

Mastergradsoppgave

Kroppsbildeforstyrrelser og spiseforstyrrelser

Er diagnoseforskjeller eller alvorlighetsgrad viktigst?

Body image disturbances and eating disorders

Are differences of diagnoses or severity of illness most important?

Forfatter
Marit Danielsen

MTH44, Masteroppgave i
tverrfaglig helse- og sosialarbeid
med fordypning i psykisk
helsearbeid

Høgskolen i Nord-Trøndelag
2012



Forord

Det å søke masterstudiet for å få lære mer, og for å få formalisert fagkunnskap og erfaring er resultatet av en prosess som har gått over tid. Det er mange som har bidratt, og som fortjener å bli takket. I et fagmiljø hvor fagutvikling og forskning er en definert oppgave, går klinisk arbeid og forskning delvis over i hverandre. Problemstillinger blir reist, og nysgjerrighet blir vekket. Det har ført til en mer systematisk faglig undring, og behov for mer kunnskap.

Kollegaer har inspirert, og jeg har blitt oppmuntret til å gå videre. Videre har FoU avdelingen ved Sykehuset Levanger vært viktig i læringsprosessen, både i form av kunnskapsformidling og menneskelige ressurser. Veileder på masteroppgaven, forskningsrådgiver Grete Bratberg (PhD), har fulgt prosessen fra starten av. Hun har bidratt med kunnskap, inspirasjon, har stilt spørsmål, og kommet med gode innspill.

Som fysioterapeut i fagfeltet spiseforstyrrelser er kroppsbildeforstyrrelser og overdreven fysisk aktivitet naturlige fordypningsområder. Jeg har tidligere gjennomført to studier; en relatert til forskjeller mellom pasienter og kontrollgruppe, og en til endring gjennom behandling. Det har resultert i to vitenskapelige artikler som begge er akseptert for publisering i internasjonale tidsskrift innen fagfeltet for spiseforstyrrelser i 2012. Veileder Grete Bratberg er med som medforfatter på den første artikkelen. På begge artiklene er forskningsleder Øyvind Rø (PhD), Regional avdeling for spiseforstyrrelser ved Oslo universitetssykehus medforfatter. Han har også vært sentral for min vei inn i forskning og artikkelskriving. Fra den ene studien er det upubliserte data knyttet til forskjellige dimensjoner av kroppsbildeproblemer hos en pasientgruppe og en kontrollgruppe. I forbindelse med masteroppgaven benyttes disse dataene, men utvalget er utvidet med pasienter innlagt etter avslutning av det opprinnelige prosjektet.

Planen med masteroppgaven er å skrive en artikkel for mulig publisering i det norske tidsskriftet for fysioterapeuter. Fysioterapeuter møter mennesker i mange forskjellige sammenhenger; i behandling, men også i skole og ulike typer aktiviteter. Min erfaring er at det blant kollegaer er interesse for, men ikke så mye kunnskap om spiseforstyrrelser og kroppsbildeforstyrrelser. Tidsskriftet har ekstern fagfelleevaluering av vitenskapelige artikler. Retningslinjer for forfattere er med som vedlegg (vedlegg 5). Veileder Grete Bratberg skal være medforfatter på artikkelen.

Forord

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

Abstract

1 Introduksjon	1
1.1 Kroppsbildeforstyrrelser som en del av spiseforstyrrelsen.....	1
1.2 Teoretiske perspektiv på kroppsbilde / kroppsbildeforstyrrelse.....	2
1.3 Bakgrunn og hensikt med studien.....	4
2 Metode	5
2.1 Studiedesign og utvalg.....	5
2.2 Diagnosekoding.....	6
2.3 Måleinstrumentet Body Attitude Test (BAT).....	6
2.4 Statistikk og analyser.....	7
2.5 Forskningsetikk.....	9
3 Resultat	10
4 Diskusjon	11
5 Konklusjon	12
6 Metodediskusjon	13
7 Referanser	15

8 Artikkel

8.1 Tabeller og figurer

9 Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning av mastergradsprosjektet fra Regional Etisk Komite

Vedlegg 2: Selvrapporterings skjema - samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til kontrollgruppe

Vedlegg 4: Body Attitude Test

Vedlegg 5: Retningslinjer for forfattere i tidsskriftet Fysioterapeuten

Kroppsbildeforstyrrelse hos kvinnelige pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse

Sammendrag

Hensikt

Hensikten med studien var (1) å utforske om / hvordan kroppsbilddimensjoner varierte hos pasienter med ulike spiseforstyrrelsesdiagnoser, (2) hvordan grad av kroppsbildepblem fordelte seg i diagnosegruppene, og (3) å sammenligne pasienter med alvorlig spiseforstyrrelser med en kontrollgruppe knyttet til de samme kroppsbilddimensjonene.

Utvalg

Et utvalg på 122 kvinnelige pasienter innlagt ved to spesialenheter for alvorlige spiseforstyrrelser i samme helseforetak ble inkludert i denne studien, sammen med en kontrollgruppe. Pasientutvalget besto av 61 (50 %) pasienter med anoreksia nervosa, 31 (25 %) med bulimia nervosa og 30 (25 %) med uspesifisert spiseforstyrrelse. Kontrollgruppen ble satt sammen av 51 kvinnelige elever/studenter ved to læresteder i regionen. Måleinstrument: Body Attitude Test (BAT). BAT er et selvrapporteringskjema som dekker flere dimensjoner av kroppsbildeforstyrrelser.

Resultat

Det ble ikke funnet signifikant forskjell ved sammenligning av BAT skårer mellom diagnosegruppene, verken på sumskåre eller underskalaer, men stor variasjon innad i diagnosegruppene. Det ble funnet signifikant forskjell mellom pasientene og kontrollgruppen på sumskåre og alle underskalaene av BAT ($p < 0,001$).

Konklusjon

Resultatene antyder at alvorlighetsgrad kan være viktigere enn gjennomsnittsforskjeller mellom diagnosegrupper for å forstå kroppsbildeforstyrrelsene. BAT differensierte på en tydelig måte mellom pasienter med spiseforstyrrelse og kontrollgruppen.

Nøkkelord

Spiseforstyrrelser, kroppsbildeforstyrrelse, diagnoser, kontrollgruppe.

Body image disturbances in female patients with serious eating disorders

Abstract

Aim

The aim of this study was (1) to explore whether / how body image dimensions vary between patients with different eating disorder diagnoses, (2) how the degree of body image problems were distributed in diagnostic groups, and (3) to compare patients with severe eating disorders, to student controls connected to the same body image dimensions.

Method

A sample of 122 female eating disorder patients admitted to two specialized units and 51 female student controls were included in the study. There were 61 (50%) patients with anorexia nervosa, 31 (25%) with bulimia nervosa and 30 (25%) with eating disorder not otherwise specified. The participants were assessed with Body Attitude Test (BAT). BAT is a self-report form capturing different body image dimensions.

Results

The results showed no significant difference when comparing BAT scores between diagnostic groups, either on total score or subscales, but large variability within diagnostic groups. There was significant difference between the patients and the student controls in total score and all subscales of BAT ($p < 0,001$).

Conclusion

The results suggested that the severity may be more important than the average differences between diagnostic groups for understanding body image disorder. BAT distinguished in a significant manner between patients with eating disorders and the student controls.

Keywords

Eating disorders, body image distortion, diagnosis, control group.

1 Introduksjon

Tema for denne mastergradsoppgaven er kroppsbildeforstyrrelser hos pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse. Jeg har valgt å skrive en vitenskapelig artikkel i kombinasjon med en frittstående kappe. I kappen vil jeg utdype noen emner fra artikkelen, både faglige og metodiske. Innledningsvis vil det redegjøres for kroppsbildeforstyrrelsens sentrale plass hos pasienter med spiseforstyrrelser. Ettersom studien også handler om forskjeller knyttet til ulike diagnoser, vil det bli gitt en kort generell beskrivelse av spiseforstyrrelser. Videre vil det bli belyst hvordan forståelsen av begrepet har utviklet seg, og ulike teoretiske perspektiv knyttet til kroppsbildeforstyrrelsene. Introduksjonen avrundes med bakgrunn og hensikt med studien som er gjennomført.

1.1 Kroppsbildeforstyrrelser som en del av spiseforstyrrelsen

Kroppsbildeforstyrrelser blir i stor grad sett på som et kjernesymptom hos pasienter med spiseforstyrrelser (1-3). Forskning har knyttet kroppsbildeforstyrrelse til hele forløpet av en spiseforstyrrelse. Det kan være en risikofaktor for utvikling, et forstyrret kroppsbilde kan bidra til opprettholdelse av spiseforstyrrelsessymptomer, og kroppsbildeforstyrrelser blir vurdert som en risikofaktor for tilbakefall (1;3-7).

Spiseforstyrrelser er en psykisk lidelse, og kan forstås som en måte å mestre følelsesmessige problemer på. Det er en samlebetegnelse på beslektede tilstander med forskjellig alvorlighetsgrad, og er en lidelse som kan omfatte alvorlige psykiske og somatiske plager. I hovedsak forekommer spiseforstyrrelser hos kvinner i alderen 15-40 år, men finnes også utenom dette alderspennet, og blant gutter og menn (8). Tilstanden utvikles som regel i løpet av ungdomsårene. Dette gjelder særlig anoreksia nervosa (AN) og bulimia nervosa (BN). Overspinningslidelse kan ha senere debut. Forekomsten av spiseforstyrrelser i Norge for kvinner er anslått å være 0,3 prosent for AN, 0,2 prosent for BN og 3 prosent for overspinningslidelse (9). Bakgrunnen er ofte sammensatt, og i utviklingen av alvorlige spiseforstyrrelser skiller det vanligvis mellom disponerende, utløsende og vedlikeholdende faktorer (8).

Kjennetegn på et forstyrret kroppsbilde er inkludert i diagnosekriteriene for AN og BN (10). I kriteriene for AN er det beskrevet som ”En intens frykt for å gå opp i vekt, for å bli overvektig, og en forstyrrelse i måten kroppsvikt, kroppsforn og fasong blir opplevd på”.

Felles for AN og BN er det beskrevet en overdreven / uhensiktsmessig innflytelse av kroppsvekt, kroppsform og fasong knyttet til personlig egnevaluering. Pasienter som ikke fyller alle kriteriene for AN og BN får diagnosen uspesifisert spiseforstyrrelse (EDNOS). Det er ikke egne diagnosekriterier knyttet til kroppsbildeforstyrrelse for EDNOS (10).

Forståelsen av fenomenet kroppsbilde har historisk sett endret seg mye. Tidlig i prosessen handlet det i stor grad om nevropatologiske former for kroppserfaring, med utgangspunkt i endringer i kroppsholdning og bevegelser. Lite oppmerksomhet var rettet mot psykologiske variabler. Etter hvert ble forståelsesrammen utvidet, og nevrologiske, psykologiske og sosiokulturelle elementer ble vektlagt. Senere har også begrep som kroppsgrenser, barrierer og gjennomtrengelighet blitt knyttet til fenomenet. Det har ført til oppmerksomhet rettet mot aspekter som kroppsbildegrenser, generell kroppsbevissthet, forstyrrelse i oppfatning / persepsjon av kropp med mer (11)

Gradvis økte den vitenskapelige og kliniske interessen for kroppsbilde i sammenheng med spiseforstyrrelser. Utviklingen av begrepsforståelse og psykometri var tydelig. Kunnskapen om vurdering og behandling av kroppsbildeforstyrrelser ble utvidet, og mengden forskning og publikasjoner økte. Dette førte fram mot en gradvis anerkjennelse av kroppsbilde som et multidimensjonalt begrep med tverrfaglig relevans.

