



# Fordypningsoppgave

**VPH724 Psykisk helsearbeid**

**Kognitiv terapi i behandling av pasientar med  
overetingsliding**

**Elisabeth Hovdenakk Skogen**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 33**

**Molde, 23.04.20**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Personvern

## Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

## Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Kjellaug Klock Myklebust

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Dato: 23.04.20

**Antall ord: 8145**

# Samandrag

Eg jobbar som fysioterapeut på rehabiliteringssenteret Muritunet, som i fleire år har hatt livsstilskurs for pasientar med sjukleg overvekt. For to år sidan byrja vi å registrere at fleire av desse også hadde overetingsliding eller Binge Eating Disorder (BED). På bakgrunn av dette valte vi å utvikle eit livsstilskurs som har eit større fokus på overetingsatferd. Sidan dette tilbodet er relativt nytt, samt at tilnærminga vår på Muritunet er rehabilitering med bruk av kognitiv terapi, så har eg valt å belyse dette i oppgåva mi. Problemstillinga er: *Korleis kan ein nytte kognitiv terapi for å førebygge overetingsatferd hjå pasientar med overetingsliding?*

I teoridelen vert det gjeve ein kort presentasjon av overetingsliding, i tillegg til omgrep frå kognitiv terapi som er relevant for oppgåva. Vidare i empiridelen vert pasienten Charlotte skildra, samt ulike møter som eg har hatt med ho både på Muritunet og over telefon. I samsvar med etiske retningslinjer om konfidensialitet, så er alle personidentifiserande opplysingar fjerna eller erstatta med fiktive opplysingar. I diskusjonsdelen vil empiriet verte belyst ut i frå omgrep frå kognitiv terapi. Til slutt stiller eg spørsmål om det er tilstrekkeleg med kognitiv terapi i behandling av pasientar med overetingsliding, samt korleis vi på Muritunet kan utvikle tilbodet vårt vidare.

Fedme og overvekt er og vil vere eit stort samfunnsproblem i åra framover, og overetingsliding er ei relativt ny diagnose som ofte er forbunde med auka vekt. Sjølv om forskning har funne stor evidens for bruken av kognitiv terapi i behandling av pasientar med overetingsliding, så finst det framleis lite forskning som viser langtidseffektane av det. Eg tenkjer at dette syner eit behov for vidare forskning.

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Introduksjon .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for val av tema .....	1
1.2	Litteratursøk .....	2
1.3	Kort oppsummert om forskning kring temaet .....	3
1.4	Problemstilling .....	4
<b>2.0</b>	<b>Teori.....</b>	<b>5</b>
2.1	Eteforstyrning.....	5
2.2	Overetingsliding .....	5
2.3	Kva seier pasientane? .....	6
2.4	Kognitiv terapi.....	7
2.4.1	Den kognitive modellen .....	7
2.4.2	ABC- modellen .....	9
2.4.3	Den terapeutiske alliansen.....	11
2.5	Kognitiv terapi som behandlingsmetode for overetingsliding .....	11
<b>3.0</b>	<b>Empiri.....</b>	<b>13</b>
<b>4.0</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>15</b>
4.1	Korleis kan kognitiv terapi nyttast for å forstå og bistå Charlotte i behandlingsprosessen? .....	15
4.2	Er kognitiv terapi tilstrekkeleg i behandling av desse pasientane? .....	20
4.3	Korleis kan Muritunet utvikle tilbodet sitt vidare? .....	21
<b>5.0</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>23</b>
<b>6.0</b>	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>24</b>

# 1.0 Introduksjon

Eg jobbar som fysioterapeut på rehabiliteringssenteret Muritunet, som tilbyr opphald til mange ulike pasientgrupper. Dei siste tretten åra har eitt av tilboda vore livsstilskurs for pasientar med sjukleg overvekt. Kurset er gruppebasert og ein vert fylgt opp av eit tverrfagleg team. Ein får bistand til å kome i gong med fysisk aktivitet, auke kunnskapen om mat og helse, samt sjå si eiga utfordring i lys av psykisk helse.

Etter fleire år med dette livsstilskurset byrja vi å registrere at somme pasientar, i tillegg til å ha ein usunn balanse mellom kosthald og aktivitet, også hadde episodar med overetning der matinntaket kom ut av kontroll. Dei fortalte at episodane som regel kom i etterkant av vanskelege situasjonar, der både tankar og kjensler hadde vorte påverka. For å regulere eller kvitte seg med ubehaget, hadde dei utvikla eit mønster med overetning. På bakgrunn av dette valte vi og utvikle eit kurs for desse pasientane, der ein har eit større fokus på å handle annleis når impulsane til overetning kjem. Etter at vi byrja å kartlegge denne atferden for to år sidan, så har 25 pasientar delteke på dette kurset.

For å kunne kome til Muritunet, må fastlegen først tilvise til overvektspoliklinikk på sjukehus, som deretter tilviser vidare til oss. Først er det eit vurderingsopphald på ei veke, der vi mellom anna kartlegg motivasjon og overetning. Dette kan kvalifisere til eit ordinært livsstilskurs eller eit livsstilskurs med fokus på overetingsatferd. Går ein vidare med eitt av desse alternativa, så er det først eit opphald på tre veker og til slutt eit oppfølgingsopphald på to veker. Livsstilskurset går dermed over seks veker fordelt på om lag eitt år. Kurset vert avslutta med ein poliklinisk dag om lag eitt halvt år etter siste opphaldet.

## 1.1 Bakgrunn for val av tema

Anoreksi og bulimi er nok dei mest kjende eteforstyringane i samfunnet vårt i dag, men overetingsliding eller Binge Eating Disorder (BED) er ei eteforstyring på lik linje med dei (Øverås 2018). Til tross for at overetingsliding er meir enn dobbelt så vanleg som anoreksi og bulimi i Noreg med sine tre prosent, så er det nok den diagnosen som har fått minst merksemd. Det kan vere ulike grunnar til det, som til dømes at fleire med overetingsliding også har overvekt, noko som kan gjere det lettare å sjå det framfor eteforstyringa



(Fairburn 2014). I tillegg vart ikkje overetingsliding definert som ei diagnose før i 2013 i det amerikanske diagnosesystemet, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). I Noreg nyttar ein diagnosesystemet International Classification of Diseases (ICD). Den nye versjonen av ICD (ICD-11) vart lansert i 2018, men den er ikkje teke i bruk enda. Sidan det manglar diagnostiske kriterium for overetingsliding i ICD-10, så seier helsemyndigheitene at kriteria for overetingsliding i DSM-5 vil vere rådgevande i forhold til å setje diagnosen også i ICD-10 (Helsedirektoratet 2017).

For å kunne delta på livsstilskurset må KMI (kroppsmasseindeks) vere  $\geq 40$  eller  $\geq 35$  visst ein i tillegg har fedmerelaterte lidningar som til dømes diabetes type 2 eller hjarte- og karsjukdomar. Ein KMI  $\geq 30$  vert definert som fedme, medan ein KMI  $\geq 25$  vert definert som overvekt. I Noreg har førekkomsten av fedme auka med 44 prosent sidan 2000, og det gjer oss til eitt av landa i Europa med størst auke. Over 23 prosent eller om lag ein million nordmenn har fedme. Dette kostar Noreg om lag 68 milliardar årleg, medan overvekt aleine kostar om lag 100 milliardar. I tillegg er fedme og overvekt primærårsak til over 3200 dødsfall kvart år. Dette vert sett på som ein av dei største utfordringane vi har i samfunnet i dag (Bordvik 2019). Ein antek at det skjuler seg ein del udiagnostiserte overetingslidingar bak det stigande antalet av overvektige personar i Noreg (Øverås 2018).

