2007, s. 36).

«Det handler om å være sammen med brukeren og ut fra en reflekterende posisjon utveksle tanker, overveielser og synspunkter som kan bidra til å skape en endring. Endringen må være basert på personens egne opplevelser, oppfatninger, prioriteringer og valg, og må bunne i brukeren selv.» (Barth & Nasholm, 2007, s. 36). Endring her betegnes som endring i forhold til ens atferd og handling, samt ens følelser og tanker (Barth & Nasholm, 2007, s. 36). Det skal kjøres en fin balanse mellom å bevisstgjøre brukeren om faren for alvorlige helseskadelige konsekvenser og skremsel. I en terapeutisk sammenheng vil som oftest formålet være å endre brukerens syn på seg selv. Dette innebærer at personen må selv ta et skritt mot endring, og være villig til å til slutt overføre det til hverdagen. Endringen ligger derfor i utgangspunkt på brukeren og hennes forutsetninger (Barth & Nasholm, 2007, s. 36).

MI som metode brukes hyppig i situasjoner hvor hjelperen ikke kan gjøre noe med brukeren selv eller utføre noe for henne. Utfordringene med MI er nemlig hvordan disse tankene, ideene og erkjennelsene fra samtaleene kan overføres til hverdagen og bidra til en varende endring (Barth & Nasholm, 2007, s. 36). Hjelperens rolle her er da å hjelpe brukeren til å ha nok avstand til å reflektere, samt tenke på seg selv og situasjonen hennes, og motivere brukeren til å ha et lønnsomt løsningsorientert perspektiv på saken (Barth & Nasholm, 2007, s. 36).

Trygghet, nysgjerrighet og åpenhet er derfor grunnleggende her (Barth & Nasholm, 2007, s. 36). Den terapeutiske atmosfæren skal være preget av nok trygghet og empati slik at brukeren klarer sammen med hjelperen å se på sine svakheter og dårlige eller pinlige sider. Samt skal hjelperen vise nysgjerrighet i den hensikt å sammen utforske med brukeren ulike forhold som bidrar til at brukers liv er slik som den er og hvordan det kanskje kunne ha vært annerledes eventuelt (Barth & Nasholm, 2007, s. 36). Refleksjoner rundt brukers verdier og hva som betegnes som viktige for henne, samt hvordan hun kan leve i overenstemmelse med disse er viktig å trekke frem her. I MI bruker en betegnelsen diskrepans når en person handler mot sine verdier. En bevisstgjøring på denne atferden er et viktig aspekt i å utvikle først ambivalens i retning til endring og siden motivasjon til å endre atferd.

For at samtalen skal kunne fungere som endrings- og motivasjonsarbeid må det være et gjensidig samarbeid og en villighet på begge sidene (Barth & Nasholm, 2007, s. 36). Det er nemlig et samarbeid mellom to parter, hvor utforskning, refleksjoner og dialog er i sentrum. MI formidler en holdning om at alle individer har grunnleggende utviklingsmuligheter som kan føre til gode løsninger for enhver enkelt. Det sies at løsninger som en selv instruerer og er involvert i er som oftest bedre, og mer riktig i den forstand, enn løsninger en får fra andre (Barth & Nasholm, 2007, s. 37). At samtalen baseres på brukeren og dens subjektive følelser og tanker, er med å motvirke motstand og en kamp om makt. Det er da ingen krangel på hvilken forståelse som er mest riktig og hvilke løsninger som er best. Det er brukers eget syn på situasjonen og dens virkelighet som blir vektlagt, og det er hjelperens oppgave å forsiktig utfordre brukers syn og oppfatning. Det vil være brukeren selv som lager «fasiten» (Barth & Nasholm, 2007, s. 37).

Barth og Nasholm skriver oppsummerende at MI – samtalen kan deles inn i fem faser. De kaller fasene for:

1. Kontakt- og relasjonsskapende fase - her er det sentralt for hjelperen å legge til rette for nok trygghet slik at brukeren klarer å ta imot hjelpen som tilbys.
2. Nøytralt utforskende fase - denne fasen her handler om å utforske brukerens opplevelser, tanker, meninger og følelser for å klarlegge, samt danne en felles forståelse for et utgangspunkt for endring.
3. Perspektivutvidende fase – her kan andre perspektiver og syn komme til utspill og sammen med hjelper utforsker disse. Ambivalens og motstand er begreper som kommer til syne her.
4. Motivasjonsbyggende fase – hjelperen her vil da fokuserer på motivasjonen for endring. Det rettes mer opp mot endring og beslutninger.
5. Beslutnings- og forpliktelsesfase – denne fasen her er brukerens beslutning sentralt. Den skal utforskes og underbygges. Det er også ment at brukeren skal selv bli mer bevisst på hennes beslutning og skal jobbe mer med å ta ansvar for beslutningen, og at handlinger er i overensstemmelse med beslutningen. Dette er for å styrke endringen og brukeren forplikter seg til dette.

(Barth & Nasholm, 2007, s. 43).

2. 3 Den transteoretiske modellen for endring av Prochaska og DiClemente

Den transteoretiske modellen har sin opprinnelse i 1982 med utgangspunkt i å forstå hvordan en kan være med på å få individer til å endre sin vanedannende atferd. Modellen belyser hvordan og hvorfor mennesker forandrer seg (Utforsksinnet, 2019). Denne modellen ble først mye brukt i behandling av avhengighetsproblemer, slik som røyking og rusmisbruk (Korban & Bonsaksen, 2014, s. 35). Den ble utviklet med hensikt å få en systematisk og overordnet forståelse av prosesser som kunne bidra til en endring av atferder (Korban & Bonsaksen, 2014, s. 35).

Den første studien holdt av Prochaska & DiClemente, deltok 872 personer som hadde et ønske om å slutte å røyke. Gjennom studien endret de sin atferd gjennom flere faser og stadier. Stadiene ble til de fem endringsstadier (stages of change). I tidligere omgang ble det tenkt at endring skjedde lineært, slik som en graf, der startpunktet var lav motivasjon og ingen tydelig forsøk på endring til høy motivasjon og bastante forsøk på endring (Korban & Bonsaksen, 2014, s. 35). Det viste seg senere at endring skjer heller i en sirkulær modell eller en slags form for et hjul, hvor en kan bevege seg frem og tilbake mellom ulike

endringsstadier. Stadiene illustrerer hvordan atferdsendring skjer i disse ulike stadier, som er preget av ambivalens, ulike grader av motivasjon og endringsbeslutninger (Korban & Bonsaksen, 2014, s. 36).

Modellen illustrerer motivasjonsnivået på et individ. Det kan brukes til å se på motivasjon som en persons nåværende tilstand, eller hvilket stadium av forberedelsene til forandring de er i (Utforsksinnet, 2019). Det ble til et hjul, da individer vil som ofte bevege seg i endringsprosessen flere ganger før en stabil og sikker endring oppstår. Forskningen som Prochaska og DiClemente utførte fant de ut av røykere som deltok gikk rundt i hjulet i gjennomsnitt fire ganger før de sluttet å røyke. En beveger seg ofte frem og tilbake mellom de ulike stadiene av endring, hvor det veksles mengder av motivasjon og beslutningsevne (Korban & Isaksen, 2014, s. 36).

Det første stadiet er føroverveielse, precontemplation. Individet viser ingen vilje til å endre, samt gjør ingen forsøk på å endre sin situasjon. Her kan individet ha lite informasjon om dens konsekvenser om deres atferd (Prochaska & Velicer, 1997, s. 39). Individet kan også være bevisst på at den har et problem, men klarer ikke å erkjenne sin situasjon som destruktiv. Individet tenker derfor at han ikke trenger å gjøre noen form for forandring i livet sitt. Han kan også heller motsi og frastøte seg tanken om endring, selv om det er synlige konsekvenser for hans atferd. En med spiseforstyrrelser kan for eksempel tenke seg at hun ikke har noe problem og vil ikke forandre på noe vis.

Overveielse (contemplation) er stadiet som kommer etter og individet er klar over problemet hans. Individet vet at hans atferd er problematisk og ikke er gunstig i lengden. Individet kan begynne å vise interesse for tanken om endring. Ambivalens kommer frem tydelig her, hvor individet vurderer fordeler og ulemper med endring. Prosessen kan også kalles for kognitiv vurdering, hvor en vurdering av antatte fordeler og ulemper er vekslende (Korban & Bonsaksen, 2014, s. 37). For at individet skal kunne gå videre til de neste stadiene, der atferdsendringene settes i praksis, må fordelene oppveie ulempene. Ambivalens er naturlig i endringsprosesser og kjennetegner individer som overveier å gjøre endringer i livsstilen. Individet vil ha motstridende følelser og holdninger, og kan ha ønsker som motsetter seg hverandre. For eksempel kan hun ha et ønske om å få tilbake menssen, men uttrykker ingen ønsker om å gå opp i vekt. Individet kan være interessert i endring og ser det som en positiv mulighet, men ikke være villig til å gi slipp på sitt kroppsideal eller kontroll. Denne

balansegangen mellom fordeler og ulemper kan være med å holde igjen individet på dette stadiet lenge (Prochaska & Velicer, 1997, s. 39). Ambivalensutforskning er derfor vesentlig i endringsarbeidet, da individet får reflektere samt bli bevisst på egen atferd. Dette vil da også være med å skape motivasjon.