1.2 Teoretiske perspektiv på kroppsbilde / kroppsbildeforstyrrelse

I læreboken "Body Image, a handbook of theory, research & clinical practice" (2002) (11) har to amerikanske psykologiprofessorer, Thomas F. Cash og Thomas Pruzinsky samlet kunnskap om kroppsbilde og kroppsbildeforstyrrelser relatert til mange perspektiv og fagretninger. Forståelsen av kroppsbilde i tilknytning til spiseforstyrrelser er påvirket av forskjellige forståelsesmodeller innen psykologiske hovedretninger. Det vil med utgangspunkt i læreboken bli redegjort for psykodynamisk og kognitivt atferdsperspektiv på kroppsbildeforstyrrelser.

Den psykodynamiske teorien legger vekt på barndommen som formgiver og grunnlag for symptomdannelse (11). Utviklingen av det som kalles et kropps-selv kan beskrives gjennom tre stadier. Den tidligste utviklingen handler om sansning gjennom kroppen, og gjør spedbarnet i stand til å oppleve seg selv som adskilt fra omgivelsene. I neste stadium blir

kroppens ytre grenser mer tydelige, og opplevelse av ”indre og ytre” differensieres. Et nytt bevissthetsnivå om en selv som et avgrenset individ starter i 15 – 18 måneders alder. I normal utvikling vil opplevelsen av den indre kroppen og den ytre overflaten utvikles videre til en helhet. Utviklingen av kroppsbildet går sammen med den kroppslige modningen, i sammenheng med de fysiske omgivelsene, og blir integrert i utviklingen av det psykologiske selvet. (11).

Forskjellige typer av kroppsbildeproblem kan oppstå om den normale utviklingen forstyrres. Det kan være redusert eller manglende opplevelse av kroppsgrenser. Det kan være manglende opplevelse av eget kroppsbilde, og utfordringer knyttet til autonomi og separasjon. Pasienter med slike problem kan prøve å regulere følelser gjennom kroppslige erfaringer og uttrykk. Vi erfarer gjennom kroppen, men oppmerksomheten er ikke nødvendigvis på kroppen. Den er ofte i ”bakgrunnen”. For personer som har redusert kontakt med egne følelser, kan kroppen bli ”en formidler av de ord som ikke kan sies”. Disse pasientene benekter nødvendigvis ikke kroppslig bevissthet og følelser, men kan mangle evnen til å differensiere mellom følelser og kroppslige signaler (11).

I en kognitiv atferdsmodell vektlegges forskjellige faktorer fra barndom og ungdom for utviklingen av tanker og holdninger knyttet til kroppsbilde (11). Det kan være kulturelle standarder relatert til utseende som sier noe om hva som er verdsatt / mindre verdsatt. Slike standarder blir blant annet formidlet gjennom media, idealer og reklame. Hvor godt ens eget utseende stemmer med det som er sosialt akseptert kan påvirke egevaluering. Sosiale relasjoner (f.eks. familie og venner), erfaringer, kommentarer, erting, og respons relatert til kropp og utseende er viktige. Personlige faktorer som selvtillit og et positivt selvbilde kan bidra til positiv evaluering av kropp. Sammen former disse faktorene grunnleggende kroppsbildeholdninger (skjema). Den innlærte tenkningen vil påvirke tanker, følelser og handlinger i hverdagen. Måten vi tenker på vil alltid påvirke følelser og handlinger, og hvordan vi tenker om en bestemt hendelse vil ha noe med tidligere erfaringer å gjøre (11).

Det blir beskrevet to grunnleggende faktorer knyttet til kroppsbilde. Det er opptatthet og evaluering. Opptatthet handler om i hvor stor grad utseende vektlegges i tanker, følelser, holdninger og atferd. Evaluering refererer til vurderinger (positive og negative) og forestillinger (f.eks. fornøydhets – misfornøydhets). Personer med negative skjema / holdninger knyttet til eget utseende, vektlegger og viser mer oppmerksomhet til utseende. Det kan være

grunnleggende holdninger slik som ”Hvordan jeg ser ut er en viktig del av hvem jeg er”, eller ”Mitt utseende er ansvarlig for mye av det som har hendt meg i livet mitt, og jeg bør gjøre alt for å ha et best mulig utseende”. Slike skjema kan bli avgjørende hvordan en ser på seg selv som person, og å endre / påvirke kroppen kan bli løsningen på det som er vanskelig (11).

1.3 Bakgrunn og hensikt med studien

Forskjellige teoretiske perspektiv gir grunnlag for å forstå kroppsbildeforstyrrelsene. I det kliniske arbeidet er det likevel behov å vite mer om hvordan forstyrrelsene kommer til uttrykk i pasientenes symptombylde. Det er kun for pasienter med AN at beskrivelsen ”en forstyrrelse i måten kroppsvekt, kroppsform og fasong blir opplevd på” er med i diagnosekriteriene. Vår kliniske erfaring har vært at pasienter i alle diagnosegrupper kan ha slike symptom, og at det på tvers av diagnoser er det noen som har lite problem og noen som har mye. Eksisterende forskning har ikke gitt entydige svar på hvordan kroppsbildeforstyrrelsene arter seg mellom og innad i diagnosegruppene, og om det er klinisk relevante forskjeller som det bør tas hensyn til ved behandling (2).

Hovedhensikten med studien var derfor å få mer kunnskap knyttet til kroppsbildeforstyrrelser hos pasienter med ulike typer spiseforstyrrelsesdiagnoser, og om for eksempel pasienter med AN rapporterer mer eller andre typer forstyrrelser enn pasienter med BN og EDNOS. Mange studier har vist at pasienter med spiseforstyrrelser rapporterer mer kroppsbildepblem enn kontrollgrupper (1;12-14). Med bakgrunn i kunnskap om kulturell og tidsmessig variasjon knyttet til kroppsbildeideal og kroppsbildeforstyrrelser i samfunnet (15;16), var det også et formål med denne studien å undersøke i hvor stor grad kroppsbildeforstyrrelser hos inneliggende pasienter avviker fra «friske» kontroller fra samme geografiske område og populasjon.

2 Metode

I dette kapitlet vil flere begrep og tema knyttet til utvalget, måleinstrument og analyser bli utdypet.

2.1 Studiedesign og utvalg

Studien er en kvantitativ tverrsnittsstudie der respondentene besvarte et spørreskjema ved innleggelse, og gir følgelig kun informasjon om situasjonen ved innleggelsestidspunktet.

Studien er basert på et utvalg på 122 kvinnelige pasienter innlagt ved to spesialenheter for alvorlige spiseforstyrrelser i samme helseforetak. Kriterier for innleggelse var (1) at poliklinisk behandling hadde vært prøvd uten tilfredsstillende bedring, og (2) at mer intensiv behandling ble vurdert som nødvendig på grunn av symptomenes alvorlighetsgrad. Alle som hadde komplette selvrappoteringskjema fra start av første innleggelse ble inkludert i studien, henholdsvis 101 og 21 pasienter fra de to enhetene. Den første enheten ble åpnet i 2003, og den andre i 2006, hvorav begge har 8 senger for heldøgnsinnleggelse, og gir behandlingstilbud til alle typer spiseforstyrrelser. Behandlingsopplegget er frivilling og kontraktbasert, og vanlig innleggelsestid er 3 – 6 måneder.

Aldersspredningen samlet i utvalget var fra 16 år til 42 år, og med gjennomsnittsalder på 22,5 år. Pasientene hadde i gjennomsnitt vært syke i 7,1 år før innleggelse, og gjennomsnittlig BMI var på 18,1. Pasientene i AN gruppen var yngre ($p < 0.05$), hadde kortere sykehistorie ($p < 0.05$) og lavere BMI ($p < 0.001$) enn pasientene med BN og EDNOS. Etersom få menn har vært innlagt ved disse enhetene, ble menn ekskludert fra utvalget for å få en så homogen gruppe som mulig. Det samme gjaldt kvinnelige pasienter med ufullstendig utfylte skjema, og to pasienter som etter utredning viste seg at ikke fylte kriteriene for spiseforstyrrelsesdiagnose.

Kontrollgruppen som ble benyttet i denne studien var satt sammen av 51 kvinnelige elever/studerende ved to læresteder i regionen. Deltagerne fylte ut spørreskjema anonymt i skolesammenheng høsten 2007. Hensikten var å få en kontrollgruppe som kunne representere en populasjon som pasienter med spiseforstyrrelser blir rekruttert fra. Innsamlingen av data ble gjennomført i forbindelse med en tidligere studie rettet mot kroppsbildeforstyrrelse og overdreven trening (17). I denne studien har vi brukt data til andre problemstillinger, og brukt materialet til sekundæranalyser. Siden mannlige pasienter ble ekskludert fra studien, ble også menn i kontrollgruppen ekskludert. I kontrollgruppen var alder fra 18 – 38 år (gjennomsnitt 21,4 år). Informasjonen som ble hentet inn var anonym, og omfattet kun informasjon om alder

og kjønn i tillegg til skåringer på selvrapporteringsskjema. Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) ble kontaktet i forkant av datainnsamlingen og konkluderte i sin vurdering med at prosjektet ikke var meldepliktig.

2.2 Diagnosekoding

Ved klassifisering av sykdommer i norsk helsevesen blir diagnosesystemet "International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems" (ICD-10) benyttet (18). Et annet diagnosesystem er "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", Fourth Edition (DSM-IV) (10). ICD-10 har en egen forskningsutgave, men det er stort sett DSM-IV diagnoser som blir brukt i forskning (8). I begge diagnosesystemene er hovedvekten lagt på AN og BN, som blir betraktet som to avgrensede syndrom. Både ICD-10 og DSM-IV har videre en uspesifisert kategori (ICD-10 – uspesifisert spiseforstyrrelse, DSM-IV - eating disorder not otherwise specified, EDNOS). Selv om både ICD-10 og DSM-IV har AN og BN som hoveddiagnoser, fører kriteriene til en viss forskjell i klassifiseringen. I ICD-10 beskriver atypisk AN og BN, mens det i DSM-IV er undergrupper av AN og BN. AN blir delt i en restriktiv og en bulimisk subtype, og BN blir delt i en subtype med oppkast og en uten (10;18).

Diagnoser i spesialenhetene ble kvalitetssikret av spesialister i psykologi og psykiatri, og det ble satt både ICD-10 og DSM-IV diagnoser, hvor sistnevnte ble benyttet i denne studien. I utvalget var det 61 (50 %) pasienter med AN, 31 (25 %) med BN og 30 (25 %) med EDNOS. Pasientene i AN gruppen ble videre diagnostisert i undergruppene AN restriktiv type (n=52) og AN bulimisk type (n=9), men disse ble ikke undersøkt spesifikt i denne studien på grunn av det lave antallet med AN-bulimisk type. I utvalget var det ikke diagnostisert noen med BN uten oppkast.

2.3 Måleinstrumentet Body Attitude Test (BAT)

Fra oppstarten av den første spesialenheten i 2003, har selvrapporteringsskjema vært benyttet i forbindelse med utredning og evaluering. Det viste seg etter hvert at benyttede selvrapporteringsskjema ikke ga tilstrekkelig informasjon for å kunne forstå pasientenes kroppsbildeforstyrrelser. Det gjaldt både omfang og nyanser i forstyrrelsene. I 2005 startet derfor utprøving av selvrapporteringsskjemaet "Body Attitude Test" (BAT) (19). BAT er utviklet for å kartlegge forskjellige dimensjoner av kroppsbildeforstyrrelser hos pasienter med

spiseforstyrrelser (vedlegg 4). I tillegg til å være et samlet mål på grad av kroppsbildeforstyrrelse (sumskåre) kan BAT brukes til å undersøke delområder av forstyrrelsen: 1) negativ vurdering av egen kroppsstørrelse, 2) manglende fortrolighet med egen kropp, 3) generell misnøye med egen kropp og 4) opptatthet av eget utseende (19). Underskala 1 og 2 består av sju utsagn hver, underskala 3 av fire utsagn og underskala 4 av to utsagn. Underskala 4 ble inkludert i analyser med sumskåre, men utelatt i analysene av underskalaene på grunn av få utsagn.

