



BACHELOROPPGAVE SPL 3902 VÅR 2012

KULL 08HBSPLD

Led meg ikke inn i fristelse

- dit finner jeg selv veien!

SIRI CHRISTENSEN

Dato: 4. mai 2012

## Innhold

Sammendrag.....	4
1 Innledning.....	6
1.1 Tema og bakgrunn for valgt problemstilling og redegjørelse av eget ståsted .....	7
1.2 Mål med oppgaven.....	7
1.3 Presentasjon av valgt problemstilling .....	8
1.4 Avgrensning av oppgaven.....	8
1.5 Oppgavens oppbygging .....	8
2 Metodisk fremgangsmåte .....	9
2.1 Fremgangsmåte, valg av litteratur og sterke/svake sider ved dette.....	9
2.2 Artikkelsøk, kildebruk og valgte funn .....	9
3 Teoretiske referanserammer for oppgaven.....	10
3.1 Forklaring av sentrale begreper i problemstillingen .....	10
3.2 Nasjonale føringer for behandling av sykkelig overvekt .....	11
3.3 Matavhengighet.....	13
3.4 Diagnostisering av lidelser i forhold til matproblematikk .....	15
3.5 Nakkens teorier om avhengighetsforståelse.....	16
3.6 Teori om 12-trinnsmodellen og behandling og mestring av matavhengighet .....	18
3.7 Aron Antonovsky.....	21
3.8 Joice Travelbee .....	21
4 Drøfting .....	23
4.1 Innledning og drøftingens oppbygging .....	23
4.2 Sykepleierens rolle i livsstilsendring .....	23
4.3 Ulike trinn og læringsfaser i livsstilsendring .....	24
4.4 Utredningsfase .....	25
4.5 Primærbehandlingsfasen og de 12-trinn som metode .....	27

4.5.1 Sykepleiefaglig prosessmodell fase A-C versus 12-trinnsmodellens trinn 1-3 .....	28
4.5.2 Sykepleiefaglig prosessmodell fase D versus 12-trinnsmodellens trinn 4-9 .....	30
4.5.3 Sykepleiefaglig prosessmodell fase E-F versus 12-trinnsmodellens trinn 10-12 ....	32
4.6 Oppfølging .....	33
4.7 Avholdenhet .....	34
4.8 Oppsummering av drøfting .....	35
5 Oppsummering og konklusjon .....	36
Etterord .....	37
Litteraturliste .....	38
Vedlegg .....	42

Antall ord: 10401

- Vedlegg 1. AA's tilfriskningsprogram
- Vedlegg 2. OA's tilfriskningsprogram
- Vedlegg 3. YALE Diagnostiseringsverktøy, side 1 og 2
- Vedlegg 4a. Misbrukspersonlighet versus *jeg* – personlighet
- Vedlegg 4b. Stadier i misbruket
- Vedlegg 5. OA's 15 spørsmål om tvangsmessig matatferd
- Vedlegg 6. Diagnostiseringskriterier for rusavhengighet

## Sammendrag

Tittel:	Led meg ikke inn i fristelse – dit finner jeg selv veien!	Dato: 4. mai 2012
<hr/> <hr/> <hr/>		
Deltaker	Siri Christensen	
<hr/> <hr/> <hr/>		
Veileder:	Tove Karin Vassbø	
<hr/>		
Evt. oppdragsgiver:	<hr/>	
Stikkord/nøkkel ord	Matavhengighet, sykkelig overvekt, tvangsmessig overspising, 12- trinnsprogrammet, avhengighetsatferd Food addiction, morbid obesity, compulsive eating, 12-step program, addictive behavior	
<hr/>		
Antall ord: 10401	Antall vedlegg: 7	Publiseringsavtale inngått: ja/nei

**Bakgrunn:** Nyere studier av pasienter med sykkelig overvekt viser samme avhengighetssymptomer som ved ruslidelser. Funnene styrker oppfatningen om at matavhengighet er en identifiserbar tilstand med kliniske symptomer, og at den er karakterisert av en psyko-atferdsmessig profil som ligner rusavhengighet i utviklingsfaser og atferd.

**Formål og metode:** Formålet er å belyse sammenhenger mellom sykkelig overvekt og matavhengighet og via et aktuelt kartleggingsverktøy vise at utredning kan gjennomføres på en mer treffsikker måte. En modell hentet fra 12-trinnsbehandling for rusavhengige presenteres. Hensikten er å drøfte denne modellens overførbarhet til behandling av sykkelig overvektige med matavhengighet. Ved parallelt å se sykepleierfaglige funksjoner i veiledning og undervisning i en livsstilsendingsprosess, diskuteres likheter og forskjeller mellom 12-trinnsmodellens innhold og en mer generell livsstilsendingsmodell sykepleieren har kunnskap om. Oppgaven er basert på gjennomgang av aktuell litteratur knyttet til overvekt, matavhengighetsforskning og livsstilsendring, og drøfter aktuelle sykepleierfaglige perspektiver i utredning – behandling - og oppfølgingsfaser.

**Konklusjon:** Matavhengighet anses å være en reell sykdom det ikke tas høyde for i dagens behandlingsskjede for pasienter med sykkelig overvekt. Det finnes gyldig og tilgjengelig kartleggingsverktøy for matavhengighet. Sykepleier kan i tråd med anerkjent sykepleiekunnskap om livsstilsendring anvende 12-trinnsperspektiv som verktøy overfor matavhengige i alle faser av deres livsstilsendingsprosess. Fag - og forskningsfelt må være villig til å ta inn slike perspektiv og innhente mer kunnskap, undersøke og påvise virkninger av behandling og se avhengighetsperspektivets relevans.

**Title:** «Lead me not into temptation – I'll find the way myself»

**Thesis issue:**

Can morbid obesity be considered as an addictive disease – and if so – how can a nurse apply the 12-step program as a tool in teaching and guiding these patients in their lifestyle changing-processes?

**Background:** Recent studies of patients with morbid obesity show the same dependence symptoms as drug addiction. The findings strengthen the notion that food addiction is an identifiable condition with clinical symptoms and is characterized by a psycho-behavioral profile similar to drug addiction, its development stages and behavior.

**Purpose and method:** The purpose is to elucidate the relationship between morbid obesity and food addiction and present a current assessment tool so the diagnosis can be completed in a more accurate way. The existing 12-step addiction treatment program is to be evaluated to determine whether the model is transferable to the treatment of food addiction of the morbidly obese. The role of the nurse professional in teaching and guiding lifestyle changes, and the comparison of the general healthy lifestyle change model and the 12-step program are shown. The thesis is based on a review of current literature related to obesity, food addiction and lifestyle change and discusses the current nursing perspectives in the diagnostic, treatment and follow-up phases.

**Conclusion:** Food addiction is considered to be a real disease, which is not yet taken into account in the current chain of treatment of patients with morbid obesity. There is now a valid diagnostic tool for food addiction available. Nurses may be in line with recognized nursing-knowledge about lifestyle change using the 12-step approaches as a tool of treating food addiction in all phases of their lifestyle changing process. The medical professions and research field must be willing to accept this understanding and to acquire more knowledge, investigate and detect effects of treatment from the addiction perspective.

## 1 Innledning

Verdens helseorganisasjon (WHO, 2011) anslår at 500 millioner mennesker har overvekt eller fedme, og antallet øker. Norge er ikke noe unntak. WHO sier fedme er et av de viktigste helseproblemene i verden og at fedmerelaterte problemer står for 2 - 6 % av de totale helsekostnadene i industrialiserte land (Ulset, Undheim og Malterud, 2007). Hver femte nordmann er per definisjon fet. Frem til 2004 fantes det her til lands intet offentlig organisert helhetlig tilbud for sykkelig overvekt. I mai 2005 anbefalte en interregional arbeidsgruppe å etablere regionale kompetansesentre for behandling av sykkelig overvekt. Det skulle tilbys en helhetlig og likeverdig behandling i hver helseregion. I tillegg skulle sentrene prøve ut og forske på ulike former for behandling, slik som læring, mestringsiltak, livsstilsendring, medikamentell behandling og fedmereduserende kirurgi (Hjelmesæth, 2007). Mange som er sykkelig overvektige på grunn av for høyt kaloriinntak og lite fysisk aktivitet kan hjelpes av nevnte tiltak, men det er også en gruppe som i sin avmakt gir opp kampen og legger seg under kniven. En drastisk «slankekur» med uvisse konsekvenser på sikt. I USA er det gjort studier på sykkelig overvekt der funnene viser de samme avhengighetssymptomene som hos rusavhengige (Gearhardt et al., 2011, Davis et al., 2011 og Cassin og Ranson, 2007). Disse resultatene gir støtte til oppfatningen om at matavhengighet er en identifiserbar tilstand med kliniske symptomer, og at den er karakterisert av en psyko-atferdsmessig profil som ligner tradisjonelle misbrukslidelser (ibid.). Avhengighetssymptomer for mat kan vise seg gjennom å benytte et kartleggingsverktøy<sup>1</sup>. Dette er ikke i bruk i Norge. Dette er interessante perspektiv som får meg til å undres over følgende; kan det utvikles behandlingstiltak som på sikt kan gi de samme resultater som kirurgiske inngrep uten de bivirkninger slike drastiske inngrep gir? Hva bør jeg som sykepleier ha av kompetanse for å gi helhetlig sykepleie til disse pasientene?

Etter endt sykepleieutdanning planlegger jeg å arbeide med avhengighetsbehandling. Jeg vil bruke denne oppgaven til å få kunnskap og undersøke om enkelte mennesker med sykkelig overvekt bør og kan behandles på samme måte som rusavhengige. Deretter vil jeg drøfte om slik behandling kan gi mulighet for et varig resultat, forebygge tilbakefall til negative atferdsmønstre og hindre sykkelig vektøkning på nytt. Mine tanker handler om noe som kan komme i tillegg til – ikke i stedet for den behandling som tilbys sykkelig overvektige i dag.

---

<sup>1</sup> YFAS. Spørreskjema utviklet av forskere ved Yale University (Gearhardt, Corbin og Brownell, 2009).  
Vedlegg 3

I neste delkapittel utdypes det jeg har skrevet innledningsvis og som har ført meg frem til valgt problemstilling. Jeg beskriver eget ståsted og hvilke mål jeg har med oppgaven før problemstillingen presenteres. Deretter følger avgrensinger jeg har foretatt. Til sist viser jeg disposisjonen av oppgaven.

### **1.1 Tema og bakgrunn for valgt problemstilling og redegjørelse av eget ståsted**

Etter endt studie begynner jeg som sykepleier ved en klinikk som behandler lidelsen avhengighet etter 12-trinnsmodellen. I sykepleieutdanningen har det vært lite fokus på avhengighetsproblematikk i undervisningen. Dette antar jeg henger sammen med at slik utdanning kategoriseres som spesialisering. Ved siden av sykepleierstudiet har jeg gjennomført en tre års utdannelse i addiktologi.<sup>2</sup> Jeg er godt kjent med 12-trinnsmodellen, har personlig erfaring som pårørende til både rus - og matavhengige og brenner for temaet. Jeg opplever ingen konflikt mellom min identitet som sykepleierstudent og som addiktolog. Gjennom sykepleiestudiet har jeg i dag et perspektiv i tråd med hva sosiologen Antonovsky og sykepleieteoretiker Travelbee forfekter. Slik jeg ser det har tilnærmingen de representerer og 12-trinnsprogrammet mange felles trekk i grunnlagstenkning, menneskesyn og etikk. Denne kunnskapen har gitt meg både interesse for og mot til å drøfte problemstillingen.

### **1.2 Mål med oppgaven**

Hovedmålet er å benytte oppgaven i egen kompetanseutvikling. Som nevnt innledningsvis har jeg ikke funnet at det trekkes paralleller mellom matavhengighet og rusavhengighet i Norge, slik det gjøres i USA. Slike perspektiv er imidlertid på vei inn i privat helsesektor<sup>3</sup>. Gjennom teori og tilgjengelig forskning er mitt mål å se og begrunne sammenhenger mellom sykkelig overvekt og avhengighet i forhold til mat. Ved å presentere leseren for slik teori, ønsker jeg å danne et forståelsesgrunnlag som bakgrunn for drøftingen. For å tilby en hensiktsmessig og helhetlig sykepleie til pasientgruppen, er målet med drøftingen i tillegg å synliggjøre sykepleierens rolle i veiledning og undervisning i en pasients livsstilsendringsprosess. Jeg ønsker å drøfte hvordan 12-trinnsmodellen kan være en konkret metode til hjelp for

---

<sup>2</sup> Addiktologi betyr «læren om bindinger og dets problemløsning» (Fjellström 2010, s.8), der avhengighet av alkohol, spill, sex, narkotika, mat osv., sees som sammensatt lidelse som berører alle livsarenaer (Addictologi Akademiet, 2012). Addiktologer bruker AA's 12 trinnsprogram i behandlingen.

<sup>3</sup> Private addiktologer, OA (Overeaters Anonymous), Senter for mat- og sukkeravhengighet (SEMSA).

sykepleieren og utforske om dette kan bidra til å øke kvaliteten i behandlingen. I lys av disse perspektivene kan denne oppgaven leses som et bidrag til faglig utvikling av sykepleie og behandlingstilbud til pasienter med sykkelig overvekt. Jeg har en klar oppfatning av at sykkelig overvekt og matavhengighet kan henge sammen. Valgt problemstilling springer derfor ut fra denne forforståelsen og har dannet grunnlag for litteraturen jeg søker som enten bekrefter eller avkrefter dette.