Eg synes tala som er representert ovanfor er oppsiktsvekkande. Fedme og overvekt er og vil vere ei stor utfordring for samfunnet i åra som kjem. For å snu denne utviklinga, så tenkjer eg det er naudsynt med gode og tilrettelagte behandlingstilbod. Etter å ha jobba i fleire år med pasientar med sjukleg overvekt, så har eg sett kor viktig det er å fokus på både fysisk og psykisk helse. Sidan tilbodet vi har til pasientar med overetingsliding er relativt nytt, så har eg valt å avgrense oppgåva til å omhandle denne pasientgruppa. Tilnærminga vår på Muritunet er rehabilitering med bruk av kognitiv terapi. På bakgrunn av mine erfaringar, så ynskjer eg å belyse dette temaet i oppgåva mi.

## 1.2 Litteratursøk

For å finne relevant litteratur til oppgåva, så nytta eg databasane Medline, ProQuest og PsycInfo. Sidan eg ynskte artiklar som omhandla både "binge eating disorder" og "cognitive behavioral therapy", så kombinerte eg søkeorda med "AND". Eg avgrensa søket ytterlegare ved å søke etter "review articles/journals" som var publiserte mellom

2013-2020. Dette gav meg eit treff på 23 artiklar i Medline, 41 i ProQuest og 67 i PsycInfo. Av desse fant eg 7 som eg synes var relevante for oppgåva.

Eg valte også å søke etter kvalitative studiar for å inkludere pasientperspektivet. I Medline kombinerte eg søkeorda "binge eating disorder" og "qualitative research", og enda opp med eit treff på 8 artiklar der 1 var relevant for problemstillinga. I ProQuest nytta eg søkeorda "binge eating disorder" og "patient experiences". Ved å kombinere desse, samt nytte same avgrensing som tidlegare, så fekk eg eit treff på 90 artiklar der eg fant 2 relevante artiklar. I tillegg til forskingsartiklar, så har eg nytta litteratur som eg har lånt i frå arbeidsplassen min og på biblioteket.

### **1.3 Kort oppsummert om forskning kring temaet**

Etter å ha gjennomført fleire litteratursøk om overetingsliding, så har eg sett at det er mange ulike intervensjonar som har vorte evaluert. I artiklane eg har funne er psykoterapeutisk- og medikamentell behandling, sjølvhjelps- og vektprogram, samt behandlingar som er kombinerte med kvarandre dei som har vore mest studert. Eit sjølvhjelpsprogram er basert på kognitiv terapi, men er ein forenkla variant der ein behandlar seg sjølv utan involvering av ein behandlar (Fairburn 2014). Eit vektprogram går ut på å endre kost- og aktivitetsvanar slik at ein oppnår vektreduksjon (Accurso og Sanchez-Johnsen 2013, 196).

Ghaderi et al. (2018) fastslo at det var lite forskning som synte den langsiktige effekten av psykoterapeutisk behandling. Samstundes hevda Hilbert et al. (2019) at psykoterapeutisk behandling bør verte prioritert å bruke først. Dette meinte ho på bakgrunn av at psykoterapeutisk behandling viste seg å ha større effekt enn vektprogram på kortare og lengre sikt, samt større langtidseffekt enn sjølvhjelpsprogram. Ved kombinasjon av til dømes psykoterapi og vektprogram eller medikament, gav det ingen tilleggseffekt samanlikna med psykoterapi aleine. Palavras et al. (2017) konkluderte med at kognitiv terapi framleis opprettheld statusen sin som den behandlinga som har vist seg å ha størst effekt i behandling av pasientar med overetingsliding.

Linardon (2018) viste til at om lag 50 % av pasientane som mottok ei form for behandling ikkje oppnådde full effekt. For å kunne gi desse pasientane riktig tilpassa hjelp, så treng

ein å forske vidare på kva behandling som er mest effektiv ved langsiktige oppfølgingar (Ghaderi et al. 2018; Hilbert et al. 2019; Palavras et al. 2017).

## **1.4 Problemstilling**

Antal personar som slit med fedme og overvekt er aukande. Overetingsliding er ei relativt ny diagnose som ofte er forbunde med auka vekt, og det er omdiskutert kva som er den beste behandlinga. Forsking har funne evidens for bruken av kognitiv terapi, men det finst framleis lite forskning som syner langtidseffektane. Ut i frå min jobb som behandlar til pasientar med overetingsliding, så har eg erfart at dei treng bistand til å finne alternative måtar til overeting når desse impulsane kjem. På bakgrunn av dette har eg valt denne problemstillinga:

*Korleis kan ein nytte kognitiv terapi for å førebygge overetingsatferd hjå pasientar med overetingsliding?*

## 2.0 Teori

I dette kapitlet vil teori som er relevant for oppgåva verte presentert. Først kjem det eit avsnitt om eteforstyrring, men vidare vert det avgrensa til å handle om overetingsliding. Omgrep frå kognitiv terapi som er nødvendig for å belyse problemstillinga vil verte presentert, i tillegg til funn i frå forskingsartiklar.

### 2.1 Eteforstyrning

Eteforstyrning er eit samleomgrep for fleire ulike diagnosar som inneber eit forstyrra forhold til mat og kropp (Øverås 2018). Det er psykiske lidingar som ofte vert kontrollert ved bruk av mat, då det er utfordrande å handtere vanskelege tankar og kjensler. Dei som har ei eteforsyrring har ofte dårleg kontakt med seg sjølv, samt vanskar med å setje ord på kjensler. Dette kan kjennast som ein indre uro som til dømes pasientar med overetingsliding vel å døyve med å overete. Denne atferden vil då fungere som ei løysing på noko, men som over tid vil utvikle seg til eit problem (Skårderud, Sommerfeldt og Robinson 2020).

Det finst ikkje noko klart svar på kva som fører til utvikling av ei eteforstyrring, men både disponerande, utløysande og vedlikehaldande faktorar kan vere med å påverke.

Disponerande faktorar kan innebere genetik, personlegdom, traumer eller kultur.

Utløysande faktorar kan vere store endringar i livet, tap, konflikhtar og mobbing. Faktorar som vedlikeheld problemet kan til dømes vere at ein med overetingsliding får ein kjensle av kontroll og meistring ved å overete, samt at det dempar uro og negative kjensler (Skårderud, Sommerfeldt og Robinson 2020).

### 2.2 Overetingsliding

Det er spesielt to kjenneteikn ved overeting; ei oppleving av å ete for mykje samstundes som ein har eit tydeleg tap av kontroll. Personar som vert diagnostisert med overetingsliding har jamlege episodar med overeting som kan påverke både fysisk og psykisk helse. Det er vanskeleg å definere korleis ei typisk overetingsepisode ser ut, men som regel er det fleire faktorar som går igjen. I starten kan ein kjenne på eit velbehag, då

overetninga kan dempe uro i kroppen og gi ei form for pause frå det som er ubehageleg. Fleire kan ete store mengder mat utan å vere fysisk svolten, og det skjer i eit tempo som er raskare enn normalt. Ein kan ete til ein vert ubehageleg mett, men ulikt frå andre eteforstyrningar så vil ein ikkje nytte kompensatoriske strategiar. Episodane skjer som oftast når ein er aleine, og mange gjer det dei kan for å skjule den. Kjensla av å miste kontroll fører ofte til sterk skam og misnøye med seg sjølv (Fairburn 2014).

Som ved andre eteforstyrningar, så er det også mange ulike faktorar som kan vere involvert ved utvikling av overetingsliding. Svært mange har hatt traumatiske opplevingar i barndomen, som til dømes død, separasjon, sjukdom, mobbing og seksuelt misbruk. I tillegg har fleire hatt psykiske problem som angst og depresjon før utfordringane med mat starta. For pasientar som har diagnosen overetingsliding, så har det å overete vorte ein meistringsmekanisme for å kunne handtere vanskelege tankar og kjensler, utan at ein kanskje har vore bevisst samanhengen (Fairburn 2014).