Resultat fra studier har antydnet at BAT kan skille mellom kroppsbildepblemer hos pasienter med AN og BN (13). Maksimum skåre på BAT er 100, og økende skåre indikerer økende kroppsbildeforstyrrelse. Gjennom forskning er det beregnet en grenseverdi (sumskåre på 36) for risiko for spiseforstyrrelser (19). Originalversjonen av BAT er på flamsk. Skjemaet er oversatt til flere språk, og blir benyttet i flere land (13). Den norske oversettelsen har tatt utgangspunkt i den engelske utgaven. Skjemaet ble oversatt til norsk, og tilbake til engelsk igjen etter gjeldende anbefalinger og av kvalifiserte personer. Oversettelsen foregikk i samarbeid med professor M. Probst som har utviklet instrumentet. Meningsinnhold ble diskutert med han, og kolleger innen spiseforstyrrelsesfeltet for å sikre en god oversettelse.

Måleinstrumentet BAT er testet i studier, og har vist god validitet og reliabilitet (13;19). Det innebærer at det på en god måte reflekterer fenomenet kroppsbildeforstyrrelser hos pasienter med spiseforstyrrelser, og er et skjema med god stabilitet og konsistens. Det gjelder både den interne konsistensen (samvariasjonen mellom utsagnene), og samsvar mellom resultat på to forskjellige tidspunkt (test-retest reliabilitet) (20). I denne studien er den interne konsistensen beregnet ved hjelp av Chronbachs alfa ($C\alpha$), hvor $C\alpha$ var 0,95 for hele BAT instrumentet, og for underskalaene fra 0,89 til 0,91. Verdier over 0,80 blir vurdert som god, og over 0,90 som meget god (21).

2.4 Statistikk og analyser

Dataene i studien ble analysert i statistikkprogrammet IBM SPSS versjon 19. Ved valg av analyser er det tatt hensyn til målenivå på variablene (intervall, nominalt og ordinalt nivå) (20), men det er også gjort avveininger og valg med bakgrunn i forskningstradisjon.

Variabelen kjønn ble benyttet som inklusjons- / eksklusjonskriterium i studien, der menn ble ekskludert, både for pasienter og kontrollgruppe på grunn av det lave antallet innlagte

mannlige pasienter. Felles variabler for begge grupper var alder og skårer på BAT (sumskåre og delskårer). Videre ble det brukt informasjon om diagnoser, antall år syk før innleggelse, og BMI for å beskrive egenskaper ved pasientgruppen.

Frekvens og korrelasjonsanalyser ble benyttet for å vise fordeling og egenskaper i materialet, og studien angir gjennomsnittsverdier, standardavvik (SD) og variasjonsbredde for aktuelle variabler. Variablene på BAT instrumentet er i utgangspunktet ikke-parametriske og gir rangordnede data der bruk av median angis som det foretrukne sentralmål ved analyser og statistiske tester (20). Innenfor dette forskningsfeltet har det likevel vært vanlig å beregne gjennomsnitt i stedet for median. For å forstå datamaterialet og få belyst problemstillingene best mulig, ble det valgt en kombinasjon der både gjennomsnitt og median ble brukt som sentralmål. BAT sumskårer og delskårer er rapportert med gjennomsnitt og 95 % konfidensintervall (KI) for hele utvalget og diagnosegruppene. Beregning av 95 % konfidensintervall ble gjennomført for å kunne undersøke hvor presise estimatene var og undersøke forskjeller mellom diagnosegruppene (20). For å se hvordan BAT sumskåre (0-100) fordelte seg i de ulike diagnosegruppene ble skårer inndelt i prosentiler som tar utgangspunkt i rangordning av dataene med median som sentralmål.

Forskjeller i gjennomsnitt mellom diagnosegrupper ble undersøkt med variansanalyser (enveisANOVA) som tar utgangspunkt i variasjonen rundt gjennomsnittene i og mellom grupper for å vurdere om de er statistisk signifikant forskjellige. For å korrigere for mulige ”falske signifikanser” ved flere (multiple) tester ble Bonferroni post hoc test benyttet (20).

T-test ble benyttet for å undersøke gjennomsnittlige forskjeller i kroppsbildeforstyrrelser mellom pasientgruppen og kontrollgruppen, og rapportert som gjennomsnitt med 95 % KI.

P-verdien i studien er satt til $p < 0,05$ som er vanlig i mange studier av denne typen. Det betyr at for alle forskjeller som vurderes som statistisk signifikante, vil forskjellene i mindre enn 5 % av tilfellene skyldes ren tilfeldighet. At forskjeller er statistisk signifikante betyr ikke at de samme forskjeller er klinisk signifikant (20).

Et klinisk viktig perspektiv med tanke på utredning og behandling er grad av kroppsbildeforstyrrelse. Både forskning (22) og klinisk erfaring har vist at grad kroppsbildeforstyrrelse varierer hos pasienter med spiseforstyrrelser. For å se hvordan BAT

sumskåre (0-100) fordelte seg i de ulike diagnosegruppene ble skårer inndelt i prosentiler. En slik fordeling er også utført for kontrollgruppen. Gruppe en hadde skårer under 25 prosentilen (skårer < 25), gruppe to mellom 25 og 50 prosentilen (skårer fra 26 til 50), gruppe tre mellom 50 og 75 prosentilen (skårer fra 51 til 75), og gruppe fire over 75 prosentilen (skårer > 75).

2.5 Forskningsetikk

Ved spesialenhetene er forskning og fagutvikling en definert arbeidsoppgave. Siden oppstart i 2003 har det vært jobbet systematisk med evaluering. Pasientene blir vurdert klinisk, og ved hjelp av selvrapporteringskjema ved start og avslutning av behandling. Data blir systematisk samlet i et kvalitetsregister og benyttet i evaluering av behandlingsopplegget, og som utgangspunkt for forskning. Registeret er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, og pasientene får informasjon om datainnsamling ved innleggelse. Ansvarlig institusjon for registeret er Helse Nord-Trøndelag HF ved Sykehuset Levanger. Daglig ansvarlig er overlege Sigrid Bjørnelv (PhD). I meldeskjemaet til NSD er det redegjort for hensikt, utvalget, metode for innsamling av personopplysninger, datamaterialets innhold, informasjon til pasienter og samtykke fra pasienter, informasjonssikkerhet og finansiering.

Regional etisk komité (REK) godkjente en forløpsstudie, med psykologspesialist Henrik Lundh som prosjektleder I 2009. Prosjekttittel: "Oppfølgingsstudie etter innleggelse ved Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser, Sykehuset Levanger". I forbindelse med masteroppgaven kontaktet jeg REK hvor studien ble vurdert som et delprosjekt knyttet til hovedprosjektet (oppfølgingsstudien). Godkjenning fra REK ble gitt 22.12.2011 (vedlegg 1). Studien er gjennomført i tråd med NSD og REK sine retningslinjer.

Pasientene fikk muntlig og skriftlig informasjon om datainnsamling ved innleggelse. Alle inkluderte pasienter har gitt skriftlig samtykke til bruk av data til forskning (vedlegg 2). Utfylling av selvrapporteringskjema foregikk rutinemessig i løpet av første uke av innleggelsen, og personalet var tilgjengelig for å svare på spørsmål og bistå ved behov.

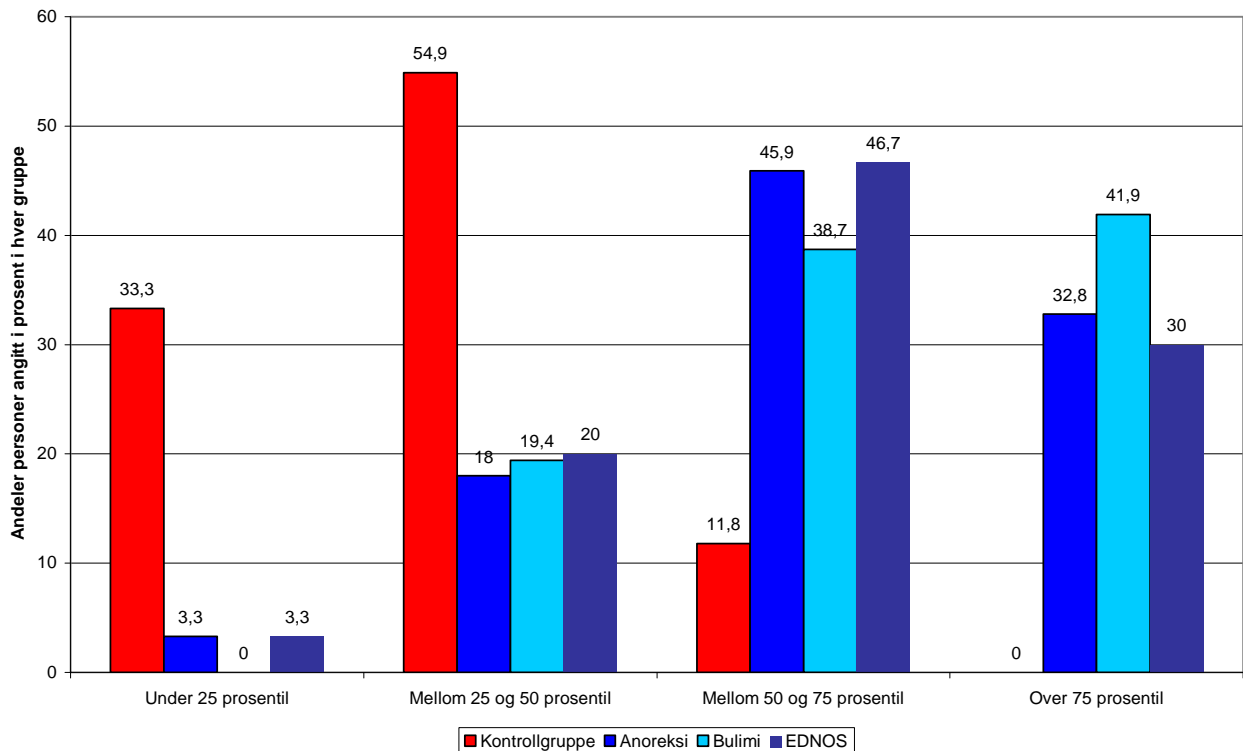
For kontrollgruppen ble skriftlig informasjon om studien distribuert sammen med selvrapporteringskjema (vedlegg 3). Det ble informert om bruk av data, hensikt, taushetsplikt, frivillighet, anonymitet, og mulighet til å kontakte helsetjeneste ved skolen eller fastlege ved behov for å snakke med noen i forbindelse med oppmerksomhet omkring tema.

3 Resultat

Hovedfunn i studien vil bli referert kort. Videre vil det bli utdypet noen sider ved resultatene som det ikke var "plass" til i artikkelen, blant annet en utvidet sammenligning mellom pasienter og kontroller knyttet til ulike dimensjoner (underskårer) av kroppsbildeforstyrrelser målt med BAT instrumentet.

Pasientene i dette utvalget hadde en gjennomsnittlig sumskåre på 65,9 hvor pasienter med BN skåret høyest, men ingen forskjeller mellom diagnosegruppene var statistisk signifikante. Det var stor spredning i alle grupper med overlappende konfidensintervall også når det gjaldt hver av de tre underskalaene; 1) vurdering av kroppsstørrelse, 2) fortrolighet med egen kropp og 3) generell kroppsmisnøye. Analysene viste at fordelingen av kroppsbildeforstyrrelser var ganske lik uavhengig av diagnose. Majoriteten av pasientene hadde en sumskåre som lå mellom 50 til 75. Skårer over 75 prosentilen vurderes som ekstrem grad av kroppsbildeforstyrrelse (13). Ved sammenligning av hele pasientgruppen med kontrollgruppen rapporterte pasientene klart mer kroppsbildeforstyrrelse.

