

BACHELOROPPGAVE

Hvordan er motivasjonsprosessen til en friskere hverdag for personer med spiseforstyrrelser?

av

Kandidatnummer 22, Line Dahl Skjerven
Kandidatnummer 42, Caroline Skaar Strand

Idrett, fysisk aktivitet og helse
ID3-302
Desember 2012

Forord

Oppgaven er gjennomført gjennom det 5. semester i studiet idrett, fysisk aktivitet og helse ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling Sogndal.

Våren 2012 begynte vi å tenke på hva vi skulle skrive om. Vi opprettet en foreløpig problemstilling om motivasjon og rehabilitering av ulike tilstander. Vi bestemte oss tidlig at vi ville jobbe kvalitativt og startet å lete etter eventuelle intervjupersoner. Den endelige problemstillingen ble satt i september 2012 og to intervjupersoner ble kontaktet rundt samme tid.

Bakgrunnen for oppgaven vår er den økende forekomsten av spiseforstyrrelser i samfunnet. Grunnet et økt fokus på en slank kropp og vellykkethet i samfunnet generelt. Samfunnet fokuserer mye på fedmeproblematikken og oppfordrer befolkningen til å slanke seg uten å belyse problemene dette kan medføre enkelte personer. Det er for dårlige og for lite rehabiliteringstilbud til spiseforstyrrelser. Med dette vil vi forske på eksempler til å motivere seg til en friskere hverdag som spiseforstyrret. Motivasjon er et subjektivt og sammensatt fenomen som fører til en handling og dermed en rehabiliteringsprosess.

Vi ønsker å takke:

- Veileder Odd Lennart Vikene for god veiledning og gode råd gjennom hele prosessen.
- Intervjupersonene for deres gode samarbeid og villighet til å fortelle om sin livshistorie. Samt at de tok seg tid til å bli intervjuet.

Vi har lært mye om arbeidsprosessen. Prosessen med å finne ut av problemstilling og arbeidsmetode var lang. Vi har lært at det er viktig ikke å ta på seg for mye jobb og senke krav til hva man vil skrive om. Samtidig har vi lært mye om kvalitativ forskning, hvordan man skal gjennomføre intervju og tolke sitat oppimot teori. Vi har også lært mye om spiseforstyrrelser og motivasjon.

Sogndal 19.12.2012

Line Dahl Skjerven

Caroline Skaar Strand

Sammendrag

Hensikten med denne oppgaven er å finne eksempler på hvordan man kan motivere seg til en friskere hverdag som spiseforstyrret. Bakgrunnen er den økende forekomsten av spiseforstyrrelser i takt med fokuset på en slank kropp og vellykkethet. Mediene legger stor vekt på den økende fedmeproblematikken, men det er lite fokus på hvordan dette kan påvirke enkelte mennesker. I takt med dette er tilbudet av rehabiliteringen for spiseforstyrrelser for dårlig. For at en rehabilitering skal kunne gjennomføres, er motivasjon et sentralt begrep. Motivasjon fører til en handling, samtidig som den opprettholder den. For å belyse dette temaet har vi brukt kvalitativt forskningsintervju på to personer som føler de har motivert seg til en friskere hverdag fra spiseforstyrrelser. Teorien vi har valgt er selvbestemmelsesteorien av Deci & Ryan (2000). Hos intervjupersonene ser det ut til at man trenger en sosial tilhørighet for å starte en rehabiliteringsprosess. For å komme seg videre er det de selv som må ta tak i livet.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
Innholdsfortegnelse	4
Innledning og problemstilling	5
Teori	6
Spiseforstyrrelser	6
Motivasjon	7
Selvbestemmelsesteorien	8
Tre grunnleggende behov	9
Typer motivasjon	10
Internaliseringsprosess	10
Metode	13
Design	14
Utvalg	14
Prosedyre	14
Analyse	15
Forskningens reliabilitet, validitet generaliserbarhet	15
Etikk	16
Resultat og diskusjon	17
Bakgrunn for spiseforstyrrelsen	17
Under spiseforstyrrelsen	18
Vendepunktet til en friskere hverdag	21
Motivasjonsprosessen til i dag etter vendepunktet	23
Konklusjon	27
Referanseliste	28
Vedlegg 1	30
Vedlegg 2	32

Innledning og problemstilling

Spiseforstyrrelse er en samlebetegnelse for flere typer lidelser der mat og trening blir et verktøy for å kontrollere vonde følelser (Skårderud et al., 2008, Statens Helsetilsyn, 2000). Det er en alvorlig lidelse som kan føre med seg flere psykologiske og fysiologiske plager, samt død (Statens Helsetilsyn, 2000). Spiseforstyrrelser er en av de vanligste psykiske lidelsene for kvinner i dag (Hausenblack et al., 2008). Forekomsten er størst hos unge kvinner, men det er viktig å understreke at både jenter, gutter, kvinner og menn i alle aldre får diagnosen (Statens Helsetilsyn, 2000). Det har vært en økende andel av spiseforstyrrelser de siste årene (ibid). Dette kan ha sammenheng med at samfunnet i dag legger stor vekt på en slank kropp og vellykkethet (ibid). Gjennom reklamer og medier er det et stort fokus på å spise sunt og trene mye og hardt. Dette fokuset er mye på grunn av den økende overvektproblematikken i samfunnet. Det sies at overvekt er helsefarlig og oppfordrer befolkningen til å drive vektreduserende adferd. I takt med dette er det et veldig lite fokus på den økende forekomsten av spiseforstyrrelser som kan forårsakes på grunn av fokuset på overvekt. I tillegg er tilbudene til behandling av spiseforstyrrelse for dårlig og for få (Statens Helsetilsyn, 2000, Vedul-Kjelsås et.al., 2004).

En behandling og rehabiliteringsprosess er avhengig av motivasjon for å kunne bli gjennomført (Imsen, 2005). Motivasjon fører til en handling og holder den ved like ved at det gir det mål og mening (ibid).

På grunnlag av den økende andelen av spiseforstyrrelser, samt viktigheten av motivasjon for å forbedre seg, er hensikten med vår studie og utforske hvordan en spiseforstyrret person kan motivere seg til en friskere hverdag. Vi har dermed valgt problemstillingen:

Hvordan er motivasjonsprosessen til en friskere hverdag for personer med spiseforstyrrelser?

Teori

Spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er en lidelse som handler om vanskeligheter til mat, tanker og følelser (Skårderud et al., 2010). Det handler om samspillet mellom kropp og sinn, om lav selvfølelse og en opplevelse av dårlig kontroll over deler av livet (ibid). Bakgrunnen kan være et indre kaos og forvirring, en opplevelse av utilstrekkelighet eller ensomhet, samt et ugunstig familieforhold (Skårderud, 2008). Kontrollen over mat og kropp blir dermed essensielt, og blir et forsøk på å øke autonomi og selvfølelse i en opplevd vanskelig situasjon (ibid). Det som skal være løsningen blir selve problemet, fordi det blir en overopptatthet av kropp og mat som igjen fører til en forsterkning av den lave selvfølelsen (ibid). Dette bidrar til at omverdenen stenges ute og fører dem inn i en sosial isolasjon og ensomhet (ibid). Skårderud et al. (2010) skriver at der opplevelsene og følelsene ikke er til å bære lenger, tyr noen til spiseforstyrrelser, mens andre velger andre måter å kontrollere følelser på som for eksempel rus, vold eller selvskading.

Spiseforstyrrelser kan deles inn i ulike kategorier: anorexia nervosa, bulimia nervosa, tvangsspising og uspesifikke lidelser (Statens Helsetilsyn, 2000). Historien om spiseforstyrrelser stammer helt tilbake til antikken (Vedul-Kjelsås & Göttestam, 2004). Her ble anorexia nervosa først oppfattet. Franskmannen Charles Lasegues skrev en artikkel om 8 jenter med anorexia nervosa (Skårderud, 2008). Han mente at de utløsende faktorene var følelsesmessige traumer, og at familiens mekanismer er med på å bevare symptomene. Symptomene på anorexia nervosa er en BMI på under 17 og en overopptatthet av mat og trening (Statens Helsetilsyn, 2000). De inntar lite energi i løpet av en dag, samt at de unngår «fetende» mat og trener mye utholdenhet (ibid). Noen med denne diagnosen kan også utvikle bulimia nervosa (ibid). Dette kjennetegnes ved hyppig overspising, opplevelse av tap av kontroll over spising og vektreduserende adferd som oppkast, trening eller annen strategi for å motvirke vektøkning av overspising (Rø et al., 2002). Ved tvangsspising spiser man veldig mye og er forbundet med overvekt og fedme (Statens Helsetilsyn, 2000). Uspesifikke lidelser er spiseforstyrrelser som ikke kjennetegnes med de ovennevnte symptomene (ibid). Tankene til en med spiseforstyrrelser handler konstant om mat, vekt og kalorier (ibid). Vi velger derfor

å omtale spiseforstyrrelser som en gruppe, og vil derfor ikke gå videre inn på de ulike diagnostiske gruppene.

Mange pasienter er ambivalent til å bli frisk. De opplever en kontroll og mestring og kan være redd for å gi slipp på det (Skårderud, 2004). Statens Helsetilsyn (2000) og Vansteenkiste et al. (2005) skriver om motivasjonsarbeid ved behandling av spiseforstyrrelser, og mener at det som kan snu sykdomstilstanden er at pasienten selv tar beslutningen. Videre skriver de at i behandlingssammenheng er motivasjonsarbeid og allianse grunnlaget til en friskere hverdag.