### **1.3 Presentasjon av valgt problemstilling**

«Kan sykkelig overvekt betraktes som en avhengighetssykdom – i så fall – på hvilken måte kan jeg som sykepleier anvende 12-trinnspektiv som verktøy i undervisning og veiledning i disse pasientenes livsstilendringsprosess?»

### **1.4 Avgrensning av oppgaven**

Avhengighetsproblematikk er sammensatt og har mange forklaringsmodeller. Det finnes mye dokumentasjon på avhengighet, spiseforstyrrelser og fedme, men lite skrevet om matavhengighet slik temaet er for denne oppgaven. Jeg går ikke inn i medisinske og nevrologiske forklaringer av avhengighetssykdommer, ei heller arv, miljø, psykologiske eller somatiske årsaker til overvekt. Teorigrunnlaget avgrenses til litteratur som klassifiserer avhengighet av mat på linje med rusavhengighet. Jeg beskriver kort aktuell behandling av sykkelig overvekt i dag. Mitt fokus vil være om og hvordan 12-trinnsmodellen kan være en virksom behandlingstilnærming overfor sykkelig overvektige med matavhengighetsproblematikk. I tillegg drøfter jeg denne metodens mulighet for hvordan jeg som sykepleier kan ivareta en helhetlig behandling.

### **1.5 Oppgavens oppbygging**

I kapittel 1 beskrives tema og bakgrunn for valgt problemstilling, mål med oppgaven, problemstilling og oppgavens avgrensning. Kapittel 2 tar for seg oppgavens metodiske tilnærming. Sentrale begreper presiseres og teorier til bruk i drøftingen presenteres i kapittel 3. Drøftingen er samlet i kapittel 4. Oppgaven avsluttes i kapittel 5 der jeg sammenfatter og gir en konklusjon.



## **2 Metodisk fremgangsmåte**

### **2.1 Fremgangsmåte, valg av litteratur og sterke/svake sider ved dette**

Dette er en oppgave basert på litteraturgjennomgang. Målet er å belyse problemstilling gjennom litteratur og empiri gjennomført av andre. Oppgavens teorigrunnlag hviler derfor på andres skrevne tekster. En fordel med en slik fremgangsmåte er at jeg søker studier og litteratur som er interessante å fordype meg i. En svakhet eller utfordring er at funn og tolkningen av dem må vurderes kritisk. Et spørsmål i denne sammenhengen kan være om jeg med mitt kompetansenivå mestrer dette godt nok, slik at oppgaven blir pålitelig. I datasøkene viste det seg at forskningen som først virket relevant, ikke var egnet til å besvare problemstillingen. Det er forholdsvis få funn av studier som gjelder problemområdet. De jeg vurderer som kvalitativt gode er i hovedsak fra USA. Ved et bredere repertoar av sammenlignbare studier ville mine slutninger hatt større gyldighet. Sekundærkilder er en ulempe og kildekritisk en svakhet, men som jeg har måttet benytte noe av. Enkelte artikler er på engelsk og oversatt til norsk i oppgaven av meg.

### **2.2 Artikkelsøk, kildebruk og valgte funn**

Artikkel - og litteratursøk er gjort i databasene Bibsys, Medline og Ovid Nursing Database, med søkeordene food addiction, food dependency, obesity, morbid obesity, binge eating disorder, compulsive eating, 12-step program, eating disorder strategies og addictive behavior, brukt enkeltvis eller i kombinasjoner. Da jeg kombinerte disse med søkeordet 12-step program, sto jeg igjen med 4 studier. Disse vurderte jeg til ikke å kunne bidra til å besvare problemstillingen. Innspill fra psykiater Jan Sunder Halvorsen som har stor kunnskap om og erfaring fra avhengighetsbehandling og 12-tinnsmodellen, viste vei til mer relevante tidsskrifter og forskningsartikler. Her ble utvalget større. Jeg valgte artikler som på en helhetlig måte gir et teoretisk grunnlag for hva matavhengighet innebærer. Jeg har også funnet dokumenter som utdyper nasjonale føringer vedrørende sykkelig overvekt, samt sykepleiefaglige perspektiver fra pensum. Sammen med litteratur utgitt av Anonymous Alcoholics, AA (2004, 2009a og 2009b), Anonymous Overeaters, OA (1995 til 2012), Nakken (2007 og 2009) opplever jeg å ha tilstrekkelige teoretiske perspektiv for å besvare problemstillingen.

### 3 Teoretiske referanserammer for oppgaven

Først i kapitlet blir sentrale begreper presisert. Videre redegjøres for teori vedrørende matavhengighet, diagnostisering av sykdommen og avhengighetsatferd. Deretter gis en presentasjon av 12-trinnsmodellen, samt teori av Antonovsky og Travelbee jeg mener belyser viktige perspektiv for drøftingen.

#### 3.1 Forklaring av sentrale begreper i problemstillingen

##### *Sykkelig overvekt*

Sykkelig overvekt er knyttet til KMI, kroppsmasseindeks. Et forholdstall mellom høyde og vekt sett opp mot en definert normal. En  $KMI \geq 40$  med vesentlig redusert helse relatert livskvalitet eller  $KMI \geq 35$  + komplikasjoner som f.eks. diabetes type 2, hypertensjon og / eller hjerte- / karsykdom. Diagnosen gir rett til og krav på behandling i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2009).

##### *Avhengighet*

Av ulike definisjoner på avhengighet har jeg valgt Public Policy Statement: Definition of Addiction fra American Society of Addictiv Medicine, ASAM (2011). Jeg oppfatter at den dekker de områder som oppgaven drøfter og gir en utdyping av kompleksiteten vedrørende lidelsen. ASAM (2011) beskriver avhengighet som:

*Avhengighet er en primær, kronisk sykdom som berører hjernens belønnings, - motivasjon, - hukommelsessenter og relaterte kretser. Dysfunksjonen i disse kretsene fører til karakteristiske biologiske, psykologiske, sosiale og åndelige manifestasjoner som gjenspeiles i en individuell patologisk forfølgelse av belønning og- eller lindring ved bruk av substanser og atferd. Avhengighet er karakterisert som manglende evne til å avstå, svekkelse av atferdskontroll, «craving» - (forstått som sug/higen/begjær/trang), redusert anerkjennelse og gjenkjennelse av betydelige problemer ved egen atferd og mellommenneskelige relasjoner og dysfunksjonelle følelsesmessige reaksjoner. Som andre kroniske sykdommer innebærer avhengighet ofte sykluser med tilbakefall og remisjon. Uten behandling eller aktiviteter for tilfriskning, er avhengighet progressiv og kan risikere uførhet eller tidlig død (American Society of Addiction Medicine, 2011 s.1, min oversettelse).*

## ***Sykepleiefunksjonen***

Kristoffersen (2005b) hevder at økte ferdigheter gjennom kunnskap og opplæring knyttet til å mestre, ikke kan fremheves nok i en livsstilsendring. I lys av dette vil hovedfokuset i drøftingen omhandle sykepleieren i undervisnings- og veilederfunksjon.

## ***12-trinnsmodellen***

En behandlingsmodell over 12 trinn der en ved å følge og arbeide seg gjennom disse trinnene kan oppnå varig endring fra avhengighetsatferd (Anonyme Alkoholikere, 2004).

### **3.2 Nasjonale føringer for behandling av sykelig overvekt**

I rapporten «Utredning og behandling av sykelig overvekt i spesialisthelsetjenesten for voksne», (Helse Nord, - Midt-Norge, - Sør-Øst og Helse Vest, 2007) beskrives hvordan overvekt har ført til alvorlige endringer i folkehelsen med stadig større gjennomsnittsvekt og hvor antall overvektige øker. Det antydes at 20 % nordmenn har fedmeproblemer og at 2 % lider av sykelig overvekt. Fra 2005 har det kommet behandlingstilbud til denne pasientgruppen i alle regionale helseforetak. Ved sykelig overvekt følger ofte nedsatt livskvalitet, depresjoner og uførhet, og økt risiko for å utvikle andre alvorlige sykdommer. Da årsakene til sykelig overvekt er sammensatt sier rapporten at utredning, behandling og oppfølging skal skje i primærhelsetjenesten gjennom å støtte pasienten i helsefremmende arbeid, styrke pasientens ressurser, forebygge og behandle sykdom. Tiltak kan være å koble pasienten opp mot aktuelle behandlingstilbud i kommunen, f.eks. tilbud om trening, kostholdsveiledning og utvikling av mestringsstrategier (ibid.).

Behandlingsforløpet inneholder tre trinn: *tverrfaglig utredning og diagnostikk, behandlingstiltak og oppfølging*. Målet med behandlingen er å redusere vekt, minske risiko for følgesykdommer og oppnå bedre helse. Vektreduksjon skal skje gjennom *livsstilsendring* med endrede kostvaner og økt fysisk aktivitet. Dette er fellesnevnerne i all behandling av sykelig overvekt, også de som behandles medikamentelt og kirurgisk (ibid.).

Det gis individuell og/eller gruppebehandling gjennom intensive kurs. Behandlingen er basert på bevisstgjøring, endring av atferd og mestringsstrategier for å etablere nye kostvaner og aktivitetsmønstre. Dette foregår poliklinisk, gjennom dagtilbud ved Lærings- og mestringsentre (LMS) eller ved døgnopphold ved rehabiliterings – eller opptreningsentre.

Når det gjelder *medikamenter* har det dokumentert effekt på vektreduksjon, men gir også bivirkninger. Det er mangelfull dokumentasjon både på virkning og bivirkning i forhold til medikamentell behandling av sykelig overvekt. *Kirurgiske* inngrep kan tilbys pasienter med en KMI > 35 med følgesykdommer og som har gjennomført annen tidligere behandling i over 6 måneder uten å nå målene for vektreduksjon (ibid.).

Det er utarbeidet en prioriteringsveileder for sykelig overvekt av Helsedirektoratet (2009) i samarbeid med helseregionene. Veilederen er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av fagspesialister, brukerrepresentanter og en fastlege. Veilederen viser i store deler til det samme innholdet som i rapporten «Utredning og behandling av sykelig overvekt i spesialisthelsetjenesten for voksne». Under faglig innledning – sykelig overvekt s. 2 står det imidlertid;

*Mange (20-50 %) av henvisningene til spesialisert overvektsbehandling gjelder spiseforstyrrelser. De fleste tvangsspisere kan behandles med vanlige kost- og atferdsopplegg. Avhengig av tilstandens alvorlighetsgrad og typen av spiseforstyrrelse vil det være aktuelt å vurdere mer spesialisert psykologisk behandling (Helsedirektoratet, 2009).*

Slik jeg tolker dette peker veilederen på at sykelig overvekt kan ha sammenheng med spiseforstyrrelser, uten at dette blir spesifisert som avhengighet. Diagnostisering og utredning skjer utelukkende på grunnlag av KMI, samt indikasjoner på eller allerede eksisterende tilleggssykdommer. Utredningen skal munne ut i konkrete tiltak tilpasset den enkelte pasient. Dersom psykiatrisk behandling vurderes kan tvangsmessig atferd og spiseforstyrrelser kartlegges (ibid.). Som følge av at de nasjonale føringene ikke sier noe om sammenhenger mellom sykelig overvekt og matavhengighet, finner jeg derfor heller ikke noe her om utredning og diagnostisering i denne retning. Med dette i minne har jeg søkt i tilgjengelig litteratur for å få svar.

### 3.3 Matavhengighet

Jeg har nå redegjort for kriterier for diagnosen sykkelig overvekt samt behandling som tilbys i offentlig sektor. Jeg har fulgt debatten om behandling av sykkelig overvekt og har til gode å se at profesjonene inkluderer avhengighetsperspektivet eller alternative tenkemåter til rådende praksis. Behandlingstilbudet i offentlig sektor har i hovedsak vært det samme siden 2005. Sammenlignet med utviklingen av forskning og behandling i andre land skjer det etter min oppfatning lite i fagfeltet her i Norge. Begrepet matavhengighet (food-addiction) har vært hevdet i Overeaters Anonymous siden 1958 (Overeaters Anonymous, 2012d). Dette begynner forskere blant annet i USA å anerkjenne (Gearhardt et al., 2011, Davis et al., 2011 og Blumenthal og Gold, 2010) og selv finne god støtte for i sine studier.

I artikkelen Neural Correlates of Food Addiction, (Gearhardt et al., 2011) er det påvist paralleller når det gjelder hjernens aktivitet og nevrologiske forandringer i belønningssystemet i forhold til substansavhengighet<sup>4</sup> og mat. Matavhengighet assosieres med forhøyet aktivitet i hjernens belønningskretser og samtidig redusert aktivering av hemmende funksjoner. Disse funnene kan fortelle om ekte "matavhengighet", om en forutgående vanedannende prosess og om vedlikehold av fedme. Men selv om det er slik indikerer overforbruk ikke nødvendigvis matavhengighet (ibid.). Mat - og substansbruk resulterer begge i frisetting av dopamin<sup>5</sup> i områder i hjernen og begge viser en hyperfølsomhet i belønnings- og læringscenteret. Dette støttes også av studien Cassin og Ranson (2007) har gjort. Studien til Blumenthal og Gold (2010) gir støtte til matavhengighet som reell sykdom. Både mat - og substansmisbruk påvirker sentralnervesystemet, men mat blir i tillegg regulert av perifere signalsystem. Dermed blir bildet av kroppens reaksjoner og sykelige spisevaner mer komplekst. Substansmisbruk «kaprer» visse nevrologiske systemer. Systemer som involverer og bidrar i reguleringen av motivasjon, beslutningstaking, læring og hukommelse og hvor systemene etterhvert reduseres i å gjennomføre normale funksjoner. Selve suget/trangen/begjæret etter substanser kan også aktivere områder av hjernen som regulerer selvkontroll, motivasjon og hukommelse. Disse blir tilsvarende aktivert hos overvektige personer når magesekken stimuleres gjennom matinntak (ibid.).