Figur 1 viser at fordelingen av kroppsbildeforstyrrelse i kontrollgruppen hadde en helt annerledes profil enn for pasientene. I diagnosegruppene hadde 77 til 81 % av pasientene skårer over 50 prosentilen. Dette i motsetning til deltagerne kontrollgruppen hvor 88 % hadde skårer under 50 prosentilen. Av pasientene rapporterte 93 % en høyere sumskåre enn 36, mens andelen i kontrollgruppen var 32 %. Videre analyser av denne undergruppen viste at 20 % av studentene hadde sumskårer under 50 prosentilen, og 12 % over. Av disse var det 6 % med skårer like over 50 prosentilen (skårer på 52 og 53), og 6 % med høyere skårer.



Figur 1: Sumskårer av BAT: Andel pasienter og personer i kontrollgruppe (i prosent) i diagnosegruppene relatert til 25, 50 og 75 prosentilene.

4 Diskusjon

Denne studien viste at kroppsbildeforstyrrelser forekommer i svært stor grad blant pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser, men vi fant ingen gjennomsnittlige forskjeller i sum- og delskårer av BAT mellom diagnosegruppene. Derimot tyder resultatene på stor variasjon i alvorlighetsgraden av kroppsbildeforstyrrelser innad i alle diagnosegrupper. Denne manglende forskjellen mellom diagnosegruppene kan også bli sett i sammenheng med en pågående diskusjon om forståelse og klassifisering av spiseforstyrrelser generelt. I forbindelse med ny utgave av diagnosekriterier (DSM-V), er det forventet økt antall spiseforstyrrelsesdiagnoser (23). Det er et tema som har skapt diskusjon. På den ene siden argumenterer forskere for det som blir beskrevet som en transdiagnostisk tilnærming, hvor fokuset er rettet mot spiseforstyrrelsessymptomer uavhengig av diagnoser (23), og det er studier som har vist at diagnosene ikke påvirker behandlingsresultatet (24). Andre forskere argumenterer for å opprettholde den spesifikke klassifiseringen, og at det må bli tatt hensyn til det i behandling (25). Resultatene i denne studien var mest i samsvar med å nedtone betydningen av diagnoseforskjeller. På samme tid som de indikerte økt betydning av

alvorlighet grad, og bekreftet den kliniske erfaringen med variasjon av kroppsbildeforstyrrelse på tvers av diagnosegruppene.

Resultatene fra studien reiste videre noen spørsmål relatert til kontrollgruppen. Blant deltagerne i kontrollgruppen rapporterte så mange som hver tredje en høyere sumskåre på BAT enn den beregnede grenseverdien mellom syke og friske kontroller. Det er ikke klart om disse elevene / studentene viste en naturlig variasjon i kultur og alder, eller om de hadde et kroppsbildeproblem. Noen data har karakterisert individ med sumskåre på BAT mellom 25 og 50 prosentilen som å ha et gjennomsnittelig normativt nivå av kroppsbildebekymring (13). Ti av disse 16 elevene / studentene var innenfor dette området, og tre like over (sumskåre på 52 og 53). Det kan lede til at det var tre personer i kontrollgruppen med en sumskåre mellom 50 og 75 prosentilen som kan være bekymringsfull i forhold til kroppsbildeforstyrrelse. Med bakgrunn i begrenset informasjon om deltagerne i kontrollgruppen kan dette likevel bare være refleksjoner.

Kontrollgruppedata har tidligere vært sammenlignet med et utvalg på 50 pasienter. Upubliserte resultatet viste signifikante forskjeller på samme nivå på alle BAT skalaer. Pasientutvalget er utvidet til 122 pasienter i denne studien. Gjennomsnittsalderen i pasientutvalget har gått opp fra 21,9 år (første utvalg) til 22,5 år. Korrelasjonstest har vist at alder ikke korrelerer signifikant med BAT skårer. Det tyder på at resultatene ikke i noen særlig grad ville bli påvirket av at gjennomsnittsalderen økte med 0,6 år i forbindelse med utvidelsen av pasientutvalget. Gjennomsnitt på BATsumskåre for pasientene var på 67,5 i første og 65,9 i det aktuelle utvalget. Det er en liten nedgang i gjennomsnitt, men kan samtidig tyde på at gjennomsnittsnivået av kroppsbildeforstyrrelse i pasientpopulasjonen ved spesialenhetene ligger relativt stabilt opp mot 75 prosentilen.

5 Konklusjon

Oppsummert bekrefter denne studien at kroppsbildeforstyrrelser forekommer i stor grad blant pasienter innlagt for spiseforstyrrelser. Resultatene indikerer videre at alvorlighetsgrad er viktigere enn diagnoseforskjeller for å forstå kroppsbildeforstyrrelsene, og at det innenfor hver diagnosegruppe var store individuelle forskjeller som det er viktig å identifisere for å kunne gi god behandling. Selv om det er et sterkt kroppsfokus i samfunnet og noen av

studentene i kontrollgruppen skåret relativt høyt på kroppsbildeforstyrrelser, var det store forskjeller mellom pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser og kontrollene.

Kroppsbildeforstyrrelser er et sentralt moment i diagnostiseringen av spiseforstyrrelser. Det kan være viktig å finne ut mer om variasjon i kroppsbildeforstyrrelser hos pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse, men også hos pasienter med mindre alvorlig symptombilde. For å utvide kunnskap og forståelse om det komplekse fenomenet kan det å undersøke hvordan grad av kroppsbildeforstyrrelsene henger sammen med alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelser, og andre variabler slik som angst og depresjon være viktig.

6 Metodediskusjon

Det er både styrker og svakheter knyttet til denne studien. En av styrkene er den systematiske innsamlingen av data, og at data er samlet i et kvalitetsregister opprettet og organisert etter NSD sine kriterier. Det kvalitetssikrer innsamling, oppbevaring og bruk av data, og at forskningsetiske krav var i tråd med regler og forskrifter. Valg av analyser er diskutert og foretatt i dialog med veileder, og i tråd med tilegnet kunnskap og forskningstradisjon.

Selvrappoteringsinstrumentet som er benyttet er vurdert som faglig relevant for pasientgruppens problemer. BAT er utviklet av en fysioterapeut med lang akademisk og klinisk erfaring med pasientgruppen. Bakgrunnen for utvikling av skjemaet var behov for et instrument som kunne dekke flere dimensjoner av kroppsbildeforstyrrelser hos pasienter med spiseforstyrrelser. Instrumentet er validert og reliabilitetstestet gjennom flere studier. Det har vist egenskaper knyttet til kartlegging av kroppsbildeforstyrrelser, forskjeller mellom syke og friske, og at det fanger opp endring gjennom behandling (13).

En svakhet med studien er sammensetningen av kontrollgruppen. Praktiske faktorer knyttet til mulig gjennomføring har veid tyngst. På grunn av anonym deltagelse, er det vanskelig å si noe helt klart om hvor representativ kontrollgruppen er. Aldersmessig er kontrollgruppen innenfor samme alderspenn som pasientgruppen, og innenfor det alderspennet som er vanligst for spiseforstyrrelser (8), men deltagerne i kontrollgruppen ble ikke sjekket for spiseforstyrrelsessymptom. Mer informasjon om deltagerne kunne økt forståelsen for kroppsbilde hos ”friske”, og gitt mulighet til sammenligning av andre faktorer mellom pasientene og kontrollgruppen.

Utvalgsstørrelsen ga mulighet til å sammenligne hoveddiagnosegruppe AN, BN og EDNOS. Gruppen med AN pasienter er stor (n=61), og pasientene ble diagnostisert i undergruppene AN restriktiv subtype og AN bulimisk subtype. På grunn av få pasienter i undergruppen AN bulimisk subtype, så er analyser utført samlet for AN gruppen. Det vil være viktig å undersøke det på et senere tidspunkt i et større utvalg. Alle pasientene i utvalget var innlagt i en spesialenhet for pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse. Selv om det kan være forskjeller mellom pasientgrupper, er det er likevel grunn til å anta at resultatene kan være gyldige for andre pasientgrupper med alvorlig spiseforstyrrelse. Resultatene er ikke nødvendigvis overførbare til pasientgrupper med mindre alvorlig grad av spiseforstyrrelse, men vil likevel kunne være klinisk relevante.

7 Referanser

- (1) Cash TF, Deagle EA, III. The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders* 1997; 22(2): 107-25.
- (2) Hrabosky JI, Cash TF, Veale D, et al. Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: a multisite study. *Body Image* 2009; 6(3): 155-63.
- (3) Striegel-Moore RH, Franko DL, Thompson D, et al. Changes in weight and body image over time in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 2004; 36(3): 315-27.
- (4) Garner DM. Body Image and anorexia nervosa. In: Cash TF, Pruzinsky T, editors. *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press; 2002. p. 295-303.
- (5) Stice E. Body image and bulimia nervosa. I: Cash TF, Pruzinsky T, red. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press, 2002: 304-21.
- (6) Strober M, Freeman R, Morrell W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders* 1997; 22(4): 339-60.
- (7) Williamson DA, Stewart TM, White MA, et al. An information-processing perspective on body image. I: Cash TF, Pruzinsky T, red. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press, 2002: 47-54.
- (8) Bjørnelv S, Frostad S, Rosenvinge JH, Thune-Larsen KB. *Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*. Statens Helsetilsyn, 2000. Rapport Nr.7-2000.
- (9) Folkehelseinstituttet. *Spiseforstyrrelser. Faktaark om anoreksi, bulimi og overspisingslidelse*. 2012.

- (10) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. utgave. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- (11) Cash TF, Pruzinsky T. Body Image. A handbook of theory, research & clinical practice. New York: Guilford Press, 2002:
- (12) Farrell C, Lee M, Shafran R. Assessment of body size estimation: A review. *European Eating Disorder Review* 2005; (13): 75-88.
- (13) Probst M, Pieters G, Vanderlinden J. Evaluation of body experience questionnaires in eating disorders in female patients (AN/BN) and nonclinical participants. *International Journal of Eating Disorders* 2008; 41(7): 657-65.
- (14) Schneider N, Frieler K, Pfeiffer E, et al. Comparison of body size estimation in adolescents with different types of eating disorders. *European Eating Disorder Review* 2009; 17(6): 468-75.
- (15) Cash TF, Morrow JA, Hrabosky JI, et al. How has body image changed? A cross-sectional investigation of college women and men from 1983 to 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004; 72(6): 1081-9.
- (16) Jackson LA. Physical attractiveness. A sociocultural perspective. I: Cash TF, Pruzinsky T, red. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press, 2002: 13-21.
- (17) Danielsen M, Bratberg G, Ro O. A pilot study of a new assessment of physical activity in eating disorder patients. *Eating and Weight Disorders*. In press 2012.
- (18) WHO ICD-10: psykiske lidelser og adferdsmessige forstyrrelser: Klassifikasjon og diagnostiske kriterier. København: Munksgaard, 2009.
- (19) Probst M. Body experience in eating disorder patients. Doktorgradsavhandling. Leuven: K U. Leuven, 1997.
- (20) Bjørndal A, Hofoss D. Statistikk for helse- og sosialfagene. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2008.

- (21) Field A. *Discovering statistics using SPSS*. 3. utgave. London: SAGE Publications Ltd., 2009.
- (22) Espeset EM, Nordbo RH, Gulliksen KS, et al. The concept of body image disturbance in anorexia nervosa: an empirical inquiry utilizing patients' subjective experiences. *Eating Disorder: The journal of Treatment and Prevention* 2011; 19(2): 175-93.
- (23) Waller G. A 'trans-transdiagnostic' model of the eating disorders: a new way to open the egg? *European Eating Disorder Review* 2008; 16(3): 165-72.
- (24) Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, et al. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry* 2009; 166(3): 311-9.
- (25) Birmingham CL, Touyz S, Harbottle J. Are anorexia nervosa and bulimia nervosa separate disorders? Challenging the 'transdiagnostic' theory of eating disorders. *European Eating Disorder Review* 2009; 17(1): 2-13.