En studie har intervjuet kvinner i siste tilfriskningsfasen fra spiseforstyrrelser (Pettersen et al., 2012). De forteller at i denne fasen er man ofte sårbar og føler skyld og skam ovenfor familie og venner. Spiseforstyrrelsen er blitt en del av identiteten slik at de opplever vanskeligheter med å finne ut hvem de er uten sykdommen (ibid). For å komme seg ut av en spiseforstyrrelse handler det for noen å gå bort fra å se seg selv som et offer, og i stedet ta ansvaret for sitt eget liv. Vrabel (2010) understreker at det er en lang prosess å bli frisk. Hun gjennomførte en studie for å finne ut hvor mange som er friske fem år etter behandling ved Modum Bad. Totalt var det 77 pasienter som deltok, og 40 prosent følte seg helt friske. To av tre følte seg bedre.

Motivasjon

Det er mange ulike definisjoner på motivasjon. Vi benytter oss av Imsens (2005, s.375): *«[...] det som forårsaker aktivitet hos individet, det som holder denne aktiviteten ved like og det som gir den mål og mening. Motivasjon står derfor helt sentralt når det gjelder å forstå menneskelig adferd.»*

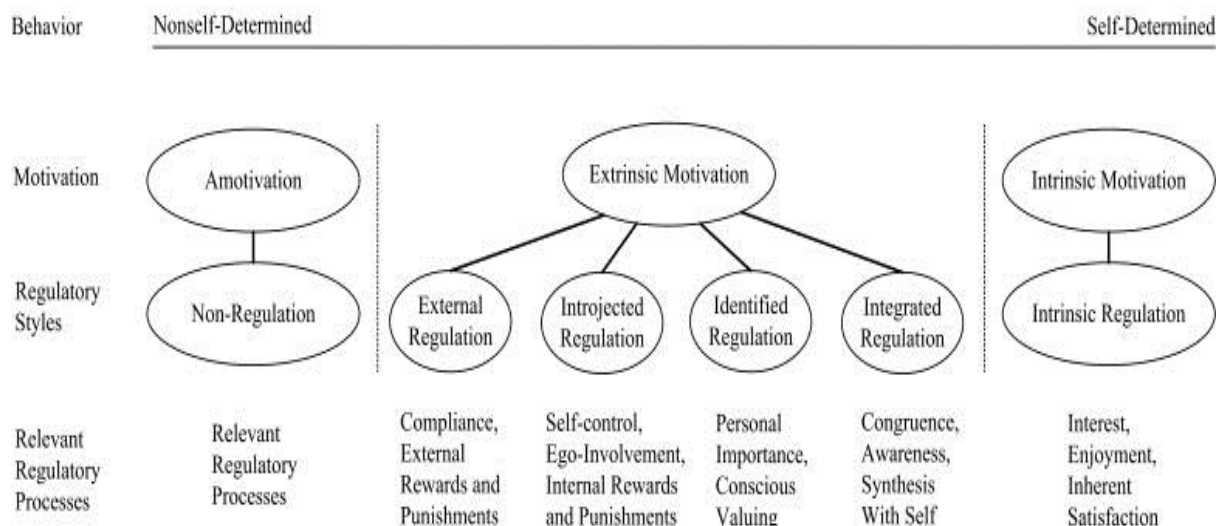
Motivasjon er altså en grunnleggende faktor for å handle (Deci & Ryan, 2000). Innenfor en rehabiliteringsprosess er motivasjon viktig for å kunne gjennomføre rehabiliteringen.

Motivasjon er et komplekst og subjektivt psykologisk fenomen som flere teorier prøver å forklare (Moe & Moser, 2009). Blant disse er behovsteorier som Maslows behovshierarki, der man legger vekt på grunnleggende behov et menneske behøver for å føle motivasjon: fysiske behov, trygghet, sosiale behov, anerkjennelse og selvrealisering (ibid). Ajzens teori trekker inn at jo større kontroll en person har på en oppgave, jo større er sjansen for å lykkes (ibid). Atkinson ser på forholdet mellom lysten til å lykkes og frykten for å mislykkes (ibid). Den transteoretiske modellen trekker inn de ulike stadiene man oppnår innenfor en motivasjonsprosess. Denne blir ofte brukt i sammenheng med livsstilsforandringer (Gulliot et

al., 2004). Teorien om planlagt adferd ser på sammenhengen mellom intensjon og adferd (Espenes & Smedslund, 2010). Achievement Goal Theory legger vekt på hvordan man definerer målet. Om det er ytre eller indre motivasjon som står bak. Der indre motivasjon er assosiert med glede og interesse ovenfor målet, mens ytre er assosiert med mål som gir en berømmelse (Senko et al., 2011).

Selvbestemmelsesteorien

Vi har valgt å legge vekt på selvbestemmelsesteorien (SDT) av Deci & Ryan (2000, 2002, 2008). Teorien ser på motivasjon som en naturlig subjektiv egenskap og prøver å være så virkelighetsnær som mulig (Deci & Ryan, 2002). Dette skjer ved en skalering fra lavest til høyest grad av individets opplevelse av selvbestemmelse (figur 1, Deci & Ryan, 2000). Høyest grad av selvbestemmelse gjenspeiler følelsen av frihet til å kunne bestemme selv og dermed være tilfredsstillt og trygg ovenfor egen adferd og valg (ibid). Man får dermed en følelse av kontroll, glede og velvære som gir en energi og arbeidslyst ovenfor oppgaven (Deci & Ryan, 2008). I den andre enden av skaleringen er det ingen selvbestemmelse, her oppstår det ingen handling på grunn av ingen følelse av viktighet ovenfor en adferd, dermed ingen energi og arbeidslyst ovenfor oppgaven. Mellom disse ytterpunktene er det en skalering der økt grad av selvbestemmelse gjenspeiles. Et eksempel er at spiseforstyrrede opplever ofte en mestring ovenfor mat og kropp i startfasen av sin lidelse (Skårderud, 2004). Dette gir dem en følelse de har lengtet etter og har ingen intensjon om å gjøre noe med det. Da har man ingen selvbestemmelse ovenfor handlingen å bli frisk. Prosessen er ofte slik at spiseforstyrrede etter hvert forstår at de er syke, men det tar tid før det gjøres noe med (Vansteenkiste et al., 2005). De vil da etter hvert føle en økt grad av selvbestemmelse til å gjennomføre rehabiliteringsprosessen.



Figur 1. Ulik motivasjon og grad av motivasjon (Deci & Ryan, 2000, s. 72).

Tre grunnleggende behov

For å påpeke hvor et individ er i denne skaleringen, ser man på noen konkrete faktorer. Disse faktorene er tre grunnleggende behov for motivasjon: autonomi, kontroll og tilhørighet (Deci & Ryan 2008). De grunnleggende behovene henger tett sammen og påvirker hverandre (ibid). Økt tilfredsstillelse av disse behovene gir en økt grad av selvbestemmelse. Om ikke tilfredsstillelsen av de grunnleggende behovene er fullverdig, vil mennesket naturlig søke etter en høyere grad av tilfredsstillelse (ibid).

Autonomi er det mest grunnleggende behovet (Deci & Ryan, 2008). Det kjennetegner frivillighet, interesse og iver ovenfor en oppgave. Dette gir en indre forståelse og aksept av egen adferd, samt en ansvarsfølelse ovenfor seg selv og dermed fravær av tvang (Hummelvoll, 2004). Det vil altså være den viktigste årsaken for individets utvikling og regulering (Deci & Ryan, 2008). Karakteristisk for en spiseforstyrret er liten kjennskap til seg selv og sine valg (Hummelvoll, 2004). Vansteenkiste et al. (2005) vektlegger under rehabilitering at spiseforstyrrede skal tenke over vurderingene sine, finne sine egne svar og selv ta en beslutning om endring. De mener at når endringen er personlig, er effekten mer varig.

Kontroll beskriver en persons følelse over å ha evner og kompetanse og dermed føle en mestring ovenfor oppgaven (Deci & Ryan, 2008). Karakteristisk for spiseforstyrrelser er ofte indre kaos og forvirring og en opplevelse av utilstrekkelighet (Skårderud, 2008).

Rehabilitering kan hjelpe til med å gi pasientene en økt følelse av kontroll over livet sitt (Vansteenkiste, et al., 2005).

Tilhørighet beskriver individets følelse av sosial tilhørighet (Deci & Ryan, 2008). Det legges vekt på nære, trygge sosiale relasjoner som familie og venner (Skårderud, 2008, Pettersen et al., 2012). Det er også viktig med gode sosiale relasjoner i et miljø for en oppgave man skal gjennomføre. Det kan være personer med samme interesse, bakgrunn og/eller forståelse. En følelse av ensomhet og familiære komponenter er ofte bakgrunnen for spiseforstyrrelsen (Skårderud, 2008). Sosial isolasjon er dermed karakteristisk for spiseforstyrrede som vil gi en minket selvbestemmelse for å gjennomføre en rehabiliteringsprosess (ibid). Ved prosessen til å bli friskere er behovet for sosial tilhørighet viktig (Pettersen et al., 2012).