---

<sup>4</sup> Substans betyr stoff, materie (The free dictionary, 2012). Substansavhengighet er her i betydningen avhengighet av psykoaktive stoffer

<sup>5</sup> Dopamin er et signalstoff (transmittersubstans) ved signaloverføring av impulser mellom nerveceller i hjernen. Dopamin er viktig som «belønningssystem» i hjernen. Både lystbetonte aktiviteter og bruk av rusmidler fører til økt frigjøring av dopamin i visse deler av hjernen (Store norske leksikon, 2012a).

## ***Stadier i matavhengighetsutvikling***

Det vises til tre karakteristiske stadier, hvert med et avgjørende tegn eller symptom:

Fase 1. Overspising

Fase 2. Tilbaketrekking

Fase 3. «Craving»<sup>6</sup> etter substansen (Gearhardt et al., 2011).

Andre vanlige symptomer er konsumering av store mengder mat over en lengre periode, gjentatte forsøk på å kutte ned konsumet og fortsatt bruk til tross for negative konsekvenser (Meule, 2011).

### ***«Drug-seeking behavior»***

Gearhardt et al. (2011) fant at rusbegjærlig atferd ikke bare er motivert og forsterket av de positive effektene substansen har for "å bli høy", men også av den negative tilstanden eller «antireward» – antibelønningen/abstinensen fra substansen. Ulike nevrologiske nettverk i hjernen «mekler» mellom disse kreftene. Disse nettverkene er viktige i forhold til følelser og opplevelser av glede og belønning. Den irritabilitet og mangel på motivasjon som karakteriserer abstinensstilstanden, er ikke bare et resultat av tap av funksjoner i hjernens belønningssystemer, men også fra aktivering av stresshormonsystemer. Stress kan også disponere for avhengighet og gjentatte tilbakefall. Cross-allergi<sup>7</sup> indikerer også sårbarhet for avhengighet.

Dopamin ser ut til å være en primær faktor for avhengighetsutvikling og avhengighetsatferd. Ved overdreven spiseatferd er det funnet at dopamin har en potent evne til negativt å påvirke den destruktive atferden. Funn tyder på at hjernen til overvektige personer kan forandre aktivitet som ikke bare øker matforbruket, men som også svekker evnen til å oppleve glede fra andre aktiviteter enn å spise. Kvinner med «craving» etter karbohydrater viser at karbohydrater synes å ha en «selvmedisinerende» virkning. En utvikler økt preferanse for denne type mat og økt toleranse for matens evne til å «forbedre» tilstanden en føler seg i. Disse funnene kan gi støtte til at karbohydrater har et misbrukspotensiale (Gearhardt, Corbin og Brownell, 2009). Til sist konkluderer den nevrobiologiske forskningen med at

---

<sup>6</sup> Kan forstås som sug/trang/begjær/higen.

<sup>7</sup> det vil si en forbedret respons ved bruk av et nytt stoff, men som konsekvens av tidligere bruk av et annet stoff (Gearhardt et al., 2011).

atferdsmessige intervensjoner fra misbrukslidelser kan vise seg nyttig i behandling av sykkelig overvekt (Gearhardt et al., 2011).

Davis et al. (2011) bekrefter matavhengighet som en relevant diagnose. Funnene i deres studie omhandler også komorbiditet<sup>8</sup>, med større overspising, psykologiske risikofaktorer som depresjon samt unormal motivasjon for bruk av vanedannende substanser. Videre en større grad av impulsivitet og kontrolltap, større «craving» og tendenser til å berolige seg selv med mat. Spesielt appetittregulerende peptider<sup>9</sup> er forbundet med «craving». I tillegg ble det funnet paralleller i personlighetstrekk hos pasienter med sykkelig overvekt og pasienter med rusavhengighet.

### 3.4 Diagnostisering av lidelser i forhold til matproblematikk

I ICD-10<sup>10</sup> finnes definisjoner på sykdommer knyttet til matproblematikk, som anorexia, bulimi og *overspising knyttet til andre psykiske lidelser*. I DSM- IV<sup>11</sup> finnes kategorien «Eating Disorders». En forstyrrelse i atferd når det gjelder å innta mat, overspise, ikke spise i det hele tatt eller spise på en ekstremt skadelig måte med fremprovosert oppkast eller å proppe i seg uten stopp. Lidelser i denne kategorien er anorexia og bulimi (The American Psychiatric Association, 2012). Food-addiction eller matavhengighet er pr. i dag ikke inkludert i disse diagnostiseringssystemene. Som vist i de studiene jeg har funnet sees likheter mellom avhengighet til psykoaktive stoffer og overdrevent matforbruk. Cassin og Ranson (2007) fant at 92,4 % i gruppen med diagnosen Binge Eating Disorder (BED)<sup>12</sup> oppfylte kriteriene for substansavhengighet i DSM-IV (vedlegg 6). I følge Meule (2011) vil BED bli inkludert i den neste revisjonen av DSM-IV, i mai 2013.

---

<sup>8</sup> Komorbiditet betyr samtidig/parallelle sykkelighet. Nærværet av en eller flere sykdommer foruten en primær sykdom (Wikipedia, 2012).

<sup>9</sup> «To eller flere aminosyremolekyler bundet sammen med peptidbinding [...]. Lange peptidkjeder er hovedbestanddelen i alle proteiner. Også korte peptidkjeder er viktige i fysiologisk sammenheng, bl.a. i nervesystemet» (Store norske leksikon, 2012b).

<sup>10</sup> ICD- 10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (Helsedirektoratet, 2012a).

<sup>11</sup> (DSM-IV)The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (The American Psychiatric Association, 2012).

<sup>12</sup> BED -Binge Eating Disorder er karakterisert som tvangsmessig overspising når personer konsumerer store mengder mat uten å oppleve kontroll og er maktesløse i å stoppe spiseatferden (Helpguide, 2012).



### *Yale's diagnostiseringsverktøy for «food-addiction».*

I mangel av validerte diagnostiseringsverktøy for matavhengighet, utviklet Yale University dette. Med utgangspunkt i DSM-IV utviklet de YFAS, Yale Food Addiction Scale (Gearhardt, Corbin og Brownell, 2009). YFAS fokuserer på å identifisere karakteristiske tegn på avhengighet av visse typer matvarer, med f.eks. høyt fett og sukkerinnhold (ibid., vedlegg 3). Analyser viser at YFAS kan være et nyttig verktøy for å identifisere pasienter med tendens til negative vanedannende mønstre i forhold til mat (Gearhardt et al., 2011). Davis et al. 2011 bekrefter YFAS som et relevant diagnoseverktøy.

Jeg har i denne delen belyst paralleller mellom rus - og matavhengighet og funnet disse godt begrunnet. Det er pekt på at det finnes aktuelt diagnoseverktøy for matavhengighet. Dette er ikke i bruk i Norge, der vi heller ikke klassifiserer sykelig overvekt på denne måten. I neste delkapittel trekkes inn teori om atferdsendring, avhengighetsutvikling og avholdenhet.

### **3.5 Nakkens teorier om avhengighetsforståelse**

Craig Nakken (2007 og 2009) beskriver prosessen *jeget* gjennomgår i sin utvikling mot misbruk og utdyper forståelse av avhengighet, avhengighetsprosess og avhengighetsatferd. Nakken tar for seg misbruk av mat, spill, sex, arbeid, stoff, alkohol og det å kjøpe. Han beskriver atferdsendringen og stadiene i avhengighetsutvikling som lik for alle avhengigheter. Han hevder at misbrukspersonligheten over tid overtar ens eget *jeg*<sup>13</sup>. Veien til varig endring må derfor gå gjennom og re-innsette *jeget* som *misbrukspersonligheten* har overtatt. Nakken (2007) sier at denne endringen skjer gjennom å få tilbake sine åndelige verdier og evne til å omgås andre på en meningsfull og livgivende måte. Ved å bli speilet og veiledet kan *jeget* ”oppdras” på ny.

Forklaringene Nakken (2009) gir om utvikling av misbruk kan sammenfattes slik; det skjer en gjentakende flukt fra smerte og ubehag via en eller annen form for substansbruk eller atferd. Etter hvert blir en avhengig av substansen/atferden og makter ikke å slutte.

Substansbruken/atferden blir viktigere enn egen helse og hvordan alle og alt rundt en rammes. Resultatet er en sosial, mental og følelsesmessig isolering. Avhengighetspersonligheten

---

<sup>13</sup> Nakkens beskrivelse av atferden som skiller en misbrukspersonlighet og en *jeg* – personlighet er skjematisk fremstilt i vedlegg 4a.



benekter virkeligheten, blir uærlig, ignorerer, manipulerer og stagnerer gjennom sin selvdestruktive atferd.

Nakken (2007) deler avhengighetsutviklingen i tre stadier<sup>14</sup>. I det første stadiet skjer en gradvis indre forandring som en selv kan merke uten at omgivelsene registrerer det som urovekkende. Substansbruken/atferden gir oppstemthet og lykkefølelse, men selvkontrollen minker i takt med at forbruket øker. En isolerer seg mer og mer og tankene dreier seg mye om å tilfredsstille suget. Løgn og manipulering befestes og indre, åndelige verdier begynner å gå i oppløsning. I neste stadiet blir andre klar over problemene og misbruket går ut over dem. Misbruket blir en familiesykdom der også familiens åndelige verdier og normer blir utsatt. Den avhengige føler enda mer skyld og skam, hvilket gir flere grunner til «å ruse» vekk alt det vonde. I det tredje stadiet bryter livet sammen. Misbruket blir et mareritt som en ikke kommer ut av. Det tar full kontroll og konsekvensene kan bli at en mister «alt», familie, jobb og venner. Andre konsekvenser er fysiske sykdommer, dyp sorg, fortvilelse og selvmordstanker (Nakken, 2009).

### ***Nakkens teorier om avholdenhet***

Nakken argumenterer for totalavhold, noe som er lettere å gjennomføre når det gjelder alkohol, narkotika og spill enn når det kommer til mat, relasjoner og sex. Avhold gjelder ikke bare å unngå objektet (den ting/hendelse/person eller fenomen individet er avhengig av), men *avhold fra atferden*. Uten å kjenne til hendelsene, følelsene og tankene som leder til atferden og misbruket, blir varig avhold vanskelig å gjennomføre. «Atferdsavholdenhet» er avgjørende for å komme ut av misbruket og dreier seg om spesifikke mønstre en må søke avhold fra. Strategier for avhold blir å utvikle metoder for å beskytte seg mot slik atferd. En må derfor nøye granske mønstrene som forårsaker og bidrar til sinnsforandringen (Nakken, 2009). Avholdsperspektivet i forhold til matavhengighet vil bli belyst i drøftingsdelen.

---

<sup>14</sup> Nakkens beskrivelse av disse tre stadiene er skjematisk fremstilt i vedlegg 4b.

### **3.6 Teori om 12-trinnsmodellen og behandling og mestring av matavhengighet**

#### ***Opprinnelse***

12-trinnsmodellen er bygget på Anonyme Alkoholikeres (AA) erfaringer om selvhjelpsstrategi gjennom 70 år. Et fellesskap av mennesker som har til felles at de erkjenner seg som alkoholikere og har et ønske om å bli edru. Dette hjelper de hverandre med ved å dele erfaring, styrke og håp. (AA, 2012a). I 2004 besto AA av millioner av medlemmer fordelt på 100 800 grupper verden over (AA, 2004). Modellen er blitt «adoptert» av selvhjelpsgrupper for ulike avhengigheter over hele kloden. Minnesotaklinikker<sup>15</sup> verden over har sitt utspring i AA's program. Her i Norge finnes også klinikker<sup>16</sup> for rusavhengighet som bygger på AA's 12-trinnsmodell.

#### ***Prinsipper i 12-trinnsprogrammet***

De 12 trinn handler om å utvikle en livsstil som krever absolutt ærlighet. Det er krevende å overvinne avhengighetens krefter og innse at en alene er maktesløs i kampen mot den. Prinsippet handler om å finne en tro, makt eller kraft større enn seg selv som kan utfordre avhengighetens kraft. Dette oppnås gjennom økt kunnskap via litteratur og undervisning om avhengighet, avhengighetsatferd og dens utvikling. Videre gjennom trinnarbeid, individuell veiledning og oppfølging, samt gjennom åpne delinger i trygt gruppefellesskap enten i behandling og/eller i selvhjelpsgrupper (AA, 2004).

12-trinnsmodellen beskrives som et åndelig program og en åndelig livsstil (AA, 2009a). I Storboka (AA, 2004) formuleres at bedre moral eller livsfilosofi ikke kan overvinne avhengigheten. Ens egenvilje er ikke nok for å overvinne avhengighetens krefter. AA anbefaler å søke et åndelig livsgrunnlag. I programmet omtales denne åndeligheten som en kraft og kraften som Gud (ibid.).

#### ***Selvhjelpsstrategi gjennom selvhjelpsgrupper og fellesskap***

Programmet læres, videreføres og jobbes åpent med i fellesskapet som selvhjelpsgruppene gir. Deling av erfaringer bygger på ærlighet, ydmykhet, åpenhet og villighet. Det ligger stor styrke

---

<sup>15</sup> Minnesotamodellen er kjent som en behandlingsform som bygger på AA's syn på alkoholisme og deres 12 trinn.