Forberedelse (preparation), kan også kalles for valgfase, er det tredje stadiet i modellen. Individet på dette stadiet vil nå nærme seg en beslutning om endring ut i praksis og fokuserer på praktiske endringsarbeidet. Fokuset her vil være om konkrete handlinger og løsninger. Synet til individet vil ha skiftet fra å se flere ulemper til nå flere fordeler ved endring. Her vil individet oppleves motivert til å kunne handle og ta aktive valg som støtter opp endringen (Korban & Bonsaksen, 2014, s. 37). Forandringsprosessen vil nå begynne å bevege seg fremover.

Fjerde stadiet kalles handlingsfasen (action) og dreier seg om å gjennomføre planen. Individet har nå lenge jobbet med motivasjonen og det skal nå settes ut i praksis. Fasen er nå rettet mot konkrete mål og aktiviteter (Korban & Bonsaksen, 2014, s. 37). Individet er målrettet og har et positivt syn på endringene. Etterhvert i stadiet vil individet oppleve mestring og vil ha begynt å danne erfaring med hva endringene har ført til seg i praksis. Dette er et positivt utfall, men kan også oppleves som negative konsekvenser (Korban & Bonsaksen, 2014, s. 37). Dette kan for eksempel være vansker med å gå opp i vekt, å ikke hoppe over måltider og forvirret identitet. Dermed kan dette være en utfordring og et fokus på forebygging av tilbakefall blir viktig. Det gjelder å holde fast på endringen, til tross for at konsekvensene kan først i utgangspunkt oppleves som negative (Korban & Bonsaksen, 2014, s. 37).

Vedlikehold (Maintenance) er stadiet hvor en jobber med vedlikehold av endringene, samt jobbe imot en eventuell tilbakefall (Korban & Bonsaksen, 2014, s. 37). For en med spiseforstyrrelser vil hun ha en helt ny rutine og de nye spisevanene vil ha blitt en naturlig del av hverdagen. Likevel er det her mange opplever tilbakefall. Tilbakefall kan skje i alle stadier og kan muligens oppstå når individet har følelsesmessige vansker eller kjenner på et behov for kontroll igjen. Dette kan føre til at individet trekkes en eller flere stadier tilbake i endringsprosessen. Tilbakefall er vanlig og kan forventes i en drastisk atferdsendring. Likevel vil individet ha noe mer erfaring, og med god støtte og veiledning kan hun være bedre forberedt og mer motivert til å komme seg videre i endringsprosessen enn for eksempel da hun var i føroverveilsesstadiet/ overveilsesstadiet (Korban & Bonsaksen, 2014, s. 37).

2. 4 Self - Determination Theory (SDT) av Deci & Ryan

Den anerkjente Self – determination theory, også oversatt på norsk som selvbestemmelsesteorien baserer seg på teorien om at mennesker blir motivert for endring når disse tre psykologiske behov er dekket; autonomi, kompetanse og tilhørighet (Cherry, 2019). En tilfredsstillende av disse behovene er med å danne autonom motivasjon, som er et essensiell i utviklingen av det selvbestemmende mennesket (Pedagoghjertet, 2017).

Teorien baseres på all menneskelig motivasjon, samt ens utvikling og velvære knyttes opp til behovet for autonomi, kompetanse og tilhørighet. Disse ses på som iboende behov, uansett kjønn, alder og kultur (Olafsen, 2018). Autonomi her referer til at en skal kunne handle på basis av egen vilje, samt med bakgrunn på egne tatt valg (Olafsen, 2018). Behovet for kompetanse går ut om følelsen av å mestre oppgaver rundt oss samt muligheten til å både bruke, men også utvikle kompetansen vår. Tilhørighet handler om å føle en tilknytning til andre eller et større fellesskap. Altså stødige relasjoner hvor en gjensidig vis av omsorg og respekt mot andre og fra andre er tilstedet (Olafsen, 2018).

Sentralt i teorien er skillet mellom kontrollert og autonom motivasjon, i motsetning til indre og ytre motivasjon. Kontrollert motivasjon er motivasjon som kommer knyttet til aktiviteter og atferd som utføres på bakgrunn av en opplevelse av press fra andre til å utføre en handling. Autonom motivasjon derimot kommer av en egen vilje og opplevelsen til å ta egne valg (Olafsen, 2018). SDT går ut på at enhver har evne til å selv ta egne valg og bestemme over sitt eget liv. Det gir oss følelsen av å ha kontroll over våre valg og vårt liv. Dette utspiller seg også i vår motivasjon, da det gir oss mer motivasjon til å gjennomføre handlinger når vi selv har ansvaret, samt vet utfallet av våre valg.

Edward Deci og Richard Ryan kom først ut med teorien i 1985 i deres bok Self – Determination and Intrinsic Motivation in Human Behavior. Teorien ble utviklet med tanke på motivasjon, og hvordan behovet for individuell vekst og utvikling, samt mening og mestring danner grunnlaget for motivasjon (Cherry, 2019). Teorien bygger seg på to faktorer; behovet for individuell vekst («the need for growth» er betegnelsen Cherry bruker) og viktigheten med autonom og indre motivasjon (Cherry, 2019). Ryan og Deci presiserer da at våre omgivelser og vårt miljø, den sosiale konteksten og relasjoner påvirker i stor grad type motivasjon. Det fastslås at relasjoner og støtte er essensielt, og det er gjennom relasjoner og

samhandling med andre som kan enten styrke eller hindre våre psykologiske behov, vårt velvære og «personal growth» (Cherry, 2019).

Teorien er i den grad hjelpelig, da det kan bidra til en bedre forståelse for faktorer som kan motivere våre handlinger og atferd. Autonomi og friheten til å ta egne valg betegnes som viktige for bevaring av ens «sense of self» (ens identitet) og velvære (Cherry, 2019). Utfører vi handlinger basert på autonom motivasjon blir handlingen på den måten internalisert. Dette vil si at en identifiserer seg selv med handlingen og den blir en del av oss, ved at verdien av handlingen eller atferden passer med våre overordnede verdier og mål i livet. Dette er også med å forklare hvordan autonome former for motivasjon oppstår. Er en atferd eller handling internalisert, blir den en del av en selv, som danner grunnlag for autonom selvregulering (Olafsen, 2018).

Indre og autonom motivasjon viser til økt mestring, glede og en er mer i stand til å ta gode valg. Konseptet fra SDT teorien er tilført i et bredt spekter, alt fra utdanning, jobb, religion, forhold og relasjoner, foreldrerollen, helse og kosthold og trening, da den har fått støtte av en rekke empiriske studier og forskning (Olafsen, 2018).

3. Metode

3.1 Valg av metode

En metode forteller oss hvordan vi skal fremgå til å skaffe oss kunnskap (Dalland, 2012, s. 111). Det beskriver veien til et mål og hjelper oss til å komme frem til ny kunnskap. Metode blir vårt redskap i undersøkelsen og benyttes for å samle inn data, da altså informasjonen som trengs til undersøkelsen. Dalland, 2012, s. 112). Metoder er med å gi oss innsikt og hjelper oss å forstå ulike fenomener i samfunnet, samt hvordan enkeltmennesker, grupper eller institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2012, s. 112). Det skilles mellom to hovedgrupper - kvantitative metoder og kvalitative metoder (Dalland, 2012, s.112). Ved kvantitative orientert metoder får vi en statistisk data som er tallfestet og målbar. Tallene hjelper oss å regne ut ulike ting, om vi for eksempel ønsker å finne gjennomsnittet eller en prosentandel. Kvalitative metoder har som hensikt å få subjektive opplevelser og meninger som ikke kan måles eller telles. Derfor vil ofte kvalitative orienterte metoder fokusere på få enheter, men går heller i dybden (Dalland, 2012, s. 112).

Metodene har ulike kjennetegn og som har hensikt å vise til hvordan en har fått sitt data (Dalland, 2012, s. 114). I kvalitative metoder er følelser, dybde, helhet, forståelse og ustrukturert (ikke noe fasitsvar eller svaralternativer) nøkkelord, og preges av det særegne. Altså hva som er det spesielle her og hva det er som skiller seg ut. Her er en formidling av forståelser grunntanken. Kvantitative metoder derimot vil det gjennomsnittlige, forklaringer og systematikk kjennetegnes. Forskeren holder en distanse til det den studerer og ønsker å hente inn litt og litt fra mange undersøkelsesenheter. Kvantitative metoder ønsker å vise til forklaringsmodeller, som igjen viser til hvordan fenomenet oppsto (Dalland, 2012, s. 113).