Typer motivasjon

Skaleringen for selvbestemmelse deles inn i tre forskjellige former for motivasjon; amotivasjon, ytre- og indre motivasjon (Figur 1, Deci & Ryan, 2000). Amotivasjon har ingen selvbestemmelse, mens indre motivasjon har størst grad av selvbestemmelse. Amotivasjon er dermed betegnet som en tilstand der man ikke har motivasjon eller intensjon til å gjennomføre en adferd (ibid). Det skjer dermed ingen handling. Et eksempel er at spiseforstyrrede har amotivasjon og ingen selvbestemmelse knyttet til å starte en rehabiliteringsprosess i første stadium av lidelsen. De føler en mestrings og kontroll som de har lengtet lenge etter ved å slanke seg (Skårderud, 2008). Dermed ser de ingen viktighet av å miste denne mestrings og kontrollen. Ytre og indre motivasjon er ulike motivasjonstyper som fører til en handling (Deci & Ryan, 2000). Ytre motivasjon betegnes med ytre faktorer som belønning, straff, andres forventinger og anerkjennelse (ibid). Mange spiseforstyrrede er ytre motivert for sin spiseforstyrrelse (Vansteenkiste et al., 2005). De har lyst til å se bra ut, lyst til å være tynn, sprek og flink. Andres meninger kan være faktorer for deres adferd (ibid). Indre motivasjon gjenspeiler høyeste grad av selvbestemmelse med følelsen av frihet til å kunne bestemme selv og dermed kunne være tilfredsstilt og trygg ovenfor egen adferd og valg (Deci & Ryan, 2008). Man får dermed en følelse av kontroll, glede og velvære som gir en energi og arbeidslyst ovenfor oppgaven (ibid).

Internaliseringsprosess

Ytre motivasjon er mellom de to ytterpunktene i selvbestemmelsesskaleringen (Deci & Ryan, 2000). For å demonstrere et bilde på denne skaleringen deles ytre motivasjon inn i fire

forskjellige reguleringer: Ytre, tilført, identifisert og integrert regulering (Figur 1, Deci & Ryan, 2000). Reguleringen går fra minst til høyest grad av selvbestemmelse. SDT kaller dette en internaliseringsprosess (ibid). Den gjenspeiler menneskets naturlige søk etter utfordringer, utforske nye perspektiver og aktivt internaliserer og transformerer handlinger til sitt eget (Deci & Ryan, 2002).

Ytre regulering gir en ytre kontrollert følelse og fremmedgjørelse av adferden. Ytre faktorer som ros og ris bestemmer motivasjonen. Dette er den delen av ytre motivasjon som er regnet som motpolen til indre motivasjon (Deci & Ryan 2000)

Tilført regulering er stadiet hvor man har integrert en adferd delvis, men ikke akseptert den fullt som sin egen (Deci & Ryan, 2000). Tilført regulering kjennetegner ofte ego der man kjemper etter selvfølelse, verdighet og integrering i en sosial sammenheng (ibid). Det er altså ytre faktorer som regulerer adferden og dens verdighet. Rieger et al. (2000) har sett på ulike hypoteser for lavt motivasjonsnivå ved anorexia nervosa. De fant en hypotese om at motivasjonen påvirkes av andres meninger og kommentarer. Dette gjelder familie, venner, bekjente og behandlingspersonell. Dermed kan en utenforstående tilføre en pasient en adferd. Pasienten integrerer dermed denne adferden delvis og jobber med å integrere seg inn i denne sosiale sammenhengen. Spiseforstyrrede har en lav selvfølelse og føler liten verdighet og vil dermed oppsøke integrering i den sosiale sammenhengen (Skårderud, 2008).

Identifisert regulering kjennetegner at personen identifiserer seg med adferden slik at den verdsettes personlig (Deci & Ryan, 2000). Man setter seg mål som blir viktig for en selv. Ved en full identifisering blir motivasjonen en integrert regulering (Deci & Ryan, 2000). Dette vil si at adferden er verdsatt slik at den tilfredsstillende egne verdier og behov fullt ut. Dette siste leddet kan identifisere seg mye med indre motivasjon (ibid). Men identifisert regulering relateres mer til personlig viktighet og bevissthet ovenfor adferden, mens indre motivasjon relateres til indre glede ovenfor adferden. Vansteenkiste et al. (2005) har sett på rehabilitering av spiseforstyrrede og har funnet at hver pasient har en indre ressurs til å gjøre en livsstilsendring. Ved hjelp av tilhørighet kan ytre motivert adferd oppleves som selvstendig og viljestyrt ved å akseptere endringen.

En internaliseringsprosess trenger ikke gjennomgå alle ledd (Deci & Ryan, 2000). Hvor man er, avhenger av hvilken type motivasjon man har (ibid). I samsvar med en større grad av

selvregulering og velvære av indre motivasjon, vil indre regulering få en verdi som varer lenge. Ytre regulering får en spontan verdi der gleden varer kortere. Jo lengre ut i internaliseringsprosessen reguleringen er, jo lengre følelse av glede vil man føle (Deci & Ryan, 2000). Mange søker etter ytre regulert mål for å oppnå denne spontane gleden (Deci & Ryan, 2008). Spiseforstyrrede er ofte ytre motivert og føler en akutt glede i starten av sin spiseforstyrrelse ved en vektnedgang (Vansteenkiste et al., 2005). Denne gleden vil de fortsette å føle og setter seg mål om å gå mer ned i vekt.

Vansteenkiste et al. (2005) har skrevet en artikkel hvor det vektlegges at spiseforstyrrede pasienter skal tenke over vurderingene sine, finne sine egne svar og selv ta en beslutning om endring. Når endringen er personlig, er effekten mer varig (ibid). De utviklet et spørreskjema som vurderte villigheten til endring. Den viser tydelig at motivasjonstilnærmingene for disse pasientene deler noen like egenskaper (ibid). Spiseforstyrrede har et sterkt potensial for endring. Hver pasient har en indre ressurs til å realisere denne endringen, gitt at de får den nødvendige tilhørigheten. Oppgaven er å lære å utføre en adferd som pasienten ikke vil gjøre spontant. Disse personene er ytre motivert. SDT hevder at ytre motivert adferd kan oppleves som selvstendig og viljestyrt ved å akseptere endringen (ibid). Slik skjer det en gradvis internaliseringsprosess.

Anorexiapasienter har et lavt motivasjonsnivå for å bli frisk (Rieger et al, 2000). Ulike hypoteser kan muligens forklare hvorfor (ibid). Den ene kan være at antakelsen av det lave motivasjonsnivået er utbredt, og vil derfor påvirkes av andre. En annen hypotese har sett på at det å bli klar for å bli frisk har med hvordan du ble syk. En tredje hypotese innebærer at terapeutiske intervensjoner kan fanges opp i litteraturen, som antas enten å forsterke eller svekke motivasjon for endring. En siste hypotese sier at det er ulike årsakssammenhenger for det lave nivået til å bli frisk. På bakgrunn av begrenset virkemidler for å vurdere motivasjonen, er forskning av de ulike motivasjonshypotesene i sammenheng med spiseforstyrrelser begrenset (ibid).

Metode

Metode kan ses på som et verktøy eller redskap der vi får svar på oppgaven og ny kunnskap innenfor temaet (Larsen, 2007). Oppgaven innebærer en problemstilling som er utgangspunktet for forskningsprosessen, og som skal besvares gjennom bruk av vitenskapelige metoder. Metode brukes for å innhente, organiserer og tolke informasjon (ibid).

Det finnes ulike forskningsmetoder (Befring, 2010). Prinsippet er at det skal være tydelig og tilgjengelig, slik at den kan kontrolleres og reproduseres av andre. I hovedsak kan man dele forskningsmetodene i kvalitativ og kvantitativ metode. I kvalitativ metode gis det rom for improvisasjon og personlige valg underveis, mens kvantitativ metode kjennetegnes ved mange spesifikke regler, formaliseringer og bruk av statistiske metoder (ibid).

I et kvalitativt forskningsintervju forstås verden fra intervjupersonens side (Kvale & Brinkmann, 2010). Kvale og Brinkmann (2010) påpeker intervjuet som et håndverk, en kunnskapsproduserende aktivitet og en sosial praksis. Et samarbeid mellom forsker og den intervjuede produserer kunnskap som er knyttet til en historisk og sosial kontekst. Forskeren er det viktigste instrument, og hensikten er å frembringe kunnskap som er grundig utprøvd (ibid). Intervjuet er karakterisert som halvstrukturert. Det er en naturlig samtale, samtidig som at forskeren har vitenskapelig kompetanse og definerer intervjusituasjonen ved å bestemme temaet og den røde tråden. Det å intervjuer handler like mye om intervjuerens praktiske ferdigheter og personlige vurderinger. Dette fordi kvaliteten måles ut fra styrken og verdien av den kunnskap som produseres (ibid).