### **2.3 Kva seier pasientane?**

Curtis og Davis (2014) gjennomførte ei kvalitativ undersøking av 24 overvektige kvinner, der halvparten hadde diagnosen overetingsliding. Begge gruppene rapporterte om store matinntak, men kvinnene med overetingsliding fokuserte i tillegg på det ukontrollerte aspektet rundt det å ete for mykje. Mange av episodane med overetning var ikkje planlagde, men dei som var det, varte som regel lenger enn det som var tenkt. Dei var klar over at dei burde stoppe, men emosjonelt klarte dei det ikkje. Albertsen, Natvik og Råheim (2019) intervjuar to pasientar som fortalte at mat hadde vorte brukt til å trøste seg sjølv, spesielt ved utfordringar som førte til ubehagelege kjensler. Ved å ete vart ubehaget regulert, og det gav dermed ei pause i frå det som var vanskeleg.

Pasientane nemnte både kort- og langsiktige negative konsekvensar ved atferden, som til dømes kvalme, halsbrann og mageverk. I tillegg følte dei seg både skamfull, ekkel og sint. På lengre sikt førte også overetning til auka kroppsvekt og med større risiko for følgjetilstandar grunna overvekt (Curtis og Davis 2014). Dei skildra seg sjølv som at dei var fanga i ein ond sirkel, der den store kroppen fortalte at dei hadde mislykkast i å ta vare på seg sjølv. I tillegg gav kroppen stadige påminningar om fortida og kva som hadde ført den dit (Albertsen, Natvik og Råheim 2019). Samanlikna med normalvektige og

overvektige pasientar, fant Brugnera et al. (2018) at pasientar med overetingsliding hadde eit høgare nivå av mellommenneskelege problem, som vidare førte til meir psykisk stress og overeting. I tillegg hadde pasientar med overetingsliding større vanskar med å føle og uttrykke sinne.

## **2.4 Kognitiv terapi**

Kognitiv terapi er eit paraplyomgrep som omfattar fleire ulike terapeutiske metodar som er lagt til rette for ulike former for psykiske og somatiske vanskar (Berge og Repål 2015). Metoden vart lansert på slutten av 1960-talet, og Aron T. Beck vert sett på som den største bidragsytaren (Martinsen et al. 2018). Tilnærminga har utspring i behaviorismen, der atferdsendring vert sett på som spesielt viktig. Ei endring i atferd vil medføre endring i kognisjon, og det er denne endringa som er det sentrale (Haugsgjerd et al. 2018).

Kognitiv kjem av ordet kognisjon som er nemninga på mennesket sin kontinuerlege bearbeiding av informasjon. Den informasjonen vi vel ut og tolkar, avhengar av våre tidlegare erfaringar og dei forventingane vi har til den aktuelle situasjonen. Måten vi tenkjer omkring ei hending på, vil også påverke kva kjensler som vert knytt til hendinga. Kognitiv terapi inneber å øve seg på å utforske eigne tankar, samt å stille seg spørsmål ved fastlåste tankemønster (Berge og Repål 2015).

### **2.4.1 Den kognitive modellen**

Kognitiv terapi er basert på den kognitive modell. Menneskesinnet består av fleire kognitive nivå som heng saman med kvarandre, og det kan illustrerast på ulike måtar. Ut i frå Beck si framstilling av modellen, så har eg valt å setje inn eit døme på korleis ein modell kan sjå ut (Beck 2013):

## Tidlegare erfaringar

Våre erfaringar i frå oppveksten.

## Kjerneoppfatningar

”Eg er dum”.

## Levereglar

”Visst eg ikkje får det til, så er eg dum”.

## Kompensatoriske strategiar

Unngår å prøve nye ting.

Situasjon (A)	Tanke (B)	Kjensle/ kroppsleg reaksjon/ atferd (C)
Står spinning på planen.	Eg kan ingenting.	Skuffa / hjartebank/ møter ikkje opp.

**Kjerneoppfatningar** er førestillingar ein har om seg sjølv, andre, verda og framtida. Desse er så fundamentale og ligg så djupt, at ein i mange tilfeller ikkje er dei bevisst (Beck 2013). Dei kan vere både positive og negative, og dei vert i stor grad forma av våre tidlegare erfaringar. Har ein vorte møtt, bekrefta og respektert i oppveksten, så vil ein lettare utvikle positive oppfatningar der ein tenkjer at ein har verdi som menneske. Visst oppveksten har vore prega av avvising, kritikk eller forbod mot å vise kjensler eller gi uttrykk for meiningane sine, så vert ofte kjerneoppfatningane negative og ein tenkjer at ein er verdiløus. Ei negativ oppfatning om seg sjølv kan til dømes vere: ”Eg er dum”. Det er vanleg å ha både positive og negative kjerneoppfatningar, men det er ulikt kor framtrudande dei negative er (Berge og Repål 2015).

Dersom ein person har mange negative kjerneoppfatningar, så må ein forholde seg til dei på ein eller annan måte. Med utgangspunkt i kjerneoppfatningane dannar ein seg **levereglar**. Levereglane er ofte formulert som ”visst, så”-formuleringar, og kan til dømes vere slik: ”Visst eg ikkje meistrar det, så er eg dum”. Ein kan bruke levereglane som hjelp til å navigere, men måten vi navigerer på kan gjere at ein utviklar **kompensatoriske strategiar** som vern. Til dømes unngår ein å prøve, då er ein redd for å ikkje lykkast. Strategiane vert dermed brukt for å beskytte seg sjølv, men på grunn av det så bidreg vi til

å oppretthalde både kjerneoppfatningane og levereglane. Som eit resultat av negative kjerneoppfatningar, rigide levereglar og kompensatoriske strategiar, så kan det oppstå negative automatiske tankar i gitte situasjonar. Desse tankane kan vidare påverke både kjensler og kroppslege reaksjonar (Beck 2013).

**Negative automatiske tankar** er spontane tankar, førestillingsbilete og assosiasjonar som vert utløyst i bestemte situasjonar. Dei er ofte så kortvarige at vi ikkje er dei bevisst, men dei påverkar våre kjensler og set i gong kroppslege reaksjonar (Berge og Repål 2014). For å kunne sjå samanhengen mellom tankar, kjensler, kroppslege reaksjonar og handlingar, så er det naudsynt å finne tankane og setje ord på dei. Tankane har stor kraft, og vi har lett for å tru på dei om dei same tankane kjem attende fleire gongar. Vert vi merksam tankane våre, så kan vi starte med å undersøke om dei er realistiske. Målet er ikkje å bytte ut negative tankar med positive, men å utforske dei. Somme tider kan det vere nok å verte bevisst dei, medan andre gongar må ein undersøke om det kan vere kjerneoppfatningar eller levereglar som ligg til grunn for tankane i ein bestemt situasjon (Berge og Repål 2015).

## 2.4.2 ABC- modellen

ABC- modellen er eit verkty som kan nyttast for å registrere samanhengen mellom tankar, kjensler, kroppslege reaksjonar og handlingar i ein gitt situasjon. Tankar kjem som regel så raskt at ein ikkje legg merke til dei, men ein kjenner effekten dei har på oss. Ved å bruke ABC- modellen kan ein øve seg på å verte merksam tankane sine (Berge og Repål 2015).

A (situasjon)	B (tankar)	C (kjensler, kroppsleg reaksjon, handling)
Trene i lag med andre i gruppe.	- Eg får det ikkje til. - Enda ein ting eg ikkje meistarar. - Dei andre er betre enn meg.	- Skuffa, lei meg. - Vondt i magen. - Eg går meg ein tur aleine.