8 Artikkel

Kroppsbildeforstyrrelse hos kvinnelige pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse

Introduksjon

Kroppsbildeforstyrrelser blir i stor grad sett på som et kjernesymptom hos pasienter med spiseforstyrrelser (1-3), og er inkludert i diagnosekriteriene for anoreksia nervosa (AN) og bulimia nervosa (BN). Pasienter som ikke fyller alle kriteriene for AN og BN får diagnosen uspesifisert spiseforstyrrelse (EDNOS). Det er ikke beskrevet egne diagnosekriterier knyttet til kroppsbildeforstyrrelse for EDNOS gruppen (4). Forskning har knyttet kroppsbildeforstyrrelser til hele forløpet av en spiseforstyrrelse, både utvikling, opprettholdelse, og som risikofaktor for tilbakefall (1;2;5-8). Det har gradvis utviklet seg en felles forståelse av kroppsbilde og kroppsbildeforstyrrelser som et sammensatt og dynamisk fenomen som både handler om vurdering og oppfatning av kroppen (persepsjon), men også holdninger til egen kropp, tanker, følelser og hvordan en forholder seg til det hele (1;5;6;9-11).

Det er utført mye forskning knyttet til kroppsbildeforstyrrelser og spiseforstyrrelser. Grad av kroppsmisnøye (f.eks. med hele eller deler av kroppen), og vurdering av kroppsstørrelse (deler eller helhet) har hatt mest oppmerksomhet (1;3;12;13). I dette store forskningsvolumet er det få studier som har sammenlignet diagnosegrupper (12;14). De som finnes har hovedsakelig vært rettet mot pasienter med AN og BN (1;3;9), og resultatene har på flere måter pekt i forskjellig retning (1;3). Det er studier hvor BN pasienter har rapportert mer kroppsmisnøye enn AN pasienter (14-16), og det er publisert forskningsresultat uten slike forskjeller (3;17). EDNOS pasienter har stort sett vært utelatt i denne forskningen (12), men en studie har vist samme nivå av kroppsbildeforstyrrelse hos EDNOS pasienter som hos BN pasienter (12). Variasjonen i resultat gjelder også forskning knyttet til vurdering av egen kroppsstørrelse. Her har det vært rapportert både feilvurdering og overvurdering av kroppsstørrelse hos pasientgrupper med AN og BN, at det er forskjell mellom pasienter med AN og BN, men også at det ikke er det (1;3;13;14).

Nyere kvalitativ forskning (AN pasienter) har blant annet utviklet en forståelsesmodell hvor kroppsbildeforstyrrelsen blir sett på som svikt i integreringen av subjektive kroppslige

erfaringer (persepsjon, tanker og følelser) med objektive mål som vekt og body mass indeks (BMI) (18). Denne svikten blir sett på som en dynamisk prosess, hvor alvorlighetsgraden av kroppsbildeforstyrrelsen varierer på et kontinuum fra god integrering til forvrengning av kroppsbilde. Eksempel på god integrering kan være en undervektig person hvor vurdering av egen kroppsstørrelse samsvarer med objektive mål på undervekt, og opplevelsen er stabil i forhold til tid, situasjoner og følelser. Dette i motsetning til en person som opplever seg som fet, benekter fakta om tydelig undervekt, og denne overbevisningen er sterkt knyttet til negative tanker, følelser og vurderinger (18).

Når det gjelder kartlegging av kroppsbildeforstyrrelser er det utviklet mange måleinstrument (1;9;19). Selvrappoteringskjema er ett av de vanligste. Det er etter hvert utviklet skjema som dekker flere dimensjoner av kroppsbildeforstyrrelsene, og som i forskjellige utvalg har vist at de skiller mellom AN og BN, og pasienter med spiseforstyrrelser og kontrollgrupper (9). Ved valg av skjema er det viktig å være bevisst hvilke dimensjoner en søker informasjon om (9;19).

I diagnosekriteriene er spesifikke symptom på kroppsbildeforstyrrelse knyttet til AN, noe er beskrevet likt for AN og BN, men det er ingen egne kriterier for EDNOS (4). Eksisterende forskning har ikke gitt noen klar forståelse av hvordan kroppsbildeforstyrrelsen arter seg mellom og innad i de forskjellige diagnosegruppene, og om det er klinisk relevante forskjeller som det bør tas hensyn til ved behandling (3). Pasienter med spiseforstyrrelser som blir frivillig innlagt i en spesialenhet, går inn i en intensiv behandlingsperiode. For å kunne gi best mulig tilpasset behandling er det viktig å forstå forskjellige dimensjoner, grad av forstyrrelse, og mulige likheter og ulikheter mellom diagnosegruppene. Det kan handle om tanker, følelser og atferd knyttet til vurdering av kroppsstørrelse, misnøye med egen kropp, men også aspekter mer knyttet til fortrolighet / å føle seg vel med egen kropp. Mange studier har vist forskjeller i kroppsbilddimensjoner mellom pasienter med spiseforstyrrelser og «friske» kontrollgrupper (1;9;13;14). Med bakgrunn i kunnskap om kulturell og tidsmessig variasjon knyttet til kroppsbildeidealer og kroppsbildeforstyrrelser i samfunnet (11;20), kan det også være viktig å sammenligne kroppsbilde mellom pasienter og «friske» kontroller fra samme populasjon.

Hensikten med denne studien var å undersøke kroppsbildeforstyrrelser hos pasienter med diagnosene AN, BN og EDNOS. De konkrete spørsmålene som vi ønsket svar på var:

1. Er det forskjell på pasienter med AN, BN og EDNOS i rapportering av kroppsbildeforstyrrelser ved bruk av BAT (sumskåre)?
2. Er det forskjeller mellom diagnosegruppene når det gjelder vurdering av kroppsstørrelse, b) kroppsmisnøye og c) fortrolighet med egen kropp som delaspekter av kroppsbildeforstyrrelser målt gjennom BAT (delskårer)?
3. I hvor stor grad skiller pasienter seg fra en gruppe studenter når det gjelder kroppsbildeforstyrrelser.

Metode

Deltagere og prosedyrer

Et utvalg på 122 kvinnelige pasienter innlagt ved to spesialenheter for alvorlige spiseforstyrrelser i samme helseforetak ble inkludert i denne studien. Kriterier for innleggelse var (1) at poliklinisk behandling hadde vært prøvd uten tilfredsstillende bedring, og (2) at mer intensiv behandling ble vurdert som nødvendig på grunn av symptomenes alvorlighetsgrad. Alle pasientene var frivillig innlagt. Selvrapporteringskjema er en del av spesialenhetenes prosedyrer ved innleggelse og utskrivning, og blir fylt ut i løpet av den første uken av innleggelsen. Data blir systematisk samlet i et kvalitetsregister og benyttet i evaluering av behandlingsopplegget, og som utgangspunkt for forskning. Registeret er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, og pasientene får informasjon om datainnsamling ved innleggelse. Alle inkluderte pasienter har gitt skriftlig samtykke til bruk av data til forskning. Ved utfylling er personalet tilgjengelig for å svare på spørsmål og bistå ved behov. Prosjektet er godkjent av Regional Etisk Komité. Få menn har vært innlagt, og menn er derfor ekskludert fra utvalget i denne studien.

Deltagerne (tabell 1) er diagnostisert av erfarne kliniske spesialister i psykiatri og psykologi i henhold til diagnosekriteriene for spiseforstyrrelser i DSM-IV. I utvalget var det 61 (50 %) pasienter med AN, 31 (25 %) med BN og 30 (25 %) med EDNOS. Pasientene i AN gruppen var yngre ($p < 0.05$), hadde kortere sykehistorie ($p < 0.05$) og lavere BMI ($p < 0.001$) enn pasientene med BN og EDNOS. AN gruppen ble videre diagnostisert i undergruppene AN restriktiv type ($n=52$) og AN bulimisk type ($n=9$), men ble ikke undersøkt spesifikt i denne studien på grunn av det lave antallet med AN-bulimisk type.

Sett inn tabell 1 ca. her

Kontrollgruppedata i denne studien ble samlet inn i forbindelse med en annen studie (21) i 2007 og omfatter informasjon fra 51 kvinnelige elever/studenter ved to læresteder i regionen. Det ble tatt kontakt gjennom skolens administrasjon. Skriftlig informasjon om studien ble distribuert til studentene sammen med selvrapporteringskjema og skjemaet ble fylt ut i undervisningssituasjon. Informasjonen som ble hentet inn var anonym og omfattet kun informasjon om alder og kjønn i tillegg til skåringer på selvrapporteringskjema. Deltagerne i kontrollgruppen er ikke utredet for mulig spiseforstyrrelse.

Måleinstrument kroppsbildeforstyrrelse

Body Attitude Test (BAT) (9;22) er et selvrapporteringskjema som blir benyttet til kartlegging av kroppsbildeforstyrrelser. Studier har vist tilfredsstillende reliabilitet og validitet (9;22) og skjemaet består av 20 utsagn på en 6-delt Likert skala fra 0 (aldri) til 5 (alltid) hvor maksimum sumskåre er 100. Økende skårer indikerer økende grad av kroppsbildeproblem. Skalaen blir snudd på to utsagn med positivt innhold. Gjennom forskning er det beregnet en grenseverdi (sumskåre på 36) for risiko for spiseforstyrrelser (22). I tillegg til sumskåren kan BAT brukes til å undersøke delområder av kroppsbildeforstyrrelse: 1) negativ vurdering av egen kroppsstørrelse, 2) manglende fortrolighet med egen kropp, 3) generell misnøye med egen kropp og 4) en rest faktor (22). Underskala 4 består kun av to utsagn som ble inkludert i analyser med sumskåre, men utelatt i analysene av underskalaene. Reliabilitet ble undersøkt ved Chronbachs alfa ($C\alpha$), og det ble vist god intern konsistens. $C\alpha$ for hele BAT var 0,95, og for underskalaene fra 0,89 til 0,91.

Statistiske analyser

Dataene ble analysert i statistikkprogrammet IBM SPSS versjon 19. Bakgrunnsdata om utvalgene er oppgitt i gjennomsnittverdier, standardavvik (SD) og variasjonsbredde. BAT sumskårer og delskårer er rapportert med gjennomsnitt og 95 % konfidensintervall (KI) for hele utvalget og diagnosegruppene. Forskjeller i gjennomsnitt mellom diagnosegrupper ble undersøkt ved bruk av variansanalyser (enveisANOVA) og post hoc test (Bonferroni). Forskjeller mellom pasientutvalget og kontrollgruppen ble testet ved hjelp av t-test og rapportert som gjennomsnitt med 95 % KI. For å se om BAT sumskåre (0-100) fordelte seg

likt i de ulike diagnosegruppene ble skårer inndelt i prosentiler. Signifikansnivå for studien var satt til $p < 0.05$.

Resultat

Sammenligning av diagnosegrupper

Pasientene i dette utvalget hadde en gjennomsnittlig sumskåre på 65,9 hvor pasienter med BN skåret høyest, men ingen forskjeller mellom diagnosegruppene var statistisk signifikante.

Tabell 2 viser at det var stor spredning i alle grupper med overlappende konfidensintervall også når det gjaldt hver av de tre underskalaene; 1) vurdering av kroppsstørrelse, 2) fortrolighet med egen kropp og 3) generell kroppsmisnøye.