Forskningsintervjuet kan utformes på ulike måter, som relateres til forskjellige former for kunnskap. Kvale og Brinkmann (2010) skiller blant annet mellom datastøttende intervjuer, fokusgruppeintervjuer, faktuelle intervjuer, begrepsintervjuer, narrative intervjuer, diskursive intervjuer og konfronterende intervjuer. Datastøttende intervjuer er formidlet av teknologi. Fordelen med denne intervjuformen er økt mulighet til å snakke med mennesker som er i større geografisk avstand fra forskeren. Fokusgruppeintervju baserer seg på grupper mellom seks til ti personer, der det er viktig å få frem mange forskjellige synspunkter om temaet som forskeren velger. Faktuelle intervjuer er forbeholdt profesjonelle sammenhenger, hvor det

innhentes gyldig, faktisk informasjon ved siden av intervjuet. Ved begrepsintervjuer kartlegges begrepsstrukturen i en persons eller gruppes oppfatning. Ved diskursive intervjuer er fokuset på bestemte aspekter av samspillet i intervjuet, og legger merke til konfrontasjoner i samtalen. I konfronterende intervju er hensikten å skape konflikter og maktforhold gjennom utfordringer fra intervjuerens antakelser. Narrative intervjuer er lagt opp for å få frem historien om et valgt tema hos individet.

Design

Interessen for oppgaven illustreres i utsagnet til Kvale og Brinkmann (2010, s.19) «*Hvis du vil vite hvordan folk oppfatter verden og livet sitt, hvorfor ikke spørre dem?*» Ønsket er å vite noe om menneskets opplevelser, følelser, holdninger og den verden de lever i. Vi har derfor valgt kvalitativ metode. Intervjuene ble forberedt på forhånd gjennom utvikling av intervjuguide (vedlegg 1). Intervjuguiden var formulert rundt de tre grunnleggende psykologiske behovene: autonomi, kontroll og tilhørighet (Deci & Ryan, 2008). Som forskere i denne undersøkelsen har vi bygd opp oppgaven rundt et narrativt intervju for å få frem intervjupersonens historie med spiseforstyrrelser.

Utvalg

For å finne intervjupersoner benyttet vi Google til å søke etter ulike forfattere som hadde skrevet biografi om sitt liv med spiseforstyrrelser. Vi sendte mail til flere, fikk et svar og dermed en intervjuperson. Denne personen har vi gitt navn «Siri». Den andre personen «Hanna», fikk vi tips fra en foreleser, og tok kontakt gjennom mail. Vi sendte en skriftlig redegjørelse for prosjektets innhold og informasjon om deres rettigheter knyttet til å være intervjuperson (vedlegg 1). Felles for intervjupersonene er at de har vært gjennom en rehabiliteringsprosess og mener selv de er blitt friskere i forhold til sin verste periode. Begge er kvinner i 30- 40 årene og har hatt spiseforstyrrelser siden tenårene /starten av tjuårene.

Prosedyre

Vi opprettet en intervjuguide som la vekt på de tre grunnleggende behovene fra SDT: autonomi, kontroll og tilhørighet (vedlegg 2). Intervjuene ble tatt opp på diktafon, og foretatt på ulike steder. Intervjuet med Hanna foregikk på et grupperom på høyskolen. Intervjuet med Siri foregikk på et sted hun valgte selv. Dette siste intervjuet ble først utført ansikt til ansikt og

senere via datastøttede intervju. Da gjennom Skype. Begge intervjuene ble foretatt på områder uten for mye støy og forstyrrelser. Begge forskerne var til stede med forskjellige oppgaver. En av forskerne intervjuet, mens den andre hadde ansvaret for oversikten over intervjuguiden, notering av setting, samt kontroll over det tekniske.

Intervjuene ble deretter transkribert og meningsfortettet for å bedre egnes til analyse (Kvale & Brinkmann, 2010). Transkripsjonen ble på 28 sider for hvert intervju. Etter å ha meningsfortettet ble hvert av intervjuene på 11 sider. Forskeren som utførte intervjuene gjennomførte transkriberingen og meningsfortettingen. Deretter ble meningsfortettingen returnert til intervjupersonene for gjennomlesing og eventuell retting.

Analyse

Det finnes ulike former og metoder for intervjuanalyse (Kvale & Brinkmann, 2010). Det er en utfordring å analysere datamaterialet i kvalitativ forskning. Intervjuet kan inneholde endel irrelevant utsagn for oppgaven. Formålet med analyseprosessen er å systematisere og tolke funnene på riktig måte (ibid). De vanligste formene for dataanalyse er koding eller kategorisering (ibid). Dette innebærer at forskeren leser gjennom transkripsjonen og samler de relevante avsnittene og sitatene. Hovedhensikten er at fremstillingen av data knyttes opp mot problemstillingen. Intervjuguiden hjalp oss å få en viss struktur og å lette analyseprosessen. Ved analysen har vi brukt såkalt meningsfortetting. Meningsfortetting inneholder en komprimert uttalelse fra intervjupersonen, og får da frem det viktige for forskningen (ibid). Det er viktig å lese intervjupersonens svar på en fordomsfri måte og tematiserer uttalelsene fra individenes synsvinkel. Disse temaene kan deretter fortolkes og analyseres. Teksten bearbeides tidsmessig ved bruk av narrativ strukturering, da for å få frem intervjuindividenes historie.

Forskningens reliabilitet, validitet generaliserbarhet

All forskning må argumenteres for sin reliabilitet, validitet og generaliserbarhet (Kvale & Brinkmann, 2010). Reliabilitet knyttes til forskningsresultatenes sammenheng og troverdighet (ibid). En utfordring for forskeren er hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere. Utformingen av intervjuet, konteksten og forskeren selv kan påvirke dem som undersøkes. Vurdering av forskningsfunnenes validitet er mer komplisert

(Kvale & Brinkmann, 2010). Validitet brukes synonymt om sannhet, og knyttes opp mot i hvor stor grad observasjoner faktisk reflekterer temaene det ønskes å vite noe om.

Ved intervjuforskning er det for få intervjupersoner til at resultatene kan generaliseres (Kvale & Brinkmann, 2010). Vi kan heller se på om den kunnskapen som produseres i en spesifikk intervjusituasjon, kan overføres til andre relevante situasjoner (ibid). Det primære målet i forskningen er å studere og forstå individene i undersøkelsen. Utfordringen blir dermed i forhold til å generalisere funnene. Dette kan innebære at vitenskapelig kunnskap må være universell og gyldig til alle steder og for alle mennesker. Vi ønsker gjennom undersøkelsen å forstå objektet utfra deres situasjon og knytte dette opp mot et mer teoretisk nivå.

Samme forsker intervjuet, transkriberte og meningsfortettet. Samtidig var den andre forskeren til stede med andre oppgaver. Intervjuene foregikk på forskjellige steder. Intervjuet med Hanna valgte vi sted, mens Siri valgte selv. Siri glemte tidspunkt for intervjuet og ville forkorte intervjuet. Dette gjorde oss som forskere noe stresset. Vi delte opp intervjuet og tok et senere møte på Skype. Men allikevel fikk vi fram det essensielle for vår forskning. Motivasjon og spiseforstyrrelser er veldig subjektivt og komplekst (Imsen, 2005). Derfor blir det valid å bruke få intervjupersoner for en dypere forståelse. Intervjupersonene mener at de har motivert seg til en friskere hverdag fra spiseforstyrrelser, dermed er det valid oppimot problemstillingen. Ved transkripsjon vil talespråk endres til skriftspråk (Kvale & Brinkmann, 2005). Videre vil meningsfortettingen ha vår tolking. Men vi har diskutert resultatene oppimot teori for å få en mest mulig valid og reliabel forskning.

Etikk

Vi har ikke søkt Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjenste (NSD) om godkjenning, men vi er klar over at vi bearbeider sensitive opplysninger. Vi har bedt om samtykke fra intervjupersonene (vedlegg 1). Samtidig er intervjupersonene anonyme, samt at vi sletter lydopptak og transkriberte data ved innlevering av oppgaven.

Resultat og diskusjon

Fokuset vårt er motivasjon og utfordringer knyttet til hvordan man kan rehabilitere seg etter spiseforstyrrelser. Vi er interessert i å få frem historien om hvordan individene fikk sin spiseforstyrrelse, hvordan den er blitt opprettholdt, og hva som har motivert dem til en friskere hverdag. Dermed har vi valgt problemstillingen: Hvordan er motivasjonsprosessen til en friskere hverdag for personer med spiseforstyrrelser?

Ut fra vår metode og teori vil vi legge opp diskusjonen i en narrativ strukturering med overskrifter som: Bakgrunn for spiseforstyrrelsen, Under spiseforstyrrelsen, Vendepunktet til en friskere hverdag og Motivasjonsprosessen til i dag etter spiseforstyrrelser. Under hvert stadium vil vi diskutere sitat fra begge intervjupersonene i forhold til teori og forskning om spiseforstyrrelser, samt motivasjon og SDT. Vi vil legge vekt på de grunnleggende behovene autonomi, kontroll og tilhørighet i SDT. Vi vil også diskutere i forhold til internaliseringsprosessen med amotivasjon, ytre- og indre motivasjon. Dette vil vi knytte opp mot grad av selvbestemmelse.