I utgangspunkt sto jeg mellom intervju ved kvalitativ metode og litteraturgjennomgang. Jeg kunne ha besvart min problemstilling «*Hvilken rolle spiller motivasjon i behandlingen for spiseforstyrrelser?*» ved å foreta kvalitative intervjuer. Jeg kunne hatt intervjuet et lite antall for å forhøre meg med eksperter i dette feltet, samt få innspill fra dem. Dette tror jeg hadde vært spennende. Jeg følte likevel at grunnet dagens situasjon med Covid, og på grunn av tidspress hadde det vært vanskelig og krevende å få det til. Jeg valgte derfor heller metoden litteraturgjennomgang, som er en systematisk studie som tar for seg eksisterende forskning og relevant litteratur som vil belyse min problemstilling og andre aktuelle spørsmål (Aveyard, 2018, s, 21). Målet med min oppgave er derfor å vise til litteratur som viser til hvordan motivasjon påvirker behandlingen av spiseforstyrrelser.

3. 2 Fordeler og ulemper med litteraturgjennomgang

Målet ved en litteraturgjennomgang er å oppsummere, samt evaluere og informere for hva som foregår i fagfeltet. Metoden har også som formål å danne en kunnskapsbase og forståelse for ulike problemstillinger i feltet. Det kan også brukes som argumentasjon for krav om oppdatert forskning i feltet (Aveyard, 2018, s. 21).

En litteraturgjennomgang presenterer flere fordeler og ulemper. Da en litteraturgjennomgang baserer seg på eksisterende kunnskap, kan det være begrensende i noen områder. Om det er et relativt nytt tema og den er fremdeles i utvikling, kan det hende at den nyeste kunnskapen ikke er ute enda og som ikke er tilgjengelig for det offentlige (Dalland, 2012, s. 228). En er avhengig av det som allerede eksisterer. Om det er et område med lite forskning kan det også være vanskelig å finne nok relevant stoff/ forskning, som kan resultere seg i at en ikke finner

det en leter etter (Dalland, 2012, s. 228). Dette gjelder også om forskningen er ny, så vil internasjonale artikler regjere og tolkning av fremmedspråk kan være utfordrende. En må da være bevisst på at tolkningsfeil kan forekomme.

Samt ved en litteraturgjennomgang har en tilgang på mye forskjellig, og en kan raskt finne mye data og litteratur. Dette lar oss få økt kunnskap innen det valgte temaet. En har også tilgang til kildene under hele arbeidet, slik at det da blir enklere å henvise til våre funn (Aveyard, 2018, s. 23). En annen fordel med litteraturgjennomgang er at en får et fugleperspektiv av problematikken og litteratur, samt se fellestrekk fra de ulike studiene (Aveyard, 2018, s. 23).

3. 3 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Mine søk ble gjennomført i perioden fra 25. januar 2021 til 15 mars 2021. Det ble søkt etter vitenskapelige artikler med kvalifisering om fagfelleverdert tidsskrift, både på norsk og engelsk fra de siste fem årene. Året 2015 ble inkludert, da det ikke har vært så mye publisert nå i år.

Jeg startet det først søket mitt på Oria. Dette ble gjort av generelle stikkord knyttet til temaet i første omgang, for å bli inspirert og se hva av stoff var der ute. Deretter ble det gjort systematiske søk i forsøk på å finne fagfelleverderte tidsskrifter. Jeg gikk inn på «avansert søk» og huket av Norsk fagbibliotek, slik at jeg ikke begrenset meg ved å kun finne stoff på UIS biblioteket.

I første omgang ble disse søkeordene brukt; *Motiverende intervju, * Motivasjon, *Spiseforstyrrelser. Det var et krav for meg at artiklene måtte omhandle minst to av begrepene, samt måtte det være synlig i tittelen. Mange av de første funnene var enten kun om motiverende intervju, kun om motivasjon eller kun om spiseforstyrrelser. Jeg fikk også opp et par om spiseforstyrrelser og om tilfriskningsprosessen, men likevel var det ingen som var merket som et fagfelleverdert tidsskrift. Det viste seg at det var ingen av nyere norsk forskning som var om motivasjon knyttet opp til spiseforstyrrelser.

Runde to ble gjennomført ved bruk av engelske søkeord, der begrepene *Motivation, *Motivational Approach, *Eating disorders, *Motivational Interviewing og *Change ble brukt. Her var det også et krav om at funnene og deres tittel måtte inneholde *Eating

disorders sammen med minst en av de andre motivasjonsbegrepene. Her fikk jeg mange tusener treff, og spisset derfor inn søkene. Jeg utelukket alle som ikke var merket som fagfelleverdert tidsskrift, samt alle de som handlet om overvekt, fedme og vekttap. Jeg markerte de jeg syntes var interessant samt som var relevant for min problemstilling, og konkluderte med de fem artiklene jeg har presentert nedenfor.

3. 4 Datainnsamling

Litteraturgjennomgang har sin fordel ved at det gir et oversiktlig blikk overfor litteratur og forskning i et spesifikt felt/ område. Den gir oss rom til å tolke litteratur som relaterer til våre spørsmål. Ved bruk av forskningsspørsmål kan vi systematisk søke, kritisere og analysere relevant litteratur. Er dette grundig gjennomført vil det kunne gi innsikt til en ny forståelse sett i sammenheng og kontekst (Aveyard, 2018, s. 21).

3.5 Analyse

Jeg har tatt i bruk en temasentrert analytisk metode referert i Aveyard (Aveyard, 2018, s. 138). Ved denne analysemetoden er hensikten å bringe sammen forskjellige studier og stoff for å da tolke og analysere de som en helhet, samt finne ny mening ved dem. Dette gir funn som vil ha mer substans enn om en ville ha gjort det samme med ett enkelt studie (Aveyard, 2018, s. 138).

I mine funn dukker det opp flere tilbakevendende temaer. Sentrale temaer som jeg finner er blant annet motivasjon som grunnlag for behandling, det terapeutiske forholdet, «readiness to change», motivational enhancement therapy, autonomi og empowerment. Artiklene skiller seg ved at de alle har forskjellige hovedtemaer som oppgaven senterer seg rundt, men likevel med utgangspunkt i motivasjon som grunnlag for behandling.

3. 6 Kildekritikk

Et kritisk blikk på kilder er nødvendig i alle oppgaver. Kildekritikk er alle metoder som vurderer og verifiserer kildene som benyttes i teksten, for å se over studiens kvalitet og om de er sann (Dalland, 2012, s. 67). Dette er for å styrke oppgavens troverdighet og faglighet. Det er derfor viktig å gå frem for hvorfor en bestemt litteratur/kilde er valgt og hvordan utvalget er gjort (Dalland, 2012, s. 67).

Alle artiklene som er brukt i denne oppgaven er merket og kvalifiseres som et fagfellevurdert tidsskrift på bibsys/ oria. Funnene/ kildene som er brukt er systematisk valgt da de kan bidra til å belyse relevante emner rundt min problemstilling, samt samsvarer de relevante spørsmål som er med å besvare min problemstilling. Kildene er også ikke eldre enn 5 år, som viser til deres relevans til dagens metoder og behandling.

4. Resultater

4. 1 Presentasjon av funn

Jeg velger å presentere funnene ved hjelp av en tabell, hvor studienes formål, metode og emne kort oppsummeres. Se tabell 1.