Sett inn tabell 2 ca. her

Figur 1 viser fordelingen av kroppsbildeforstyrrelser innad i diagnosegruppene som prosentiler, og viser at spredningen var ganske lik uavhengig av diagnose. Majoriteten av pasientene hadde en sumskåre som lå mellom 50 til 75. Skårer over 75 prosentilen vurderes som ekstrem grad av kroppsbildeforstyrrelse (9). Mens omtrent en av tre pasienter med AN (33 %) og EDNOS (30 %) skåret høyere enn 75 prosentilen, var det 42 prosent av respondentene med BN som gjorde det samme, men ingen forskjeller var statistisk signifikante.

Sett inn figur 1 ca. her

Forskjeller i BATskårer mellom pasienter og kontrollgruppe

Det var også et mål for studien å sammenligne kroppsbildeforstyrrelser hos pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse med en kontrollgruppe (figur 2). Det var statistisk signifikante forskjeller mellom disse gruppene både på sumskåre ($p < 0.001$) og alle underskalaskårene ($p < 0.001$). Gjennomsnittlig sumskåre i pasientgruppen var 65.9 (SD 17.8, med variasjonsbredde 19-97), og 32.6 (SD 14.4 variasjonsbredde 11-72) i kontrollgruppen. Gjennomsnittlig forskjell mellom pasienter og kontroller var 33.3 (95 % KI, 27.8-38.9, $p < 0.001$). Underskala 2; "Fortrolighet med egen kropp" viste størst gjennomsnittlig forskjell (14.0, 95 % KI, 12.1-16.0, $p < 0.001$) mellom pasienter (21.5, SD 6.3), og kontroller (7.4, SD

4.4). Forskjellene på pasientgruppen og kontrollgruppen er framstilt i figur 2. For hele pasientutvalget var det 9 (7.4 %) med sumskåre under, og 113 (92.6 %) med sumskåre over den beregnede grenseverdien (skåre på 36) for risiko for spiseforstyrrelser. I kontrollgruppen rapporterte 16 (32 %) BAT sumskåre over denne verdien.

Sett inn figur 2 ca. her

Diskusjon

Denne studien viste at kroppsbildeforstyrrelser forekommer i svært stor grad blant pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser, men vi fant ingen gjennomsnittlige forskjeller i sum- og delskårer av BAT mellom diagnosegruppene. Derimot tyder resultatene på stor variasjon i alvorlighetsgraden av kroppsbildeforstyrrelser innad i alle diagnosegrupper. Resultatene viste også at en tredjedel av studentene i kontrollgruppa rapporterte høyere skårer enn det som i studier er vurdert som en ”risikoskåre” (>36), men avviket mellom pasienter og kontroller var generelt stort.

Resultatene i studien er ikke i samsvar med forskning som har vist at BAT kan skille mellom innlagte pasienter med forskjellige spiseforstyrrelsesdiagnoser (9;12). Skårer for pasienter med BN og EDNOS var i samme område som i vår studie, men AN respondentene hadde klart lavere gjennomsnittlig sumskåre på BAT, (53,7) hos Probst og (59,0) Exterkate (9;12) i motsetning til 65,5 hos oss. Denne forskjellen kan forklare at BAT differensierte mellom diagnosegruppene i de tidligere studiene, men resultatene reiser samtidig flere metodiske spørsmål knyttet til forskjeller i utvalg, diagnoser, kulturelle forskjeller med mer.

Den store variasjonen i alvorlighetsgrad av kroppsbildeforstyrrelse kan være et viktig funn for forståelsen av fenomenet, og i det kliniske arbeidet med pasientene. I E. Espeset et al (2011) sin modell for å forstå kroppsbildeforstyrrelsene, blir forstyrrelsen sett på som en svikt i integrering av subjektive erfaringer med objektive fakta, og med en skala fra god integrering til forvrengning (18). Modellen er utviklet med utgangspunkt i pasienter med AN, og svikten kommer tydelig til uttrykk når undervektige AN pasienter vurderer seg som overvektige. Resultatene i vår studie kan tyde på at modellen har utvidet relevans. Økende BATskåre indikerer økende grad av kroppsbildeforstyrrelse, noe som også kan forstås som økende problem med å integrere persepsjon, tanker og følelser knyttet til egen kropp med objektive

fakta innen flere dimensjoner. Variasjonen går fra lite problem til mye problem for alle tre diagnosegruppene. Med tanke på vektforskjellene kan en tenke at svikten i integrering av størrelsesdimensjonen er tydeligst hos pasienter med AN, men også relevant for pasienter med BN og EDNOS. Selv om en ikke er undervektig er det fortsatt stor mulighet til å overvurdere /feilvurdere egen kroppsstørrelse.

Resultatene viste også at pasientgruppen i utvalget rapporterte betydelig større grad av kroppsbildeproblematikk enn kontrollgruppen. Dette er i samsvar med tidligere forskning hvor BAT har vært benyttet som måleinstrument (9;22). I denne studien viste underskala 2 ”manglende fortrolighet med egen kropp” størst forskjell og dekker utsagn som ”det skjer ting i kroppen min som skremmer meg”, og ”kroppen min oppleves som fremmed”. Resultatene framhever viktigheten av å vektlegge andre dimensjoner enn kroppsmisnøye og vurdering av størrelse for å identifisere kroppsbildeforstyrrelser. Tidligere studier har for eksempel vist at underskala 2 på BAT var den sterkeste prediktoren for endring i spiseforstyrrelsessymptomer gjennom behandling (23).

Begrensninger

Det var begrensninger i denne studien som må bli tatt i betraktning. Pasientutvalget kan være forskjellig fra pasienter ved andre behandlingsenheter, og for pasienter med en lavere alvorlighetsgrad på symptomene. Lavt antall i undergruppen AN-bulimisk type førte til at AN gruppen ble testet samlet. Det vil være viktig å få mer kunnskap om undergruppene. Begrenset informasjon om hvem som inngikk i kontrollgruppen har til en viss grad påvirket mulighetene til å konkludere.

Konklusjon

Oppsummert bekrefter denne studien at kroppsbildeforstyrrelser forekommer i stor grad blant pasienter innlagt for spiseforstyrrelser. Resultatene indikerer videre at alvorlighetsgrad er viktigere enn diagnoseforskjeller for å forstå kroppsbildeforstyrrelsene, og at det innenfor hver diagnosegruppe var store individuelle forskjeller som det er viktig å identifisere for å kunne gi god behandling. Selv om det er et sterkt kroppsfokus i samfunnet og noen av studentene i kontrollgruppen skåret relativt høyt på kroppsbildeforstyrrelser, var det store forskjeller mellom pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser og kontrollene.

Kroppsbildeforstyrrelser er et sentralt moment i diagnostiseringen av spiseforstyrrelser. Det kan være viktig å finne ut mer om variasjon i kroppsbildeforstyrrelser hos pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse, men også hos pasienter med mindre alvorlig symptombilde. For å utvide kunnskap og forståelse om det komplekse fenomenet kan det å undersøke hvordan grad av kroppsbildeforstyrrelsene henger sammen med alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelser, og andre variabler slik som angst og depresjon være viktig.

Takk

Takk til Øyvind Rø for gode og viktige innspill til tekst og statistikk. Takk til forskningsgruppen ved Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser for praktisk hjelp og konstruktive diskusjoner, og til Ester Marie Espeset for nyttig tilbakemelding på tekstutkast.

Referanser

- (1) Cash TF, Deagle EA, III. The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders* 1997; 22(2): 107-25.
- (2) Striegel-Moore RH, Franko DL, Thompson D, et al. Changes in weight and body image over time in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 2004; 36(3): 315-27.
- (3) Hrabosky JI, Cash TF, Veale D, et al. Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: a multisite study. *Body Image* 2009; 6(3): 155-63.
- (4) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4. utgave. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- (5) Garner DM. Body Image and anorexia nervosa. I: Cash TF, Pruzinsky T, red. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press, 2002: 295-303.
- (6) Stice E. Body image and bulimia nervosa. I: Cash TF, Pruzinsky T, red. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press, 2002: 304-21.
- (7) Williamson DA, Stewart TM, White MA, et al. An information-processing perspective on body image. I: Cash TF, Pruzinsky T, red. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press, 2002: 47-54.
- (8) Strober M, Freeman R, Morrell W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders* 1997; 22(4): 339-60.

- (9) Probst M, Pieters G, Vanderlinden J. Evaluation of body experience questionnaires in eating disorders in female patients (AN/BN) and nonclinical participants. *International Journal of Eating Disorders* 2008; 41(7): 657-65.
- (10) Striegel-Moore RH, Franko DL. Body image issues among girls and women. I: Cash TF, Pruzinsky T, red. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press, 2002: 183-91.
- (11) Cash TF, Morrow JA, Hrabosky JI, et al. How has body image changed? A cross-sectional investigation of college women and men from 1983 to 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004; 72(6): 1081-9.
- (12) Exterkate CC, Vriesendorp PF, de Jong CA. Body attitudes in patients with eating disorders at presentation and completion of intensive outpatient day treatment. *Eating Behaviors* 2009; 10(1): 16-21.
- (13) Farrell C, Lee M, Shafran R. Assessment of body size estimation: A review. *European Eating Disorder Review* 2005; 13: 75-88.
- (14) Schneider N, Frieler K, Pfeiffer E, et al. Comparison of body size estimation in adolescents with different types of eating disorders. *European Eating Disorder Review* 2009; 17(6): 468-75.
- (15) Mizes JS, Heffner M, Madison JK, et al. The validity of subjective measures of body image disturbance. *Eating Behaviors* 2004; 5(1): 55-66.
- (16) Ruuska J, Kaltiala-Heino R, Rantanen P, Koivisto AM. Are there differences in the attitudinal body image between adolescent anorexia nervosa and bulimia nervosa? *Eating and Weight Disorders* 2005; 10(2): 98-106.
- (17) Benninghoven D, Raykowski L, Solzbacher S, et al. Body images of patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa and female control subjects: a comparison with male ideals of female attractiveness. *Body Image* 2007; 4(1): 51-9.
- (18) Espeset EM, Nordbo RH, Gulliksen KS, et al. The concept of body image disturbance in anorexia nervosa: an empirical inquiry utilizing patients' subjective experiences. *Eating Disorder: The journal of Treatment and Prevention* 2011; 19(2): 175-93.

- (19) Thompson JK, Van den Berg P. Measuring body image attitudes among adolescents and adults. I: Cash TF, Pruzinsky T, red. Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice. New York: Guilford Press, 2002: 142-54.
- (20) Jackson LA. Physical attractiveness. A sociocultural perspective. I: Cash TF, Pruzinsky T, red. Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice. New York: Guilford Press, 2002: 13-21.
- (21) Danielsen M, Bratberg G, Ro O. A pilot study of a new assessment of physical activity in eating disorder patients. Eating and Weight Disorders. 2012; 17: e70-e77.
- (22) Probst M. Body experience in eating disorder patients. Doktorgradsavhandling. Leuven: K U. Leuven, 1997
- (23) Danielsen M, Ro O. Changes in body image during inpatient treatment for eating disorders predict outcome. Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention. 2012; 20(4): 261-275.

8.1 Tabeller og figurer

Tabell 1

Karakteristika ved pasientutvalg og kontroller

Tabell 2

Gjennomsnittlige BAT skårer¹ for hele utvalget og i ulike diagnosegrupper, rapportert som totalskåre og delskårer knyttet til underskalaer av BAT instrumentet.

Figur 1

Sumskårer av BAT: Andel pasienter (i prosent) i diagnosegruppene relatert til 25, 50 og 75 prosentilene.