Bakgrunn for spiseforstyrrelsen

Spiseforstyrrelser er en sammensatt prosess som er satt sammen av mange faktorer (Vansteenkiste et al., 2005). Det er aldri én underliggende årsak til utvikling av spiseforstyrrelser, men heller en rekke sammensatte og kompliserte årsaker (Hummelvoll, 2004). Utviklingen kan ha sammenheng med forskjellige faktorer som provoserer frem lidelsen og forhold i omgivelsene som holder den ved like. Oppsummert handler det om lav selvfølelse og en opplevelse av dårlig kontroll over deler av livet (Skårderud, 2004). Bakgrunnen kan være et indre kaos og forvirring, en opplevelse av utilstrekkelighet eller ensomhet, samt et ugunstig familieforhold eller følelsesmessige traumer (ibid). Rolleforandringer i livet som å flytte hjemmefra eller bli mor kan også være utløsende faktorer (Hummelvoll, 2004). På spørsmålet om hvordan spiseforstyrrelsen startet forteller intervjupersonene:

Det som utløste mine problem var at jeg var litt misfornøyd med meg selv, og at jeg hørte stemmer [...] tidligere fra barndommen. [...] Hos meg så lagret det seg veldig mange slike

kommentarer som for eksempel: Jeg lurer på hvordan du vil se ut når du har født unger (Hanna).

Familien min var ikke særlig store på samtale, så jeg hadde ikke noe verktøy for å takle og behandle følelsene. [...] Jeg mangla vel noen som brydde seg og satt ned foten. [...] For jeg fikk alltid lov å gjøre som jeg ville (Siri).

Det er følelser spiseforstyrrelser handler om (Hanna). Det handler om sorg (Siri).

Disse sitatene bekrefter en gradvis og sammensatt bakgrunn med mange følelser involvert helt fra barndommen. Siri forteller om en fri oppvekst der hun kunne bestemme akkurat hva hun ville. Hun følte livet var *fritt, vilt og kaotisk*. Hun forteller at hun føler sine egne valg var *ukvalifiserte*. Hummelvoll (2004) påpeker at dersom man ikke får tilfredsstilt fysiske og følelsesmessige behov fra barndommen, vil man bli avhengig av andres tilbakemeldinger. Dette fører til at man vil ha minket evne til å identifisere og tilfredsstille egne behov (ibid). Siri har hatt en lav tilhørighet til familien sin fra barndommen. Denne mangelen på tilhørighet har ført til en følelse av lav autonomi fordi hun ikke føler selvstendighet og trygghet på egne behov og valg. Hun er avhengig av tilhørighet fordi hun føler det er eneste som kan hjelpe henne med kontrollen over livet.

Hanna forteller om en lav selvfølelse ved at hun var *misfornøyd* med seg selv. Hun *følte [seg] tjukk, selv om [hun] ikke var det*. Hun er ikke tilfreds i identifiseringen av seg selv og føler dermed en lav tilhørighet til sin egen kropp. Dette gjenspeiler en lav autonomi. En liten kjennskap til seg selv er karakteristisk for spiseforstyrrelser (Hummelvoll, 2004).

Bakgrunnen til Siri og Hanna gjenspeiler ytre faktorer. Siri har mangel på relasjoner til familien, mens Hanna har mangel på relasjon til sin egen kropp. Hanna forteller også at kommentarer fra andre personer lagret seg. Vansteenkiste et al. (2005) påpeker at bakgrunnen til en spiseforstyrrelse er karakterisert som ytre motivert. Den ytre motivasjon påvirker den indre motivasjonen (Deci & Ryan, 2008). Siri og Hanna får opprettet dårlig autonomi på grunn av de ovennevnte ytre faktorene. Dette gir dem igjen en lav selvbestemmelse.

Under spiseforstyrrelsen

Franskmannen Charles Lasegues mente at de utløsende faktorene var følelsesmessige traumer, og at familiens mekanismer er med på å bevare symptomene (Skårderud, 2008).

Rolleforandringer i livet som å flytte hjemmefra eller bli mor også kan være utløsende faktorer (Hummelvoll, 2004). En utviklet spiseforstyrrelse er essensiell når kontrollen over mat og kropp blir så stor at omverdenen stenges ute (ibid). Det vises tydelig hos intervjupersonene:

Det somatiske da jeg begynte å miste vekt var da faren min gikk bort. [...] Moren min var ikke i stand til å fange meg opp, for hun hadde selv problemer. (Siri)

Den konkrete slankingen begynte da jeg hadde fått datter nummer 2. [...] Den ene jenta mi har to kroniske sykdommer. [...] Som mor var det veldig sorgen for meg, jeg ble veldig deprimert, lei meg og trist. (Hanna)

Hanna og Siri bekrefter en lav autonomi som ble påvirket av rolleforandringer og traumer. Hanna bekrefter at den utløsende faktoren var da hun fikk unger. Siri forteller at *det begynte nok allerede på gymnaset. Det var en slags følelse av at jeg ikke visste hva jeg skulle gjøre.* Hun flyttet da hjemmefra til utlandet. Rolleforandringer i livet kan gi en usikkerhet (Hummelvoll, 2004) Den viktigste utløsende faktoren for Siri er da hun mistet faren sin. Dette var et følelsesmessig traume for henne. Flere studier bekrefter at en opplevd lav autonomi gir en manglende kontroll over verden rundt (ibid). Dette fører dermed til at de kontrollerer mat og trening (ibid). De føler en seier når de oppdager at de kan kontrollere noe (Skårderud, 2008). *Jeg hadde ikke noe verktøy for å takle og behandle følelser. Det var ofte litt enklere metoder som mat.* Siri føler hun endelig har noe i livet hun kan kontrollere. Hanna forteller at *Spiseforstyrrelsen styrte og jeg gjorde akkurat som den sa.* Hun forteller at hun visste hva hun skulle, hun leste på internett og i blader om mat og trening slik at hun fikk mer kompetanse og kontroll over hva hun gjorde. *Hun gikk ned 15 kilo på 9 måneder. [...] det var et vendepunkt at jeg følte at jeg mestret noe [...] Den største motivasjonen var at jeg fikk så raske resultater.* Hun forteller videre at hun følte en tilhørighet til spiseforstyrrelsen. *Spiseforstyrrelsen var jo en god ting å ha fordi da hadde jeg noe i hvertfall. Hva ble jeg uten spiseforstyrrelsen?* Verden utenfor var skummel, hun var avhengig av kontrollen og tilhørigheten til spiseforstyrrelsen. De følte seg identifisert og trygg ovenfor egne behov og valg og følte en autonomi knyttet til spiseforstyrrelsen.

Siri og Hanna bekrefter at de følte seg ensomme. Familiære faktorer opprettholdt spiseforstyrrelsen deres. Siri har et anstrengt forhold til sin mor. *Vi har aldri hatt et forhold*

hvor vi prater sammen. I tillegg mistet hun sin far. Hanna forteller at den ene jenta hennes var syk, noe som påvirket henne. I tillegg følte de en ensomhet knyttet til venner. Siri forteller at hun mistet kontakten med mange venner da hun flyttet hjemmefra på college. Her fikk hun en god venninne, men de *kom litt på kant* da hun mistet faren sin. Samfunnet i Glasgow, som hun senere flyttet til, beskriver hun som *veldig mørkt* og hun følte seg *veldig liten*. I tillegg gjenspeiler den dårlige kontakten med moren en ensomhet. Hanna forteller at hun sa nei til mange tilbud til å være med på ting.. Hun måtte holde rutinene som hun opparbeidet seg. *Jeg ble veldig opptatt av meg selv.* Det var tvangstanker og vrangforestillinger som opptok hodet hennes. *Det ble en sosial frykt [...]. Jeg ble mer isolert og ensom, mer alene.* Hun forteller også at humøret hennes var svekket og på *hjemmebane* var hun *vanskelig å leve med*. Spiseforstyrrelsen blir essensiell når mat og trening er eneste de tenker på og omverdenen stenges ute (Statens Helsetilsyn, 2000, Hummelvoll, 2004). Sosial isolasjon og ensomhet er karakteristisk for en spiseforstyrret person (Skårderud 2010). De velger dermed tilhørigheten til spiseforstyrrelsen isteden for en sosial tilhørighet til venner og familie.

Hanna forklarer at *alt sinnet var helt forgiftet av vrangforestillinger, tvangstanker, sorg, fordervelse og drit og lort.* Siri forteller at hun følte seg *veldig retningsløs, veldig mindreverdige*. Hun forteller at hun gikk på kunststudier i Glasgow. *Jeg følte jeg prøvde å krympe fra hodet mitt for jeg likevel ikke kunne bruke det på et vis, jeg følte ikke jeg fikk brukt meg selv. Så jeg kunne like gjerne ikke finnes.* Dette gjenspeiler det typiske for lav selvfølelse og et indre kaos og dermed mangel på kontroll over eget liv. Dette gjenspeiler også en dårlig kjennskap til sine egne handlinger og liten interesse og iver og dermed en lav autonomi. Karakteristisk spiseforstyrrelse er dårlig kjennskap til seg selv (Hummelvoll, 2004). Siri svarer dette da vi spør henne om hennes liv under spiseforstyrrelsen: *Jeg vet fortsatt ikke hvorfor akkurat jeg fikk spiseforstyrrelse. Så jeg føler meg bare litt dum når jeg snakker om det.* I intervjuet går disse ordene igjen *jeg vet ikke* eller *Jeg har ikke reflektert så mye i forhold til dette.* Hun har enda ikke skjønt bakgrunnen for hvorfor hun har fått spiseforstyrrelsen. Denne dårlige kjennskapen til seg selv gjenspeiler en dårlig kontroll over livet og dermed en lav autonomi. Hun har ingen forståelse eller identifisering av egen adferd. Hun har fra barndommen av dårlig kjennskap til seg selv og trenger en godkjenning fra andre (Hummelvoll, 2004).