<sup>16</sup> Valdresklinikken, Trasopklinikken, Mestringshusene m.fl.

i gjenkjennelsen og læring i et inkluderende fellesskap. Det blir lest litteratur og tatt opp temaer. Under møtet deles det kun om valgt tema eller andre ting som har med eget misbruk å gjøre. Det blir drøftet og diskutert relevante problemstillinger den avhengige stilles overfor, utenfor selve møtet. En vesentlig faktor er også at nykommere i fellesskapet får en sponsor (veileder). En tilgjengelig person med ansvar for nykommeren og som har erfaring både fra fellesskapet, trinnarbeid og har en tids avholdenhet bak seg (AA, 2004).

### ***Alternativ behandling og mestring av matavhengighet***

Det finnes ikke behandlingsklinikker som benytter 12-trinnsmodellen overfor matavhengighet i Norge i dag. Enkelte private aktører retter seg mot målgruppen, slik som SEMSA (Senter for mat og sukkeravhengighet, 2012). Tilbud fra 12-trinnsterapeuter (addiktologer) begynner også å komme. Overeaters Anonymous (OA) og Food Addiction Anonymous (FAA)<sup>17</sup> er selvhjelpsgrupper basert på samme prinsipper som Anonyme Alkoholikere. OA representerer en 12-trinnstilnærming til matavhengighet.

### ***Overeaters Anonymous (OA)***

Fellesskapet oppsto i USA i 1958 og er siden etablert i mange land på lik linje som AA (OA, 2012). I OA representeres flere former for matmisbruk og matproblematikk. Både ekstremt - moderat - normal - og undervektige deltar. Likeledes de som klarer å opprettholde periodisk kontroll og de som overhodet ikke har kontroll på sin tvangsmessige spising. OA vektlegger at en i 12-trinnsfellesskapet kan endre atferden gjennom å tenke og arbeide med mål - *en dag av gangen* (OA, 1995). Fellesskapet jobber ut fra ni verktøy for å mestre sin destruktive atferd i forhold til mat. Ett av dem er å benytte en strukturert matplan. Denne er vesentlig ved siden av tradisjonelle 12-trinnsverktøy som trinnarbeid, individuell veiledning, møter, kunnskap og litteratur og «å gjøre tjeneste» for andre (OA, 2012c). Allerede i 1986 formulerte OA 15

---

<sup>17</sup> Food Addiction Anonymous (FAA). Finnes ikke i Norge men oppsto i USA i 1987. Bygger på samme prinsipper som OA, men vektlegger matavhengighet som en biokjemisk lidelse med avhengighet til bestemte substanser/stoff i mat som sukker, hvete og mel. Tilnærmingen blir da å ta i bruk metoder og atferd som eliminerer disse avhengighetsskapende stoffene (FAA, 2009). FAA har også utviklet spørsmålsskjema over fysiske, emosjonelle, sosiale og åndelige faktorer vedrørende å avdekke eller tydeliggjøre avhengigheten (FAA, 2010). Både OA og FAA forfekter at avholdenhet fra atferd resulterer i endrede spisevaner, livsstil og bedre fysisk, psykisk, sosial og åndelig helse.

spørsmål om tvangsmessig matatferd (vedlegg 5). Innholdet sammenfaller i stor grad med kartleggingsverktøyet YFAS. Spørsmålene synliggjør typisk atferd for overspising, tvangsmessig overspising og da logisk til overvekt og fedme (OA, 2012b). OA synliggjør også hvordan mønstrene for overspising ofte henger sammen med spesifikke matprodukter eller grupper mat. Ved å gå inn i disse mønstrene, kartlegge atferden i forhold til hva en overspiser på, når og hvor det skjer og hvor mye, kommer muliggjørelsen av avholdenhet inn, både fra spesifikke matprodukter (substanser) og atferd (OA, 2001).

### ***Studier gjort av 12-trinnsbehandling i forhold til matavhengighet***

Studien til Westphal og Smith (1996) som undersøker utbyttet av 12-trinnsbehandling hos et utvalg OA-medlemmer, viser at mer enn halvparten hadde utbytte av modellen, 54,2 % hadde mistet vekt og hadde lite eller ingen overspising. Ronel og Libman (2003) oppsummerer i sin studie at kunnskapen og erfaringen OA representerer gir et nyttig klinisk rammeverk og viser vei for ulike terapeutiske innfallsvinkler og metoder. Forfatterne fant at under endringsprosessen spilte det sosiale nettverket en viktig rolle for egen utvikling. De vektlegger potensialet for endringsprosessen gjennom slike nettverk. Ronel og Libman (2003) foreslår videre å bruke disse nettverkene som en del av klinisk intervensjon for pasienter med overspising eller matavhengighet. Denne sosialiseringen vektlegges under behandlingen. Det kan gjøres ved å referere til OA-grupper, ta kontakt med klienter som er kjente OA-medlemmer eller selv tilrettelegge for å opprette en støttegruppe for pasientgruppen. Denne studien av OA viser også at oppfatninger om ulike spiseforstyrrelser og hva god hjelp kan være, er under endring. Den synliggjør en gradvis økende anerkjennelse og faglig bevissthet om legitimiteten til OA (ibid.).

Jeg har nå presentert teori som viser at matavhengighet kan utvikles på linje med alkohol - og rusavhengighet. Deretter presenterte jeg 12-trinnsmodellen, en av dagens behandlingstilnærminger for avhengighet. Jeg vil avslutte teorikapitlet med å presentere Aron Antonovsky og Joyce Travelbee, og deres bidrag til drøftingen.

### **3.7 Aron Antonovsky**

Sosiologen Aron Antonovsky (Kristoffersen, 2005a) er kjent for begrepet salutogenese, som jeg forstår som «hvordan helse blir til». At helsefremmende faktorer er av en annen karakter enn de som forårsaker sykdom, som han kaller patogenese. Jeg oppfatter det slik at sykepleier må ha fokus på forhold utover å forebygge og reparere. Antonovsky sier at opplevelse av sammenheng og mening (SOC – Sence of Coherence) er viktige helsefremmende faktorer. Det vil si at den enkelte opplever situasjoner som meningsfulle, forståelige og håndterbare på tross av sykdom. Antonovsky hevder det ligger helbredende krefter i mennesket selv. Slik jeg tolker Antonovsky forfekter han at om et menneske er i stand til å oppleve sammenheng i tilværelsen, vil tendensen til å oppleve forståelse, mening og mestring komme som en naturlig følge. Han understreker at et menneskes opplevelse av sammenheng er avgjørende. For at en skal reagere konstruktivt på belastende situasjoner må en identifisere den problematiske situasjonen og dens innhold. En må så finne mestringsstrategier som er hensiktsmessige (ibid.). Som sykepleier forteller dette meg at jeg må understøtte og styrke pasientens opplevelse av sammenheng og å tilrettelegge for dette.

### **3.8 Joice Travelbee**

Travelbee (2001) legger vekt på to vesentlige forutsetninger for sykepleieren i det å etablere et hjelpeforhold til pasienten. For det første må sykepleieren inneha en kunnskapsbase og ha evne til å bruke den. For det andre at sykepleieren evner å bruke seg selv terapeutisk. Med dette mener Travelbee at sykepleieren må ha en dyptgående innsikt i det å være menneske. Å bruke seg selv terapeutisk som sykepleier, inneholder slik jeg forstår Travelbee, bruk av kunnskap, intelligens, fornuft, logikk og medfølelse gjennom god organisering uten å være intuitivt styrt. Hun fremhever sykepleierens rolle som støttende og opprettholdende, som underviser og som endringsagent (ibid.). Forandring inngår i alle sykepleiesituasjoner og sykepleierens oppgave er «å identifisere og være i stand til å frembringe forandringer på en målrettet, innsiktsfull og omtenksom måte» (ibid. s. 30). Travelbee forfekter forandring som vesentlig. Jeg finner hennes teorier relevante når det gjelder å jobbe med mennesker i en livsstilsendringsprosess. Travelbee fremhever at subjektiv helse defineres av den enkeltes oppfatning om egen fysiske, emosjonelle og åndelige tilstand. Gjennom undervisning mener Travelbee det dreier seg om å hjelpe pasienten med å mestre sin sykdom og lidelse og finne mening i disse erfaringene (ibid.).

Travelbee (Kristoffersen, 2005c) sier at lidelse og tap er en uunngåelig del av menneskelivet og derfor en fellesmenneskelig erfaring. Hun fremhever at behovet for å søke etter mening følger opplevelsen av sykdom, lidelse og smerte og at mennesket gjennom slike opplevelser får anledning til personlig vekst og utvikling. Gjennom en slik tilnærming synliggjør Travelbee også begrepet håp. Ved å understøtte håpet bidrar sykepleier til å øke mestringsopplevelsen av sykdommen. Videre vektet Travelbee begrepet empati. I dette er kommunikasjon sykepleierens viktigste redskap i å utvikle det hun betegner som et «menneske-til-menneskeforhold» (ibid.). Et forhold som betyr at en eller flere opplevelser deles i relasjonen mellom partene (Travelbee, 2001). I drøftingsdelen søker jeg å vise konkret hva Travelbee mener med sykepleierens bruk av en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte, gjennom å utnytte prinsipper vedrørende atferdsvitenskap (ibid.). Jeg oppfatter Travelbee slik at å bruke meg selv på en hensiktsmessig og bevisst måte er kjennetegn på god sykepleie.

I denne teorifremstillingen av Antonovsky og Travelbee har jeg i hovedsak valgt å lene meg til Kristoffersens (2005a og 2005c) utlegning om deres syn.

## 4 Drøfting

### 4.1 Innledning og drøftingens oppbygging

Første del av problemstillingen stiller spørsmål om sykkelig overvekt kan betraktes som avhengighet på linje med alkohol og rusavhengighet. I nyere hjerneforskning og teori om personlighetsendringer har jeg funnet støtte for dette perspektivet. I dagens behandlingstilbud er som nevnt matavhengighetsperspektivet ikke tatt høyde for. Målet med oppgaven er å øke egen kunnskap om denne lidelsen og drøfte hvordan behandlingstilbudet til pasientgruppen kan bli bedre. Oppgaven tar for seg 12-trinnsmodellen som ett gyldig verktøy i kognitiv egenutviklingsarbeid og livsstilsendring for mennesker med denne sykdommen. Jeg vil drøfte sykepleierens rolle og funksjon langs to akser, - undervisning og veiledning. En sykepleier kan møte disse pasientene på et lærings - og mestringssenter, regionale sentre for sykkelig overvekt og andre institusjoner og arenaer som er tilknyttet livsstilsendring. Jeg går ikke inn på fysisk trening og ernæringslære i drøftingsdelen, da dette er kunnskap som allerede finnes og som fortsatt er viktig og relevant i alle behandlingstilbud. Mine tanker handler om noe som kan komme i tillegg til – ikke i stedet for. Drøftingen er konsentrert om *«på hvilken måte kan jeg som sykepleier anvende 12-trinnsperspektiv som verktøy i undervisning og veiledning i disse pasientenes livsstilendingsprosess?»*.

Jeg vektlegger sykepleierrollen i undervisning og som veileder i livsstilsendring for matavhengige. Drøftingen tar utgangspunktet i de nasjonale føringene som danner behandlingsskjeden i dag – utredning, behandlingstiltak og oppfølgingsprogram. Ut fra dette drøfter jeg behandlingen i et 12-trinnsperspektiv og sammenligner denne med en annen sykepleiefaglig modell for livsstilsendring. Til sist drøftes i korte trekk avholdenhetsperspektivet i forhold til mat, før jeg avslutter med en oppsummering av kapitlet.

### 4.2 Sykepleierens rolle i livsstilsendring

Livsstilsendring er mer enn en enkelt handling. Jeg mener mitt ansvar som sykepleier er å tilrettelegge for læring og mestring gjennom undervisning og veiledning. Sykepleier må derfor ha faglig kunnskap om sykdommen og om metodiske verktøy som anvendes i behandling. Evne til god kommunikasjon og samhandling, samt at det tilbys kontinuitet og oppfølging over tid, er viktig for behandlingsresultatet. Dette er etter min oppfatning grunnleggende for å hjelpe pasienten til en vellykket livsstilsendring, slik også Kristoffersen

(2005b) hevder. Grunntanken må være at pasienten opplever seg kompetent og i stand til å gjennomføre den aktuelle behandlingen for å oppnå varig livsstilsendring. Å tilføre kunnskap og gi opplæring gjør pasienten i stand til å velge mestringsstrategier som fremmer bedre helse (ibid.). Jeg oppfatter derfor undervisning og veiledning som sentrale pedagogiske metoder. Det har stor betydning at sykepleieren hjelper pasienten til å oppleve mening og utvikle selvinnsikt og forståelse, slik Antonovsky hevder som vesentlig (Kristoffersen, 2005a). Et vellykket resultat fordrer at pasienten selv investerer arbeid, energi og forpliktelse. I den forbindelse mener jeg sykepleiers evne til å motivere blir viktig. Det må være kontinuitet over tid slik at sykepleieren får fulgt opp pasientens arbeid. Dette vil bidra til at pasienten kjenner forpliktelse og i større grad opplever seg sett og støttet (Kristoffersen, 2005b).