Figur 2

Sumskåre og underskalaer av Body Attitude Test (BAT), pasienter versus kontrollgruppe

Tabell 1. Karakteristika ved pasientutvalg og kontroller

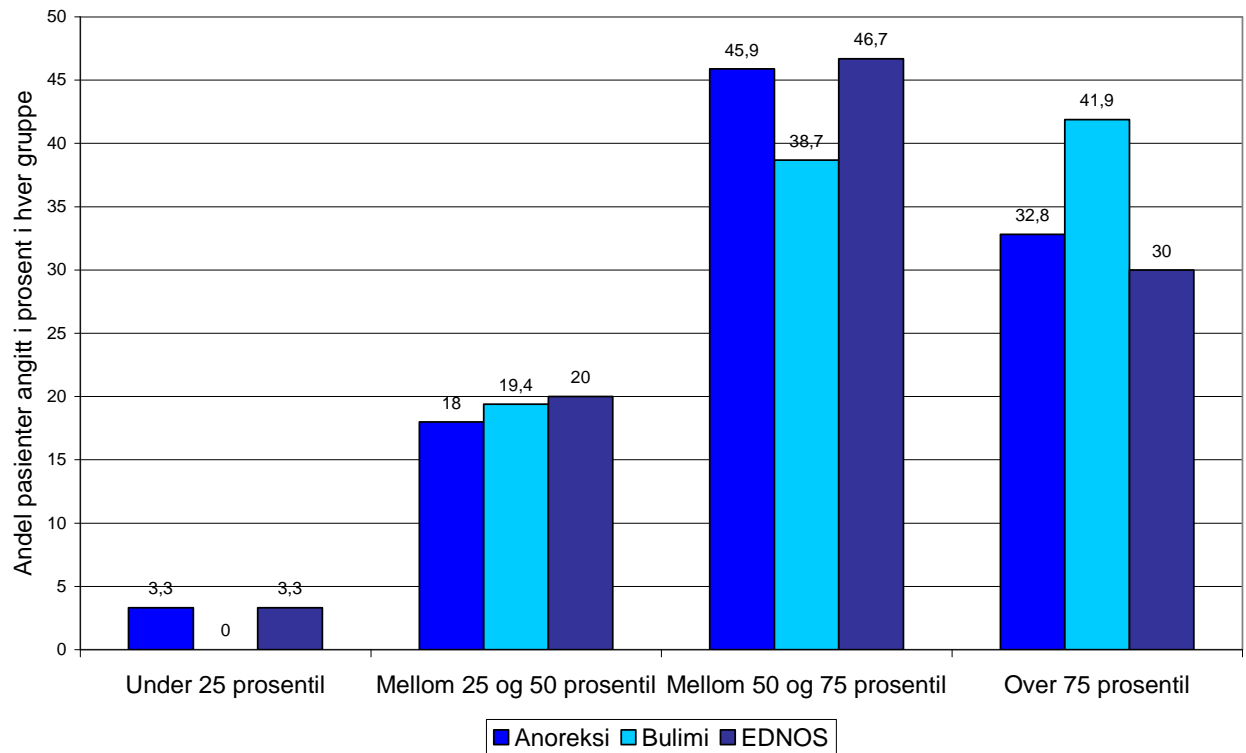
	Alle pasienter N=122	AN n=61	BN N=31	EDNOS n=30	Kontrollgruppe N=51
	Gjennomsnitt (SD)	Gjennomsnitt (SD)	Gjennomsnitt (SD)	Gjennomsnitt (SD)	Gjennomsnitt (SD)
Alder (år)	22.5 (5.5)	20.4 (3.8)	25.3 (6.3)	24.2 (5.8)	21.4 (4.4)
Variasjonsbredde	16 – 42	16 – 34	18 – 42	18 – 42	18 – 38
År med SF ¹ før innleggelse	7.1 (5,8)	5.1 (4.1)	9.0 (5.9)	8.45 (6.8)	
Variasjonsbredde	1 – 31	1 – 16	3 – 27	2 – 31	
BMI ²	18.1 (4.2)	15.2 (1.6)	20.5 (2.2)	21.4 (5.1)	
Variasjonsbredde	11.1 – 39.4	11.1 – 17.6	16.5 – 24.7	16.2 – 39.4)	

SF¹ - SpiseforstyrrelserBMI² - Body mass index

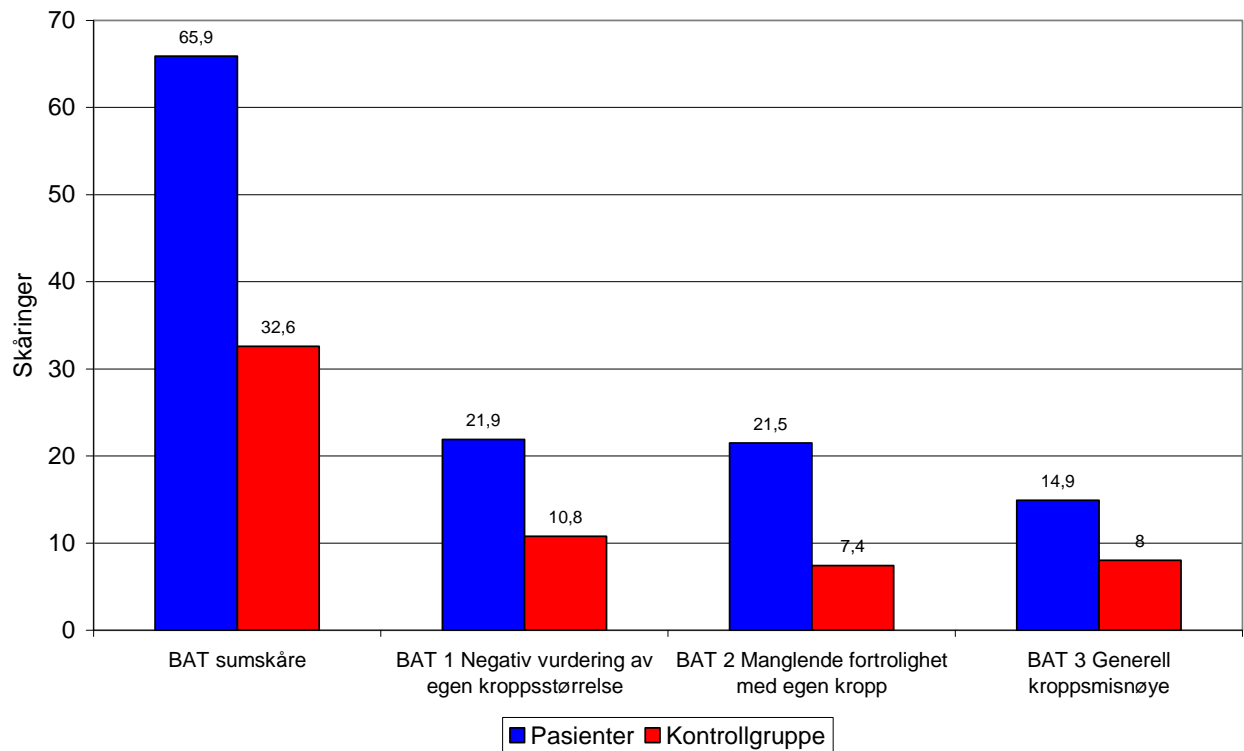
Tabell 2. Gjennomsnittlige BAT skårer¹ for hele pasientutvalget og i ulike diagnosegrupper, rapportert som total skåre og delskårer knyttet til underskalaer av BAT instrumentet.

	Alle (N=122)		AN (n=61)		BN (n=31)		EDNOS (n=30)	
	Gj.snitt	95% KI	Gj.snitt	95% KI	Gj.snitt	95% KI	Gj.snitt	95% KI
BAT ¹ sumskåre	65,9	62,7-69,1	65,5	61,0-70,0	67,3	61,1-73,4	65,3	57,8-72,8
Underskala 1								
Vurdering av kroppsstørrelse	21,9	20,3-23,4	20,4	18,1-22,6	24,0	21,2-26,7	22,8	19,4-26,2
Underskala 2								
Manglende fortrolighet	21,5	20,3-22,6	22,1	20,6-23,7	20,1	17,8-22,4	21,5	19,0-24,0
Underskala 3								
Generell kroppsmisnøye	14,7	14,0-15,4	15,2	14,2-16,1	15,0	13,7-16,4	13,5	11,9-15,1

¹BAT = Body Attitude Test, sumskåre på 36 er gjennom forskning beregnet som grenseverdi for risiko for spiseforstyrrelser og friske kontroller.



Figur 1: Sumskårer av BAT: Andel pasienter (i prosent) i diagnosegruppene relatert til 25, 50 og 75 prosentilene.



Figur 2. Sumskåre og underskalaer av Body Attitude Test (BAT), pasienter versus kontrollgruppe

Vedlegg 1

Emne: Sv: Oppfølgingsstudie etter innleggelse ved Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser,

Sykehuset Levanger

Fra: post@helseforskning.etikkom.no

Dato: 23.12.2011 12:44

Til: henrik.lundh@hnt.no

Kopi: Hilde.Ranheim@hnt.no; rek-4@medisin.ntnu.no

Vår ref. nr.: 2009/1864

Prosjekttittel: "Oppfølgingsstudie etter innleggelse ved Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser, Sykehuset Levanger"

Prosjektleder: Henrik Lundh

Kjære Henrik Lundh,

Vi viser til prosjektendring innsendt 22.12.2011. Komiteen godkjenner følgende endringer:

1. ny prosjektmedarbeider: Grete Helen Bratberg
2. nye analyser av innsamlet prosjektdata: analyser av kroppsbildeforstyrrelser.

Endringene kan iverksettes under forutsetning av at de gjennomføres slik de er beskrevet i søknaden.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen | Best regards

Hilde Eikemo

Rådgiver

post@helseforskning.etikkom.no

T: 73597508

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK midt-Norge (REK midt)

<http://www.helseforskning.etikkom.no>

Vedlegg 2

REGIONALT KOMPETANSESENTER FOR
SPISEFORSTYRRELSER

Selvrapporteringsskjema - samtykkeerklæring for døgn- og poliklinisk behandling

I forbindelse med behandling ved Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF) vil du bli spurt om å fylle ut en instrumentpakke som består av ulike selvrapporteringsskjema. Dette gjøres elektronisk ved at du sitter med en PC og blir logget inn på en nettside hvor disse skjemaene ligger. Du vil også bli bedt om å fylle ut de samme skjemaene ved avslutning av behandlingen.

Formål

Selvrapporteringsskjemaene er ikke tester, men en måte å rapportere plager, problemer og erfaringer på som kan gi oss nyttig informasjon om hvordan du vurderer og opplever deg for tiden. Disse skjemaene vil derfor være et viktig bidrag i planleggingen av behandlingen i tillegg til samtaler med behandlere.

Ved at du blir bedt om å fylle ut selvrapporteringsskjemaene ved slutten av behandlingen vil de også kunne si noe om endringer gjennom behandlingskontakten. Ett år etter avsluttet behandling ved RKSF ønsker vi å kontakte deg på nytt, og du vil motta en SMS-melding med informasjon for innlogging på internett for tilgang til de elektroniske selvrapporteringsskjemaene. Formålet med dette er å få informasjon om hvordan du har det på dette tidspunktet og om du opplever endringer eller bedring i forhold til dine spiseforstyrrelsessymptomer.

Selvrapporteringsskjemaene

Noen skjema spør etter plager som vi alle kan oppleve, mens andre skjema stiller mer spesifikke spørsmål knyttet til spiseforstyrrelser, ditt forhold til andre personer, bedringsmomenter, din opplevelse av egen kropp og fysisk aktivitet.

Etter at du har fylt ut skjemaene er det vanlig at du og din behandler ser på disse sammen. Resultatene fra skjemaene blir notert i journalen, mens selve skjemaene oppbevares i et låsbart arkivskap.