Tabell 1						
Navn og år	Formål	Metode	Respondenter	Alder	Sentrale temaer	Land
Steiger, Sansfacon, Thaler, Leonard, Cottier, Kahan, Fletcher, Rossi, Israel & Gauvin, 2017.	Det er påvist at autonom støtte styrker pasientens egen motivasjon for endring. Formålet med studien var å måle autonomi støtte individer fikk i behandling for deres spiseforstyrrelser.	Kvantitativ studie, hvor 97 kvinner med anoreksi, bulimi eller en annen relatert spiseforstyrrelse måler deres motivasjonsstatus og deres kliniske symptomer i begynnelsen og slutten av denne spesialiserte behandlingen (12 – 16 uker).	97 kvinner Anoreksi (n = 30) Bulimi (n = 34) Andre spiseforstyrrelser (n = 33)	A = 27.7 B = 30.7 Andre = 27.4	Autonomi, motivasjon, autonomistøtte, spiseforstyrrelser, behandling, behandlingsresultater, symptombylde	Canada
Venturo – Conerly, Wasil, Dreier, Lipson, Shingleton & Weisz, 2020.	Bedre forståelsen for bedringsmotivasjon og identifisere intervensjon mål, samt forske ulike faktorer som kan påvirke «recovery» motivasjon for individer med spiseforstyrrelser.	Kvalitativ studie, hvor N = 13 deltakere deltok i et intervju. Studien har identifisert faktorer som har påvirket motivasjonen for recovery og som har identifisert de som hjelpsom, skadelig eller blandet.	N = 13 deltakere Deltakerne har vært friskmeldt og har vært i behandling for spiseforstyrrelsen i minst ett år.	Alder når intervjuet – medianen: 32.23	Anoreksi, bulimi, spiseforstyrrelser, mental helse, motivasjon, behandling.	USA

Brewin, Wales, Cashmore, Plateau, Dean, Cousins & Arcelus, 2016.	Evaluere effekten av en ny utviklet motivasjons og psykoedukasjon, her kalt MOPED, som er en guidet selvhjelp intervensjon for individer med spiseforstyrrelser. Studien har som formål å se om det har noe effekt i forhold til pasientens engasjement, deltakelse og bevaring i terapi.	Semi - strukturert intervju hvor en gruppe av 79 kvinnelige pasienter som mottok MOPED (n = 79) i forkant av oppfølgingstimen, matches og sammenlignes med en annen gruppe av 79 kvinnelige pasienter uten MOPED (tau; n = 79).	MOPED n = 79 Uten MOPED TAU; n = 79) Alle i gruppene er kvinnelige pasienter. Menn var ikke inkludert i studien, da de er et mindretall.	MOPED – 26 Uten MOPED – 28.6	Dropout, motivasjon, engasjement, spiseforstyrrelser, psykoedukasjon.	Storbritannia
Sheridan & McArdle, 2016.	Utforske pasienter med spiseforstyrrelser sitt perspektiv om deres behandling for å få innsikt om faktor som påvirket deres motivasjon.	Kvalitativ metode med semi – strukturerte intervjuer for å analyse viktige temaer i henhold til motivasjon og behandling.	Gruppe av kvinnelig pasienter (n = 11) og utskrevet pasienter (n = 3).	Gruppen besto av kvinner av alderen 13 til 31.	Spiseforstyrrelser, motivasjon, pasientens opplevelser og erfaringer, self – determination theory.	Irland
Denison – Day, Appleton, Newell & Muir, 2018.	Studien tar for seg å undersøke bevisgrunnlaget for motivasjons- og endringsarbeid i spiseforstyrrelser med utgangspunkt i	Er en litteraturgjennomgang, som har brukt både tidligere publisert forskning samt upublisert forskning som ble funnet på	Førti to studier ble brukt.		Intervensjoner, spiseforstyrrelser, motivasjon, MI, motivasjonsteorier, analyse.	Storbritannia

kliniske intervensjoner.	ulike databaser. Studiene som er med tok for seg intervensjoner basert på motivasjonsteorier og sammenligner resultatene for og etter behandling.			
--------------------------	---	--	--	--

Autonomy support and autonomous motivation in the outpatient treatment of adults with an eating disorder skrevet av Howard Steiger, Jeanne Sansfacon, Lea Thaler, Niamh Leonard, Danaelle Cottier, Esther Kahan, Emilie Fletcher, Erika Rossi, Mimi Israel og Lise Gauvin. Publisert i International Journal of Eating Disorders 08.05.2017.

Sammendrag: Viser sammenhengen mellom autonomi støtte samt motivasjon i behandlingen av spiseforstyrrelser. Beskriver hvordan autonomi - støtte er med å styrke pasientenes indre motivasjon (autonom motivasjon). Dette resulterer i et minkende symptomer, samt større engasjement i behandling. Slik viser det seg kan støtteapparatet (behandlere, terapeut, familie etc.) rundt pasienter kan i betydelig grad påvirke pasientens engasjement og motivasjon i behandling.

Why I recovered: A qualitative investigation of factors promoting motivation for eating disorder recovery skrevet av Katherine E. Ventura – Conerly, Akash R. Wasil. Melissa J. Dreier, Sarah M. Lipson, Rebecca M. Shingleton og John R. Weisz. Publisert i International Journal of Eating Disorders 08. 06. 2020.

Sammendrag: Det viser seg svært vanskelig for individer med spiseforstyrrelser å få motivasjon, samt holde motivasjonen oppe i behandling for å bli frisk. Dette resulterer at mange dropper ut fra behandling og mengden på antall som får tilbakefall er mange. Studien tar derfor på sikt å bedre forståelsen bedringsmotivasjon og identifisere mulige faktorer som påvirker motivasjonen hos individer som har spiseforstyrrelser. Det ble funnet seks hoved temaer som var med å påvirke bedringsmotivasjon hos pasienter. Disse ble listet opp som;
a = viktige mennesker og grupper (mentorer, venner, familie etc.)

b = holdninger og handlinger av andre (fordommer og dømming fra andre)

c = ulike faktorer innen behandling (terapi, behandlings opplegget, det terapeutiske forholdet)

d = enkelte faktorer (fjerning av ulike triggere, graviditet/ barn)

e = egne følelser og verdier (forpliktelsen til andre, håp for fremtiden)

f = åpenbaringer (innsikt, et plutselig lyst på endring).

Ut ifra disse faktorene kan en strategisk planlegge for hvordan en kan legge til rette for motivasjon og motivasjons baserte intervensjoner i behandling for spiseforstyrrelser.

Evaluation of a Motivation and Psycho – Education Guided Self – Help Intervention for People with Eating Disorders (MOPED) skrevet av Nicola Brewin, Jackie Wales, Rebecca Cashmore, Carolyn R. Plateau, Brett Dean, Tara Cousins og Jon Arcelus. Publisert av John Wiley & Sons, Ltd and Eating Disorder Association 18.01.2016.

Sammendrag: Studien tar for seg å måle og evaluere effekten av en nylig utviklet motivasjons og psykoedukasjon guidet selvhjelps intervensjon (MOPED) for individer med spiseforstyrrelser som sliter med engasjement og bevaring av sykdom i terapi. Det ble gjort en sammenligning av 79 kvinner som mottok MOPED og 79 kvinner uten MOPED. Resultatene viser at gruppen som fikk MOPED viste mer engasjement enn gruppen som var uten MOPED. Spesielt merket de en stor økning i engasjement i behandling med anorektikere.

Exploring patients experiences of eating disorder treatment services from a Motivation perspective skrevet av Grace Sheridan og Siobhain McArdle. Publisert av Sage 2016.

Sammendrag: Ved bruk av kvalitative metoder ble det utforsket perspektiv fra pasienter med spiseforstyrrelser for å få innsikt til faktorer som bidro til økt motivasjon. Dette ble gjort gjennom semi – strukturerte intervjuer på en gruppe kvinner, bestående av både nåværende pasienter og utskrevne pasienter. I belysning av self – determination theory (SDT) kom det fram sentrale temaer. Terapi, det terapeutiske forholdet og miljøet rundt har i betydelig grad påvirket pasientenes engasjement i behandlingen. Funnene viser til at behandlingstjenester for spiseforstyrrelser kan hjelpe mer effektivt pasienter ved å bevisstgjøre og synliggjøre SDT teorien i praksis ved behandling.

Improving motivation to change amongst individuals with eating disorders: A systematic review skrevet av James Denison-Day, Katherine M. Appleton, Ciaran Newell & Sarah Muir. Publisert i International Journal of Eating Disorders av Wiley 26.01.2018.

Sammendrag: Individuer med spiseforstyrrelser har som oftest lite motivasjon for endring av deres atferd. Intervensjoner som tar på sikt å øke motivasjonen til denne brukergruppen har nå blitt særlig argumentert for i behandling. Likevel er det spørsmål om empirisk bevis angående effektiviteten av intervensjoner som fokuserer på motivasjon. Studien utforsker bakgrunnen og bevisene for forbedringen av motivasjon i forhold til endring av spiseforstyrrelser mønstrene ved kliniske intervensjoner. Førte to studier ble tatt med her, hvor det ble funnet bevis som støtter bruken av intervensjoner som har som formål å øke motivasjonen til endring. Det kommer frem at motivasjonsbaserte intervensjoner er mer effektive sammenlignet med «low intensity» behandling.

4. 2 Hva er felles og ulikt med artiklene?

Til felles er alle artiklene fagfellevurdert tidsskrift, som betyr at det har gått gjennom en kvalitetssikring av eksperter innen dette fagfeltet (Svartdal, 2021). Artiklene har både brukt kvantitative og kvalitative metoder, hvor det ble forsket på motivasjon i forhold til tilfriskningsprosessen (recovery) for individer med spiseforstyrrelser. Alle artiklene ble utført på kvinnelige voksne pasienter og utskrevne pasienter. Studiene ble alle publisert og forsket i engelsk talende land, og er skrevet på akademisk engelsk. To av artiklene har flere respondenter, bestående av 60 – 100 respondenter, mens de andre to kvalitative studiene består av noen få respondenter.