#### **4.3 Ulike trinn og læringsfaser i livsstilsendring**

Som nevnt er det viktig at sykepleieren har kunnskap om sykdommen og har veiledningskompetanse. Pedagogisk veiledning består av ulike trinn og faser og er rettet mot et mål (Kristoffersen, 2005b). Formålet med undervisning og veiledning må være tydelig og deltagerforutsetninger og rammebetingelser om hvor, når og hvordan skal være klarlagt (ibid.). Jeg mener at 12-trinnsprinsipper satt i et behandlingssystem ville oppfylt slike kriterier. Dette søker jeg å vise i drøftingen. 12-trinnsmodellens innhold og verktøyene som finnes er mange og klart definerte. Verktøyene bidrar til å tydeliggjøre kunnskaps - ferdighets - og holdningsmål for pasienten. Selve trinnarbeidet som metode for livsstilsendring gir sykepleieren mulighet til kontinuerlig å vurdere pasientens mestringsevne og atferd. Som jeg ser det inneholder 12-trinnsmodellen både assimilativ læring, der kunnskap og ferdigheter tilføres for å mestre livssituasjonen (undervisning) og akkommodativ læring der pasienten selv må forandre seg og tilpasse seg det nye på en grunnleggende måte (veiledning) (ibid.). Jeg har nå gitt en generell presentasjon av sykepleierens rolle i undervisning og veiledning og om ulike læringsfaser og trinn i en pasients livsstilsendring. Hoveddrøftingen tar for seg sykepleierens rolle i utredning, behandling og oppfølging i et 12-trinnsperspektiv. Her trekkes også inn prosessmodellen utviklet av Whitemore et al. (2002) for å vise likheter mellom disse modellene.



#### 4.4 Utredningsfase

I teoridelen er det pekt på at sykkelig overvekt kan handle om avhengighet på samme måte som rusavhengighet. Jeg mener den primære lidelsen er avhengighet og at overvekten er symptom og konsekvens av denne. Dette i motsetning til rådende oppfatning, der overvekten ses som den primære utfordringen. I lys av dette mener jeg sykkelig overvektige bør kartlegges i forhold til avhengighet. Her vil kartleggingsverktøyet YFAS være en god strategi for å avdekke hvilke av pasientene som har en behandlingstrengende avhengighet (vedlegg 3). Verktøyet har stor pålitelighet og treffsikkerhet (Davis et al., 2011 og Gearhardt et al., 2011). Skal 12-trinnsbehandling i livsstilsendring tilbys som primærbehandling vil det være vesentlig å finne frem til gruppen sykkelig overvektige som er matavhengige. Slik vil de som best kan nyttiggjøre seg og har størst behov for tilbudet, få det.

Pasienter som i dag kvalifiserer for fedmekirurgi får et kurs der de lærer om betydningen og konsekvensene av inngrepet. Et lignende konsept/innføringskurs bør tilbys pasienter som scorer for matavhengighet. Gjennom å delta i en kursgruppe for matavhengige lærer pasienten om sin avhengighet og vil på denne måten kunne velge en videre behandling rettet mot dette. Her får sykepleieren en viktig rolle som kunnskapsformidler, samtalepartner, veileder og støttespiller.

Gjennom kurset gir sykepleier kunnskap om matavhengighet og avhengighetsutvikling (Nakken, 2009). Ved at sykepleieren speiler pasientens nye kunnskap opp mot tidligere erfaringer og forståelse, mener jeg pasienten oppnår ny innsikt. Erkjennelsene pasienten får deles med andre i gruppa. En lærer å sette ord på følelser, ser alvorlighetsgraden av sykdommen og får håp om at endring kan være mulig gjennom en avhengighetsbehandling.

Dette innføringskurset kan tenkes å ha ulik form, men for å oppnå effekt bør det vare over tid og følge 12-trinnsprinsipper. I starten av en endringsprosess kan det være slik at pasienter ikke ser sine utfordringer som et avhengighetsproblem. Benekter egen situasjon og påvirkningen eget misbruk har på omgivelser og livsområder (ASAM, 2011). Nakken (2009) peker på viktigheten av at pasienten tilegner seg kunnskap om sin avhengighetsatferd, om misbrakerpersonlighetens utvikling, brister og endringer, for å kunne forstå sykdommen. Det er derfor sentralt med undervisning og veiledning fra sykepleieren, slik at benektelse og fortrengeing av sykdommen kan brytes. På den måten kan pasienten få oppleve at et svært dårlig selvbilde blir hensyntatt og at han/hun møtes på en ikke-dømmende måte. I tillegg til kunnskap om de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige konsekvenser matavhengighet gir, må relasjonen til pasienten bygge på sykepleierens grunnleggende verdier og holdninger. Ekthet,

mellommenneskelig varme, empati og å kunne lytte er relasjonsskapende og dermed ferdigheter hos sykepleieren som jeg på linje med Travelbee mener er avgjørende (Kristoffersen, 2005b). Disse verdiene faller godt sammen med de åndelige verdiene som en 12-trinnsbehandlig bygger på. I gruppa deles erfaring, styrke og håp – som bidrar sterkt til læring om egen avhengighetsatferd. Gjennom å lytte til erfaringer fra andre i samme endringsprosess kan sykdomsinnsikten økes. Jeg tror erkjennelse må ligge til grunn for varig endring. Sykepleieren er veileder både på individ - og gruppenivå og deltar nært pasientenes prosesser. Om det dreier seg om dyp og kompleks avhengighet, vil sykepleieren ha mulighet til å kartlegge dette i løpet av innføringskurset. Først da kan en få god struktur og et redelig utgangspunkt for en behandlingstilnærming som ivaretar kompleksiteten.

Konsekvensene av rådende praksis er at vi fortsatt vil ha følgende inndeling; sykkelig overvekt som behandles fysisk eller spiseforstyrrelser som kan behandles psykiatrisk. Slik tilnærming bidrar etter min mening til «svingdørsproblematikk» og lav grad av vellykket behandling. Dette som en parallell til hvordan mange pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse har vært «svingdørspasienter» mellom rus og psykiatribehandling. Gjennom ROP<sup>18</sup> er disse lidelsene anerkjent som komorbide og må behandles deretter, - integrert og samtidig. Jeg mener videre at aktuelle verktøy til bruk for å avdekke rusavhengighet også kan være overførbare, som f.eks. AUDIT<sup>19</sup> og ADDIS. Slik allerede gjeldende verktøy ligger bak tilblivelsen av YFAS (Gearhardt et al., 2011).

---

<sup>18</sup> Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2012b).

<sup>19</sup> AUDIT - Alcohol Use Disorder Identification Test (Norsk Helseinformatikk, 2012).  
ADDIS - Alkohol Drog Diagnos InStrument (Addis, 2012).

#### 4.5 Primærbehandlingsfasen og de 12-trinn som metode

12-trinnsbehandling for matavhengige kan etter min mening foregå på samme måte som i 12-trinnsklinikker ellers. Her er et stort foregangsarbeid gjort gjennom mange år i Norge.

Modellen kan benyttes både i dag - døgnbehandling og i ettervern. Økt kunnskap gjennom undervisning, trinnarbeid, veiledning og fellesskap er de viktigste faktorene. Fellesskap har jeg redegjort betydningen av i oppgavens teoridel (Ronel og Libman, 2003). Ved en 12-trinnsklinikk for matavhengighet vil slike faktorer være til stede, i tillegg til det som fagpersonalet<sup>20</sup> ellers ville bidratt med i livsstilsendingsprosessen.

Dette bringer meg over i hvordan de 12 trinnene i modellen er anvendbare for matavhengige i livsstilsendring. Ved å benytte trinnene som et veiledningsverktøy mener jeg sykepleieren kan hjelpe pasienten i å reflektere, erkjenne egne følelser og identifisere avhengighetsatferd. Veiledning bidrar til å klargjøre grenser, lage struktur og tydeliggjøre pasientens mål. Slik jeg tenker vil støtte og oppmuntring bidra til å styrke pasientens selvbilde og sette pasienten i bedre stand til å oppleve sammenheng i tilværelsen. Da vil økt forståelse, opplevelse av mening og mestring komme som en naturlig følge, slik Antonovsky hevder (Kristoffersen, 2005a). For å veilede i pasientens trinnarbeid bruker sykepleieren litteratur, trinnguider, trinnarbeidshefter, skjemaer og lister som hjelpemidler. Sykepleieren må ha evne til å stille klargjørende spørsmål, til å rette oppmerksomheten mot vanskelige følelser, konfrontere pasienten med valgmuligheter og hjelpe vedkommende til å forstå sine valg (Kristoffersen, 2005b). For meg som sykepleier er modellen til Whittemore et al. (2002) over faser i en livsstilsendingsprosess aktuell. Slik jeg ser det bygger denne og 12-trinnsmodellen på lignende faktorer og faser. Disse parallellene ønsker jeg vise for å øke forståelsen for 12-trinnsmodellens iboende egenskaper og gyldighet som behandlingstiltak der sykepleierens rolle som veileder er grunnleggende (fig.1).

---

<sup>20</sup> Fysioterapeut, ernæringsfysiolog, lege, psykolog og treningsinstruktør.

<b>Prosessmodell</b>	<b>12-trinnsmodell</b>
Fase A-C Erkjennelse av egen sårbarhet, innhenter kunnskap og er håpefull	Trinn 1-3 Erkjennelse av egen maktesløshet, innhenting av kunnskap, håp og tro
Fase D Helsefremmende aktiviteter	Trinn 4-9 Handlingstrinn
Fase E-F Stabilisering og vedlikehold	Trinn 10-12 Vedlikeholdstrinn

Fig. 1. En kort skjematisk fremstilling av parallellfasene i disse veiledningsmodellene

#### **4.5.1 Sykepleiefaglig prosessmodell fase A-C versus 12-trinnsmodellens trinn 1-3**

##### ***Fase A-C: Erkjenner egen sårbarhet, innhenter kunnskap, er håpefull***

Slik jeg forstår modellen opplever pasienten i denne fasen seg utsatt for økt sykkelighet, kjenner frykt og opplever seg reelt truet. Dette er faktorer som leder til at pasienten erkjenner behovet for hjelp til endring og ønsker å lære seg å mestre og leve med lidelsen. Gjennom økt kunnskap begynner han/hun å tro på en ny måte å leve på. Et positivt og optimistisk syn på situasjonen vokser frem. Fortrenging og undertrykking av følelser vil i denne fasen stoppe prosessen og resultere i tilbakefall (Kristoffersen, 2005b).

##### ***Trinn 1 til 3 – erkjennelsestrinn***

OA-medlem forteller at «mange går fra butikk til butikk av redsel for at de butikkansatte skal avsløre hvor mye de kjøper. Man spiser og spiser og spiser, og klarer ikke å stoppe (...) sykkelig overspising er knyttet til mye skam. I likhet med alkoholikere, kan overspisere gjøre de rareste ting, og gå veldig langt for å skjule hva de driver med. Noen kan i mangel av noe annet for eksempel spise brent eller frossen mat, eller stappe i seg en hel loff på en gang. Man går bare ikke ut og snakker om slike ting» (Nina Schmidt, 2009).

Dyp benektelse og skam overfor avhengighetens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige konsekvenser, fører ofte til stor fortvilelse. Med åndelige konsekvenser mener jeg det Nakken (2009) sier skjer i avhengighetsutviklingen. Virkeligheten fortrenses og benektes, en blir uærlig overfor seg selv og andre, manipulerer omverdenen, stagnerer i sin personlighetsutvikling og blir selvdestruktiv. Konsekvenser blir ødelagte forhold til familie, jobb og venner. Trinn en til tre handler om å innrømme sin maktesløshet og mangel på mestring av matatferden sin, om å overgi seg til en kraft større enn seg selv og å be om hjelp (OA, 2012a). Sykepleieren underviser om benektelse av sykdommen og viktigheten av å erkjenne sin avhengighet. Ved å erkjenne manglende livsmestring gjennom undervisning og trinnveiledning, åpner dette for å ta i mot hjelp. Pasienten lærer om utviklingen av sin avhengighet der de åndelige prinsippene ydmykhet, ærlighet, åpenhet og villighet, - blir nødvendige forutsetninger for å rydde opp i sjelslivet (AA, 2004 og AA, 2009b). Dette er en sårbar fase og setter store krav til sykepleiers ferdigheter. Jeg mener at alt verktøy tilgjengelig for trinnarbeid trykker pasienten og fremmer endringsprosessen, slik at denne ikke stopper opp. Sykepleiehandlingen her bygger på kjente prinsipper i «den pedagogiske samtalen» der begreper som ydmykhet, åpenhet og tillitt er vektlagt (Kristoffersen, 2005b). Videre i veiledningen får pasienten hjelp til å forstå egne atferdsmønstre, som hindrer ham/henne i å endre selvødeleggende spisemønstre. Han/hun begynner å se konsekvenser av egne handlingsmønstre og aksepterer nødvendigheten av å velge en ny måte å leve på. Pasienten begynner å se hvor rikt på muligheter livet kan bli og får håp om at tomrommet som er fortrent med avhengighetsatferd og andre negative atferdsmønstre, blir fylt (AA, 2009b). Jeg mener at arbeidet med de tre første trinnene gir en økende frihetsfølelse og gir pasienten en bekreftelse på at veivalget er riktig. Dette samsvarer med forhold Travelbee og Antonovsky vektlegger som opplevelse av kraft, håp, mot og tro (Kristoffersen, 2005a og 2005c). Dette mener jeg argumenterer for 12-trinnsmodellens sentrale aspekt om at å tro på en kraft større enn seg selv er et virksomt moment.