A er ein situasjon som er utfordrande å vere i. Den kan bidra til negative tankar, vanskelege kjensler, kroppslege reaksjonar og handlingar. B er tankane som oppstår i situasjonen. Dei er ofte negative og kan henge saman med negative kjerneoppfatningar og levereglar som ein har utvikla gjennom oppveksten. C er dei konsekvensane som oppstår som følgje av korleis ein tolkar situasjonen. Det kan vere ulike kjensler som er involvert og det kan skje ting med kroppen. Konsekvensen av dette kan vere at ein handlar på ein måte som vil gjere situasjonen mindre utfordrande (Berge og Repål 2015).

Når ein skal utforske om dei negative automatiske tankane er realistiske, så kan ein nytte sokratiske spørsmål. Det kan til dømes vere spørsmål som: ”Kva talar for at tankane dine stemmer?” ”Kva talar for at dei ikkje stemmer?” ”Er der andre måtar å tolke situasjonen på?” ”Kva ville du sagt til ein ven som var i same situasjon?” Dette er spørsmål som skal opne opp for refleksjon hjå pasienten, samt gi rom for eventuelle alternative tankar (Mørch og Rosenberg 2005). Målet med å kome fram til dei alternative tankane, er å forhåpentlegvis bidra til å løyse problem og styrke pasienten si tru på meistring. Når ein har kome fram til alternative tankar, så kan ein utvide ABC- modellen og gi plass til kolonne D (Berge og Repål 2015).

<b>A (situasjon)</b>	<b>B (tankar)</b>	<b>C (kjensler, kroppsleg reaksjon, handling)</b>	<b>D (alternative tankar)</b>
Trene i lag med andre i gruppe.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eg får det ikkje til.</li> <li>- Enda ein ting eg ikkje meistrar.</li> <li>- Dei andre er betre enn meg.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Skuffa, lei meg.</li> <li>- Vondt i magen.</li> <li>- Eg går meg ein tur aleine.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eg vert flinkare visst eg tør å prøve.</li> <li>- Eg gjer det eg klarer, og det er godt nok.</li> <li>- Ingen er lik, vi er gode i forskjellige ting.</li> </ul>

### **2.4.3 Den terapeutiske alliansen**

I kognitiv terapi vert det lagt vekt på samarbeid og aktiv deltaking i frå både terapeut og pasient. For å kunne byggje ein god allianse, er det naudsynt at ein er samd om kva mål ein arbeidar mot og korleis ein skal oppnå dei. Terapeuten bør vere engasjert i å hjelpe, men samstundes ikkje ta for mykje styring og prøve å overtale pasienten til kva som bør skje vidare. Ei felles forståing for kva mål ein skal ha, samt at pasienten har heimeoppgåver som er i tråd med måla, vil auke moglegheitene for å nå dei. Kva som avgjer om det er ein god allianse eller ikkje, er pasienten si oppleving av det (Beck 2013).

Det er viktig at terapeuten utviklar empati ved å prøve og forstå korleis pasienten har det. For å kunne opplevast empatisk er det naudsynt at terapeuten ikkje er dømmende, men viser rom for å snakke om alle typar tema samt er merksam på detaljar som vert fortalt. Nokre gongar kan det vere utfordrande å vere empatisk, men det kan vere eit ideal som ein prøver å strekke seg etter. Intensjonen om å prøve å forstå er ofte viktigare enn om ein faktisk klarer det (Berge et al. 2015).

Pasienten sine egne føresetnadar og ressursar kan ha stor innverknad på resultatet av behandlinga. Visst ein opplever at nokon prøvar å påverke eller innskrenke moglegheita ein har for val, så kan ein reagere med motstand. Motstand kan vere eit problem i behandlinga, og ikkje ved pasienten. Samstundes er motivasjon noko som lyt kome frå pasienten sjølv (Berge og Repål 2015). Fleire med etefortyrningar kan vere ambivalente til behandling og oppleve at motivasjonen er varierende. Det kan til dømes vere fordi ein er redd for å verte fråteken kontroll, eller at ein har lita tru på at noko kan hjelpe. Som terapeut bør ein difor undersøke kva haldningar pasienten har til behandling, og om dei er klar til det. For å få til dette er alliansebygging spesielt viktig (Arne 2015, 307).

## **2.5 Kognitiv terapi som behandlingsmetode for overetingsliding**

Dei fleste studiane som omhandla psykoterapi nytta kognitiv terapi som behandlingsmetode for pasientar med overetingsliding, og dei fant stor evidens for denne metoden (Ghaderi et al. 2018; Hilbert et al. 2019; Linardon, Wade et al. 2017). Hilbert et al. (2019) og Linardon, Wade et al. (2017) hevda at kognitiv terapi hadde stor effekt på reduksjon av abstinens og overetning når ein samanlikna med dei som ikkje mottok

behandling. Linardon, Wade et al. (2017) fant at kognitiv terapi gav ein større reduksjon av atferds- og kognitive symptom enn interpersonleg terapi, samt var meir effektiv enn medikament ved påverknad av kognitive symptom. Kognitiv terapi var også meir effektivt enn vektprogram ved reduksjon av overeting, og sjølv om vektprogrammet reduserte KMI i større grad, så viste endringane seg å ikkje vere signifikant over tid (Linardon, Wade et al. 2017; Palavras et al. 2017; Peat et al. 2017).

Sjølv om kognitiv terapi leia av ein terapeut viste seg å vere betre enn sjølvhjelpsprogram etter behandling, så var der ingen store forskjellar ved oppfølging. Likevel konkluderte Linardon et al. (2017) med at inntil fleire studiar om den tredje bølga innan kognitiv terapi er evaluert, så bør kognitiv terapi vere den metoden som er anbefalt først i behandling av pasientar med overetingsliding.

Fundamentalt vert eteforstyrningar sett på som ei kognitiv forstyrning, og kognitiv terapi er utvikla for at vi skal utforske og endre måten vi tenkjer på (Fairburn 2008). I starten er det ikkje sikkert at pasienten er klar over at ei overetingsepisode kan verte utløyst av ein situasjon som er krevjande kjenslemessig. Målet med behandlinga er å hjelpe pasientane å identifisere desse situasjonane, og dermed lære dei å handtere dei på ein annan måte enn ved overeting. For å kunne få det til, må ein gjere pasienten bevisst samanhengen mellom situasjon, tankar, kjensler og handling (Martinsen et al. 2018).

## 3.0 Empiri

Dette avsnittet inneheld forteljingar om Charlotte. I samsvar med etiske retningslinjer om konfidensialitet, så er alle personidentifiserande opplysingar fjerna eller erstatta med fiktive opplysingar.

Charlotte er ei 22 år gammal kvinne som fekk diagnosen overetingsliding for om lag eitt år sidan. Ho seier ho har ete på kjenslane sine i mange år, utan å vere klar over at det kanskje har vore fleire bakanforliggende årsaker til det. Ved utfylling av fleire skjema, deriblant eit traumeskjema, Traumatic experiences checklist, vart ho gjort merksam på korleis oppveksten hennar hadde vore. Ho kryssa til dømes av for forsømming og overgrep av sine kjensler, både av foreldre og medelevar. Etter vurderingsopphaldet på Muritunet kom ho i gong med traumbearbeiding hjå psykolog.

Mor hennar har nyleg fått påvist Asperger, medan far har hatt rusproblem i lengre tid. Ho har også tre søsken. Stadige beskjedar i oppveksten om at ho var for gammal til å gråte og at ho ikkje burde vise kjensler, har medført at Charlotte har vanskar med å vite kva ho kjenner på til ei kvar tid. Ho har i dag lite kontakt med far etter at ho sette avgrensingar for kontakt dei i mellom. Kontakta med familien elles er også liten, bortsett i frå ei syster, to tantebarn og ei bestemor som gjev ho glede. Dei siste åra har ho også kutta kontakt med fleire vener.