4. 3 Hva viker fra problemstillingen? Hva er det vi ikke får besvart?

I henhold til min problemstilling og mine funn ble en gruppe utelukket. Hvem er det ikke motivasjonsarbeid passer for? Hva skjer med de som fyller kriteriene for tvangsbehandling? I noen tilfeller må det gjøres en tverrfaglig vurdering, der pasienten kan være dårlig og trenger en akutt intervensjon for å forebygge død eller betydelig forverring av sykdomsbilde. Selv innenfor tvangsbehandling skal en ha respekt for pasientens autonomi og hjelpe pasienten til å finne egen motivasjon til å bli bedre. Tvangsbehandling skal alltid være den siste utveien,

etter alt annet er prøvd. Da det kan være ødeleggende for pasienten og dens motivasjon, og vurderingen må derfor være nøye overveid.

5. Diskusjon og drøfting av funnene

I dette kapitlet skal jeg diskutere sentrale temaer og problemstillinger som oppstår i arbeidet med behandling av spiseforstyrrelser, og hvordan ulike motivasjonsteorier kan være til nytte. Hvordan kan vi som hjelpere fremme motivasjon for endring? Og hvilken empirisk bakgrunn har motivasjon i behandling? Støtter teori og nyere forskning motivasjonsarbeid innenfor behandling av spiseforstyrrelser?

5. 1 Styrker og svakheter med studien

I planleggingen av studien hadde jeg på forhånd egne tanker og meninger om temaet. Dermed vektlegges studien i henhold til hva jeg tenker vil være viktig og mine undringer, og kan tenkes at jeg har et partisk syn på studien. Jeg har også valgt ut artikler som bekrefter og samsvarer med valgt teori, samt står jeg alene og tolker artikler og litteratur. Da jeg skriver oppgaven alene har jeg ikke mulighet til å drøfte artiklenes betydning med andre som kan være en svakhet i denne studien, da det er bare mine tolkninger som kommer frem.

Styrker er at jeg har basert studien kun på kvalifiserte artikler. Jeg har også henvist mine kilder underveis slik at de er synlig, og fremlagt på en måte som er strukturert og oversiktlig. Litteraturgjennomgang er også en anerkjent metode og studien kan derfor påregnes en viss pålitelighet.

5. 2 Motivasjon

Mye av nyere forskning peker på motivasjon som en avgjørende/ vesentlig faktor for «recovery» og vellykket behandling. Spiseforstyrrelser kjennetegner en vanskelig behandlingsprosess, da nemlig mye av behandling preger motstand, tilbakefall, og høyere «drop - out rates» (Brewin et al., 2016, s. 241). Brewin og flere påpeker at en så høy prosentandel som opptil 73% avslutter behandling før ønsket resultat/bedring. Dette er mer enn dobbelt så mye sammenlignet med andre pasienter med andre psykiske lidelser (Brewin et al., 2016, s. 241).

Det kommer frem at manglende engasjement i behandling er grunnet lite motivasjon og vilje til å endre på mønstrene i spiseforstyrrelse. Brukeren kan være i benektelsesfase der en har atferd som er problematisk og destruktiv. Dette er en bruker som har manglende innsikt i egen sykdom. Manglende innsikt vil føre til at bruker ikke føler noe behov for motivasjon og endring. En må anerkjenne funksjonen til spiseforstyrrelsen har for individet. Atferden kan være fullt rasjonell i individets øyne, og kan fungere som en mestringsmekanisme og et forsøk på å ha kontroll. Men dersom individet ikke erkjenner deler av hennes atferd som negativ/ destruktiv, vil dens funksjonsrolle ta over og fører til at individet føler seg særlig ambivalent til endring (Denison-Day et al., 2018, s. 1033). Hjelperen må ha en selvreflekterende rolle – bevisst på egne holdninger og måten en møter pasienten på vil ha betydning på om de klarer å være åpen om sin situasjon eller ikke. Hjelperen må forsøke å se brukerens totale livssituasjon, og forstå hennes bakgrunn.

Noen studier har derimot vært kritisk til MI her i denne settingen, med begrunnelsen at MI alene ikke holder da av manglende empirisk bevis (Venturo-Conerly et al., 2020, s. 1251). Geller mener motivasjon stiller seg best som en slags holdning heller enn som en fullverdig behandlingsform. Ved tilnærminger basert på motivasjonsteoriene kan en lettere danne en allianse med brukeren, men er ikke tilstrekkelig alene som symptomendrende skriver Geller (Geller, 2002, s. 156). Hun mener at motivasjonsarbeid er vesentlig nyttig og bør optimalt sett inkluderes i behandling sammen med passende terapeutisk arbeid som er tilpasset brukerens «readiness status» (Geller, 2002, s. 156). Hun legger frem problemstillingen «Can a motivational stance work with individuals who are at medical and/or psychiatric risk? Does the use of a motivational stance mean that the care provider does not set limits?» (Geller, 2002, s. 156).

Det er en sammenheng mellom manglende næring og kognitiv svekkelse. Får ikke hjernen nok næring vil den ikke fungere optimalt (Halvorsen & Bergwitz, 2019). Hvor langt går grensen til samarbeid? Når vil en være «for dårlig» til samtalebehandling eller terapi? Dette er viktige spørsmål å trekke opp og reflektere over. Mye av dette avhenger av brukerens «readiness status» ved bruk av Gellers begrep, samt brukerens egen oppfatning av hennes medisinske tilstand og om det er reelle farer og risikoer ved den. Dette legger også til grunn for eksistensen av tvangsbehandling, se psykisk helsevernloven § 4-4, andre ledd, punkt b). Hjelperen har da plikt til å kartlegge brukerens forhold og hvordan behandlingsforløpet vil være. Tvang er et svært inngripende tiltak. Bruk av tvang kan ha konsekvenser som slår ut i

relasjonen og samarbeid mellom bruker og hjelper, men også i forhold til brukerens motivasjon på lang sikt. Dermed kan en argumentere for at motivasjons – og endringsarbeid er essensielt for å unngå tvangsbehandling.

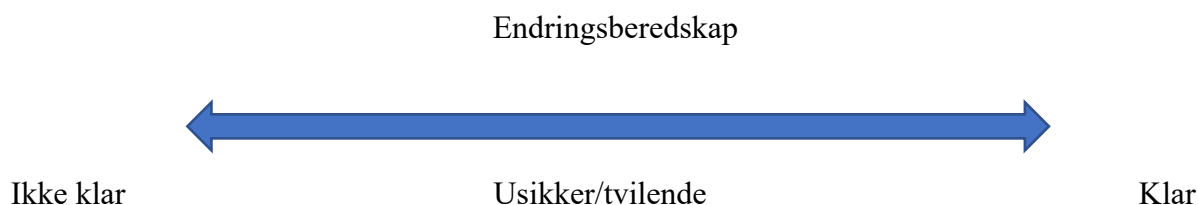
Tidligere har behandling for spiseforstyrrelser vært kjennetegnet av for mye fokus på det somatiske sykdomsbilde, som for eksempel å øke inntak av matmengde, næring og tvang under kontroll av helsevesenet. Og da for lite fokus på det mentale og det psykiske aspektet ved sykdommen. Dette har for mange da ført til tillitsbrudd mellom pasientene og hjelpere. MI på den måten kan være med å unngå motstand og fiendtlighet som lett dukker opp her (Treasure & Schmidt, 2008, s. 198). Endringsrettet arbeid har sitt grunnlag på motivasjon. Ved en kontinuerlig endringsnakk kan en danne grunnlag for motivasjon. Brewin og flere skriver «As lack of motivation for recovery is a specific feature of patients with eating disorders, particularly for those with AN, motivational interviewing techniques have also been found to be beneficial in increasing engagement of eating disorder patients.» (Brewin et al., 2016, s. 241). MI har derfor vært inspirasjonen til andre lignende metoder, slik som andre motivasjons baserte intervensjoner og Motivational Enhancement Therapy (MET). Slike behandlingsformer tar utgangspunkt i pasientens egne tanker, følelser og erfaringer og bidrar til å bedre forståelsen, samt utforske ulike barrierer som hindrer pasientens motivasjon for bedring og forsterke rollen hennes som en «decision – maker» (Geller, 2002, s. 156).

MI viser seg å ha god effekt ved spiseforstyrrelser, da det har gitt rom til å jobbe «med» brukeren istedenfor «imot» brukeren (Treasure & Schmidt, 2008, s. 195). Arbeid med motivasjonen, samt en økt innsats på forbedring av motivasjon til endring kan derfor være betraktet som nødvendig i behandling av spiseforstyrrelser, uansett tilnærmingen en tar (Treasure & Schmidt, 2008, s. 195).