Spiseforstyrrede personer er veldig ambivalente, de spiller et dobbeltspill der de på utsiden virker blide og vellykkede, mens på innsiden er det et indre kaos (Statens Helsetilsyn, 2000). De har funnet en tilhørighet til spiseforstyrrelsen og to forskjellige identiteter. De prøver å skjule sine problemer for ha den rollen de ønsker, å framstå vellykket. *Jeg gjemte meg vekk [...] jeg ville ikke at andre skulle se at jeg hadde problem eller trente så mye som jeg gjorde.* Rollen med å framstå vellykket fikk hun bekreftet at virket. *Folk så mer opp til meg fordi jeg var så nøyaktig og pliktoppfyllende og hadde kontroll.* Dette er ytre faktorer som påvirker henne. *Det var motivasjon deluxe. [...] Det er ikke bra å gi slike kommentarer til folk som har spiseforstyrrelser. Det er fokus på det ytre. Det viktigste er å grave litt dypere.* Mange spiseforstyrrede er ytre motivert for sin spiseforstyrrelse (Vansteenkiste et al., 2004). De har lyst til å se bra ut, lyst til å være tynn, sprek og flink. Rieger et al. (2000) har sett på ulike hypoteser for lavt motivasjonsnivå ved anorexia nervosa. De fant en hypotese som sa at motivasjonen påvirkes av andre. Dette gjelder familie, venner, bekjente og behandlingsspersonell. Hummelvoll (2004) bekrefter det samme.

Hanna og Siri forklarer en autonomi, kontroll og tilhørighet til spiseforstyrrelsen. Hanna visste hva hun skulle med spiseforstyrrelsen. Den hadde kontroll. Samtidig følte hun framgang og framstod for omverdenen som vellykket. De så dermed ingen vits i å bli kvitt spiseforstyrrelsen. De hadde ingen autonomi, kontroll og tilhørighet til å rehabilitere seg. Det var dermed ingen motivasjon eller intensjon knyttet til dette. Dermed var disse under amotivasjon i forhold til å motivere seg til en friskere hverdag.

Vendepunktet til en friskere hverdag

Statens Helsetilsyn (2000) mener at det som kan snu sykdomstilstanden er at pasientene selv tar beslutningen, og at motivasjonsarbeid og allianse er grunnlaget til en friskere hverdag. En studie (Vansteenkiste et al., 2005) vektlegger at pasientene skal tenke over vurderingene sine, finne sine egne svar og selv ta en beslutning om endring. Hanna forteller:

Jeg har jo hele tiden visst det men da jeg ble kristen da fikk jeg sånn ekstra lyst til å fortelle det. [...] Og det var ikke noe bra hjemme i det hele tatt. Og da fant jeg ut at her må det endringer til. Det er faktisk min feil, eller, etterhvert så begynte jeg å se det på en annen måte. [...] Ikke bare spiseforstyrrelsen som snakker til meg men jeg må liksom ta litt grep selv da.

Hanna forteller at hun innerst inne visste at hun var syk da *småslankingen* begynte, men hun ville ikke innse det. Hun bortforklarte det da folk kom og sa det til henne. Men gradvis kom det *sigende*, spesielt etter hun hadde kastet opp: *Det er jo klart at når man blir så opphengt i ting at man begynner å kaste opp, så begynner du jo så absolutt å forstå at nå er det noe som ikke helt stemmer*. Hun begynte å lese på nettet om spiseforstyrrelser for å *finne meg selv*. *Først gikk det meg bare hus forbi, men etter hvert skjønnte jeg at jeg var veldig syk og måtte gjøre noe*. Her begynner Hanna sin reise i internaliseringsprosessen. Hun startet med amotivasjon, men bevegde seg utpå ytre regulering da hun kastet opp og begynte å lese på nettet. Det gikk henne bare *hus forbi i starten* fordi hun følte en fremmedgjørelse av det som sto der. Hun klarte ikke å identifisere seg. Men etter hvert skjønnte hun at det var noe hun måtte gjøre. Da bevegde hun seg inn i identifiser regulering. Hun følte en personlig viktighet av å gjøre forandring og satte seg et personlig viktig mål: *Bli frisk*. Flere studier vektlegger at pasientene skal tenke over vurderingene sine, finne sine egne svar og selv ta en beslutning om endring (Pettersen et al., 2012, Vansteenkiste et al., 2005, Vrabel, 2010). Da varer handlingen lengre. Det var til slutt Hanna som innså situasjonen, og hun som ville endre på den. Autonomi, kontroll og tilhørighet økte fordi hun tok mer del og ansvaret for sitt eget liv. Hanna fikk en høyere autonomi knyttet til seg selv. Hun fikk en bredere forståelse av sin situasjon og en indre viktighet av å endre seg. Hun fikk kompetanse og dermed kontroll i forhold til hvor hun befant seg i livet.

Det Hanna manglet for virkelig å kunne jobbe etter det viktige målet, var en tilhørighet, og en følelse av verdighet som kunne styrke selvfølelsen hennes. Dette fikk hun da hun leste bibelen. *Det var magisk fordi jeg følte at når jeg åpnet den boken og leste den så følte jeg at det var til meg det som stod der, fordi det var akkurat det jeg trengte der og da*. Hun fikk en følelse av *kjærligheten [...] jeg følte det at jeg ble helt forelsket på en måte*. Hun fikk en tilhørighet til Jesus, og *begynte å føle på ting*. Jesus elsket henne som hun var og hun følte en verdighet. Gradvis bevegde hun seg inn i det kristne miljøet. Her fikk hun flere venner som brydde seg om henne. Hun fikk dermed en sosial tilhørighet. *Jeg følte jeg hørte hjemme*. På grunn av det kristne miljøet turte hun å fortelle om sin spiseforstyrrelse til mannen sin og til legene. Da identifiserte hun seg fullt ut med seg selv og viktigheten av å bli friskere. Målet hennes tilfredsstilte hennes egne verdier og behov. Hun bevegde seg dermed inn i integrert regulering (Deci & Ryan, 2000). Hun fikk en høy grad av autonomi, kontroll og tilhørighet til

seg selv og omverdenen.

Vendepunktet til Siri er når broren tar henne med til sykehuset. *Men det var bare fordi at jeg kom meg til sykehuset. Hadde broren min sagt det der før så hadde jeg blitt med før og. [...] jeg var bare så happy. Jeg var bare så utrolig letta for at nå blir det ordning, fordi jeg hadde jo kjent det der lenge.* Det var en ytre faktor som førte henne til sykehuset. Hun følte at *det virket så fjernt og umulig*, på grunn av en fremmed følelse knyttet til å komme seg til sykehuset. Hun bevegde seg da fra amotivasjon til ytre regulering ved vendepunktet og behovet for tilhørighet og følelse av kontroll fikk en høyere tilfredsstillelse. Videre i behandling hadde hun mange samtaler med behandlingspersonell. *Det var så uvant å snakke med en voksen person som kunne si så mye klokt til meg.* Hun følte dermed en tilhørighet og en følelse av at andre ville snakke med henne. *For meg var det å få kontakt med helsevesenet veldig viktig. Her fikk jeg veldig mye som jeg hadde savna i barndommen. [...] jeg knyttet meg veldig til sykepleierne.* Her bekrefter hun fra teorien at om man får manglende tilhørighet i barndommen, vil man hele tiden oppsøke andre personer senere i livet for å få tilfredsstillt en manglende tilhørighet (Hummelvoll, 2004). De blir dermed lite selvstendige (ibid). Hun forteller også at behandlerne gav henne en *grunn til å tenke. En grunn til å tenke hva jeg skulle jobbe med. Få et mål i livet. Den jobben jeg har fått handler om å tenke. Tenke og skrive.* Hun bekrefter her at det er viktig å ta tak i livet selv for å kunne motivere seg til en friskere hverdag. Dette viser også en økt autonomi grunnet egen identifisering av tankene og jobben, samt en personlig viktighet av å ha et mål i livet. Det er viktig for at man kan komme seg til en friskere hverdag etter spiseforstyrrelser (Vansteenkiste et al. 2005, Pettersen et al., 2012, Vrabel, 2009).

Motivasjonsprosessen til i dag etter vendepunktet

Statens Helsetilsyn (2000) mener motivasjonsarbeid og allianse er grunnlaget til en friskere hverdag. Motivasjon er viktig for å kunne gjennomføre rehabiliteringen (Deci & Ryan, 2000). Vansteenkiste et al. (2005) mener at når endringen er personlig, er effekten mer varig. Det legges vekt på at spiseforstyrrede må gå ut av offerrollen og i stedet ta ansvar for eget liv (Pettersen et al., 2012, Vrabel, 2010). En studie fra 2010 (Vrabel) viser at det er overraskende mange som blir friske etter spiseforstyrrelser. Hanna og Siri forteller om deres motivasjonsprosess:

Jeg har følt meg god nok. Også har jeg søkt gud og søkt vennene jeg har fått om å pøse på med godhet og kjærlighet og motivasjon [...] sånne små biter som er viktige for mennesker å ha. De falt litt mer på plass, og jeg begynte å rote litt sånn bak i fortiden også begynte jeg å tilgi handlinger. [...] slik at du kan komme deg videre for deg selv (Hanna).

Det var en veldig sånn positiv ting for meg og en lettelse å faktisk finne ut at jeg ikke er helt alene i verden, for det er noe av det vanskeligste da at en føler seg så anormal. [...] Motivasjonsfaktoren har vært det yrket mitt at jeg jobber med noe som føles så meningsfullt for meg at det er viktig for meg å være på mitt beste (Siri).