Charlotte vart mykje mobba grunna vekta si gjennom heile grunnskulen og vidaregåande. I lærlingtida som kokk følte ho seg også trakassert på arbeidsplassen, og dette var ein av årsakene til at ho ikkje fullførte lærlingtida. Per dags dato er ho i 50 % jobb i ein butikk, då helseplager som overvekt, angst og depresjon gjer det vanskeleg for ho å jobbe ytterlegare. Ho uttrykker at ho kjenner seg tappa for energi og svært einsam. Motivasjonen hennar for å gjere livsstilsendingar er ynskje om å ta ein brystreduksjon, men for å få det innvilga må ho under 28 i KMI.

I mellom opphalda på Muritunet har vi kontakt med pasientane over telefon. Under ein oppringingssamtale mellom første og andre opphald, så fortalte Charlotte om ein situasjon som hadde hendt på jobb. Ho hadde vorte kalla inn på sjefen sitt kontor fordi han tykte ho ofte såg misfornøgd ut. Dette meinte sjefen var svært negativt, då det gav eit dårleg signal til kundane som var innom butikken. Charlotte synes dette var urettferdig, då ho ofte ser alvorleg ut når ho konsentrerar seg om noko. Då ho kom heim denne dagen, hadde ho ei

uro i kroppen som ho ikkje klarte å setje ord på. Utan at ho var heilt klar over det, så hadde ho hatt ei overetingsepisode same kvelden. På spørsmål om kvifor ho vel å overete seier ho: ”Eg synes det er vanskeleg å vite kva som fører til overeting og kva eg føler, for eg har ikkje lært det. Samstundes er eg usikker på om eg vil finne det ut, då eg trur det ligg så mykje bak.”

På livsstilskurset følgjer pasientane ein timeplan med ulike aktivitetar, undervisingar og individuelle samtalar. Under aktivitet prøvar vi som instruktørar å motivere pasientane til å yte det ein klarer. Dei fleste er ikkje van med å presse seg i aktivitet, men dei prøver likevel sitt beste ut i frå sine føresetnadar. Charlotte deltek på dei fleste timar, og framstår som positiv mesteparten av tida. Under leikintervall utandørs i snø og vått vær, viste ho låg innsats. Etter tjue minutt seier ho med tårer i auga og sint stemme: ”Eg er kald og våt. Eg gidder ikkje meir.” Eg seier til gruppa at vi skal vere ute i ca 10 minutt til, så visst ein frys må ein prøve og auke intensiteten slik at ein klarer å halde varmen. Dette tek Charlotte til seg, og svarar med å gå i frå aktiviteten.

Under ein primærkontaktsamtale på det siste opphaldet, følte eg at Charlotte nådde eit vendepunkt i behandlinga. I undervising med psykologen opplevde ho at det var noko som hadde trigga ho, og som fekk ho til å tenkje på å gjennomføre ei overetingsepisode. Ho klarte å unngå overeting same dag, men dagen etter vart trykket og ubehaget for stort. Ho fortalte at ho hadde hatt eit overetingsepisode, men for første gong hadde ikkje autopiloten vore kopla på, og ho var bevisst på det som skjedde. ”Eg kjenner at tida er inne for å finne ut kva som triggar meg.”

## 4.0 Diskusjon

I den første delen av dette kapitlet vert mine møter med Charlotte diskutert opp i mot teori om kognitiv terapi. Vidare vert det stilt spørsmål om kognitiv terapi er tilstrekkeleg i behandling av pasientar med overetingsliding, samt korleis vi på Muritunet kan utvikle tilbodet vårt vidare.

### 4.1 Korleis kan kognitiv terapi nyttast for å forstå og bistå Charlotte i behandlingsprosessen?

Charlotte har mest sannsynleg hatt overetingsatferd i mange år, men det var ikkje før ho kom til oss at ho vart diagnostisert med det. I løpet av tida eg har kjent ho, har ho hatt jamlege episodar med overeting. På spørsmål om kva ho sjølv trur utløyser episodane, så svarar ho ofte at ho ikkje veit årsaka fordi ho har vanskar med å vite kva ho føler.

Martinsen et al. (2018) seier at ikkje alle er klar over at det kan vere ubehagelege situasjonar som utløyser overetinga, så for å kunne hjelpe pasienten må ein gjere dei bevisst samanhengen mellom situasjon, tankar, kjensler og handling. Det som Charlotte fortalte meg under oppringingssamtalen i mellom opphalda, stemte godt overeins med dei pasientopplevingane som andre har skildra i studiane sine (Curtis og Davis 2014; Albertsen, Natvik og Råheim 2019). På grunn av ein ubehageleg situasjon som hendte på jobb, så hadde ho hatt ei overetingsepisode utan at ho var heilt bevisst på det.

Pasientar med eteforstyrningar har ofte dårleg kontakt med seg sjølv, samt vanskar med å setje ord på kjensler (Skårderud, Sommerfeldt og Robinson 2020). Gjennom oppveksten har Charlotte alltid fått høyre at ho ikkje burde vise kjenslane sine, og i vaksen alder synes ho det framleis er vanskeleg å vite kva ho kjenner på. I mange tilfeller fekk ho beskjed om å ikkje gråte, og i dag framstår ho ofte som glad og smilande, men sjølv seier ho det er ei maske. Dette samsvarar med det (Brugnera et al. 2018) fant i studien sin, der pasientar med overetingsliding hadde større vanskar med å føle og uttrykke sinne. Eg tenkjer at vilkåra som ho har hatt i oppveksten med ei mor som sannsynlegvis har Asperger og ein far med rusproblematikk, så har ikkje Charlotte fått stadfesta sine kjensler for at ho kan meistre eige kjensleliv i vaksen alder. Berge og Repål (2015) seier at ein oppvekst prega

av avvising, kritikk eller forbod mot å vise kjensler eller gi uttrykk for meiningane sine, kan resultere i utvikling av negative kjerneoppfatningar om seg sjølv.

Eg synes situasjonen som oppstod under aktivitet på Muritunet var utfordrande å vere i. Den oppstod brått, og det er ikkje alltid ein veit kva som er best å seie og gjere i augeblikket. Samstundes som ein har ansvar for ei gruppe, så må ein også sjå kvart enkelt individ og leggje til rette for at alle kan delta ut i frå sine føresetnadar. Mi oppleving av situasjonen var at Charlotte var negativ fordi det var kaldt og vått ute, og at ho ikkje var i bevegelse nok til å halde varmen. Sidan vi skulle vere ute ei lita stund til, så oppmoda eg alle til å auke intensiteten om ein fraus. Beck (2013) seier at terapeuten bør vere engasjert i å hjelpe, men samstundes ikkje ta for mykje styring og prøve å overtale pasienten til kva som bør skje vidare. Det er mogleg at Charlotte oppfatta det eg sa som kritikk mot innsatsen ho hadde. På bakgrunn av ein oppvekst der ho mest sannsynleg har utvikla ein del negative kjerneoppfatningar om seg sjølv, så tenkte ho kanskje at ho var dårlegare enn dei andre, sidan eg gav denne beskjeden rett etter at ho hadde ytra misnøye med å vere ute. Beck (2013) fortel at med utgangspunkt i kjerneoppfatningane så vil ein danne seg levereglar som til dømes ”visst eg ikkje meistrar det, så er eg dum”. Vidare kan det føre til utvikling av kompensatoriske strategiar, som ein brukar for å beskytte seg sjølv i situasjonar der det kan oppstå negative automatiske tankar. Ein kan tenkje seg at Charlotte synes det var ubehageleg å stå igjen i situasjonen, fordi ho kanskje hadde ei oppfatning om at ho ikkje fekk til det som var forventa av ho. Vidare kan det ha påverka levereglar og kompensatoriske strategiar, slik at det resulterte i at ho gjekk i frå aktiviteten. Sidan eg hadde ansvar for mange andre pasientar, så hadde eg ikkje moglegheit til å gå etter ho.