5. 3 «Readiness to change»

Motivasjon blir definert som vilje, evne til endring og «readiness» skriver Venturo-Conerly og flere. De legger frem at motivasjonen her utspiller seg i flere faktorer, hvordan de er formbare og påvirkelige samt hvordan de kan legges frem i intervensjonene (Venturo-Conerly et al., 2020, s. 1245). «Readiness to change» er en modell utviklet av Rollnick og flere, som tar for seg begrepet endringsberedskap (Barth & Nasholm, 2007, s. 80). Det legges frem som et kontinuum, hvor brukeren kan bevege seg frem og tilbake, fra startpunktet «Ikke klar» til

«Usikker/ tvilende» og til «Klar» (se figur 1). Barth og Nasholm skriver at brukeren kan være nokså skiftende her innenfor kontinuumet, avhengig av «hennes egne oppfatninger og opplevelser, omgivelsene hennes og ytre omstendigheter, samt kvaliteten på den hjelpende relasjonen.» (Barth & Nasholm, 2007, s. 80).



Figur 1 (Barth & Nasholm, 2007, s. 80).

I henhold til SDT vil denne teorien være relevant. SDT tar på sikt å utforske miljømessige forhold og prosesser som fremmer individuell vekst og velvære, samt tilrettelegging av de tre psykologiske behovene – autonomi, tilhørighet og kompetanse i behandling (Sheridan & McArdle, 2016, s. 1988). Sheridan og McArdle skriver derfor at helsetjenesten har ansvar for formidling av dette.

In the case of health care, SDT proposes that the degree to which the therapeutic environment satisfies the three basic needs (i.e., competence, relatedness, and autonomy) can lead to well-being and optimal motivational engagement on one end of the continuum to ill being and nonoptimal functioning on the other (Sheridan & McArdle, 2016, s. 1988 – 1999).

Et fokus på miljømessige faktorer i behandling vil derfor være aktuell, da de utspiller seg i brukerens motivasjon og hennes «readiness».

5. 4 Den gode relasjonen

Geller skriver at tilnærminger som bygger på motivasjon forekommer naturlig i konteksten av utviklingen og vedlikehold av den terapeutiske relasjonen. Relasjonen er derfor et sentralt i element i motivasjonsarbeid (Geller, 2002, s. 155). En varig endring vil derfor kun forekomme om pasienten selv er med og involvert. Verdier som åpenhet, trygghet, omsorg, nysgjerrighet, støtte og en reflekterende stilling er sentrale faktorer i et terapeutisk forhold (Geller, 2002, s. 155). Det siktes til å ha en betryggende atmosfære og relasjon, der det legges

til rette for åpen dialog og utforskende refleksjoner rundt ambivalens og brukerens tanker rundt endring. Dette for å presisere brukerens ansvar her (Geller, 2002, s. 155). Her kan det komme frem hvilken funksjon spiseforstyrrelsen har for henne og hva som kan være med å hemme henne i endringen. Gjennom støttende omgivelser og trygge relasjoner kan en lære andre teknikker for takling og mestring av vanskelige ting, som da gir oss muligheten å jobbe med bakgrunnen/ årsaken og opprinnelsen til spiseforstyrrelsen (Øverås, 2018, s. 39). I stedet for å hale pasienten fremover, bør det heller vektlegges å følge hun der hun er.

En risiko ved relasjonsarbeid er at fokuset flyttes mer mot det vennskapelige. Når godtar en for mye blindt? Ved slike tilfeller blir det ikke en vekst skapende relasjon. Hun får heller medhold for relasjonen utfordrer for lite. Det skal være en balansegang mellom empati og støtte samt å utfordre og vekke innsikt. Essensielt er relasjonens hensikt og mening. Mangler relasjonen dette vil den ikke ha noe nytte.

Den gode relasjonen, altså den hjelpende relasjonen er grunnleggende i sosialt arbeid. For det er nemlig gjennom relasjoner sosialt arbeid virker og det kan skape forutsetning for en endringsskapende prosess (Levin & Ellingsen, 2016, s. 112 – 123). En relasjon beskrives som et gjensidig og interaktivt forhold hvor begge parter har påvirkningskraft overfor hverandre (Aamodt, 2014, s. 36). Å møte andre med varme, empati, respekt, genuinitet er kvaliteter som er sentral i alle menneskelige relasjoner, både når det gjelder personlige og profesjonelle relasjoner (Aamodt, 2014, s. 31). Ved metoder som MI og andre er det naturlig at en danner relasjon. Det vil være brukeren selv som styrer dette, samt samtalekontakten. Det handler om å jobbe på deres premisser, og til syvende og sist formidle ansvaret på brukeren. For det er nemlig gjennom relasjonen og gjennom den andre, brukeren klarer å møte seg selv (Aamodt, 2014, s. 31). Den gode relasjonen formidler en grunnleggende tro på mennesker vekstmuligheter og utviklingspotensial (Aamodt, 2014, s. 31).

Studien til Venturo-Conerly og flere viser til at en del flere vektlegger det terapeutiske forholdet. De beskriver at en ikke-dømmende holdning og støtte, samt en solid og sterk relasjon med hjelper/ terapeut er meget behjelpelig (Venturo-Conerly et al., 2020, s. 1248).

Regarding theme three, clinicians may also be able to help build recovery motivation by making clients feel that they will not be judged for their thoughts and feelings, by

discussing values that conflict with the ED, by helping clients maintain a sense of autonomy VENTURO-CONERLY ET AL. 1249 over their treatment, by teaching evidence-based therapeutic skills, and by helping clients build pro-recovery social circles (Venturo-Conerly et al., 2020, s. 1249).

Sheridan og McArdle framholder at når behandling var mer relasjonsbasert mellom hjelper/terapeut og pasienten, samt lagt vekt på pasientens autonomi, viste pasienten mer engasjement i behandlingen sammenlignet med når det kun var fokus på det medisinske bildet. Som deretter var med å fremme bedring av fysisk og psykiske helsen (Sheridan & McArdle, 2016, s. 1989). Det argumenteres for at bruken av motivasjonsbasert arbeid for å utforske pasientenes behandlings opplevelser kan bidra til en forståelse av ulike miljø- og terapeutiske faktorer som kan enten styrke eller undergrave terapeutisk engasjement blant pasienter med spiseforstyrrelser (Sheridan & McArdle, 2016, s. 1989).

5. 5 Motivational Enhancement Therapy

Motivational Enhancement Therapy, forkortet MET og andre motivasjonsbaserte metoder nevnes flere ganger i mine funn. Den ble først brukt i en undersøkelse kalt Prosjekt MATCH i 1993. Det var en studie som ønsket å sammenligne tre ulike former for misbruksbehandlinger, hovedsakelig rus og alkohol, på rundt 1700 pasienter hvor MI ble valgt som en av disse tre behandlingsmetoder som skulle evalueres (Barth & Nasholm, 2007, s. 63). MET ble utviklet fra dette, og er nå omtalt som en manualversjon av MI (Barth, Nasholm, 2007, s. 63).

MET er en terapiform bygget på motivasjons psykologien som fokuserer på å danne og inspirere rask indre motivasjon. Den gir faglige og konstruerte «feedbacks» eller tilbakemeldinger som bidrar til å utforske pasientens motivasjon for endring. Den er ikke trinn basert og heller ikke en treningsguide i den forstand som pasienten må følge, men den tar for seg ulike motivasjons strategier som vil mobilisere brukerens egne ressurser i behandlingen. Dens mål er ikke å guide eller følge pasienten gjennom behandling, men tar på sikt å påkalle og jobbe med brukerens indre motivasjon (Miller, Zweben DiClemente & Rychtarik, 1992, s. viii /8).

MET er tidsbegrenset program og består av fire individualiserte og nøye planlagt behandlings timer/økter. De første to timene fokuserer på pasientens egne tanker og meninger om

fremtiden og hennes planer, samt motivasjon for endring. Terapeuten kommer med innspill og strukturerte tilbakemeldinger. Deretter er de siste to andre øktene som tillegger terapeuten til å forsterke progresjon/fremgang, samt oppfordre revurdering og gi et objektivt perspektiv på endringsprosessen. Prinsippet her er å forsterke brukerens motivasjon og utvikle en plan om endring, hvor ulike mestringsstrategier er tatt opp og planlagt sammen med brukeren (Miller et al., 1992, s. viii /8).

MET blir omtalt som en aktuell metode for behandling av spiseforstyrrelser, men kan det likevel tenkes at den har for mye struktur? (Denison-Day et al., 2018, s. 1034). Sammenlignet med MI, har metoden mye mer preg av struktur. MI har vært lenge anerkjent som ledende metode innenfor motivasjonsarbeid. Hvordan stiller seg MET i forhold til den? Vil metoden være begrensende?