Hanna forteller at det kristne miljøet har hjulpet henne. Hun følte hun *hørte hjemme*. Hun vil gi Gud æren for de utfordringene hun har tatt videre i motivasjonsprosessen til en friskere hverdag. Han hjelper henne med kontrollen og gir henne en autonomi i grunnlaget av at hun er verdt noe. *Jeg har jobbet så utrolig med meg selv, og det har vært ett steg i en seiersretning det å tørre å gjøre noe nye, tørre å bevege seg ut på usikkerheten, for en må jo på en måte begynne på nytt igjen.* Dette har hjulpet henne inn i andre miljøer. *Etter hvert skjønte jeg at jeg også kunne passe inn i andre miljøer.* Hun oppsøkte selvhjelpsorganisasjonen IKS (Interessegruppa for Kvinner med Spiseforstyrrelser). Her følte hun en tilhørighet til personer i samme situasjon som henne. Etter hvert fikk hun også plass på Modum Bad, et rehabiliteringssenter for spiseforstyrrelser. *Det var en utrolig sånn seier. [...] Jeg hadde kommet fram med mitt budskap at jeg trenger hjelp.* Hun tok gradvis kontakt med venner igjen og er enda gradvis med på *skumle ting*. Nå jobber hun med å bedre familiesituasjonen. Hun forteller at det er en motivasjon å ha barn. *Det å gi dem en god oppvekst og gi dem en trygg ramme og et godt forbilde fra nå. Det har jeg jo ikke vært og jeg sliter litt med det enda.* En studie har intervjuet kvinner i siste tilfriskningsfasen fra spiseforstyrrelser (Pettersen et al., 2012). De forteller at i denne fasen er man ofte sårbar og føler skyld og skam ovenfor familie og venner. For Siri sin del er motivasjonen for å bli frisk å lette på forholdet til moren. Hanna og Siri har et behov for økt tilhørighet innenfor familien som en motivasjonsfaktor. Siri *driver å jobber med et sinne [hun] har til [moren], til forståelse overfor hennes situasjon.* Hun leter dermed etter en autonomi som kan gi henne tilhørighet til moren.

Hanna er indre styrt og har en indre motivasjon. Fordi nå blir ikke livet styrt av andres meninger og kommentarer, men heller en følelse av frihet til å kunne bestemme selv og være trygg. *Jeg har bruk for meg selv og stole på meg selv. [...] Livet er verdt å leve og [hun] har lært at det er verdt å senke skuldrene og reise på kafé og le og ha det morsomt.* Hun har fått ett annet syn på livet. Tidligere var alt *kaos og masse tanker og stress.* Nå har hun roet seg litt ned, *senket kravene litt og ikke tar [seg] selv så høytidelig.* Hun forteller at hun i dag er nesten helt frisk fra spiseforstyrrelsen, og motivasjonen hennes videre er *å reise rundt og fortelle om [sin] historie å kunne være en bidragsyter i forhold til det at andre kan få opp øynene for sine barn eller for sitt eget liv.* Hun har dermed fått en autonomi og kontroll ovenfor oppgaven. Hun har dermed beveget seg inn i en identifisert regulering. Det å fortelle til andre om sine problemer gjenspeiler at hun har identifisert seg fullt ut med seg selv og sine handlinger (Deci & Ryan, 2000). For at hun skal kunne gjennomføre dette er hun avhengig av tilhørigheten til IKS og det kristne samfunnet. Hun forteller at hun kontinuerlig har kontakt med IKS og forteller om hva hun har gjort gjennom dagen. Siri skriver også om sine problem gjennom bøker. Hun gjenspeiler at skrivingen har gitt henne en økt autonomi. *Jeg tror det har gjort meg litt mer åpen. Eller litt mindre redd for å være ærlig. Jeg tror hvis jeg ikke hadde skrevet i det hele tatt, hadde jeg skjult meg mer.* Skriveprosessen har hjulpet henne med å fortelle verden om sine problem. Hun har innsett selv at hun har problemer og får en økt autonomi ved å fortelle om det. I tillegg fikk hun lanseringsprisen for boka si. *Det gav meg en rakere rygg.* Hun følte dermed at hun var verdt noe, at hun mestret å skrive. Det gav henne bedre selvfølelse og en høyere autonomi.

Siri forteller at hun har fått mye hjelp på psykiatrisk avdeling. De hjalp henne med kontroll. *Det har vært å skape gode rutiner.* Hun forteller også at hun var forlovet i 4 år, de skapte gode rutiner sammen. Nå forklarer hun at *jobben holder meg oppe. [...] Det føles så meningsfullt for meg at det er viktig å være på mitt beste.* Dette viser at hun er avhengig av en tilhørighet og noen som hjelper henne med kontrollen, i likhet med Hanna. Forskjellen på Hanna og Siri er at Hanna tar del i livet selv, mens Siri er avhengig av at andre gjør noe. Dette kan man se på Siri da hun forteller at hun i dag *savner kontroll over livet. [...] Den tida jeg gikk på journaliststudiet, følte jeg mer styring. Jeg fulgte rådene jeg hadde fått.* I tillegg nevner hun ofte i intervjuet at *verden kontrollerer.* Hun forteller at *det var journalist jeg skulle bli.* Men på grunn av et råd hun fikk fra en hjelpepleier ble hun forfatter. Da fulgte hun råd hun hadde fått

fra andre. Hun har integrert rutine delvis, men ikke akseptert det fullt som sin egen. Hun har ikke forstått situasjonen sin. Dette gjenspeiler en tilført regulering i internaliseringsprosessen (Deci & Ryan, 2008). Rieger et al. (2000) fant en hypotese om at motivasjonen påvirkes av andres meninger og kommentarer, som for eksempel behandlingspersonell. Ifølge teorien til Pettersen et al. (2012) forteller den at for å bli frisk må spiseforstyrrede gå ut av offerrollen og i stedet ta ansvar for eget liv. Men Siri sier da vi spør henne om framtida: *Det skal veldig sterke krefter til utenifra som kan holde meg igjen. Da snakker jeg om helsevesenet.* Hun venter igjen på at noen skal tilføre henne regulering. Men på den andre siden sier Siri at hun må gjøre noe selv for å bli bedre: *Jeg skulle gjerne hatt mer styring. [...] Det viktigste jeg kan si [...] for meg var det veldig, veldig viktig å tenke. [...] Jeg har kanskje lært at jeg må prøve å kjenne, være litt mer sårbar, ha lavere smerteterskel og la ting gå mer innpå meg.* Her gjengir hun en tvetydig mening som igjen gjenspeiler en dårlig kjennskap til seg selv og dermed lav autonomi. Noe som er karakteristisk for spiseforstyrrede (Hummelvoll, 2004).

Siri forteller at *det verste er å føle seg så anormal.* En forvirring og opplevelse av utilstrekkelighet og ensomhet er karakteristisk for spiseforstyrrelser (Skårderud, 2004). Hanna forteller også at det er godt å se at andre er i samme situasjon. *Jeg følte vi var i samme båt.* Siri synes hun er så annerledes enn andre som har spiseforstyrrelser. Hun forteller om et møte med en annen: *Hun var redd for å bli tjukk. Jeg visste bare ikke hvordan jeg skulle komme meg ut av det.* Videre mener hun at hun har hørt at de som har spiseforstyrrelser er utsatt for mye kontroll. Hun hadde jo en fri oppvekst. Men for et år siden fant hun ut at sjefen hennes gjorde akkurat som henne selv, samme spise- og treningsvaner. Hanna forteller at *spiseforstyrrelser handler i bunn og grunn om de samme tingene, men vi visste at vi taklet ting forskjellig og at bakgrunnen vår var forskjellig.* Dette gjenspeiler teorien at bakgrunnen og forløpet for spiseforstyrrelser er veldig sammensatt og forskjellig (Hummelvoll, 2004). En følelse av at man ikke føler seg så anormal kan føre til en økt tilhørighet. Hun innser at hun kan ha det problemet hun har og klarer å identifisere seg selv med andre. Dette gir dem en økt følelse av autonomi.

Konklusjon

Med vår kvalitative metode kan vi gi eksempler på hvordan disse to menneskene har følt sin motivasjon. Motivasjon og spiseforstyrrelser er sammensatt og har mange ulike teorier (Imsen, 2005). Disse teoriene (Deci & Ryan, 2000, 2002, 2008) kan tolke motivasjon på ulike måter og kan komme fram til forskjellige resultat. Problemstillingen vår er: Hvordan er motivasjonsprosessen til en friskere hverdag for personer med spiseforstyrrelser?