Eg tenkjer at situasjonen som oppstod under aktivitet var ubehageleg for Charlotte. Det kunne vore ei hending som trigga til overeting, men eg veit ikkje om det skjedde i dette tilfellet. Når eg i ettertid ser tilbake på hendinga, så ville eg løyst situasjonen på ein annan måte. Først og fremst ville eg teke kontakt med ho i etterkant for å høyre hennar oppleving av det som skjedde. Eg ville spurt ho om korleis ho synes det var å vere ute, samt kva som førte til at ho valte å gå i frå aktiviteten. Sjølv om eg trudde der og då kva som var grunnen til reaksjonen hennar, så veit eg ikkje om mi oppleving er det som stemmer. Berge et al. (2015) seier det er viktig at terapeuten viser empati ved å prøve å forstå korleis pasienten har det, og intensjonen om å prøve å forstå er ofte viktigare enn om ein faktisk klarer det.

Dersom eg hadde teke kontakt med Charlotte i etterkant av aktiviteten, og det viste seg at ho følte seg krenka, så tenkjer eg at det hadde vore viktig å setje av tid til å utforske det som skjedde. Berge et al. (2015) seier at for å kunne opplevast empatisk, så må ein ikkje vere dømmande, men vise rom for å snakke om alle typar tema. I slike tilfeller tenkjer eg at det er viktig at ein ikkje vert for opphengt i verktøya som ein kan nytte i kognitiv terapi, men at ein først møtast som menneske for å kunne oppretthalde ein god relasjon. Ved å først fortelje korleis eg opplevde situasjonen, så håper eg at Charlotte hadde oppfatta det som at eg ville utforske det som skjedde på ein akseptierende og ikkje forsvarsprega måte. Eg kunne til dømes starta samtalen med å seie:

”Eg fekk ein kjensle av at du reagerte på noko av det eg sa i stad.”

”Nei, det var ingenting.”

”Eg ynskjer verkeleg ei oppriktig tilbakemelding for å kunne lære noko. Det er ikkje alltid eg seier og gjer det riktige.”

”Det var berre at når du sa vi måtte auke intensiteten visst vi fraus, så tenkte eg at det var eg som ikkje gjorde nok sidan eg nettopp hadde sagt at eg var kald.”

”Eg meinte å gi beskjeden til alle i gruppa, men no skjønner eg godt at det kunne verke anklagande mot deg, det beklagar eg.”

”Ja, eg byrja å tenkje at dei andre var betre enn meg og at eg ikkje fekk til noko.”

”Det må vere vondt for deg å oppleve det på den måten. Er det noko eg kan gjere annleis for at du ikkje skal føle det slik igjen?”

”Eg veit ikkje. Eg er berre så lei av å tenkje negativt.”

I fylgje Berge og Repål (2015) er ABC- modellen eit godt verkty for at ein lettare skal kunne registrere samanhengen mellom tankar, kjensler, kroppslege reaksjonar og handlingar som oppstår i ein situasjon. Dersom vi hadde utforska det som skjedde først, så hadde kanskje Charlotte følt seg meir sett og forstått av meg. Etter kvart tenkjer eg det hadde vore relevant å nytte ABC- modellen, då ho tidlegare har hatt vanskar med å sjå samanhengen mellom vanskelege situasjonar og overetning. Dette kunne difor vore ei fin



moglegheit for Charlotte å øve seg på å bruke modellen. På den måten hadde ho kanskje opplevd den som nyttig å bruke også i andre situasjonar som måtte oppstå seinare.

Dersom ein hadde plassert hendinga i ABC- modellen, så tenkjer eg at Charlotte ville plassert aktiviteten under A i modellen, då det mest sannsynleg var ein utfordrande situasjon for ho å vere i. Vidare tenkjer eg at ho kanskje hadde ein del negative tankar som ein kunne plassert under B. Dette kunne vore tankar som at ho ikkje fekk til det ho ville, eller at dei andre var betre enn ho. Visst ho hadde slike tankar, så kan dei ha påverka kjenslene hennar ved at ho vart sint og lei seg for at ho ikkje opplevde meistring. Dette kunne vidare ført til kroppslege reaksjonar som at ho byrja å gråte. Berge og Repål (2015) seier at konsekvensen av alt dette kan medføre at ein prøver å gjere situasjonen mindre utfordrande for seg sjølv, og eg tenkjer at det kan vere årsaka til at Charlotte valte å gå i frå aktiviteten. Visst eg hadde teke kontakt med ho i etterkant, så kunne vi ha utforska det som var utfordrande. Kanskje er det som var vanskeleg i denne situasjonen, også vanskeleg i andre situasjonar? Mørch og Rosenberg (2005) fortel at ved å stille sokratiske spørsmål, som til dømes, ”Er det andre måtar å tolke situasjonen på?”, så kan det opne opp for refleksjon hjå pasienten. Ved å stille slike spørsmål til Charlotte, så kunne eg kanskje ha hjelpt ho til å finne alternative tankar i situasjonen, som vi kunne plassert under D i modellen. Det kunne til dømes vore tankar som at ein gjer det beste ein klarer, og at ein er gode i ulike ting.

I løpet av livsstilskurset har teamet erfart at Charlotte lettare klarer å setje ord på opplevingar, samt at ho i større grad klarer å vise både positive og negative kjensler framfor oss og dei andre i gruppa. Som regel framstår ho som positiv og smilande, men når ho har fått negative tankar og kjensler så synes ho det er vanskeleg å vite korleis ho skal reagere, då det er nytt for ho. Sjølv om eg ikkje snakka med ho i etterkant av situasjonen, så tenkjer eg det er positivt at ho responderte slik ho gjorde. Ut i frå det ho sjølv seier, så trur eg at ho tidlegare hadde valt å dekke over kjenslene sine og behaldt maska på. I denne situasjonen valte ho å seie det ho meinte framfor meg og dei andre, og i tillegg valte ho å gå i frå staden. Eg tenkjer at dette syner at det har skjedd ei endring, som ikkje trenger å verte sett på som negativ. Dette kunne vore eit fint tema å ta opp med Charlotte, då eg er nyfiken på korleis ho opplever det og om ho merkar dei endringane som eg har observert.

Til tross for at det har skjedd fleire endringar med Charlotte det siste året, så har eg fått inntrykk av at ho har vore ambivalent til å utforske overetingsatferden sin. Når eg har spurt

kva som triggar ho, så har ho som regel svart at ho ikkje veit fordi ho ikkje har lært korleis ho skal setje ord på og vise kjenslane sine. Samstundes har ho vore usikker på om ho vil utforske det, då ho trur det ligg ein del bak. Fairburn (2014) seier at overeting vert brukt som ein meistringsmekanisme for å handtere vanskelege tankar og kjensler. Ved å ete kan ubehaget regulerast, og dermed gi ei pause i frå det som er vanskeleg (Albertsen, Natvik og Råheim 2019). I tillegg hevdar Arne (2015, 307) at mange med eteforstyrningar har vanskar med å gjere endringar i atferden sin grunna redsel for å verte fråteken kontroll. Det kan dermed tenkjast at Charlotte har unngått å utforske triggarane sine grunna ubehaget det har gjeve, i tillegg til at overetinga har vore ein viktig funksjon i livet hennar i mange år.