Det har skjedd et skifte i behandling. Fra å være nokså tvangspreget til da hvor brukermedvirkning, relasjonen, terapi og samarbeid står sentralt. MI har den fordelen ved at den tar i utgangspunkt i brukeren selv. Brukeren er i sentrum hvor hjelperen har en reflekterende stilling, samt er en trygghet, støttespiller, og guide. Dette gir rom for brukeren å reflektere og utforske i sitt eget takt. Likevel ser en at bruk av andre metoder som MET og andre motivasjonsintervensjoner vil være relevant i behandling i dag. Dette er fordi målet er nemlig å utforske problemsynet til brukeren, samt hente ut refleksjoner om endring fra brukeren selv (Miller et al., 1992, s. 9). Dette står i kontrast til den tradisjonelle tilnærmingen hvor behandleren tar ansvar for å uttrykke bekymring, f.eks. «Din BMI er for lav og du må gå opp i vekt». Det skal heller legges vekt på brukerens evner og ressurser for endring, i motsetning brukerens opplevelse av hjelpeløshet og maktesløshet (Miller, 1992, s. 9).

5.6 Autonomi & empowerment

Autonomi er evnen til å selv bestemme over seg selv, sine handlinger og dens grunnlag (Slagdahl, 2019). Det er i hovedsak to ulike tilnærminger til forståelsen av autonomi. En autonom handling skildres som en handling en identifiserer seg med og samsvarer med ens ønsker, verdier og motivasjon. Handlingen vil da være autentisk. Den andre tar heller utgangspunkt i ens kompetanse, altså hva som er rasjonalt for en. Dette danner evnen til å vurdere for hva som blir gode grunner for å handle (Slagdahl, 2019).

Autonomi er et tilbakevendende i behandlingen av spiseforstyrrelser. Studien til Venturo-Conerly og flere legger frem sentrale temaer som ble funnet hjelpsomme i behandlingen av spiseforstyrrelser, samt som bidro til motivasjon for «recovery». Dette innebar faktorer som håp, selvmedfølelse, autonomi, gode og støttende relasjoner, mening og hensikt, motivasjon og empowerment (Venturo-Conerly et al., 2020, s. 1247). Steiger og flere indikerer at autonomi støtte har stor påvirkning på brukerens motivasjon, samt viser den til gunstigheten ved motivasjonsbasert intervensjoner i behandling for personer med spiseforstyrrelser (Steiger et al., 2017, s. 1064). Deres studie viser også til sammenhengen mellom autonomi og autonom motivasjon.

«Greater perceived autonomy support (from therapists and nontherapists alike) coincided with larger increases in autonomous motivation over the course of therapy. In turn, higher autonomous motivation at end-of-therapy coincided with larger reductions in eating symptoms.» (Steiger et al., 2017, s. 1058).

Det presenteres at autonomi og autonomi støtte er assosiert med økt motivasjon hos brukere med spiseforstyrrelser i behandling. Dette samsvarer med SDT teorien, hvor tilstedeværelsen av autonomi støtter opp autonom motivasjon som viser til bedre slutt resultater. Slike resultater indikerer at støtte fra terapeuter, familie og andre kjente kan være nokså lønnsomt og kan i stor grad påvirke brukerens engasjement i behandling (Steiger et al., 2017, s. 1058). Sheridan og McArdle skriver at pasienter som opplevde at hjelpere og behandlere som så de som et eget individ for utenom diagnosen var høyt verdilagt (Sheridan & McArdle, 2016, s. 1993). Dette knyttes opp til det å kunne bli hørt, sett og forstått som noe mer enn sykdommen, er noe som er med å styrke hennes selvbylde og identitet.

Autonomi og «empowerment» går i hånd i hånd. Empowerment, myndiggjøring oversatt til norsk knyttes opp til både brukermedvirkning, styrkeperspektivet og hjelp til selvhjelp betegnelsen, hvor troen på evnen til å påvirke eget liv og mobilisering av egne ressurser til å bli bedre rustet til å klare seg selv er målet (Ellingsen & Levin, 2016, s. 63). Dette er med å understreke brukerens valgmuligheter og styrke hennes selvbylde. Før var tanken om at fastlegen var alltid eksperten, men nå i nyere sosialt arbeid formidles det at det er brukeren selv som er ekspert i eget liv. Da gjelder det for hjelperen og være anerkjennende og ha troen på at brukeren faktisk klarer det.

Samtidig kan dette også være en utfordring i praksis. Det kan oppleves vanskelig for brukeren å være autonomi støttende når en ser en bruker som ødelegger for seg selv. I henhold til MI og motivasjonsteorien er ikke råd og anbefalinger med å fremme motivasjon. «Participants reported that information concerning the physical risks of ED was commonly delivered by practitioners in a coercive manner. Participants reported that the use of coercive strategies in psychoeducation did not stimulate behavior change.» (Sheridan & McArdle, 2016, s. 1993). En skal heller hente ut fra brukeren selv for hvordan den beste løsningen blir i hennes øyne, og stille de riktige spørsmålene. «*Hvorfor tenker du dette er best for deg? Hva er det du ønsker fremover?*». Det siktes til å ha et åpent og trygg relasjon og atmosfære, slik at en sammen kan reflektere og stille spørsmål som vekker endring og motivasjon. En skal samtidig også ha en slik holdning at om det er gjort ti feil, men det er tatt et riktig valg, skal en likevel komme med gode tilbakemeldinger til brukeren for den fremgangen. En bør legge merke til de små positive endringene, da brukeren vil føle seg sett, støttet og hørt. Dette vil også være med å styrke brukerens håp og troen på å overkomme diagnosen.

6. Avslutning

Spørsmålene jeg ønsket å besvare med denne oppgaven var 1) Hvilken rolle spiller motivasjon i behandling for spiseforstyrrelser? 2) Hvilke faktorer påvirker motivasjonen? Og 3) Hvilken betydning kan hjelperelasjonen ha i motivasjonsarbeidet?

Som skrevet er spiseforstyrrelser en kompleks diagnose, hvor behandlingen ofte er lang og krevende. Det påviser seg at motivasjon og motivasjonsarbeid er en helt avgjørende del av bedringsprosessen. Dermed er en til rette legging av motivasjonsarbeid, hvor selve brukeren og hennes tanker, meninger og valg er grunnleggende. Tvang vil aldri være noen varig løsning, da det er en kortsiktig behandling som tar på sikt og kun behandle det som fremstår akutt. Motivasjonsarbeid argumenteres derfor som en grunnleggende del i behandling. Metoder som MI, MET og andre formidler holdningen at brukeren er selv ekspert på sitt eget liv og endringen skjer derfor på brukerens premisser. En varig endring må dermed stamme fra brukeren selv. Faktorer som støtte, autonomi, relasjoner og empowerment fremstår som nødvendige da diagnosen nemlig kjennetegner mye selvforakt og selvkritikk.

Recovery for meg har til tider vært utfordrende. Det var når jeg innså hvor mye annet flott kroppen min gjør for meg - det å kunne springe, trene eller danse og bevege meg fritt, uten å bli svimmel eller sliten er noe å sette pris på. Og det konstante jaget etter perfektjonisme er ureelt, da det perfekte finnes nemlig ikke. Jeg innså at et godt liv får en ikke ved å sitte inne å straffe seg selv hver dag. Jeg måtte finne ut hvordan jeg selv ville leve og hvordan jeg kunne få det godt igjen.

Brukeren som jeg nevner innledningsvis, har muligens mistet synet at livet kan være godt og meningsfylt. Sykdommen har preget hennes tankegang, selvforståelse og energinivå, slik at det er vanskelig for henne å se det positive og det gode en kan få ut av å leve. Hjelperen trenger å få brukeren til å reflektere over hennes egne verdier og hva som hun betegner som god livskvalitet, samt bevisstgjøre henne for hvordan hun kan oppnå dette. På den måten vil hun få mer tro og håp at et bedre liv er også mulig for henne.

6.1 Mulige konsekvenser for praksis

Forsvarlig behandling bør være langvarig, samt bør den strekker seg på flere nivåer med fokus på tverrfaglig samarbeid, da faren for tilbakefall er stor. Dette kan være grunnet opplevd triggere eller traumer. Langvarig behandling og oppfølging betegner jeg som viktig og en må jobbe med innsikt, brukerens tankemønstre, og selvbilde og hennes livssituasjon.