Begreper som «en Kraft større enn seg selv», «Høyere Makt» og «Gud» kan i vår kultur oppfattes som religiøse, men i 12-trinnsammenheng blir de brukt annerledes. Det oppfordres til å finne sin egen individuelle forståelse av slike begreper, religiøse eller ikke. Jeg tolker det slik at 12-trinnsprogrammet peker på eksistensielle spørsmål der livsmening er viktig i endring av avhengigheten. Det foreligger ingen spesifikk oppfatning av hvordan den enkelte skal definere sin Høyere Makt eller Gud. Den eneste form for begrepsbestemmelse er en oppfatning om at det må finnes gode og kjærlige krefter i ens tilværelse. For noen betyr dette

at en utfordres til å stole på andre enn seg selv, bli en del av et fellesskap og tar imot hjelp fra andre. For andre kan dette bety at en søker tilbake til sine egne religiøse kilder (Vederhus et al., 2008).

Slik jeg ser det sammenfaller fase A-C og trinn 1-3 i modellene i stor grad. Begge dreier seg om erkjennelse av sykdommens alvorlighetsgrad og at en ber om hjelp. Gjennom kunnskap får en håp og tro om at en kan overvinne sin sykdom. Trinn 1-3 gir i tillegg pasienten anbefaling om å vende seg til en kraft sterkere enn sin egen og avhengighetens kraft. Slik skiller 12-trinnsmodellens åndelige perspektiv de to modellene.

#### **4.5.2 Sykepleiefaglig prosessmodell fase D versus 12-trinnsmodellens trinn 4-9**

##### ***Fase D: Pasienten er aktivt opptatt av helsefremmende aktiviteter***

Det virkelige arbeidet ligger i denne fasen. Det er en krevende prosess med mange ulike faktorer. I fase D vektlegges det å lage struktur og planer. En mestrer tilværelsen annerledes gjennom dette og en kjenner tilfredshet, økt velvære og mestringsfølelse. Ved å jobbe frem nye typer helsefremmende aktiviteter i eget livsmønster bearbeides følelser og en utforsker seg selv og problemene. Det er fokus på fallgruver, på å være ærlig og på å motvirke tilbakefall. Å snakke med seg selv – den indre samtalen - er en viktig strategi for å forebygge tilbakefall (Kristoffersen, 2005b).

##### ***Trinn 4 til 9 - handlingstrinn***

Formålet med trinn fire er å gå igjennom forvirringen og motsigelsene i eget liv, slik at en kan finne «seg selv». Dette gjøres gjennom en personlig selvransakelse (AA, 2009b).

Trinnarbeidets mål for pasienten er å avdekke og å frigjøre seg fra negative mønstre og atferd. Trinnet hjelper pasienten til å komme i kontakt med sitt «egentlige jeg» slik Nakken (2009) kaller å re-innsette *jeget*. Dette er et omfattende trinn og veiledningen er viktig for å oppnå målet med trinnet. Her går pasienten inn i spørsmål og erkjennelser om sin destruktive atferd, men også hva han/hun opplever som positive sider ved seg selv (OA, 2010). Jeg får assosiasjoner til Antonovsky som sier at nederlag og kriser kan oppleves som utfordringer til videre vekst (Kristoffersen, 2005a). Jeg tror pasienten kan oppleve lettelse i denne fasen, fordi smerten ved å gjøre dette arbeidet blir mindre enn smerten ved å fortsette som før. Slik sett kan smerte være en motiverende faktor til å leve avholden til destruktiv spiseatferd. Travelbee fremhever at mennesket gjennom slike opplevelser får anledning til personlig vekst og

utvikling (ibid., 2005c). Opplevelse av glede, fremgang og mot til å løse opp bitterhet, sinne, skam og skyld kan komme til uttrykk (AA, 2009b). Jeg mener at dette fordrer sykepleierens tilstedeværelse og delaktighet utover å følge arbeidshefter og veiledere. Sykepleieren må ha mot til å møte pasientens smerte. Min erfaring er at trinn fire åpner sjelelige og psykiske sår som det er avgjørende at sykepleieren forstår, rommer og speiler.

Dette forankres videre i femte trinn hvor trinn fire nå skal deles med veileder (AA, 2009b) eller i gruppefellesskapet. Å skulle fremstå og synliggjøre det skammelige, sårbare og skjulte for andre, er en krevende øvelse for pasienten. Her er støtte fra sykepleieren essensiell. God håndtering kan bidra til at pasienten opplever å bli tatt i mot uten fordømmelse. Dette kan gi en opplevelse av aksept og frigjøre det vonde en bærer på (AA, 2004).

I trinn seks videreføres tidligere trinn gjennom å bevisstgjøre egne positive og negative atferdsmønstre og trene på å øke/minske disse. I denne fasen vil sykepleierens oppgave være å støtte og bidra til pasientens planlegging av struktur og følge opp gjennomføringen. Handling innebærer at pasienten blir konkret på oppgaver som bidrar til endring. Matplanen kan være en slik handling. Trinnarbeidet så langt gir pasienten verktøy til å håndtere sin misbrukerpersonlighet. Å ha en plan kan bidra til at stadige tanker på mat reduseres, han/hun får mer avstand til pågående indre konflikter og kan håndtere «craving». Bevisstgjøringen av personlighetsendringen skjer nettopp gjennom å arbeide med trinnene (OA, 2001). Å forstå egen matavhengighetshistorie og dens konsekvenser er en viktig del. Det gjøres gjennom å reflektere over og besvare spørsmål i tilrettelagte arbeidshefter under veiledning (OA, 2010). Syvendetrinnet hjelper pasienten til å bli mer komfortabel med sitt åndelige liv og forsterker ønsket om å jobbe med sitt forhold til andre. Pasienten forstår at egen tenkemåte ikke er den eneste, men at andre mennesker har mye å lære en. Ved å øve opp toleranse og ydmykhet lærer han/hun å akseptere andres feil og å erkjenne egne feil. Slik kommer en gradvis ut av isolasjonens og avhengighetens ensomhet (AA, 2009b). Det er viktig at sykepleieren gir anerkjennelse i måten pasienten nå arbeider på. Å speile, realitetsorientere og korrigere er også sykepleierens jobb. Pasientenes følelser kan være irrasjonelle, han/hun kan oppleve seg feiltolket og misforstått.

I trinn åtte og ni arbeider pasienten videre med sitt forhold til seg selv og andre og erkjenner hvem han/hun har gjort det vanskelig for gjennom sin avhengighetsatferd. Sykepleieren må kunne møte sterke følelser som anger, skam og skyld. Det er smertefullt å innse at en har påført seg selv og andre sorg og fortvilelse. Travelbee uttrykker (2001) at sykepleieren gjennom gjentagende eksponering fra andres sårbarhet stilles overfor egen sårbarhet. Hvordan



en som sykepleier håndterer dette vil bestemme ens evne til å oppfatte, respondere på og vise omsorg for pasientens lidelse. Sykepleierens ivaretagelse, omsorg og empati på tross av innblikket en får i en historie som kan bære preg av forsømmelse og krenkelser vil være essensiell. Som Travelbee (Kristoffersen, 2005c) hevder er sykepleierens selvinnsikt, selvforståelse og evne til å forutse egen og andres atferd viktig for å kunne bruke seg selv terapeutisk. Jeg har selv erfart at det krever stor ærlighet rundt ens forhold til andre mennesker når en skal tilgi og be andre om tilgivelse. Pasienten lærer å tilgi seg selv og forstå mer enn å bli forstått (AA, 2009b). Dette arbeidet er vesentlig for å gi slipp på eventuell selvmedlidenhet og offerrolle. Trinn ni handler om å gjøre opp med mennesker når det er mulig å gjøre det uten å skade dem eller andre. I dette møtet står pasienten på egne ben. Sykepleieren kan bistå gjennom veiledning og støtte, slik at pasienten erverver seg mot til oppgaven. I etterkant bidrar sykepleieren i å bearbeide og evaluere disse møtene. Slik jeg ser det sammenfaller fase D og trinn 4-9 i modellene. Begge gjelder bearbeiding av følelser, og utforske seg selv og problemene. Målet er å bli tilfreds og organisere tilværelsen på en ny måte. Pasienter med sykkelig overvekt trenger mye støtte for å oppnå positive følelser, egenverd og selvtillit. Imidlertid ser jeg at 12-trinnsmodellen går dypere når det gjelder vonde følelser og psykiske sår. Dette er viktig for meg som sykepleier å forholde meg til. En ting er å endre handlingsmønstre, en annen ting er å stabilisere dem slik at negativ atferd og tilbakefall kan reduseres mest mulig. Jeg vil derfor drøfte faser og trinn knyttet til oppfølging og vedlikehold, hvor pasienten har gjennomført sin primærbehandling og skal stå selvstendig i hverdagen i sitt hjemmemiljø.

#### **4.5.3 Sykepleiefaglig prosessmodell fase E-F versus 12-trinnsmodellens trinn 10-12**

##### ***Fase E-F: Stabiliserer og integrerer atferden og opplever helse på tross av sykdommen***

Å stabilisere og vedlikeholde atferd knyttet til nye levevaner kjennetegner disse fasene. Pasienten aksepterer å ha en livslang sykdom, men dette styrer ikke livet slik som tidligere. Ny atferd er innarbeidet og en opplever mestring, positive følelser og økt selvtillit. Livsstilsendringene er integrert i personenes eget selvbilde, i dagliglivets aktiviteter og i relasjonene til andre mennesker (Kristoffersen, 2005b).



### **Trinn 10 til 12 – vedlikeholdstrinn**

Verktøyet for vedlikeholdelse finnes i trinn ti hvor en fortsetter med å «felle misbrukeratferden». En lærer å innrømme negativ atferd umiddelbart. Dette betyr at pasienten må øve seg på gode vaner gjennom regelmessig å ha et «metaperspektiv» på egne handlinger, holdninger og forhold slik at han/hun ikke faller tilbake i gamle mønstre. Refleksjon over tanker, handlinger og følelser er viktige verktøy for varig endring. Meditasjon som trinn elleve foreslår (AA, 2009b), forstår jeg som «den indre samtalen». Det å snakke med seg selv vektet som en viktig faktor i prosessmodellen (Kristoffersen, 2005b). Å praktisere vedlikeholdstrinnene fremmer at følelseslivet kommer i balanse, noe som begynner å vises i dagliglivet (AA, 2004). Slik jeg ser det vil pasienten nå kjenne mestring og få positive opplevelser på seg selv og andre.

I trinn tolv anbefales pasienten å lære bort 12-trinnsprinsippene (AA, 2009b). Fra å erkjenne egen maktesløshet til å kunne veilede andre, mener jeg gir styrke og mot. Dette øker motivasjonen til fortsatt å jobbe med egen matavhengighet. Jeg mener etiske prinsipper som autonomi og bemyndigelse gjenspeiles i 12-trinnsmodellens prinsipper. Pasienten tar etterhvert hovedansvar for egen helse og livssituasjon. Modellen setter pasienten i stand til å ta ansvar for eget liv. Det innebærer å styrke pasientens kompetanse, selvtillit og evne til aktivt å medvirke, ta ansvar og utføre handlinger (Kristoffersen, 2005b).

Slik jeg ser det sammenfaller fase E-F og trinn 10-12 i modellene. Begge gjelder stabilisering og vedlikehold av nye livsstilsvaner. Mens prosessmodellen sier at livsstilsendringene nå er integrert i personenes eget selvbilde, mener 12-trinnsmodellen at å arbeide med egen avhengighetspersonlighet er en livslang prosess. Dette drøftes i neste avsnitt.

#### **4.6 Oppfølging**

Forskjellene i dagens offentlige oppfølgingstilbud av sykkelig overvektige i forhold til 12-trinnsbehandling er etter min oppfatning stor. Slik jeg ser det er ettervern, oppfølging og vedlikeholdsbehandling ikke godt nok i offentlig sektor. På den ene siden anerkjenner myndighetene sykkelig overvekt som livslang sykdom (Helse Nord, - Midt-Norge, - Sør-Øst og Helse Vest, 2007), samtidig som det er lite som tyder på at de har gode tilbud for livslang hjelp. Jeg tror mange sykkelig overvektige eller matavhengige opplever tiden etter behandling som ensom og veldig utfordrende. Det å opprettholde vekttapet og fortsette vektreduksjonen vil uten god oppfølging kunne føre til manglende mestring og tilbakefall. Ronel og Libman

(2003) fremhever ettervern som essensielt for å forsterke atferdsmessige og holdningsmessige endringer. Å gi støtte slik at pasienten forblir i disse endringene er et sentralt element i helbredelsesprosessen (ibid.). For å hindre tilbakefall i endringsprosessen er det derfor viktig at pasienten bygger gode strategier, relasjoner og nettverk. Jeg mener dette bør startes under primærbehandlingsoppholdet. Tradisjonell behandling tilrår dette, men det er langt mellom «liv og lære» slik jeg ser det.

Etter endt primærbehandling bør pasienten fortsette i 12-trinns selvhjelpsgrupper (Ronel og Libman, 2003). Disse gruppene kan enten være i sammenheng med matavhengigheten (OA), eller åpne møter i AA og NA<sup>21</sup>, dersom OA ikke finnes. Det er avhengigheten som er viktig å holde fokus på, ikke hva du er avhengig av. Det kan være at flere pasienter fra samme innføringskurs eller behandlingsopphold viderefører sitt fellesskap som selvhjelpsgrupper. Geografisk sammensetningen av slike grupper vil ha betydning for den enkeltes mulighet for vedlikehold og mestring. Videre kan pasienten komme tilbake til klinikken på oppfølgingsopphold, delta i grupper for ettervern der og tilbys individuell veiledning hos sykepleieren. Selvhjelpsgruppens fellesskap, møter og fortsatt trinnarbeid er viktig i ettervernet (AA, 2004). Her vil de viktigste faktorene til varig livsstilsendring og helse ligge, samt støtte til å opprettholde den endring som er skjedd gjennom primærbehandlingen. En selvhjelpsgruppe er åpen og tilgjengelig, har ingen start eller slutt for pasientens deltagelse og fellesskapet blir den viktigste støtten i hverdagen og til et livslangt perspektiv i å leve godt, på tross av sykdommen. En kan fortsette i selvhjelpsgrupper livet ut om nødvendig.