Hanna og Siri hadde autonomi, kontroll og tilhørighet til lidelsen i starten av forløpet. De så ingen grunn til forandring, og hadde dermed amotivasjon knyttet til å bli friskere. For å kunne starte på sin motivasjonsprosess, var de avhengig av at andre skulle gi dem en ytre regulering. For å kunne bevege seg videre i internaliseringsprosessen, er de avhengig av å ta kontroll over eget liv. For at dette skal skje må en økt autonomi, kontroll og tilhørighet tilfredsstilles. Denne prosessen er lang og innebærer mange faktorer. Hanna fikk en økt autonomi og kontroll ved å lese om lidelsen. Hun fikk en tilhørighet via Jesus som igjen førte til at autonomien økte. Etter hvert fikk hun kontroll over situasjonen og innså da at hun ville endre seg. Motivasjonen hennes videre er å bruke hennes autonomi og kompetanse til å fortelle og hjelpe andre. Siri fikk tilført en ytre kontroll ved innleggelse. Hun økte tilhørighet gjennom samtaler under behandling. Hun fikk et mål i livet, samtidig fikk hun bekreftet en mestringsfølelse. Dette gav henne en økt autonomi. Når vi ser på historien til Siri, er motivasjonen hennes relatert til jobben, samt å bli friskere for å få kontakt med moren. Hanna er kommet lenger i internaliseringsprosessen. Dette grunnet Hanna sin indre regulering. Begge har økt sin autonomi, kontroll og tilhørighet i motivasjonsprosessen, men Hanna har økt mer enn Siri. Dette fordi Hanna har innsett sin situasjon og gjør noe med livet selv og er i identifisert regulering. Mens Siri ikke har identifisert seg og er avhengig av andre. Dette viser en tilført regulering.

Referanseliste

- Befring, E. (2010). *Forskningsmetode – med etikk og statistikk*. Oslo: Det Norske Samlaget
- Deci, L.E. & Ryan M.R. (2000) Self Determination Theory and the Facilitation of Intrincic Motivation, Social Development, and Well-Being. *The American Psychological Associatio*, 55:1 68-78
- Deci, E.L. & Ryan, M.R. (2002) *Handbook of Self-Determination Research*. Rochester, N.Y.: University of Rochester Press.
- Deci, L.E. & Ryan, M.R. (2008) Self-Determination theory: A Macrotheory of Human Motivation Development, And Health. *Canadian Psychological Association* 49:3 182-185
- Espenes, G.A. & Smedslund, G. (2010) *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Gulliot, J., Kilpatrick, M., Hebert, E., Hollander, D. (2004) Applying the transtheoretical model to exercise adherence in clinical settings. *American Journal of health Studies* 19:1 1-10
- Hummelvoll, J. K. (2004) *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Husenblack , H.A, Cook, B.J, Chittester, N.I. (2008) *Can Exercise Treat Eating Disorders?* *University of Florida, Gainesville, FL, United States* 36:1 43-7
- Imsen G., (2005) *Elevens verden. Innføring i pedagogisk psykologi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Larsen, A.K., (2007) *En enklere metode. Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Moe, T & Moser, T (2004). Motivasjon. I Martinsen (red.). *Kropp og sinn – fysisk aktivitet og psykisk helse*. Bergen: Fagbokforlaget
- Pettersen, G., Thune-Larsen, K., Wynn, R., Rosenvinge, J.H. (2012). *Eating disorders: challenges in the later phases of the recovery process*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01006.x

Rieger, E., Touyz, S., Schotte, D., Beumont, P., Russell, J., Clarke, S., Kohn, M., Griffiths, R., (2000). *Development of an Instrument To Assess Readiness to Recover in Anorexia Nervosa*. John Wiley & Sons, Inc. 28: 387-396

Rø, Ø., Martinsen, E. W., Rosenvinge, J. H., (2002). Behandling av bulimia nervosa – resultater fra Modum Bads Nervesanatorium. *Tidsskr Nor Lægeforen*; 122: 260-5

Senko, C., Hulleman, C.S., Harackiewicz, J.M., (2011) Achievemet Goal Theory at the Crossroads: old Controversies, Current Challenges, and New Directions. *American Psychological Association*, 46:1 26-47 doi: 10.1080/00461520.2011.538646

Skårderud, F. (2004). *Sterk/svak*. Oslo: Aschehoug.

Skårderud, F. (2008). Speilets dronning. Skjønnhet, gymnastikk og melankoli. Keiserinne og dronning Elisabeth av Østerrike-Ungarn (1873-98). *Tidssk
'rift for Norsk Psykologforening*, 45: 7 832-44.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke, E., (2010). *Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Statens Helsetilsyn (2000). *Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Statens Helsetilsyn, (Utredningsserie 7-2000)

Vansteenkiste, M., Soenens, B., Vandereycken, W., (2005). Motivation to change in Eating Disorder Patients: A Conceptual Clarification on the basis of Self-Determination Theory. *Int J Eat Disord* 37:3 207-219.

Vedul-Kjelsås, E., Gøtestam, K. G., (2004). Spiseforstyrrelser i et historisk perspektiv. *Tidsskr Nor Lægeforen*; 124:18 2369-71.

Vrabel, K. (2009). *A five-year prospective follow-up study of longstanding eating disorders: influence from personality disorders and child sexual abuse*. Doktoravhandling, Tromsø, University of Tromsø.

Vedlegg 1

Informasjonsskriv til intervjuperson.

Line Dahl Skjerven og Caroline Skaar Strand
Høgskolen i Sogn og Fjordane
6856 Sogndal

Sogndal november.2012

Informasjon angående samtale

Samtalen er en del av vår bacheloroppgave ved Høgskolen i Sogn og Fjordane, der vi for tiden er student. Problemstillingen i vår oppgave er: Hvordan er motivasjonsprosessen til en friskere hverdag for personer med spiseforstyrrelser? Hensikten med vår studie er altså å utforske hvordan man kan motivere seg til rehabilitering.

Samtalen vil ta utgangspunkt i historien om spiseforstyrrelsen og sammenhengen med motivasjon. Hovedfokuset vil ligge på dine erfaringer knyttet til motivasjon ved spiseforstyrrelsen. Det sentrale temaet er motivasjon, og vi ønsker derfor å få vite mest mulig om hvordan din motivasjon har forandret seg gjennom ditt sykdomsforløp.

I en slik bacheloroppgave er det nødvendig å lagre informasjon i en periode. Vi ber derfor om ditt samtykke til å ta opp samtalen på bånd. Når databehandlingen er ferdig, slettes alle notater og lydopptak. Innholdet i samtalen blir anonymisert i avhandlingen vi skriver til slutt. Denne avhandlingen har vi som mål å bli ferdig med innen 19.12.2012.

Det er frivillig å være med på denne samtalen, og du kan når som helst trekke deg fra prosjektet uten å måtte oppgi noen grunn. Du kan også avstå fra å svare på spørsmål du ikke ønsker å svare på underveis i samtalen, eller avbryte samtalen på et hvilket som helst tidspunkt.

Etter samtalen er nedskrevet, vil du få muligheten til å lese gjennom før databehandlingen starter. Dette for å føye til nye opplysninger, eller for å rette opp eventuelle misforståelser.

Veileder for dette prosjektet er Odd Lennart Vikene. Han er høyskolelektor ved HISF og kan treffes på e-post: odd.lennart.vikene@hisf.no.

Er det noe som er uklart, ber vi deg ta kontakt med en av oss på mail:

line_ds90@hotmail.com eller car-str@hotmail.com.

Vennlig hilsen

Line Dahl Skjerven og Caroline Skaar Strand

Vedlegg 2

Intervjuguide

De tre grunnleggende psykologiske behovene fra SDT:

- Autonomi
- Kontroll
- Tilhørighet

Innledning

- Jeg vil gjerne spørre deg om begynnelsen. Hvordan du kom inn i det? Kan du fortelle om første fase av din spiseforstyrrelse?
 - Hva var utløsende årsaker?
 - Hvordan følte du deg i denne fasen?
 - Hvilket forhold hadde du til deg selv og andre?
 - Hvilket forhold hadde du til mat og trening i starten av din spiseforstyrrelse? (type mat og trening)
 - Hvordan følte du at du hadde kontroll over ditt eget liv i denne fasen? (Positive og negative aspekter)

Fortsettelse

- Kan du fortelle om hva som gjorde at det utviklet seg?
 - Når forsto at du var syk?
 - Forsto du selv at du var syk, eller var det andre som merket det på deg?
 - Hvilket forhold hadde du til spiseforstyrrelsen?
 - Hva gjorde spiseforstyrrelsen med deg?
 - Følte du at du hadde kontroll i denne fasen, eller følte du ikke kontroll?

Vendepunktet

- Kan du fortelle om hva som gjorde at du forsto at du måtte gjøre noe? (Hva førte til vendepunktet?)

- Kan du fortelle om ditt hovedmotiv for å endre deg?
- På hvilken måte vil du si at det skjedde en forandring?
- Hvordan forandret din følelse av kontroll seg, hvordan følte du kontrollen over deg selv?
- Hvordan forandret din følelse av forhold til deg selv og andre mennesker seg?
- Hvordan forandret din følelse av forholdet til spiseforstyrrelsen seg?

Fortsettelsen på å bli bedre

- Kan du fortelle om prosessen ved å bli bedre?
- Hva hjalp deg videre etter vendepunktet? (Institusjoner, medlemskap, familie, venner, bøker)
- Fortell mer om Opphold?
- (Hvordan bygger man seg opp når man er langt nede?)
- Hvor viktig var forholdet til deg selv og andre mennesker? (Hvordan følte du egen kontroll?)

Avslutning

- Kan du fortelle om hvordan livet ditt er i dag?
- Ser du på deg selv som frisk i dag?
- Hvordan ser du på livet i dag sammenlignet med din verste periode
- Hvordan ser du på livet framover?
- Hva har du lært av motivasjonen og spiseforstyrrelsen?
- Er det noe mer du vil si som du mener er viktig?