6. 2 Videre forskning

For videre forskning vil jeg ha sett på den gruppen som faller litt i gråsonen mellom tvang og motiverende behandling. Det bør fokuseres på når motivasjonsarbeid ikke er lenger nok. Hvordan kan vi vite når motivasjonsarbeid ikke er nok? En skal fortsatt jobbe med å fremme indre motivasjon under tvang, men av erfaring vet vi at motivasjonsarbeid blir vanskeligere når pasienten mottar tvangsbehandling.

7. Litteratur / referanser

Aveyard, H. (2018). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*. Open University Press. s. 10 - 140

Barth, T. & Nasholm, C. (2007). *Motiverende samtale – MI: Endring på egne vilkår*. Fagbokforlaget. *171

Befring, Å, M. (2021, 24. januar). Flere unge sliter med spiseforstyrrelse under koronaen. *NRK*. https://www.nrk.no/norge/unge-med-spiseforstyrrelser-under-pandemien_-_-ikke-okonomi-som-blir-det-storste-problemet-fremover.-1.15279412.

Brewin, N., Wales, J., Cashmore, R., Plateau, C. R., Dean, B., Cousins, T. & Arcelus, J. (2016). Evaluation of a Motivation and Psycho-Education Guided Self-Help Intervention for People with Eating Disorders (MOPED). *Wiley Online Library*, 241 – 246. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1002/erv.2431> *5

Cherry, K. (2021, 15. mars). *Self – Determination Theory and Motivation*. Verywellmind. Hentet 20. mars, 2021 fra <https://www.verywellmind.com/what-is-self-determination-theory-2795387?print>. *5

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg). Gyldendal akademisk - Norsk Forlag AS. * 272

Denison-Day, J., Appleton, K. M., Newell, C. & Muir, S. (2018). Improving motivation to change amongst individuals with eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders (WILEY)*, 1033 – 1050. DOI: 10.1002/eat.22945. *17

Drag, S. (2018, 26. juni). *Dopaminsystemet – stedet der rusavhengighet og overspising møtes*. Nasjonalkometansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, ROP. Hentet 26. april 2021 fra <https://rop.no/aktuelt/dopaminsystemet--stedet-der-rusavhengighet-og-overspising-notes/>

Ellingsen, I. T. & Levin, I. (2016). Det sosiale i sosialt arbeid. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg og L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (2 opplag, s. 47 – 64). Universitetsforlaget.

Fairburn, C. G. (2018). *Få bukt med overspising* (1. utg. 4 opplag). Gyldendal akademisk. *14

Geller J. (2002). What a Motivational Approach Is and What a Motivational Approach. Isn't: Reflections and Responses. *European Eating Disorders Review*, 155 – 160. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1002/erv.470> *5

Halvorsen, I. & Bergwitz, T (2019, 21. mars). *Spiseforstyrrelser*. Den Norske Legeforening. Hentet 21. april, 2021 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne-og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-2-tilstandsbilder-kapitlene-er-oppsatt-etter-inndeling-i-icd-10/spiseforstyrrelser/>

Helsedirektoratet. (2017, 25. april). *Generelt om behandling for spiseforstyrrelser*. Hentet 17 februar, 2021, fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser/generelt-om-behandling-for-spiseforstyrrelser#generelt-om-behandling-for-spiseforstyrrelser>. *2

Helsekompetanse. (u.å.). *Aktivitet og mestring*. Helsekompetanse.no. Hentet 21. april, 2021 fra <http://kurs.helsekompetanse.no/hverdagsrehabilitering/45526>

Institutt for spiseforstyrrelser. (2021). *Forekomster*. Villa Sult. Hentet 20 mars, 2021 fra <https://spiseforstyrrelser.no/disorders/forekomster-2/>.

Karrierestart. (u.å.). *Miljøterapeut – Hundvåg og Storhaug hjemmebaserte tjenester: Miljøterapeutisk enhet Hundvåg og Storhaug, Stavanger Kommune*. Hentet 21. april, 2021 fra <https://karrierestart.no/ledig-stilling/902703>

Korban, E. T. & Bonsaksen, T. (2014). Riktig strategi til riktig tid: bruk av den transteoretiske modellen for å fremme fysisk aktivitet hos personer med depresjon. Publisert av Korban og Bonsaksen, 34 – 42. Hentet 6 mai, 2021 fra https://www.researchgate.net/publication/261947966_Riktig_strategi_til_riktig_tid_-_bruk_av_den_transteoretiske_modellen_for_a_fremme_fysisk_aktivitet_hos_personer_med_depresjon. * 5

Knowles, L., Anokhina, A. & Serpell, L. (2013). Motivational Interventions in the Eating Disorders: What is the Evidence? *International Journal of Eating Disorders*, (49:2) 97 – 107.

*10

Levin, I. & Ellingsen, I. T. (2016). Relasjoner i sosialt arbeid. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (2. opplag, s. 112 – 124). Universitetsforlaget.

Miller, W. R. & Arkowitz, H. (2008). Learning, Applying, and Extending Motivational Interviewing. H. Arkowitz, H. A. Westra, W. R. Miller & Rollnick (Red.), *Motivational Interviewing in the treatment of psychological problems* (s. vii(7) - 60). The Guilford Press.
***67**

Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C. & Rychtarik, R. G. (1992). *Motivational Enhancement Therapy Manual*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2 utg.).
***10**

Moen, H. B. (2020, 24. februar). *Spiseforstyrrelser*. Store Norske Leksikon – Store medisinske leksikon. Hentet 20 mars, 2021 fra <https://sml.snl.no/spiseforstyrrelser>

Motivere. (2013, 13. februar). *Hva er motivasjon?* Motivere.no. Hentet 21 april 2021 fra <https://motivere.no/hva-er-motivasjon/>

Olfasen, A. H. (2018). Selvbestemmelsesteorien: Et differensiert perspektiv på motivasjon i arbeidslivet. *Magma; Econas tidsskrift for økonomi og ledelse*, 54-61. ***7**

Pedagoghjertet (2017, 22. oktober). *Motivasjonsteori – Selvbestemmelsesteorien av Deci & Ryan*. <https://pedagoghjertet.wordpress.com/2017/10/22/motivasjonsteori-selvbestemmelsesteorien-av-deci-ryan/>

Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, vol. 12 (1), 38 – 48. ***10**

Psykiskhelse. (2019, 18. februar). *Spiseforstyrrelser*. Hentet 21. april 2021 fra <https://psykiskhelse.no/spiseforstyrrelser>

Sander, K. (2020, 22. juni). *Motivasjon (motiv)*. Estudie. <https://estudie.no/motiv-motivasjon/>.

Slagdahl, M, S. (2019, 25. juni). *Autonomi (filosofi)*. Store Norske Leksikon.

https://snl.no/autonomi_-_filosofi.

Sheridan, G. & McArdle, S. (2016). Exploring Patients Experiences of Eating Disorder Treatment Services From a Motivational Perspective. *SAGE journals*, 26 (14), 1988-1997.

<https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1177/1049732315591982> *9

Solhaug, R. M. (2016, 23. Mars). *Vår jakt på belønning*. Norges artiske universitet, UiT.

Hentet 21. April, 2021 fra

https://uit.no/nyheter/artikkel?p_document_id=461737&p_dim=88106

Spilde, I. (2018, 27. Mars). *Stadig flere voksne med fedme i USA*. Forskning.no.

<https://forskning.no/ny-overvekt/stadig-flere-voksne-med-fedme-i-usa/279693>

Steiger, H., Sansfacon, J., Thaler, L., Leonard, N., Cottier, D., Kahan, E., Fletcher, E., Rossi, E., Israel, M. & Gauvin, L. (2017). Autonomy Support and autonomous motivation in the outpatient treatment of adults with an eating disorder. *International Journal of Eating Disorders (WILEY)*, 50 (9), 1058-1066. DOI: 10.1002/eat.22734 *8

Svartdal, F. (2021, 10. januar). *Fagfelle vurdering*. Store Norske Leksikon.

<https://snl.no/fagfellevurdering>.

Treasure, J. & Schimdt. U. (2008). Motivational Interviewing in the Management of Eating Disorders. H. Arkowitz, H, A. Westra, W, R. Miller & Rollnick (Red.), *Motivational Interviewing in the treatment of psychological problems* (s. 194 – 225). The Guilford Press.

*31

Teigen, K, H. (2020, 13. mars). *Motivasjon*. Store Norske Leksikon. <https://snl.no/motivasjon>.

Utforsksinnet (2019, 15. oktober). *Den transteoretiske modellen for endring av Prochaska og DiClemente*. <https://utforsksinnet.no/den-transteoretiske-modellen-for-endring-av-prochaska-og-diclemente/>.

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 (WILEY)*, Artikkel 53, 1244–1251. <https://doi.org/10.1002/eat.23331> *7

Øverås, M. (2018). *Å bli frisk: Veier ut av spiseforstyrrelser*. Universitetsforlaget. *198

Selvvalgt pensum: 891 sider.