#### **4.7 Avholdenhet**

Prinsippet Nakken (2009) hevder om avholdenhet blir mer komplekst ved matavhengighet. Det kan argumenteres med at den matavhengige ikke kan leve uten mat, slik en alkoholiker kan leve uten alkohol. Mat er livsnødvendig, alkohol er det ikke. Ergo vil ikke avholdenhetsprinsippet være gyldig, og dermed heller ikke 12-trinnsmodellen – hvor avholdenhet er et absolutt. Jeg mener derimot at det er *avholdenhet fra atferd* og destruktive mønstre i forhold til mat som er det grunnleggende i dette prinsippet. Avhold fra spesifikk type matatferd. Jeg har ikke funnet at noen overspiser på salat, grønnsaker og sunn mat. Min klare oppfattelse er at det er mat med stort kullhydrat og/eller fettinnhold som er «triggermat»

---

<sup>21</sup> NA – Anonyme Narkomane (norsk).

(Gearhardt, Corbin og Brownell, 2009). Det er disse produktene matavhengige overspiser på og som kan resultere i sykelig overvekt eller avhengighet. Å velge avholdenhet på disse premisser vil kunne føre til varig atferdsendring, vektnedgang, bedre helse og økt livskvalitet.

#### 4.8 Oppsummering av drøfting

I drøftingen har jeg vektlagt undervisning - og veilederkompetanse sykepleieren må ha i behandling av livsstilsendring for matavhengige. Ut fra dette har jeg drøftet sykepleiehandlinger i et 12-trinns perspektiv og sammenlignet den med en annen sykepleiefaglig modell for livsstilsendring. Jeg har gjennom drøftingen kommet frem til at modellene sammenfaller på mange punkter, men at det også finnes forskjeller. Jeg har trukket inn teorier fra Antonovsky og Travelbee som en overbygning for hvordan jeg som sykepleier møter en pasient med matavhengighet og gir adekvat sykepleie gjennom pasientens endringsprosess. Jeg mener at «ånden» til Antonovsky og Travelbee ligger i 12-trinnsmodellens natur og at «å komme til å tro» dypest sett handler om å oppleve livsmening. Ved å bruke trinnprosessen til selverkjennelse og som redskap for endring, oppnås økt forståelse for avhengigheten, redskap til å håndtere problemene og mot til nyorientering i tilværelsen.

Travelbee peker på at grunnleggende tillit til omverdenen er håpets kjerne. Håpet er knyttet til «avhengighet av andre, er fremtidsorientert, er knyttet til valg, ønsker, tillit, utholdenhet og mot» (Kristoffersen, 2005b, s. 27). Troen kan vise seg i tillit til sykepleier, til gruppefelleskapet og til Gud. Utholdenhet viser seg i evnen til å prøve om og om igjen. Motet kommer til uttrykk gjennom erkjennelse og erfaringer sykdommen gir, og en kan etterhvert dele erfaring, styrke og håp med andre.

Jeg tror mange sykelig overvektige kan nyttiggjøre seg dagens behandlingstilbud, men at matavhengige ikke gjør det. Jeg oppfatter at denne pasientgruppen får ødelagt eget indre og blir fratatt verdier og åndelighet som er nødvendig for å kjenne egenverd, egenkjærlighet og mening. Denne korrumperingen av ens sjel eller ånd kan en metode som 12-trinnsmodellen endre. Det å tro på en Kraft større enn seg selv er det mest virksomme momentet i 12-trinnsmodellen, fordi det frigjør selvhelbredende krefter som mennesket bærer i seg. Dette er hva som skiller 12-trinnsmodellen fra andre modeller. Min klare oppfatning er at matavhengighet bør behandles ut fra slik forståelse.

## 5 Oppsummering og konklusjon

I oppgavens første del presenterte jeg teori som viste til at det kan utvikles matavhengighet hos visse pasienter, på lik linje som ved rusavhengighet. Med utgangspunkt i dette gjennomgikk jeg gjeldende behandlingstilbud til pasientgruppen med sykelig overvekt og fant at avhengighetsperspektivet ikke var ivaretatt. Jeg presenterte derfor først et kartleggingsverktøy som kan avdekke hvem i denne pasientgruppen som også kan være matavhengige. Deretter beskrev jeg en helhetlig modell som vil kunne ivareta behandlingsbehovet. Etter å ha gjort rede for teori knyttet til dette, har jeg drøftet sykepleierens muligheter for å anvende 12-trinnsmodellen. Det er særlig to sykepleiefunksjoner jeg valgte å utdype, nemlig veiledning og undervisning. Underveis har jeg diskutert likheter og forskjeller mellom 12-trinnsmodellens innhold og en mer generell livsstilsendringsmodell sykepleieren har kunnskap om. Min konklusjon er at jeg som sykepleier helt i tråd med anerkjent sykepleiekunnskap om livsstilsendring kan anvende 12-trinnsperspektiv som gode verktøy overfor matavhengige i alle faser av deres livsstilsendringsprosess.

## Etterord

Et mål med oppgaven har vært å øke egen kompetanse som sykepleier i behandling av sykkelig overvekt. Et annet mål var å synliggjøre muligheter for utvikling av behandlingstilbudet for de pasientene som i tillegg har matavhengighet. Målet med å øke egen kompetanse mener jeg er nådd. Jeg opplever jeg har fått et godt overblikk over det som finnes av behandlingstilbud i dag, det som kan gjøre tilbudet til pasientgruppen bedre og hvordan jeg som sykepleier kan bidra i dette.

Jeg mener det trengs et paradigmeskifte når det gjelder synet på sykkelig overvekt og behandlingsbehovet disse pasientene har. Økt kunnskap om avhengighet vil blant annet være en endring som kan bidra til å anerkjenne dette. Fag - og forskningsfelt må være villig til å ta inn slike perspektiv og innhente mer kunnskap, undersøke og påvise virkninger av behandling og se avhengighetsperspektivets relevans. Gjennom å innlemme terapeuter som kan mye om avhengighet, involvere selvhjelpsgrupper og deres erfaringer, samt lære av de klinikkene som behandler rusavhengighet med 12-trinnsmodellen, vil dette muliggjøres. Slik kan det i fremtiden gis et bredere og mer forsvarlig behandlingstilbud til sykkelig overvektige som også er matavhengige.

Om denne oppgaven bidrar til utvikling av slike perspektiv gjenstår å få svar på – men jeg skal gjøre mitt til også å nå dette målet.

Denne oppgaven har styrket meg på mange måter og flere har bidratt til at jeg har kunnet fordype meg som nødvendig. Takk til dere. En særlig takk til min veileder høyskolelektor Tove K. Vassbø for konstruktive perspektiv og inspirasjon til å kjenne sykepleiefagets bredde og muligheter.

## Litteraturliste

Addictologi Akademiet (2012). *Addiktologi utdanning i Norge*. [online].

URL: <http://www.addictologiakademiet.no/utdanning.html> (01.04.2012).

ADDIS (2012). *Alkohol Drog Diagnos InStrument* [online]. URL: <http://www.addis.no/> (20.04.2012).

Anonyme Alkoholikere (2004). *Storboka*. Oslo: Anonyme Alkoholikere i Norge.

Anonyme Alkoholikere (2009a). *Kom til å tro...* Oslo: Anonyme Alkoholikere i Norge.

\*Anonyme Alkoholikere (2009b). *Tolv trinn og tolv tradisjoner*. Oslo: Anonyme Alkoholikere i Norge.

Anonyme Alkoholikere (2012a). *Hva er AA?* [online].

URL: <http://www.anonymealkoholikere.no/info/info.php> (01.04.2012)

Anonyme alkoholikere (2012b). *Tolv trinn*. [online].

URL: [http://www.anonymealkoholikere.no/info/info\\_12trinn.php](http://www.anonymealkoholikere.no/info/info_12trinn.php) (01.04.2012).

American Society of Addiction Medicine (2011). *Public Policy Statement: Definition of Addiction*. [online]. URL: <http://www.asam.org/research-treatment/definition-of-addiction> (30.04.2012).

Blumenthal, D., Gold, M. (2010). Neurobiology of food addiction. *Clinical Nutrition and metabolic care*. 13 (4), s. 359-365.

Cassin, S., Ranson, K. (2007). Is binge eating experienced as an addiction? *Appetite*. 49 (3), s. 687-690.

Davis, C., Curtis, C., Levita, R., Carte, J., Kaplan, A., Kennedy, J. (2011). Evidence that "food addiction" is a valid phenotype of obesity. *Appetite*. 57 (3), s. 711-718.

Fjellström, T (2010). *Addiktologi*. Stockholm: Corax Forlag.

Food Addicts Anonymous (2009). *Understanding food addiction and why abstinence is necessary*. Port St Lucie: Food Addicts Anonymous

Food Addicts Anonymous (2010). *Welcome newcomer*. Port St Lucie: Food Addicts Anonymous

- \*Gearhardt, A., Corbin, W. og Broenell, K. (2009). Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite*. 52 (2), s. 430-436.
- \*Gearhardt, A., Yokum, S., Orr, P., Stice, E., Corbin, W. & Brownell, K. (2011). Neural Correlates of Food Addiction. *Arch Gen Psychiatry*. 68 (8), s. 808-816.
- Helpguide (2012). *Binge eating disorder*. [online].  
URL: [http://www.helpguide.org/mental/binge\\_eating\\_disorder.htm](http://www.helpguide.org/mental/binge_eating_disorder.htm) (05.04.2012).
- Helsedirektoratet (2009). *Prioriteringsveileder. Sykelig overvekt*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2012a). *ICD-10, revisjon 10*. [online].  
URL: <http://finnkode.kith.no/2012/#|icd10|ICD10SysDel|-1|flow> (18.04.2012).
- Helsedirektoratet (2012b). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. [online]. URL: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser/Sider/default.aspx> (29.04.2012).
- \*Helse Nord, Midt-Norge, Sør-Øst og Helse Vest (2007). *Utredning og behandling av sykkelig overvekt i spesialisthelsetjenesten*. [online].  
URL: <http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Fagutvikling/Dokumenter/Rapport%20sykelig%20overvekt%20voksne%201.11.2007.pdf> (01.04.2012).
- Hjelmesæth, J. (2007). Sykelig fedme på alvor. *Tidsskrift for den norske legeforening*. 127 (1), s. 4.
- Kristoffersen, N. J. (2005a). Helse og sykdom. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie Bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kristoffersen, N. J., (2005b). Stress, mestring og endring av livsstil. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie Bind 3*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kristoffersen, N. J., (2005c). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie Bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Meule, A. (2011). How prevalent is “foodaddiction”? *Frontiers in psychiatry*. 2 (61), s. 1-4.
- Nakken, C. (2007). *Avhengighet*. Otta: Noras Ark

- \*Nakken, C. (2009). *Jaget og missbrukaren*. Stockholm: Proprius Förlag.
- Norsk Helseinformatikk (2012). *AUDIT*. [online]. URL: <http://nhi.no/forside/skjema-og-kalkulatorer/skjema/alkohol-audit-3240.html> (20.04.2012).
- Overeaters Anonymous (1995). *Many symptoms, one solution*. Rio Rancho: Overeaters Anonymous Inc.
- Overeaters Anonymous (2001). *Plan of eating*. Rio Rancho: Overeaters Anonymous Inc.
- Overeaters Anonymous (2005). *The tools of recovery*. Rio Rancho: Overeaters Anonymous Inc.
- Overeaters Anonymous (2010). *The twelve-step workbook of Overeaters Anonymous*. Rio Rancho: Overeaters Anonymous Inc.
- Overeaters Anonymous (2012a). *Tolv trinn*. [online].  
URL: <http://www.anonymeoverspisere.no/nykommere/tolv-trinn/> (01.04.2012).
- Overeaters Anonymous (2012b). *Er OA noe for deg?* [online].  
URL: <http://www.anonymeoverspisere.no/nykommere/er-oa-noe-for-deg/> 06.04.2012).
- Overeaters Anonymous (2012c). *Redskapene for tilfriskning*. [online].  
URL: <http://www.anonymeoverspisere.no/nykommere/redskapene-for-tilfriskning/>(03.05.2012).
- Overeaters Anonymous (2012d). *About OA*. [online].  
URL: <http://www.oa.org/newcomers/about-oa/> (06.04.2012).
- Ronel, N., Libman, G. (2003). Eating disorders and recovery: Lessons from overeaters anonymous. *Clinical Social Work Journal*. 31. (2), s. 155-171.
- Scantest (2012). *Avhengighet*. [online]. URL: <http://www.scantest.no/sporsmal---svar/fakta-om-narkotika/avhengighet/> (01.05.2012).
- Schmidt, N. (2009). De er anonyme overspisere. *VG NETT*, 29. september. 2009. [online].  
URL: <http://www.vg.no/nyheter/utskriftsvennlig/?artId=590222> (29.04.2012)
- SEMSA (2012). *Biokjemisk behandling*. [online]. URL: <http://www.sukkeravhengig.no/> (06.05.2012).
- Store norske leksikon (2012a). *Dopamin*. [online]. URL: <http://snl.no/dopamin> (17.04.2012).