Berge og Repål (2015) legg vekt på at motivasjon til endring må kome frå ein sjølv, og det var ikkje før den siste samtalen vi hadde at eg følte at ho var innstilt på å få til ei endring. Ho fortalte at ho hadde hatt ei overetingsepisode etter ei undervising med psykologen, men ho var usikker på kva som hadde trigga ho. Til forskjell frå tidlegare episodar, så var ho heile tida bevisst på det som skjedde. I undervisinga hadde dei snakka om å byggje meiningsfulle relasjonar som ein kan dele opplevingar med. Brugnera et al. (2018) seier at pasientar med overetingsliding ofte har eit høgare nivå av mellommenneskelege problem. Charlotte har i dag lite kontakt med både familie og vener, bortsett i frå systema, to tantebarn og bestemora. Forholdet til foreldra er forbunde med sakn, einsemd og avvising, medan forholdet til bestemora er forbunde med omsorg og varme. I siste samtalen med Charlotte snakka vi om undervisinga dei hadde hatt, samt hennar eige liv og relasjonane ho er knytt til. Eg spurte kva som gjorde ho sårbar slik at ho gav etter for overetinga, kva tankar og kjensler som rørte inn i ho både før, undervegs og etter og om ho kunne handtert det på ein meir helsebevarande måte. Vi kom inn på temaet nærleik, då det er relevant for ho ettersom mat ofte har vore ei erstatning for dette. Ho fortalte at ho ofte føler seg einsam, der tankar som at ho er mindre verd og at ingen likar ho dukkar opp. Dette gjev ho mange vanskelege kjensler som vekker impulsar til overeting. På den måten får ho tankane over på noko anna, og ubehaget vert redusert.

Charlotte var usikker på kva som hadde trigga ho i undervisinga med psykologen, men ved at vi snakka om det, så vart ho gjort merksam på at ho ikkje har så mange nære relasjonar i livet sitt. Dette var sjølv sagt noko som var sårt for ho å oppdage, men også noko som ho ynskte å endre. Ho kjente sjølv at tida var inne for å utforske det ho lenge har opplevd som ubehageleg og usikkert. Beck (2013) seier at det er større sjanse for å nå måla om ein har heimeoppgåver som er i tråd med dei, og før ho reiste sat ho seg mål for vegen vidare. Ho

laga seg ein meistringsplan dersom behovet til overeting skulle kome når ho kom heim. I staden for å velje overeting, så ynskte ho heller å gå ein tur med bestemora eller å snakke med tantebarna sine på skype. Vi vert einige om at ho skulle følgje meistringsplanen sin, men visst ho enda opp med ei overetingsepisode, så skulle ho analysere den rett etter for å prøve og forstå kva som skjedde. På bakgrunn av mine og teamet sine observasjonar oppmoda vi Charlotte til å halde fram med timar med psykolog. Dette for å sikre nødvendig oppfølging vidare, slik at ho kunne halde fram med positive endringar i prosessen med å lære seg å leve utan overeting.

## **4.2 Er kognitiv terapi tilstrekkeleg i behandling av desse pasientane?**

Per dags dato har Charlotte fullført tre opphald på til saman seks veker. Det gjenstår dermed berre ein poliklinisk dag før ho har fullført livsstilskurset. På dette året har ho fått til mange gode endringar, men ikkje så mange som ho i utgangspunktet hadde sett seg som mål. Berge og Repål (2015) legg vekt på at pasienten sine eigne føresetnadar, ressursar og motivasjon kan ha stor innverknad på resultatet av behandlinga.

I starten hadde ho vanskar med å sjå korleis ubehagelege hendingar gav ho ein uro som ho ikkje klarte å handtere utan overeting. Undervegs i kurset har eg erfart at ho lettare har klart å setje ord på opplevingar, og det har medført ein reduksjon av overeting og uoppmerksom eting. Frå om lag vekentlege episodar før ho starta på livsstilskurset, til tre episodar det siste halvåret. Sjølv om vanskelege situasjonar framleis oppstår og trongen til overeting kjem, så har ho tileigna seg andre strategiar for å regulere kjenslane sine, som til dømes å gå seg ein tur med bestemora eller å snakke med tantebarna på skype. Til tross for reduksjon av overeting, så har ho ikkje hatt noko stor endring i KMI. Dette samsvarar med funn i fleire studiar, der kognitiv terapi gav ein reduksjon av overetingsepisodar, men lite endring av KMI (Linardon, Wade et al. 2017; Palavras et al. 2017; Peat et al. 2017). Sjølv om Charlotte sin KMI ikkje har vorte påverka i stor grad, så er det likevel fleire aspekt ved hennar situasjon som ein kan sjå på som positive endringar. Ho har oppnådd reduksjon av overeting, har det betre kjenslemessig og er meir optimistisk for framtida. På sikt vil kanskje desse endringane medføre at ho klarer å redusere KMI slik at ho oppnår målet sitt om ein brystreduksjon.

Kognitiv terapi har vist seg å vere effektiv i behandling av pasientar med overetingsliding (Ghaderi et al. 2018; Hilbert et al. 2019; Linardon, Wade et al. 2017; Linardon et al. 2017; Palavras et al. 2017; Peat et al. 2017). Samstundes fastslo Ghaderi et al. (2018) at det var lite forskning som syntte effekten av psykoterapeutisk behandling på lengre sikt, medan Linardon (2018) viste til at om lag 50 % av dei som mottok ei form for behandling ikkje oppnådde full effekt. Til tross for desse resultata, så tenkjer eg at det likevel er nyttig å lære seg å vere bevisst samanhengen mellom situasjon, tankar, kjensler og handling. Sjølv om Charlotte har redusert episodane med overeting, så vil det oppstå situasjonar i framtida der behovet for overeting kjem. I slike situasjonar vil der vere kjensler som ein vil dempe, og ein får eit behov for trøst. Ved å verte bevisst på dette, så kan ein sjølv ta kontroll når behovet kjem. Dermed kan ein lettare velje andre hensiktsmessige handlingsmønster i staden for overeting, som ein normalt ville valt.

### **4.3 Korleis kan Muritunet utvikle tilbodet sitt vidare?**

Livsstilskurset vårt består av tre opphald på til saman seks veker, og avsluttar med ein poliklinisk dag. Før kvart opphald fyller pasientane ut ulike skjema, samt 6 og 12 månadar etter den polikliniske dagen. I tillegg svarar dei på ei brukarundersøking etter kvart opphald. I undersøkinga får dei til dømes spørsmål som: ”Er du nøgd med lengda på opphaldet ditt?” På ein skala frå 1-5 scora 17 BED- pasientar 4.18 på dette spørsmålet, og det indikerar at ein er ganske nøgd. Likevel viser erfaringa mi at mange kjem delvis i gong med prosessen i løpet av oppfølgingstida. Sjølv om brukarundersøkinga syner at pasientane er nøgd med lengda på opphaldet, så kan det likevel indikere at ein har behov for nye opphald. Slik det er i dag, evaluerer pasientane det tilbodet vi allereie har, men på den måten får ein ikkje moglegheit til å finne ut kva pasientane saknar med opplegget.

Eg synes det er positivt at vi har samtalar i mellom opphalda, då fleire månadar utan kontakt kan føre til at ein ikkje får fanga opp nødvendig informasjon. Samstundes er det ikkje alle pasientane som ringer, og då burde vi kanskje hatt ei prosedyre på at vi skulle ringe dei. I somme tilfeller gjer vi det, men vi ynskjer helst at dei ringer for å gjere dei ansvarleg i livsstilsprosessen sin. I tillegg har psykologen to samtalar med kvar pasient i heimeperioda. Pasientane har også ein kontaktperson heime som dei kan bruke som støtte, og som er informert om opplegget. Denne personen kan vere alt i frå eit familiemedlem,

ein ven, nabo eller helsepersonell. I staden for telefonsamtalar, så kunne ein også teke i bruk videokonsultasjonar, kanskje både med pasient og kontaktperson til stades.