Bruk av informasjon fra selvrapporteringsskjema

Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser ønsker å utvikle og forbedre behandlingen av spiseforstyrrelser i tillegg til å formidle informasjon og kunnskap om behandling av spiseforstyrrelser til andre fagpersoner og behandlingsmiljøer, pårørende og bevilgende

myndigheter. Vi er opptatt av brukermedvirkning og ditt bidrag vil derfor være viktig for at vi skal få den informasjon vi trenger for å utvikle og tilby best mulig behandling.

Bearbejdede data fra selvrappoterings skjemaene ønsker vi å benytte til ulike prosjekter, undervisning, artikler og til fremlegg på konferanser.

Anonymitet

All informasjon fra selvrappoterings skjemaene som vil bli benyttet til ulike prosjekter, undervisning, artikler og til fremlegg på konferanser vil være fullstendig anonymisert. Det vil ikke være mulig å kjenne igjen enkeltpersoner da all informasjon fra selvrappoterings skjemaene omregnes til tallmateriale. Alle persondata vil bli behandlet konfidensielt og lagret i en database hvor man kun er registrert med løpenummer. Undersøkelsesresultater samt navneliste vli bli oppbevart forskriftsmessig..

Vedrørende selvrappoterings skjemaene

Dersom du har spørsmål til utfylling av skjemaene ber vi deg kontakte behandler eller personalet i spesialenheten.

Enkelte av spørsmålene vil virke merkelige, de ligner på hverandre eller er vanskelig å svare på. Les imidlertid spørsmålene nøye og følg instruksjonene for de enkelte skjema.

E-post og SMS

Vi opplever at det i mange sammenhenger kan være hensiktsmessig både for deg som pasient og behandlere å kommunisere elektronisk i forbindelse med behandlingen ved RKSF. Vi ønsker derfor å avtale denne muligheten med deg.

1. Samtykkeerklæring - selvrappoterings skjema

Jeg har lest informasjonsskrivet og har hatt anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker i at utfylling av selvrappoterings skjemaene skjer elektronisk ved at innlogging til nettsiden med skjemaene skjer på en sikker og godkjent måte. Jeg samtykker samtidig i at informasjon fra selvrappoterings skjemaene benyttes som angitt i informasjonen ovenfor og at jeg kan kontaktes på nytt via SMS etter avsluttet behandling ved RKSF.

Sted: Dato:.....

Underskrift:

Vedlegg 3

Informasjonsskriv til kontrollgruppe

Forespørsel om å delta på en undersøkelse om holdninger til kropp og til fysisk aktivitet

Spiseforstyrrelser og spiseproblemer handler om vansker i forhold til mat og kropp, og starter oftest i ungdomsårene. Tema som handler om holdninger til kropp, vurdering av kropp og fysisk aktivitet er viktige i arbeidet med disse problemene. For å undersøke holdninger bruker jeg blant annet spørreskjema.

Kropp og fysisk aktivitet er tema som får mye oppmerksomhet i dagens samfunn. For å hjelpe pasienter best mulig, er det også viktig å vite hvordan holdningene til dette er hos ungdommer over 18 år utenfor hjelpeapparatet.

Vi ber deg derfor om å delta i denne undersøkelsen for å fylle ut 3 spørreskjemaer slik at vi kan lære mer om grensen mellom vanlige holdninger/problemer, og problemer der det er behov for hjelp/behandling når det gjelder kropp og fysisk aktivitet.

Gjennomføring

Undersøkelsen med utfylling av spørreskjema vil foregå i skoletida. Det angis bare kjønn og alder, så spørreskjemaene er anonyme.

Taushetsplikt

Alle opplysningene blir behandlet med taushetsplikt. Dersom du i forbindelse med utfylling av skjemaene lurer på noe vedrørende egne problemer knyttet til kropp og aktivitet, kan det være lurt å kontakte helsesøster eller din fastlege.

Frivillig

Det er frivillig å delta, og man trenger ikke å fylle ut spørreskjemaet eller levere det inn dersom du ombestemmer deg.

Ansvarlig for dette prosjektet er:

Marit Danielsen

Spesialist i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi

Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser

Helse Midt-Norge

Henrik Lundh

Psykologspesialist og leder ved

Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser

Helse Midt-Norge



Navn..... Dato.....

BAT (Body Attitude Test)

(M. Probst et al 1997, Kortenberg universitetssykehus, Belgia)

Det er 20 utsagn som svares på med muligheter fra aldri til alltid. Kryss av det som stemmer best for deg.

		aldri	sjelden	av og til	Ofte	vanligvis	alltid
1.	Når jeg sammenligner meg selv med jevnaldrende er jeg misfornøyd med min egen kropp.						
2.	Jeg opplever kroppen min som en følelsesløs ting.						
3.	Jeg synes hoftene mine virker for brede.						
4.	Jeg føler meg vel i kroppen min.						
5.	Jeg har et sterkt ønske om å bli tynnere.						
6.	Jeg synes jeg er for stor over brystet.						
7.	Jeg pleier å skjule kroppen min (for eksempel ved å ha på meg løstsittende klær).						
8.	Når jeg ser på meg selv er jeg misfornøyd med kroppen min.						
9.	Det er lett for meg fysisk å slappe av.						
10.	Jeg synes jeg er for tykk.						
11.	Jeg opplever kroppen min som en byrde.						
12.	Kroppen min kjennes fremmed, som om den ikke tilhører meg.						
13.	Enkelte deler av kroppen min ser ut som om de er opphovnet.						
14.	Min kropp er en trussel for meg.						
15.	Kroppens utseende er veldig viktig for meg.						
16.	Magen min ser veldig stor ut.						
17.	Jeg føler meg anspent i kroppen min.						
18.	Jeg misunner andre mennesker for utseende deres.						
19.	Det skjer ting i kroppen min som skremmer meg.						
20.	Jeg observerer meg selv i speilet.						

Vedlegg 5

Retningslinjer for forfattere i tidsskriftet Fysioterapeuten

Vitenskapelige originalartikler

Manuskripter skal være basert på relevant og aktuell forskning. Forskning er å utfordre eller utfylle eksisterende viten så kriterieoppfyllende at andre forskere kan godkjenne det.

Kvantitative manuskripter skal være på maksimalt 3.500 ord inkludert sammendrag, abstract og litteraturhenvisninger. Kvalitative manuskripter skal ha maksimalt 4200 ord inkludert sammendrag, abstract og litteraturhenvisninger. Manuskript for ordtelling er dermed:

Sammendrag, abstract med tittel, hovedtekst og referanseliste. Det er anbefalt å begrense antall litteraturhenvisninger til 30 stykker. Lengre manuskripter returneres til forfatter med en anbefaling om å korte ned før eventuell utsendelse til eksterne fagvurderere.

Manuskripter basert på kvantitative originalstudier:

Tittel

Tittelen skal kort og presist, favne innholdet, fenge interesse og angi forskningsstrategi. Omfang anbefales til mellom 40 og 90 tegn med mellomrom.

Innledning

Tematikken belyses og begrunnes gjennom en litteraturgjennomgang som angir forskningsfronten og hvilke kunnskapshull studien skal fylle. Sentrale begreper skal forklares tidlig. Begrunnelsen skal munne ut i en eksplisitt hensikt eller formål. Formålet fokuseres og konkretiseres ved hjelp av forskningsspørsmål.

Materiale og metode

Skal inneholde en beskrivelse av deltakere/enheter som studeres, eventuelt med en presisering av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Design og undersøkelsesmetoder skal beskrives på en slik måte at leseren forstår hva som er gjort og kan gjennomføre tilsvarende undersøkelse. Hvis mulig skal det refereres til studier som har testet reliabilitet og validitet av evalueringsmetodene. Tiltak skal beskrives slik at teknikker, plassering og dosering kommer

tydelig fram. Statistiske metoder og eventuelle styrkeberegninger angis i et eget avsnitt.

Resultat

Data som presenteres skal være relevant i forhold til forskningsspørsmål som belyses. Data skal presenteres i tekst som forteller hovedhistorien, figurer som fremhever hovedfunnet og tabeller som oppsummerer resten. I hovedteksten, ikke gjenta hele innholdet i selve tabellene og figurene, men oppsummer data kortfattet. Tabelltittel settes over tabellen, mens noter (for eksempel SD = standardavvik) og merknader (for eksempel "De statistisk signifikante forskjellene vises som *") angis under tabellen. Figurtekst settes under figuren. Tabell- og figurtekster skal i Merknad kort angi hva leserne skal se etter. Både tabeller og figurer skal kunne forstås uavhengig av artikkelteksten.

Diskusjon

Oppsummer kort resultatet. Diskuter så kritisk dets gyldighet i forhold til undersøkelsens begrensninger når det gjelder metode (indre validitet) og materiale (ytre validitet). Betydningen av 'resultatene i lys av metodiske betraktninger' diskuteres dernest i forhold til tidligere undersøkelser innen samme eller liknende tema, eksisterende praksis og mulig anvendelse i framtidig praksis. Diskusjon betyr at et avsnitt innledes med et synspunkt, som følges opp med begrunnelser som støtter det, etterfølges av begrunnelser som imøtegår det, før avsnittet avsluttes med en modifisert slutning eller delkonklusjon.

Konklusjon

Diskusjonen avsluttes med en hovedkonklusjon som belyser eller besvare forskningsspørsmålene ved hjelp av de viktigste delkonklusjonene fra Diskusjon. Angi resultatets betydning for populasjonen med termer fra forskningsspørsmålet og med verb som ydmykt speiler diskuterte forbehold. Tvil kan knyttes til metodiske svakheter og en alltid tilstedeværende statistisk usikkerhet. Til slutt, foreslå gjerne forskningsveien videre.

Sammendrag og nøkkelord

Hovedinnholdet i artikkelen skrives i et sammendrag på cirka 200 ord. Det skrives strukturert med stikkordene Spørsmål (eller Hensikt), Design, Materiale, Metode, Resultat og Konklusjon i fet type med kolon bak. Diskusjon utelates. Skriv informativt, ikke indikerende.

Under sammendraget skal det gis 3-5 sentrale nøkkelord i MeSH-termer. Sammendraget skal oversettes så direkte som mulig fra norsk til engelsk.

Innholdsfortegnelse

La mellomoverskrifter og undertitler være oppsummering eller abstraksjon av innholdet i avsnittene under dem. Bruk gjerne den elektroniske funksjonen i Word (søk i Hjelp: Lage innholdsfortegnelse). Eksempel på artikkel med god innholdsfortegnelse, men som kan trenge noen ekstra undertitler under Innledning.

Tabeller og figurer

Selve tabellene og figurene skal ikke settes inn løpende teksten. De legges ved e-posten i egen fil. Filen skal ha en enkelt figur med figurtekst per side (og tilsvarende for tabeller). Når et avsnitt omtaler en figur eller tabell i løpende tekst, angi da under avsnittet at figuren eller tabellen skal plasseres inn der. Skriv da inn:

Tabellene og figurene nummereres i den rekkefølgen de omtales i teksten. Alle tabeller og figurer skal ha Tittel, Noter (for eksempel: SD = standardavvik) og en kort Merknad som forklarer leserne hva tabellen eller figuren viser. Tittel for tabell plasseres over, mens for figur under.



SAMTYKKE TIL HØGSKOLENS BRUK AV MASTER-/BACHELOR-/KANDIDAT- OG PROSJEKTOPPGAVER

Forfatter(e): Mart Danielsen

Tittel: Kropps- og helseforhold og
epidemiologi

Studieprogram: Master i Tverrfaglig helse- og
sosialfag

Kryss av:



Vi/jeg samtykker i at oppgaven gjøres tilgjengelig på høgskolens bibliotek og at den kan publiseres på internett i fulltekst via BIBSYS Brage, HiNTs åpne arkiv.



Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre.

Kan frigis fra: _____

Dato: 14.5.2012

Mart Danielsen
underskrift

underskrift

underskrift

Veileder

Grete F. Bratberg
underskrift

underskrift

underskrift