- Store norske leksikon (2012b). Peptider [online]. URL: <http://snl.no/peptider> (18.04.2012).
- The American Psychiatric Association (2012). *DSM-IV*. [online].  
URL: <http://www.psychiatry.org/practice/dsm> (18.04.2012).
- The free dictionary (2012). *Substans* [online]. URL: <http://no.thefreedictionary.com/substans>  
(17.04.2012).
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Ulset, E., Undheim, R., Malterud, K. (2007). Er fedmeepidemien kommet til Norge?  
*Tidsskrift for den norske legeforening*. 127 (1), s. 34-37.
- Vederhus, J-K., Kristensen, Ø., Tveit, H. og Clausen, T. (2008). Tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper: En ressurs i rehabiliteringen av rusmiddelavhengige. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 45 (10), s. 1268-1275.
- Westphal, V. og Smith, Jane (1996). Overeaters Anonymous: Who goes and who succeeds?  
*Eating Disorder*. 4. (2), s.160-169.
- Wikipedia (2012). *Komorbiditet*. [online]. URL: <http://no.wikipedia.org/wiki/Komorbiditet>  
(17.04.2012).
- Whittemore, R., Chase, S.K., Mandle, C.L., og Roy, C. (2002). Lifestyle Change in Type 2 Diabetes: A Process Model. *Nursing Research*, 51 (1), s. 18-25.
- World Health Organization (2011). *Obesity and overweight*. [online]. URL:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html> (25.04.2012).

## Vedlegg

### Vedlegg 1. AA's tilfriskningsprogram

1. Vi innrømmet at vi var maktesløse overfor alkohol, og at vi ikke lenger kunne mestre våre liv.
2. Vi kom til å tro at en Makt større enn oss selv kunne bringe oss tilbake til sunn fornuft.
3. Vi bestemte oss til å overlate vår vilje og vårt liv til Guds omsorg, *slik vi selv oppfattet Ham.*
4. Vi foretok en fryktløs og grundig selvransakelse.
5. Vi innrømmet, ærlig og utilslørt, våre feil for Gud, for oss selv og et annet menneske.
6. Vi var helt innstilt på å la Gud fjerne alle disse feilene i vår karakter.
7. Vi ba Ham ydmykt om å fjerne våre feil.
8. Vi satte opp en liste over alle dem vi hadde gjort vondt mot og ble villige til å gjøre alt sammen godt igjen.
9. Vi gjorde opp med disse menneskene når det var mulig å gjøre det uten å skade dem eller andre.
10. Vi fortsatte med selvransakelsen, og når vi hadde feilet, innrømmet vi det uten å nøle.
11. Vi søkte gjennom bønn og meditasjon å styrke vår bevisste kontakt med Gud, *slik vi selv oppfattet Ham*, og ba bare om å få vite Hans vilje med oss og kraft til å utføre den.
12. Når vi hadde hatt en åndelig oppvåkning som følge av disse trinn, prøvde vi å bringe dette budskapet videre til alkoholikere og praktisere disse prinsippene i all vår gjerning (AA 2012b).

## Vedlegg 2. OA's tilfriskningsprogram

1. Vi innrømmet at vi var maktesløse overfor mat – at vi ikke lenger kunne mestre våre liv.
2. Kom til å tro at en makt større enn oss selv kunne gi oss vår tilregnelighet tilbake.
3. Bestemte oss for å overlate vår vilje og våre liv til Guds omsorg *slik vi oppfattet Ham*.
4. Foretok en inngående og fryktløs moralsk selvransakelse.
5. Innrømmet overfor Gud, for oss selv og et annet menneske våre feils nøyaktige natur.
6. Var helt ut rede til å la Gud fjerne alle disse karakterfeil.
7. Ba Ham ydmykt om å fjerne våre mangler.
8. Laget en liste over alle personer vi hadde gjort vondt mot, og ble villig til å gjøre det godt igjen overfor dem alle.
9. Vi gjorde det godt igjen direkte overfor disse menneskene der det var mulig, unntatt når å gjøre det ville skade dem eller andre.
10. Fortsatte å foreta selvransakelse og når vi feilet, innrømmet vi det omgående.
11. Søkte gjennom bønn og meditasjon å styrke vår bevisste kontakt med Gud *slik vi oppfattet Ham*. Ba bare om å få vite Hans vilje for oss og makten til å gjennomføre den.
12. Etter å ha hatt en åndelig oppvåkning som en følge av disse trinn, forsøkte vi å bringe dette budskapet til tvangsoverspisere og å praktisere disse prinsippene i all vår gjerning (OA 2012a).



### Vedlegg 3. YALE Diagnostiseringsverktøy, side 1

#### Yale Food Addiction Scale

Gearhardt, Corbin, Brownell, 2009  
 Contact: ashley.gearhardt@yale.edu

This survey asks about your eating habits in the past year. People sometimes have difficulty controlling their intake of certain foods such as:

- Sweets like ice cream, chocolate, doughnuts, cookies, cake, candy, ice cream
- Starches like white bread, rolls, pasta, and rice
- Salty snacks like chips, pretzels, and crackers
- Fatty foods like steak, bacon, hamburgers, cheeseburgers, pizza, and French fries
- Sugary drinks like soda pop

When the following questions ask about "CERTAIN FOODS" please think of ANY food similar to those listed in the food group or ANY OTHER foods you have had a problem with in the past year

	Never	Once a month	2-4 times a month	2-3 times a week	4 or more times a day
1. I find that when I start eating certain foods, I end up eating much more than planned	0	1	2	3	4
2. I find myself continuing to consume certain foods even though I am no longer hungry	0	1	2	3	4
3. I eat to the point where I feel physically ill	0	1	2	3	4
4. Not eating certain types of food or cutting down on certain types of food is something I worry about	0	1	2	3	4
5. I spend a lot of time feeling sluggish or fatigued from overeating	0	1	2	3	4
6. I find myself constantly eating certain foods throughout the day	0	1	2	3	4
7. I find that when certain foods are not available, I will go out of my way to obtain them. For example, I will drive to the store to purchase certain foods even though I have other options available to me at home.	0	1	2	3	4
8. There have been times when I consumed certain foods so often or in such large quantities that I started to eat food instead of working, spending time with my family or friends, or engaging in other important activities I enjoy.	0	1	2	3	4
9. There have been times when I consumed certain foods so often or in such large quantities that I spent time dealing with negative feelings from overeating instead of working, spending time with my family or friends, or engaging in other important activities or recreational activities I enjoy.	0	1	2	3	4
10. There have been times when I avoided professional or social situations where certain foods were available, because I was afraid I would overeat.	0	1	2	3	4
11. There have been times when I avoided professional or social situations because I was not able to consume certain foods there.	0	1	2	3	4
12. I have had withdrawal symptoms such as agitation, anxiety, or other physical symptoms when I cut down or stopped eating certain foods. (Please do NOT include withdrawal symptoms caused by cutting down on caffeinated beverages such as soda pop, coffee, tea, energy drinks, etc.)	0	1	2	3	4
13. I have consumed certain foods to prevent feelings of anxiety, agitation, or other physical symptoms that were developing. (Please do NOT include consumption of caffeinated beverages such as soda pop, coffee, tea, energy drinks, etc.)	0	1	2	3	4
14. I have found that I have elevated desire for or urges to consume certain foods when I cut down or stop eating them.	0	1	2	3	4
15. My behavior with respect to food and eating causes significant distress.	0	1	2	3	4
16. I experience significant problems in my ability to function effectively (daily routine, job/school, social activities, family activities, health difficulties) because of food and eating.	0	1	2	3	4

### Vedlegg 3. YALE Diagnostiseringsverktøy, side 2

IN THE PAST 12 MONTHS:		NO	YES
17.	My food consumption has caused significant psychological problems such as depression, anxiety, self-loathing, or guilt.	0	1
18.	My food consumption has caused significant physical problems or made a physical problem worse.	0	1
19.	I kept consuming the same types of food or the same amount of food even though I was having emotional and/or physical problems.	0	1
20.	Over time, I have found that I need to eat more and more to get the feeling I want, such as reduced negative emotions or increased pleasure.	0	1
21.	I have found that eating the same amount of food does not reduce my negative emotions or increase pleasurable feelings the way it used to.	0	1
22.	I want to cut down or stop eating certain kinds of food.	0	1
23.	I have tried to cut down or stop eating certain kinds of food.	0	1
24.	I have been successful at cutting down or not eating these kinds of food	0	1
25.	How many times in the past year did you try to cut down or stop eating certain foods altogether?	1 or fewer times	2 times
		3 times	4 times
		5 or more times	

Reference:  
Gearhardt, A.N., Corbin, W.R., & Brownell, K.D. (2009). Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite, 52*, 430-436.

## Vedlegg 4a. Misbrukspersonlighet versus jeg – personlighet

Nakken (2009).

«Misbrukerpersonlighet»:	«Jeget»:
Takler ikke livets opp og nedturer	Mestrer livets opp og nedturer
Søker ”smertelindring” gjennom et objekt	Søker lindring gjennom seg selv og andre
Flykter og skyver problemene foran seg	Tar problemer opp uten flukt
Bygger opp forsvar for sitt rusproblem	Benekter ikke problemer
Ødelegger sitt eget Jeg	Søker vekst av Jeget
”Vet” at rus gir illusjon av intimitet	Har ekte intimitet med seg selv og andre
Utvikler patologisk kjærlighet til objektet	Utvikler kjærlighet til seg selv og andre
Fjerner seg fra seg selv og mennesker	Søker nærhet med seg selv og andre
Tar	Både gir og tar
Erstatter åndelig kraft med rus	Utvikler sin åndelighet gjennom fellesskap
Søker fellesskap med andre misbrukere	Søker fellesskap som gir vekst
Ser andre som objekter en kan bruke	Ser andre som likeverdige
Stoler på misbruket som en venn	Stoler på sine venner
Er uærlig mot seg selv og andre	Er ærlig mot seg selv og andre
Forveksle intensitet med intimitet	Vet forskjellen på intensitet og intimitet
Tyr til mer misbruk selv når en innser problemet	Tyr til andre om en har problemer
Holder individet innestengt i seg selv	Søker frihet gjennom indre vekst
Holder alle som truer misbruket borte	Inkludere andre
Føler skam, mister respekt og selvkontroll	Har god samvittighet, respekt og selvkontroll

## Vedlegg 4b. Stadier i misbruket

Nakken (2009) deler misbruksutviklingen inn i tre stadier som jeg fremstiller slik:

<b>Indre forandring</b>	<b>Livsstilen forandres</b>	<b>Livet bryter sammen</b>
En merker selv forandringen	Andre merker forandringen	Misbrukeren tar full kontroll
Mental besettelse	Familie, venner arbeidsplass	Å ruse seg hjelper ikke
«Rusen» blir objekt for lykke	Den syke får merkelapper	Logikken blir mareritt
Selvkontrollen minker	Sykdommen smitter i familien	Det ”koker over” i følelsene
Økt isolasjon	Misbruket øker	Alt er andres feil
Løgn og manipulering	Skam, ensomhet, skyld	Utstøtt, isolert
Indre verdier oppløses	Åndelig død	Problemer med arbeidsgiver, rettsvesenet osv.
		Må ha hjelp
		Fysiske plager
		Psykiske plager
		Selv mordstanker

## Vedlegg 5. OA's 15 spørsmål om tvangsmessig matatferd

1. Spiser du når du ikke er sulten?
2. Går du inn i matorgier uten noen åpenbar grunn?
3. Har du skyldfølelse og angrer etter å ha spist for mye?
4. Bruker du for mye av tiden din til å tenke på mat?
5. Ser du fram til de stundene du kan spise alene med en følelse av glede og forventning?
6. Planlegger du disse skjulte matorgiene på forhånd?
7. Spiser du fornuftig med andre til stede for så å overspise når du er alene igjen?
8. Påvirker vekten din måten du lever livet ditt på?
9. Har du forsøkt å gå på diett i en uke, eller mer, uten å nå målet ditt?
10. Blir du bitter når noen sier til deg at du må bruke litt viljestyrke for å stoppe overspisingen?
11. Har du fortsatt å påstå at du kan slanke deg ”på egen hånd” når du måtte ønske, til tross for bevis for det motsatte?
12. Har du sug etter mat på et spesielt tidspunkt, dag eller natt, utenom de vanlige måltidene?
13. Spiser du for å flykte fra bekymringer eller problemer?
14. Har du tidligere blitt behandlet for overvekt eller en matrelatert tilstand?
15. Blir du eller andre rundt deg nedstemt av dine matvaner? (Anonyme Overspisere 2012b).



## **Vedlegg 6. Diagnostiseringskriterier for rusavhengighet**

I følge diagnosesystemene ICD-10 og DSM-IV stilles diagnosen rusavhengighet når 3 av 7 punkter har inntruffet i løpet av siste år.

- Toleranse
- Abstinensreaksjoner
- Bruk av stoff i større doser eller over lengre tid enn planlagt
- Gjentatte mislykte forsøk på å redusere bruken
- Bruk av for mye tid på å skaffe og bruke stoff og å komme seg etter bruken
- Vesentlig reduksjon av viktige sosiale aktiviteter på grunn av rusmidler
- Fortsatt rusmiddelbruk til tross for at en innser at den har alvorlige negative konsekvenser for helse eller på annen måte (Scantest, 2012).