Sidan tilbodet vårt starta i 2018, så har vi ikkje langsiktige data på korleis det går med pasientane i etterkant av kurset. Vi har prøvd å leggje til rette for eit godt tilpassa kurs, men ein veit enda lite om denne pasientgruppa og kva som er den beste behandlingmetoden. For å kunne utvikle oss vidare må vi jobbe kunnskapsbasert, samt evaluere brukarundersøkinga vår for å inkludere kva pasientane våre seier om tilbodet.

## 5.0 Konklusjon

I denne oppgåva ynskte eg å sjå nærare på: *Korleis kan ein nytte kognitiv terapi for å førebygge overetingsatferd hjå pasientar med overetingsliding?*

Det finst ikkje nokon fasit på kva som er den beste måten å møte ein pasient på i etterkant av vanskelege situasjonar som kan trigge til overetingsatferd. Når eg ser tilbake på situasjonen som oppstod under aktivitet, så har eg fått auka forståing for viktigheita av kommunikasjon. Vi er alle ulike med ulike livserfaringar, og noko som eg kan sjå på som ein bagatell, kan sitje djupt hjå andre. Skal ein få resultat av behandlinga, så er det naudsynt at ein prøvar å møte og forstå pasienten på ein empatisk måte.

Fedme og overvekt er eit aukande samfunnsproblem, og overetingsliding er diagnose som ofte er forbunde med det. Til tross for at overetingsliding er ei relativt ny diagnose, så er det den eteforstyrninga som er mest vanleg i Noreg i dag. Forsking viser at kognitiv terapi er den metoden som har vist seg å vere mest effektiv i behandling av pasientar med overetingsliding, men det finst framleis lite forskning som syner langstidseffektane. Eg tenkjer det likevel kan vere nyttig å kunne om kognitiv terapi, då mange ikkje er bevisst på kva som triggar til overeting. Ved kognitiv terapi kan ein bidra til å hjelpe pasientane med å identifisere desse situasjonane, samt gjere dei bevisst tankar og kjensler. På den måten kan ein lære å handtere desse på ein annan måte enn ved overeting. Samstundes har fleire av desse pasientane også ein traumbakgrunn, som i Charlotte sitt tilfelle. Korleis skal vi møte og behandle desse pasientane? Er det nok med kognitiv terapi eller burde ein kombinere det med andre metodar? Dette kunne vore interessant for vidare forskning.

## 6.0 Litteraturliste

Accurso, Erin C. og Lisa Sanchez-Johnsen. 2013. "Behavioral weight loss." I *A Clinician's Guide to Binge Eating Disorder*, redigert av June Alexander, Andrea B. Goldschmidt og Daniel Le Grange, 193-204. East Sussex: Routledge.

Albertsen, Marit Nilsen, Eli Natvik og Målfrid Raheim. 2019. "Patients' experiences from basic body awareness therapy in the treatment of binge eating disorder – movement toward health: a phenomenological study." *Journal of Eating Disorders* 7 (1).  
doi: 10.1186/s40337-019-0264-0.

Arne, Solveig. 2015. "Spiseforstyrrelser." I *Håndbok i kognitiv terapi*, redigert av Torkil Berge og Arne Repål, 305-317. Oslo: Gyldendal akademisk.

Beck, Judith S. 2013. *Kognitiv adferdsterapi – Grunnlag og perspektiver*. Oversatt av Ole Lindegård Henriksen. København: Akademisk Forlag.

Berge, Torkil og Arne Repål. 2014. *Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi*, 3. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.

Berge, Torkil og Arne Repål. 2015. *Håndbok i kognitiv terapi*, 2. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.

Bordvik, Målfrid. 2019. "Fedme koster Norge 68 milliarder kroner årlig." *Dagens medisin*.  
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/05/07/fedme-koster-norge-68-milliarder-kroner-arlig/>.

Brugnera, Agostino, Gianluca Lo Coco, Laura Salerno, Rachel Sutton, Salvatore Gullo, Angelo Compare og Giorgio A. Tasca. 2018. "Patients with binge eating disorder and obesity have qualitatively different interpersonal characteristics: Results from an interpersonal circumplex study." *Comprehensive Psychiatry*, 85: 36-41.  
doi: 10.1016/j.comppsy.2018.06.008.

Curtis, Claire og Caroline Davis. 2014. "A qualitative study of binge eating and obesity from an addiction perspective." *Eating Disorders* 22 (1): 19-32.  
doi: 10.1080/10640266.2014.857515.

Fairburn, Christopher G. 2008. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.

Fairburn, Christopher G. 2014. *Få bukt med overspising: Hvorfor overspiser man, og hvordan slutter man med det?* Oversatt av Ane Sjøbu. Oslo: Gyldendal akademisk.

Ghaderi, Ata, Jenny Odeberg, Sanna Gustafsson, Maria Råstam, Agneta Brolund, Agneta Pettersson og Thomas Parling. 2018. "Psychological, pharmacological and combines treatments for binge eating disorder: a systematic review and meta analysis." *PeerJ*, 6 (6) doi: 10.7717/peerj.5113.

Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkke. 2018. *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*, 5. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.

Helsedirektoratet. 2017. "Definisjon og diagnostiske kriterier." 25. april 2017. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser/definisjon-og-diagnostiske-kriterier?malgruppe=undefined>.

Hilbert, Anja, David Petroff, Stephan Herpertz, Reinhard Pietrowsky, Brunna Tuschen-Caffier, Silja Vocks og Ricarda Schmidt. 2019. "Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge eating disorder." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 87 (1): 91-105. doi: 10.1037/ccp0000358.

Linardon, Jake, Christopher G. Fairburn, Ellen E. Fitzsimmons-Craft, Denise E. Wilfley og Leah Brennan. 2017. "The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review." *Clinical Psychology Review* 58: 125-140. doi: 10.1016/j.cpr.2017.10.005.

Linardon, Jake, Tracey D. Wade, Xochitl De La Piedad Garcia og Leah Brennan. 2017. "The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 85 (11): 1080-1094. doi: 10.1037/ccp0000245.

Linardon, Jake. 2018. "Rates of abstinence following psychological or behavioral treatments for binge-eating disorder: Meta-analysis." *International Journal of Eating Disorders* 51 (8): 785-797. doi: 10.1002/eat.22897



Martinsen, Egil W., Eivind Andersen, Lisbet Borge, Toril Moe og Bjørnar Johannessen. 2018. *Kropp og sinn : fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi*, 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Mørch, Merete M. og Nicole K. Rosenberg. 2005. *Kognitiv terapi. modeller og metoder*. København: Hans Reitzels Forlag.

Palavras, Marly Amorim, Phillipa Hay, Celso Alves Dos Santos Filho, Angélica Claudino og Marly Amorim Palavras. 2017. "The efficacy of psychological therapies in reducing weight and binge eating in people with bulimia nervosa and binge eating disorder who are overweight or obese - A critical synthesis and meta-analysis." *Nutrients* 9 (3). doi: 10.3390/nu9030299.

Peat, Christine M., Nancy D. Berkman, Kathleen N. Lohr, Kimberly A. Brownley, Carla M. Bann, Katherine Cullen, Mary J. Quattlebaum og Cynthia M. Bulik. 2017. "Comparative effectiveness of treatments for binge-eating disorder: Systematic review and network meta-analysis." *European Eating Disorders Review* 25 (5): 317-328. doi: 10.1002/erv.2517.

Skårderud, Finn, Bente Sommerfeldt og Paul Robinson. 2020. *Sult: mentaliseringsbaserte tilnærminger til spiseforstyrrelser*. Oslo: Gyldendal.

Øverås, Maria Alstad. 2018. *Å bli frisk. Veier ut av spiseforstyrrelser*. Oslo: Universitetsforlaget.